

POLYLOGE

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

2001 gegründet und herausgegeben von:

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

In Verbindung mit:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ausgabe 23/2015

TRAUMA UND KREATIVITÄT EINE INTEGRATIVE PERSPEKTIVE ¹

Eliane Schnellmann, Zürich ²

¹ „Aus dem „Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie“ (Leitung: Prof. Dr. med. Anton Leitner, Donau-Universität Krems, [mailto: Leitner@Donau-Uni.ac.at](mailto:Leitner@Donau-Uni.ac.at)), Master of Science Studiengang in Psychosozialer Supervision, Lehrgangsleitung: Univ.-Prof. Dr. Brigitte Schigl, wissenschaftliche Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit“, Hückeswagen, [mailto: forschung@integrativ.eag-fpi.de](mailto:forschung@integrativ.eag-fpi.de),

² Die Arbeit wurde als Master of Science These am Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit der Donau Universität Krems verfasst [2014] und von Prof. Dr. Silke B. Gahleitner betreut.

INHALTSVERZEICHNIS

1	Einführung	3
2	Theoretischer Teil	6
2.1	Medizinische Perspektive	6
2.1.1	Definition und Verständnis komplexer Traumafolgestörungen	6
2.1.2	Internationale Klassifikation komplexer Traumafolgestörungen	7
2.1.3	Differenzialdiagnostische Überlegungen	8
2.2	Neurobiologische Perspektive	9
2.2.1	Gehirn und Trauma	9
2.2.2	Das Gehirn - ein Vermittlungs- und Beziehungsorgan	12
2.3	Die bindungstheoretische Perspektive	14
2.3.1	Bindungstheoretische Konzepte	15
2.3.2	Bindungsforschung und Trauma	17
2.3.3	Therapeutische Beziehung als Wirkfaktor	18
2.4	Die systemische Perspektive	20
2.4.1	Forderung nach einer mehrperspektivischen Therapeutik	20
2.4.2	Die Bedeutung der extratherapeutischen Wirkfaktoren	22
2.4.3	Traumatherapie: Netzwerken und Kooperationsverhältnisse	24
2.5	Integrative Traumatherapie	25
2.5.1	Verortung und Konzeption der Integrativen Traumatherapie	25
2.5.2	Anthropologische Überlegungen	27
2.5.3	Das stresstheoretische Konzept	28
2.5.4	Das Beziehungsmodell der Integrativen Therapie	29
2.5.5	Mehrperspektivität, Interdisziplinarität und soziale Netzwerkorientierung	31
2.6	Integrative Kunst- und Kreativitätstherapie	33
2.6.1	Begriffsklärung und theoretische Fundierung	33
2.6.2	Allgemeine Wirkungsweisen kreativer Medien	35
2.6.3	Potenziale und Risiken im Kontext der Traumabehandlung	37
3	Empirischer Teil	38
3.1	Methodisches Vorgehen	38

3.1.1	Entwicklung der Fragestellung	38
3.1.2	Vorüberlegungen	40
3.1.3	Das Problemzentrierte Interview als teilstrukturierte Erhebungsmethode	41
3.1.4	Die Qualitative Inhaltsanalyse – eine flexible Auswertungsmethode	43
3.1.5	Dokumentation des eigenen Forschungsprozesses	45
3.2	Darstellung der Ergebnisse	47
3.2.1	Allgemeine Aspekte, Rahmenbedingungen und Grundhaltungen	48
3.2.2	Konzeptualisierung komplexer Traumata	50
3.2.3	Therapeutische Beziehung	53
3.2.4	Wege der Heilung und Förderung	56
3.2.5	Therapeutische Methoden und Behandlungstechniken	60
3.2.6	Wirkfaktoren	65
3.2.7	Persönliches Wachstum und Grenzen	67
4	Diskussion	70
4.1	Die benigne therapeutische Beziehung als Wirkfaktor	71
4.1.1	Erste These	71
4.2	Aktivierung der genuinen Gestaltungskräfte des Menschen	75
4.2.1	Zweite These	75
4.3	Forderung nach einem Gesamtprogramm der Hilfeleistung	79
4.3.1	Dritte These	79
5	Resümee und Fazit	83
5.1	Zusammenfassung der Ergebnisse	83
5.2	Fazit	86
5.2.1	Implikationen für Praxis und Forschung	87
5.2.2	Persönliches Fazit	88
	Zusammenfassung / Summary	91
	Literaturverzeichnis	92
	Anhänge A - D	101
		bis 113

1 Einführung

*Ich bin der Welt abhanden gekommen,
mit der ich sonst viele Zeit verdorben,
sie hat so lange nichts von mir vernommen,
sie mag wohl glauben, ich sei gestorben.*

*Es ist mir auch gar nichts daran gelegen,
ob sie mich für gestorben hält,
ich kann auch gar nichts sagen dagegen,
denn wirklich bin ich gestorben der Welt.*

*Ich bin gestorben dem Weltgetümmel,
und ruh' in einem stillen Gebet.
Ich lebe allein in meinem Himmel,
in meinem Lieben, in meinem Lied.*

Friedrich Rückert, Kindertodtenlieder

Das Erfahren nicht-kontrollierbaren unerträglichen Leidens regt uns zur Suche nach Sinn an. Um mit psychischen Traumata fertig zu werden, haben Menschen in allen Zeiten und in allen Völkern spezifische kulturelle Formen der Bewältigung entwickelt, wie wir anhand von überlieferten Kulturschätzen in Gestalt von Mythen, Märchen, Religionen, Dichtung, Philosophie und bildender Kunst sehen können. Viele ihrer Texte und Bilder beschreiben mit literarischer Schöpfungskraft und in ästhetisch beeindruckender Art und Weise Szenerien traumatisierter Protagonisten und ihrer schrittweisen Besiegung des Bösen (vgl. Fischer & Riedesser, 2009; Petzold, Wolf et al., 2002; van der Kolk & McFarlane, 2000; Wirtz, 2005).

Exemplarisch hierfür steht der von mir ausgewählte und an den Eingang dieser Arbeit gesetzte Liedtext. Er stammt aus der Sammlung von Rückerts 428 „Kindertodtenliedern“¹, die er unter dem Eindruck des Todes seiner zwei an Scharlach erkrankten Kinder in den Jahren 1833/1834 schrieb. Sie wurden durch Gustav Mahlers Vertonung (1901 und 1904) als Liederzyklus unter gleichem Titel berühmt. Das erste der fünf Lieder ist in D-Moll geschrieben, das letzte in D-Dur, welches den Zyklus abrundet und schließlich beim Rezipienten eine tröstende Wirkung entfaltet.

¹ Lit: Friedrich Rückert: *Kindertodtenlieder und andere Texte des Jahres 1834*. Historisch-kritische Ausgabe, herausgegeben von Hans Wollschläger und Rudolf Kreutner (2007).

tet (vgl. Dorschel, 2013). In der Auseinandersetzung mit der Frage nach dem Sinn des Schicksals ist es Rückert und Mahler in sehr persönlicher und berührender Weise gelungen, unerträglich schmerzhaftes Verlusterfahrungen in eine schöpferische Form zu gießen. Es ist ihrer beider Versuch, ein inneres Geschehen, den „undurchsichtigen ‚Grund der Seele‘“ (Baumgarten, 1750, zit. nach Schubbach, 2014, S. 70), in „eine mit den Sinnen verbundene Gestalt der Wahrheit“ zu bringen, die letztendlich im poetischen und musikalischen Ausdruck ihre Freiheit findet (ebd.). Die ausgedrückte Gestalt wirkt wiederum im Aussen. Die folgende Prosa beschreibt diesen Prozess in hervorragender Weise:

Jedenfalls gibt der Künstler, wenn er das Universum nach seinen Vorstellungen schildert, den eigenen Träumen Gestalt. Mit der Wiedergabe der Natur verherrlicht er seine eigene Seele. Und so bereichert er die Seele der Menschheit. Denn, indem sein Geist der Welt des Stofflichen Farbe gibt, enthüllt er seinen entzückten Zeitgenossen tausend Gefühlsnuancen. Er lässt sie in sich selbst Reichtümer entdecken, die ihnen bisher unbekannt waren. Es verschafft ihnen neue Gründe, das Leben zu lieben, innere Klarheiten, die sie sicher leiten. (Rodin, 1979, zit. nach Singer, 1991, S. 41)

Ich verfasse meine empirische und theoretische Analyse des intermedialen Konzeptes mit kreativen Medien in der Integrativen Traumatherapie vor meinem berufspraktischen Hintergrund als psychotherapeutische Mitarbeiterin in einer stationären Suchtklinik, wo ich mit komplex traumatisierten, mehrheitlich jungen Frauen zu tun habe. Als Folge sozialpolitischer Sparmaßnahmen können die Betroffenen in den psychiatrischen Versorgungssystemen nicht mehr langfristig platziert werden. Daher wurden und werden solche Einrichtungen der stationären Suchthilfe immer mehr zu einem „Auffangnetz“ für eine heterogene Zielgruppe mit chronischen psychischen Störungen und Komorbiditätserkrankungen.

Mehrdimensionale chronifizierte Erkrankungen stellen bei der Gewährleistung gesundheitsstabilisierender- und gesundheitsfördernder Behandlungsangebote eine große Herausforderung dar (vgl. Sack et al., 2013). Die aktiven „Überwindungsleistungen“ (vgl. Petzold, 2002), wie sie oben beispielhaft veranschaulicht wurden, sind bei den PatientInnen, mit denen ich es zu tun habe, meistens stark beeinträchtigt. Das zeigt sich in einem eingetrübten und verzerrten Wahrnehmungsvermögen, dem verlorenen gegangenen Vertrauen in sich und die Anderen, dem Leiden an Übererregung und Gefühlen des Betäubtseins. Das Aufrechterhalten von Schutzmustern, die in bedrohlichen Zeiten überlebenssichernd waren, schränken ihre Entfaltungsmöglichkeiten in normalisierten Zeiten in beträchtlichem Maße ein. Dies alles mündet schliesslich in einen Zustand gravierenden Mangels an Energie.

Neben dem Wunsch, ein vertieftes Verständnis über Ätiologiemodelle, biologische und psychische Folgen nach wiederholten traumatischen Erfahrungen zu gewinnen, steht im Zentrum meines Forschungsinteresses, welche Bedeutung dem Anknüpfen an die dem Menschen naturgemässe Gestaltungskraft bei der Überwindung eines langandauernden seelischen Leidens zukommen könnte.

Im Theorieteil (Kap. 2) begründe ich meine Forschungsfrage, indem ich alle m.E. relevanten theoretischen Bezugspunkte der komplexen Traumafolgestörungen in den Blick nehme. Dies sind die medizinische (Kap. 2.1), die neurobiologische (Kap. 2.2), die bindungstheoretische (Kap. 2.3) und die systemische (Kap. 2.4) Perspektive. In Kapitel 2.5 werden die für diese Arbeit relevanten Aspekte der Integrativen Traumatherapie vorgestellt. Die Beschreibung des intermediären Konzeptes der Integrativen Therapie mit kreativen Medien (Kap. 2.6), allgemeine Wirkweisen (Kap. 2.6.1) und spezifische Potenziale und Risiken (Kap. 2.6.2) im Kontext der Integrativen Traumatherapie beschließen das Kapitel 2.

Dem empirischen Teil ist Kapitel 3 gewidmet. Im Zuge der Darlegung des methodischen Ansatzes (Kap. 3.1) werden die Entwicklung der Fragestellung (Kap. 3.1.1), die Vorüberlegungen zur Generierung von psychologischen Wissensbeständen im Rahmen der qualitativen Sozialforschung (Kap. 3.1.2), das Problemzentrierte Interview als teilstrukturierte Erhebungsmethode (Kap. 3.1.3) und die Qualitative Inhaltsanalyse als gewählte Auswertungsmethode (Kap. 3.1.4) anhand des eigenen Forschungsprozesses behandelt. Die empirischen Untersuchungsergebnisse werden in Kapitel 3.2 präsentiert. Aus dem empirischen Datenmaterial haben sich drei Thesen herauskristallisiert. Sie werden im Diskussionsteil (Kap. 4) entlang der Untersuchungsergebnisse und der Resultate aus dem Theorieteil argumentiert. Das Fazit (Kap. 5) schließt diese Forschungsarbeit mit einer Zusammenfassung der Ergebnisse (Kap. 5.1), den Implikationen für Praxis und Forschung (Kap. 5.2) und einem persönlichen Fazit (Kap. 5.3) ab.

Die abwechselnd gewählte männliche bzw. weibliche Form steht jeweils pars pro toto, wechselt je nach Kontext und stellt keine Bewertung des jeweils anderen Geschlechts dar.

2 Theoretischer Teil

Im klinischen Kontext macht die störungsspezifische und symptomorientierte Vorgehensweise bei Indikation und Behandlungsstrategie komplexer Traumafolgestörungen einen wichtigen Teil aus (vgl. Petzold, Wolf et al., 2000). Im folgenden Abschnitt wird der aktuelle Forschungsstand der Psychotraumatologie und -diagnostik dargelegt.

2.1 Medizinische Perspektive

2.1.1 Definition und Verständnis komplexer Traumafolgestörungen

Der Begriff *Trauma* lässt sich etymologisch aus dem Griechischen herleiten und beschreibt eine Verletzung oder Wunde. Die chirurgische Medizin beschäftigt sich seit ihren Anfängen mit dem Erkennen und Behandeln von körperlichen Verletzungen. Seit den 1980er Jahren konnte eine Häufung vielbeachteter Forschungstätigkeit zu seelischen Verletzungen und ihren spezifischen vielfältigen Folgesymptomatiken beobachtet werden, die nach einer eigenständigen Konzeptualisierung verlangten. Mit dem Begriff der *Psychotraumatologie* gelang es, den Gegenstandsbereich, der die verschiedensten Themenfelder der Ätiologie psychischer Verletzungen umfasste, zu verorten (Fischer & Riedesser, 2009).

Menschen besitzen die Fähigkeit, sich an widrigste Umstände anzupassen und sie sind, wie die Geschichte immer wieder gezeigt hat, in der Lage, traumatische Erlebnisse zu verarbeiten. Die Entwicklung einer Traumafolgestörung ist in erster Linie abhängig davon, wie die betroffene Person auf außergewöhnliche körperliche und seelische Belastungen reagiert (vgl. Schellong, 2013).

Die von Fischer & Riedesser gewählte Definition für ein psychisches Trauma findet in fachlichen Diskursen breite Anerkennung (Bohleber, 2012; Wöller, 2013). Es handelt sich um

„[ein] *vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt* [Hervorh. i. Orig.]“ (Fischer & Riedesser, 2009, S. 84).

In der Auseinandersetzung mit Traumakonzeptionen darf die salutogenetische Perspektive nicht fehlen. Gegenwärtig findet ein angeregter Traumadiskurs zum Konzept des posttraumatischen Wachstums, der von Calhoun und Tedeschi (1999) ins Leben gerufen wurde, statt (vgl. Karameros & Sack, 2013). Die beiden Psychologieprofessoren und Psychotherapeuten schildern ihre Kernaussage im Eingang ihrer Publikation „Posttraumatic Growth in Clinical Practice“ wie folgt: „the clients with whom we have worked ... have demonstrated to us the importance of staying open the possibility that from great suffering can come great wisdom and growth“ (Calhoun & Tedeschi, 2013, S. xi).

2.1.2 Internationale Klassifikation komplexer Traumafolgestörungen

Im Jahre 1980 wurde die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) in das diagnostische Klassifikationssystem DSM III aufgenommen - lange nachdem Wissenschaft und klinische Praxis Auskunft über die spezifischen Traumafolgesymptome gegeben hatten. Bezugnehmend auf Schellong (2013) sind die international anerkannten Klassifikationssysteme ICD-10 (Dilling & Freyberger, 2006) und DSM-IV (APA, 2000) für die Feststellung einer Traumafolgestörung bevorzugte diagnostische Bezugsrahmen. Beim Vergleich der beiden Manuale kann eine hohe Übereinstimmung der Nosologie festgestellt werden. Die Kategorisierung erfolgt in drei Hauptgruppen: Intrusive Symptomatik, Numbing und Hyperarousal. Ein überlegener Vorteil dieser Klassifikationssysteme besteht darin, dass sie zu den anderen Störungsbildern gut abgrenzbar sind, was letztendlich eine wichtige Voraussetzung für eine evidenz-basierte Behandlung darstellt.

Ein viel diskutiertes Problem dieser Klassifikationssysteme stellt jedoch die fehlende Unterscheidung der Art dar. Damit sind beispielsweise interpersonelle Traumata, Naturkatastrophen oder Unfälle gemeint. Auch findet gemäß Schellong (2013) weder die Häufigkeit, noch der Entwicklungsstand und auch nicht die Umstände des erlittenen Traumas Eingang in die Beurteilung. Die Praktiker sind häufig mit einer Komplexität von Symptomlagen konfrontiert, die die Differenzierungen des DSM-IV und ICD-10 weit übersteigen (Herman, 1993; Courtois & Ford, 2011). Judith Herman schlug bereits 1992 mit dem Begriff der *Komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung* eine Systematisierung chronifizierter Traumatisierungen vor und subsumierte darunter die „Störungen der Affektregulation“, „dissoziative Symptome“, „Störungen der Selbstwahrnehmung“, „Störungen der Sexualität und der Beziehungsgestaltung“, „somatoforme Körperbeschwerden“ und „Veränderungen persönlicher Glaubens- und Wertevorstellungen“ (Herman, 1992, zit. nach Sack et al., 2013, S. 3). Schellong (2013) bestätigt, dass der Vorschlag von Judith Herman im deutschsprachigen Raum Eingang gefunden habe. Trotzdem könne von einer Etablierung des Begriffes keine Rede sein.

2.1.3 Differenzialdiagnostische Überlegungen

Auch Diagnosen unterliegen der Mode. In den letzten Jahren ist in verschiedenen Fachkreisen ein zunehmender „Traumahype“ konstatiert worden. Zugleich begründen Diagnosen im klinischen Kontext die Finanzierung für eine adäquate Therapie (Sachsse, 2004). Eine Korrelation dieser beiden festgestellten Phänomene scheint naheliegend.

In der Praxis ist die diagnostische Zuordnung komplexer Traumafolgestörungen immer wieder eine Herausforderung. Einerseits ist die klinische Realität in den vorgeschlagenen Kriterien der internationalen Klassifikationssysteme unzulänglich abgebildet (s.o., Kap. 2.1.2). Andererseits jedoch ist eine klare diagnostische Definition für einen fruchtbaren interdisziplinären Dialog unabdingbar. Sie ist auch notwendige Grundlage für eine evidenzbasierte Forschung und wirkungsvolle Behandlungsimplicationen. Unter Berücksichtigung der in der wissenschaftlichen Community lebhaft geführten Diskussion hat Schellong (2013) einige Vorschläge zur Systematisierung des Phänomens des komplexen Traumafolgesyndroms aufgegriffen. Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich auf diese Einordnungsversuche und sollen einen Einblick in den klinischen Umgang mit der Komplexität der Traumafolgestörung bei erwachsenen Menschen geben.

Andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0): Im Gegensatz zum DSM-IV gibt es im ICD-10 (Dilling & Freyberger, 2006, S. 233 ff.) diese alternative Kodierungsmöglichkeit zur PTBS. Diagnostische Voraussetzung ist eine seit zwei Jahren bestehende Persönlichkeitsveränderung nach extremer Belastung (beispielsweise psychische Auswirkungen nach Inhaftierung und Verfolgung). Als Ausschlusskriterien gelten psychische Störungen und Persönlichkeitsstörungen. Diese Kategorie hat sich in der Praxis wegen unzulänglicher Erfassungsmöglichkeit von Entwicklungsstörungen und typischer Traumafolgesymptome kaum durchgesetzt.

Traumatisierung Typ I und Typ II: Lenore Terrs (1991, zit. nach Schellong, 2013, S. 45) Einteilung der Typ-I-Traumatisierungen bezieht sich in Abgrenzung zu Typ-II-Traumatisierungen auf einmalige Ereignisse. In diese Kategorie fallen „mehrfache und/oder langandauernde Gewaltereignisse“ (ebd.). Darüber hinaus wird auch die Art des Ereignisses unterschieden. Hingegen fehlt auch bei diesem Vorschlag die Kodierung des spezifischen Traumasyndroms.

Auflistung mehrerer nebeneinander stehender Diagnosen: Gemäss Wöller (2006, zit. nach Schellong, 2013, S. 45) wird in der Praxis mit dem Problem der fehlenden Kategorie der komplexen PTBS in den internationalen Klassifikationssystemen so umgegangen, dass mehrere Diagnosen unabhängig voneinander erfasst werden.

Boderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) und komplexe Traumafolgestörungen:

Schüepp, Mattheß & Menne (2013) erläutern, dass etliche Studien eine Korrelation zwischen traumatischer Belastung, PTBS und BPS bestätigen. Es liessen sich eine Vielzahl an Überschneidungen der beiden diagnostischen Größen, aber auch bedeutsame Unterschiede finden. Als mögliche Erklärung sehen sie das Vorliegen schwerer Bindungsstörungen bei der nicht traumabedingten BPS. Wie Schellong (2013) raten sie aufgrund dieser Befunde zu abgrenzenden Kodierungen.

Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified (DESNOS): Zur Kategorisierung prolongierter Traumatisierungen in der Kindheit regte die Arbeitsgruppe um Judith Herman und Bessel A. van der Kolk an, die komplexe PTBS als ‚Disorders of Extrem Stress Not Otherwise Specified‘ (DESNOS) im DSM-IV einzuführen (Schellong, 2013, S. 46; vgl. Courtois & Ford, 2011). Ihr Vorschlag wurde infolge von Uneinigkeiten bei der Einordnung von der American Psychiatric Association abgelehnt.

Dissoziative Störungen: Schellong (2013) verweist auf retrospektive und prospektive Studien, die einen Zusammenhang zwischen Trauma und Dissoziation gut belegen würden. Die Vielgestaltigkeit der dissoziativen Störung lässt sich auf einem Syndromspektrum anordnen. Dabei gilt die dissoziative Identitätsstörung als die schwerste dissoziative Störungsform. Als ursächliche Erklärungen werden „Kindesmisshandlung“, „Bindungsschwierigkeiten“, „fehlende elterliche Verfügbarkeit“ und „hoher posttraumatischer Stresslevel“ beschrieben (Gast, 2011, S. 26). Bei den Erklärungsansätzen dissoziativer Mechanismen spiele nach Gast die modernen Erkenntnisse aus der Psychobiologie eine herausragende Rolle (ebd.).

2.2 Neurobiologische Perspektive

2.2.1 Gehirn und Trauma

Die Einführung moderner bildgebender Verfahren (CT, MRT, PET) hat die Hirnforschung revolutioniert. In der Grundlagenforschung der Psychobiologie und Neurowissenschaft ist seit etwa 20 Jahren eine sehr produktive Forschungstätigkeit beobachtbar. Hinzu kommt eine Fülle an publizierten klinischen Studien. Dieser rasche Wissenszuwachs erfordert beständige Anpassungen bestehender Konzeptionen (Petzold, Wolf et al., 2000). Eine fruchtbare Zusammenarbeit zwischen den neurowissenschaftlichen Disziplinen und der Psychologie ist daher sehr erwünscht.

Auch die Psychotraumatologie hat in den letzten Jahren von den aktuellen Ergebnissen der Gedächtnisforschung sehr profitiert. Ihre Forschungsergebnisse belegen die ursächlichen Zusammenhänge zwischen der dysfunktionalen Informationsverarbeitung und den komplexen Traumafolgestörungen und erleichtern damit das Ableiten therapeutischer Behandlungsschritte (Sack, 2011). Dieses neurobiologische Ätiologiemodell wird im Folgenden näher beschrieben.

Funktionelle und strukturelle Veränderungen des menschlichen Gehirns: Neurobiologische Befunde bestätigen den schädigenden Einfluss schwerer Traumatisierungen auf Struktur und Funktion des menschlichen Gehirns. Insbesondere die miteinander intensiv interagierenden Hirnregionen der Amygdala, des präfrontalen Kortex und des vorderen cingulären Kortex sind für das spezifische Adaptionsverhalten und für Angstkonditionierungen nach Traumata verantwortlich (vgl. Courtois & Ford, 2011; Irle, Lange, Sachsse & Weniger, 2013; van der Kolk et al., 2000; Wöller, 2013).

Anhand von durchgeführten Studien konnten mit Hilfe der Positronen-Emissions-Tomographie (PET) Volumenminderungen im Bereich des Hippocampus und des cingulären Kortex gezeigt werden (vgl. Irle et al., 2013). Die Autoren verweisen auf die gegenwärtige Gen-Umweltdebatte (vgl. Wöller, 2013), in der auch die Frage thematisiert wird, ob das Trauma ein Marker für anatomische Volumenminderung darstellt oder ob genetische Vulnerabilitäten eine PTBS begünstigen. Vorläufiges Fazit dieser Diskussion ist, dass „Anlagefaktoren bestimmen, ob wir einen größeren Hippocampus haben und stressresilienter sind oder nicht. Umweltfaktoren können einen durchaus positiven Einfluss auf unser Gehirn und unsere zukünftige Stressresilienz haben Aber schädigende Umweltfaktoren können auch einen extrem negativen Einfluss ausüben“ (Irle et al., 2013, S. 11).

Chronifizierter Stress wirkt sich ebenfalls auf die links- und rechtshemisphärischen Lateralisierungsvorgänge aus. Auf der rechtsseitigen Gehirnhälfte findet man eine erhöhte Aktivität, die mit der Deaktivierung der Broca-Region in der linken Hemisphäre, „die für die verbale Einkodierung der emotionalen Erfahrung zuständig ist“, einhergeht (Wöller, 2013, S. 72).

Veränderte Informationsverarbeitung: Bei der zentralnervösen Verarbeitung von Informationen handelt es sich um einen mehrstufigen, hierarchischen kognitiv-affektiven Prozess. Wie bereits erwähnt, spielen die Hirnstrukturen der Amygdala, des Hippocampus und des medialen präfrontalen Cortex dabei eine wesentliche Rolle (vgl. Courtois & Ford, 2011; Irle et al., 2013; van der Kolk, 2000; Wöller, 2013).

Die Funktion der Amygdala besteht in der emotionalen Bewertung von eintreffenden Informationen. Sie ist zuständig dafür, dass die sensorischen Inputs eine affektive Bedeutung erhalten und im Zusammenspiel mit den limbischen Strukturen des Hippocampus im impliziten emotio-

nenalen Gedächtnis abgespeichert werden können. Der Hippocampus stimmt die Informationen der Amygdala unter Einbezug archivierter Informationen kognitiv ab und speichert sie im expliziten semantisch-sprachlichen Gedächtnis. Anhaltender Stress, beispielsweise nach außergewöhnlichen körperlichen und seelischen Belastungen, führt zu einem hohen Glucocorticoid-Spiegel. Dies wirkt sich sowohl schädigend auf den Hippocampus aus, als auch auf die Funktion der inhibitorischen Kontrolle emotionaler Stressreaktionen, die vom medialen präfrontalen Kortex moduliert werden. Stressreaktionen, die zu einer erhöhten Aktivierung der Amygdala führen, werden somit leichter ausgelöst. Folgen dieser Systemüberlastung sind eine Erschwerung der Extinktion, ein erhöhtes Angsterleben und eine Angstgeneralisierung (vgl. Ford, 2011; Sack, 2011).

Die verminderte Funktionsfähigkeit des Hippocampus unterbricht den kognitiv-affektiven Prozess. Sensorische Eindrücke (sensorisch-visuelle, auditive, olfaktorische oder kinästhetische), affektive Zustände und Bilder können infolgedessen nicht ins deklarative Gedächtnis überführt werden. „[Diese] erhöht[e] ... Reaktionsfähigkeit gegenüber Umweltanforderungen, verhindert aber die kohärente sprachliche und autobiographische Kontextualisierung und damit die Integration der Erfahrung in das personale Selbst und die *Identität des Subjekts* [Hervorh. i. Orig.]“ (Petzold, Wolf et al. 2000, S. 465).

Letztendlich führen prolongierte dysfunktionale Informationsverarbeitungen nach traumatischen Erlebnissen zu einem *circulus vitiosus*. Auslöserreize können nicht mehr funktional reguliert werden. Es kommt zu erhöhten Ausschüttungen von Stresshormonen. Neuronal gebahnte traumatische Erlebnisse verstärken sich und werden immer leichter abrufbar.

Psychobiologische Aspekte: Mit komplexen Traumafolgestörungen gehen eine Fehlregulation der Neurotransmitter und eine veränderte Neuroendokrinologie einher. Als Hauptcharakteristikum gilt die Störung der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse. Für eine detaillierte Beschreibung dieses Vorganges sei auf Grawe (2004) und Huber (2009) verwiesen. Mit einer Kampf- oder Fluchtreaktion ist die Aktivierung des noradrenergen Systems verbunden. Diese wichtige Aufgabe übernimmt das „*Locus-coeruleus-Noradrenalin-System*“ [Hervorh. i. Orig.] (Wöller, 2013, S. 73). Indem es auf eine Bedrohung adaptiv reagiert, steigt der Blutdruck, es kommt zu erhöhter Herzfrequenz und zu vermehrter Energieversorgung der Muskulatur (ebd.).

Des Weiteren verweist Wöller (2013) im Zusammenhang mit den dissoziativen Phänomenen auf das Erklärungsmodell des sympathikogenen und parasympathikogenen Reaktionsmusters. In einem ersten Stadium werde das Schreck- und Alarmsystem aktiviert. Darauf folge eine körperliche und emotionale Betäubung. Van der Kolk (2000) bezieht sich in diesem Zusammenhang auf die Studie an Kriegsveteranen (Pitman et al., 1990, zit. nach van der Kolk, 2000,

S. 209; vgl. Wöller, 2013), welche belegt habe, dass traumatische Stimuli die Ausschüttung von endogenen Opioiden erhöhten und gleichzeitig die konzentrierte Hormonausschüttung eigener Opiode die Schmerzempfindung verringere. Die dissoziative Reaktion könne begründeterweise als Antwort auf stressinduzierte Analgesie verstanden werden (ebd.). Sowohl van der Kolk (2000), als auch Petzold et al. (2000) bevorzugen dabei eine protektive Sichtweise auf dieses Phänomen. Sie gehen von einer selbstregulierenden Funktion des Organismus aus. Auf die neurotoxische Wirkung eines hohen Glucocorticoidspiegels werde mit einer Untersteuerung des Cortisols geantwortet. In einer Situation adaptiver Bewältigungsstrategie, „schränk[e] [dies] aber den natürlichen Wechsel von Anspannung und Entspannung ein“ (Petzold, Wolf et al., 2000, S. 465).

Neuroplastizität: Im Zuge moderner bildgebender Verfahren hat in den letzten zwei Dekaden ein spektakulärer neurowissenschaftlicher Paradigmenwechsel stattgefunden. Das menschliche Gehirn verfügt über eine große Plastizität. Es sind sowohl Veränderungen bereits bestehender neuronaler Netzwerke als auch die Bildung neuer neuronaler Netzwerke möglich, und dies nicht nur in der frühen Kindheit. Der Mensch hat die Fähigkeit, lebenslang zu lernen. Oder neurobiologisch gesprochen: neuronale Bahnen können jederzeit neu- und umgebahnt werden (Jäncke, 2013). Für PsychotherapeutInnen stellen diese Forschungsergebnisse eine ermutigende Erkenntnis dar. Trotzdem sind nach Grawe (2004) psychotherapeutische Veränderungsprozesse umso schwerer zu realisieren, je chronifizierter die Krankheitsverläufe sind. Veränderungen im Gehirn bedürfen nämlich einer intensiven Bahnung über lange Zeiträume. Am wirkungsvollsten und nachhaltigsten hätten sich therapeutische Aktivitäten herausgestellt, die mit allen Sinnen erlebt und die intrinsische Motivation des hilfesuchenden Menschen wecken würden.

2.2.2 Das Gehirn - ein Vermittlungs- und Beziehungsorgan

Obwohl ein grundsätzlicher Dualismus von Körper und Geist in der heutigen Zeit überholt ist, vertritt die Mehrheit der Neurowissenschaftler einen gemäßigten „Materialismus“. Ihr Menschenbild ist ein zerebrozentrisches, das Subjektivität und Bewusstsein neurobiologisch erklärt. In diesem Mainstream gibt es die Tendenz, Krankheiten als materielle Vorgänge zu verstehen und die Wechselwirkung zwischen Person und Umwelt auszuklammern. Thomas Fuchs (2013) dekonstruiert in seinem Buch „das Gehirn – ein Beziehungsorgan“ dieses reduktionistische, neurobiologische Paradigma. Er unternimmt den Versuch, die gegenwärtigen Fortschritte der Neurobiologie in einen anthropologischen Zusammenhang zu bringen und schlägt eine Konzeption des Gehirns als Beziehungsorgan vor. Sein zugrundeliegender theoretischer Rahmen bedient sich phänomenologischen Denkens und berücksichtigt Ansätze aus der ökologischen Biologie und einer Philosophie des Lebendigen. Erkenntnisse der Neurobio-

logie, der Entwicklungspsychologie und Psychiatrie werden vor diesem Hintergrund thematisiert.

Fuchs verweist auf die dringende Notwendigkeit einer interdisziplinären Auseinandersetzung. Sein Anliegen ist, wenn nicht ein ‚neue[s] Menschenbild‘, dann doch der Beitrag „zu einem besseren Verständnis unserer selbst als gleichermaßen verkörperter, lebendiger und geistiger Wesen“ (Fuchs, 2013, S. 10). In kurzen Zügen sollen die wesentlichen Punkte seiner Argumentationslinien hier dargestellt werden.

Begriffsklärung des Leiblichen: Am Anfang steht die Bestimmung des Begriffes des *Leiblichen*. Fuchs (2013, S. 97) tritt auf der Grundlage der *Leibphänomenologie*² für die Definition des „*subjektiven Leib[es]*“ [Hervorh. i. Orig.] ein. Ausgang dieser Phänomenologie sind unsere lebensweltlichen Erfahrungen. Das bewusste Erleben bedarf zwar einer biologischen Basis, das Vollziehen von subjektiven Tätigkeiten ist darüber hinaus aber immer auch an das leibliche Selbstempfinden gebunden. Der Leib ist Resonanzraum, Zentrum und Mittel für alle Wahrnehmungen, Bewegungen und Handlungsweisen. Es gibt keine Trennung zwischen Körper und Geist. „Äußerungen und Erlebnisse [betreffen] [das] *gesamte[.] Lebewesen*“ [Hervorh. i. Orig.] und beschreiben eben nicht physikalische Prozesse in einzelnen Körperregionen (Fuchs, 2013, S. 104). Es handelt sich um einen komplementären Doppelaspekt des unteilbaren Lebewesens. Die eine Seite zeigt den subjektiv erlebten und von Anderen wahrgenommenen Leib, inklusive seiner integralen Lebensäußerungen, die andere beleuchtet den physiologischen Aspekt. Damit ist die Gesamtheit aller organischen Prozesse angesprochen. Als Person sind wir leibliche, verkörperte, seelisch-geistige Wesen.

Autopoiese: Die Grundstrukturen des Lebendigen und seiner Beziehungen zur Umwelt beschreibt Fuchs als komplexe Systeme, die sich autopoietisch in ihre Form und Struktur über die Zeit „bei fortwährendem *Wechsel ihres Stoffes*“ [Hervorh. i. Orig.] (Fuchs, 2013, S. 111) erhalten bzw. reproduzieren. Diese dynamische Selbstorganisation beinhaltet wechselseitige Prozesse der Bezogenheit und der Autonomie. „Äußere [Kräfte] wirken ... nicht ... unmittelbar bzw. kausalmechanisch auf den Organismus ein (es sei denn schädigend oder zerstörend), sondern vielmehr als *Reize*, die mit Reaktionen des Gesamtorganismus *beantwortet* werden“ [Hervorh. i. Orig.] (ebd.).

In der Kommunikation von Organismus und Umwelt treten Tiere und Menschen im Unterschied zu Pflanzen als relativ autonome Entitäten auf. Fuchs knüpft an die Systemtheorie von Uexküll

² Fuchs (2013, S. 97) verweist für die Phänomenologie des Leibes auf eine umfangreiche Literatur: in erster Linie seien Husserl (1952), Merleau-Ponty (1966), Meyer-Drawe (1984), Schmitz (1995), Waldenfels (2000), Böhme (2004) sowie Fuchs (2000a) zu nennen. Die Originalquellen dieser genannten AutorInnen sind im Buch von Thomas Fuchs (2013) mit dem Titel „Das Gehirn - ein Beziehungsorgan“ aufzufinden.

an, um die Austauschprozesse zwischen Lebewesen und Umwelt zu erklären (s. Fuchs, 2013, Kapitel 3.2.2 - 3.2.4).

Unter Subjektivität versteht er ein Selbst, das empfindet, fühlt, teleologische Vorstellungen hat; ein unteilbares Ganzes, dessen Wahrnehmungsprozesse und Handlungsweisen von einem Zentrum ausgehen, das sich sowohl nach außen abgrenzen als auch in Beziehung zur Umwelt treten kann. Das menschliche Lebewesen unterscheidet sich vom Tier, in dem es in der Lage ist, eine exzentrische Position einzunehmen. Diese Reflexionsfähigkeit ermöglicht es dem Menschen, sich von der jeweiligen Situation distanzieren zu können. „Die ... subjektive *Umwelt* des Tieres [wird] für den Menschen zur gemeinsamen intersubjektiven und damit objektiven *Welt* [Hervorh. i. Orig.] Die Exzentrizität des Menschen ist gleichursprünglich mit seiner Sozialität“ (Fuchs, 2013, S. 119).

Das Subjekt der Erkenntnis: Der Doppelaspekt von Leib und Körper wiederholt sich in den kollektiven Erkenntnisstrukturen des Menschen. Auch in der exzentrischen Position können wir „die Lebenswelt nie *als* [G]anze in den Blick bekommen ... vermögen wir doch nie *hinter*“ [Hervorh. i. Orig.] unseren Ursprung zu kommen (Fuchs, 2013, S. 298). Unsere Wahrnehmungs- und unsere Bewegungstätigkeit ist im Lebendigen, in der Intersubjektivität verortet. Der Mensch, der leiblich und zwischenleiblich in der Welt ist und in der Welt handelt, findet letztendlich zu sich selbst.

Basierend auf dieser Begriffsklärung des Lebendigen wird die von Fuchs vorgeschlagene Einbettung des Gehirns in den Organismus und in seine Umwelt nachvollziehbar. Die Beziehung der Lebewesen sowohl zur Umwelt als auch zum inneren Organismus unterliegen nicht einer linearen sondern einer zirkulären Kausalität. Dem Gehirn fällt in dieser Konzeptualisierung die Rolle des Vermittlungs- und Beziehungsorgans zu - auf einer horizontalen Ebene zwischen Organismus und Umwelt und auf einer vertikalen Ebene zwischen dem Organismus als Ganzes und seinen Teilen. Die Freiheitsgrade sind abhängig vom „*Vermögen*“ [Hervorh. i. Orig.] des Lebewesens, „die strukturell gegebene[n] Fähigkeiten eines Lebewesens, bestimmte Leistungen zu vollziehen“ (Fuchs, 2013, S. 131).

2.3 Die bindungstheoretische Perspektive

Im Folgenden werden relevante bindungstheoretische Konzepte erläutert und der aktuelle Befund zur Bindungsforschung dargelegt. Die neuen Erkenntnisse der Evolutionstheorie und Entwicklungspsychologie, die dazu beigetragen haben, die Besonderheiten von Beziehungen und deren kausale Zusammenhänge mit traumatischen Erlebnissen besser zu verstehen, wer-

den im Anschluss thematisiert. Diese bindungstheoretischen Grundlagen fokussieren letztendlich auf die Qualität der therapeutischen Beziehung. Ihre Wirksamkeit wird mit Rückgriff auf die empirische Psychotherapieforschung untersucht, und daraus werden Folgerungen für die Arbeit mit komplex traumatisierten erwachsenen Menschen abgeleitet.

2.3.1 Bindungstheoretische Konzepte

John Bowlby (1969/ 2006), Begründer der Bindungstheorie, hat in diesem Forschungsfeld weitreichende Erkenntnisse geliefert. Abgestützt auf die gut dokumentierte Primatenforschung postulierte der Forscher, Mediziner und Psychoanalytiker ein genetisch verankertes, emotionales oder motivationales, das Verhalten beeinflussende Bindungssystem, das der Sicherung des Überlebens von Individuen dient. Das Bindungssystem wird bei allen Säugetieren unter Bedingungen von Bedrohungen und Stress aktiviert. Es drückt das existenzielle Bedürfnis aus, bei den Bezugspersonen Schutz, Nähe und Trost zu finden und korrespondiert optimalerweise mit dem Fürsorge- und Beelterungsverhalten der Bezugspersonen. Eine zwischenleibliche Beziehung zwischen Mutter und Kind (natürlich gilt das auch für den Vater und andere wichtige Bezugspersonen), die durch eine gute Einstimmung, Sensibilität und Responsibilität gekennzeichnet ist, ermöglicht die Ausbildung einer sicheren Bindung. Das Kind entwickelt ein Urvertrauen in sich und die Welt. Unter diesen Voraussetzungen kann auch das Erkundungssystem, das Gegenstück zur Bindung aufgeschaltet werden (vgl. Brisch, 2011; Wöller, 2013).

Neben den evolutionstheoretischen leitete Bowlby auch kognitive Überlegungen aus seinen Forschungsergebnissen ab und entwickelte die Theorie „des inneren Arbeitsmodells“ (Wöller, 2013, S. 56 ff.). Bowlby ging davon aus, dass wiederholte interpersonelle Erfahrungen vom Individuum wahrgenommen, interpretiert und im Leibarchiv abgespeichert würden. Danach wird das innere Arbeitsmodell als ein Abbild der Beziehung zu den wichtigsten Bezugspersonen verstanden. Diese Repräsentationen (Erwartungen, Fantasien, Wünsche) würden die Vorstellungen über die zukünftigen Verhaltensweisen sowohl vom Selbst als auch von den Bindungsfiguren beeinflussen und das Verhalten teleologisch organisieren.

John Bowlbys engste Mitarbeiterin Mary Ainsworth und ihre Forschungskolleginnen Blehar, Waters und Wall entwickelten (1978, zit. nach Wöller, 2013, S. 59 ff.), aufbauend auf seinem theoretischen Modell, den Test „The Strange Situation“ zur Bestimmung der Bindungsorganisation. In diesem Laborexperiment wurde das kindliche Verhalten beobachtet, und zwar hinsichtlich der Frage, wie es auf zwei kurze Trennungen und die Wiedervereinigung mit einer Bindungsperson reagierte. Sie konnten aus den Daten eine Klassifizierung von drei Bindungsmustern vornehmen: ein „sicher-gebundenes“, ein „unsicher-vermeidendes“ und ein „unsicher-ambivalentes“ Muster (ebd.). Phänomene, die schwierig zu klassifizieren waren, fasste

Main (1986, 2005, zit. nach Grossmann & Grossmann, 2012, S. 156) unter den Begriff der „Desorganisation‘ bzw. der ‚Desorientierung‘ in den Bindungsstrategien“ (ebd.). Diese klassifizierten Bindungsqualitäten sind auf einem Kontinuum angesiedelt (Brisch, 2011), was für die Diagnostik von Bindungsstörungen bedeutsam ist.

