

Integrative Bewegungstherapie

Internetzeitschrift für klinische Bewegungstherapie, Körperpsychotherapie und bio-psycho-sozial- ökologische Gesundheitsförderung

(peer reviewed)

begründet 1990 von *Anne Schubert, Apostolos Tsomplektis, Hilarion G. Petzold, Martin J. Waibel*

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Integrative Leib- und Bewegungstherapie e.V. (DGIB e.V.),
Cornelia Jakob-Krieger, Geldern; *Annette Höhmann-Kost*, Ludwigsburg; *Martin J. Waibel*, Aulendorf;
Hermann Ludwig, Hannover; *Hilarion G. Petzold*, Hückeswagen

in Verbindung mit:

„Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,
Naturtherapien und Kreativitätsförderung“

Materialien aus der EAG, 2001 gegründet und herausgegeben von:

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

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

„Integrative Bewegungstherapie“ ISSN 1437-2304

Ausgabe 02/2023

Posttraumatische Belastungsstörungen - Behandlungsmöglichkeiten aus der Sicht der *Integrativen Therapie*

*Didem Ekrem, Zürich **

* Aus der „Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit und Integrative Therapie“ (SEAG). Die SEAG bietet u.a. eine akkreditierte Postgraduale Weiterbildung für Integrative Psychotherapie an. Wissenschaftliche Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. **Hilarion G. Petzold**, Dr. phil. **Katharina Rast-Pupato**, lic. phil. **Lotti Müller**, MSc. mailto: info@integrative-therapie-seag.ch; oder: EAG.FPI@t-online.de, Information: www.integrative-therapie-seag.ch, EAG-Weiterbildung „Integrative Psychotherapie“. Betreuerin/Gutachter: Ulrike Mathias-Wiedemann, Dipl.-Päd. / Prof. Dr. Hilarion G. Petzold.

Für die „Deutsche Gesellschaft für Integrative Leib- und Bewegungstherapie e.V. (DGIB)“, Im Obstgarten 6, 88326 Aulendorf, Tel: 07525-7449, Mail: info@ibt-verein.de, Leitung: Cornelia Jakob-Krieger, Geldern; Annette Höhmann-Kost, Ludwigsburg; Martin J. Waibel, Aulendorf; Hermann Ludwig, Hannover; sowie der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung, Hückeswagen (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Dipl.-Sup. Ilse Orth, MSc Mail: forschung@integrativ.eag-fpi.de, oder: info@eag-fpi.de, Information: <http://www.eag-fpi.com>).

„Videamus primum, quid curandum sit, deinde, quemadmodum“ Seneca

Lass uns erst sehen, was behandelt werden muss, sodann auf welche Weise (Fink 1992)

„Habe ich meinen Körper verloren, so habe ich mich selbst verloren. Finde ich meinen Körper, so finde ich mich selbst. Bewege ich mich, so lebe ich und bewege die Welt. Ohne diesen Leib bin ich nicht als mein Leib bin ich. Nur in der Bewegung erfahre ich mich als mein Leib, erfährt sich mein Leib, erfahre ich mich. Mein Leib ist die Koinzidenz von Sein und Erkenntnis von Subjekt und Objekt.

Er ist der Ausgangspunkt und das Ende meiner Existenz“

Petzold, 1988n, S. 21

Inhaltsverzeichnis

1 Einführung.....	4
2 Integrative Therapie - Eine Integrative Anregung.....	5
3 Posttraumatische Belastungsstörung	7
3.1 Einteilung der traumatischen Ereignisse.....	7
3.2 Symptomatik	9
3.3 Prävalenz	9
3.4 Pathophysiologie.....	9
3.5 Forschungsstand.....	10
4 Integrative (Trauma)-Verfahren	14
4.1 Definition Traumata nach Integrativen Therapie.....	16
4.2 Theorie der Integrativen Therapie	16
4.2.1 Neurowissenschaftliche Grundlage.....	16
4.2.2 Der informierte Leib – komplexes Lernen und das Leibgedächtnis	17
4.2.3 Stresstheoretische und traumaphysiologische Rahmenkonzeption.....	19
4.3 Krankheitslehre in der Integrativen Therapie	20
4.3.1 Die philosophisch-anthropologische Gesundheits- und Krankheitslehre	21
4.3.2 Die klinische Gesundheits- und Krankheitslehre.....	22
4.4 Leiborientierung	24
4.4.1 Leiblichkeit.....	25
4.4.2 Der informierte Leib	25
4.4.3 Das Leibgedächtnis.....	26
4.5 Intermediale Arbeit	27
4.5.1 Kreative Medien	28
4.6 Ansätze der Integrativen Traumatherapie	29
4.6.1 Biopsychosozialer/biopsychosozioökologischer Ansatz.....	30
4.6.2 Regulations- und entspannungstherapeutischer Ansatz	30
4.6.3 Integrative und Differenzielle Relaxation (IDR).....	31
4.6.4 Integrative und Differenzielle Relaxation im Traumaformat (IDR-T)	33
5 Expositionstechniken bei PTBS.....	34
6 Resümée und Schluss.....	39
7 Zusammenfassung/Summary.....	41
8 Literaturverzeichnis	42