Die Psychologin Mary Main, Schülerin von Mary Ainsworth, hat in Anlehnung an deren Untersuchungen mit einer Forschergruppe die Bindungsrepräsentationen der Eltern/Erwachsenen untersucht und dazu den Interviewleitfaden für das „Adult Attachment Interview“ (Brisch, 2011, S. 34) entwickelt. Mit Hilfe von psycholinguistischen Auswertungen konnten sie damit auf die Abspeicherung früher Bindungserfahrungen schließen (vgl. Brown, 2011; Kinsler, Courtois & Frankel, 2011).

Mentalisierungstheorie: Fonagy, Gergely, Jurist & Target (2011) knüpfen an die Bindungstheorie von Bowlby an. Sie gehen davon aus, dass eine wesentliche Voraussetzung für gelingende Beziehungen, die wiederum einen herausragenden salutogenen Wirkfaktor für psychische Gesundheit darstellt, die Entwicklung der Fähigkeit zur Reflexion eigener und fremder psychischer Zustände ist. Von einem teleologischen Standpunkt aus gesehen, diene der Erwerb der Mentalisierungsfähigkeit im Kontext sicherer affektiver Bindungen dem menschlichen Überleben.

Allen, Fonagy & Bateman (2011, S. 24) definieren „Mentalisieren‘ als ein *imaginatives Wahrnehmen oder Interpretieren von Verhalten unter Bezugnahme auf intentionale mentale Zustände*“ [Hervorh. i. Orig.]. Die zunehmende Mentalisierungsfähigkeit wird in frühen sozialen Beziehungen erlernt. Gelingt es der Bindungsperson, die von Augenblick zu Augenblick stattfindenden Veränderungen der mentalen Zustände ihres Kindes, als intentionales Wesen anerkennend, feinfühlig wahrzunehmen und darauf situationsangemessen zu reagieren, begünstigt dieser Prozess die zwischenleibliche Passung. Dank der Spiegelung seines affektiven Erlebens durch die Bindungsperson, lernt das Kind durch das, was es fühlt. Gleichzeitig hilft die Bezugsperson dem Kind bei seiner Affektregulierung. Dies ist eine grundlegende Voraussetzung für die Selbstregulation. Unter diesen förderlichen Entwicklungsbedingungen kann das Kind angstfrei und entspannt die psychische Verfassung des Gegenübers mittels mentaler Zuschreibung erklären.

Dank der Verinnerlichung dieses signifikanten Anderen, entwickelt das sicher gebundene Kind die Fähigkeit, mit seinen intentionalen Zuständen fertig zu werden und sein Selbst zu organisieren. Die Autoren betonen, dass eine sichere Bindung, die sich durch eine feinfühlig-einstimmige Beziehung auf das Kind ebenso auszeichnet wie durch wertschätzende, beschützende und spielerische Beziehungsqualitäten, das Vertrauen in die eigene Person und in die Welt fördert, welches wiederum Voraussetzung für die Entwicklung eines positiven Selbstbildes und das

Neugierde- und Explorationsverhalten ist. Hingegen wirken sich schädigende, destruktive Beziehungserfahrungen - insbesondere der primären Bezugspersonen - nachhaltig beeinträchtigend auf die psychische Organisation des Selbst, seine Reflexions- und Selbstregulationsfähigkeit aus und führen meist zu einem inkongruenten und inkonsistenten Identitätserleben (Allen, Fonagy, Bateman, 2011; Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2011).

Aktuelle Befunde zur Bindungsforschung: Aus der gegenwärtig weithin akzeptierten Bindungstheorie sind die wichtigsten theoretischen Erkenntnisse anzufügen: Karin und Klaus Grossmann (2012), ebenfalls Schüler von Mary Ainsworth, trieben mit ihren vielbeachteten Längsschnittforschungen die europäische Bindungsforschung voran. Sie verdeutlichten, dass die Bindungstheorie sich nicht nur auf die frühe Kindheit beziehen dürfe, sondern „Bindungsgefühle und Bindungsverhalten eng mit der gesamten Entwicklung verbunden [seien], mit der Entwicklung von Denken, Planen, Wollen, der Entwicklung der Selbständigkeit, der Selbstkontrolle und der sozialen Fähigkeiten“ (Grossmann & Grossmann, 2012, S. 24). Des weiteren „sind Bindungs- und Beziehungsphänomene [im Entwicklungsgeschehen] ... nicht, wie frühere Publikationen aus der Bindungstheorie glauben machten, nur auf die dyadische Beziehungsinteraktion bezogen, sondern auf das gesamte soziale Umfeld“ (Gahleitner, 2012, S. 41).

Obwohl die Bindungsmuster in der Entwicklungsspanne relativ stabil zu bleiben scheinen, konnten dank der Beiträge der longitudinalen Forschung beeinflussende Faktoren festgestellt werden - wie z.B. Temperamenteigenschaften und Wahrnehmungsstil des Kindes, bedeutungsvolle Kompensationsfiguren, einschneidende Erlebnisse, ändernde Kontextbedingungen - welche eine Modifikation der Bindungsmuster zulassen (vgl. Kinsler, Courtois & Frankel, 2011; Brisch, 2011).

2.3.2 Bindungsforschung und Trauma

In der Regel sind Menschen mit komplexen Traumafolgestörungen in zerrütteten Milieus aufgewachsen und bilden in einer dauerhaft dysfunktionalen Umgebung verschiedene Kombinationen von Traumatisierungen aus. Insofern werden komplexe Traumafolgestörungen häufig in Zusammenhang mit Bindungsschäden und prolongierten destruktiven Wirkungen von Beziehungs- und Entwicklungstraumata gebracht. Es sind relationale Ereignisse und Erlebnisse, die meistens im Nahraum geschehen. Sie haben überdauernde Auswirkungen auf die physiologisch-biologische (s. Kap. 2.2.1) und auf die psychologische Entwicklung und beeinflussen den Aufbau sicherer vertrauensvoller Beziehungen (vgl. Bohleber, 2012; Brisch, 2011; Courtois & Ford, 2011; Sack et al., 2013; van der Kolk et al., 2000). Gerade deswegen sind korrigierende emotionale Erfahrungen im interpersonellen Beziehungsgeschehen ein zentrales Kernziel in der Traumabehandlung. Kinsler, Courtois & Frankel (2011, S. 214) pointieren diese Aussage

mit folgendem Zitat: „ ... die Heilung komplexer und chronischer Traumata ... [findet] in als sicher und zuverlässig empfundenen, durch Güte gekennzeichneten und sicher gebundenen Beziehungen statt“.

Die störanfällige Mentalisierungsfähigkeit ist im Zusammenhang mit komplexen Traumafolgestörungen vielfach beschrieben worden (vgl. Wöller, 2013; van der Hart et al., 2008; Sack et al., 2013).

„Mittlerweile zeigen auch die vorliegenden Forschungsergebnisse relativ klar, dass die meisten Menschen, die chronisch Missbrauch oder Misshandlung erleben, eine unsichere und/oder desorganisierte/dissoziative Bindung entwickeln“ (Lyons-Ruth & Jacobovitz, 1999, zit. nach Kinsler, Courtois & Frankel, 2011, S. 217).

Transgenerative Weitergabe von Beziehungsmustern: In jüngster Zeit ist die Frage, welche Auswirkungen elterliche Traumatisierungen auf den Säugling und das Kleinkind haben, vermehrt in den Fokus der Traumaforschung gerückt. Diese Bewegung geht sowohl auf die Kleinkindforschung als auch auf die Bindungsforschung zurück, welche Untersuchungen zu den transgenerativen Folgen traumatisierter Eltern auf ihre Kinder durchführten. Erste Ergebnisse zeigen, dass die primären Bezugspersonen ihre erworbenen Bindungsmuster an ihre Zöglinge weitergeben. Erlittene Traumatisierungen beeinträchtigen die Entwicklung eines sicheren Bindungsverhaltens erheblich. Betroffene entsprechen in ihrem Fürsorgeverhalten nicht dem Bild, welches Winnicott (1960/ 2002) von der „good enough mother“ gezeichnet hat. Damit meinte er eine bedeutsame Bindungsperson, die in der Lage ist, adäquat auf die Bedürfnisse des Säuglings oder Kleinkinds einzugehen. Im Gegenteil, das Bild des vulnerablen, abhängigen und bedürftigen Babys kann unbewusst als Auslöserreiz für traumatisierte primäre Bezugspersonen fungieren und aufgrund der projizierten Hilflosigkeitsgefühle sowohl Abwehrverhalten als auch Gewaltimpulse auslösen (Baradon, 2010; Leuzinger-Bohleber, 2009; Rutherford & Mayes, 2011 zit. nach Bohleber, 2012, S. 94).

2.3.3 Therapeutische Beziehung als Wirkfaktor

Seit den Anfängen der Psychotherapie treffen wir auch auf den Diskurs über die Bedeutsamkeit der therapeutischen Beziehung. Erste Vermutungen einer signifikanten Korrelation zwischen der therapeutischen Beziehung und dem Therapieerfolg beschrieb - lange vor den bestätigenden Befunden der empirischen Psychotherapieforschung - auch schon Rosenheim (1936, zit. nach Hermer & Röhrle, 2008, S. 22).

In der Geschichte finden sich zur Konzeption der therapeutischen Beziehung vielfältige, schulenspezifisch verankerte Denkmodelle, die sich im Verlaufe der Zeit zuerst innerhalb der

jeweiligen Schulen modifiziert und dann schulenübergreifend konstituiert haben. Diese Entwicklung ist in einem größeren gesellschaftspolitischen Zusammenhang zu verstehen. Im Zuge der Reformbewegung des Gesundheitswesens in den 1990er Jahren, die in der Scientific Community die Forderung nach empirisch validierten Methoden der Psychotherapie angestoßen hat, gewann die empirische Psychotherapieforschung eine herausragende Bedeutung (vgl. Hermer & Röhrle, 2008).

Nachdem bereits Luborsky (1994, zit. nach Hermer & Röhrle, 2008, S. 22) sowie Orlinsky, Grawe & Parks (1994, zit. nach Hermer & Röhrle, 2008, S. 22) darauf hingewiesen hatten, „dass bei kaum einer Variablen der enge Zusammenhang zum Therapieerfolg so gut nachgewiesen sei wie bei der Güte der therapeutischen Beziehung“, untermauerten später auch Asay & Lambert (2001) die grundsätzliche Effektivität, Effizienz und dauerhafte Wirkung von Psychotherapie. Was in ihrer Studie vor allem neu war und für Aufsehen sorgte, war ihr auf Metaanalysen gestützter Beweis, dass „viele von dem, was in der Psychotherapie wirksam ist, ... auf übergreifende oder fast allen Therapieschulen gemeinsame Faktoren zurückgeführt werden [kann]“ (Asay & Lambert, 2001, S. 41). Die Autoren unterteilen diese Wirkfaktoren in vier große Bereiche: KlientInnenvariablen und extratherapeutische Ereignisse (40 %), therapeutische Beziehung (30 %), Erwartungs- und Placeboeffekte (15 %) und Methoden (15 %). Sie belegen, dass PatientInnen- und TherapeutInnenvariablen auf den Therapieprozess signifikant Einfluss nehmen. Auf der PatientInnenseite listen sie die folgenden Merkmale auf: Schwere und Dauer der Störung, ihre Beziehungsfähigkeit, Einstellung zur Therapie, ihre Fähigkeiten zur aktiven Mitarbeit und Rückhalt im sozialen Gefüge. Schwere (chronifizierte) Persönlichkeitsstörungen und interpersonelle Traumata mit Ursprung in der Kindheit würden den Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung deutlich behindern. Die positiven Verhaltensweisen seitens der TherapeutInnen umschreiben die Autoren mit Empathie, Wärme, Wertschätzung, Verständnis, Bestätigung und Echtheit. Angriffe und Beschuldigungen seien seitens der TherapeutInnen möglichst zu vermeiden. All diese Aspekte würden beim Beziehungsaufbau eine zentrale Rolle spielen und über die Effektivität der therapeutischen Allianz entscheiden.

Bedeutung der therapeutischen Beziehung im Kontext der Traumabehandlung: Unter Einbezug der oben ausgeführten Ergebnisse sowohl zu den neuen Erkenntnissen aus der Bindungs- und empirischen Psychotherapieforschung, als auch zur Säuglingsforschung, welche bereits dem Baby aktive Gestaltungskompetenzen in der Beziehung zu bedeutsamen Bezugspersonen zuschreiben (vgl. Brisch, 2011, S. 120), wird der zentrale Fokus auf die Qualität der therapeutischen Beziehung in der Arbeit mit komplex traumatisierten erwachsenen Menschen evident. Zu ihren wesentlichen Merkmalen zählen nach Auffassung von Brisch (2011) Empathiefähigkeit, Fürsorgeverhalten, emotionale Verfügbarkeit und ein feinfühliges Wahrnehmen und promptes Reagieren auf Signale. Auch Kinsler, Courtois & Frankel (2011) weisen darauf

hin, dass eine halt gebende therapeutische Beziehung den Patienten mit der Zeit in die Lage versetzt, schwer erträgliche Emotionen (insbesondere Angst) besser auszuhalten. Sie sei Voraussetzung für korrigierende therapeutische Erfahrungen. Das interpersonale Experimentieren und Lernen fokussiere in erster Linie auf Behandlungsziele wie Selbstberuhigung, Selbstakzeptanz, Verständnis für dysfunktionales Übertragungsgeschehen und Förderung interpersoneller Fähigkeiten.

Umgang mit den zu erwartenden Risiken in der Traumabehandlung: Unweigerlich kommen die erlittenen traumatischen Erfahrungen in der therapeutischen Beziehung zum Ausdruck. Sie zeigen sich in spezifischen Forderungen und Verhaltensmustern, welche für PatientInnen und TherapeutInnen oft gleichermaßen belastend sind. Als typische Beispiele werden Rettungs- und Nachbeelterungsbedürfnisse, regressive und abhängige Verhaltensmuster, traumatische Übertragungen, perfektionistische Ansprüche, unbewusstes Sabotieren von Behandlungszielen, heftiges Ausagieren von Wut und anderen Emotionen genannt. Brisch (2011, S. 129) fordert von den Professionellen insbesondere eine „verlässliche[.], vorhersagbare[.] emotionale[.] Präsenz ... Klarheit und rahmensetzende[.] Strukturen“ (ebd.). Darüber hinaus weist Brisch (2011) auf die Wichtigkeit der Bewusstheit über eigene Bindungsanteile und Gegenübertragungsprozesse hin, damit nicht Autonomiebedürfnisse der Patienten wegen eigener Bindungsbedürfnisse behindert würden. Damit TherapeutInnen eine gute bindungsbasierte therapeutische Arbeit gewährleisten könnten, bedürften sie selber eines sicheren und tragenden sozialen Netzwerkes.

Die PraktikerInnen sind sich darüber einig, dass sowohl Methodik als auch therapeutische Beziehung einen starken Einfluss auf die Therapieprozesse von komplex Traumatisierten haben. Die Begleitung und Behandlung komplex traumatisierter PatientInnen stellt eine große Herausforderung an die TherapeutInnen und ihre Persönlichkeit dar, wie Ebbinghaus, Rießbeck & Schellong (2013) bestätigen. Dieser Umstand müsse in Ausbildungen, Behandlungsansätze und Interventionen größeres Gewicht bekommen.

2.4 Die systemische Perspektive

2.4.1 Forderung nach einer mehrperspektivischen Therapeutik

„Werden Patienten lediglich als ‚Träger‘ oder Verkörperungen verschiedener Störungen gesehen und die Therapeuten als bloße ‚Agenten‘ oder Anwender von spezifischen Behandlungen, die für die Störung vorgesehen sind“ (Orlinsky, 2003, S. 406), liegt dieser Sichtweise ein reduzier-

tionistisches Menschenbild zugrunde. Verstehen wir hingegen den Menschen als eine Person, die sich in den Dimensionen Subjektivität, Individualität und Identität entfaltet und in eine historisch gewachsene Gemeinschaft mit ihren sozialen und kulturellen Systemen eingebettet ist, muss sich die Psychotherapie mit den verschiedenen Kontexten von Handlungssystemen auseinandersetzen. Orlinsky (2004) hat sich dieses Problemfeldes angenommen und eine handlungstheoretische Systemanalyse konzipiert, die den Menschen vor dem Hintergrund einer multikulturellen Gesellschaft in seinen vielschichtigen, beständig wandelnden Lebenssituationen zu erfassen versucht. Küchenhof (2003) bezieht sich auf dieses Modell und bestätigt, dass nur eine profunde handlungstheoretische Systemanalyse psychotherapeutische Wirkungsweisen, die situationsangemessen sind und der Komplexität interdependenter sozialer, kultureller, psychologischer und biologischer Einflussfaktoren Rechnung tragen, gewährleistet - umso mehr, weil ihre Determinanten den Therapieprozess und den Therapieerfolg wechselseitig beeinflussen würden.

Im folgenden Abschnitt wird der Versuch unternommen, zentrale Aspekte dieses komplexen Modells darzulegen.

Orlinsky (2004) erweiterte seine theoriegeleiteten Ideen auf der Basis „[des] generische[n] Modell[s] der Psychotherapie“ [Hervorh. i. Orig.] (Orlinsky & Howard 1986, 1987; Orlinsky, 1994, zit. nach Orlinsky, 2004, S. 88). Dieses Modell „unterscheidet bei der Charakterisierung der Beziehung zwischen dem therapeutischen Prozess und dem Therapieerfolg zwischen dem Therapieprozess selbst und den funktionalen Kontexten, in denen der Prozess abläuft“ (Orlinsky, 2004, S. 88). In der Psychotherapie beeinflussen sowohl die „*funktionalen Kontexte*“ [Hervorh. i. Orig.] (ebd.) des Patienten - damit sind seine Lebensverhältnisse, das Therapiesetting und die Bedeutung dieser Situation in der Gesellschaft gemeint - als auch die Determinanten des Therapeuten den Prozess. Umgekehrt wirken die Folgen des Therapieverlaufes wieder ins Umfeld. Der Therapieerfolg ergibt sich aus dem Spektrum der Auswirkungen auf die Lebensgestaltung und Persönlichkeit des Patienten.

Die folgenden Ausführungen gehen nicht auf den therapeutischen Prozess und ihm innewohnende Aspekte ein. Der Fokus liegt auf der systematischen Bestimmung des komplexen funktionalen Umfeldes, welches den therapeutischen Prozess beeinflusst.

Der Ausgangspunkt von Orlinskys Überlegungen stellt die Unterscheidung der vier Handlungssysteme von Parsons (Parsons u. Shils, 1951; Parsons, 1966, zit. nach Orlinsky, 2004, S. 90) dar. In diesem konzeptuellen Rahmen werden die funktionalen Kontexte des therapeutischen Prozesses in unterschiedliche Kategorien aufgefächert, und zwar in ein „Persönlichkeitssystem“, ein „kulturelle[s] System“, ein „organismische[s] System“ und ein „soziale[s] System“. Der Therapieprozess wird wiederum in „*individuelle[.] Kontexte*“ (Persönlichkeits- und organismi-

ches System) und „kollektive[.] Kontexte“ [Hervorh. i. Orig.] (soziales und kulturelles System der Gemeinschaft) eingeteilt (ebd.).

In seinen Schlussfolgerungen hebt Orlinsky „die vielgesichtige Natur von Psychotherapie“ hervor (Orlinsky, 2004, S. 100), die in die sozialen und kulturellen Systeme der Gemeinschaft eingebettet ist. Neben diesen kollektiven Kontexten spannen die individuellen Kontexte, in denen „sowohl Patienten als auch Therapeuten als bedeutsame ‚funktionale Umgebung‘ des therapeutischen Prozesses fungieren“ (ebd.), den gesamten Bogen des Therapieprozesses auf und determinieren letztendlich den therapeutischen Erfolg innerhalb dieses komplexen Geschehens.

Eine mehrperspektivische Sichtweise, wie es das Modell von Orlinsky vorsieht, stellt eine sinnvolle Konzeption dar, weil sie die Vielfalt menschlicher Lebensweisen und ihre individuell bedeutsamen sozialen Zusammenhänge in den Vordergrund stellt und zu verstehen versucht. Es ist wünschenswert, in der therapeutischen Arbeit mit komplex traumatisierten Menschen diese theoretische Hintergrundfolie zugrunde zu legen, weil auf dieser Basis konkrete Umsetzungspläne der berechtigten und sinnvollen Forderungen nach übergreifenden und systematisierten Kooperations- und Vernetzungsangebote (s.u., Kap. 2.4.2, Kap. 2.4.3) im psychotraumatologischen Feld sorgfältig angegangen werden können. Ebenso stellt diese handlungstheoretische Systemanalyse hervorragende Möglichkeiten bereit, den Diskurs über Themen wie berufspolitische Einflüsse und die ‚Revolution der verwalteten Versorgung‘ (Orlinsky, 2004, S. 95), die maßgebend auf den Verlauf des therapeutischen Prozesses einwirken, anzustoßen und mit Hilfe eines gemeinsamen theoretischen Rahmens fruchtbare Ergebnisse zu generieren, die letztendlich ja im Dienste des Patientenwohls stehen.

2.4.2 Die Bedeutung der extratherapeutischen Wirkfaktoren

Auch Asay und Lambert (2001) fordern Maßnahmen übergreifender und systematisierter Kooperations- und Vernetzungsangebote im psychotherapeutischen Feld. Sie rekurrieren dabei auf Ergebnisse der empirischen Psychotherapieforschung, die zeigen, dass positive Behandlungsergebnisse im Sinne von Effizienz, Effektivität und dauerhafter Wirkung bis zu 40% den KlientInnenvariablen und extratherapeutischen Wirkfaktoren zuzuschreiben sind. Ihre Argumente werden nachfolgend näher skizziert.

Die Autoren weisen darauf hin, dass PatientInnen unterschiedliche psychische Störungen und Persönlichkeitsstörungen, Biografien, gegenwärtige Stressfaktoren und soziale Netzwerke mitbringen, wenn sie mit einer Therapie beginnen. Diese sogenannten *KlientInnenvariablen* werden häufig eingeteilt in „die Schwere der Störung (einschließlich der Zahl der auftretenden Symptome), Motivation, die Fähigkeit, sich auf Beziehungen einzulassen, Ichstärke, psycholo-

gische Einstellungen und das Vermögen, ein zentrales Problem zu identifizieren“ (Asay & Lambert, 2001, S. 50). Als Beispiele für Einwirkungen der Umgebung, den sog. *extratherapeutischen Wirkfaktoren* kommen Trennung, Arbeitsplatzverlust, Wohnungskündigung, Elternschaft und gesellschaftliche Unterstützung etc. in Betracht. Daraus schlussfolgern Asay/Lambert, dass die Art der psychischen Störung (Chronifizierung) und die persönliche Geschichte (z.B. Gewalterfahrung, interpersonelles Trauma) signifikanten Einfluss auf den therapeutischen Erfolg haben. Bezugnehmend auf Garfield (1994, zit. nach Asay & Lambert, 2001, S. 52) könnten sich KlientInnenvariablen, wie Motivation und Hoffnung auf Besserung rasch ändern, während verfestigte Persönlichkeitszüge eher invariabel seien. Des Weiteren verweisen sie auf gut dokumentierte Forschungsergebnisse zu Spontanremissionen und die erwiesenermaßen reduzierte Symptomatik bei der Teilnahme an Selbsthilfegruppen und Konsultation von Selbsthilferatgebern. Man könne mit Wahrscheinlichkeit davon ausgehen, dass einer bedeutenden Zahl von Menschen durch soziale Unterstützung in der Familie, im Freundeschaftskreis, durch Nachbarschaftshilfe, niederschwellige Beratungsangebote, Seelsorge usw. geholfen werde, also durch stützende und hoffnungseinflößende Wirkfaktoren.

„Die Erkenntnis, dass viele KlientInnen ohne formale psychologische Interventionen eine Besserung erfahren, unterstreicht die Wichtigkeit unterstützender und therapeutischer Aspekte in der natürlichen Umwelt, in der KlientInnen leben und funktionieren“ (Asay & Lambert, 2001, S. 53). Die PsychotherapeutInnen seien neben ihrem Fachwissen dazu angehalten, sich mit den sozialen Netzwerken vor Ort vertraut zu machen und ihren PatientInnen beim Auffinden und Nutzen von psychosozialen Beratungsstellen und anderen unterstützenden Angeboten zu helfen.

Nestmann (2010) fasst in seiner Publikation „Soziale Unterstützung - Social Support“ den quantitativen und qualitativen Stand der Netzwerk- und Supportforschung der letzten 40 Jahre zusammen. Die Befunde bestätigen überzeugend, dass die „soziale Unterstützung ... eine zentrale Bedingung der Sicherung von Gesundheit, der Verbesserung von Wohlbefinden und der Förderung von Lebensführung und Lebensbewältigung in allen Lebensbereichen“ ist (Nestmann, 2010, S. 3). Auch ihre Funktion als Stresspuffer ist außer Frage gestellt. Problematisch gestalte sich jedoch in der empirischen Supportforschung das Vergleichen der Untersuchungsergebnisse infolge uneinheitlicher Operationalisierungskriterien und fehlender Standardisierung der Erhebungsmethoden. Die Folge davon sei die Generierung vielfältiger, teilweise widersprechender Resultate. Beim aktuellen Wissensstand sei indes offen geblieben, in welcher Weise soziale Unterstützung wirke (vgl. Nestmann, 2010).

2.4.3 Traumatherapie: Netzwerken und Kooperationsverhältnisse

Die breit abgesicherte Datenlage „zur gesundheitssichernden und gesundheitsfördernden Wirkung sozialer Integration und sozialer Unterstützung“ (Nestmann, 2010, S. 27) förderte den interdisziplinären Diskurs zur professionellen sozialen Netzwerkorientierung³. Nachfolgend soll im Kontext der Traumatherapie zu diesem Thema eine Bestandesaufnahme gemacht werden.

Die spezifische Symptomatik komplex traumatisierter Menschen stellt eine Herausforderung für Diagnostik und Behandlung dar. Ebbinghaus, Rießbeck und Schellong (2013) gehen davon aus, dass Traumatherapien am häufigsten in ambulanten psychotherapeutischen Settings durchgeführt werden. Auch wenn ein dyadisches Therapiesetting wesentliche Vorteile mit sich bringe, (beispielsweise die emotional korrigierenden Erfahrungen im Kontext einer sicheren Bindung), sei die Gefahr jedoch groß, dass sich über längere Zeit, aufgrund der multidimensionalen Problemlagen dieser Patientengruppe bei den TherapeutInnen deutliche Überlastungen abzeichneten. Auf der PatientInnenseite führten krankheitsimmanente Symptome (dissoziative und somatoforme Syndrome), Beziehungsdynamiken und Vermeidungs- und/oder Schonverhalten meistens zu Überforderungen in der alltäglichen Lebensbewältigung. Um Über-, Unter- oder Fehlversorgungen zu vermeiden, seien interdisziplinäre Behandlungen durch mehrere Berufsgruppen zu bevorzugen. Wie Erfahrungen im klinischen Alltag gezeigt hätten, sei es in diesem Zusammenhang sinnvoll, einen koordinierenden, traumatherapeutisch qualifizierten Case-Manager einzusetzen.

Ebbinghaus et al. (2013) fordern letztendlich lange Behandlungszeiträume, multimodale, störungsspezifische und schulenübergreifende Konzepte und eine patientenorientierte, kooperative und integrativ vernetzte Versorgung, um die umfangreichen Behandlungsbedürfnisse von TraumapatientInnen, gut zu kanalisieren. Leider basierten jedoch „Vernetzungen von interessierten Fachkräften im Gesundheitssystem mit der Psychotraumatologie ... meist auf persönlichem Engagement der Netzteilnehmer und auf Austausch innerhalb der Professionen“ (Ebbinghaus et al., 2013, S. 166). Der Handlungsbedarf an institutionell verankerten Kooperationsangeboten, welche sektorenübergreifend und flächendeckend flexible Konzepte und Kombinationen (ambulante Psychotherapie, medizinische und psychosoziale Versorgung, stationäre Behandlung) anbieten, sei groß und harre häufig der Umsetzung.

Im Hinblick auf die Forderungen von Ebbinghaus et al. (2013) ist festzustellen: Innerhalb des reichen Traumadiskurses mit seinen Beiträgen zum vertieften Verständnis der spezifischen Traumafolgestörung gibt es große Übereinstimmungen bei den Grundlagenstrategien in der

³ Gahleitner (2012, S. 49) verwendet den Begriff „Netzwerken“. Sie geht davon aus, dass auf der Basis einer therapeutischen Bindungsbeziehung „auf ein tragfähiges Beziehungsnetzwerk hingearbeitet werden [kann], das sich bis hin zur Einbettung in kooperative Institutionsstrukturen ausbauen lässt“ (ebd.).

psychotherapeutischen Behandlung von komplexen Traumafolgestörungen. Auch die Effekte gezielt eingesetzter Kombination multimodaler und schulenübergreifender Behandlungsansätze werden immer mehr anerkannt. Die von den AutorInnen geforderte kooperative Zusammenarbeit mit den verschiedenen Berufsgruppen wird jedoch unzureichend thematisiert.

Das Problem stellt sich übrigens nicht aufgrund einer fehlenden Sensibilität für den Wirkfaktor der sozialen Unterstützung, im Gegenteil, man ist sich unter den TraumatherapeutInnen natürlich darüber einig, dass die „emotionale Bindung ... wahrscheinlich der grundlegendste Schutz gegen Traumatisierung“ ist (van der Kolk, McFarlane & van der Hart, 2000, S. 325). Konsequenterweise kommt in der Traumabehandlung dem Neu- und Wiederaufbau sicherer sozialer Bindungen, interpersoneller Fähigkeiten und Entwicklung von Zukunftsperspektiven, welche mit Hoffnung und Zuversicht verbunden sind und Mut machen, Veränderungen selber zu wollen und diese aktiv anzugehen, einen äußerst wichtigen Stellenwert zu (vgl. Sack, 2011). Es kann gemutmaßt werden, dass die Umsetzung in einer „klassischen“ Psychotherapie erfolgt und der Fokus auf ein optimales Gesamtprogramm auf verschiedenen Interventionsebenen (vgl. Petzold, 2004I) vernachlässigt wird.

2.5 Integrative Traumatherapie

2.5.1 Verortung und Konzeption der Integrativen Traumatherapie

Die Integrative Therapie wurde Mitte der sechziger Jahre von Hilarion G. Petzold begründet. Es ist ein ganzheitlicher und methodenübergreifender Ansatz, der Psychotherapie, Leibtherapie, Soziotherapie, Supervision und Arbeit mit kreativen Medien umfasst. Das Integrative Verfahren ist seit seiner Entstehung systematisch vom Begründer und seinen MitarbeiterInnen weiterentwickelt und ausgearbeitet worden und verschreibt sich dem Anspruch, den Anschluss an die empirische Therapieforschung und klinische Psychologie, die Neurobiologie, die modernen Wissenschaftstheorien und die klinische Philosophie zu gewährleisten; die Integrative Traumatherapie positioniert sich damit als eine dem „neuen Integrationsparadigma“ (Petzold, 2003) zugewandte Humantherapie. Dabei ist darauf hinzuweisen, dass der Integrative Ansatz keine Aneinanderreihung von Verfahren und Methoden ist; als Metamodell, verfügt er vielmehr über ein konsistentes theoretisches Fundament und ein definiertes Verfahren klinischer Therapie und methodenintegrierender Praxeologie.

Vor dem Hintergrund einer heraklitischen Orientierung verortet sich die Integrative Therapie in einer Grundhaltung der Offenheit für die Vielfalt des Lebens. „Diese Realitäten gilt es zu

konnektivieren, indem sie beständig transversal durchmessen werden in einem *kompetenten Navigieren in den Meeren der Weltkomplexität* [Hervorh. i. Orig.] (Petzold, 2003, S. 75). Dabei kommt der „gestaltenden Einflussnahme“ (ebd.) eine wichtige Rolle zu.

Die Integrative Therapie vertritt ein bio-psycho-soziales und ökologisches Verständnis und sucht den Weg zum Menschen in einer phänomenologisch-hermeneutischen Vorgehensweise. Darunter versteht sie ein Wahrnehmen mit allen Sinnen. Die Zugangsweise ist eine dialektische, die Erkenntnis in intersubjektiver „Ko-respondenz“⁴ gewinnt. In einem spiralförmigen Prozess werden Phänomene und Strukturen des erkrankten Menschen erfasst, verstanden und erklärt und gesundheitsfördernde Lebensentwürfe entwickelt (vgl. Leitner, 2010).

Die Einflüsse, Quellen und Bezüge der Integrativen Therapie⁵ (Petzold, 2003) beinhalten ein breites und reichhaltiges Spektrum von der französischen Tradition klinischer Philosophie und Psychologie (Pierre Janet, Gabriel Marcel, Maurice Merleau-Ponty, Michel Foucault, Paul Ricoeur), über die russische, kulturtheoretische und psychophysiologische Tradition (Nikolai A. Bernstein, Alexander R. Lurija, Lew S. Vygotskij), Gestalttheoretiker (Wolfgang Köhler, Kurt Lewin, Max Wertheimer), Pioniere tiefenpsychologischen Denkens (Sandor Ferenczi, Sigmund Freud, Friedrich Nietzsche), sowohl experiencieller, kreativer (Vladimir N. Iljine, Jacob L. Moreno, Fritz Perls) als auch körper- und bewegungsorientierter PsychotherapeutInnen (Elsa Grindler, Ola Raknes, Wilhelm Reich) bis hin zu behavioristischen Vertretern (Albert Bandura, Frederick Kanfer, Arnold A. Lazarus) und schließlich philosophische Lehren aus der Antike (Sokrates, Seneca, Epictet, Marc Aurel) und asiatische Kampf- und Meditationspraktiken (vgl. Ebert & Könnecke-Ebert, 2004; Petzold, 2003, 2007; Sieper, Orth & Schuch, 2007).

Die Integrative Traumatherapie konzeptualisiert sich vor diesem Hintergrundverständnis unter Berücksichtigung der spezifischen psychotraumatologischen Wissensbestände, welche zu ihrer generellen Behandlungsmethodologie in Beziehung gesetzt werden. PatientInnen mit komplexen Traumfolgestörungen werden im Integrativen Ansatz „immer im Gesamtkontext des Lebenskontinuums unter *pathogenetischer* und *salutogenetischer* [Hervorh. i. Orig.] Perspektive betrachtet, mit den potentiell krankheitsverursachenden und gesundheitsfördernden Ein-

⁴ Das „Ko-respondenzmodell“ wurde im Integrativen Ansatz entwickelt. Es wird verstanden als eine „*Methode zur gezielten Konstituierung von Sinn als Konsens/Dissens, zur Fixierung von Konzepten als intersubjektiv vermittelbaren Bedeutungszusammenhängen und - auf dieser Grundlage - zur Vorbereitung von Praxis als Kooperation*, in der sich die Konzepte bewähren und der Konsens bestätigt wird (*oder auch nicht*)“ [Hervorh. i. Orig.] (Petzold, 2003, S. 115). „Der Begriff *Ko-respondenz* beinhaltet das Korrespondieren von Subjekten, Gruppen, Institutionen, Systemen auf gleicher Ebene, ein Aufeinander-Anworten, ein Miteinander-Antworten. Er impliziert *Bezogenheit*, ein *Bezogensein*, *In-Beziehung-Setzen*, *Kommutilität*, ein *Zusammenwirken* (Synergie) und ermöglicht *Kokreation*“ [Hervorh. i. Orig.] (ebd.).

⁵ Die Originalquellen der in diesem Abschnitt genannten Autoren sind in im dreibändigen Opus Magnum von Petzold (2003) aufzufinden. Für Weiterführungen zu den geschichtlichen Quellen und der Entwicklung des Integrativen Verfahrens wird auf das publizierte „Handbuch der Integrativen Therapie“ von Anton Leitner (2010) verwiesen.

flüssen, so dass ... [Traumata] als ... lebensbestimmende[.] Moment[e] unter anderen gesehen [werden]“ (Petzold, Wolf et al., 2000, S. 498).

In diesem Kapitel werden spezifische, für diese Forschungsarbeit relevante Aspekte der Integrativen Traumatherapie vorgestellt. Zuerst wird auf ihre anthropologische Perspektive eingegangen. Sie hat weitreichende Konsequenzen sowohl für das integrative Leibkonzept, das integrative Modell der therapeutischen Beziehung und die ökologische Kontextualisierung.

2.5.2 Anthropologische Überlegungen

Das Menschenbild ist eine wichtige Grundlage jedes psychotherapeutischen Verfahrens und beeinflusst ihre Ausrichtung basal. Die Integrative Therapie hat diesem Umstand große Aufmerksamkeit geschenkt und ihre anthropologische Konzeption beständig weiterentwickelt. Ihre Definition lautet wie folgt:

Der Mensch - [in einer gendersensiblen Perspektive] Mann und Frau - [wird] als ein ‚Körper-Seele-Geist-Wesen im sozialen und ökologischen Kontext und Zeitkontinuum‘ gesehen, als ‚Leibsubjekt in der Lebenswelt‘, das sich in komplexen evolutionären Prozessen entwickelt hat, von ‚bewussten und unbewussten‘ Strebungen bestimmt ist und in ‚fundamentaler Ko-respondenz mit der Welt und den Mitmenschen‘ steht, um sein Leben und seine Weltverhältnisse kokreativ zu gestalten [Hervorh. i. Orig.]. (Petzold 1991e, 2003e⁶)

Ebenso misst die Integrative Therapie den evolutionsbiologischen Ansätzen im Zusammenhang mit dem Verständnis von Traumaverarbeitungsprozessen großes Gewicht bei. Wie die Geschichte gut belege, sei der Mensch infolge von Kriegen, Naturkatastrophen etc. schon immer traumatischen Erlebnissen ausgesetzt gewesen. „Unter einem evolutionsgeschichtlichen Blick kann man auch davon ausgehen, dass wir in der Herausbildung *biologischer* und *sozialer Strukturen* [Hervorh. i. Orig.] dafür ausgerüstet wurden, mit Gefahren, Belastungen, ‚traumatischem Stress‘ umzugehen“ (Barkow et al., 1992; Gould, 1990; Hüther, 1997; Shalev, 1997, Pynoos et al., 1997, zit. nach Petzold, Wolf et al., 2000, S. 447) - dies im Sinne einer überlebenssichernden Adaptionleistung.

Der informierte Leib: Der informierte Leib kann als die Summe der anthropologischen Formel der Integrativen Therapie begriffen werden. Im Integrativen Verfahren stellt dies ein Kernkon-

⁶ Dieses Zitat ist aus der Schrift von H.G. Petzold „Was ist Integrative Therapie? Leitideen und Grundkonzepte“ übernommen worden. Zugriff am 10.7.14.
Verfügbar unter: www.eag-fpi.com/images/stories/downloads/was_ist_integrative_therapie.pdf

zept dar (vgl. Leitner, 2010). Mit Rückgriff auf die Referenzphilosophen Gabriel Marcel, Maurice Merleau-Ponty, Paul Ricoeur und Hermann Schmitz⁷ vertritt die Integrative Therapie die anthropologische Position eines Menschen als Leibsubjekt, das von seiner Konstitution her in der Lage ist, seinen biologischen Körper/Organismus (s.o., Kap. 2.2.2) zu überschreiten. Es sind nicht Gehirne und Neuronen, die erkennen und verstehen, „sondern Subjekte, die als *Synergeme* [Hervorh. i. Orig.] solcher neurobiologischer Prozesse aus dem und in dem Organismus emergieren“ (Petzold & Müller, 2007, S. 370).

Als weitere Perspektive werden auch moderne, neurobiologische und psychophysiologische Überlegungen einbezogen. Das Subjekt wird als „*verkörpertes Selbst*“ [Hervorh. i. Orig.] (Petzold, Wolf et al., 2000, S. 505) verstanden, das beständig „transformative[.] Konfigurierungen‘ von Informationen auf unterschiedlichen Komplexitätsniveaus“ (Petzold et al., 1994, S. 555f, zit. nach Petzold, Wolf et al. 2000, S. 505) bereitstellt - das Gehirn, ein neuronaler Apparat, der immer wieder neue Emergenzen hervorbringen kann.

Wenden wir uns dem traumatisierten Menschen zu, dann sind wir unmittelbar mit seinem Leib „*als ultimative[m] Ort der Gewalt*“ [Hervorh. i. Orig.] befasst (Petzold, Wolf et al., 2000, S. 506). Diese Verschränkung von Körper, Geist und Umwelt stellt für ein umfassenderes Verständnis der spezifischen Traumafolgesymptomatik eine wichtige Grundlage dar.

2.5.3 Das stresstheoretische Konzept

Das stresstheoretische Konzept hat in der integrativen Traumakonzeption eine zentrale Funktion. Die theoretische Fundierung liegt auf dem vorgängig skizzierten anthropologischen Menschenbild, unter Einbezug biologischer und evolutionswissenschaftlicher Erkenntnisse und der Psychopathologie. Ein besonderer Schwerpunkt kommt den evolutiv begründeten menschlichen Adaptions- und Bewältigungsstrategien zu. Sie werden in der Integrativen Therapie auch „menschliche Überwindungsleistungen“ (Petzold, 2002) genannt. Prolongierte Überforderungserlebnisse und unzureichende äußere und innere Ressourcen führen bei TraumapatientInnen zu einer veränderten Stressphysiologie, wie empirische Befunde gut belegen konnten (s. Kap. 2.2.1).