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Schematische Einteilung traumatischer Ereignisse	8
---	---

1 Einführung

„Der Mensch als Teil der Lebenswelt ist nicht statisch. Der Mensch als erkennendes Subjekt steht im Wandel. Der Mensch als soziales Wesen schafft Wandlung“ (Orth & Petzold, 1990c). Gemäss der integrativen Therapie (H. G. Petzold) wirken sich traumatische Erfahrungen auf die gesamte Identität eines Menschen aus. Mit den Modellen, Ansätzen und Methoden dieses Behandlungsverfahrens werden sowohl die Effekte der Traumatisierungen als auch Möglichkeiten zur Linderung der Symptome und zur Heilung der von posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS, auch Traumafolgestörungen) Betroffenen aufgezeigt. Das zentrale Anliegen der Integrativen Therapie besteht nicht nur darin, Ressourcen und Lösungspotenziale zu entwickeln und zu stärken, sondern zugleich Handlungsspielräume zu erweitern, so dass neue Perspektiven sowie eine verbesserte Lebensqualität entstehen können. Im Rahmen der heutigen traumafokussierten Psychotraumaverfahren sind (Event-) Konfrontationen oder das Durcharbeiten der Traumata sowohl aufgrund der Retraumatisierungsrisiken als auch aufgrund der *Patient Security* und gemäss *Informed Consent* besorgniserregend. Das integrative Verfahren soll neben therapeutischen Massnahmen wie Stützung, Beruhigung, Klärung, psychophysiologischer Spannungsregulation, Strukturierung der Lebenssituation, Ressourcenaktivierung und Resilienzförderung auch lösungs-, zukunfts- und sinnorientierte Massnahmen beinhalten, da sich diese als weitgehend ausreichend erwiesen haben. Auf Patientenwunsch (nach einer Aufarbeitung des Traumas) kann der Ansatz der expositionsfreien Traumabehandlung ‚*moderate Exposition*‘ zur Anwendung kommen. Bei dieser werden die Erinnerungen mit Körperresonanzen und gegebenenfalls auch mit Bildern (jedoch nach Möglichkeit ohne Vertiefung) aufgerufen, um „aktivierte Strukturen“ zu erhalten. Dabei wird eine traumatoforme psychophysiologische Situation inszeniert, wodurch aus dem „Leibgedächtnis“, dem „informierten Leib“, Erinnerungen (wie oben beschrieben) abgerufen werden. Hierfür sollen dann korrektive psychophysiologische Erfahrungen eingebracht werden (Petzold, Wolf, Josi & Seffan, 2000).

Der Mensch ist nach Orth und Petzold (1993c) ein multisensorisches, multiexpressives und multimnestisches Wesen. So ist er mit allen Sinnen in der Welt, die er wahrnimmt, sie in kognitiver und emotionaler Weise verarbeitet und abspeichert und aus diesem Welt- und Selbsterleben schöpferisch werden kann. Mit der *Integrativen Therapie* wurde ein intermedialer Ansatz anhand einer Anthropologie des „schöpferischen Menschen“ entwickelt. In klinischer

Hinsicht wird das neurobiologische Prinzip „multipler Stimulierung“ eingesetzt und die einzelnen kreativen Medien und künstlerischen Methoden werden entwicklungspsychologisch begründet.

Auf dieser Basis wurden übungsspezifische Vorgehensweisen entwickelt, um für Betroffene mit PTBS indikationsgerechte Behandlungsmöglichkeiten anzubieten. Wie *Petzold* feststellt, sind PTBS-Patienten in ihrer Leiblichkeit beschädigt: „Das Lebensschicksal der Patienten ist die Geschichte ihres Leibes.“ (*Marcel, 1974j*). Die PTBS-Patienten sind in ihrer Leiblichkeit beschädigt. Solche Schädigungen führen zum Anästhesieren des Leibs, zum Amnesieren des memorativen Leibes sowie zum Ausbremsen des expressiven Leibes. Die Auswirkungen davon sind „multiple Entfremdungen“. Deshalb gilt es, in allen Wahrnehmungs- und Ausdrucksbereichen den Menschen zu unterstützen, seine Wahrnehmungsfähigkeit und seine Ausdrucksfähigkeit wieder zu reaktivieren oder zu entwickeln sowie die „Archive“ seiner Erinnerung zu öffnen (*Orth, Petzold, 1991a*). Nach den Autoren führt dies zu einer Entwicklung der Persönlichkeit und der persönliche Potentiale. Unser therapeutisches Handeln nach *Orth* und *Petzold* (1991a) versucht, die basalen Erkenntnisprozesse, die vom wahrnehmenden und sich ausdrückenden Leib zu sehen sind, wieder neu zu beleben, wo sie unterbrochen, gehemmt oder unterdrückt worden sind. Ein mehrperspektivischer Zugang zum leidenden Menschen stellt eine Herausforderung dar. Die Position der Integrativen Therapie besteht zudem darin, biopsychosoziale Einflüsse sowie kulturelle, ökologische, sozioökonomische und kontextbezogene Phänomene und stets eine multifaktorielle Genese für Gesundheit und Krankheit zu berücksichtigen. Durch vielfältige sensorische Angebote werden Patienten emotional, kognitiv und volitional aktiviert. Patienten lernen dadurch Neues, damit sie eine vielfältige neue Stimulierung – *multisensorialité* – sowie gleichzeitig damit verbunden vielseitige neue Ausdrucksmöglichkeiten – *multiexpressivité* – erhalten (*Petzold, 1973b; Sieper, J., Orth, I., Petzold, H.G. 2020; Petzold, H. G., Sieper, J., Mathias-Wiedemann, U. 2022*).

2 Integrative Therapie - Eine integrative Anregung

Die Psychotherapie ist eine die Selbstkenntnis erweiternde und beziehungs-dynamische Vorgehensweise eines wechselseitigen Mitgefühls/Empathie in intersubjektiven Prozessen (*Petzold, Mathias-Wiedemann 2019a*). Das Ziel dabei ist, mittels professioneller Anleitung und psychoedukativer Information zu einer gesundheitsbewussten Lebensführung auf Basis biomedizinischer Erkenntnisse beizutragen und nach Möglichkeit Heilung oder mindestens Linderung oder Besserung sowie Gesundheitsförderung, aber auch Tröstung zu erreichen. Im

Verlauf werden in individualisierter Behandlung in einem *Informed Consent*, einem erklärten Einverständnis, welche jeweils subjektive Dimension nicht nur der Patientin, sondern auch der Therapeutin ebenso die gesunden Seiten der Hilfesuchenden, unter Beachtung der Erkenntnisse – auf dem neusten Stand der Entwicklungspsychologie und der Einbezug von Neuro- und Biowissenschaften mitberücksichtigt (*Petzold, 1988n*). Nach *Petzold* und *Orth* (2017b) verbindet eine beziehungstheoretisch fundierte Perspektive der Psychotherapie mit einer weit gefassten Perspektive, die Entwicklungspsychologie, neuro- und biowissenschaftliche Erkenntnisse und Genetik sowie Epigenetik einbezieht. Die Therapieziele sollen die Wiederherstellung von Gesundheit, eine Wiederherstellung der Unversehrtheit (*restitutio ad integrum*) und dementsprechend eine Heilung ohne bleibende Schäden sein. So ist die Behandlung sowohl auf eine weitgreifende Wiederherstellung der physiologischen Gesundheit – was oftmals nicht möglich ist – als auch auf die Wiederherstellung der Integrität des Menschen ausgerichtet. Folglich kann trotz und während der Erkrankung Würde bewahrt oder sogar wiedergewonnen werden, wie dies in der Integrativen Therapie im Konzept der *Patient Dignity* vertreten wird (*Müller & Petzold, 2002*). Den Patienten sollten Zeit und Raum gegeben werden, bis sie mit sich und mit Therapeuten in ein Vertrauensverhältnis kommen können, damit das „Grundvertrauen“ wiedergefunden werden kann (*Petzold, 1980g*).