⁷ Originalquellen der genannten Autoren finden sich im Artikel „Integrative Traumatherapie‘ - Modelle und Konzepte für die Behandlung von Patienten mit ‚posttraumatischer Belastungsstörung‘“ von Petzold, Wolf, Landgrebe, Josić & Steffan (2000)

Traumata werden in der Integrativen Therapie wie folgt konzipiert:

Traumata sind externe (z.B. Verletzung, Misshandlung) und/oder interne (z.B. Krankheit, Vergiftung) Überstimulierungen. In ihrer Folge kann es wie bei Defiziten als Unterstimulierung, Störungen als inkonstanter Stimulierung und Konflikten als gegenläufiger Stimulierung, abhängig von Intensität und Dauer, zu nachhaltigen pathologischen Folgen kommen [Hervorh. i. Orig.]. (Petzold, 2002, S. 175)

Demzufolge stellt in der Integrativen Traumatherapie die Wiederherstellung der funktionalen kognitiven und emotionalen Regulationsfähigkeit einen erstrangigen Fokus dar. Dysfunktionale Wahrnehmungs-, Verarbeitungs- und Handlungsprozesse sollen mit gezielten therapeutischen Maßnahmen unter Einbezug des Entwicklungsgeschehens, der Ressourcenfelder, der Schwere der Erkrankung und der Lebenslage behandelt werden. Petzold, Wolf et al. (2000) beziehen sich auf die gut belegten Befunde der Hirnforschung (s. Kap. 2.2.1) und schlussfolgern, dass - wenn traumatische Erlebnisse neurobiologische Veränderungen nach sich ziehen - es darum gehen müsse, traumatischen Stress mit Angeboten des Um- und Neulernens zu lindern oder zu kompensieren. Ausreichende Entlastung, Entspannung und Erholung würden neben einer guten therapeutischen Beziehung zentrale gesundheitsfördernde Faktoren darstellen. Unter diesen Bedingungen könnten die Betroffenen motiviert, befähigt und unterstützt werden, sich aktiv und willentlich auf Überwindungsprozesse einzulassen, mit dem Ziel, ihre Gefühle des Wohlbefindens zu verstärken.

Der ressourcenorientierte Ansatz von Janet, und sein Konzept der „Ökonomisierung“ der Lebensführung“ (Janet⁸, zit. nach Petzold, 2009, S. 381) kann auch diesem Themenfeld zugeordnet werden. Seine wertvollen Anregungen wurden für die Integrative Therapie aufgegriffen und auch mit Rückgriff auf die stoische Therapeutik umgesetzt (vgl. Petzold, 2009; Petzold, Wolf et al., 2002).

2.5.4 Das Beziehungsmodell der Integrativen Therapie

Ausgangspunkt der Integrativen Traumabehandlung bildet die therapeutische Beziehung. Sie zielt als wünschenswerte Form auf eine „leiblich konkret vermittelte und erfahrbare *Freundlichkeit* und *wahrhaftige Aufrichtigkeit (Parrhesie)*“ [Hervorh. i. Orig.] ab (Petzold, 2002, S. 38). Diese aktiv gestaltete Zuwendung „wird in der Doppeldeutung des Wortes als körperliche Hin-

⁸ Auf die Originalquelle und auf weitere wichtige Werke von Pierre Janet referiert Petzold (2009) in: „Pierre Janet (1855 - 1947) - Ideengeber für Freud, Referenztheoretiker der Integrativen Therapie“.

wendung und seelische *Zuneigung* zur Grundlage jeder weiterführenden Hilfeleistung“ [Hervorh. i. Orig.] (Petzold, 2002, S. 35).

Um „ein vertieftes Verstehen von Phänomenen des sozialen Miteinander“ zu gewinnen, verbindet die Integrative Therapie „eine phänomenologisch-tiefenhermeneutische Theorie der Relationalität“ mit einer sozialpsychologischen Optik (Petzold & Müller, 2007, S. 373). Dem Einbezug sozialpsychologischer Wissensbestände komme eine große Relevanz zu - insbesondere, weil sie dem „tiefenpsychologischen Übertragungs-/ Gegenübertragungsparadigma“ eine angemessene Teilbedeutung zukommen lasse, sie nicht zu einem allumfassenden Erklärungsansatz erhebe und mehrperspektivische Zugangsweisen favorisiere (ebd.). In Anlehnung an Moscovici (1990/2001, zit. nach Petzold & Müller, 2007, S. 373) teilen die Autoren dessen Meinung, dass ein „vertiefter Dialog zwischen der Entwicklungspsychologie und der Sozialpsychologie“ (ebd.) gefördert werden müsse.

Das Leitkonzept der Leiblichkeit wird im Integrativen Ansatz anthropologisch und ontologisch bekräftigt. „Unser Sein ist immer ein ‚Mit-Sein‘“ (Leitner, 2010, S. 85). Die erkenntnistheoretische Position konzipiert ein „*Apriori der Sozialität*“ [Hervorh. i. Orig.] (Petzold, 2003, S. 214). Wir erkennen uns, die anderen und die Welt im zwischenleiblichen Geschehen und in gemeinsamen Erzählungen, die in phänomenologisch-hermeneutischen Prozessen, in spiralförmigen Bewegungen Einsichten hervorbringen, die immer weiter um sich greifen. Entwicklungsgeschehen basiert fundamental auf einer intersubjektiven „Ko-respondenz“. Demzufolge bildet die Intentionalität des Leibsubjektes und die soziale Natur des Menschen in der therapeutischen Beziehung die Grundlage für das wechselseitige verbale und non-verbale Kommunikationsgeschehen. Gelingende Prozessverläufe basieren auf dem Prinzip der „Passung“, der „dynamische[n] Regulation zwischen Systemen“ (Petzold & Müller, 2007, S. 404). Sie sollen eine „hinlänglich gute, wechselseitige Adaptierung bzw. Synchronisierung ermöglichen“ (ebd.).

Wird einem Kind die wechselseitige Einfühlung von primär bedeutsamen Bezugspersonen und eine differenzierte Beziehungsgestaltung nicht ermöglicht, können dies Ursachen für schwere Persönlichkeitsstörungen und Beeinträchtigungen im sozialen Leben sein. In diesem Zusammenhang sei auf die Affiliationstheorie verwiesen. Sie besagt, dass „*das intrinsische Bedürfnis des Menschen nach Nähe zu anderen Menschen in geteiltem Nahraum*“ [Hervorh. i. Orig.] eine existenzsichernde Bedeutung hat (Petzold & Müller, 2007, S. 375) und der gemeinschaftlichen Verbundenheit dient. In diesem „Affiliationsnarrativ“ (ebd.) könne letztendlich die Entwicklung der menschlichen Spezies und ihre in kokreativen Prozessen hervorgebrachten Kulturgüter begründet sein, und zwar basierend auf einer humanistischen Haltung und handlungswirksamen Engagiertheit. Das Gegenpendel ist die „Reaktanz“ (ebd.), verstanden als Widerstandskraft. Diesem ebenfalls evolutionär begründeten Muster liegt das Bedürfnis nach einem kontrollierenden und selbstbestimmten Leben zugrunde. Werden Menschen ausgegrenzt, gede-

müht, verletzt, mit Liebesentzug bestraft, entwickeln sie affilialen Stress, der mitunter auch traumatische Qualitäten annehmen kann (vgl. Müller & Petzold, 2007).

Somit kommt der „*Mutualität der Empathie*“ [Hervorh. i. Orig.] auch im therapeutischen Beziehungsgeschehen eine wesentliche Bedeutung zu (Petzold & Müller, 2007, S. 406). Innerhalb des therapeutischen Settings werden absichtsvoll Räume der „*Konvivialität*“ [Hervorh. i. Orig.] zur Verfügung gestellt (Petzold & Müller, 2007, S. 399). Damit ist eine wohlthuende, entwicklungsfördernde und heilsame Atmosphäre gemeint, die benigne Qualitäten beinhaltet. In der zwischenleiblichen Relationalität können benigne Interiorisierungen ermöglicht werden, die „korrigierende[.] emotionale[.] Erfahrungen“ (Petzold, 2003, S. 562) vermitteln.

Diese Konzepte stellen effektive Instrumente bei der Korrektur dysregulierter kognitiver und emotionaler Prozesse dar; was - wie bereits dargestellt - insbesondere bei der Behandlung von TraumapatientInnen von zentraler Bedeutung ist. Sie haben weitreichende stabilisierende, gesundheits- und entwicklungsfördernde Konsequenzen. Das Zuhören und Begleiten von Traumaerzählungen wird in diese „*zwischenmenschliche[.] Praxis in guter Alltäglichkeit*“ [Hervorh. i. Orig.] eingebettet (Petzold, 2002, S. 38). Damit wird Retraumatisierungsrisiken vorgebeugt und Integrationsprozesse werden unterstützt. Im Kern geht es in der Integrativen Traumatherapie darum, die Selbstermächtigung der PatientInnen wiederherzustellen, ihre Selbststeuerung als Ausdruck souveräner Identität wiederzugewinnen und die Zufriedenheit in den Beziehungsgestaltungen zu fördern (vgl. Petzold, Wolf et al., 2000; Petzold Wolf et al., 2002).

2.5.5 Mehrperspektivität, Interdisziplinarität und soziale Netzwerkorientierung

Die schnelllebigen Modernisierungsprozesse einer postmodernen, globalisierten Welt erfordern Agilität im Umgang mit neuen Wissensbeständen. Als Beispiel sei die rasante Entwicklung der Psychotraumatologie der letzten Jahre genannt. Bezugnehmend auf die Multidimensionalität komplexer Traumafolgestörungen benötigen wir eine Traumakonzeption, die multiperspektivisch konzipiert ist, ihre Interventionen multimodal ausrichtet und interdisziplinäre, methodenübergreifende Ansätze favorisiert. Es geht um eine kunstvolle und kreative Theorie-Praxis-Verschränkung. Des Weiteren bedarf es eines psychotherapeutischen Paradigmenwechsels, weg von „primären Vergangenheits- oder der Hier-und-Jetzt-Orientierung“ hin zu „einer *proaktiven* Zukunftsorientierung“ [Hervorh. i. Orig.] (Petzold, 2009, S. 389). Die hier eingeführte Thematik soll in den nächsten Abschnitten veranschaulicht werden.

Soziale Netzwerkinterventionen: Der hohe Stellenwert, den die Arbeit mit sozialen Netzwerken bzw. Konvois im Integrativen Ansatz einnimmt und der als Wirkfaktor aus der Netzwerk- und Supportforschung gut belegt ist (s. Kap. 2.4.2), geht auf die Zusammenführung sozialpsychologischer Überlegungen wichtiger Referenztheoretiker wie Pierre Janet, Lew S. Vygotskij,

Jacob L. Moreno, Pierre Moscovici⁹ zurück (Petzold, 2009, S. 381). Sie vertreten kontextualisierte Modelle und nehmen eine formgebende Kraft des Leibsubjekts in der Verschränkung zwischen Innen und Außen an. Petzold (2014b) fasst es folgendermaßen zusammen:

Der Mensch, ‚embodied and embedded‘ ... steht in Szenen, ist umgeben von Atmosphären, die ihn beeinflussen, zu denen er aber auch beiträgt. Er wird geformt durch drei Erfahrungsströme ... *Ökologisation, Enkulturation* und *Sozialisation* [Hervorh. i. Orig.]. Sie treffen zusammen mit inneren Prozessen der Verarbeitung des Aufgenommenen, in denen Kräfte der Eigengestaltung von unterschiedlichen Freiheitsgraden zum Tragen kommen und das Identitätsgeschehen bestimmen. (Petzold, 2014b, S. 143)

Die komplexen Traumafolgestörungen werden im Integrativen Ansatz unter einer *ökologischen* Perspektive als „eine *Überforderung* des Menschen mit seinem Kontext und seinen Bewältigungsmöglichkeiten in seinem Gesamtsystem, als eine Überlastung seines sozialen Netzwerkes bzw. Konvois, zumeist verbunden mit einer ‚*prekären Lebenslage*“ [Hervorh. i. Orig.] verstanden (Petzold, 2014b, S. 174). Folglich erscheint es dringend geboten, in die Traumatherapie das Thema der Sozialität auf der Mikroebene (persönliche Lebenswelt, soziale Verflechtung), auf der Mesoebene (Institutionen) und auf der Makroebene (gesellschaftliche Bedingungen und Zeitgeist), wie es in der integrativen Konzeption des Mehrebenenmodells (Petzold, 2003) gut dargestellt ist, in ihre Diagnostik und Behandlungsinterventionen einzubeziehen.

Mehrperspektivität, Interdisziplinarität: Jede traumatisierte Person hat eine individuelle Lebensgeschichte. Wir begegnen in der Traumatherapie Menschen mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen, verschiedenen Denkart und Ausdrucksweisen und variablen Lebensgestaltungen. Wie Petzold (2002, S. 9) betont, greifen Behandlungsansätze von „Traumafolgen durch ‚*man made desaster*‘ [Hervorh. i. Orig.] ohne übergreifende kulturkritische und politische Reflexionen zu kurz“. Diese Vielfalt gilt es in der Traumatherapie zu erfassen. Darüber hinaus bedarf das weite Spektrum von Wirklichkeit des Respekts vor der „Andersheit des Anderen“ (Levinas, 1983, zit. nach Petzold, 2003, S. 48).

Gefordert ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit, die darum bemüht ist, die vielfältigen Interpretationsmöglichkeiten in interdisziplinären Diskursen aufzugreifen und in intersubjektiven „Ko-respondenzprozessen“ einen guten Konsens zu finden (vgl. Koop, 2002; Petzold, Wolf et al., 2000). Es geht darum, in fachlichen Communities Konzepte, Vorstellungen und Stereotypen zu reflektieren, die „Gemeinsamkeiten zu sehen, ohne Differenzen zu leugnen“ (Gahleitner, 2012, S. 43). Unter diesen Voraussetzungen kann gewährleistet werden, dass die erstell-

⁹ Die Originalquellen der an dieser Stelle genannten Autoren finden sich in der Publikation „Pierre Janet (1855 - 1947) - Ideengeber für Freud, Referenztheoretiker der Integrativen Therapie“ von Hilarion G. Petzold (2009).

ten Diagnosen und Behandlungsindikationen nicht an den Realitäten der PatientInnen vorbeigehen und einseitig fokussierte Problemlagen den Blick für angemessene Wirkungschancen in der Behandlung verstellen (ebd.). Letztendlich „gilt es, nicht ‚berufsblind‘ zu sein und eine breite (und dennoch nicht eklektizistische, sondern integrative) Interventionsplanung vorzunehmen“ (Koop, 2002, S. 102), welche sozial- und netzwerktherapeutische sowie sozialintegrative Maßnahmen (Hass, Petzold, 1999) in den psychotherapeutischen Prozess integrieren.

2.6 Integrative Kunst- und Kreativitätstherapie

„Das alles unterstützt die Vitalität, die ‚Lebenskraft‘ der Patienten“
(Reil 1775, zit. nach Petzold, 2012, S. 409)

Bereits in den asklepiadeischen Heiltempeln wurde ein Bündel von Behandlungsstrategien praktiziert, die „den Menschen - vom Leibe ausgehend - in seiner sinnhaften Wahrnehmungsfähigkeit und mit all seinen Ausdrucksmöglichkeiten“ (Leitner, 2010, S. 8) mit vielfältigen kreativen Therapieansätzen (Musik, Tanz, Drama, Poesie etc.) stimulierten. Der Integrative Ansatz schließt mit seinem intermedialen Konzept mit kreativen Medien an diese „asklepiadeische Tradition“ an (ebd.). Diese theoretische und praxeologisch konsistente Konzeption spielte seit der Gründung der Integrativen Therapie „als Möglichkeit der Heilung und der Persönlichkeitsentwicklung, der Lebenshilfe und Lebensgestaltung, der Arbeit an der *Lebensform*, dem *Lebensstil* durch Arbeit an der *Form* in den medialen und künstlerischen Zugangsweisen, ... eine hervorragende Rolle“ [Hervorh. i. Orig.] (Petzold, 1991, S. 639). Inspirierende Einflüsse der Referenztheoretiker Vladimir N. Iljine (das therapeutische Theater), Jacob L. Moreno (Kreativitätstheorie) und Fritz Perls¹⁰ (Theorien zur Erlebnisaktivierung und der Awareness) bereicherten dabei den Integrativen Ansatz in besonderer Weise (Petzold & Orth, 1991).

2.6.1 Begriffsklärung und theoretische Fundierung

Vor einem ganzheitlichen und psychotherapeutischen Hintergrund wird der Kunstbegriff nicht auf den Begriff des bildnerischen Gestaltens eingeschränkt, sondern „im Sinne eines *Oberbegriffes* [Hervorh. i. Orig.] für alle Zugangswege und Formen verstanden, die sich künstlerischer Methoden, Mittel und Medien bedienen“ (Petzold, 1991, S. 587); darunter fallen u.a. die Integrative Kunst- und Kreativitätstherapie, die Musiktherapie, die Poesie- und Bibliothherapie, die

¹⁰ Die Originalquellen der hier genannten Autoren finden sich in den zwei Bänden „Die neuen Kreativitätstherapien - Handbuch der Kunsttherapie - Band II“, die 1991 von Hilarion Petzold und Ilse Orth herausgegeben worden sind.

Dramatherapie, das therapeutische Puppenspiel, Masken- und Märchenspiel, Bewegungs- und Tanztherapie und Naturtherapie.

Die Integrative Therapie konzeptualisiert die Arbeit mit kreativen Medien vor einem weitgefassen theoretischen Hintergrund. Unter einer phylogenetischen Perspektive versteht der Integrative Ansatz Kreativität als eine evolutionäre Kraft, die spielerisch und kokreativ ist und das Leben „in wechselseitige[n] Durchdringungen ... vorantreibt ... und in *Synergien* ... zu ‚gestalteten, sinn-vollen, bedeutungsgeladenen *Formen*‘ [Hervorh. i. Orig.] führt“ (Petzold, 1991, S. 645). Unter einem ontogenetischen Gesichtspunkt gründet die schöpferische Ausdrucksfähigkeit des Menschen in seinem Wahrnehmungsleib. Sie beinhaltet die Komponente des Vermögens zur Perzeption mit allen Sinnen (visuell, taktil, akustisch, olfaktorisch und kinästhetisch), zur Erinnerung und zur leiblich-konkreten Interaktion mit seiner Umwelt. Dabei ist eine qualitative Unterscheidung vorzunehmen. Die evolutionsbiologischen Formbildungsprozesse sind nicht mit dem absichtsvollen schöpferischen Tätigsein des Menschen zu vergleichen, denn „*Natur* ist nicht *Kultur*“ [Hervorh. i. Orig.] (ebd.).

Das intermediale Konzept der Integrativen Therapie mit kreativen Medien ist in einen metatheoretischen (Anthropologie, Ethik, Erkenntnistheorie, Gesellschaftslehre) realexplicativen (Persönlichkeits- und Entwicklungstheorie, Theorie der Pathogenese/ Salutogenese) und praxeologischen (Methoden, Setting, Technik, Medien, Modalitäten, Stile, Formen, Diagnostik und Indikation) Rahmen eingebettet, was ihrer theoretischen Basis dem Modell des „Tree of Science“ entspricht (Petzold, 2003). Ihr Anspruch, die Wirksamkeit des Verfahrens laufend durch Forschung unter kontrollierten Bedingungen zu evaluieren und gegebenenfalls anzupassen, gewährleistet ein evidenzbasiertes und aktualisiertes Vorgehen. Das therapeutische Verständnis dieses Ansatzes beruht auf „einer heilenden und lindernden, kurativ-klinischen Behandlung“, einer fördernden therapeutischen Arbeit, die über präventive Maßnahmen hinausgeht und „Gesundheitsbewusstheit, Gesundheitsverhalten und Wohlbefinden“ ebenso wie die Unterstützung von „Selbsterfahrung und Selbstentwicklung, Persönlichkeitsbildung, Arbeit an sich selbst“ und „Kulturarbeit“ mit einschließt (Petzold, 2004, S. 267). Neben der Spezialisierung und der Vorbildung des Therapeuten sind indikationsspezifische Aspekte unter Berücksichtigung der Persönlichkeit, Erkrankung, Lebenssituation des Patienten, sozialen Kontextbedingungen für die Gewichtung der methodischen und medialen Möglichkeiten entscheidend. Eine gute theoretische Fundierung und solide klinische Basis soll einem kunsttherapeutischen Aktivismus kreativer Medien vorbeugen. Sie tut dies im Sinne einer „Professionalität, [die] in der Therapie ... klinische Kompetenz und Performanz mit dem Engagement für einen leidenden Menschen, an dessen Schicksal wir beteiligt sind und von dessen Leiden wir uns berühren lassen, [verbindet]“ (Petzold, 1991, S. 621).

2.6.2 Allgemeine Wirkungsweisen kreativer Medien

„Eine kreative Praxis und die Arbeit mit *kreativen Medien* und *Methoden* ist eine der besonderen Stärken der Integrativen Therapie mit ihrer ‚Anthropologie des schöpferischen Menschen‘“ [Hervorh. i. Orig.] (Petzold, 2014b, S. 225). Auf der Basis der theoretischen Fundierung (s.o., Kap. 2.6.1) werden diesem kunst- und kreativitätstherapeutischen Ansatz vielfältige gesundheitsfördernde Wirkungsweisen zugesprochen. Dies soll im Weiteren dargelegt werden.

Kreativ- und kunsttherapeutische Verfahren sind erlebnisaktivierend. Dieser bedeutsame „Weg der Heilung und Förderung“ (Petzold, 2012, S. 410) wird zunehmend in der modernen Psychotherapie und Psychiatrie anerkannt und eingesetzt. In der klinischen Praxis zeige sich, dass besonders PatientInnen, die „oft ‚schwer zu erreichen sind‘“ (ebd.), auf naturtherapeutische und kreative Ansätze gut ansprechen.

Nähern wir uns dem Menschen aus einer phylogenetischen und ontogenetischen Betrachtungsweise, auf der Grundlage eines evolutionstheoretischen und evolutionsbiologischen Verständnisses, schließt die Arbeit mit kreativen Medien an die Natur des Menschen an. „Natur ist überall dort, wo es Leben gibt, das einen Sinn hat, ... ohne dass dieser Sinn vom Denken gesetzt wurde. Es ist Selbsthervorbringung eines Sinnes“ (Merleau-Ponty, 2000, S. 19 zit. nach Petzold, Orth-Petzold & Orth, 2013a, S. 5). Für viele PatientInnen ist es nicht einfach, sich wieder aktiv dem Leben zuzuwenden und Entfremdungsprozesse zu überwinden. In einer Verschränkung von rezeptiven und produktiven Modalitäten künstlerischer Therapieformen soll die genetische Anlage des Menschen multisensorisch, multiexpressiv, stimulierend, expressions- und integrationsfördernd angestoßen werden. Dabei ist zu betonen, dass eine fruchtbare kunsttherapeutische Intervention auf einer sicheren therapeutischen Bindungsbeziehung basiert, unter Berücksichtigung unterschiedlichster Übertragungs- und Gegenübertragungskonstellationen (vgl. Petzold, 1991).

Ein weiteres wichtiges Kennzeichen in der Arbeit mit „*kreativen Methoden und Medien*“ ist,

... dass sie neben dem zentralen Medium herkömmlicher Psychotherapie, der *Sprache*, weitere Medien einführen, die über die verbale Ebene hinaus die Welt der *Nonverbalität*, der Symbole, der Bilder ansprechen, die Ebenen des *Präverbalen* und *Transverbalen* [Hervorh. i. Orig.] all dessen, was nicht mehr oder nur schwer in Worte zu fassen ist. (Petzold & Orth, 1991, S. 18 - 19).

Kreative Medien können hier in der Funktion als Übergangs- und Intermediärobjekte eingesetzt werden und damit als Brücke für das intersubjektive Geschehen zwischen Therapeut und Patient dienen.

Bei der diagnostischen Erhebung kommen den kreativen Medien und ihren semi-projektiven Techniken, die „nonverbale, bildnerisch-gestaltende Elemente einsetzen“, neben den herkömmlichen internationalen Klassifikationssystemen ICD-10, DSM IV (DSM V), insbesondere in der Integrativen Traumatherapie eine große Bedeutung zu (Petzold, Wolf et al., 2000, S. 485). Weil sie „‚Unsagbares‘, ‚Unaussprechliches‘ - und das sind traumaspezifische Erlebnisqualitäten - in Formen und Farben, in Bildern und Symbolen ausdrücken“ (ebd.). Als Beispiele seien Lebenspanoramatechnik, Ressourcenanalyse, Identitätssäulen, Bodychart sowie Bedürfnis- und Motivationsanalyse genannt. Im Behandlungsprozess bietet die Arbeit mit kreativen Medien und Methoden vielfältige intramediale und intermediale Interventionsmöglichkeiten. Sie kann für alle Modalitäten (erlebnisaktivierend-stimulierend, übungszentriert-funktional, konfliktzentriert-aufdeckend und netzwerk-lebenslagenorientiert) angewandt werden. Aus diesem Grund eignet sie sich in besonders wirksamer Weise, mit gezielten Behandlungsstrategien auf Entwicklungsschäden in der Lebensgeschichte zu reagieren.

Eine Atmosphäre der Schönheit löst Stimmungen aus und versetzt den Menschen in emotionale Lagen, die heilsam sind - sei es bei der Betrachtung großer Kunst, beim Begehen und Erkunden der Natur oder in der künstlerischen Eigen- oder kokreativen Produktivität. In diesem Sinne berührt die Integrative Kunst- und Kreativitätstherapie auch die meditative Praxis. Mit gezielten rezeptiven und aktiven Wahrnehmungsübungen wird der Patient angeleitet, mit allen Sinnen einen offeneren Zugang zu seiner Existenz und seine Verbundenheit mit der Mit- und Umwelt zu gewinnen, Erfahrungen des Aufgehoben- und Getragenseins zu machen und daraus innere Ruhe und schöpferische Kraft zu gewinnen. Der Einsatz dieser kunst- und kreativitätstherapeutischen Techniken ist auf „*protektive* und *resilienzfördernde* [Hervorh. i. Orig.] Faktoren gerichtet“ (Petzold, Wolf et al., 2000, S. 465), mit dem Ziel, manifestierte Dysregulationen nach Hyperstress zu korrigieren und die Selbstregulationskräfte zu fördern (vgl. Petzold, Orth-Petzold & Orth, 2013a).

Im schöpferischen Tun können Grenzen überschritten werden. Unbewusste und bewusste innere Realitäten und Phantasien, beunruhigende Gefühlszustände und Ungeordnetes finden einen Ausdruck. Die Einnahme einer exzentrischen Position birgt die Möglichkeit, überflutenden Gefühlen Rahmen und Form zu geben. Das schöpferische Tätigsein und kokreatives Wirken werden in gemeinschaftlichen Lebenswirklichkeiten evoziert und gefördert. Im Kontext eines „ko-respondierenden“ intersubjektiven Geschehens zwischen Therapeut und Patient werden dem Selbst ästhetische Erfahrungen mit sich und seiner Lebenswelt ermöglicht. Dies kann vor dem Hintergrund einer Anthropologie des schöpferischen und kokreativen Menschen zu sinnstiftenden Erlebnissen und zum Gewinn von persönlicher Souveränität führen (vgl. Petzold, Wolf et al., 2002).

2.6.3 Potenziale und Risiken im Kontext der Traumabehandlung

Wie aus den vorigen Ausführungen zu entnehmen ist, geht der Integrative Ansatz über das aktuell vorherrschende traditionelle medizinische Menschenbild hinaus, das sich auf die Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit des Organismus konzentriert und bei nicht mehr reparablen Einschränkungen Bewältigungsstrategien zur Linderung anbietet. Vor dem Hintergrund eines ganzheitlichen Menschenbildes, das den Menschen als Körper-Seele-Geist-Wesen in seinem Kontext und Kontinuum begreift und Erkenntnisse mit phänomenologisch-hermeneutischen Vorgehensweisen in intersubjektiven "Ko-respondenzprozessen" gewinnt, bezieht das Integrative Verfahren - keine Frage - klinisches Wissen und Krankheitsbilder in die Diagnostik und Behandlungsimplicationen mit ein. Im Vordergrund steht jedoch eine Zugangsweise zum Menschen, die das Geworden-Sein eines Leibssubjektes in seiner bedeutsamen Lebenswelt und über die Lebensspanne ins Zentrum stellt. Unter Berücksichtigung dieses anthropologischen Menschenbildes werden die Potenziale und Risiken in der Arbeit mit kreativen Medien nicht in erster Linie störungsspezifisch abgehandelt, sondern sie richten sich an der in Kapitel 2.6.1 erwähnten theoretischen Fundierung aus. In Ergänzung zu den in Kapitel 2.6.2 allgemeinen Wirkungsweisen sollen hier spezifische Aspekte im Zusammenhang mit den komplexen Traumafolgestörungen aufgezeigt werden.

Künstlerische Therapieformen können hoch wirksam sein. Im aktiven schöpferischen Tun vollziehen sich intensive Prozesse der Eigengestaltung, aber auch der Ko-kreation. Diese Form des therapeutischen Angebotes ist für Professionelle sehr interessant, weil „[i]hre Patienten involviert [werden]. Es geschieht etwas in ihnen“ (Petzold, 2004, S. 272). Genau diese Qualität birgt auch ihre Gefahren. Erlebnisaktivierende Methoden begünstigen schlecht steuerbare innerseelische Prozesse. Tauchen aus den Tiefen des Unbewussten irgendwelche Chimären auf, ist das Risiko hoch, von diesem unverarbeiteten Material überflutet zu werden. So angestoßene aufwühlende Prozesse enden aber nicht mit dem Ende der Therapiestunde. In der Arbeit mit Traumapatienten ist daher bei der künstlerischen Anleitung von produktiven Prozessen aufgrund ihrer hohen Retraumatisierungsgefahr große Sorgfalt und umfangreiches Wissen über die jeweiligen Wirkweisen der einzelnen kreativen Medien geboten. Insbesondere die rezeptive Kunsttherapie bietet diesbezüglich sehr große Vorteile. Das Oszillieren zwischen Involvierung und Exzentrizität kann bei diesen Angeboten mit den PatientInnen gut eingeübt werden. Ebenso bieten strukturierte Vorlagen formgebende Rahmenbedingungen. Die unwäg-baren Wege der Seele bekommen somit einen „Rand“ (s.u., Kap. 3.2.5) finden in kommunikativen Prozessen eine Gestalt. Im Kontext der Traumabehandlung müssen bei der Anwendung künstlerischer Therapieformen die Regulierungskompetenzen der PatientInnen im Umgang mit Stress sehr gut exploriert sein, und in der Regel gilt es, zuerst mit stabilisierenden und ressourcenaktivierenden Behandlungsstrategien eine Basis für die Traumabearbeitung zu schaffen.

3 Empirischer Teil

3.1 Methodisches Vorgehen

Im empirischen Teil wird zuerst auf die Entwicklung der Fragestellung eingegangen. In Anschluss daran wird das Generieren von psychologischen Wissensbeständen im Rahmen der qualitativen Sozialforschung thematisiert und schließlich die verwendete Erhebungs- und Auswertungsmethodik begründet.

3.1.1 Entwicklung der Fragestellung

Die Entwicklung der Fragestellung entfaltete sich nach und nach im Rahmen meiner Berufspraxis im Kontext der stationären Suchthilfe. Im Zuge meiner Ausbildung im Integrativen Verfahren habe ich bereits umfangreiche Erfahrungen mit dem Einsatz kreativer Medien sammeln können. Im klinischen Kontext lernte ich das DBT-Skillstraining (Linehan, 2008) und das kognitiv-behaviorale Therapieprogramm für Personen mit Substanzabhängigkeiten (Najavits, 2009) kennen und wurde mit den ressourcenorientierten Verfahren zur Behandlung von Traumafolgen (Reddemann, 2005; Huber, 2009) vertraut gemacht, die alle, mehr oder weniger strukturiert, die Multimodalität der beteiligten Wahrnehmungs- und Ausdrucksebenen angehen und ressourcenaktivierende sowie lösungsorientierte Handlungsweisen erarbeiten und erlebbar machen. Es gibt hier zahlreiche methodische Elemente, die sich auch in der Integrativen Kunst- und Kreativitätstherapie wiederfinden. In verschiedenen Therapieprozessen mit komplex traumatisierten Menschen habe ich über die Jahre beim Einsatz kreativer Therapieformen beruhigende und stimulierende, aber auch den dissoziativen Mechanismus fördernde Wirkungsweisen beobachtet. Diese widersprüchlichen Resultate besser verstehen zu lernen, war das leitende Motiv meiner Themensetzung für diese Arbeit. Dies einerseits um Stressfaktoren und Retraumatisierungsgefahren in der Arbeit mit Traumapatienten gezielter kontrollieren zu können, andererseits aber auch, um das vermutete Potenzial kreativer Medien im Kontext der Traumatherapie in gesundheitsfördernder Absicht zu nutzen.

Bezugnehmend auf Hampe et al. (2009), Herbold & Sachsse (2012), Fuchs (2009) und Martius & Sprei (2003) ist das Thema *Trauma und Kreativität* in den letzten Jahren innerhalb des Traumadiskurses aufgenommen worden. Beispielsweise führen Martius und Sprei (2003) aus, dass im Rahmen der 13. Jahrestagung an der Universität Salzburg (2002) zum Thema *Trauma und Kreativität* verschiedene Beiträge die heilsame Kraft der Kreativität fokussiert hätten, die davon ausgingen, dass schöpferische Prozesse Linderung, Entlastung und mitunter auch Hei-

lung traumatischer Erfahrungen verschafften. Thomas Fuchs (2009) erläutert das Potenzial künstlerischer Therapien, welche die Ansprechbarkeit für die sinnlich-leiblichen Reize und die emotionalen und kognitiven Resonanzen unterstützten. Somit würde die Selbstwahrnehmung gefördert, welche die Basis für das Selbsterleben bilde. Weiter weist Fuchs darauf hin, dass mit kreativen Therapien ein erweitertes Kommunikationsangebot verbunden sei. Dies geschehe in einem „Zwischenreich“ (Fuchs, 2009, S. 87) der Kunst und des Spiels, zu dem der Mensch Zugang durch seine Imagination erhalte. In einer so vermittelten, indirekten Konfrontation mit der Alltagsrealität, im Spiel, liege die eigene Möglichkeit, die Freiheit des Antwortens wiederzugewinnen. Sachsse (2011) knüpft an die Überlegungen von Fuchs an und schreibt den kreativen Therapien in der Gestaltung der therapeutischen Beziehung die Qualität eines dritten Raumes zu. Darunter versteht er eine Bühne - einen Spiel- und Erlebnis- und Erfahrungsraum - außerhalb der Alltagsrealität. Hier könnten innerseelische und interpersonelle Konflikte inszeniert, im optimalen Stressniveau gesteuert und pathologische Zustände bearbeitet werden.

Die von Sack, Sachsse und Schellong (2013) zusammengetragenen aktuellen Wissensbefunde der Psychotraumatologie weisen den „traumaadaptierte[n] Behandlungskonzepte[n] in Kunsttherapie, Tanztherapie und Musiktherapie“ (Sack & Sachsse, 2013, S. 287) unter Voraussetzung sorgfältiger Indikationsstellung gute Einsatzmöglichkeiten im Rahmen traumatherapeutischer Behandlungsstrategien zu. Zu ihren besonderen Kennzeichen gehörten die Ressourcenaktivierung und die Lösungsorientierung. Charakteristisch sei für die künstlerischen Therapieverfahren ihre multimodale Wahrnehmungs- und Ausdrucksebene, eine verminderte Kontrollierbarkeit im Gestaltungsprozess, die Förderung der Persönlichkeitsentwicklung und Unterstützung der therapeutischen Ziele. Insbesondere im Rahmen stationärer oder teilstationärer Therapieangebote hätten viele praktische Erfahrungen „mit der Anwendung von Kunsttherapie in multimodalen Therapiesettings“ gesammelt werden können (Sack & Sachsse, 2013, S. 288).

Zusammenfassend kann konstatiert werden, dass die Resultate aus der Fachliteratur die Korrelationen zwischen Trauma und Kreativität bestätigen. Ziel der Arbeit ist es, diese breiten und unsystematischen Zusammenhänge im Kontext der Integrativen Traumatherapie strukturiert zu untersuchen und einen Beitrag für eine nachhaltige Gesundheitsförderung von TraumapatientInnen zu leisten.

Die Forschungsfrage lautet:

Inwiefern stellt die in der Integrativen Therapie psychotherapeutisch fundierte Kunst- und Kreativitätstherapie¹¹ ein wirkungsvolles Instrumentarium bei komplex traumatisierten erwachsenen Menschen dar?

Bei der Bearbeitung der Fragestellung ist das Expertenwissen erfahrener PraktikerInnen von großem Interesse. Die empirischen Untersuchungsergebnisse sollen mit den theoretischen Wissensbeständen forschungsmethodologisch verglichen und daraus wiederum ein Erkenntnisgewinn für die therapeutische Praxis erzielt werden. Beabsichtigt wird eine gute Verschränkung zwischen Theorie und Praxis.

Die vorliegende empirische Untersuchung basiert auf 5 halbstrukturierten Interviews.

3.1.2 Vorüberlegungen

Eine den Humanwissenschaften angemessene Methodologie begreift die Welt des Handelnden nicht dinghaft, sondern sie lässt sich auf das Individuum ein, um dessen Konstruktionsweisen der gesellschaftlichen Wirklichkeit zu erfassen. Vertreter des interpretativen Paradigmas fordern situationsadäquate, flexible, die Konkretisierung fördernde Methoden (vgl. Fischer, 2011; Flick, 2011; Lamnek, 2010). „Eine radikale Hinwendung zur Sichtweise der Akteure [hat] ... ernstzunehmende methodologische Implikationen“ (Witzel, 1985, S. 228). Im Sinne des Prinzips der Offenheit wird auf eine explizite Hypothesenbildung verzichtet. Ausgegangen wird von einem relativ offenen theoretischen Konzept. Der Forschungsprozess konzentriert sich, ausgehend von der Fragestellung der Untersuchung auf „[die] Aufschlüsselung des Sinns, den diese Individuen ihren Handlungs- und Deutungsmustern unterlegen“ (ebd.). Allgemeingültige Erklärungsmuster werden abgelehnt. Im Zentrum stehen die Erhebungsdaten, die möglichst unvoreingenommen klassifiziert, interpretiert und analysiert werden. Ein weiteres wichtiges Merkmal ist der „*kommunikative Charakter* der Datengewinnung“ [Hervorh. im Orig.] (Witzel, 1985, S. 229). Die Interviewerin stellt nicht, wie in quantitativen Forschungsverfahren, einen Störfaktor dar, sondern ermöglicht - unter der Voraussetzung einer vertrauensvollen Zusammenarbeit - eine aussagekräftige Beschreibung der „eigensinnigen Welt“ der befragten Subjekte (Blumer, 1973, zit. nach Witzel, 1985, S. 229).

¹¹ Wichtig ist, darauf hinzuweisen, dass das intermediale Konzept der Integrativen Therapie mit kreativen Medien „eine[n] *Oberbegriff* [Hervorh. i. Orig.] für alle Zugangswege und Formen, die sich künstlerischen Methoden, Mittel und Medien bedienen“, beschreibt (Petzold, 1991, S. 587; s.o., Kap. 2.6.1). Im Interviewleitfaden wurde sowohl der Terminus der kreativen Medien, als auch der Begriff Kunst- und Kreativitätstherapie verwendet. Die Auswertung der Ergebnisse lässt so die Exploration übergreifender Wirkfaktoren zu, kann aber auch auf Besonderheiten der einzelnen Zugangswege Rücksicht nehmen.

Die Anwendung qualitativer halbstrukturierter Verfahren wird diesen Anforderungen gerecht, „spielt [doch] der verbale Zugang über Interviews ... eine besondere Rolle“ (Gahleitner, 2005, S. 42). Des Weiteren ermöglicht das leitende Prinzip der Offenheit, im Forschungsprozess die „spezifischen, subjektiven Erlebens- und Wahrnehmungsweisen von sozialer Realität“ (ebd.) aufzugreifen. Aus dem qualitativen Forschungsspektrum wurde für die vorliegende Arbeit das Problemzentrierte Interview nach Andreas Witzel (1985) gewählt und bzgl. der Frage der Eignung wird auf Flick (2011) und Gahleitner (2005) verwiesen: Das halbstrukturierte Leitfadenterview sei anderen qualitativen Erhebungsmethoden vorzuziehen, weil es bei ExpertInnen, die aufgrund ihrer Funktion oft unter Zeitdruck stünden, besser geeignet sei und eine Fokussierung auf das interessierte Expertentum begünstige (Flick, 2011, S. 214 ff.), des Weiteren sei es ein sehr flexibles Erhebungsinstrument (Gahleitner, 2005, S. 42).

3.1.3 Das Problemzentrierte Interview als teilstrukturierte Erhebungsmethode

Nachfolgend werden die zentralen Kriterien und die verwendeten Instrumente der halbstrukturierten Erhebungsmethode des Problemzentrierten Interviews nach Andreas Witzel (1985)¹² beschrieben.

Zentrale Kriterien: Das Problemzentrierte Interview fokussiert die *Problemzentrierung*, die Gegenstands- und die Prozessorientierung. Das Kriterium der Problemzentrierung erfordert von der Forscherin, die Zielsetzung des Forschungsvorhabens klar und mit einem Fokus auf eine gesellschaftlich relevante Problemstellung zu umreißen. Der Wissenshintergrund ist systematisch offenzulegen. In verschiedenen Phasen des Forschungsprozesses kommt der Forscherin ein doppelter Auftrag dergestalt zu, dass sie einerseits beim Erfassen des Forschungsgegenstandes offen ist, d.h. unvoreingenommen den Standpunkt der Befragten einnimmt und andererseits ihre „angesammelten wissenschaftlichen Theorien fruchtbar machen“ soll (Witzel, 1985, S. 231).

Die Anordnung, Gewichtung und Modifikation des Forschungsdesigns hängt vom Gegenstand und den gewählten Methoden ab. Das Problemzentrierte Interview bedient sich einer Methodenkombination, die einen der Fragestellung angemessenen Zugang zu Handlungs- und Bewusstseinsanalysen sichern soll. Das Kriterium der *Gegenstandsorientierung* soll diesem Anspruch nachkommen. Das Vorwissen wird nicht als feststehende Hypothese formuliert, son-

¹² Die Einführung des Problemzentrierten Interviews bezieht sich, wenn nicht anders vermerkt wurde, auf den von Andreas Witzel (1985, S. 227 - 255) publizierten Text, der unter dem Titel „Das problemzentrierte Interview“ von Gerd Jüttemann (1985) herausgegeben worden ist.

dern geht als „formulierte Vorannahme deduktiv in den Forschungsprozess [ein]“ (Gahleitner, 2005, S. 44).

Das dritte Kriterium, die *Prozessorientierung* soll - in einem sorgfältig organisierten Forschungsprozess der Datensammlung- und Auswertung - neue Verstehenszugänge zu komplexen Problemlagen ermöglichen und zielt damit nicht etwa darauf, Theorien vorab zu konstruieren und empirisch zu überprüfen. Witzel (1985) bezieht sich in diesem Zusammenhang auf die gegenstandsbezogene Theorie von Glaser (1978, zit. nach Witzel, 1985, S. 233) und beschreibt den Suchprozess wie folgt: „Die Grundidee ... besteh[e] darin, den Forschungsprozess als Aufeinanderfolge von induktiver und deduktiver Vorgehensweise aufzufassen“ (ebd.). Mit Hilfe des Sammelns, Sortierens und Interpretierens von Daten werden Kategorien und theoretische Konzepte induktiv entwickelt; in einem selektiven Vorgang werden dann die entstandenen Theorien als Kernkategorien genutzt, um unter Berücksichtigung des theoretischen Vorwissens der Forscherin, systematisch und kontrolliert neue Ideen und Zusammenhänge zu suchen (ebd.).

Unkontrollierte Intervieweinflüsse: Das qualitative Interview greift das viel diskutierte Problem unkontrollierter Intervieweinflüsse als positive Bedingung zur Klärung der subjektiven Sichtweisen auf. Negativ könnten sich jedoch auch unbewusst-suggestive Fragen der Interviewerin auf die Interpretation der Daten auswirken. In diesem Zusammenhang ist es daher wichtig, mit Hilfe des transkribierten Gesprächs derartige (unbeabsichtigte) Effekte zu erkennen und die daraus resultierenden Auswirkungen zu analysieren, Interpretationen zu relativieren oder zu eliminieren.

Verwendete Instrumente: Das halbstrukturierte Interviewverfahren beinhaltet einen Kurzfragebogen, den (ausführlichen) Leitfaden, die Gesprächsaufzeichnung und das Postscriptum. Der Leitfaden soll helfen, das theoretische Vorwissen der Forscherin thematisch zu organisieren. Dies ist eine Voraussetzung für eine kontrollierte und vergleichende Vorgehensweise, im Sinne der qualitativen Gütekriterien - Vertrauenswürdigkeit, Glaubwürdigkeit und Verlässlichkeit. Der Leitfaden dient bei der Durchführung des Interviews als Orientierungsrahmen und Gedächtnisstütze. Ebenfalls unterstützt dieses Erhebungsinstrument die Ausdifferenzierung von Erzählungssequenzen. Zur Vorbereitung wird der Leitfaden in thematische Felder gegliedert. Stichpunkte oder Fragen werden diesen Feldern untergeordnet.

Es ist sinnvoll, sich immer wieder zu vergewissern, dass die Interviewerin Teil der Untersuchungssituation ist. Ihre Gedanken und Gefühle beeinflussen den Ablauf des Gesprächs. Ein unmittelbar nach dem durchgeführten Interview angefertigtes Postscriptum kann bei der Interpretation einzelner Gesprächspassagen eine wichtige Hilfe sein.

Das Einlassen auf die Sichtweise der InterviewpartnerInnen und die thematische Strukturierung mit Hilfe des Interviewleitfadens ermöglichen das Generieren eines vielfältigen Datenmaterials, das in mehreren Analysedurchläufen zu immer größeren Verdichtungen der Inhalte führt. Die Methode ist auch für ungeübte Forscher praktikabel und lässt sich in einem überschaubaren Zeitrahmen umsetzen. Die ersten explorativen Interviews bedienen insbesondere die Anforderung nach der Reichweite, die später durchgeführten Gespräche spezifizieren das Datenmaterial, bestätigen oder korrigieren die eingeschlagene Forschungsrichtung und reichern das Material in der Tiefendimension an (vgl. Gahleitner, 2005).

3.1.4 Die Qualitative Inhaltsanalyse – eine flexible Auswertungsmethode

Die Qualitative Inhaltsanalyse ist ursprünglich eine kommunikationswissenschaftliche Technik, die Anfang des letzten Jahrhunderts in den USA für die Analyse von Massenmedien entwickelt wurde (vgl. Mayring, 2002). Die Frage ob diese qualitative Auswertungsmethode einen Beitrag zur qualitativen psychologischen Forschung leisten kann, hat Philipp Mayring (1985) mit der Begründung bejaht, dass die Qualitative Inhaltsanalyse ein systematisches Vorgehen sei, die das erhobene sprachliche Datenmaterial regel- und theoriegeleitet sowie methodisch kontrollierbar interpretiere. Somit könne der Anspruch der Nachvollziehbarkeit und die Sicherstellung des bisherigen Wissens über den jeweiligen Gegenstand gewährleistet werden. Es gehe bei dieser Auswertungsmethode weder um die reine Textanalyse noch um eine bloße Inhaltsanalyse. Die „Inhaltsanalyse [sei] eine Methode zur Erhebung der sozialen Wirklichkeit, bei der von Merkmalen eines manifesten Textes auf Merkmale eines nicht manifesten Kontextes geschlossen [werde]“ (Merten, 1983, zit. nach Mayring, 1985, S. 188). Die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (1985, 2002) kann nach diesen Kriterien dem vorliegenden Forschungsvorhaben als für seinen Untersuchungsgegenstand geeignet beurteilt werden.

Nachfolgend wird das Vorgehen der *Qualitativen Inhaltsanalyse* beschrieben und auf die gegenstandsspezifischen Gütekriterien eingegangen.

Datenaufbereitung: Ein gezieltes Auswahlverfahren der Interviewten und die Art und Weise der Befragung ist für die Generierung von reichhaltigem und bezogen auf die Forschungsfrage relevantem Datenmaterial außerordentlich wichtig. Die Datenaufbereitung nimmt hier geradezu ihren Ausgang. Die „ermittelten Informationen müssen auf dem Hintergrund der eigentlichen Forschungsfrage ständig operationalisiert und hinsichtlich ihrer Bedeutung für den weiteren Gesprächsverlauf und das Forschungsziel bewertet werden“ (Gahleitner, 2005, S. 54).

Im nächsten Schritt erfolgt die Aufbereitung des gesammelten Datenmaterials für den Auswertungsprozess. Die verbalisierten Informationen werden anhand detaillierter Transkriptionsrichtlinien verschriftlicht. „Für eine ausführliche Auswertung ist die Herstellung von Transkripten

zwar aufwendig, aber doch unabdingbar. Hier kann man Unterstreichungen und Randnotizen vornehmen, hier kann man blättern, Textstellen vergleichen“ (Mayring, 2002, S. 89).

Damit das erzeugte empirische Material sinnvoll klassifiziert werden kann, werden deskriptive Systeme unter Einbezug aller theoretischen Vorkenntnisse über den Gegenstand gebildet. Aus den so konstruierten Sammelbegriffen wird im Verlauf des Forschungsprozesses „im deduktiv-induktiven Wechselspiel ein ausdifferenziertes Kategoriensystem“ entwickelt (Gahleitner, 2005, S. 56).

Datenauswertung: Es schließt sich eine Datenanalyse an, in der das Textmaterial systematisch, d.h. in folgenden Schritten untersucht wird: Ausgehend von der zusammenfassenden Transkription wird ein Kategoriensystem erstellt; der vorliegende Text wird zergliedert, strukturiert und zusammengefasst. „Ziel der Analyse ist es, bestimmte Aspekte aus dem Material herauszufiltern, unter vorher festgelegten Ordnungskriterien einen Querschnitt über das Material zu legen oder das Material aufgrund bestimmter Kriterien einzuschätzen“ (Mayring, 2002, S. 115). Die Strukturierungsdimension muss aus der Forschungsfrage ableitbar und theoretisch begründet sein. Ob Textbestandteile unter die gewählte Kategorie fallen, wird mit formulierten Kodierregeln begründet. Zur Nachvollziehbarkeit werden „Belegzitate“, „sog. ‚Ankerbeispiele‘“ (Gahleitner, 2005, S. 59) der jeweiligen Kategorie zugeordnet. Die gewonnenen Resultate werden am Material erprobt und immer wieder in Beziehung zur Fragestellung gebracht. Dieser Vorgang wird eventuell in mehrmaligen Durchgängen überarbeitet.

Qualitative Gütekriterien: Mit Hilfe definierter Gütekriterien kann die Eignung der Forschungsmethode für die gewählte Fragestellung gut beurteilt werden. Die Anforderungen sind auf den Gegenstand abzustimmen. Mayring (2002, S. 144 - 148) nennt „sechs allgemeine Gütekriterien qualitativer Forschung“ auf die hier kurz eingegangen wird:

Eine nachvollziehbare, detaillierte Verfahrensdokumentation: Damit der Forschungsprozess für andere nachvollzogen werden kann, müssen die gewählten Erhebungs- und Auswertungsmethoden detailliert dokumentiert werden. „Dies betrifft [auch] die Explikation des Vorverständnisses“ (Mayring, 2002, S. 145).

Eine argumentative Interpretationsabsicherung: Gefordert wird ein adäquates Vorverständnis für die Interpretationsauslegung. Darunter wird eine sinnvolle, theoriegeleitete Deutung verstanden, die Schlüssigkeit gewährleistet und als wichtiges Argument für eine Geltungsbegründung auch nach Alternativdeutungen sucht.

Regelgeleitetheit: Analyseprozesse werden in einzelne Teile zerlegt. Dies schafft gute Voraussetzungen für ein systematisches Vorgehen.

Nähe zum Gegenstand: Die Anknüpfung an die Alltagswelt der befragten Subjekte und die Herstellung von Interessensübereinstimmungen müssen gewährleistet sein.

Kommunikative Validierung: Die Auswertungsergebnisse werden den Befragten vorgelegt. Die Absicherung der vorgenommenen Rekonstruktion subjektiver Bedeutungen ist für den Erkenntnisgewinn relevant.

Triangulation: Es ist erwünscht, die Fragestellung anhand unterschiedlicher Lösungswege zu untersuchen und die Ergebnisse miteinander zu vergleichen. Dazu werden verschiedene Datenquellen herangezogen. Verlangt ist nicht eine Übereinstimmung der Ergebnisse, sondern der Vergleich verschiedener Perspektiven, die zu einem kaleidoskopartigen Bild zusammengesetzt werden können. Qualitative und quantitative Forschungsmethoden müssen sich durchaus nicht ausschließen; sie können im Forschungsprozess sehr wohl als sinnvolle, komplementäre Instrumentarien eingesetzt werden.

3.1.5 Dokumentation des eigenen Forschungsprozesses

Im Anschluss werden zentrale Aspekte zum theoretischen Sampling, zur Durchführung und zur Transkription der Interviews entlang des eigenen Forschungsvorhabens illustriert. Die Reflexion über den eigenen Forschungsprozess anhand der in Kapitel 3.1.4 vorgestellten Gütekriterien beschließt die Verfahrensdokumentation.

Im Vorfeld der Datenerhebung wurde anhand der vorliegenden Forschungsfrage ein Leitfaden (s.u., Anhang A) entwickelt. Der Leitfaden wurde so aufgebaut, dass er beim Gesprächseinstieg „eine narrative Gesprächskultur [anbietet], deren inhaltliche Abfolge und Gliederungspunkte möglichst weitgehend vom Befragten entwickelt werden“ (Witzel, 1985, S. 245). Wie auch die nachfolgenden Schritte des Forschungsprozesses wurde der Leitfaden im Rahmen des virtuellen Kolloquiums vorbesprochen und nachbereitet.

Nach der Fertigstellung des Leitfadens wurden Experten und Expertinnen gesucht, die drei Anforderungen zu erfüllen hatten:

- sie können langjährige Berufserfahrung in der Arbeit mit komplex traumatisierten Menschen vorweisen,
- sie sind im Integrativen Verfahren ausgebildet
- und mit dem intermedialen Konzept der kreativen Medien vertraut.

Diese Kriterien machten es notwendig, bei der Auswahl der Stichprobe den geografischen Radius von der Deutschschweiz bis nach Norddeutschland auszudehnen. Am Ende konnten aufgrund eigener sozialer Ressourcen und dank Vermittlung durch den ersten Interviewpartner

insgesamt vier Expertinnen und ein Experte für die Interviewgespräche gewonnen werden. Zwar weicht eine Interviewpartnerin als ausgebildete Jungianerin von den vorgegebenen Samplingkriterien ab. Sie wurde jedoch nach sorgfältiger Abwägung aus folgenden Gründen in das Sampling aufgenommen: ihre langjährige Berufserfahrung mit Schwerpunkt in Psychotraumatologie, ihre langjährige Forschungstätigkeit in diesem Gegenstandsbereich und ihre Kenntnis des Integrativen Verfahrens. Ihre Verortung in der analytischen Psychologie nach C.G. Jung lässt sich über weite Strecken gut mit dem Integrativen Ansatz vereinbaren und führte mich in den kontrastierenden Punkten zu angeregtem Nachdenken über schulenspezifische Positionierungen.

Die Interviewgespräche wurden in den jeweiligen Praxen bzw. Institutions- oder Ausbildungsstätten durchgeführt und mit zwei Aufzeichnungsgeräten festgehalten. Um die Übersicht zu gewährleisten und einzelne Problembereiche und offengebliebene Themenbereiche mit „ad-hoc-Fragen“ (Witzel, 1985, S. 250) abdecken zu können, wurden während des Gespräches stichwortartige Notizen vorgenommen. Der im Anhang B aufgeführte Kurzfragebogen konnte aus Zeitgründen nicht bei allen InterviewerInnen durchgeführt werden. Faktoren, die dabei eine Rolle gespielt haben, waren sowohl die im problemzentrierten Interviewverfahren (erwünschte) innewohnende Eigendynamik als auch die Gewährleistung verbindlicher zeitlicher Begrenzungen im Rahmen der ExpertInneninterviews. Unmittelbar im Anschluss an jedes ExpertInneninterview wurde ein handschriftliches Postscriptum angefertigt. Mit der Transkriptions-Software F4 wurde das gesammelte Datenmaterial in eine schriftliche Fassung gebracht. Die dabei zugrunde gelegten Transkriptionsrichtlinien nach Flick (2011) sind im Anhang D enthalten.

Bei der Analyse des aufbereiteten Datenmaterials zeigte sich, dass mit der gewählten Stichprobe eine Fülle an reichhaltigem Datenmaterial erzielt worden war. Bereits ab dem vierten Interview zeichnete sich ein zufriedenstellender Sättigungsgrad in Bezug auf die erzeugte inhaltliche Substanz ab, so dass kein neues relevantes Material mehr hinzugefügt werden konnte.

Umsetzung der Gütekriterien im eigenen Forschungsprozess: Aus obigen Ausführungen zu Erhebung, Auswertung und Dokumentation des empirischen Materials wird ersichtlich, dass eine *genaue Verfahrensdokumentation* zugrunde liegt. Das Vorwissen wurde in Kapitel 3.1.1 expliziert. Die *Nähe zum Gegenstand* wurde größtenteils erreicht. Alle ExpertInnen wurden nach ihren subjektiven Erfahrungen in der Arbeit mit komplex traumatisierten Menschen befragt. Es konnte eine weitgehende vertrauensvolle Zusammenarbeit hergestellt werden, die eine aussagekräftige Ermittlung der „eigensinnigen Welt“ der befragten Subjekte ermöglichte (Blumer, 1973, zit. nach Witzel, 1985, S. 229). Dabei ist zu ergänzen, dass die Interviewten „weniger als (ganze) Person[en], denn in [ihrer] Eigenschaft als Expert[Innen] für ein bestimmtes Handlungsfeld“ fungierten (Flick, 2011, S. 214). Der Forschungsprozess wurde in vorher

festgelegten Analyseschritten durchlaufen, so wie es diese Methode vorsieht. Die Auswahl der Methode der Qualitativen Inhaltsanalyse ermöglichte ein strukturiertes und *regelgeleitetes Vorgehen*. Die Forderung der *argumentativen Interpretationsabsicherung* wurde durch die über den ganzen Forschungsprozess gewährleistete Teilnahme an den monatlich stattfindenden Kolloquien gesichert. In dieser heterogenen Gemeinschaft konnten die einzelnen Analyseschritte im Forschungsprozess vor- und nachbereitet werden. Allen befragten InterviewpartnerInnen wurde zur *kommunikativen Validierung* die Auswertung der empirischen Untersuchung schriftlich vorgelegt. Ihre Anregungen und Korrekturvorschläge sind in die Auswertungsergebnisse zurückgeflossen. Es wurden transparente Diskussionen über die drei Thesen, die sich aus den empirischen Untersuchungsergebnissen herauskristallisiert hatten unter Berücksichtigung relevanter Wissensbestände geführt, mit dem Anspruch die Resultate für die Leserschaft nachvollziehbar darzulegen. Schließlich sei noch auf die *Triangulation* als sechstem der geforderten Gütekriterien eingegangen. Die Auswahl der Stichprobe ermöglichte, ein vertieftes Verständnis über die Komplexität des Traumafolgesyndroms zu gewinnen und die vielfältigen Entstehungsbedingungen und die daraus abgeleiteten Behandlungsindikationen aus einer mehrperspektivischen Sichtweise zu beleuchten. Die Untersuchungsergebnisse wurden anhand verschiedener Datenquellen miteinander verglichen, zusammengeführt und in der Auswertung aufeinander bezogen (vgl. Flick, 2011).

Dank der regelgeleiteten Vorgehensweise konnte eine systematische Erweiterung von Erkenntnismöglichkeiten erzielt werden. Deren Geltung muss jedoch in der Praxis erprobt werden. Denn (auch) interpretative Verfahren erlauben - trotz allen Anstrengungen - keine zweifelsfreie Gewissheit, dass sie dem „*Schluss vom Material auf soziale Realität*“ [Hervorh. i. Orig.] gerecht werden (Mayring, 1985, S. 188).

3.2 Darstellung der Ergebnisse

In den Kapiteln 3.2.1 bis 3.2.7 werden die empirischen Untersuchungsergebnisse präsentiert. Um Ähnlichkeiten und Unterschiede der Erfahrungen, Ansichten und Erkenntnisse der InterviewpartnerInnen zu veranschaulichen, wurden die Aussagen von Herrn Caspar Friedrich, Frau Anna Kunstleben, Frau Viola Hoffmann, Frau Luise Fröhlich und Frau Rosa Kraft anhand der Ober- und Unterkategorien verglichen. Das dazu erstellte Kategoriensystem ist im Anhang C einzusehen. Aus Datenschutzgründen sind die Namen der ExpertInnen anonymisiert worden.

3.2.1 Allgemeine Aspekte, Rahmenbedingungen und Grundhaltungen

Rahmenbedingungen: Beim systematischen Vergleich fällt die breite Palette psychotherapeutischer Versorgung für diese Zielgruppe auf. Die Behandlung von Traumafolgestörungen wird von den ExpertInnen in verschiedensten Settings angeboten. Das Spektrum reicht von der Notfallpsychologie, dyadischen Therapieangeboten im Rahmen von Forschungsstudien, psychotherapeutischen Angeboten in eigener Praxis, bis hin zur ambulanten psychosozialen Versorgung im Beratungszentrum für Flüchtlinge und Folterüberlebende. Die Behandlung von Akuttraumatisierungen ist im Rahmen dieser Arbeit nicht thematisiert worden, da sie nicht Zielsetzung der Fragestellung war.

Alle interviewten Personen verfügen über langjährige psychotherapeutische Berufserfahrung in der Arbeit mit komplex traumatisierten Menschen und fundierte Weiterbildungen im Bereich der Psychotraumatologie. Eine Mehrheit von ihnen hat wichtige Forschungsbeiträge zu diesem Thema geleistet. Bei allen Interviewten scheint im Gespräch eine hohe Zufriedenheit mit dem von ihnen angewandten Therapieverfahren und dessen praktischem Nutzen im Zusammenhang mit der Berufsausübung durch. Ebenso zeigen sie ein großes Interesse an der Auseinandersetzung mit aktuellen, für die Berufspraxis relevanten Wissensbeständen, die es fortwährend zu durchqueren und zu verknüpfen gälte.

Interdisziplinäre Behandlungsangebote und ein gutes Versorgungsnetz spielen im Speziellen bei Flüchtlingen und Folterüberlebenden, aber auch bei Menschen mit schweren dissoziativen Störungen eine wichtige Rolle (Frau Kraft, Z. 71 - 74, Z. 531 - 536, Frau Kunstleben, Z. 606 - 610). Dabei erfordert die gewünschte gelingende interdisziplinäre Zusammenarbeit einen respektvollen, ressourcenfördernden Umgang mit FachkollegInnen unterschiedlichster Berufsgruppen. Ein gutes Zusammenspiel ambulanter und stationärer Begleitung wird aktiv unterstützt (Frau Fröhlich, Z. 523 - 529).

Qualitätsstandards: Eine qualitativ fundierte traumatherapeutische Ausbildung, das Erlernen traumaspezifischer Behandlungsmethoden, gute Kenntnisse in der Diagnostik dissoziativer Störungen und ausreichende Supervision sind übereinstimmend vorgefundene Qualitätsstandards. Beim Erlangen dieser Qualifikationen steht eine Erweiterung des eigenen Wissens, verstanden als eine grundlegende Arbeit an sich selber, für ein besseres Wohlbefinden der PatientInnen im Vordergrund. Exemplarisch dafür sei das folgende Zitat von Frau Hoffmann angeführt: *„Und darum gilt für mich zum Beispiel je breiter und umfassender ich als Therapeutin ausgebildet bin desto besser! und das heißt ich muss auch mit mir selber und an mir selber gearbeitet haben. Sonst kann ich mich nicht auf diese Wahnsinnsarbeit den Abstieg in die Unterwelt einlassen“* (Frau Hoffmann, Z. 391 - 403).

Herr Friedrich fordert forschungsbasierte Hypothesen- und Theorienbildungen, (die ja die Grundlagen für Erklärungsmodelle, die in Behandlungsimplicationen transferiert werden, darstellen), die die Gütekriterien der Objektivität, Validität und Reliabilität erfüllen. *„Feinkörnige Untersuchungen der Längsschnittforschung. Und zwar jetzt moderner Längsschnittforschung“* unter Berücksichtigung der Epigenetik (Herr Friedrich, Z. 858 - 866), sowie eine fortlaufende diskursanalytische und dekonstruktivistische Auseinandersetzung mit den vorgefundenen Theorien und Theoremen, die Theorienideologien aufspürt und letztendlich - im Dienste des Patienten - klinische Fehler möglichst zu vermeiden versucht. *„Und das ist Integrative Therapie [das] heißt [dann] eben auch, ich gucke, wo sind die Einseitigkeiten und wo sind [die] Stärken? Wo kann ich was borgen? Oder wo muss ich auch etwas revidieren, nicht?“* (Herr Friedrich, Z. 1766 - 1769)

Frau Kraft weist auch auf die Gefahr reduktionistischer Vorgehensweisen im Rahmen der evidenzbasierten Forschung hin, durch die ein Teil der betroffenen Traumatisierten schlecht erreicht würde (Frau Kraft, Z. 186 -193).

Grundhaltungen und Kernkonzepte: Alle ExpertInnen gehen bei ihrer Arbeit von einem Selbstverständnis der Humantherapie aus. Darunter verstehen sie ein Erfassen des ganzen Menschen in seiner kontextuellen Einbettung, unter Berücksichtigung seiner Entwicklung in der Lebensspanne. *„Der Mensch [ist] ein Werdender. Das heißt, ich glaube auch an den Prozesscharakter des therapeutischen Geschehens. ... [Ebenso leitet mich] das Vertrauen in die Selbstheilungskräfte der Seele, dass es so etwas wie ein organismisches Geschehen in der Seele [gibt], so dass [man] nicht zu viel intervenieren muss“* (Frau Hoffmann, Z. 721 - 724, 753 - 756). Vertreten wird eine Anthropologie des Menschen als ‚bio-psycho-sozial-ökologisches‘ Wesen. *„[Frau Hoffmann ist] der Meinung, um schwer Traumatisierten wirklich gerecht zu werden, müsste man sagen ‚bio-psycho-sozial-spirituell“* (Frau Hoffmann, Z. 59 - 61). Herr Friedrich¹³ sieht an dieser Stelle *„eine klare Abweichung von den theoretischen Positionen der Integrativen Therapie“*. Die Integrative Therapie verstehe sich als *„säkular orientiert[es], weltanschaulich neutral[es]“* Verfahren.

Die Herangehensweise an die prozessuale Diagnostik, die Indikation und das therapeutische Prozedere ist eine phänomenologische, hermeneutische und neurobiologische. Ebenso hat die anthropologisch verankerte Intersubjektivitätstheorie bei einem Grossteil der Befragten in der therapeutischen Arbeit eine herausragende Bedeutung, *„ ... da merke ich zum Beispiel dass [mir] meine Ausbildung in der Integrativen Therapie ... noch einmal sehr zu statten kommt,*

¹³ Schriftliche Rückmeldung von Herrn Friedrich (4.6.2014) nach dessen Durchsicht der zugestellten Auswertungsergebnisse.

einmal mit dem Kernkonzept der intersubjektiven ‚Ko-Respondenz‘, also dieser grundsätzlichen Wertschätzung, für alles was da kommt, ja? Das ist wirklich eine ganz gute Leitlinie [oder] ... auch als handlungsleitendes Modell die hermeneutische Spirale: ... [vom] Wahrnehmen, Erfassen, Verstehen, Erklären“ (Frau Fröhlich, Z. 327 - 334).

Lebensbedingungen einer transversalen Moderne, beschleunigt durch globale Vernetzungsprozesse erfordern differenzielle, schulenübergreifende Therapieformen. Das in der Integrativen Therapie postulierte Integrationsprinzip findet in der Praxis breite Anwendung. *„Und da haben wir hier im Zentrum Leute aus unterschiedlichen Schulen kommend, aber alle dem Gedanken dieses synergetischen Zusammenwirkens verpflichtet“ (Frau Kraft, Z. 821 - 823).*

3.2.2 Konzeptualisierung komplexer Traumata

Definition: Bei den Ursachen, die zu komplexen Traumafolgestörungen führen, nehmen die interviewten Personen unterschiedlich weit gefasste Perspektiven ein. Das Spektrum reicht vom Schwerpunkt auf interpersonellen Traumata (Frau Kunstleben, Z. 383 - 387; Frau Kraft, Z. 13 - 17) bis hin zu einer breiter greifenden Vorstellung: *„Traumatisierungen die teilen wir [ein] in ‚natural desasters‘ und ‚man made desasters‘ und ‚technical desasters“ (Herr Friedrich, Z. 43 - 45).*

Für das Verständnis komplexer Traumafolgestörungen bieten die beiden internationalen klassifikatorischen Diagnoseinstrumente ICD-10 und DSM-IV einen wichtigen Bezugsrahmen. Nicht zuletzt, weil sie eine schulenübergreifende Funktion beinhalten. Frau Hoffmann erweitert den Begriff um eine symbolische und spirituelle Dimension *„ ... und so verstehe ich so komplexe Traumafolgestörungen, wie als eine Form von Seelenverlust oder Seelenumdunkelung“ (Frau Hoffmann, Z. 51 - 53).*

Ein weiterer Aspekt wird sowohl von Herrn Friedrich als auch von Frau Hoffmann herausgehoben. *„Die Art und Weise des Traumas selber ist nicht entscheidend, sondern, das was ein Trauma hinterlässt“ (Herr Friedrich, Z. 50 - 51) oder „ ... nicht das Trauma als solches nicht das was mir geschehen ist, wird verantwortlich sein für die Folgen die ich habe, sondern die Konstrukte die ich daran knüpfe. Also was ich anschließend denke [fühle und will]“ (Frau Hoffmann, Z. 123 - 126).*

Übereinstimmend sind Herr Friedrich und Frau Hoffmann auch darin, dass es überflutende Ereignisse sind, die das Selbstschutzsystem des Menschen überfordern und die Fähigkeiten, die uns normalerweise zur Verfügung stehen, außer Kraft setzen.

Frau Kraft hebt den Aspekt der gesellschaftspolitischen Verwobenheit besonders hervor. Sie versteht die Komplextraumatisierung als „normale gesunde Reaktionen auf ungesunde gesellschaftliche Verhältnisse, und dass das was die Leute erlebt haben, ihnen nicht angetan worden ist weil sie individuell so schlecht oder so schlimm oder so unfähig sind, sondern dass das zur Gesellschaft gehört und dass ihnen da ein Verbrechen angetan worden ist“ (Frau Kraft, Z. 55 - 60).

Folgen: Alle befragten Personen stimmen überein, dass die Folgen von Traumata eine grosse Komplexität aufweisen. „Weil ... traumatische Erfahrungen ja einen Menschen auf allen Säulen der Identität labilisieren“ (Frau Hoffmann, Z. 63 - 64). „Einmal ist die psychische Struktur und Erkrankung schon komplex, aber auch oft der Kontext eben nicht stabil und mit verschiedensten Problemlagen“ (Frau Kraft, Z. 549 - 551).

Sie beschreiben Wahrnehmungs- und Orientierungsstörungen, (Frau Kraft, Z. 233 - 238, Z. 316 - 319), kognitive Störungen „... im Zusammenhang mit dem Broccazentrum die sprachliche Verbalisierungsfähigkeit auch Erinnerungs- und mnestischen Funktionen, die sind ja beeinträchtigt“ (Frau Hoffmann, Z. 357 - 359), verschiedenste psychosomatische Beschwerden, als Beispiele werden körperliche Schmerzen, Ess- und Schlafstörungen, Hyperarousal und ‚Numbing‘ genannt, und den Verlust des Glaubens an sich selber und in die Welt, die letztendlich „... ja zu einer grossen Vereinsamung und zu einer wie Welt- und Menschenferne“ führen und den Sinnkosmos, in dem wir uns mehr oder weniger bewusst eingerichtet haben, erschüttern (Frau Hoffmann, Z. 159 - 161). Diese Einschränkungen sind bei den Betroffenen sehr individuell gelagert und führen zu erheblichen Schwierigkeiten bei der Alltags- & Lebensbewältigung.

Ein Grossteil der interviewten Personen berücksichtigt bei der Verortung der Folgen die aktuellen neuro- und evolutionsbiologischen Forschungsergebnisse. Herr Friedrich verweist ausserdem darauf hin, dass die in der Integrativen Therapie vertretenen Grundantriebe „explorative Neugierde, Gestaltungs- und Affiliationsantrieb“ bei komplex traumatisierten erwachsenen Menschen signifikant beeinträchtigt seien (Herr Friedrich, Z. 1258 - 1289).

Bewältigungsmechanismen: Die Bewältigungsmechanismen nach erlittenen Traumata werden von allen als funktionale und/oder dysfunktionale Schutzmechanismen verstanden, darunter fallen auch Vermeidungsverhalten und verschiedene Formen der Abwehr. Besonders häufig wird der Mechanismus der Dissoziation erläutert. „Und wenn das passiert dann hilft die Psyche sich, indem sie das nicht Integrierbare abspaltet“ (Frau Hoffmann, Z. 504 - 505). Die Dissoziation sei eine Schutzfunktion vor Übererregung während der traumatischen Situation. Dysfunktionale Versuche der Selbstregulation könnten jedoch längerfristig zu chronifizierten Prozessen führen, die im Bereich der Pathologie anzusiedeln seien.

Die jeweilige Ressourcenlage, die protektiven Faktoren, Vulnerabilitäten unter Berücksichtigung des Entwicklungsgeschehens stellen wichtige Faktoren bei der Überwindung von Traumata dar (Frau Hoffmann, Z. 527 - 541). Frau Kunstleben beschreibt, dass die Betroffenen bei all ihren getroffenen Schutzmaßnahmen als „*sehr intelligente Menschen*“, die häufig über ein „*reiches Fantasieleben*“ verfügen, auffielen (Frau Kunstleben, Z. 90 - 91).

Herr Friedrich hebt in diesem Zusammenhang einen evolutionsgeschichtlichen Aspekt hervor. „*Menschen sind vom Wesen her, psychobiologisch so ausgerichtet dass sie Traumata verarbeiten können. 99.9 % der Schwersttraumatisierten auf dieser Welt, ob das in Syrien ist oder bei den Tsunamis ist oder bei den Erdbeben, kommen ohne Traumatherapie klar*“ (Herr Friedrich, Z. 65 - 70).

Diagnostik: Alle Interviewten berücksichtigen bei der Anamneseerhebung und Diagnosestellung die Komplexität von Traumafolgestörungen. Sie sind sich auch einig darüber, dass es sich um eine prozessuale Diagnostik handelt, die über die herkömmliche Kategorisierung von individuumszentrierten Krankheitssymptomen nach den Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM IV weit hinausgeht. Der individuelle Sinn wird unter Berücksichtigung der perzeptiven und cerebralen Ausstattung des Menschen vom Leibe her erschlossen. Es handelt sich dabei um ein intersubjektives Geschehen. Erkenntnis wird mit Hilfe einer phänomenologisch-hermeneutischen Vorgehensweise generiert.

Die befragten Personen gehen, mit etwas unterschiedlichen Schwerpunkten, von einem Gesundheits- und Krankheitsmodell aus, das kontextuell, multifaktoriell und lebenslaufbezogen verstanden wird und sich an einer Pathogenese und Salutogenese orientiert. Herr Friedrich beschreibt wiederholt und eindringlich, wie wichtig es sei, vor den therapeutischen Interventionen differenzialdiagnostische Abklärungen durchzuführen, die neben der Syndromanalyse unter Zuhilfenahme geeigneter diagnostischer Instrumente das Entwicklungsgeschehen im Lebensganzen, die soziale Einbettung, Ketten negativer Ereignisse, die Ressourcenlage und protektive Faktoren sorgfältig untersuchten. „*... und ich gucke dann, ich mache eine Syndromanalyse und sage, was ist denn das Syndrom, was sind die Dinge, die eingewirkt haben, wie hat der Körper darauf reagiert, wie hat sich die Persönlichkeit auf der Ebene Selbst, Ich und Identität vom 4. Lebensjahr formiert? Und wie sind die Ereignisketten verlaufen? Wo waren Defizite ...*“? (Herr Friedrich, Z. 766 - 772)

Hingewiesen sei noch auf den Aspekt „*Traumahype*“, der sowohl von Frau Kraft als auch von Herrn Friedrich aufgegriffen wird. Beide nehmen in der Fachwelt eine aktuelle Modewelle bei der Diagnostizierung von Traumafolgestörungen wahr und weisen auf die möglichen Gefahren von Verallgemeinerung und Vereinseitigung hin, die den Betroffenen nicht immer gut tun würden (Frau Kraft, Z. 259; Herr Friedrich, Z. 62 - 65, 296 - 300).

3.2.3 Therapeutische Beziehung

Aus den Gesprächen mit den Expertinnen wird schnell deutlich, dass die therapeutische Allianz in ihrer beruflichen Tätigkeit eine zentrale Rolle spielt.

Beziehungsmuster: Es herrscht unter den Befragten Konsens darüber, dass komplex traumatisierte Menschen unter einer vielschichtigen Symptomatik und ausgeprägten Funktionsstörungen des Erlebens und Verhaltens leiden. Folgen davon sind Einschränkungen, sehr belastende ko-existierende widerstreitende Gefühle und unbefriedigte Grundbedürfnisse, die sich auch in der therapeutischen Beziehung manifestieren. Ebenso wird der Beziehungsaufbau und -erhalt durch die abhanden gekommenen Sicherheits- und Unversehrtheitsgefühle, aber auch infolge großen Misstrauens und umfassender Versagensängste stark beeinflusst. Frau Hoffmann beschreibt es in einem anschaulichen Bild „*einer unglaublichen Achterbahn*“, einer Beziehungsdynamik zwischen Kontaktaufnahme und Kontaktabbruch. „*Also ich werde zurückgestoßen und ich werde herangezogen. Ich werde entwertet und ich werde kontrolliert*“ (Frau Hoffmann, Z. 425 - 430). Im übrigen sind Traumatisierte „*ja auch hochsensibel ... für atmosphärische Schwingungen ... was ... gerade mit dem Gegenüber [ist]. Weil das gehörte ja zur Überlebensstrategie. Diese Sensibilität zu entwickeln*“ (Frau Fröhlich, Z. 242 - 245).

Oftmals haben die Betroffenen beim Aufsuchen der interviewten Therapeutinnen gescheiterte Therapieprozesse hinter sich. „*Ich habe jetzt zwei wo das Thema war ... einmal innerhalb von einer Klinik und einmal in einer ambulanten Therapie ... dass die Patienten ja sehr viel Fürsorge und Nähe evozieren ... und gleichzeitig aber die andere Seite von Misstrauen und Angst übersehen wird*“ (Frau Kunstleben, Z. 61- 66).

Erforderliche Qualifikationen: „*Ich glaube was es auf jeden Fall braucht, ist so eine, so eine offene neugierige Haltung für das Gegenüber*“ (Frau Kraft, Z. 484 - 486). Grundlegend für eine gelingende therapeutische Beziehung ist eine akzeptierende, wertschätzende und „ko-respondierende“ Thematisierung der im Hier-und-Jetzt in Erscheinung tretenden Problemlagen des betroffenen Menschen. Therapie ist ein zwischenleibliches Geschehen in der Wechselseitigkeit, unter Berücksichtigung differenzieller phänomenologisch-hermeneutischer, evolutionsgeschichtlicher, psychobiologischer und sozialwissenschaftlicher Perspektiven (Herr Friedrich, Z. 1083 - 1094; Frau Kraft, Z. 394 - 418, Z. 451 - 465). Dieses Einfühlen in das sich gegenwärtig abspielende Beziehungsgeschehen ist ein dynamischer Prozess mit dem Ziel der Herstellung einer hinreichend guten Passung. Frau Kunstleben illustriert dieses sorgfältige Anspüren und Reflektieren über die stattgefunden Begegnung eindrücklich. „*Mir komm[en] Menschen in den Sinn die einerseits ... sehr viel[e] Wünsche haben, und gleichzeitig sehr viel Misstrauen im Raum steht. Und mit dem Spannungsfeld erst mal umzugehen und [zu] schauen, wie handhabt man das miteinander ... die ersten Eindrücke wenn jemand frisch in den Raum kommt.*

auch [zu] Beginn der Therapie sich [zu] überlegen, [was ein sinnvolles Therapiesetting wäre] ... ganz kleine Schrittden zu tun“ (Frau Kunstleben, Z. 33 - 49). In Abgrenzung zu Freuds Abstinenzmaxime sollen die Professionellen für die Betroffenen in den Dimensionen ihrer Hominität und Humanität spürbar werden.

Das oberste Gebot für die Traumabehandlung stellt für die Experten und Expertinnen das Gewährleisten eines zuverlässigen, angstfreien Schutzraumes dar - das Sorge-Tragen für einen sicheren, klaren und transparenten Rahmen. Das bedeutet, ebenfalls eine große Bewusstheit für das Thema Grenzen zu entwickeln und, wenn nötig, lebenssichernde Maßnahmen durchzuführen. Alle interviewten Personen legen dabei sehr viel Wert auf die Mitbestimmung der Betroffenen. Der „locus of control“ liegt bei den Patienten. *„Immer im Einverständnis, das meine ich mit Aushandeln. ... der Mensch, der zu mir kommt, muss [durch meine Hilfe, durch Vorinformationen] in die Lage versetzt werden, dass er diese Entscheidung treffen kann“ (Frau Fröhlich, Z. 827 - 831).*

Frau Hoffmann betont in der Arbeit mit Traumatisierten eine achtsame Präsenz, die ihren Ausgangspunkt in der Arbeit an sich selber hat und die KlientInnen letztendlich darin ermutigen und unterstützen soll, selbst- und fremdschädigendes Verhalten immer besser kontrollieren zu können und sich aktiv in „Überwindungsleistungen“ zu üben. *„Ich glaube dass diese Achtsamkeit einmal für mich persönlich als Therapeutin wichtig ist, ich muss selber an mir arbeiten, dass ich in einer so achtsamen Präsenz ‚da-sein‘ kann und ‚mit-sein‘ kann und ‚mit-tragen‘ kann ... daran arbeiten, dass meine [KlientInnen] sich vertrauensvoll mit einer gewissen Herzensöffnung und mit einem Mitgefühl für sich selbst und für den verletzten, verwundeten Teil in ihnen sich auch auf den beziehen können“ (Frau Hoffmann, Z. 196 - 205).*

Fallstricke: Ein positiver Therapieverlauf wird als gefährdet eingestuft, wenn starke Missvertrauensgefühle seitens des Patienten zu einer grundsätzlichen Erschütterung des eigenen therapeutischen Kompetenzerlebens führen. *„Ich sollte meine [eigenen] narzisstischen Ecken gut kennen, damit es da nicht zu Verwicklungen kommt“ (Frau Fröhlich, Z. 276 - 277).*

Frau Hoffmann hebt das abrufbare Störungswissen der Professionellen hervor. Sie müssten das kontrollierende Verhalten traumatisierter Menschen verstehen, weil es für ihre Überlebenssicherung grundlegend gewesen sei. Sie dürften es nicht entwerten, als Aggression oder als Abwehr interpretieren, sonst würden sie den Betroffenen nicht gerecht. Für Anfänger und Anfängerinnen sei es beim Berufseinstieg jedoch *“ganz ganz hart“* und *“ganz ganz schwierig“*, mit den häufigen Phänomenen der Idealisierung und der Entwertung zurande zu kommen. Dabei würden sie sich oft in unglücklichen Verteidigungshaltungen verstricken. (Frau Hoffmann, Z. 430 - 437, Z. 443 - 445).

Die Schwierigkeiten von Übertragungsphänomen in der psychotherapeutischen Behandlung komplex traumatisierter Menschen und Begleiterscheinungen schwerer komorbider Persönlichkeitsstörungen werden von den Interviewten in unterschiedlicher Breite ausgeführt. Als häufige Übertragungsmanifestationen nennen sie TäterInnenprojektionen. Ebenso würden sie als vernachlässigende und nicht ausreichend schutzgewährende oder als hilflose Begleit- und Bezugspersonen identifiziert. Herr Friedrich¹⁴ bringt folgende Ergänzung an: *„Der Begriff der TäterInnenintrojekte stammt nicht aus der Integrativen Therapie, sondern wurde aus tiefenpsychologischen Richtungen übernommen und wird in der Integrativen Therapie kontrovers diskutiert. Es werden nach Integrativem Konzept nicht „TäterInnen“, sondern komplexe Erlebnissequenzen mit bedrohlichen und verletzenden Menschen interiorisiert. Die Hypostasierung von TäterInnen ohne den situativen und prozessualen Kontext ist problematisch, indem sie Vorstellungen von einem inneren Monster zu verankern droht und ggf. verstärkt, statt sie zu schwächen und ihren Irrealitätscharakter aufzulösen. Es sitzen keine Täter unter unserem Schädeldach, sondern Vorstellungen, die man mit den richtigen Mittel angehen [und] vergleichgültigen [muss]“.*

Die Behandlung der dissoziativen Identitätsstörung wird als besondere Herausforderung erwähnt. *„ ... je nach dem wer da grad nach vorne kommt. Da kriege ich ja schon ordentliche Sachen angeballert“* (Frau Fröhlich, Z. 296 - 298). Auffällig ist, wie souverän die in der Scientific Community in diesem Zusammenhang ausführlich beschriebenen Schwierigkeiten von den InterviewpartnerInnen gemeistert werden.