Ein solches Vertrauen kann dazu beitragen, sich selbst wieder zu entdecken – das (Grund-)Vertrauen zum eigenen Körper und Leib. „Wo immer therapeutische Beziehung dieses Grundvertrauen zum gegenwärtigen Zeitpunkt setzen kann, wo immer zwischen Therapeutin und Patientin diese Ebene primordialer Koexistenz zum Schwingen kommt, ist Heilung möglich.“ (*Petzold, 1980g*). Die philosophische Anthropologie – Anthropologie des schöpferischen Menschen – der Integrativen Therapie, welche den Menschen als intersubjektives Leibsubjekt in der Lebenswelt sieht, ist für die Psychotherapie besonders wichtig. So beruht die Anthropologie des integrativen Therapieangebots nach *Petzold* und *Orth* (2017a) wesentlich auf dem Begriff des «informierten Leibs». So wird das Leibsubjekt über die Sinne durch die Welt geformt und informiert. Die wahrgenommene Welt ist umgekehrt auch eine sinnlich realisierte Schöpfung des Menschen, welcher sich nur als Gemeinschaftswesen in und mit der Natur selbst als Mensch erschaffen kann (*Petzold, Ellerbrock & Hömberg, 2018a/2020*). Dabei ist das wesentliche Ziel der Integrativen Therapie eine kreative Lebensführung, durch welche das Leben künstlerisch als Lebenskunst gestaltet werden kann. Zudem wird die Anthropologie des schöpferischen Menschen nach *Orth* und *Petzold* (1993c) in

den kreativitätstherapeutischen Methoden des Verfahrens klinisch bedeutsam. Allen Sinnen des wahrnehmenden (perzeptiven) Leibes entsprechen Ausdrucksformen des expressiven Leibes, wobei der Mensch mit multipler Stimulierung aktiviert wird.

Als Therapeutin in der Arbeit mit Menschen mit Traumafolgestörungen fragte ich mich, wie der Integrative Ansatz dazu beitragen könnte, Traumafolgestörungen umfassend und adäquat zu behandeln. Im ersten Teil dieser Arbeit wird, ausgehend von allgemeinen Grundlagen über Störungsbild bis hin zum Forschungsstand vorgestellt. Im zweiten Teil der Arbeit wird das Integrative (Trauma-) Verfahren dargelegt. Im letzten Teil der Arbeit werden traumaorientierte Therapien (Expositionstechniken), welche bei der Behandlung von Traumafolgestörungen eingesetzt werden, dargestellt und mit der Integrativen Therapie abgeglichen. Im letzten Teil der Arbeit werden die wichtigen Aspekte in der Schlussfolgerung nochmals zusammengefasst.

3 Posttraumatische Belastungsstörung

Die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) ist eine weitverbreitete psychische Erkrankung, die nach einem schweren traumatischen Ereignis auftreten kann. In den Vereinigten Staaten gehört sie zu den häufigsten psychischen Störungen (*Kessler, Petukhova, Sampson Zaslavsky & Wittchen, 2012*). Die posttraumatische Belastungsstörung zeigt sich durch die Entwicklung belastender psychischer Symptome nach der Konfrontation mit einem traumatischen Ereignis (*American Psychiatric Association 2013*). Gemäss der Internationalen Klassifikation der Störungen (ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) werden Traumata als kurz- oder lang-anhaltende Ereignisse von aussergewöhnlicher Bedrohung bzw. katastrophalem Ausmass definiert, die nahezu bei jedem Menschen tiefgreifende Verzweiflung auslösen würden (*World Health Organization 2014*). Im Diagnostischen und Statistischen Manual psychischer Störungen (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) werden Traumata als Ereignisse beschrieben, die eine Konfrontation mit dem Tod, schwerer Verletzung oder sexueller Gewalt beinhalten (*APA 2013*).

3.1 Einteilung der traumatischen Ereignisse

Nach *Gysi (2020)* werden traumatische Ereignisse in vier Formen eingeteilt: direktes Erleben, persönliches Miterleben (wie andere von einem traumatisierenden Erlebnis betroffen sind),

indirektes Erleben (Auftreten in der nahen Familie bzw. bei engen Freunden oder Bekannten) sowie eine wiederkehrende oder extreme Konfrontation. Des Weiteren lassen sich traumatische Ereignisse nach verschiedenen Faktoren kategorisieren. Als Orientierung hat sich dabei die Einteilung in akzidentielle, menschlich verursachte und medizinische Traumata sowie in kurze, sequentielle und langfristige Traumata (Typ I, II und III) bewährt (siehe Tabelle 1). Typ-I-Traumata sind meist durch akute Lebensgefahr, plötzliches Auftreten und Unvorhersehbarkeit gekennzeichnet; Typ-II-Traumata durch Serien verschiedener traumatischer Einzelereignisse und durch eine geringe Vorhersagbarkeit des weiteren traumatischen Geschehens und Typ-III-Traumata wiederum entstehen durch organisierte sexuelle Ausbeutung und ritualisierte Gewalt.

Tabelle 1: Schematische Einteilung traumatischer Ereignisse
(Darstellung in Anlehnung an Gysi (2020))

	akzidentell	durch Menschen verursacht/intentional	medizinisch
Typ-I-Trauma (einmalig/kurz andauernd)	<ul style="list-style-type: none"> - Verkehrs-/Arbeitsunfälle - berufliche Traumata (z. B. bei Einsatzkräften) - Naturkatastrophen 	<ul style="list-style-type: none"> - Vergewaltigung - körperliche Gewalt - Unfälle - Terroranschläge 	<ul style="list-style-type: none"> - schwere akute Erkrankung (z. B. kardial, neurol.) - Komplikationen bei Geburten u. Narkosen
Typ-II-Trauma (wiederholt/anhaltend)	<ul style="list-style-type: none"> - lang anhaltende Naturkatastrophen (z. B. Flut, Erdbeben) - technische Katastrophen 	<ul style="list-style-type: none"> - Sex./körperl. Gewalt in Kindheit u. Jugend - Folter, politische Inhaftierung - Kriegserlebnisse 	<ul style="list-style-type: none"> - lebensbedrohliche Erkrankungen (HIV, Krebs, schw. COPD, Herzinsuffizienz) - schwere, unheilbare Erkrankungen
Typ-III-Trauma (organisiert/langfristig)		<ul style="list-style-type: none"> - organisierte sex. Ausbeutung - ritualisierte Gewalt 	

3.2 Symptomatik

Zu den diagnostischen Symptomen einer PTBS gehören das Wiedererleben des Traumas in Form von aufwühlenden Gedanken, Alpträumen oder Flashbacks, die Vermeidung der Erinnerungen an das Trauma sowie negative Stimmungs- oder Wahrnehmungsstörungen, einschliesslich der Schwierigkeit, sich an das Trauma zu erinnern. Des Weiteren leiden die Betroffenen unter eingeschränkten Affekten und erhöhter physiologischer Erregung, die sich als Hypervigilanz, übertriebene Schreckreaktionen und Konzentrations- oder Schlafstörungen äussern kann. Die Diagnose hängt dabei von denjenigen Symptomen ab, die eine klinisch signifikante Belastung und Beeinträchtigung der Arbeits-, Sozialisations- oder Funktionsfähigkeit der Person in anderen relevanten Bereichen verursachen (APA 2013).

3.3 Prävalenz

Posttraumatische Belastungsstörung ist eine häufig auftretende Erkrankung, die eine erhebliche persönliche und gesellschaftliche Belastung darstellt. Epidemiologische Untersuchungen deuten darauf hin, dass 60 % der Männer und 50 % der Frauen im Laufe ihres Lebens mindestens einmal mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert sind (*Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes & Nelson, 1995*). Dennoch entwickelt die Mehrheit der traumatisierten Personen keine PTBS. Die Lebenszeitprävalenz der PTBS wird auf ca. 8 % geschätzt (*Kilpatrick, Resnick, Milanak, Miller, Keyes & Friedman, 2013*). In den Wochen nach einem traumatischen Ereignis zeigt die überwiegende Mehrheit der Menschen normative akute Reaktionen, z. B. wiederkehrende Gedanken oder Träume über das Ereignis, Hyperwachheit, Reizbarkeit sowie Schlaf-, Gedächtnis- und/oder Konzentrationsprobleme (*Isserlin, Zerach & Solomon, 2008*). Bei ungefähr zwei Drittel der Personen, die einem traumatischen Ereignis ausgesetzt waren, verschwinden diese Symptome mit der Zeit von selbst (*Rothbaum, Foa, Riggs, Murdock & Walsh, 1992; Santiago, Ursano, Gray, Pynoos, Spiegel, Lewis-Fernandez, Friedman & Fullerton, 2012*).