Bedeutung: *„Die Beziehung ist ja das A und O in jeder Therapie. Aber mit traumatisierten Menschen glaube ich ist die Beziehung noch zentraler weil sie ja gerade auf der Beziehungsebene so verwundet worden sind. Intersubjektivität, also wäre so das theoretische Stichwort, das ist für mich das Wesentliche. [Darunter verstehe ich] eine kokreativ gestaltete Beziehung. Die für mich den größten Heilungsfaktor darstellt“* (Frau Hoffmann, Z. 420 - 423, Z. 665 - 684). Bei allen befragten Personen stellt die Bedeutung einer “benignen therapeutischen Beziehung“ einen zentralen Wirkfaktor dar, der bei der Mehrheit auf einer anthropologischen Intersubjektivitätstheorie begründet ist. Die lebenslange menschliche Entwicklung, das Sein des Menschen ist in seinem Mit-Sein, in der Intersubjektivität verankert.

Eine zugewandte, aktiv unterstützende und transparente therapeutische Begleitung, stärkt und nutzt die Ressourcen der Traumatisierten. Sie ist maßgebend für eine offene Kommunikation und einen gelingenden Vertrauensaufbau. *„Also ich bin ganz vorsichtig mit Vertrauen weil [bei] komplex Traumatisierten ist das mit dem Vertrauen immer so eine Sache. Ich glaube nicht,*

¹⁴ Schriftlicher Kommentar von Herrn Friedrich, dat. vom 5.6.14

dass es sich um ein Vertrauen handelt, wie Menschen es erleben können ... die nicht komplex traumatisiert sind. Sondern es geht um ein, bestenfalls zunehmendes Zutrauen in mich, dass ich nichts Böses mache, dass ich nichts tue was schädigend ist. Aber ich glaube das geht auch nur wenn wir so arbeiten, wie wir das in [unserem] Verfahren gelernt haben, weil dann können die Patientin[nen] mir ganz viel erzählen“ (Frau Fröhlich, Z. 201 - 207, Z. 353 - 356).

Das Erfahren von Selbstwirksamkeit vergrößert das Sicherheitsgefühl und bereitet den Boden für den Aufbau neuer Fähigkeiten und die Reduktion von Traumafolgesymptomen.

Herr Friedrich stellt eine Verbindung zwischen dem Interiorisierungskonzept der Integrativen Therapie und der Bedeutung der therapeutischen Beziehung her und erklärt dazu Folgendes: *„Wenn man so einen Patienten hat, der viele böse und abwertende Stimmen in sich hat, dann besteht ein Teil der Therapie darin, dass er uns verinnerlichen kann - und das ist das Geheimnis der therapeutischen Beziehung“ (Herr Friedrich, Z. 973 - 977).* Eine geglückte Passung im relationalen Beziehungsgeschehen - auch als dynamische Regulation zwischen Systemen beschrieben - stellt die Voraussetzung für einen gelingenden psychischen Prozess der inneren Gefährtschaft dar (Herr Friedrich, Z. 1056 - 1062). Ebenso greift Frau Kraft die exemplarische Modellfunktion der therapeutischen Beziehung auf (Frau Kraft, Z. 710 - 722).

Letztendlich beschreibt Frau Kunstleben das Beweisen von Geduld und Langmut als *“eine wertvolle Erfahrung für beide Seiten“* und zitiert dazu eine ihrer Patientinnen: *„Wissen Sie auch wenn es manchmal gar nicht klar war wohin wir gehen einfach dass Sie dabei geblieben sind“ (Frau Kunstleben, Z. 1035 - 1042).* Auch bei Frau Kraft kommt dieser Aspekt in berührenden Worten zur Geltung. *„Und das ist ganz schön und ich bin im Nachhinein auch ganz dankbar [dafür], dass ich nicht aufgegeben habe, dass ich dran geblieben bin“ (Frau Kraft, Z. 433 - 435).*

3.2.4 Wege der Heilung und Förderung

Beim Vergleichen dieser Kategorie fällt sofort ins Auge, dass die befragten Personen bei den therapeutischen Interventionen unterschiedliche, persönlich gefärbte Schwerpunkte legen. Gründe dafür gibt es sowohl bei den Professionellen - z.B. unterschiedliche Tätigkeitsfelder, persönliche Präferenzen, unterschiedliche Rezeptionen von Wissensständen, Kompetenzen und Performanzen - als auch auf Seiten der Patientinnen und Patienten. Aspekte wie die jeweilige Ressourcenlage, die vorgefundene soziale Einbettung und die Berücksichtigung des Entwicklungsgeschehens in der Lebensspanne haben einen Einfluss auf die eingeschlagenen therapeutischen Wege.

Grundlegende Strategien in der Behandlung: Besondere Achtsamkeit kommt bei allen ExpertInnen der therapeutischen Beziehungsgestaltung zu. Sie ist wegen ihrer großen Bedeutung bereits im Kapitel 3.2.3 abgehandelt worden. Übergreifend lassen sich die folgenden grundlegenden Strategien beschreiben:

Die Herstellung sicherer Lebensverhältnisse bzw. das professionelle Handling akuter Selbstschädigungen (z.B. Suizidalität, Suchtmittelkonsum) sind Voraussetzungen für einen gelingenden Therapieprozess und stellen die Fachkräfte manchmal vor große Herausforderungen. Sie sind in der Behandlungshierarchie vorrangig. *„Auch wenn es nicht gleich gelingt ... das ist ja auch ein dicker Batzen Arbeit die aus dem Täterkreis rauszukriegen. Das ist ja hochbedrohlich und hochgefährlich“* (Frau Fröhlich, Z. 383 - 385).

Das in der Traumabehandlung weit verbreitete und schulenübergreifende Phasenmodell wird auch von den interviewten Personen genannt. Sie weisen jedoch darauf hin, dass die Praxiserfahrung gezeigt hätte, dass in der Arbeit mit komplex traumatisierten Menschen eine rigide schematische Vorgehensweise deren erlebte Realität nicht adäquat berücksichtigen würde und daher eine flexible, multimodale und zirkuläre Arbeitsweise vorzuziehen sei.

Ebenfalls ist eine an den individuellen Bedürfnissen ausgerichtete therapeutische Begleitung - unter einer salutogenetischen Perspektive - zentral. *„Das heißt der Ansatz ist ressourcenorientiert. Ich gehe also nicht mal primär von den Defiziten aus, sondern würde eher in einem ersten Gespräch, wenn mir jemand erzählt, wie furchtbar das alles ist sagen: „Was hat sie den befähigt, überhaupt zu überleben?“* (Frau Hoffmann, Z. 138 - 143; Frau Kunstleben Z. 124 - 125, 129 - 130).

Alle gehen davon aus, dass die Bedingung für einen schonend konfrontativen Ansatz eben diese ressourcenaktivierende Haltung ist, die auf die überlebenssichernden, jedoch rigiden Schutz- und Vermeidungstendenzen traumatisierter Menschen, unter Berücksichtigung der neuronal begründeten, spezifisch psychobiologischen Funktionsweisen, angemessen reagiert. *„Also wie bekommen wir es in der ‚Ko-responzenz‘ hin, dass sich der Mensch um den es geht in einem relativ bewegten ja immer mittleren Spannungsniveau aufhalten kann, so dass er überhaupt erreichbar ist und überhaupt irgend etwas erfassen verstehen oder tun kann. Weil sobald es ... in die Erschlaffung oder in die Übererregung geht ist das Fenster ja zu“* (Frau Fröhlich, Z. 53 - 58).

Die Erhöhung des Gegenwartsbezuges, die Verbesserung der Alltagsfunktion und der Selbstversorgung unter Beihilfe aktivierter sozialer Netzwerke nehmen bei allen befragten Personen einen sehr wichtigen Stellenwert ein. Die Betroffenen werden zu einer aktiven Bewältigung ihrer Leiden ermutigt und angeleitet. *„Das heißt also mit Leuten alternative Formen der Le-*

bensgestaltung [imaginieren und einüben] wo ich etwas Umzeichnen, Neuzeichnen kann ... ich merke in mir ist ganz viel an anderen Gestaltungsmöglichkeiten ... und [die] werden dann so stark gebahnt, dass das andere unwichtig [wird] (Herr Friedrich, Z. 1442 - 1451). Letztendlich handelt es sich um eine Unterstützungsmaßnahme, mit dem therapeutischen Ziel, auf ein zufriedeneres Lebensgefühl und eine bessere Lebensqualität hinzuwirken.

Stabilisierung der 5-Säulen der Identität: Unter Verwendung der fünf Säulen der Identität (Leiblichkeit, soziales Netz/soziale Welt, Arbeit/Leistung/Freizeit, materielle Sicherheiten, Werte) werden die vorhandenen Ressourcen (Eigen- und Fremdressourcen) der Betroffenen und ihre Copingstrategien im Umgang mit Alltagsbelastungen, Stress und Traumafolgestörungen exploriert. Mit Hilfe einer sorgfältigen diagnostischen Abklärung werden die versäumten Entwicklungsschritte aufgespürt und für die vorrangigen Behandlungsziele bei komplex Traumatisierten antizipiert. Frau Hoffmann beschreibt diese vorrangigen Behandlungsziele unter Bezugnahme auf ein bio-psycho-soziales und spirituelles Menschenbild ausführlich. *„[Die Therapeutin] arbeitet auf allen Ebenen“*. Auf der Körperebene ist *„das Verhältnis zum eigenen Leib ein wichtiger Aspekt“*. Im Bereich der Psyche versucht Frau Hoffmann *„gemeinsam mit [den Betroffenen] herauszufinden, was für Denkmuster [sie haben], [was] für Wahrnehmungsmuster an diese Erfahrungen geknüpft [sind] und wie sich diese fortgesetzt [haben]“*. Unter therapeutischer Anleitung sollen negative Selbstbewertungen und Wahrnehmungsverzerrungen mit dem Ziel eines größeren Wohlbefindens umgebahnt werden. Ebenso ist die funktionale Emotionsregulation, das Einüben eines achtsamen, sorgfältigen und aufmerksamen Umgangs mit den inneren Gefühlsregungen ein wichtiger therapeutischer Fokus. *„Es ist wie ein Oszillieren zwischen Nähe und Distanz, damit es nicht zu Überflutungen oder so kommt“*. Den sozialen Aspekt findet die Expertin in der Integrativen Therapie sehr wichtig. *„Wieder zu lernen auf ein du, vertrauensvoll zuzugehen und den Kontakt zur Mit- und Umwelt zu knüpfen“*. Eine nicht zu unterschätzende Dimension nach erlittenen Traumata stellt die Sinndimension dar. *„Solche Fragestellungen sind ganz zentrale Themen“*. Als Therapeuten und Therapeutinnen sind wir angehalten, für *„diese Fragen nach Sinn und Unsinn offen zu sein“* (Frau Hoffmann, Z. 97 - 109, Z. 121 - 136, Z. 149 - 177, Z. 188 - 196, Z. 250 - 271). Diese Wege der Heilung und Förderung ziehen sich wie ein roter Faden durch alle ausgewerteten Interviews.

Bearbeitung von Dissoziationsphänomenen: Wie aus den Interviews entnommen werden kann, spielt die Behandlung der vielgestaltigen dissoziativen Phänomene in der Arbeit mit komplex traumatisierten Menschen eine bedeutsame Rolle. Dissoziative Mechanismen treten oft in unterschiedlichen Formen bereits zu Beginn der Therapie auf. Einig sind sich alle Befragten, dass ihre Patienten und Patientinnen funktionale Copingstrategien im Umgang mit Auslöserreizen und zur Distanzierung von Traumanarrationen entwickeln und einüben müssten, mit

dem Ziel der Reduktion von Traumafolgesymptomen (insbesondere Derealisations- und Depersonalisationsphänomene, intrusive Symptomatiken, Nachhallerinnerungen und Alpträume).

Frau Kunstleben schildert, dass viele Patienten bereits beim Einstieg in die Therapie das Bedürfnis hätten, über das traumatische Geschehen reden zu können. Dieser Wunsch sei nachvollziehbar und zu respektieren. Sie unterstreicht dabei ein behutsames Vorgehen unter Berücksichtigung der Belastungsgrenze der Betroffenen. Für eine Therapeutin sei es wichtig, auch eine Position der Zeugenschaft einzunehmen, die das vom Patienten subjektiv Erlebte wahrnehme, in einer parteilichen Funktion anerkenne und unterstütze (Frau Kunstleben, Z. 169 - 176, Z. 180 - 192). Auch in der Arbeit mit Flüchtlingen und Folterüberlebenden kommt der narrativen Arbeit eine bedeutsame Rolle zu. Für Frau Kraft ist *„so ein Schritt zur Veröffentlichung“* *„eine ganz wichtige Geschichte“*, *„ ... um [die erlittene Gewaltanwendung] eben nicht im stillen Kämmerlein ... auf dieser Privatebene zu halten sondern zu sagen okay, das ist mir als Privat[person] aufgezwungen [worden], das reiche ich zurück, um wieder meine eigentliche Privatsphäre herstellen zu können“* (Frau Kraft, Z. 93, Z. 118, Z. 120 - 124).

Die Frage nach dem Einbezug der Konfrontations- oder Expositionstherapie, wie sie synonym auch genannt wird, führte bei allen Interviewpartnern zu angeregten Diskussionen. Die folgenden Zitate sollen ihre persönlichen Einstellungen zu diesem Thema verdeutlichen:

- *„Jeder Neurobiologe weiß aber, wenn eine Sache noch mal neu durchläuft, wird die tiefer geskriptet. Das heißt also, das Wiederdurchleben vertieft eigentlich die Erfahrung, die kann aber auch dazu führen, dass man sich da dran gewöhnt. Und es gibt andere Methoden, nicht nur in der Integrativen Therapie, Hypnotherapie, [die] ganz gute Effekte [haben], da brauche ich nicht in die Exposition zu gehen und ich kriege auch eine Reduktion von Intrusionen und dissoziativen [Symptomen] (Herr Friedrich, Z. 1301 - 1306, Z. 1324 - 1329).*
- *„ ... ich denke, wie in allen großen Fragen ist es nicht eine Frage des Entweder-oder, sondern des Sowohl-als-auch und des modifizierten approach“ (Frau Hoffmann, Z. 319 - 321).*
- *„Und das bedeutet eben, dass Traumadeckung unter Umständen ein Bestandteil vom Ganzen ist, aber nicht das A und O, und es muss auch nicht immer direkt angegangen werden. Weil selbst wenn wir traumaaufdeckend gearbeitet haben, das passiert ja immer in Sprüngen es ist eigentlich jedes Mal so eine kleine Überraschung für mich. Also auch eine Schöne. Wo ich selber sehr hellhörig sein muss, um das auch noch einmal rauszugreifen, zu würdigen und zu [benennen] Bei den Leuten selber ist das ja so auch nicht bewusst. Das passiert ja ganz organisch“ (Frau Kraft, Z. 218 - 222, Z. 952 - 982).*

Alle ExpertInnen berücksichtigen bei der Behandlung dissoziativer Störungen die Erkenntnisse aus der modernen Hirnforschung. Wichtig sei, dass, wenn es beim Patienten zur Aktualisie-

rung von belastendem Erinnerungsmaterial komme, die jeweils individuelle Toleranzgrenze für Belastungen vom Therapeuten gut wahrgenommen werde, um dem betroffenen Menschen adäquate Unterstützung beim Regulieren seiner Affekte zu geben. Die Behandlungsinterventionen würden in erster Linie auf die Symptomreduktion und Erhöhung der Alltagsfunktionsfähigkeit abzielen. Weitere Fokusse werden auf das positive Umschreiben von dysfunktionalen Narrativen, die Befähigung zu einer zeitlichen Einordnung des Erlebten, die Unterstützung bei der Rekonstruktion zu einem nachvollziehbaren, zusammenhängenden biografischen Ganzen, das Erfahren der eigenen Selbstwirksamkeit und die Verbesserung der Selbsteinschätzung gelegt.

Integration: Aus den Ausführungen der GesprächspartnerInnen kann auf die Wichtigkeit gelingender Integrationsprozesse geschlossen werden. Die Traumatherapie ende nicht mit der Integrationsleistung erlittener Traumata, sondern beinhalte die gemeinsame Erarbeitung guter Anschlüsse an die neue, noch unvertraute Lebenssituation. Frau Kunstleben weist auch darauf hin, dass sie nach einer erfolgreichen Behandlung von Traumafolgesymptomen nicht selten mit Krisensituationen der PatientInnen konfrontiert sei. Denn *„zu integrieren was alles Fürchterliches war kann auch Erschütterungen, hervorrufen ... auch bei aller Vorsicht“* (Frau Kunstleben, Z. 957 - 967). Die Patienten litten oft darunter, wichtige Lebenszeit dem Kampf um das innere Gleichgewicht geopfert zu haben und bedauerten diese verpassten Entwicklungschancen. Was zurückbliebe, seien belastende Gefühle, die es einerseits in der therapeutischen Auseinandersetzung aufzufangen gelte und andererseits mit der Unterstützung zur Wahrnehmung und Umsetzung der eigenen Wünsche und Bedürfnisse einhergehe. Demzufolge sei es ein zentraler Bestandteil der Traumatherapie, *„... sich als TherapeutIn für die Trauerarbeit, [für das] was alles nicht möglich war und vielleicht nur zu einem kleinen Teil möglich sein wird und [dem damit verbundenen] Frust und Ärger bereitzustellen“* (Frau Kunstleben, Z. 968 - 991, Z. 1031 - 1035).

3.2.5 Therapeutische Methoden und Behandlungstechniken

In diesem Abschnitt steht der Integrative Ansatz der kreativen Medien, die mannigfaltige Ausgestaltung ihrer Behandlungstechniken und ihre Potenziale und Risiken im Vordergrund. Diese vorgefundene Gewichtung steht im Zusammenhang mit der Forschungsfrage. Weitere Behandlungsschwerpunkte beziehen sich auf die introjektions- versus interiorisierungszentrierte Therapie, die Neu- und Umbahnung emotionaler, kognitiver und volitiver Schemata, die Behandlungstechniken aus der Ego-States-Therapie (Watkins & Watkins, 2008) und dem Modell der strukturellen Dissoziation (van der Hart et al., 2008).

Behandlungstechniken & Prozessbeispiele: In der Arbeit mit kreativen Methoden und Medien finden wir ein breites Spektrum *„von Schätzen, die die Integrative Therapie zu bieten hat“* (Frau Fröhlich, Z. 48 - 51). *„Und das ist halt das was ich auch aus der Integrativen Therapie profitiert habe. Da so eine eigene Mischung zu machen und dadurch können wir auch für jeden Menschen der hierher kommt und Hilfe braucht, etwas maßschneidern“* (Frau Kraft, Z. 617 - 625).

Die angewandten Behandlungstechniken reichen vom bildnerischen Gestalten beispielsweise *„arbeite ich imaginativ mit dem Körper ich arbeite [ebenfalls] mit Körperbildern und lasse die malen, ich arbeite mit Dialogen zu Körperteilen ... narrative Elemente zu erzählen, ist wie immer wichtig ... früher habe ich selber noch mit Lehm und Ton gearbeitet ... das tue ich jetzt nicht mehr aber ich rege das an wer das mag“* (Frau Hoffmann, Z. 109 - 119), über körperzentrierte Übungen, *„wenn es [beispielsweise] um das Thema Grenzverletzung geht ... nehme ich gerne eine Bewegungsübung dazu, wo ganz aktiv das Stopp [sagen] geübt wird“* (Frau Kraft, Z. 597 - 616), der Einbezug von Elementen der Biblio- und Poesietherapie, *„ ... also was gibt es für Mythen? Was gibt es für Märchen, die die Menschen ansprechen?“* (Frau Hoffmann, Z. 370 - 371), Landschaftstherapie, *„ich gehe durch den Wald riechen mit dir pass auf hier die Maiglöckchen, da die Veilchen, und die Veilchen, die kannst du auch imaginieren und wenn der Blutgeruch hoch kommt, dann sag einfach nein und hol dir das Veilchen hoch und wenn das nicht stark genug ist, da sind die Veilchenpastillen, nimm die immer mit“* (Herr Friedrich, Z. 1427 - 1438), bis hin zum Tanzen und Singen. Vor dem Hintergrund eines entwicklungstheoretischen Rahmens werden Gegenstände, Symbole als Übergangsobjekte zur Hilfestellung bei Ablösungsprozessen oder als kommunikationsvermittelnde Intermediärobjekte eingesetzt.

Das Malen und Skizzieren kann sowohl bei der Aktivierung von Ressourcen als auch bei der Traumabearbeitung herangezogen werden. *„Wir arbeiten ja viel mit Mandalastrukturen, also zentrierenden Bildern, oder mit dem Triptychon, davor, [danach] und als letztes sozusagen, was ist das Trauma“*. Ebenfalls unterstützen sie das Entwickeln von Konfliktlösungsstrategien. *„Skizzieren Sie doch, wie sieht der Konflikt für Sie aus? Und dann grad das nächste Bild und jetzt wie wünschen Sie sich, wie sich dieser Konflikt löst?“* (Frau Hoffmann, Z. 604 - 619)

Als berührendes Beispiel aus einer mediengestützten Traumatherapie kann die folgende Schilderung von Frau Kraft gesehen werden: *„Bei dieser Patientin haben wir das Malen von ganz kleinen Körperbildern [angeregt]. Wo sie dann so gemalt hat was ihr gut tut, [mit welchen Bereichen des Körpers] es ihr gut geht, wo es ihr nicht gut geht und darüber sind wir dann ins Gespräch gekommen. Wo das Trauma so ein Stück hoch kam und bearbeitet werden konnte. Das war bei der Patientin ganz spannend weil das lief über ihre Hände. Sie hat dann ihre Hände so ganz rot und so wütend [gezeichnet]. Jedenfalls [sagte sie] über die Hände: „ja mei-*

ne Hände haben was getan was ich nicht wollte und die sind schmutzig“. Und über die Hände habe ich dann gesagt: „ja das [sind] aber auch die Hände, die mein Mann liebt und gestreichelt hat und das sind die Hände die wir uns zur Begrüßung und zum Abschied reichen“. Und dann [konnte] über die Arbeit an den Händen so ein Stück Versöhnung mit sich selbst [geschehen]“ (Frau Kraft, Z. 1016 - 1035).

Bei den dissoziativen Störungen wird sowohl die Anwendung des „Bask modell“ empfohlen (Frau Hoffmann, Z. 514 - 527), als auch von einigen die Behandlungsstrategien der Ego-States Therapie eingesetzt. *„Andere Integrative TraumatherapeutInnen sehen das, wie Herr Friedrich¹⁵ anfügt, aber aus theoretischen und neurobiologischen Gründen als problematisch und auch als mit der Persönlichkeitstheorie der Integrativen Therapie nicht kompatibel (sie würden nämlich von Identitätsdimensionen, Identitätsfacetten und nicht von ‚Ego-States‘ sprechen)“.*

Wo diese Techniken verwandt werden, werden sie als effektiv beurteilt. Frau Fröhlich veranschaulicht diese Arbeitsweise anhand einer ihrer Patientinnen, die unter einer dissoziativen Identitätsstörung leidet: *„Je nach dem welche Innenperson nach vorne kommt, [zum Beispiel] Kinderanteile, arbeite ich [themenbezogen] mit Symbolen, Figürchen oder mit Stofftieren und [wir] gucken aus der Distanz, welche Möglichkeiten gibt es da? Wie kann eine Mama mit einem Kind umgehen? Und dann kommt, ganz oft, ganz fassungslos: „Aber warum hat meine Mama das nicht gemacht? Warum ist die so und so mit mir umgegangen?“ Und das muss dann wieder aufgenommen werden“ (Frau Fröhlich, Z. 421, Z. 483 - 492). Herr Friedrich ergänzt¹⁶, „dass andere Integrative TherapeutInnen an dieser Stelle ganz anders arbeiten würden: Wenn solche regressiven Elemente als Intrusionen aufkommen, hilft man, ‚sie aus exzentrischer Position‘ kurz anzuschauen und dann ‚zurück ins Archiv‘ zu senden. Da man nichts wirklich ‚löschen‘ kann, lernt man Intrusionen zu meistern, zu kontrollieren, zu ‚vergestrigen‘. Das ist Geschichte, vorbei, nicht mehr gültig. Ich sende Dich zurück ins Archiv, in die Geschichte und wende mich positiver Gegenwart zu. Damit vermeidet man die Reaktivierung unerwünschter Bahnungen, erlernt Selbstwirksamkeit über bedrängende Innenwelt und bestärkt die Fähigkeit, salutogene Inhalte zu fokussieren und zu nutzen, wodurch diese neuen Bahnungen stärker und letztlich in positiver Habitualisierung verankert werden - ohne dass sich die Patientin - wie in Expositionstherapien - an höchst Negatives (Vergewaltigung, Folter, Verletzungen) habitualisieren muss. Das Risiko einer Retraumatisierung ist damit übrigens sehr vermindert“.*

¹⁵ Schriftlicher Kommentar von Herrn Friedrich, dat. vom 5.6.2014

¹⁶ Schriftlicher Kommentar von Herrn Friedrich, dat. vom 5.6.2014

Bezugnehmend auf den russischen Psychologen Vygotskij, ein wichtiger Referenztheoretiker der Integrativen Therapie, stellt Herr Friedrich die interiorisierungszentrierte Therapie als ein sehr wirksames Instrumentarium bei komplex traumatisierten Menschen vor. *„Du hast doch gehört, was ich dir gesagt habe. Was hast du verstanden? Ich habe gesagt, Sie schaffen das. So und jetzt wiederholen Sie es einfach noch einmal; Paul du schaffst das, ich schaffe das“* (Herr Friedrich, Z. 983 - 990).

Ein letzter wichtiger Aspekt, der an dieser Stelle noch Erwähnung finden soll, ist die von allen sehr geschätzte Imaginationstechnik. Der folgende Beitrag von Frau Kunstleben knüpft ebenfalls an die interiorisierungszentrierte Therapie an und kann auch als ein Exempel für die Anwendung von intermedialen Quergängen und die Verbindung von erlebnisaktivierenden und übungszentrierten Modalitäten gesehen werden. *„Was hat geholfen das zu überstehen? Und da gibt es manchmal, im guten Falle reale Menschen eine Großmutter eine Mutter von einer Freundin oder so, und manchmal gibt es aber auch Fantasiefreunde, Fantasiewesen bis zu Engeln oder Tiere sind auch oft, ganz wichtig gewesen. Und da so [in] eine innere Landschaft mit einzutauchen und zu gucken, was hat da gut getan, was war hilfreich [und] das dann auch zu malen. [Zur Verstärkung] gebe ich es dann oft als Übung auf. Egal wie es einem geht, drei bis vier Mal am Tag, sich diese Dinge wieder bewusst herholen [und] stärken“* (Frau Kunstleben, Z. 129 - 140).

Potenziale: Die ExpertInnen haben auf die Frage, inwieweit die kreativen Medien ein wirkungsvolles Instrumentarium sein könnten, sehr lebhaft geantwortet. Die folgenden Zitate sind jedes für sich ein Kleinod und stehen pars pro toto.

Der Mensch ist ein multiexpressives und multisensorisches Wesen. Mit den kreativen Medien bedienen wir seine Möglichkeit, sich multipel auszudrücken. *„Also wenn ich in die Landschaft ... durch den Frühlingwald gehe, dann kriege ich multisensorische Erfahrungen. Wir kriegen ästhetische Erfahrungen“* (Herr Friedrich, Z. 1229 - 1233). Auch Frau Fröhlich sieht das Essenzielle dieses Ansatzes vor dem Hintergrund einer anthropologischen und evolutionsgeschichtlichen Perspektive. *„Das ist für mich auch Leibarbeit“* (Frau Fröhlich, Z. 685 - 696).

Mit Hilfe der kreativen Medien können neue Gestaltungsmöglichkeiten ausprobiert werden. Komplex traumatisierte Menschen werden darin unterstützt, *„alternative Formen der Lebensgestaltung“* zu entwerfen. Mit Verweis auf Klaus Grawe betont Herr Friedrich in diesem Zusammenhang die Wichtigkeit der Neuropsychologie. *„[In der Integrativen Therapie lassen wir] die neuen Erfahrungen so stark bahnen, dass die anderen Wege nicht mehr besritten werden und nach und nach mit Gras überwachsen“*. Die kreativen Medien sind *„gute Wege für Neubahnungen. Darum geht es“* (Herr Friedrich, Z. 1449 - 1460).

Frau Hoffmann knüpft bei ihren Überlegungen ebenfalls an die Hirnforschung an und erläutert, dass die kreativen Medien, bei der Beeinträchtigung verbaler Symbolisierungsfähigkeit sinnvoll eingesetzt werden könnten. *„Worüber ich nicht sprechen kann, darüber muss ich nicht wie Wittgenstein sagen würde, schweigen, sondern ich kann auch versuchen das auf einer anderen Ebene auszudrücken. Ich denke, dass sich die kreativen Medien besonders gut eignen, diese rechtshemisphärischen Funktionen zu übersetzen“* (Frau Hoffmann, Z. 156 - 158, Z. 361 - 363).

„Auf ganz vielen Ebenen“ misst Frau Kunstleben den kreativen Medien Potenziale bei. *„Einmal ist sicher so das ganz Elementare ... selber was formen können. Im Unterschied zur Ohnmachtserfahrung. Und in dem Moment wo ich etwas eine Form gebe, das kann auch Sprache sein ... kann ich auch Distanz dazu nehmen. Ich kann mir ein Bild machen und ich kann, indem man das Bild oder das Ergebnis zusammen anschaut, jemanden daran teilhaben lassen. Ich kann auch Einfluss nehmen ... wie groß mein Bild [sein soll] und wie viel Sicherheit ich in dem Bild haben muss“* (Frau Kunstleben, Z. 437 - 449).

Als Fazit sei dieses Zitat von Frau Hoffmann angeführt: *„Ich bin der Überzeugung, dass kreative Medien ein außerordentlich wirksames Instrumentarium darstellen, um mit traumatisierten Menschen zu arbeiten. Weil ich glaube, dass Bilder tiefer berühren und weiter reichen als Worte. es ist ein Prozess der mir mehr Kontrolle [über die Verbalisationsmöglichkeit] verschafft und gleichzeitig ... das Unbewusste befreit ... es entsteht immer noch mehr als das, was ich mir bewusst vorgestellt habe. In dem Sinne ist das Bild auch ein unglaublich hilfreiches, diagnostisches Instrument“* (Frau Hoffmann, Z. 557 - 572).

Risiken: Bei allen Expertinnen deckt sich die Ansicht, dass die kreativen Medien *„sehr potente Mittel“* sind, die einer *„[situationsadäquaten] Dosierung“* bedürfen (Frau Kunstleben, Z. 638 - 646). Die mediengestützten Techniken ermöglichen in ihrer Anwendung die Realisierung von Zielsetzungen auf einer multimodalen Ebene. Ihre Funktion kann eine übungszentriert-funktionale, erlebniszentriert-stimulierende, konfliktzentriert-aufdeckende und/oder eine netzwerk-lebenslagenorientierte sein. Vor diesem Hintergrund ist eine achtsame, für diese Komplexität sensibilisierte und zielorientierte Vorgehensweise unbedingt notwendig. Wie aus den Erläuterungen deutlich wird, müssen die anvisierten therapeutischen Interventionen mit der prozessualen Diagnostik und den daraus abgeleiteten Behandlungsimplicationen abgestimmt werden. Ebenso sind sie an einer Entwicklungspsychologie der Lebensspanne auszurichten und mit dem Verständnis der Integrativen Humantherapie in Übereinstimmung zu bringen (Frau Kraft, Z. 785 - 794).

Die ExpertInnen sind sich auch einig darüber, dass das heilende Potenzial der kreativen Medien ins Gegenteil (z.B. Überstimulierung) umschlagen kann, wenn die Betroffenen, von ihrer

Konstitution (beispielsweise persönliche Belastungsgrenze oder individuelle Integrationsfähigkeit) her, noch nicht in der Lage sind, das zum Vorschein kommende, das wieder ins Bewusstsein gehobene, im guten Sinne zu verarbeiten. Der Kunstgriff des Therapeuten ist es, prozessorientiert das richtige Timing zu wählen, wann welche mediengestützte Technik zu welchem Zweck in der getroffenen Behandlungshierarchie angesagt ist (Frau Kunstleben, Z. 638 - 646; Frau Fröhlich, Z. 799 - 811).

Bei der Anwendung aller kreativen Medien braucht es klare Rahmenbedingungen und eine strukturierte Vorgehensweise. *„Also da muss man sehr schauen auch so bei [den] frühen Störungen“* (Frau Hoffmann, Z. 629 - 630). Sie sind jedoch nicht mit einer manualisierten Verfahrensweise zu verwechseln. *„Kreativtherapien scheinen erstmal greifbarer. Scheinen erstmal manualisierbarer. wenn ich das schematisch anwende komme ich nicht weiter. Also ich muss es immer prozessorientiert gestalten“* (Frau Kraft, Z. 780 - 785). Frau Fröhlich führt diesen Aspekt noch weiter aus. Die kreativen Medien haben auch eine verführerische Komponente, insbesondere wenn die Professionellen in einer therapeutischen Sackgasse landen und Ohnmachtgefühle überhand nehmen. *„Ein Risiko ist ... dass aus Hilflosigkeit, irgendein kreatives Medium angeboten wird und die Therapeutin ... an der Stelle aus der Beziehung raus geht und sich auf das Medium verlässt ein vermeintlicher Weg aus einer Sackgasse. Und das ist es nicht. sondern es muss wirklich sehr fein austariert, indiziert sein. Und dann ist es wunderbar“* (Frau Fröhlich, Z. 775 - 787).

3.2.6 Wirkfaktoren

Bei der Auswertung von Psychotherapieprozessen lohne es sich, zuerst einen Blick auf die Ergebnisse der Psychotherapieforschung zu werfen, erklärt Herr Friedrich. Die breit angelegte empirische Untersuchung zu den schulenübergreifenden Wirkfaktoren in der Psychotherapie von Asay & Lambert (2001) hätte folgende Resultate gezeigt: 1 - 15 % der Wirkfaktoren würden auf den Placebo-Effekt fallen, 1 - 30 % auf die therapeutische Beziehung, 1 - 40 % auf die sogenannten extratherapeutischen Einflüsse (beispielsweise gekündigte Arbeitsstelle, Fehlgeburt, Trennung/Scheidung, „tolle Wohnung“ etc.) und nur etwa 1 - 15 % auf die Therapiemethoden. *„Wenn man jetzt bei den 15 % der Methoden noch sieht, dass ... die normalen Methoden bei den chronifizierten Störungen gar nicht so wirksam sind, dann können Sie [sich fragen], ja was ist [dann] wirksam? Die Antwort lautet: „[Methoden] die multimodal arbeiten“* (Herr Friedrich, Z. 1046 - 1075).

Auf die Wirkfaktoren der therapeutischen Beziehung, der KlientInnenvariablen und der Therapiemethoden wird an dieser Stelle nicht ausführlicher eingegangen. Alle drei Aspekte sind bereits in Kapitel 3.2.3 und Kapitel 3.2.5 behandelt worden. Der Placebo-Effekt wurde weder von

der Interviewerin noch von den Interviewpartnerinnen aufgegriffen. Hingegen spielte der extratherapeutische Wirkfaktor bei der Mehrheit eine bedeutende Rolle. Ihre Ansichten werden nachfolgend dargestellt und verglichen.

Extratherapeutische Wirkfaktoren: Herr Friedrich unterstreicht die hohe Wichtigkeit ihres frühzeitigen Einbezuges in den therapeutischen Prozess, weil *„das macht ihnen [oftmals] mehr Mühe, als die schwierige Traumasituation selbst“* und sensibilisiert mit seiner Aufzählung für die Vielgestaltigkeit dieses Faktors: *„nachbarschaftliche Hilfen“, „Hilfen aus ethnischen Heilsystemen“, „Migrantenschicksale“,* prekäre Aufenthaltsbedingungen, kulturspezifische Traditionen, Normen- und Wertesysteme usw. (Herr Friedrich, Z. 75 -76, 100 - 112).

Auch für Frau Hoffmann spielen die gesellschaftlich-kulturellen Einflüsse eine große Rolle. *„Ich habe ja sehr viel auch in anderen kulturellen Kontexten gearbeitet. ... in Kambodscha zum Beispiel ... arbeiten [sie] immer mit buddhistischen Menschen, mit Heilern zusammen, [die] die Erfahrungen der schamanistischen Traditionen aufnehmen. Das sind alles zusätzliche Instrumentarien und Geisteshaltungen die heilungsfördernd sind“.* Oder wenn wir an *„Menschen, die in kollektiv traumatisierten Gesellschaften aufgewachsen sind“* denken. *„ ... ich habe mich ja so in Osteuropa ausgebildet, in Russland und in Estland und in Litauen. ... wie das prägt“?* (Frau Hoffmann, Z. 383 - 391, Z. 696 - 701).

Die Gegenüberstellung aller Interviews zeigt, dass speziell im Rahmen der psychosozialen Versorgung bei Flüchtlingen und Folterüberlebenden therapeutische Interventionen auf der politischen und sozialen Ebene gefordert werden. Sehr bestimmt weist Frau Kraft auf diese gesellschaftliche Dimension hin. Das Bezeugen eines Verbrechens in der gesellschaftlichen Öffentlichkeit, dieser Schritt in die Öffentlichkeit ist *„eine bewusst eingesetzte, therapeutische Strategie“.* Analog zu der *„Testimonio“* Strategie, welche von den chilenischen Kollegen und Kolleginnen entwickelt worden ist und diesem Ansatz eine sinnstiftende und klärende Funktion beimessen (Frau Kraft, Z. 52 - 66, Z. 74 - 93, Z. 116 - 124).

Des Weiteren stelle, vor dem Hintergrund der besonderen Anforderungen bei Menschen mit einer Migrationsgeschichte (z.B. *„Heimatverlust“*, keine Arbeitsbewilligung, sozio-ökonomische Problemlagen), eine gut funktionierende interdisziplinäre Zusammenarbeit und ein *„maßgeschneidertes“*, multimodales Vorgehen, das ein vielfältiges und über die normale Versorgung weit hinausgehendes Angebot zur Verfügung stelle, einen herausragenden Wirkfaktor dar (Frau Kraft, Z. 305 - 310, Z. 531 - 536, Z. 619 - 639). Frau Krafts verdichtete Aussage soll zum besseren Verständnis noch etwas ausgeführt werden: *„Bei komplex traumatisierten Menschen haben wir oft mehr Kontextprobleme ... einmal ist die psychische Struktur und Krankheit schon komplex, aber oft ist eben auch der Kontext nicht stabil, [meistens liegen] verschiedenste Problemlagen [vor]. Und da muss man sich drum kümmern. ... ich muss jetzt nicht losgehen und mit*

der [Patientin] eine Wohnung suchen, aber ich muss entweder sagen: „hier in dieser [Stadt] kümmert sich der und der da drum, oder ... nebenan ist mein Kollege Sozialpädagoge ... der kümmert sich um so was ... machen Sie einen Termin mit ihm“. „Also diese Verpflichtung denke ich, habe ich, das gehört einfach zum Kontext dazu“ (Frau Kraft, Z. 545 - 566).

3.2.7 Persönliches Wachstum und Grenzen

Das Zitat von Nietzsche „man muss noch Chaos in sich haben, um einen tanzenden Stern gebären zu können“¹⁷ spiegelt auf poetische Art und Weise eine Kernaussage dieses Abschnittes. Reifungsprozesse und Grenzerfahrungen werden auch in einem dialektischen Verhältnis gesehen. Einen Weg aus der Finsternis ins Licht zu finden, ist mit einer beidseitigen „Wahnsinnsarbeit“ [Frau Hoffmann, Z. 857] verbunden.

Kontextuelle Grenzen, Patientenvariablen, subjektiv erlebte Grenzen der Professionellen: Zu diesem Thema werden von den Interviewten verschiedene Ebenen angesprochen. Sie beschreiben ihre individuellen Erfahrungen in der Auseinandersetzung mit kontextuellen Einschränkungen, veranschaulichen die Grenzen komplex traumatisierter Menschen, die im psychotherapeutischen Prozess aufscheinen und erzählen offen über ihre persönlichen Limits in der Begleitung von schwer geschädigten Patienten.

Die folgenden Erläuterungen erhellen die gesellschaftspolitischen und institutionellen Dimensionen, die die Traumabehandlung mitunter determinieren. Verbunden mit dem eingeführten Qualitätsmanagement hat im Gesundheitswesen die evidenzbasierte Medizin Einzug gehalten. Folgen davon sind die Forderung nach Kurzzeittherapien, die manualisierten Behandlungskonzepten für störungsspezifische Krankheitsbilder den Vorrang geben. Dabei besteht bei der Zielgruppe der komplex Traumatisierten die Gefahr von Drehtüreffekten und unzureichender psychiatrischer Behandlungen. Frau Fröhlich bedient diesen aktuellen gesellschaftlichen Diskurs in indirekter Weise. „Also hier kommen sehr oft Menschen die schon einiges hinter sich haben an Kassenpsychotherapeuten und Klinikaufenthalten, von daher auch immer schon was wissen. Aber oft noch in der Situation sind „es hat mir bisher nur im Ansatz etwas geholfen, aber nicht wirklich“ (Frau Fröhlich, Z. 134 - 140). Auch Frau Kunstleben weist auf die Gefahr von unflexiblen institutionellen Strukturen hin, die dem Patienten möglicherweise zu wenig Spielraum für die Entfaltung seiner Potenziale lassen (Frau Kunstleben, Z. 832 - 840). Frau Kraft äußert sich in diesem Zusammenhang zu einem aufreibenden gesundheitspolitischen Faktum in der Arbeit mit Flüchtlingen und Folterüberlebenden. Als „eingetragener Verein einer NGO, müssen wir jedes Jahr wieder das Geld auftreiben für unsere Arbeit. Das ist eine hohe

¹⁷ Zitat von Friedrich Nietzsche (1994, S. 15) aus „Also sprach Zarathustra“.

Zusatzbelastung. Das ist im Grunde schlecht geregelt. und das ist sehr anstrengend“ (Frau Kraft, Z. 1182 - 1205).

Die persönlichen Erzählungen der Expertinnen zeigen auf, dass die Grenzen in der psychotherapeutischen Arbeit mit komplex traumatisierten Menschen auf Seiten der Behandelnden (neben gelassenen, zuversichtlichen und akzeptierenden Grundstimmungen) ebenso Gefühle der eigenen Begrenztheit, Hoffnungslosigkeit, Ohnmacht, Schuld und Scham auslösen können. *„Ich denke wir stoßen immer wieder an Grenzen. Also nicht jeder Mensch kann zu einer neuen Form der Lebensgestaltung zurückfinden. Es gibt Menschen, die das Trauma zerbricht und es gibt andere, die nicht zerbrechen. Und ich muss als Therapeutin beides aushalten können. [Ich muss] offen sein, dass manche Menschen das nicht schaffen können Suizid begehen keine Hoffnungs- und Sinnhorizonte ausloten können das gehört auch dazu“ (Frau Hoffmann, Z. 789 - 812, 845 - 850).* Frau Kraft greift diesen Faden mit einer etwas anderen Gewichtung auf: *„Na ja. Bei den Leuten die so krank und so zerstört sind dass sie einfach chronisch krank bleiben werden. ... ich finde das schwer auszuhalten. Also für die Leute sicher auch, aber auch für mich persönlich“ (Frau Kraft, Z. 1051 - 1055).*

Überraschenderweise thematisierte Frau Kraft als einzige Erfahrungen mit Erschöpfungszuständen. *„Wir haben im Laufe unserer 25 Jahre vor allen Dingen in den Anfangsjahren einige KollegInnen - ich muss im nachhinein sagen - verschlissen. Diverse psychosomatische Erkrankungen Zusammenbrüche und Dynamiken haben wir ganz deutlich unterschätzt. Inzwischen sind wir da weiter - Gott sei Dank“.* Gezielt eingesetzte institutionelle Instrumente (Patienten- und Teamsupervision, *„ein Frühwarnsystem für zu viele Überstunden“*, gemeinsame Teamaktivitäten), aber auch ein achtsamer Umgang mit sich selber *„Stichwort Psychohygiene“* und ein *„sozial stabiler Hintergrund“* seien für die Wiederherstellung des inneren Gleichgewichtes evident (Frau Kraft, Z. 1124 - 1177).

Persönliches Wachstum, Transformation des Bewusstseinerlebens: Ein Teil der Interviewten thematisierte das *“Posttraumatic Growth“*, mit Verweis auf die gegenwärtige Forschungsliteratur. Das Konzept des posttraumatischen Wachstums bediene sich einer salutogenetischen Perspektive. Bezugnehmend auf Erkenntnisse der modernen Hirnforschung (insbesondere zur Neuroplastizität und Regenerationsfähigkeit des menschlichen Gehirns), systemtheoretische Ansätze und u.a. unter Rückgriff auf die Weisheitstraditionen, gehe man davon aus, dass der schwer traumatisierte Mensch (natürlich in Abhängigkeit zu seinen Ressourcenlagen, Resilienzen und Vulnerabilitäten) weiterhin die Möglichkeit in sich trage, neue Lebensumstände adaptiv zu bewältigen und tiefgreifende Bewusstseinsveränderungen und Reifungsprozesse in Gang zu setzen. *„Es gibt ja ein Paradigma posttraumatisches Wachstum. Ich denke, dass traumatische Erfahrungen auch einen ... Quantensprung im Bewusstsein bewirken können“.* Gerade weil unsere Annahmen über *„unsere Identität, Raum und Zeit, ...*

[über] *alles was [wir] glaubten was [wir] wären und fest und fix und für immer ist*, dass diese Vorstellungen nach traumatischen Ereignissen zerbrechen. *„Alles ist im Fluss hat der Heraklit schon gesagt“* (Frau Hoffmann, Z. 756 - 777).

„Therapie hat mit einem Prozess des“ Leben-und-Sterben-lernen“ zu tun. Zentral für das heiler werden ist, “das liebende Miteinander ... [das] wir ja dann therapeutisch als Mitgefühl, Empathie, compassion, wie auch immer, konzeptualisieren“ (Frau Hoffmann, Z. 744 - 751).

Unbestritten ist, dass die Arbeit mit komplex traumatisierten erwachsenen Menschen sich auch förderlich auf die Kompetenz und das persönliche Wachstum der Professionellen auswirkt.

Die Schlussgedanken von Herrn Friedrich und Frau Hoffmann sollen diese Datenauswertung beschließen: *„Für mich war die Arbeit in Traumakontexten und mit Traumatisierten oder in der Ausbildung von TraumatherapeutInnen vor Ort in Krisengebieten immer eine schwere Arbeit, aber eine, die getan werden muss und die man tun kann und die in ähnlicher Weise Schwestern und Pfleger auf Intensivstationen oder in Frontlazaretten tun oder die Katastrophenhelfer tun und als sinnvoll und notwendig ansehen. Man wird mit sehr schlimmen Dingen konfrontiert, die Menschen Menschen antun können, mit der Banalität des Bösen, wie Hannah Arendt sagte. Dem muss man mit Besonnenheit und Entschlossenheit und ohne Dramatisierung aus einer für Menschen engagierten, altruistischen Grundhaltung etwas entgegenstellen“¹⁸.*

„Ich sagte ja es ist eine Wahnsinnsarbeit, aber es ist für mich auch nach all den Jahren eine sehr schöne Arbeit. Eine bereichernde Arbeit, eine Arbeit bei der ich selber gewachsen bin die mich auch mit einer Dankbarkeit erfüllt weil ich doch viele Prozesse habe begleiten dürfen die eben nicht in den Suizid geführt [haben] sondern in erweiterte Handlungsspielräume und Sinnhorizonte“ (Frau Hoffmann, Z. 856 - 864).

¹⁸ Ergänztter schriftlicher Kommentar von Herrn Friedrich, 11.6.2014

4 Diskussion

Im Fokus dieser Arbeit steht die Forschungsfrage, inwieweit die in der Integrativen Therapie psychotherapeutisch fundierte Kunst- und Kreativitätstherapie ein wirkungsvolles Instrumentarium in der Behandlung von komplex traumatisierten erwachsenen Menschen darstellen könnte. Anhand der Ergebnisse, die im Rahmen der vorliegenden empirischen Untersuchung (s.o., Kap. 3.2) aus den fünf Interviews gewonnen wurden, ist deutlich geworden, dass der Frage, wenn sie so für sich alleine stehen würde, etwas Vereinfachendes anhaften könnte. Die Art der Fragestellung könnte dazu verleiten, an die Stelle eines ganzheitlichen Menschenbildes, das den Menschen als Körper-Seele-Geist-Wesen versteht, ein technisches und reduktionistisches Menschenbild zu setzen. Der Mensch als funktionsbeeinträchtigte Maschine (Krankheitsbild), die es in der Logik einer monokausalen Denkweise nach dem Ursache-Wirkungs-Prinzip (beispielsweise Syndromreduktion mit Hilfe der kreativen Medien) zu reparieren gälte.

Wie die Auswertung der Interviews deutlich belegt, versteht sich der Integrative Ansatz eben gerade so nicht. Es geht darum, „das Psychische [zu] überschreite[n], ohne es zu verlieren, und den ‚ganzen Menschen‘ als soziales Wesen in seiner Leiblichkeit und Zeitlichkeit und seiner geistigen Realität und mit seinem *sozialen Netzwerk/Konvoi* [Hervorh. i. Orig.] sowie in seiner materiellen und ökologischen Lebenslage wieder in den Blick zu bekommen und in der konkreten therapeutischen Praxis zu erreichen“ (Petzold, 2009, S. 386). Die Forschungsfrage ist in diese theoretische Rahmung eingebettet und nur vor diesem Hintergrund zu beantworten.

Aus dem empirischen Fundus, der anhand der gewählten qualitativen Methoden aufbereitet und ausgewertet worden ist, haben sich verschiedene Vermutungen herauskristallisiert. Im Folgenden haben sie sich zu drei Thesen verdichtet. Sie sind auf unterschiedlichen Kontextebenen angesiedelt und kreisen letztendlich alle um die Frage, unter welchen Bedingungen eine Erweiterung der individuellen Handlungsspielräume und Sinnhorizonte - Kernziele der Integrativen Traumatherapie - erwirkt werden kann und welche Rolle die künstlerischen Therapiemethoden in diesen Fragen spielen. Die Thesen sind nicht linear aufeinander aufbauend zu verstehen, sondern es handelt sich um zirkuläre und sich wechselseitig beeinflussende Prozesse. Im Diskussionsteil werden sie entlang der Untersuchungsergebnisse (s.o., Kap. 3.2) und der Resultate aus dem Theorieteil (s.o., Kap. 2) argumentiert und daraus Schlussfolgerungen (s.u., Kap. 5) abgeleitet.

4.1 Die benigne therapeutische Beziehung als Wirkfaktor

4.1.1 Erste These

a) Eine wirkungsvolle therapeutische Beziehung ist das A und O einer effektiven Traumabehandlung. Verankert in einer metatheoretischen Position der intersubjektiven Anthropologie, gründet sie in der zwischenleiblichen Relationalität - in der Achtung, Würde und dem Respekt vor der Andersheit des Anderen.

Wie die Ergebnisse aus den ausgewerteten Interviews sehr deutlich belegen, geht die Herstellung einer guten therapeutischen Beziehung weit über ein effektives therapeutisches Arbeitsbündnis hinaus und liegt in der zwischenleiblichen Relationalität begründet - in der Achtung, Würde und dem Respekt vor der „Andersheit des Anderen“ (Levinas, 1983, zit. nach Petzold, 2003, S. 48). *„Es ist die Grundhaltung der Integrativen Therapie nämlich des intersubjektiven ‚Ko-responzenzmodells‘ von Wertschätzung und Respekt vor der ‚Andersheit des Anderen‘. Also die mich dann leitet“* (Frau Fröhlich, Z. 14 - 16). Der konzeptuelle Referenzrahmen dazu liegt in der Integrativen Therapie und ihren Metatheorien der Ontologie, der Anthropologie und der Beziehungsphilosophie (s.o., Kap. 2.5). Ein zentrales Leitkonzept stellt das „integrative ‚Koexistenzaxiom‘ ‚Sein ist Mitsein, Mensch ist man als Mitmensch“ [Hervorh. i. Orig.] dar (Petzold & Müller, 2007, S. 399).

Die Interviewten verstehen sich in ihrer Rolle als TherapeutInnen nicht als diejenigen, die über die Medizinalmacht verfügen, die leidende, hilfeschuchende PatientInnen von ihren Symptomen befreien und sie funktionstüchtig wieder der Gesellschaft zuführen (Frau Hoffmann, Z. 733 - 745). Sie sind bei der therapeutischen Beziehungsgestaltung vielmehr geleitet von einer partnerschaftlichen Haltung und der Suche nach einer symmetrischen Begegnung. *„ ... dass ich mit einer großen Aufmerksamkeit darauf versuche zu achten, immer in Augenhöhe zu bleiben“* (Frau Fröhlich, Z. 239 - 243). Diese Vorstellung ist getragen vom Prinzip der gegenseitigen Anerkennung für die jeweilige Expertenschaft - die der Patientin für ihre Lebensgeschichte und jene der Therapeutin für ihre berufsspezifischen Kompetenzen und Performanzen. *„ ... jeder Mensch ist verschieden. Und ich muss versuchen mir im Beruf diese Neugier auf diesen jeweiligen Menschen zu bewahren. Und ich glaube dann geht es gut. Dann kann ich in der Beziehungsgestaltung versuchen rauszufinden, wo der Weg ist“* (Frau Kraft, Z. 489 - 493). Sie sind Teil der therapeutischen Grundregeln, wie sie Petzold in seinen „Schriften zu Theorie, Methodik und Praxis der Integrativen Therapie“ formuliert hat (Petzold, 2003, S. 1050).

Alle Interviewten heben die Wichtigkeit einer phänomenologisch-hermeneutischen Vorgehensweise hervor, die das zwischenleibliche Geschehen im „Hier-und-Jetzt“ feinfühlig anspricht

und in intersubjektiven „Ko-responzenprozessen“ die Realität ko-reflexiv, in der geteilten Aufmerksamkeit gemeinsam herstellt.

Ich gehe davon aus, dass das was sich zwischen zwei Menschen abspielt mit dem Begriff des kokreativen Feldes vielleicht annähernd besser umschrieben werden kann als nur mit Begriffen von Übertragung und Gegenübertragung. ... es ist eine [intersubjektiv] und kokreativ gestaltete Beziehung. Die für mich den größten Heilungsfaktor darstellt.
(Frau Hoffmann, Z. 663 - 684)

Frau Kunstleben beschreibt, wie wichtig in der Arbeit mit TraumapatientInnen „*ein gutes Einschwingen*“ (Frau Kunstleben, Z. 847) ist. Bezugnehmend auf die Selbstregulationstheorie der Integrativen Therapie bezeichnet Passung „eine dynamische[.] Regulation zwischen Systemen, ... die eine hinlänglich gute, wechselseitige Adaptierung bzw. Synchronisation ermöglichen“ (Petzold & Müller, 2007, S. 404). Dieses zwischenleibliche Geschehen - in der Integrativen Therapie synonym zum Begriff Empathie gesetzt - wird als genetisch disponiert angesehen. Wie die Theorie der Spiegelneuronen belegt, erlaubt uns unsere biologische Verfasstheit intuitives Handeln und Mitfühlen (Gallese, 2001, Gallese/Goldman, 1998, zit. nach Petzold & Müller, 2007, S. 405). Voraussetzung dafür ist „ein breites und komplexes, supraliminales und subliminales *Wahrnehmen* ‚mit allen Sinnen‘ ... , verbunden mit den ebenso komplexen bewussten und unbewussten *mnestischen Resonanzen* [Hervorh. i. Orig.] aus den Gedächtnisarchiven“ (Petzold & Müller, 2007, S. 407). Der Passung kommt aufgrund des evolutionsbiologisch verankerten affilialen Grundantriebes eine große Bedeutung zu (s.o., Kap. 2.5.4). Zugehörigkeit, Treue oder Unverbrüchlichkeit in Beziehungen werden als hohe emotionale Qualität erlebt und kennzeichnen ein benignes Bindungsgeschehen. Der chemische Botenstoff Oxytocin spielt dabei eine wichtige Rolle und gilt als Resilienzfaktor (vgl. Wöller, 2013).

Vergleichen wir die empirischen Untersuchungsergebnisse mit der empirischen Psychotherapieforschung (Asay & Lambert, 2001), bestätigen deren vorliegende Forschungsbefunde der letzten fünf Jahrzehnte, dass der therapeutischen Beziehung grundsätzlich und schulübergreifend eine zentrale Bedeutung als Wirkfaktor beigemessen wird (s.o., Kap. 2.3.3).

Auch die verschiedenen Ätiologiemodelle der Psychotraumatologie begründen nachvollziehbar die neurobiologischen (s.o., Kap. 2.2.1) und bindungstheoretischen Abhängigkeitsvariablen (s.o., Kap. 2.3.), die bei der Entwicklung des spezifischen Traumafolgesyndroms eine zentrale Rolle spielen. Interpersonelle Erfahrungen haben Auswirkungen auf die psychobiologische Entwicklung des Menschen und beeinflussen die Ausbildung von Bindungsstilen. Das Wahrnehmen von Beziehungsqualitäten ist alters- und kulturspezifisch. Bindungsstile werden im Entwicklungsgeschehen in der Lebensspanne und in verschiedensten Bindungskonstellationen erworben. Ausgegangen wird - auch aufgrund der Neuroplastizität des menschlichen Gehirns -

von höchst individualisierten veränderbaren Prozessen. Aufgrund dieser Sensibilität können salutogenetische Faktoren Heilungsprozesse in Gang setzen, wie auch traumatische Ereignisse massive Schädigungen zur Folge haben können.

Schulenübergreifend betonen alle Traumakonzeptionen den Aspekt der psychophysiologischen Dysregulation bei komplexen Traumafolgestörungen. Infolgedessen kommt der Verhinderung des Sensibilisierungsvorganges eine entscheidende Rolle zu (s.o., Kap. 2.2.1 u. Kap. 2.5.3). In der Traumatherapie könnte beispielsweise „*prolongiertes, intensives Trösten, Stützen und Halten nach [traumatischen Erfahrungen] einige der optimalen Parameter des Quenchings ähnlich sein*“ und „eine Löschung oder Unterdrückung des *amygdala kindlings*“ [Hervorh. i. Orig.] unterstützen (Post et al., 1992, 1997, zit. nach Petzold, 2002, S. 178). Den professionellen Helfern kommt in diesem Zusammenhang eine „mächtige, stresspuffernde Funktion“ zu (Petzold, 2002, S. 180).

Gelingt es in der therapeutischen Beziehung, auf der Basis von Verständnis und Mitgefühl eine vertrauensvolle Atmosphäre herzustellen, ist dieses Setting ein geeigneter Ort, um behutsam wachsendes Vertrauen in den anderen Menschen zu gewinnen (Butollo & Maragos, 2008). Auf der Basis einer benignen therapeutischen Beziehung, werden im therapeutischen Prozess Verinnerlichungsprozesse der therapeutischen Bezugsperson im Sinne eines guten inneren Gefährten gefördert. Interiorisierte benigne Qualitäten wirken als protektive Faktoren in salutogener und Resilienzen fördernder Weise (Petzold, 2003). Die Verinnerlichung von guten Stimmen ‚des generalisierten Anderen‘ (Mead, 1934, zit. nach Petzold, 2002, S. 37) führen zu positiven inneren Zwiesprachen und einer freundlichen Zuwendung zu sich selbst.

b) Spezifische KlientenInnenvariablen bei komplex traumatisierten Menschen verlangen von den Professionellen eine kontinuierliche Arbeit an sich selber, um eine integre und souveräne Persönlichkeit im Therapieprozess aufrechterhalten zu können.

Komplex traumatisierte erwachsene Menschen leiden oftmals unter langjährigen spezifischen Traumafolgestörungen, die sich chronifiziert haben, bevor sie sich in die psychotherapeutische Behandlung begeben. Aus diesem Grund werden sie im klinischen Kontext als besonders schwierige und anspruchsvolle PatientInnen eingestuft (Asay & Lambert, 2001; vgl. Kap. 2.3.3). In den durchgeführten Interviews wurde deutlich, dass Patienten mit komplexen Traumafolgestörungen beim Therapeuten typische Übertragungsmuster auslösen, die emotional sehr belastend sein können. „... *ich merke das auch bei mir das sind Patienten die sehr viel aufwühlen, also die bei mir selber sehr viel bewegen und aufwühlen, und einen beschäftigten und ja auch, spannende Menschen also nicht nur im Negativen sondern wirklich auch im*

Positiven“ (Frau Kunstleben, Z. 72 - 76). Sack (2011) beschreibt, dass Therapeuten in der Arbeit mit traumatisierten Menschen in besonderer Weise gefordert sind, flexibel auf Situationen zu reagieren, immer wieder von Neuem, die Beziehungsbalance herzustellen und eine hohe Reflexionsbereitschaft mitbringen müssen. Werden Übertragungsmuster nicht frühzeitig erkannt und als wichtige Information in die Behandlung integriert, ist die Gefahr groß, dass es in der “Therapeut-Patient-Beziehung“ zu ungunstigen Verstrickungen kommt und in emotional kritischen Situationen inadäquat reagiert wird; beispielsweise indem man sich aggressiv verhält oder eine Schonhaltung einnimmt, mit Gleichgültigkeit antwortet oder sich vom Patienten abwendet.

Menschen ... die einerseits sehr viel Sehnsucht haben sehr viel, Wünsche haben, und gleichzeitig sehr viel Misstrauen im Raum steht mit dem Spannungsfeld erst mal umzugehen und [zu] schauen, wie handhabt man das miteinander und da auf der einen Seite zugewandt aber auch sachlich zu bleiben. (Frau Kunstleben, Z. 33 - 42, Z. 77)

Die interviewte Therapeutin schildert die frei flottierenden Ambivalenzen bei komplex traumatisierten Menschen anschaulich. Diese krankheitsimmanenten Symptome verlangen von den Professionellen eine hohe Standhaftigkeit und Standfestigkeit; eine souveräne Persönlichkeit, die sich nicht beeindrucken und nicht beirren lässt vom „hin und her Geworfen-Werden“ ihrer PatientInnen.

In diesem Zusammenhang lässt sich eine Analogie zum Atmosphäre-Begriff in der Leibphilosophie von Herman Schmitz herstellen. *Atmosphäre* wird von Schmitz (1964, zit. nach Böhme, 2007, S. 294) als etwas definiert, was keinen Rand hat, sich im Raum ergießt, als „ergreifende Gefühlsmächte, räumliche Träger von Stimmungen“ (Böhme, 2007, S. 294). Wenn wir, wie oben begründet wurde, den Wirkfaktor der therapeutischen Beziehung, in der zwischenleiblichen Relationalität verorten, birgt sie unweigerlich auch ein nicht zu unterschätzendes (beidseitiges) Gefahrenpotential von Grenzverletzungen. Auf der KlientInnenebene können Überforderungen durch zu viel zwischenmenschliche Nähe und zu wenig Reizschutz zu plötzlichen Therapieabbrüchen führen. Bereits verfestigte Erfahrungsmodelle der Beziehungsgestaltung werden nach gescheiterten Therapieprozessen wiederholt bestätigt und begünstigen die weitere Chronifizierung desorganisierter Bindungsmuster. Seitens der Professionellen sind Überforderungserleben und Burnout nicht selten Auswirkungen traumatischer Übertragungen, die sich ausgebreitet und zu ungunstigen Verstrickungen geführt haben (vgl. Sachsse, 2004; Sack, 2011; Sack et al., 2013).

Es ist bei allen Befragten unbestritten eine große berufliche Herausforderung, einerseits die Fähigkeit zur affektiven Betroffenheit zu gewährleisten und andererseits über die notwendige

regulative Performanz zu verfügen. Selbsterfahrung, Supervision und fundierte theoriegeleitete Bewertungsparameter können als hilfreiche Voraussetzungen für das Oszillieren zwischen empathischem Mitschwingen und dem Einnehmen exzentrischer Positionen angesehen werden. Frau Fröhlich umschreibt es treffend mit ihrem Abschlusszitat: „*das Wesentliche ist, dass ich nie aufhöre zu lernen*“ (Frau Fröhlich, Z. 907 - 908).

Einig ist man sich in Theorie und Praxis auch darüber, dass der Aspekt der Selbstfürsorge für die Psychohygiene von unschätzbarem Wert ist. „*Ja das Stichwort Psychohygiene man muss für sich selber gut sorgen. Ich habe also ganz bewusst Bereiche, die überhaupt nichts mit Flüchtlingen, mit Therapie ... zu tun haben. Ich singe mit Begeisterung im Chor, ich tanze seit Jahren Flamenco ... mit sehr viel Spaß. ... [ich] habe ein ganz stabiles familiäres Umfeld. Und das ist auch ganz schön wichtig*“. (Frau Kraft, Z. 1124, Z. 1155 - 1162).

Eine gute Selbstfürsorge ist die Voraussetzung für die Entwicklung einer integren und souveränen Persönlichkeit, welche über die Zeit eine stabile, sichere therapeutische Bindungsbeziehung aufrechterhalten kann (vgl. Petzold, Wolf et al., 2002).

4.2 Aktivierung der genuinen Gestaltungskräfte des Menschen

4.2.1 Zweite These

Komplex traumatisierte Menschen sind in ihrer explorativen Neugierde und ihrer naturgemässen, schöpferischen Gestaltungskraft stark beeinträchtigt. Das intermediale Konzept der Integrativen Therapie mit kreativen Medien stellt mit seiner Verortung in der Anthropologie des schöpferischen Menschen ein besonders wirkungsvolles Instrumentarium dar, um die Gestaltungskräfte wiederzubeleben.

Wenn wir sehen dass komplex traumatisierte Menschen ja zutiefst in ihrem inneren Selbst in ihrem inneren Selbstverständnis geschädigt und gestört worden sind. ... und verletzt. Dann wird ja auch dieser ganz vitale Teil, dieser tief in uns sitzende ganz vitale Teil der ja zutiefst mit unserem ‚Schöpferisch-Sein-Können‘ verbunden ist, also Lebensgestaltung in ganz breiter Form, der wird ja auch geschädigt. Und das heißt für mich dass [bei] all diesen kreativen Angeboten, die wir machen können aus der Integrativen Therapie ja genau dieser tiefe innere vitale Teil des Selbst wieder zum Leben [kommt]. (Frau Fröhlich, Z. 685 - 711)

Sowohl die metatheoretische Position der Integrativen Therapie (s.o., Kap. 2.5) als auch die empirischen Untersuchungsergebnisse (s.o., Kap. 3.2) bestätigen, dass das zugrunde liegende Menschenbild eine entscheidende Rolle spielt bei der Beantwortung der Frage, inwiefern das intermediale Konzept der kreativen Medien ein wirkungsvolles Instrumentarium bei komplex traumatisierten Menschen darstellt. Unter einer phylogenetischen Perspektive versteht der Integrative Ansatz den menschlichen Grundantrieb als generativen Impetus, der allem Lebendigen innewohnt - eine synergetische Fortpflanzungskraft, die fortlaufend neues und vielfältiges Leben kreiert (Petzold, 1991). Des Weiteren zeichnet die Integrative Therapie die Anthropologie eines schöpferischen Menschen, die ihm über einen determinierenden Überlebenstrieb hinausgehend, das Vermögen zugesteht, sich in freier Entscheidung für eine Humankultur einzusetzen und alleine oder in Gemeinschaft kulturelle Leistungen zu erbringen (s.o., Kap. 2.6.1). *„Der Mensch ist ein Werdender. Das heißt, nichts ist für immer und auf ewig fixiert und rigide festgelegt“* (Frau Hoffmann, Z. 720 - 723).

Die eingeschränkten Grundantriebe der explorativen Neugierde, der Poiesis und der Affiliation, wie wir sie bei TraumapatientInnen vorfinden, beschreibt Petzold wie folgt: Entfremdungsprozesse wie zum Beispiel Abstumpfung (Numbing) und soziale Rückzugstendenzen sind dem Menschen nicht „naturgemäß“ (Petzold, 2002, S. 50). *„Menschen, die Opfer von Gewalt wurden, aber überlebten, die dem ‚man made disaster‘ [Hervorh. i. Orig.] entkommen konnten, werden in ihrer Persönlichkeit, ihrem Leibselbst, ihrer Identität, in ihrem Verhältnis zu den anderen Menschen und zur Welt geprägt“* (Petzold, 2002, S. 29). Ebenfalls gehen die InterviewpartnerInnen auf diese Phänomene ein. Komplex traumatisierte Menschen *„haben nicht nur die Neugierde verloren, weil es ist ja gefährlich sich draußen zu bewegen. ... [sie] haben auch Angst, sich auszudrücken ... [sie] sind mucksmäuschenstill, damit sie nicht von den Tätern gefunden werden, nicht? Dann haben wir zwei wichtige Antriebe, die zumindest behindert sind. und wenn das über längere Zeit ist, dann habitualisiert sich das“* (Herr Friedrich, Z. 1277 - 1289). Frau Hoffmann drückt es wie folgt aus: *„[TraumapatientInnen] haben oft das Gefühl, dass sie wie dem Leben abhanden gekommen sind“* (Frau Hoffmann, Z. 160 - 162).

Die Eignung eines Instrumentariums wird immer auch vor dem Hintergrund des spezifischen Störungswissens begründet - in unserem Fall die Psychotraumatologie - und deren indizierten Behandlungsimplicationen. Bei allen InterviewpartnerInnen spielen das anthropologische Menschenbild, insbesondere auch das Leibkonzept und das multifaktorielle, kontextuelle und lebenslaufbezogene Pathogenese-/Salutogenesemodell eine zentrale Rolle, ebenso das spezifische Störungswissen. Es sind große Überschneidungen mit den aktuell gängigen Grundstrategien in der Behandlung von komplexen Traumafolgestörungen feststellbar (vgl. Sack et al., 2013). Die befragten ExpertInnen sind sich darüber einig, dass der Mensch über genetisch disponiertes Bewältigungspotential verfügt und dass diese „natürliche Resilienz“ (Petzold,

2012b) bei komplex traumatisierten Menschen häufig angegriffen wird. In Folge dessen geht es, wie auch die modernen neurobiologischen Konzepte zur Traumaphysiologie bestätigen, (s.o., Kap. 2.2.1) in erster Linie darum, Erregungszustände, Hyperarousal, Retraumatisierungen zu vermeiden oder zu dämpfen und die eigene genuine Resilienz mit Hilfe tröstender und beruhigender Handlungsmuster zu fördern. Die Erhöhung der Bewältigungskompetenz begünstigt eine „Wiedererlangung der Funktionsgewalt im Alltag“ (Frau Kraft, Z. 706 - 707). Darüber hinaus fokussiert die Integrative Therapie „[die] Konsolidierung der existenziellen Dimension, der Sinn- und Wertesysteme“ (Petzold, Wolf et al., 2000, S. 497).

Aus den Interviewgesprächen wurde noch einmal sehr deutlich, dass die Befragten aus einem intersubjektiven Prozessgeschehen heraus auf die intermedialen kreativen Medien zurückgreifen. Die Arbeit mit Kunst- und Kreativitätsmethoden ist theoretisch fundiert und steht auf einer klinisch soliden Basis, was einer eklektischen Vorgehensweise vorbeugt (s.o., Kap. 2.6.1). Der intramediale und intermediale Einsatz von kreativen Medien stellt mit Rückgriff auf das integrative Leibkonzept (s.o., Kap. 2.5.2) ein wirkungsvolles Instrumentarium dar, weil der Mensch, als multisensorisches und multiexpressives Wesen bedient wird (Herr Friedrich, Z. 1221 - 1224). „*Natürliche Schönheit heilt*“ (Herr Friedrich, Z. 1234 - 1235). Insbesondere die rezeptive Kunsttherapie (beispielsweise ein Besuch im Museum, ein Spaziergang durch den Wald, das Erleben einer Theatervorführung oder eines klassischen Konzertes, aber auch das Anschauen eines schönen Kunstfotografiebandes, das Lesen in einem Gedichtband etc.) ist darauf ausgerichtet, wohltuende, aufbauende Atmosphären zu schaffen, die in einem guten Sinne erfüllen und bereichern (s.o., Kap. 2.6.2). Den pathogenen traumatischen Erfahrungen sollen salutogene und heilsame Erlebnisse gegenübergestellt werden. Bonanno (2012, zit. nach Petzold, 2012b, S. 5), der Resilienzforschung bei Menschen nach Verlust- und Traumaerfahrungen betrieben hatte, kam zum Ergebnis, dass „die Fähigkeit, zwischen Kummer und positiven Gefühlen hin und her zu wechseln“ und „eine größere Flexibilität im Umgang mit Gefühlen“ als wirksame Resilienzfaktoren gelten (ebd.). Auch hier setzt die Integrative Kunst- und Kreativitätstherapie an.

Die empirischen Untersuchungsergebnisse bestätigen das große Potenzial der kreativen Medien in der Arbeit mit TraumapatientInnen, wie es das Integrative Verfahren theoretisch fundiert begründet (s.o., Kap. 2.5, Kap. 2.6). Die InterviewpartnerInnen dokumentieren beim Einsatz von künstlerischen Therapieformen deren hilfreiche diagnostische Funktion. Gleichfalls gehen sie auf die breiten und flexiblen Interventionsmöglichkeiten in den Bereichen Stabilisierung, Ressourcenaktivierung und Unterstützung bei der Integrationsförderung und Identitätsentwicklung ein. Es geht weiter aus den Interviews hervor, dass die kreativen Medien eine vielfältige Palette an Techniken bereitstellt, die gezielt bei der Beeinflussung von traumatischem Stress (z.B. „bottom up“ und „top down“ Methoden der Affektregulation) eingesetzt werden können.

Ein wichtiges Ziel sei es, beim komplex traumatisierten Menschen ganz viel an anderen Gestaltungsmöglichkeiten anzuregen. Es gehe nicht nur darum, traumatische Erfahrungen zu korrigieren, sondern auch darum, alternative Erfahrungen zu sammeln und diese so stark zu bahnen, dass das Andere unwichtig werde (Herr Friedrich, Z. 1443 - 1460).

Einmal ist sicher so das ganz Elementare ... selber was formen können. Im Unterschied zur Ohnmachtserfahrung. Und in dem Moment wo ich etwas eine Form gebe, das kann auch Sprache sein ... kann ich auch Distanz dazu nehmen. Ich kann mir ein Bild machen und ich kann, indem man das Bild oder das Ergebnis zusammen anschaut, jemanden daran teilhaben lassen. Ich kann auch Einfluss nehmen ... wie groß mein Bild [sein soll] und wie viel Sicherheit ich in dem Bild haben muss. (Frau Kunstleben, Z. 437 - 449)

Weil die intermediale Arbeit mit kreativen Medien über die Sprache hinaus die Welt des Prä-, Non- und Transverbalen anspricht, kann der Einsatz von künstlerischen Therapieformen die Zusammenführung „verschiedene[r] gespeicherte[r] Sinneseindrücke und Scriptfragmente“ unterstützen (Petzold, Wolf et al., 2000, S. 507) und dabei die „unterbrochene[n] persönliche[n] Interpretationsprozesse“ [Hervorh. i. Orig.] aufgreifen (ebd., vgl. Frau Hoffmann, Z. 153 - 161).

Auch in den Einschätzungen zu ihren Risiken finden sich vorwiegend korrespondierende Aussagen. Keine Unterscheidung wurde zwischen einer aktiven und rezeptiven Modalität der künstlerischen Therapieformen und ihren spezifischen Wirkungsweisen gemacht. Insbesondere der Vorteil der rezeptiven Kunsttherapie, welcher die Retraumatisierungsgefahr mit Hilfe strukturierter Rahmenbedingungen besser kontrollieren könne, wurde von den InterviewpartnerInnen nicht thematisiert.

Letztendlich liegt das große Potenzial künstlerischer Therapieformen in der multisensorischen Stimulierung und heilsamen Kraft ästhetischer Erfahrung. Im Kern geht es darum, komplex traumatisierte Menschen zu einer Sorge um sich zu ermutigen, ihre naturgemäße Freude an sich selber zurückzugewinnen und ihr Herz für die Freude am Lebendigen (wieder) zu öffnen (vgl. Petzold, 2002).

4.3 Forderung nach einem Gesamtprogramm der Hilfeleistung

4.3.1 Dritte These

Die Sensibilisierung für eine mehrperspektivische, multimodale und interdisziplinäre Vorgehensweise ist in der Arbeit mit komplex traumatisierten erwachsenen Menschen von herausragender Bedeutung.

Der Integrative Ansatz fordert in der Arbeit mit komplex traumatisierten Menschen eine mehrperspektivische Betrachtungsweise. Demzufolge fokussiert die Integrative Therapie Heilungsprozesse nicht nur auf der psychischen und somatischen Ebene, sondern berücksichtigt auch soziale, kulturelle und gesellschaftliche Dimensionen. Eine Zusammenschau aktueller relevanter Wissensbestände verschiedener Disziplinen - insbesondere die Neurowissenschaften, die lebenslaufbezogene klinische Entwicklungspsychologie, die klinische Sozialpsychologie, die klinische Philosophie und spezifische Wissensbestände aus der Psychotraumatologie - ermöglichen ein umfassenderes Verständnis für ein komplexes Phänomen und verhindern eindimensionale Erklärungsversuche, die in ihrer Kurzschlüssigkeit nicht angemessen auf ein individuelles Leiden antworten (vgl. Petzold, Wolf et al., 2000). Frau Hoffmann bestätigt die Wichtigkeit dieses theoretischen interdisziplinären, mehrperspektivischen Ansatzes: *„und diese Ganzheit heißt für mich eben auch Mehrperspektivität über den eigenen Gartenzaun meiner persönlichen Theorie hinauszuschauen und diese Erkenntnisse Neuropsychologie, Hirnforschung usw. zu integrieren“* (Frau Hoffmann, Z. 231 - 234). Herr Friedrich greift in diesem Zusammenhang auch die rasante Entwicklung in der Psychotraumatologie auf, welche eine multiperspektivische Vorgehensweise unter Einbezug moderner, valider und reliabler Longitudinalforschung bedinge (Herr Friedrich, Z. 845 - 873).

Ein Großteil der interviewten Personen zeigt in der Arbeit mit komplex traumatisierten Menschen eine hohe Sensibilität für die gesellschaftlichen, kulturellen und sozialen Verflechtungen, die auf Krankheitsausbruch und -verläufe, Persönlichkeitsentwicklung und Identitätsprozesse einwirken. *„In dem Kontext in dem ich arbeite [sind] diese, man made desaster eigentlich, auch immer, mit einem mehr oder weniger deutlichen gesellschaftlichen Hintergrund verwoben“* (Frau Kraft, Z. 30 - 33). In diesem Zusammenhang wird das Konzept der „social world“ (Petzold, 2003, S. 667) aus der Integrativen Therapie sowohl von Frau Kraft als auch von Frau Fröhlich aufgegriffen. *„Also es kommt ja immer auch darauf an, welchen Weg der Mensch, [der vor mir sitzt] hinter sich hat. Die Bildungsebenen sind ja sehr unterschiedlich“* (Frau Fröhlich, Z. 734 - 737). *„Interkulturelles Wissen ist das eine aber ich muss mich natürlich trotzdem jeweils in die Kultur des Patienten oder der Patientin irgendwie hineinarbeiten“* (Frau Kraft, Z. 496 - 499). Ihre Überlegungen schließen letztendlich an die breit geführten Diskussionen zum ge-

sellschaftlichen Wandel einer globalisierten und zunehmend virtualisierten Welt an. Nach Keupp (1998) befinden wir uns in einem gesellschaftlichen Umbruch, der radikal und vielgestaltig ist und dominant durch die Bereiche Ökonomie, Ökologie und Technik beeinflusst wird. Es handelt sich um „eine tiefgreifende zivilisatorische Umgestaltung, die sich in der Alltagskultur, in unseren Werthaltungen und in unserem Handeln notwendigerweise auswirk[t]“ (Keupp, 1998, S. 279). Diese gesellschaftlichen Bedingungen müssen im therapeutischen Geschehen in den Blick genommen werden (Röhrle, 2008). Auch empirische Befunde aus der Sozialwissenschaft bestätigen diese Forderungen (Orlinsky, 2004; s.o., Kap. 2.4.1).

Im Kontext des integrativen Gesundheits- und Krankheitsmodells werden komplexe Traumafolgestörungen als eine multisystemische Störung angesehen, „als eine *Überforderung* des Menschen mit seinem Kontext und seinen Bewältigungsmöglichkeiten in seinem Gesamtsystem ... eine Überbelastung seines sozialen Netzwerkes bzw. Konvois, zumeist verbunden mit einer *„prekären Lebenslage“* [Hervorh. i. Orig.] (Petzold, 2002, 174). Die Integrative Therapie betont daher, dass Diagnostik und Interventionsplanung diese multidimensionalen Auswirkungen nach traumatischen Ereignissen unbedingt einbeziehen müssen, will sie den Traumapatienten erreichen und nachhaltige Hilfe gewährleisten (vgl. Petzold, Wolf et al., 2000). Auf der Basis einer therapeutischen Beziehung, die auf einer zwischenleiblichen Relationalität gründet, werden in intersubjektiven „Ko-responzenprozessen“ neben den psychopathologischen Abklärungen, die Lebenszusammenhänge des Traumapatienten: sein sozialer Kontext, seine Lebenslage, seine individuell geformten Lebensstile und Bewältigungsstrategien im Alltag exploriert. „... und von daher denke ich ist es auch ein wichtiger Aspekt, den finde ich in der Integrativen Therapie sehr wichtig den Netzwerkgedanken, wieder anzuknüpfen an Beziehungen nach Ressourcen suchen im Umfeld, dass ist ja auch bekannt, dass die Folgen um so schwieriger sind, je weniger sozialer Support da war, je weniger vertrauensvolle Begleitpersonen“ (Frau Hoffmann, Z. 162 - 169). Herr Friedrich (Z. 1045 - 1075) bezieht sich dabei u.a. auf die Befunde der empirischen Psychotherapieforschung (Asay & Lambert, 2001; s.o., Kap. 2.4.2), die schulenübergreifend den extratherapeutischen Wirkfaktor (bis zu 40 %) betonen und ebenso zum Schluss kommen, dass neben den formalen psychotherapeutischen Interventionen, unterstützende und therapeutische Interventionen im sozialen Kontext der PatientInnen erforderlich seien. Auch hier finden wir Anknüpfungspunkte zu den sozialwissenschaftlichen Wissensbeständen und der Supportforschung (s.o., Kap. 2.4.2). Keupp (2005, zit. nach Röhrle, 2008, S. 1244) beispielsweise anerkennt die Ausarbeitung differenzierter Projekte zur Netzwerkförderung als sinnvolle Perspektive in „fluiden Gesellschaft[en]“ (ebd.). Ebenso bestätigen Röhrle u. Sommer (1998), dass sich die soziale Unterstützung für die Gesundheitsförderung als bedeutsam herausgestellt habe und generell bei der professionellen Netzwerkintervention dieses funktionale Merkmal an erster Stelle rangiere.

Die Komplexität der Traumafolgestörung macht eine multimodale Vorgehensweise notwendig. Diese Forderung heben Herr Friedrich (Z. 1075) und Frau Kraft deutlich hervor.

Ich glaube in der Arbeit mit komplex traumatisierten Menschen muss man multimodal vorgehen. Und das war auch mit ein Grund warum wir gesagt haben wir brauchen ein Zentrum, mit ganz verschiedenen Angeboten weil komplex traumatisierte Menschen haben in der Psyche, aber in der Regel auch im Außen im Alltag vielfältige Probleme. Kontextprobleme sind bei [Traumaopfern] oft mehr als bei anderen. Und da muss man sich drum kümmern. (Frau Kraft, Z. 531 - 552)

Frau Kraft weist auf den unschätzbaren Wert eines multimodalen Angebotes hin, dass für jeden hilfesuchenden Menschen etwas maßschneidern kann und im Zusammenwirken verschiedener Unterstützungsmöglichkeiten hervorragende Synergieeffekte ermöglicht. *„[Dieses] Charakteristikum ... ist das letztlich, was die Heilungschancen auch multipliziert. Da bin ich mir ganz sicher“* (Frau Kraft, 565 - 584, Z. 633 - 639).

Dieses gute Zusammenspiel verschiedener Fachleute, Multiprofessionalität und Interdisziplinarität, wie es Frau Kraft im Gespräch sehr lebendig schilderte, steht im Kontrast zu den anderen durchgeführten Interviews. Die Auswertungsergebnisse lassen bezüglich der Handhabung professioneller sozialer Netzwerkinterventionen keine validen Schlussfolgerungen zu. Mit Rückgriff auf einschlägige Fachliteratur kann jedoch Folgendes festgehalten werden: Es würden in erster Linie individuumsbezogene psychotherapeutische Behandlungsangebote vorgefunden und ein Defizit an gezielten sozialen Netzwerkinterventionen festgestellt. Röhrle, Sommer & Nestmann (1998) und Nestmann (2010) sehen in diesem Zusammenhang Handlungsbedarf. Sie argumentieren dabei mit den gut belegten Wirkfaktoren der sozialen Unterstützung, auch wenn deren zugrunde liegende Wirkmechanismen nicht immer eindeutig seien und im Bereich der Netzwerkinterventions- und Supportförderungsforschung nach weiteren standardisierten Untersuchungserhebungen verlangten. Ebenfalls sei aufgrund der Komplexität der Traumafolgestörung eine systematische Förderung institutionell verankerter Kooperationsverhältnisse zu unterstützen (Ebbinghaus et al., 2013; s.o. Kap. 2.4.3). Aus den Interviewgesprächen wird deutlich, dass alle ExpertInnen mit medizinischen, psychiatrischen und psychosozialen Versorgungssystemen in Kontakt sind. Ob institutionalisiert verankerte Kooperationsverhältnisse bestehen, ist offen geblieben.

Frau Fröhlich (Z. 134 - 159) und Frau Kunstleben (Z. 832 - 840) äußerten sich zu psychiatrischen Klinikaufenthalten ihrer PatientInnen u.a. auch kritisch. Sie gehen im Rahmen dieses Versorgungsangebotes von strukturell bedingten eingeschränkten Behandlungsmöglichkeiten aus. Frau Fröhlich beispielsweise bestätigt zwar die verbesserte Regulierungsfähigkeit nach Klinikaufenthalten, aber sie würden nur im Ansatz helfen und änderten nichts daran, dass sich

ihre PatientInnen im Innern weiterhin sehr vulnerabel fühlten. „Also die haben die Idee: „Ich möchte mich ganz gerne wieder ... ein bisschen mehr in mir zu Hause fühlen“ (Frau Fröhlich, Z. 134 - 159).

Die Ausweitung einer systematisierten berufsübergreifenden interdisziplinären Zusammenarbeit wäre auf jeden Fall zu begrüßen. Durch solche Kooperationsverhältnisse könnten alle Beteiligten bei der Behandlung komplex traumatisierter erwachsener Menschen offen, rasch und flexibel auf die vorgefundenen Phänomene reagieren, synergetische Effekte nutzen und in der Begleitung von TraumapatientInnen „eine Ökonomisierung‘ der Lebensführung“ anstoßen (s.o.; Kap. 2.5.3).

5 Resümee und Fazit

Ziel dieser vorliegenden theoretischen und empirischen Arbeit war es, die Bedeutung des intermedialen Konzeptes mit kreativen Medien in der Traumabehandlung im Kontext der Integrativen Therapie zu untersuchen. Dazu wurde die Forschungsfrage im theoretischen Teil aus verschiedenen Perspektiven beleuchtet: Zuerst wurde auf zentrale Themen der aktuellen Psychotraumatologieforschung unter Einbezug neurowissenschaftlicher und bindungstheoretischer Ansätze eingegangen. Es folgte eine Beschreibung der systemischen Perspektive, d.h. der Zusammenhänge zwischen den vielfältigen Kontexteinflüssen und dem komplexen Traumafolgenyndrom mit Rückgriff auf sozialwissenschaftliche Erklärungsansätze, auf die empirische Psychotherapieforschung und auf die soziale Netzwerk- und Supportforschung. Weiter wurden die für diese Arbeit relevanten theoretischen Modelle der Integrativen Traumatherapie dargelegt. Mit der Vorstellung des intermedialen Konzeptes der Integrativen Therapie mit kreativen Medien endet der theoretische Teil.

Im praxeologischen Teil wurden die Wissensbestände in der therapeutischen Praxis innerhalb des vorab definierten Gegenstandsbereiches exploriert. Die so gewonnenen Erkenntnisse wurden mit dem aktuellen Forschungsstand verglichen. Zu diesem Zweck wurde im empirischen Teil der Arbeit die mit fünf ExpertInnen geführten Problemzentrierten Interviews¹⁹ nach der Methode der Qualitativen Inhaltsanalyse²⁰ ausgewertet. Die hieraus abgeleiteten drei Thesen wurden im Diskussionsteil entlang der relevanten theoretischen Wissensbestände und den empirischen Untersuchungsergebnissen erörtert. Die nachfolgende Zusammenfassung der Ergebnisse, Implikationen für Praxis und Forschung und ein persönliches Fazit schließen diese Arbeit ab.

5.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Aus der Diskussion lassen sich folgende Schlüsse ziehen: Die ExpertInnen verfügen über ein fundiertes störungsspezifisches Grundlagenwissen. Der aktuelle Forschungsstand der Psychotraumatologie, insbesondere die modernen Befunde aus der Neurowissenschaft und die aktu-

¹⁹ Nach Witzel (1985)

²⁰ Nach Mayring (1985)

ellen Ergebnisse aus der Bindungsforschung, sind den ExpertInnen bestens vertraut. Die Grundstrategien in der psychotherapeutischen Behandlung komplex traumatisierter Menschen, wie sie in der Fachliteratur vorgeschlagen wird, korreliert signifikant mit den empirischen Untersuchungsergebnissen.

Die Diskussionsergebnisse haben im Zusammenhang mit der Forschungsfrage gezeigt, dass dem zugrunde liegenden Menschenbild, welches für die therapeutische Arbeit handlungsleitend ist, große Bedeutung zukommt. In der Integrativen Therapie wird der Schwerpunkt auf einen „bio-psycho-sozial-ökologischen“ Zugang zum Menschen gelegt. Leitend ist das Kernkonzept des informierten Leibes. Der Mensch, verstanden als ein Leib-Subjekt, ist in die Welt eingebettet. Das menschliche Gehirn hat sich als „Beziehungsorgan“ entwickelt und ist „bis in seine biologischen Strukturen hinein durch seine Sozialität geprägt“ (Fuchs, 2013, S. 22). Multisensorische Stimulierungen (Eindrücke) aus „*Enkulturation, Sozialisation, Ökologisation*“ (Petzold, 2012, S. 16) in den jeweiligen Kontexten und die menschlichen Reaktionen (Ausdrucksformen), verstanden als wechselseitige Lernprozesse im Entwicklungsgeschehen formen fortlaufend seine Lebens-, Persönlichkeitsstile und Identitätsprofile. Diese Basis verlangt auch nach dem Einbezug der Befunde aus den Sozialwissenschaften zu den Lebenslagen, der sozialen Netzwerke und der Identitätsprozesse in globalisierten Welten. Das im Integrativen Ansatz verortete Menschenbild verknüpft ontogenetische Entwicklungsbedingungen mit phylogenetischen Ansätzen. In der Konzeption des Integrativen Ansatzes wird der Mensch „als das Kultur schaffende Wesen *par excellence*“ [Hervorh. i. Orig.] (Petzold, 2012, S. 7) angesehen. „In einem beständigen, spiralig progredierenden Prozess *explorativen* Suchens und Findens sowie des *poietischen* Gestaltens und Gestaltetwerdens“ [Hervorh. i. Orig.] (Petzold, 2012, S. 28) kreiert der Mensch soziale und kulturelle Wirklichkeit und wird von dieser auch wieder leibhaftig geformt.

Anhand des dargelegten Menschenbildes der Integrativen Therapie lässt sich für die integrative Traumakonzeption ein handlungsleitendes Modell entwerfen, das auf drei Interventionsebenen²¹, unter Einbezug leiborientierter, kreativtherapeutischer und sozialsystemischer Methoden wirksam wird. Im Rahmen „eines Gesamtprogramms der Hilfeleistung“ (vgl. Petzold, 2004I, S. 42) ist das intermediale Konzept der Integrativen Therapie mit kreativen Medien ein sehr wirkungsvolles Instrumentarium. In der Zusammenschau der drei Interventionsebenen wird wiederum Bezug auf die Forschungsfrage genommen. Die störungsspezifische Psychopathologie

²¹ Die dargelegten Interventionsebenen haben einen Bezug zur Formel „Du, Ich, Wir“, welche auch in unterschiedlicher Reihenfolge lesbar ist. Sie ist im dreibändigen Opus Magnum von Petzold (2003) ausführlich beschrieben worden. „*Du, Ich, Wir in Kontext und Kontinuum, in dieser Konstellation gründet das Wesen des Menschen, denn er ist vielfältig verflochtene Intersubjektivität, aus der heraus er sich in Ko-respondenzen und Polylogen findet und Leben gestaltet – gemeinschaftlich für dich, für sich, für die Anderen* [Hervorh. i. Orig.] (Petzold, 2003, S. 808).

und relevante Wissensbestände aus den besprochenen Referenzdisziplinen werden dabei vorausgesetzt.

1. „Du“-Ebene: In der Traumarbeit treffen wir auf Menschen, die an komplexen Traumafolgestörungen leiden. Sie sind nach interpersonellen Traumata auf der Beziehungsebene besonders tief verletzt worden. Folgen davon sind existenzielle Erschütterungen des Selbst- und Weltverständnisses (Fischer & Riedesser, 2009). Die Bindungssicherheit, Selbstregulationsfähigkeit und persönliche Integrität sind stark beeinträchtigt. Vor diesem Hintergrund ist die Basis einer sicheren Bindungsbeziehung für alle weiteren Interventionen maßgebend. Gelingt es, in der Arbeit mit Traumaopfern eine therapeutische Beziehung herzustellen, die von der Qualität einer benignen konvivialen Zwischenleiblichkeit getragen ist, kann sich der Patient zum freundlich zugeneigten anderen Menschen umkehren und wachsendes Vertrauen ins Gegenüber gewinnen. Die Interiorisierung von guten Stimmen, führen zu positiven inneren Zwiesprachen und einer freundlichen Selbstzuwendung (vgl. Petzold, Wolf et al., 2002).

2. „Ich“-Ebene: Ein sicheres Bindungsgefüge ist von einer friedvollen Atmosphäre getragen, die zum Niederlassen, Ausruhen und neue Kräftesammeln einlädt. Auf dieser Basis kann in der Arbeit mit kreativen Medien der Antrieb der explorativen Neugierde, der bei komplex traumatisierten Menschen oft sehr beeinträchtigt ist, multisensorisch stimuliert werden. Es gilt, Überregulierungen (Hyperarousal) und Unterregulierungen (Numbing) neu einzuregulieren, zu readaptieren (vgl. Petzold, Wolf et al., 2000). Vielfältige rezeptive Kunsttherapieformen, beispielsweise die vertiefte Betrachtung eines der imposanten Seerosenbilder von Monet, das Flanieren in wunderschön angelegten Parkanlagen oder das Lesen von poetischen Versen usw. bieten heilsame Erfahrungen. Ebenfalls ist die Arbeit mit Kunst- und Kreativitätstherapien für die Anregung von Interessen und Eigeninitiativen sehr geeignet. In der produktiven Gestaltung kann der Traumapatient dem, was an körperlich-seelischen Innenprozessen und was an Eindrücken von der Aussenwelt auf ihn zukommt, eine eigene Gestalt und Form geben. Er kann im Ausdruck der Eindrücke zu sich bzw. zu anderen in Distanz gehen oder sich dazu in Beziehung setzen. Die Eigengestaltung verhilft ihm zu größerem Spielraum. Er hat das von außen Formende nicht wahllos zu erleiden, sondern kann Adaptionprozesse mitgestalten und mitbestimmen (Petzold, 1991). Der Einsatz von kunsttherapeutischen Methoden und kreativen Medien bietet hervorragende Hilfen bei Bewusstseinsweiterungsprozessen, bei der Arbeit an sich selber und beim Meistern von aktiven, selber gewollten und gewählten „Überwindungsleistungen“ (vgl. Petzold, 2002, S. 44 ff.). Der sich verloren gegangene Mensch wird wieder an sein Leibgefühl angeschlossen.

3. „Wir“-Ebene: Über ein Du, zum Ich, zum Wir. Die wiedergewonnene Sicherheit in ein vertrauensvolles Du unterstützt den Traumapatienten dabei, die unterbrochene narrative Erzählung der eigenen Geschichte zu verbalisieren, mutig den Weg der Selbsterkenntnis zu wagen

und aktiv die Selbstgestaltung in die eigene Verantwortung zu nehmen. Der Mensch entspringt einer gemeinsamen Welt und ist in sie eingebettet. Er ist zeitlebens Teil von wechselseitigen sozialen, kulturellen und gesellschaftlichen Prozessen. Diese „vielfältig verflochtene Intersubjektivität“ (Petzold, 2003, S. 808) erfordert, den Blick auf das soziale Umfeld möglichst umfassend zu erweitern. Es geht um soziale Netzwerkinterventionen, die das meist stark desorganisierte Bindungsgefüge komplex traumatisierter Menschen stabilisieren und die soziale Ressourcenlage des Patienten zur positiven Entfaltung bringen. Denn die unmittelbare und erweiterte Lebenswelt ist im positiven Falle eine Quelle der Unterstützung - so wie sie umgekehrt in prekären Lebenslagen beeinträchtigend und schädigend auf die Entfaltung der Persönlichkeit wirkt (vgl. Gahleitner, 2012).

Die Handlungsinterventionen auf diesen drei Ebenen unterstützen die Wiederherstellung der Selbstermächtigung der PatientInnen. Die zurückeroberte Selbststeuerung und „die Verringerung einer Menschen- und Weltenferne“ fördert einen positiv verlaufenden Identitätsprozess, der zur Ausbildung einer integren Persönlichkeit beiträgt. Damit verbunden ist das Wiedererlangen einer Überzeugung von der Sinnhaftigkeit der eigenen Existenz und von der Sinnhaftigkeit unseres Daseins generell, was in der Integrativen Traumakonzeption als zentrale Wirkfaktoren für einen gelingenden therapeutischen Prozess beschrieben wird (Petzold, Wolf et al., 2000; Petzold, Wolf et al., 2002).

5.2 Fazit

Ein wichtiger Erkenntnisgewinn in der Auseinandersetzung mit der Fragestellung ist, dass die Anwendung einer psychotherapeutisch fundierten Methode - wie beispielsweise das intermediale Konzept der Integrativen Therapie mit kreativen Medien - unabhängig vom Störungsbild nie für sich alleine stehen kann, sondern verschiedene Interventionsebenen und Interventionsmethoden verbinden muss. Das vorgestellte handlungsleitende Modell, das leiborientierte, kreativtherapeutische und sozialsystemische Methoden berücksichtigt und die drei Interventionsebenen fokussiert, leitet sich systematisch aus dem zugrunde liegenden integrativen Menschenbild ab. Erweitert man den Blick einer klinischen Traumakonzeption, der in nicht reduktionistischer Weise auf die international anerkannten Klassifikationssysteme ICD-10, DSM-IV (DSM-V) zentriert ist und die prekären, desaströsen Lebenslagen komplex traumatisierter erwachsener Menschen, welche unter dem Verlust von Werten und Lebenssinn leiden, einbezieht, bietet dieses mehrperspektivische handlungsleitende Modell bessere Chancen, die TraumapatientInnen in ihrer Ganzheit zu verstehen und zu erreichen, was eine nachhaltigere Hilfe begünstigt (Petzold, Wolf et al., 2000).

5.2.1 Implikationen für Praxis und Forschung

Das intermediale Konzept der Integrativen Therapie mit kreativen Medien ist ein psychotherapeutisch fundiertes und theoretisch und praxeologisch konsistentes Modell. Mit ihrer Verortung einer Anthropologie des schöpferischen Menschen stellt es eine besondere Stärke im Integrativen Verfahren dar. Die InterviewpartnerInnen sind erfahrene ExpertInnen, die um das Potenzial und die Risiken künstlerischer Therapieformen wissen und die Arbeit mit kreativen Medien systematisch und spezifisch im Rahmen der Integrativen Traumatherapie einsetzen. Diese breitgreifenden komplexen Wissensbestände der Integrativen Therapie sind jedoch erstmal schwer zu erfassen. Eine die Komplexität reduzierende, systematisierte (an einer klinischen Praxis) orientierte Wissensvermittlung an noch unerfahrene Integrative TherapeutInnen wäre wünschenswert. Aus der Sicht der Verfasserin würden die TraumapatientInnen vom gezielten Einbezug dieses theoretisch fundierten und systematisierten handlungsleitenden Modells sehr profitieren, weil es:

- komplex traumatisierten Menschen über die Symptomreduktion hinaus zu erreichen vermag,
- zu einer guten Selbstsorge beiträgt,
- die Wiedererlangung einer Freude an allem Lebendigen fördert und
- den schöpferischen Menschen „als Künstler und Kunstwerk zugleich“²² in den Mittelpunkt seiner aktiven Lebensgestaltung stellt.

Die Frage nach den sozialen Netzwerkinderventionen und den bestehenden Kooperationsverhältnissen war nicht Bestandteil des Interviewleitfadens und wurde von der Interviewerin auch nicht spontan im Gesprächsverlauf aufgegriffen. Dass das Problemzentrierte Interview nach Witzel (1985) sehr viel Raum für die eigenen Erfahrungen und Themengewichtungen gewährt, wurde an dieser Stelle deutlich. Eine Interviewpartnerin erzählte ohne explizites Nachfragen sehr ausführlich über soziale Netzwerkinderventionen und die institutionell verankerte multiprofessionelle Zusammenarbeit, der Großteil der Befragten liess jedoch eher beiläufig Kommentare zu diesem Themenfeld einfließen. Im Auswertungsprozess konnte sodann aus dem empirischen Datenmaterial eine interessante Kontrastierung aufgezeigt und mit den relevanten Befunden aus den empirischen und theoretischen Wissensbeständen verglichen werden. Die aus der Diskussion abgeleiteten Schlussfolgerungen weisen auf die Wichtigkeit angemessener sozialer Unterstützung bei komplex traumatisierten Menschen hin, die oft in schädigenden Milieus leben. Es wäre daher im Kontext der Integrativen Traumatherapie interessant, die Lage in Bezug auf netzwerkorientierte Interventionen und Kooperationsverhältnisse und ihre Wirkungsweisen anhand operationalisierbarer Merkmale systematisch zu beforschen.

²² (Petzold, 2002, S. 40)

5.2.2 Persönliches Fazit

Der klinische Alltag ist, so zeigen es meine klinischen Erfahrungen, auf eine medizinische und psychopathologische Sichtweise fokussiert. Zur Verständigung mit unterschiedlichsten Gesprächspartnern liegt der Schwerpunkt auf einer Symptomzentrierung der vorliegenden internationalen Klassifikationssysteme ICD-10 und DSM IV (DSM V). In der Auseinandersetzung mit der Integrativen Traumakonzeption hat mir insbesondere der Perspektivenwechsel gut gefallen. Der Mensch ist ein Traumaüberwinder. Dem Explorieren und Unterstützen funktionaler Überwindungsleistungen kommt in der Integrativen Traumatherapie eine herausragende Rolle zu. Es ist eine erweiterte, salutogenetische Sicht auf den Menschen - verstanden als Leibsubjekt in der Lebenswelt. Im Zentrum der Theorie und Praxis steht der Anspruch, den Menschen in seiner Ganzheit in den Blick zu bekommen und seine Gestaltungspotenziale zu bestärken.

Einen weiteren wichtigen Erkenntnisgewinn stellt für mich die eigene Positionierung im schulenübergreifend kontrovers geführten Diskurs zur Traumaexposition dar. Bezugnehmend auf die in der Integrativen Therapie erklärten Wahrnehmungs-, Verarbeitungs- und Handlungsprozesse, werden „*emergency reactions*“ [Hervorh. i. Orig.] bei traumatischem Stress als entgleiste Informationsverarbeitungsprozesse verstanden (Petzold, Wolf et al., 2000, S. 508). Intrusionen sind mentale Ereignisse, die aufgrund der Transmitteraktivität jedesmal neu kreiert werden und keinesfalls die gleichen sind wie während des Traumas. „Es geht [dabei] *nicht* um eine Veränderung der Erinnerungen, sondern um die Veränderung des mnestischen *Processing* [Hervorh. i. Orig.] gegenwärtiger Wahrnehmung“ (Petzold, Wolf et al., 2000, S. 467). Physiologische Auswirkungen von extremem Stress werden in der Traumabearbeitung evoziert. Aufgrund fehlender eindeutiger Forschungsergebnisse bezüglich der Neben- und Spätauswirkungen gilt es, aufkommende Intrusionen aus der exzentrischen Position kurz anzuschauen, zu kontrollieren und zu „vergestrigen“ um möglichst die Reaktivierung unerwünschter Bahnungen zu vermeiden (s.o. Kap. 3.2.5). Die Traumageschichte ist vorbei und ich wende mich einer positiven Gegenwart zu und entwickle sinnstiftende Zukunftsperspektiven. Demzufolge bedarf es nicht so sehr der Durcharbeitung von traumatischen (Kindheits-) Erinnerungen, sondern der Neustrukturierung von dysfunktionalen Wahrnehmungs-, Erfassungs- und Verarbeitungsprozessen (vgl. Gahleitner, 2012), um die Selbstwirksamkeit über bedrängende Erinnerungen zu erlernen. Zu verdeutlichen sei noch, dass natürlich fixierte dysfunktionale Abwehr- und Verdrängungsmuster bei TraumapatientInnen im therapeutischen Kontext eines sicheren Bindungsgefüges im Prozessgeschehen adäquat aufgegriffen werden müssen. Das Zuhören und Begleiten von Traumaerzählungen gelingt in „*einer zwischenmenschliche[n] Praxis in guter Alltäglichkeit*“ [Hervorh. i. Orig.] (Petzold, 2002, S. 38), wie dies auch Beispiele der ExpertInnen bestätigten.

Auch ist mir noch einmal deutlich geworden, wie wichtig eine multiprofessionelle Zusammenarbeit und institutionalisierte Kooperationsverhältnisse in der Arbeit mit komplex traumatisierten Menschen sind. Diese Ansprüche sind schnell aufgeschrieben, jedoch immer wieder ganz schwierig umzusetzen. Es bedarf des Respekts vor der "Andersheit des Anderen" und die Anerkennung für die berufsübergreifenden Kompetenzen. Die Vorurteile gegenüber den anderen Disziplinen und der Einfluss hierarchischer Machtstrukturen haben mich in meiner Berufstätigkeit mal mehr, mal weniger beschäftigt. Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit kann Kräfte mobilisieren, aber auch erschöpfen. Die Auseinandersetzung mit einem ganzheitlichen Menschenbild hat mir geholfen, eine neue Sichtweise auf die einzelnen Berufsdisziplinen und ihre Ressourcenfelder zu bekommen. Diese Synergien gilt es, zum Wohle des Patienten zu nutzen. Das muss man auch wollen, und das setzt bei der Selbstfürsorge an. Denn letztendlich ist es die Ausbildung einer souveränen und integren TherapeutInnenpersönlichkeit, derer es im Umgang mit immer vorhanden sein werdenden Machtgefügen bedarf, um diesen mit Besonnenheit, Gelassenheit, Entschlossenheit und einer guten Portion Heiterkeit zu begegnen.

In der Arbeit mit Menschen, die an chronifizierten Erkrankungen leiden, gilt es oftmals, Karriereverläufe (vgl. Petzold et al., 2004) zu begleiten. Aus eigener Erfahrung weiss ich, wie wertvoll in diesem Zusammenhang interinstitutionelle Kooperationsverhältnisse sind, weil man auf Krisensituationen bedarfsgerecht reagieren und rechtzeitige Stabilisierungsmassnahmen ergreifen kann. Abbrüche und in Folge eine weitere Chronifizierung der Erkrankung in "desaströse[n] Lebenslagen" (Petzold, Schay & Hentschel, 2004, S. 85) sind dadurch besser vermeidbar.

Die komplexen Traumafolgestörungen erfordern auch immer wieder deren Komplexitätsreduktion, um sich nicht in den vielgestaltigen, mehrdimensionalen Problemlagen zu verlieren. Gemeinsam, in einer Haltung der Offenheit, Neugierde und „einem Geist der ‚weiterführenden Kritik‘“ (Petzold, 2009, S. 390) kann wahrscheinlich am Besten auf die Herausforderungen und vielen Unwägbarkeiten im Therapieverlauf komplex traumatisierter PatientInnen „sinnvoll“ reagiert werden. Und trotzdem ist nicht alles machbar. Es gelingt „... *nicht jedem Mensch[en] ... zu einer neuen Form der Lebensgestaltung zurückzufinden. Es gibt Menschen, die das Trauma zerbricht und es gibt andere, die nicht zerbrechen*“ (Frau Hoffmann, Z. 797 - 800). Und auch ich erlebe meine Grenzen in der Arbeit mit komplex traumatisierten Menschen. Das gilt es anzuerkennen und geduldig mit sich und anderen umzugehen. Damit meine ich nicht, sich mit dem zufrieden zu geben, was man an Kompetenzen und Performanzen vorzuweisen hat. Im Gegenteil, es geht darum, seine explorative Neugierde wach zu halten und die eigene Meisterschaft in stetigen Lernprozessen kontinuierlich weiter voranzubringen. Wege, die ich mit anderen Menschen gemeinsam gegangen bin, waren für mich dabei von großem Wert, weil sie mich viel über die Vielfalt menschlichen Lebens gelehrt und mein Bewusstseinsspektrum erweitert haben.

Ich kann mich dem integrativen Menschenbild anschließen und bin auch überzeugt, dass es im Kern darum geht, den Menschen als ein leibhaftiges Subjekt in seiner Lebenswelt wahrzunehmen und verstehen zu lernen. In der therapeutischen Arbeit ist das Ziel, die dem Menschen innewohnenden generativen Schöpfungskräfte anzustoßen, damit er sich in formgebenden Gestaltungsprozessen in seiner Lebenswelt Freiräume erschließen bzw. vorhandene offen halten oder erweitern kann.

Zusammenfassung / Summary

Zusammenfassung: Trauma und Kreativität - Eine integrative Perspektive

In dieser vorliegenden theoretischen und empirischen Arbeit wird die Bedeutung des intermediären Konzeptes mit kreativen Medien in der Traumabehandlung im Kontext der Integrativen Therapie untersucht. Dazu wurden fünf Problemzentrierte Interviews nach Witzel (1985) mit fünf ExpertInnen durchgeführt. Die Datenauswertung erfolgte auf Basis der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (1985). Der Integrative Ansatz verortet sich in einem „bio-psycho-sozial-ökologischen“ Paradigma und einer Anthropologie des schöpferischen Menschen. Die Untersuchungsergebnisse zeigen, dass dieses zugrunde liegende Menschenbild in der Arbeit mit komplex traumatisierten Menschen handlungsleitend ist. Vor diesem theoretischen Hintergrund postuliert die Integrative Traumatherapie ein Gesamtprogramm der Hilfeleistung mit multimodalen Methoden auf verschiedenen Interventionsebenen. Auf der Basis einer sicheren Bindungsbeziehung liegt das große Potenzial künstlerischer Therapieformen in der multisensorischen Stimulierung und der heilsamen Kraft ästhetischer Erfahrung. Im Kern geht es darum, TraumapatientInnen beim Prozess der kreativen Eigen-gestaltung in ihrer Lebenswelt so zu unterstützen, dass sie sich neue Freiräume erschließen können.

Schlüsselwörter: Integrative Traumatherapie, Integrative Kunst- und Kreativitätstherapie, Leibsubjekt in der Lebenswelt, Multiperspektivität, Interdisziplinarität

Summary: Trauma and Creativity – an Integrativ perspective

This study combines a theoretical and an empirical approach to investigate the relevance of the concept of intermediality in trauma treatment with creative media within the framework of the Integrative Therapy. For that purpose, five “problem-centered interviews” (Witzel, 1985) were performed with experienced psychotherapists. The data have been evaluated by using the qualitative content analysis according to Mayring (1985). The Integrative Approach is committed to a “bio-psycho-socio-ecological” paradigm and to an anthropological perspective of the creative human being. The results of the study show that this underlying idea of man constitutes a guide for professionals working with complexly traumatized persons. Against this theoretical background, the Integrative Trauma Therapy postulates a holistic approach for an overall care program utilizing multimodal methods at several levels of intervention. Based on a safe relationship and bonding, the multi-sensory stimulation and the salutary potency of aesthetical experience employed by artistic approaches do offer a great potential in psychotherapy. Essentially, the main purpose is to enable trauma patients creating new freedom for themselves to build up their own life.

Keywords: Integrative Trauma Therapy, Integrative Art and Creative Therapy, „Leibsubjekt in der Lebenswelt“, multiperspectivity, multidisciplinary

Literaturverzeichnis

Allen, J.G., Fonagy, P. & Bateman A.W. (2011). *Mentalisieren in der psychotherapeutischen Praxis*. Stuttgart: Klett-Cotta. (Original erschienen 2008: *Mentalizing in Clinical Practice*)

American Psychiatric Association (APA). (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-IV-TR* (4. rev. Aufl.). Washington DC: American Psychiatric Association.

Asay, T.P. & Lambert, M.J. (2001). Empirische Argumente für die allen Therapien gemeinsamen Faktoren: Quantitative Ergebnisse. In M. A. Hubble, B.L. Duncan & S.D. Miller (Hrsg.), *So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Forderungen* (S. 41 - 81). Dortmund: Modernes Lernen.

Böhme, G. (2007). Atmosphäre als Grundbegriff einer neuen Ästhetik. In T. Friedrich, J.H. Gleiter (Hrsg.), *Einführung und phänomenologische Reduktion. Grundlagentexte zu Architektur, Design und Kunst* (S. 287 - 310). Berlin: LIT Verlag.

Bohleber, W. (2012). *Was Psychoanalyse heute leistet. Identität und Intersubjektivität, Trauma und Therapie, Gewalt und Gesellschaft*. Stuttgart: Klett-Cotta. (Original erschienen 2010: *Destructiveness, Intersubjectivity and Trauma. The Identity Crisis of Modern Psychoanalysis*)

Bowlby, J. (2006). *Bindung und Verlust; Band 1*. München: Ernst Reinhardt Verlag. (Original erschienen 1969: *Attachment and Loss, Volume 1: Attachment*)

Brisch, K.H. (2011). *Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie* (11. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.

Brown, D. (2011). Einschätzung der Bindungs- und Missbrauchsgeschichte sowie des Bindungsstils von Erwachsenen. In C.A. Courtois & J.D. Ford (Hrsg.), *Komplexe traumatische Belastungsstörungen und ihre Behandlung. Eine evidenzbasierte Anleitung* (S. 149 - 169). Paderborn: Junfermann Verlag.

Butollo, W. & Maragkos, M. (2008). Integrative Modelle. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung. Band 2, Spezieller Teil* (S. 1221 - 1237). Tübingen: dgvt-Verlag.

Calhoun L.G. & Tedeschi R.G. (2013). *Posttraumatic Growth in Clinical Practice*. New York: Routledge.

Courtois, C.A. & Ford, J.D. (Hrsg.). (2011). *Komplexe traumatische Belastungsstörungen und ihre Behandlung. Eine evidenzbasierte Anleitung*. Paderborn: Junfermann Verlag.

Dilling, H. & Freyberger, H.J. (Hrsg.). (2006). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen* (3. überarb. u. erw. Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber.

Dorschel, A. (2013). *Trost für die Untröstlichen. Mahlers „Kindertotenlieder“ und Bergs „Violinkonzert“*. Zugriff am 8.7.2014. Verfügbar unter http://www.musikverein.at/monatszeitung/artikel_im_pdf.php?artikel_id=1562

Ebert, W. & Könnecke-Ebert, B. (2004). Einführung in die Integrative Beratung und Therapie mit Suchtkranken. Grundlegungen des Integrativen Konzeptes der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit. In H. Petzold, P. Schay & W. Ebert (Hrsg.), *Integrative Suchttherapie. Theorie, Methoden, Praxis und Forschung* (S. 173 - 220). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Ebbinghaus, R., Rießbeck, H. & Schellong, J. (2013). Rahmenbedingungen, Therapiesetting und Vernetzung. In M. Sack, U. Sachsse & J. Schellong (Hrsg.), *Komplexe Traumafolgestörungen. Diagnostik und Behandlung von Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung* (S. 153 - 170). Stuttgart: Schattauer.

Fischer, G. & Riedesser, P. (2009). *Lehrbuch der Psychotraumatologie* (4. erw. Aufl.). München: Reinhardt Verlag.

Fischer, G. (2011). *Psychotherapiewissenschaft. Einführung in eine neue humanwissenschaftliche Disziplin*. Giessen: Psychosozial-Verlag.

Flick, U. (2011). *Qualitative Sozialforschung* (4. Aufl.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L. & Target, M. (2011). *Affektregulierung, Mentalisierung & die Entwicklung des Selbst* (4. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta. (Original erschienen 2002: Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self).

Ford, J.D. (2011). Neurobiologische und entwicklungspsychologische Forschung und ihre klinischen Implikationen. In C.A. Courtois & J.D. Ford (Hrsg.), *Komplexe traumatische Belastungsstörungen und ihre Behandlung. Eine evidenzbasierte Anleitung* (S. 51 - 80). Paderborn: Junfermann Verlag.

Fuchs, T. (2009). Reiz und Responsivität. In R. Hampe, P. Martius, D. Ritschl, F. von Sprei, P.B. Stalder (Hrsg.), *KunstReiz. Neurobiologische Aspekte künstlerischer Therapien* (S. 77 - 88). Berlin: Frank & Timme GmbH Verlag für wissenschaftliche Literatur.

Fuchs, T. (2013). *Das Gehirn - ein Beziehungsorgan. Eine phänomenologisch-ökologische Konzeption* (4. akt. u. erw. Aufl.). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Gahleitner, S. (2005). Halbstrukturierte Erhebungsmethoden am Beispiel Problemzentrierter Interviews im Bereich Klinischer Sozialarbeit. In S. Gahleitner, S. Gerull, B. Petuya Ituarte, L. Schambach-Hardtke, C. Streblow (Hrsg.), *Einführung in das Methodenspektrum sozialwissenschaftlicher Forschung* (S. 42 - 52). Uckerland: Schibri-Verlag.

Gahleitner, S. (2005). Die Qualitative Inhaltsanalyse als flexible Auswertungsmethode in der Sozialarbeitsforschung. In S. Gahleitner, S. Gerull, B. Petuya Ituarte, L. Schambach-Hardtke, C. Streblow (Hrsg.), *Einführung in das Methodenspektrum sozialwissenschaftlicher Forschung* (S. 53 - 63). Uckerland: Schibri-Verlag.

Gahleitner, S.B. (2012). „Und wenn es schwierig wird“? Therapeutische Beziehungsgestaltung im „hard to reach“-Bereich. *Integrative Therapie*, 38(1), S. 37 - 59.

Gast, U. (2011). Dissoziative Identitätsstörung - valides und dennoch reformbedürftiges Konzept. In L. Reddemann, A. Hofmann & U. Gast (Hrsg.), *Psychotherapie der dissoziativen Störungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis - störungsspezifisch und schulenübergreifend* (S. 24 - 35, 3. überarb. Aufl.). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Grossmann, K. & Grossmann, K.E. (2012). *Bindungen. Das Gefüge psychischer Sicherheit* (5. vollst. überarb. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.

Hampe, R., Martius, P., Ritschl, D., von Spreti, F. & Stalder, P.B. (Hrsg.). (2009). *KunstReiz. Neurobiologische Aspekte künstlerischer Therapien*. Berlin: Frank & Timme GmbH Verlag für wissenschaftliche Literatur.

Hass, W. & Petzold H.G. (1999). Die Bedeutung der Forschung über soziale Netzwerke, Netzwerktherapie und soziale Unterstützung für die Psychotherapie – diagnostische und therapeutische Perspektiven. In H. Petzold & M. Märtens (Hrsg.), *Wege zu effektiven Psychotherapien. Psychotherapieforschung und Praxis. Band 1: Modelle, Konzepte, Settings* (S. 193 - 272). Opladen: Leske & Budrich.

Herbold, W. & Sachsse, U. (2012). *Das sogenannte innere Kind. Vom inneren Kind zum Selbst* (2. überarb. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.

Herman, J. L. (1993). *Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden*. München: Kindler Verlag. (Original erschienen 1992: Trauma and Recovery)

Hermer, M. & Röhrle, B. (Hrsg.). (2008). *Handbuch der therapeutischen Beziehung. Band 1, Allgemeiner Teil. Band 2, Spezieller Teil*. Tübingen: dgvt-Verlag.

Hermer, M. & Röhrle, B. (2008). Therapeutische Beziehungen: Geschichte, Entwicklungen und Befunde. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung. Band 1: Allgemeiner Teil* (S. 15 - 105). Tübingen: dgvt-Verlag.

Huber, M. (2009). *Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung. Teil I & Teil II* (4. Aufl.). Paderborn: Junfermann Verlag.

Irlé, E., Lange, C., Sachsse, U. & Weniger, G. (2013). Neurobiologie komplexer Traumafolgestörungen. In M. Sack, U. Sachsse & J. Schellong (Hrsg.), *Komplexe Traumafolgestörungen. Diagnostik und Behandlung von Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung* (S. 8 - 30). Stuttgart: Schattauer.

Jäncke, L. (2013). *Lehrbuch Kognitive Neurowissenschaften*. Bern: Verlag Hans Huber.

- Karameros, A. & Sack, M.** (2013). Grundstrategien in der psychotherapeutischen Behandlung. In M. Sack, U. Sachsse & J. Schellong (Hrsg.), *Komplexe Traumafolgestörungen. Diagnostik und Behandlung von Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung* (S. 201 - 246). Stuttgart: Schattauer.
- Keupp, H.** (1998). Chancen des Umbruchs - das soziale Kapital Deutschlands. In B. Röhrle, G. Sommer & F. Nestmann (Hrsg.), *Netzwerkinterventionen. Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung. Band 2* (S. 279 - 296). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Kinsler, P.J., Courtois, C.A. & Frankel S.A.** (2011). Therapeutische Allianz und Umgang mit Risiken. In C.A. Courtois & J.D. Ford (Hrsg.), *Komplexe traumatische Belastungsstörungen und ihre Behandlung. Eine evidenzbasierte Anleitung* (S. 214 - 236). Paderborn: Junfermann Verlag.
- Koop, I.I.** (2002). Narben auf der Seele. Integrative Therapie und leibtherapeutische Interventionen in der Arbeit mit Folterüberlebenden. In H.G. Petzold, H.-U. Wolf, B. Landgrebe & Z. Josić (Hrsg.), *Das Trauma überwinden. Integrative Modelle der Traumatherapie* (S. 89 - 136). Paderborn: Junfermann Verlag.
- Küchenhoff, J.** (2003). Psychotherapie und die Anerkennung des Fremden. Kommentar zu D. Orlinsky. *Psychotherapeut*, 48(6), S. 410 - 419.
- Lamnek, S.** (2010). *Qualitative Sozialforschung* (5. überarb. Aufl.). Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Leitner, A.** (2010). *Handbuch der Integrativen Therapie*. Wien: Springer-Verlag.
- Linehan, M.M.** (2008). *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung* (2. korrig. Aufl.). München: CIP-Medien. (Original erschienen 1993: Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder)
- Martius, P. & von Spreti, F.** (2003). Trauma und Kreativität: Rückblick und Ausblick. In R. Hampe, P. Martius, A. Reiter, G. Schottenloher, F. von Spreti (Hrsg.), *Trauma und Kreativität, Therapie mit künstlerischen Medien* (S. 15 - 18). Bremen: Universität Bremen.
- Mayring, P.** (1985). Qualitative Inhaltsanalyse. In G. Jüttemann (Hrsg.), *Qualitative Forschung in der Psychologie. Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder* (S. 187 - 211). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Mayring, P.** (2002). *Einführung in die Qualitative Sozialforschung* (5. überarb. Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Najavits, L.M.** (2009). *Posttraumatische Belastungsstörung und Substanzmissbrauch. Das Therapieprogramm „Sicherheit finden“*. Göttingen: Hogrefe Verlag. (Original erschienen 2002: Seeking Safety).
- Nestmann, F.** (2010). *Soziale Unterstützung - Social Support*. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Nietzsche, F.** (1994). *Also sprach Zarathustra*. Stuttgart: Philipp Reclam jun.

Orlinsky, D. (2003). Störungsspezifische, personenspezifische und kulturspezifische Psychotherapie. Erkenntnisse aus Psychotherapieforschung und Sozialwissenschaften. *Psychotherapeut*, 48(6), S. 403 - 409).

Orlinsky, D. (2004). Der menschliche Kontext von Psychotherapien. Eine handlungstheoretische Systemanalyse von Einflüssen auf therapeutische Prozesse und Ergebnisse. Teil 1: Der soziale und kulturelle Kontext von Psychotherapien. *Psychotherapeut*, 49(2), S. 88 - 100.

Orth, I., Sieper, J. & Schuch, W. (Hrsg.). (2007). *Neue Wege Integrativer Therapie. Klinische Wissenschaft, Humantherapie, Kulturarbeit, Polyloge*. Bielefeld und Locarno: Edition Sirius.

Petzold, H. (1991). Überlegungen und Konzepte zur Integrativen Therapie mit kreativen Medien und einer intermedialen Kunstpsychotherapie*. In H. Petzold & I. Orth (Hrsg.), *Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapie. Band II* (S. 585 - 637), (2. Aufl.). Paderborn: Junfermann Verlag.

Petzold, H. (1991). „Form“ und „Metamorphose“ als fundierende Konzepte für die Integrative Therapie mit kreativen Medien - Wege intermedialer Kunstpsychotherapie*. In H. Petzold & I. Orth (Hrsg.), *Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapie. Band II* (S. 639 - 720), (2. Aufl.). Paderborn: Junfermann Verlag.

Petzold, H.G. & Orth, I. (1991). Einführung. Die neuen Kreativitätstherapien - Formen klinischer Kunsttherapie und Psychotherapie mit kreativen Medien. In H. Petzold & I. Orth (Hrsg.), *Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapie. Band I* (S. 15 - 30), (2. Aufl.). Paderborn: Junfermann Verlag.

Petzold, H.G. (1999q/ 2004). Das Selbst als Künstler und als Kunstwerk - rezeptive Kunsttherapie und die heilende Kraft „ästhetischer Erfahrung“. *Integrative Therapie* 30(3), S. 267 - 299.

Petzold, H.G., Wolf, H.-U., Landgrebe, B., Josić, Z. & Steffen, A. (2000). „Integrative Traumatherapie“ - Modelle und Konzepte für die Behandlung von Patienten mit „posttraumatischer Belastungsstörung“. In B.A. van der Kolk, A.C. McFarlane & L. Weisaeth (Hrsg.), *Traumatic Stress, Grundlagen und Behandlungsansätze. Theorie, Praxis, Forschung zu posttraumatischem Stress sowie Traumatherapie*, S. 445 - 579. Paderborn: Junfermann Verlag.

Petzold, H.G. (2002). Trauma und „Überwindung“ - Menschenrechte, Integrative Traumatherapie und die „philosophische Therapeutik“ der Hominität. In H.G. Petzold, H.-U. Wolf, B. Landgrebe & Z. Josić (Hrsg.), *Das Trauma überwinden. Integrative Modelle der Traumatherapie* (S. 8 - 76). Paderborn: Junfermann Verlag.

Petzold, H.G. (2002). Integrative Traumatherapie: Integrierende und Differenzielle Regulation (IDR-T) für posttraumatische Belastungsstörungen - „quenching“ the trauma physiology. In H.G. Petzold, H.-U. Wolf, B. Landgrebe & Z. Josić (Hrsg.), *Das Trauma überwinden. Integrative Modelle der Traumatherapie* (S. 173 - 192). Paderborn: Junfermann Verlag.

Petzold, H.G., Wolf, H.-U., Landgrebe, B. & Josić, Z. (Hrsg.). (2002). *Das Trauma überwinden. Integrative Modelle der Traumatherapie*. Paderborn: Junfermann Verlag.

Petzold, H.G. (2003). *Integrative Therapie. Modelle, Theorien & Methoden einer schulenübergreifenden Psychotherapie. Band 1: Klinische Philosophie; Band 2: Klinische Theorie; Band 3: Klinische Praxeologie*. Paderborn: Junfermann Verlag.

Petzold, H.G., Schay, P. & Hentschel, U. (2004). Niederschwellige Drogenarbeit und „intermittierende“ Karrierebegleitung als Elemente einer protektiven Gesamtstrategie in der Drogenhilfe. In H. Petzold, P. Schay & W. Ebert (Hrsg.), *Integrative Suchttherapie. Theorie, Methoden, Praxis, Forschung* (S. 79 - 107). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Petzold, H.G. (2004). *Integrative Traumatherapie und „Trostarbeit“ - ein nicht-exponierender, leibtherapeutischer und lebenssinnorientierter Ansatz risikobewusster Behandlung*. Zugriff am 1.7.2014. Verfügbar unter <http://www.fpi-publikationen.de/polyloge>

Petzold, H.G. (2007). *Integrative Supervision, Meta-Consulting, Organisationsentwicklung. Ein Handbuch für Modelle und Methoden reflexiver Praxis* (2. überarb. u. erw. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Petzold, H.G. & Müller, M. (2007). Modalitäten der Relationalität - Affiliation, Reaktanz, Übertragung, Beziehung, Bindung - in einer „klinischen Sozialpsychologie“ für die Integrative Supervision und Therapie. In H. Petzold, *Integrative Supervision, Meta-Consulting, Organisationsentwicklung. Ein Handbuch für Modelle und Methoden reflexiver Praxis* (S. 367 - 431), (2. überarb. & erw. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Petzold, H.G. (2009). Pierre Janet (1855 - 1947) - Ideengeber für Freud, Referenztheoretiker der Integrativen Therapie. In A. Leitner & H.G. Petzold (Hrsg.), *Sigmund Freud heute. Der Vater der Psychoanalyse im Blick der Wissenschaft und der psychotherapeutischen Schulen* (S. 369 - 396). Wien: Verlag Krammer.

Petzold, H.G. (2012). Geleitwort. In H.G. Petzold (Hrsg.), *Die Menschenbilder in der Psychotherapie. Interdisziplinäre Perspektiven und die Modelle der Therapieschulen* (S. 7 - 13). Wien: Verlag Krammer.

- Petzold, H.G.** (2012). Einführung - „Unterwegs“ zu handlungsleitenden Menschenbildern. In H.G. Petzold (Hrsg.), *Die Menschenbilder in der Psychotherapie. Interdisziplinäre Perspektiven und die Modelle der Therapieschulen* (S. 15 - 40). Wien: Verlag Krammer.
- Petzold, H.G.** (2012b). „*Natürliche Resilienz“ und Bonannos Trauerforschung**. Zugriff am 23.6.2014. Verfügbar unter <http://www.fpi-publikationen.de/textarchiv-hg-petzold>.
- Petzold, H.G., Orth-Petzold, S. & Orth, I.** (2013a). *Freude am Lebendigen und weiser Umgang mit Natur. Die Frische, Kraft und Weisheit integrativer Garten- und Landschaftstherapie - „Green Meditation“, „Therapeutic Guerilla Gardening“**. Zugriff am 11.7.2014. Verfügbar unter <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/20-2013-petzold-h-orth-petzold-s-orth-i-2013a-freude-am-lebendigen-umgang-mit-natur.html>
- Petzold, H.G.** (2012/ 2013g). Naturtherapie in der „Dritten Welle“ Integrativer Therapie - ein „Bündel“ tiergestützter, garten- und landschaftstherapeutischer Interventionen. *Integrative Therapie*, 38(3/4), S. 409 - 423.
- Petzold, H.G.** *Was ist Integrative Therapie? Leitideen und Grundkonzepte*. Zugriff am 10.7.14. Verfügbar unter: www.eag-fpi.com/images/stories/downloads/was_ist_integrative_therapie.pdf
- Petzold, H.G.** (2014b). Aus meiner Werkstatt. Kernkonzepte der Integrativen Therapie, Theorie und Praxeologie moderner „biopsychosozialökologischer“ Psycho- und Humantherapie. (In Vorbereitung für Polyloge 2/2014; verfügbar unter <http://www.fpi-publikationen.de/polyloge/ausgaben/index.php>)
- Reddemann, L.** (2005). *Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren* (11. Aufl.). Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Röhrle, B. & Sommer, G.** (1998). Zur Effektivität netzwerkorientierter Interventionen. In B. Röhrle, G. Sommer & F. Nestmann (Hrsg.), *Netzwerkinterventionen. Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung Band 2* (S. 15 - 47). Tübingen: dgvt-Verlag
- Röhrle, B., Sommer, G. & Nestmann, F.** (Hrsg.). (1998). *Netzwerkinterventionen. Fortschritte der Gemeindepsychologie und Gesundheitsförderung Band 2*. Tübingen: dgvt-Verlag
- Röhrle, B.** (2008). Sozialer Wandel, soziale Netzwerke und Therapeut-Klient-Beziehung. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung. Band 2, Spezieller Teil* (S. 1241 - 1269). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Sachsse, U.** (2004). *Traumazentrierte Psychotherapie. Theorie, Klinik und Praxis*. Stuttgart: Schattauer.
- Sachsse, U.** (2011). Der Dritte Raum als Gestaltung der therapeutischen Beziehung bei komplex Traumatisierten. In P. Sinapius & A. Niemann (Hrsg.), *Das Dritte in Kunst und Therapie* (S. 145 - 155). Frankfurt am Main: Peter Lang GmbH.

- Sack, M.** (2011). *Schonende Traumatherapie. Ressourcenorientierte Behandlung von Traumafolgestörungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Sack, M. & Sachsse, U.** (2013). Therapiemethoden und Behandlungstechniken. In M. Sack, U. Sachsse & J. Schellong (Hrsg.), *Komplexe Traumafolgestörungen. Diagnostik und Behandlung von Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung* (S. 247 - 297). Stuttgart: Schattauer.
- Sack, M., Sachsse, U. & Schellong, J.** (Hrsg.). (2013). *Komplexe Traumafolgestörungen. Diagnostik und Behandlung von Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung*. Stuttgart: Schattauer.
- Sack, M., Schellong, J. & Sachsse, U.** (2013). Einleitung. In M. Sack, U. Sachsse & J. Schellong (Hrsg.), *Komplexe Traumafolgestörungen. Diagnostik und Behandlung von Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung* (S. 1 - 7). Stuttgart: Schattauer.
- Schellong, J.** (2013). Diagnostische Klassifikation von Traumafolgestörungen. In M. Sack, U. Sachsse & J. Schellong (Hrsg.), *Komplexe Traumafolgestörungen. Diagnostik und Behandlung von Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung* (S. 42 - 58). Stuttgart: Schattauer.
- Schubbach, A.** (2014, 14. Juni). „Eine philosophische und oft dichterische Fackel“. Alexander Gottlieb Baumgarten und die Ästhetik. *Neue Zürcher Zeitung*, S. 70.
- Schüepf, R., Mattheß, H. & Menne, B.** (2013). Komplexe Traumafolgestörungen und Borderline-Persönlichkeitsstörung. In M. Sack, U. Sachsse & J. Schellong (Hrsg.), *Komplexe Traumafolgestörungen. Diagnostik und Behandlung von Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung* (S. 409 - 420). Stuttgart: Schattauer.
- Sieper, J., Orth, I. & Schuch, W.** (Hrsg.). (2007). *Neue Wege Integrativer Therapie. Klinische Wissenschaft, Humantherapie, Kulturarbeit. Polyloge*. Bielefeld & Locarno : Edition Sirius im Aisthesis Verlag.
- Singer, W.** (1991). Muse küsst Therapeuten. Sieben Reflexionen über Kunst und Therapie*. In H. Petzold & I. Orth (Hrsg.), *Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapie, Band I* (S. 41 - 61), (2. Aufl.). Paderborn: Junfermann Verlag.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E.R.S. & Steele, K.** (2008). *Das verfolgte Selbst. Strukturelle Dissoziation und die Behandlung chronischer Traumatisierung*. Paderborn: Junfermann Verlag. (Original erschienen 2006: *The Haunted Self. Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization*)
- Van der Kolk, B.A.** (2000). Der Körper vergisst nicht. Ansätze einer Psychophysiologie der posttraumatischen Belastungsstörung. In B.A. van der Kolk, A.C. McFarlane & L. Weisaeth (Hrsg.), *Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Theorie, Praxis und Forschung zu posttraumatischem Stress sowie Traumatherapie* (S. 195 - 217). Paderborn: Junfermann Verlag.
- Van der Kolk, B.A.** (2000). Trauma und Gedächtnis. In B.A. van der Kolk, A.C. McFarlane & L. Weisaeth (Hrsg.), *Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Theorie, Praxis und For-*

schung zu posttraumatischem Stress sowie Traumatherapie (S. 221 - 240). Paderborn: Junfermann Verlag.

Van der Kolk, B.A. & McFarlane, A.C. (2000). Trauma - ein schwarzes Loch. In B.A. van der Kolk, A.C. McFarlane & L. Weisaeth (Hrsg.), *Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Theorie, Praxis und Forschung zu posttraumatischem Stress sowie Traumatherapie* (S. 27 - 45). Paderborn: Junfermann Verlag.

Van der Kolk, B.A., McFarlane A.C. & van der Hart, O. (2000). Ein allgemeiner Ansatz zur Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung. In B.A. van der Kolk, A.C. McFarlane & L. Weisaeth (Hrsg.), *Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Theorie, Praxis und Forschung zu posttraumatischem Stress sowie Traumatherapie* (S. 309 - 330). Paderborn: Junfermann Verlag.

Van der Kolk, B.A., McFarlane, A.C. & Weisaeth, L. (Hrsg.). (2000). *Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Theorie, Praxis und Forschung zu posttraumatischem Stress sowie Traumatherapie*. Paderborn: Junfermann Verlag.

Watkins, J. & Watkins, H. (2008). *Ego-States-Theorie und Therapie. Ein Handbuch*. (2. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer Verlag. (Original erschien 1997: Ego States Theory and Therapy)

Winnicott, D.W. (2002). *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt*. Giessen: Psychosozial Verlag. (Original erschienen 1960: The Theory of the Parent-Infant Relationship)

Wirtz, U. (2005). *Seelenmord* (2. Aufl.). *Inzest und Therapie*. Stuttgart: Kreuz Verlag AG.

Witzel, A. (1985). Das problemzentrierte Interview. In G. Jüttemann (Hrsg.), *Qualitative Forschung in der Psychologie. Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder* (S. 227 - 255). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Wöller, W. (2013). *Trauma und Persönlichkeitsstörungen. Ressourcenbasierte Psychodynamische Therapie (RPT) traumabedingter Persönlichkeitsstörungen* (2. überarb. u. erw. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.

Wollschläger, H. & Kreutner, R. (Hrsg.). (2007). Rückert Friedrich. *Kindertodtenlieder und andere Texte des Jahres 1834*. Göttingen: Wallstein Verlag.

Anhang A: Interviewleitfaden

Interviewleitfaden für die ExpertInnen

Ich arbeite seit 2006 in der Funktion als psychotherapeutische Mitarbeiterin in einer stationären Suchtklinik. Ein grosser Teil der uns zugewiesenen Patienten und Patientinnen leiden an den Folgen entwicklungserschädigender interpersonaler Traumata in der Kindheit und Jugend. Diese können nach Courtols & Ford (2011) sexuelle und emotionale Misshandlung, körperliche Misshandlung, Verlassenwerden durch wichtige Bezugspersonen, chronische und schwerwiegende Vernachlässigung, häusliche Gewalt, Terrorismus oder Krieg beinhalten. Wir sprechen hier von komplexen Traumatisierungen.

Seit Februar 2012 absolviere ich den Universitätslehrgang „Psychotherapeutische Psychologie, MSc“ an der Donau-Universität Krems in Kooperation mit der Schweizer Charta für Psychotherapie. Im Rahmen meiner Master Thesis untersuche ich die komplexen Traumafolgestörungen. Ziel dieser Forschungsarbeit ist, ein umfassenderes Verständnis der psychischen Phänomene und Folgen von komplexen Traumatisierungen zu gewinnen. Insbesondere interessiert mich in der Auseinandersetzung mit dem aktuellen Forschungsstand zu den Grundlagen und Behandlungsansätzen komplexer Traumafolgestörungen und den praktischen Erfahrungen von Experten und Expertinnen, *inwieweit die in der Integrativen Therapie vertretene psychotherapeutisch fundierte Kunst- und Kreativitätstherapie nach wiederholt erlittenen Traumata bei erwachsenen Menschen ein wirkungsvolles Instrumentarium darstellen könnte.*

Kategorien, thematische Felder	Fragen	Gedankenstützen, Stichworte
I. Eingangsfrage	<p>Wie ich ja gerade angedeutet habe, interessieren mich die psychotherapeutischen Erfahrungen mit komplex traumatisierten erwachsenen Menschen.</p> <p>Mir kommt es im Interview auf Ihre ganz persönlichen Erfahrungen, Erkenntnisse und Ansichten an. Alles was Ihnen dazu in den Sinn kommt, interessiert mich...fangen Sie doch einfach damit an, was Ihnen zuerst einfällt.</p>	
II. Therapeutische Beziehung	Wie würden Sie die Beziehung in der Arbeit mit komplex traumatisierten Menschen beschreiben? Was ist das Spezifische?	<ul style="list-style-type: none"> Übertragungs-/ Gegenübertragungsgeschehen
III. Therapie/ Behandlungsansätze	In der Integrativen Therapie nehmen die kreativen Medien einen wichtigen Stellenwert ein. Können Sie dazu noch etwas sagen? Inwiefern stellen sie bei der Behandlung komplex traumatisierter erwachsener Menschen ein wirkungsvolles Instrumentarium dar? Inwiefern bergen sie auch Risiken?	<ul style="list-style-type: none"> Phasenmodell Stabilisierung der Ich-Funktionen Ressourcenaktivierung Unterstützung bei den integrativen Funktionen des Bewusstseins, des Gedächtnisses, der Identität oder Wahrnehmung der Umwelt Unterstützung bei der beeinträchtigten sprachlichen Symbolisierungsfähigkeit

Kategorien, thematische Felder	Fragen	Gedankenstützen, Stichworte
IV. Traumafolgesyndrom	An welchen Beschwerden leiden PatientInnen mit einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung?	<ul style="list-style-type: none"> • Dissoziative Mechanismen • Fehlregulation der Affekte „Emotionen“ und Impulse, Veränderung der Aufmerksamkeit und des Bewusstseins • Veränderung der Selbstwahrnehmung (Verlust Kohärenz im Selbsterleben & Kontinuität im Identitätserleben) • Veränderung der Beziehung zu anderen • somatische Symptome • Bedeutungsveränderung
V. Modelle der Ätiologie	Anhand ihrer reichen Erfahrung, was denken Sie sind die Ursachen bei der Entwicklung komplexer Traumafolgestörungen?	<ul style="list-style-type: none"> • Erkenntnisse aus den Neurowissenschaften, biologische Reaktionen beim Erleben von Traumata (Vorgänge im impliziten, expliziten Gedächtnis), Bindungstheorie, • Theorie der Mentalisierung • Entwicklungsperspektive
VI. Theoretische Konzepte	Welche theoretischen Konzepte leiten Sie in der Psychotherapie mit komplex traumatisierten erwachsenen Menschen? Können Sie das in den „Tree of Science“ der IT einbetten?	<ul style="list-style-type: none"> • Persönlichkeitsmodelle • Salutogenese/ Pathogenesemodell • Bewusstseinstheorie
VII. Varia	Fragen die sich aus dem Interview ergeben; offene Fragen der InterviewpartnerInnen	

Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen:

- Nonverbale Aufrechterhaltung
- Können Sie mir noch mehr dazu erzählen? Und dann?
- Wie war das mit ...?
- Wie ging es weiter?
- Können Sie das noch genauer beschreiben?
- Können Sie mir ein Beispiel geben?

Anhang B: Kurzfragebogen / Dokumentationsbogen

Dokumentationsbogen zum Interview und zur interviewten Person

Datum des Interviews _____

Ort des Interviews _____

Dauer des Interviews _____

Interviewte Person _____

Geschlecht _____

Alter _____

Aktueller Beruf (seit) _____

Ausbildung _____

Tätigkeitsfeld(er) (seit) _____

Besonderheiten des

Interviewverlaufs/

Sonstiges: _____

Anhang C: Kategoriensystem mit Ankerbeispielen

Kategoriensystem mit Ankerbeispielen

Oberkategorie	Unterkategorie	Kodierregel	Ankerbeispiel
1. Allgemeine Aspekte, Rahmenbedingungen und Grundhaltungen		Regel für Oberkategorie siehe Unterkategorie	
	Rahmenbedingungen	Beschreibung von Rahmenbedingungen, Therapie settings und Kooperationsverhältnissen im Kontext der Integrativen Traumatherapie ¹	(Z. 68 - 71) also wir arbeiten ja hier sehr viel im Dreier setting? [5] Patient Therapeutin und Dolmetscherin? Ähm, weil wir hier über mit über 20 Sprachgruppen zu tun haben,...
	Qualitätsstandards	Thematisierung der Qualitätsstandards	(Z. 531 - 536) [Einatmen] [räuspern] Ich glaube in der Arbeit mit komplex traumatisierten Leuten muss man äh multimodal vorgehen? Und das war auch mit ein Grund warum wir gesagt haben wir brauchen ja ein Zentrum, mit ganz verschiedenen Angeboten und eben nicht äh die x-te Einzelpraxis die, was weiß ich Psychotherapie auf arabisch anbietet. Das ist was anderes. So.
	Grundhaltungen und Kernkonzepte	Erläuterung des handlungsleitenden Menschenbildes und der Kernkonzepte der Integrativen Traumatherapie	(Z. 14 - 16) Es ist die Grundhaltung der Integrativen Therapie nämlich des intersubjektiven "Ko-responzenmodells" von Wertschätzung und Respekt vor der "Andersheit des Anderen". Also die mich dann leitet.

¹ Die Textstelle wird immer dann der entsprechenden Kategorie zugeordnet, wenn subjektive Hinweise im Untersuchungsmaterial darauf schließen lassen. Dieser Hinweis gilt für alle weiteren Kodierregeln. Auch wenn nicht speziell erwähnt, ist die Kategorie immer im Gegenstandsbereich der komplexen Traumafolgestörungen angesiedelt.

Oberkategorie	Unterkategorie	Kodierregel	Ankerbeispiel
2. Konzeptualisierung komplexer Traumata	Definition	Regel für Oberkategorie siehe Unterkategorie Definition der komplexen Traumafolgestörungen	(Z. 42 - 51) wir in der Integrativen Therapie [4] sagen gut äh [4] Traumatisierungen sind da, äh die teilen wir an eben in "natural disasters" und "man made disasters" und "technical disasters", [5] ja? Und da müssten wir eben schauen, wie sind die Vorschädigungen äh die ein Mensch hat, und äh wie viel Traumata hat der auch schon überwunden? Also wie sind die Copingfähigkeiten wie sind die äh die Resilienzen? Und äh, dann ist auch klar ähm. Die Art und Weise des Traumas äh selber ist nicht entscheidend, sondern äh, das was ein Trauma hinterlässt.
	Folgen	Erläuterung der Folgen von komplexen Traumata	(Z. 62 - 82) [2] Und zwar denke ich das aus dem Grunde [2], weil ich glaube, dass [3] traumatische Erfahrungen ja einen Menschen auf allen Säulen der Identität äh labilisieren, und zu den Säulen der Identität gehört ja auch mein ganzes Wertesystem, [3] oder anders ausgedrückt, also was zerstört wird oder beschädigt wird, das ist Glaube Liebe Hoffnung. ... [5] der Glaube einfach mal an mich selber [3] also [2] das Selbstwertgefühl ist extrem labilisiert [2] der Glaube aber auch ähm [1] vertrauensvoll auf einen anderen Menschen zugehen zu können [2] also im mitmenschlichen Bereich, also Stichwort Bindungsstörungen usw. [3] dann der Glaube, dass es so irgend etwas wie Gerechtigkeit in dieser Welt noch gäbe [2] also das ganze Wertesystem [2] und überhaupt der Sinnkosmos in dem wir uns ja einrichten, mehr oder weniger bewusst, [2] der wird eigentlich durch solche [3] traumatischen Erfahrungen erschüttert. [4] und [3] das führt zu ja massiven [3] Labilisierungsprozessen [3] Ent- und Destruktierungsprozessen [2] und zu Fragmentierung. Also das ist so der [2] große Hintergrund in dem ich äh Trauma verorte.
	Bewältigungsmechanismen	Darlegung der funktionalen und dysfunktionalen Copingstrategien während und nach erlittenen Traumata	(Z. 123 - 132) Ja, also, äh ich sagte ja schon die meisten Leute äh verarbeiten die traumatische Erfahrung die sie gemacht haben, in sogenannten Überwindungsleistungen. Nicht die Überwindungsleistungen heißt dass ich kognitive und emotionale und sozial, mit dem umgehen kann was mir widerfahren ist, und äh was eventuell dazu führt dass ich äh Resilienz entwickle also eine stärkere Widerstandsfähigkeit, dass ich Copingmechanismen entwickle, wie ich mit all dem umgehen kann und äh durchaus, dass es so was gibt wie "traumatic growth". Also Wachstum durch Traumaverarbeitung.

Oberkategorie	Unterkategorie	Kodierregel	Ankerbeispiel
	Diagnostik	Klassifikation der komplexen Traumafolgestörungen	<p>(Z. 313 - 346) Äh musste derjenige ... <u>fliehen</u>? Äh hat seine [2] Arbeit verloren? Einfach die 5-Säulen der Identität nehmen, nicht. So soweit ich es mit äh mit Erwachsenen oder jungen erwachsenen Menschen zu tun habe. Dann kann ich sagen ein junger Erwachsener, gesunder Erwachsener äh Frau oder Mann genderspezifisch ganz wichtig, sieht so und so aus und äh ist kein Bündel von Symptomen. Nicht und wenn ich jetzt ein Bündel von Symptomen habe, äh aus dem ich sagen kann, dass entspricht der ICD-10 bzw. DSM IV, äh Diagnose für eine komplexe <u>posttraumatische Störung</u>, dann sage ich eben so, dass entspricht diesem diagnostischen Label. Und dann nehme ich mir vielleicht noch mal Horowitz "impact of events scale" dazu, also noch mal ein anderes ähm Maß und wenn ich äh eine schwere Depression habe äh dann nehme ich mir vielleicht noch das Beck's "Inventory" dazu und je weniger klinische Erfahrung ich habe, desto mehr muss ich da auch darauf <u>schauen</u> ... ist es eine Depression im Kontext der <u>Borderline Erkrankung</u> oder bringt er die Depression äh schon mit wie lange ist die schon und habe ich die wie ist die Krankheitskarriere und wie hat es auf Medikamente angesprochen ja oder nein? Und dann kriege ich eben ähm einen <u>Einblick</u> darüber, was der an Krankheiten schon mitbringt, <u>prätraumatisch</u>, [3] also, an psychischen Erkrankungen und ... dann habe ich eine Anamnese und sehe was da äh in dem anamnestischen drin war, nun komme ich auf die Familien äh Situation und [da] findet man eben sehr oft jetzt im Suchtbereich in der Familiensituation äh findet man Familien, in denen der Faktor <u>neglect</u>, [3] Defizit Vernachlässigung eine große Rolle spielen und Vernachlässigung ist kein Trauma. [6] Nicht, ist kein Trauma. <u>Trauma</u> ist Überstimulierung, <u>Defizit</u> ist Unterstimulierung oder einseitige Stimulierung.</p>
3. Therapeutische Beziehung	Beziehungsmuster	Beschreibung der therapeutischen Beziehung Erläuterung der spezifischen Beziehungsmuster	<p>(Z. 33 - 40) Da kommt mir viel in den Sinn ja (Lachen). Ähm, mir kommt so Menschen in den Sinn die einerseits sehr viel Sehnsucht haben sehr viel, ähm Wünsche haben, und gleichzeitig sehr viel Misstrauen im Raum steht und es gibt zum Teil ein großes Spannungsfeld ähm, [die] in den Therapieraum kommen und ganz viel Vorstellungen ... und gleichzeitig merken "uh es macht Angst ähm nur schon mit jemandem im Raum zu sein. Es macht Angst dass mich jemand wahrnimmt".</p>

Oberkategorie	Unterkategorie	Kodierregel	Ankerbeispiel
	Erforderliche Qualifikationen	Darlegung der erforderlichen Qualifikationen, die eine gelingende therapeutische Beziehung begünstigen	<p>(Z. 484 - 501) [4] Im Prinzip nein, ich glaube was es auf jeden Fall braucht, ist so eine, so eine offene neugierige Haltung für das Gegenüber. Weil wir haben es ja immer [3] mit [3] einem anderen Menschen zu tun. Egal ob der jetzt komplex traumatisiert, Flüchtling, äh depressiv, äh Professorin sonst was ist. ... jeder Mensch ist [3] verschieden. Und ich äh [3] muss versuchen mir im Beruf die Neugier auf diesen jeweiligen Menschen zu bewahren. [4] Und ich glaube dann geht es gut. Dann kann ich es in der Beziehungsgestaltung [4] äh versuchen rauszufinden wo ist der Weg? Und bei uns kommt ja auch noch dazu dass wir ja im interkulturellen Setting arbeiten, auch da braucht es ja eine sehr hohe [3] ja auch Neugier, nicht? Äh interkulturelles Wissen ist das eine aber [2] ich muss mich natürlich trotzdem jeweils in die [3] in die Kultur des Patienten oder der Patientin [5] ihm irgendwie hineinarbeiten und dass muss ich übrigens auch bei deutschen Patientinnen und Patienten, Ähm in die sp. äh spezifischen Subkulturen.</p>
	Fallstricke	Thematisierung der Fallstricke, die sich in der therapeutischen Beziehung und im Therapieprozess nachteilig auswirken	<p>(Z. 425 - 435) Und gleichzeitig bedeutet es, einer unglaublichen Achterbahn [5], der Kontaktaufnahme und des Kontaktabbruches [5] auch dort gibt es ein Oszillieren. Also ich werde zurückgestoßen [3] und ich werde herangezogen. Ich werde entwertet und ich werde kontrolliert. Die Beziehungsgestaltung wird oft sehr kontrollierend von Seiten der Traumatisierten. Weil [3] das wichtig ist und das muss ich verstehen und das darf ich nicht entwerten, dass darf ich nicht als Aggressivität, als Abwehr oder so etwas, die ich zu unterlaufen hätte verstehen, dann werde ich dem nicht gerecht.</p>
	Bedeutung	Thematisierung der therapeutischen Beziehung als Wirkfaktor	<p>(Z. 1035 - 1042) [5] Ich glaube dass es schön ist die Geduld zu haben mit den Menschen. Also ja Geduld hört sich jetzt so an als wenn wir G... sondern einfach auch den Langmut oder oder die müssen ja selber auch Geduld und Langmut beweisen und mir hat kürzlich jemand gesagt: „wissen Sie auch wenn es manchmal gar nicht klar war wohin wir gehen einfach dass Sie dabei geblieben sind“. Das ist eigentlich auch für beide Seiten eine schöne Erfahrung.</p>

Oberkategorie	Unterkategorie	Kodierregel	Ankerbeispiel
4. Wege der Heilung und Förderung	Grundlegende Strategien in der Behandlung	Darlegung der Behandlungsziele	<p>(Z. 138 - 148) [3] das heißt äh der Ansatz ist ressourcenorientiert, ich gehe also <u>nicht</u> mal primär von den Defiziten aus, was nicht mehr funktioniert, sondern würde eher in so einem ersten Gespräch, wenn mir jemand erzählt wie furchtbar das alles ist sagen [4] was hat sie den befähigt, überhaupt zu überleben? Also ich suche [4] nach dem was ein Anker sein könnte und wo ja offenbar die Psyche größere Überwindungsleistungen schon vollbracht hat. [5] Also darum geht es dann sicherlich auch äh diese Muster [4] zu überprüfen [2] inwiefern waren sie überlebensnotwendig und sind aber heute eigentlich <u>lebensvermeidend</u>. [4]</p>
	Stabilisierung der 5-Säulen der Identität	Veranschaulichung des integrativen Identitätskonzeptes	<p>(Z. 1357 - 1370) ja die brauchen eine kohärente Persönlichkeit, dabei brauchen sie ein stabiles beruhigtes Selbst, nicht? Das in den physischen Regulationsfähigkeiten und <u>in dem mit sich selbst [4] vertraut sein</u>, dass da eine Ruhe reinkommt. Und wir sagen ... Ich-Funktionen nämlich das sind Wahrnehmungsfunktionen, nicht? Es ... ist durchaus möglich dass da auch äh Ich-Funktionen sind die so ein bisschen flackerig werden, da muss ich natürlich auch was tun. Aber letztlich geht es doch darum, ähm auch die <u>Identität mit reinzunehmen</u>, nämlich das ist die Wertesäule. Nicht das ich sage, ok und es gibt böse Menschen, und nicht alle Menschen sind <u>böse</u>, nicht? Also das meinen Sie ... mit dem Kohärenzerleben. Und da ... stimmen wir überein, nicht?</p>
	Bearbeitung von Dissoziationsphänomenen	Erläuterung des Umgangs mit dissoziativen Phänomenen in der Arbeit mit komplex traumatisierten Menschen	<p>(Z. 1301 - 1306, 1324 - 1329) Jeder Neurobiologe weiß aber, wenn eine Sache noch mal neu durchläuft, wird die tiefer geskriptet. Das heißt also, äh [3] das [3] <u>Wiederdurchleben [3]</u> vertieft eigentlich [3] äh die Erfahrung, [5] die kann aber auch dazu führen, dass man sich da dran gewöhnt Und es gibt andere Methoden, [4] nicht nur in der integrativen Therapie, Hypnotherapie, hat ganz gute Effekte hm [4] da brauche ich <u>nicht [4]</u> in die Exposition zu gehen und ich kriege auch eine Reduktion von Intrusionen, äh von <u>dissoziativen Vorsch.. äh.. stellungen</u> und so weiter.</p>

Oberkategorie	Unterkategorie	Kodierregel	Ankerbeispiel
	Integration	Thematisierung von Integrationsprozessen	<p>(Z. 968 - 991) Ähm und da denke ich wenn es einem gelingt in die Phase zu kommen von "jetzt merke ich meinen Körper und jetzt tut es mir überall weh und ... ich merke dass ich plötzlich mich Menschen öffne" und das kann einem ja auch das kann schön sein aber gleichzeitig tut es auch weh wenn man da ... in eine Phase kommt wo es einen Schritt weiter geht zu sagen: "ok ich kam eben all dem was ich wahrnehme dann doch noch in eine Gestaltung reinkommen zu dem wie ich es gerne hätte und ich kann manche Wünsche mir erfüllen ich kann mich aber auch mit den Dingen die jetzt halt nicht mehr möglich sind, mich ein Stück, ja versöhnen ist ein großes Wort aber mit denen leben". Ich denke jetzt an einen Patienten der ... ist ein sehr intelligenter Mensch und der hat seine Kapazitäten gar nicht ausleben können und weiß das aber sehr genau. Und dann irgendwann zu einer ... Ruhe zu kommen und zu sagen "ok es ist so wie es ist aber ich kann mit dem wie es jetzt möglich ist weiter gehen." [2] Ähm, ich erlebe oft ... wenn ... diese, ersten Traumatherapiephasen vorbei [sind] eine große Krise, dass die Leute da stehen und sagen "ja und jetzt?" "So viel nehme ich wahr und eigentlich ... ist mir alles zu viel ich würde gerne wieder zurück (Lachen) ins Abgespalten sein". Und den Schritt dann weiter zu gehen das wäre für mich, ein geglückt sein.</p>
5. Therapeutische Methoden und Behandlungstechniken	Behandlungstechniken	<p>Regel für Oberkategorie siehe Unterkategorie</p> <p>Erläuterungen zum Einsatz des intermedialen Konzeptes der integrativen Therapie mit kreativen Medien im Rahmen der Behandlung von Trauma-folgesymptomen</p>	<p>(Z. 109 - 120) Und das sieht für mich unterschiedlich aus hm [4] ich habe ja keine körpertherapeutische Ausbildung, ich arbeite eigentlich nicht "hands on" [hörbares einatmen] also [6] aber ich arbeite <u>imaginativ</u> mit dem Körper. Und da Sie ja an den kreativen Medien interessiert sind, ich arbeite [2] mit Körperbildern und ich lasse die malen ähm, ich arbeite mit Dialogen zu Körperteilen ähm [3] narrative Elemente zu erzählen, ist wie immer wichtig [4] ähm ich lasse auch gestalten, also früher habe ich selber noch mit L.. L.. ähm Lehm und Ton gearbeitet, dass tue ich jetzt nicht mehr aber ich <u>rege das an</u> wer das mag, oder manche Leute machen Puppen oder Masken oder so etwas, also [5] das ist mal so die Körper-ebene.</p>

Oberkategorie	Unterkategorie	Kodierregel	Ankerbeispiel
	Prozessbeispiele	Veranschaulichung anhand von Prozessbeispielen.	<p>(Z. 1015 - 1039) [3] da haben wir äh bei dieser Patientin haben wir übrigens auch im [Klingel] [6] über Malen [5] ähm [5] so g.. g.. ganz kleine Körperbilder. Ähm und wo sie dann so fü... gemalt hat was ihr gut tut, wo es ihr gut geht im Körperlichen, wo es ... ihr [nicht] gut geht und darüber sind wir ins Gespräch gekommen auch äh direkt äh was das Trauma betrifft? Und ähm [7] äh [5] wo es so ein Stück hoch kam und und ... auch bearbeitet werden konnte, nicht? Das war bei der Patientin ganz spannend weil das lief über ihre Hände? Sie hat dann ihre Hände so ganz [3] rot und so wütend und so, nicht? Und dann [räusperm] [4] ja und irgendwann ich weiß nicht mehr genau wo [leise] wo es auch angenehm war und so? Jedenfalls kam dann über die Hände da sagt sie "ja meine Hände die haben was getan was ich nicht wollte und ähm [4] die sind schmutzig? Und [2] über die Hände [3] haben wir dann sage ich: "ja das ist aber auch die Hände, die meinen Mann liebt und st.. ge.. gestreicht hat und das sind die Hände die wir uns zur Begrüßung und zum Abschied reichen und [2] dann haben wir über die Arbeit an den Händen [3] konnte es so ein Stück [3] Versöhnung mit sich selbst. Weil da war so ganz stark äh ich bin vergewaltigt worden ich habe es nicht verhindert im Gegenteil ich habe ja noch mitgemacht. So. Und das war so die [2] das Narrativ was sie hatte, nicht? Und das ... konnte sich dann ein Stück verändern?</p>
	Potenziale	Einschätzung zur Wirksamkeit des intermediären Konzeptes mit kreativen Medien	<p>(Z. 685 - 711) Und wenn wir [2] sehen dass komplex traumatisierte Menschen ja zutiefst in ihrem inneren Selbst in ihrem inneren Selbstverständnis geschädigt, gestört und verletzt worden sind. Äh und verletzt. Dann wird ja auch dieser ganz vitale Teil, dieser tief in uns sitzende ganz vitale Teil, der ja zutiefst mit unserem schöpferisch sein können verbunden ist, also Lebensgestaltung in ganz breiter Form. Der wird ja auch geschädigt. Und das heißt für mich, dass [bei] all diesen kreativen Angeboten, die wir machen können aus der Integrativen Therapie ja genau dieser tiefe innere vitale Teil des Selbst wieder zum Leben [komm].</p>

Oberkategorie	Unterkategorie	Kodierregel	Ankerbeispiel
	Risiken	Thematisierung der Risiken in der Arbeit mit kreativen Medien	<p>(Z. 774 - 794) Das Risiko wäre dass er zurtückschreckt, ja? Sich überfordert fühlt? Dann gibt es noch ein Risiko über etwas was ist, das erleb ich weniger jetzt mit mir sondern eher in den Supervisionen die ich mache, dass aus Hilfflosigkeit, irgendein kreatives Medium angeboten wird und der Therapeut die Therapeutin an der Stelle aus der Beziehung raus geht und sich auf das Medium verlässt. Ja, das ist ein Risiko, wenn ich so was zur Hand habe, dann nehme ich es ja auch. Ich, kein Mensch will in der Klemme sitzen bleiben nicht? Und äh das ist ein Weg, ein <u>vermeintlicher</u> Weg aus einer Sackgasse rauszukommen. Und das ist es nicht. Das ist es nicht. [3] Sondern es muss wirklich sehr fein austariert, indiziert sein. Und dann ist es, wunderbar. Aber das ist das Risiko ja? Das oder eins der Risiken. Dass äh, einmal [2] der Patient überfordert ist, dass ... Therapeuten das nicht ausreichend vorher, in den Blick nehmen. Dann äh die eigene Unsicherheit oder die eigene Hilfflosigkeit damit übergehen, nicht? Dann tut man ja was, das ist so ein Wegagieren, von dem was ist. Ja? (Ausatmen) [4] Ja. Ich glaube das Risiko liegt darin, wenn wir ... Therapeuten nicht sehr bewusst, über die Wirkkraft und die Potenziale die in diesen Medien drin stecken Bescheid wissen und da sehr sorgfältig damit umgehen. ... [zum] Wohl des Patienten. Ja.</p>
6. Wirkfaktoren		Thematisierung schulübergreifender Wirkfaktoren mit Rückgriff auf die empirische Psychotherapieforschung	
	Extratherapeutische Wirkfaktoren	Thematisierung der extratherapeutischen Wirkfaktoren	<p>(Z. 552 - 565) Und da muss man sich drum kümmern. Ich sage immer wieder, wir als Psychotherapeuten, ich muss jetzt nicht losgehen und mit dem eine Wohnung suchen. Aber ich muss entweder äh sagen: "ok passen Sie mal auf hier in [Stadt] kümmert sich der und der da drum", oder ich kann im hier im Zentrum sagen: [4] "nebenan ist mein Kollege Sozialpädagoge bitte machen Sie der kümmert sich um so was machen Sie einen Termin mit ihm". So. Nicht? Also diese Verpflichtung denke ich ... gehört einfach zum Kontext dazu. So. Nicht das ich losrenne, nicht? Dann komme ich aus meiner Rolle da raus. Aber dass ich es sehe und dass ich es würdige und dass ich [einatmen] dann möglichst Tipp gebe bzw. delegiere äh wo das äh [3] <u>behandelt</u> werden kann sozusagen. Also das ähm [5] ist da wichtig.</p>

Oberkategorie	Unterkategorie	Kodierregel	Ankerbeispiel
7. Persönliches Wachstum & Grenzen	Kontextuelle Grenzen, Patientenvariablen, subjektiv erlebte Grenzen der Professionellen	Darlegung der Wachstumspotentiale und Grenzen Thematisierung struktureller Einschränkungen (sowohl innerhalb der Institution als auch im gesellschaftlichen Kontext); Beschreibung behindernder KlientInnen- und TherapeutInnenvariablen	(Z. 1182 - 1205) Ähm [räuspern] die <u>Kontextebene</u> der Arbeit ist auch wichtig? ... äh wir leiden ein ganzes Stück daran wir sind ein eingetragener Verein eine NGO, und wir müssen jedes Jahr wieder das Geld aufreiben für unsere Arbeit. Das ist eine hohe Zusatzbelastung. [3] Ähm [4] das ist im Grunde schlecht geregelt, nicht? Das ist einerseits der Versuch die Flüchtlinge mehr in die öffentliche Gesundheitsreform überhaupt reinzubringen an der Säule arbeiten wir eigentlich von Anfang an, und gleichzeitig da wo es wirklich eine spezialisierte und synergetische Behandlung bedarf die Arbeit hier im Zentrum dann vorzunehmen? Ah aber wir werden nicht bezahlt für die [4] Arbeit die wir regulär tun wir werden hauptsächlich bezahlt wenn wir wieder irgend ein [2] ganz innovatives tolles Projekt für die nächsten 1 1/2 Jahre, ja [einatmen] aufreiben und dann irgend eine Stiftung oder so europäische äh.. pf.. Pipapo uns da bezuschusst und das ist anstrengend. Das ist sehr anstrengend. Und es gibt halt auch für die, gerade für die Arbeiterzentren bundesweit die Forderung [4] nach einer durchgängigen öffentlichen Finanzierung. Und zwar [bis] ... zu mindestens 50 %. Ja. [4] Aber da [2] sind wir leider noch einen ganzen Schritt entfernt davon. [6]. Na [leise, betroffen]. [7] Das ist dann der größere Kontext in der Arbeit jeweils, nicht? [13] Ja. Soweit.
	Persönliches Wachstum, Transformation des Bewusstseins-erlebens	Beschreibung von Wachstumsprozessen	(Z. 856 - 864) [7] Vielleicht das noch sagen, ich sagte ja es ist eine Wahnsinnsarbeit, aber [4] ähm es ist für mich auch [3] nach all den Jahren eine sehr schöne Arbeit [Betonung]. Eine <u>bereichernde</u> Arbeit, [5] eine Arbeit bei der ich selber gewachsen bin [6] ähm [6] [Telefon summt] die mich [1] auch mit einer Dankbarkeit erfüllt [5] weil ich doch viele Prozesse habe begleiten dürfen [4] ähm [5] die eben nicht in den Suizid geführt sind [5] sondern in erweiterte Handlungsspielräume und Sinnhorizonte

Anhang D: Transkriptionsrichtlinien

In Flick (2011), *Qualitative Sozialforschung*, S. 379 ff. sind einige Überlegungen angegeben, die hier kurz gefasst sind ...

- Ehms, äh, ähm, mhms werden transkribiert;
- "Ne", "nem" und andere mundartliche und umgangssprachliche Formulierungen werden schriftsprachlich reformuliert, Wortwiederholungen bleiben stehen;
- An paralinguistischen Phänomenen wird notiert: kurze Pausen als Komma, Stimm-senkung und Pause als Punkt, lange Pausen mit Benennung der ungefähren Sekundenzeit, z.B. [6];
- Die Stimmhebung am Aussageende als Fragezeichen;
- Mundart bleibt Mundart, was aber nicht übertrieben werden muss;
- Paraverbale Notizen können eingefügt werden ([wirkt angestrengt], [ironisch], [sehr leise], [Lachen], [Kopfschütteln]);
- Betonung: unterstreichen oder fett;
- Wird jemand zitiert (Meine Oma hat gesagt: "Du ... "), dann wird das Zitat auch mit " " kenntlich gemacht.
- Die Anonymisierung findet nach der Transkription statt, am besten mit der Suchen- & Ersetzen-Funktion der Textverarbeitung.