3.4 Pathophysiologie

Die Pathophysiologie der PTBS beinhaltet Veränderungen der Neurotransmitter und der neurohormonellen Funktion. Betroffene mit PTBS haben trotz anhaltenden Stresses einen normalen bis niedrigen Cortisolspiegel und einen erhöhten Corticotropin-Releasing-Faktor

(CRF) gezeigt. CRF stimuliert die Freisetzung von Noradrenalin durch den vorderen cingulären Kortex, was zu einer erhöhten sympathischen Reaktion führt, die sich in erhöhter Herzfrequenz, Blutdruck und erhöhter Erregung manifestiert. Ausserdem wurde in einigen Studien eine veränderte Funktion anderer Neurotransmittersysteme wie GABA (Gamma-Aminobuttersäure), Glutamat, Serotonin, Neuropeptid Y und anderer endogener Opiode bei Patienten mit PTBS gezeigt. Es kommt zu einer Abnahme der GABA-Aktivität und einer Zunahme des Glutamats, wodurch die Dissoziation und Derealisierung gefördert werden. Die Serotoninkonzentration wird auch in der dorsalen/medianen Raphe verringert, was wahrscheinlich die Dynamik zwischen der Amygdala und dem Hippocampus verändert. Die Plasma-Neuropeptid-Y-Konzentration wird ebenfalls reduziert (*Sherin, Nemeroff 2011; Tural, Losifescu 2020*). Ausserdem ist PTBS mit der Veränderung der Neurophysiologie und Anatomie des Gehirns verbunden. Die Grösse des Hippocampus nimmt ab und die Amygdala (Verarbeitung von Emotionen und Modulation der Angstreaktion) ist bei Personen mit PTBS übermässig reaktiv. Der mediale präfrontale Kortex (hemmende Kontrolle über die emotionale Reaktivität der Amygdala) scheint bei Patienten mit PTBS kleiner und weniger reaktions-schnell zu sein (*Sukhmanjeet & Raman, 2023*).

3.5 Forschungsstand

Studien zeigen, dass biologische (*Kasai, Yamasue, Gilbertson, Shenton, Rauch & Pitman, 2008*) und psychosoziale Unterschiede (*Telch, Rosenfield, Lee & Pai, 2012*) das Risiko für die Entwicklung einer PTBS erhöhen. In experimentellen Forschungen wurde ausserdem deutlich, dass sowohl biologische als auch psychologische Interventionen das Potenzial haben, eine PTBS zu mildern oder sogar zu verhindern. So existiert ein neurobiologisches Korrelat der Stressreaktion auf Bedrohung. In der biologischen Reaktion auf einen traumatischen Stressor entstehen akute und chronische Manifestationen, also Störungen verschiedener Körpersysteme, sodass es möglich ist, PTBS als systemische Pathologie anzusehen.

Weiters wurden in Studiengruppen somatische Komorbiditäten mit kardiovaskulären, gastrointestinalen und respiratorischen Pathologien, chronischen Schmerzen, Schlafstörungen, Fettleibigkeit, metabolischem Syndrom, immunologischen Störungen und sogar beschleunigtem Altern gefunden. Durch die dauerhafte Noradrenalinübersteuerung steigen bei Auslösereizen (traumarelevanten oder traumaähnlichen Reizen) bspw. die Herzrate, der Blutdruck und das subjektive Stresserleben an (*McFall, Murburg, Ko & Veith, 1990*). Die Konsequenz

einer solchen Sicht muss nach *McEwen* und *Margarinos* (1997) „to devise strategies to reduce or prevent neuronal damage“ sein. Viele Forscher teilen die gleiche Meinung: „[R]epeated severe stressors appear to be associated with more pernicious forms of the illness.“ (*Post, Weiss, Smith & McCann*, 1997) Eine Sensibilisierung (*kindling*) entsteht und eine solche „*kindling response*“ ist ausserdem bei vielen Patienten durch intrusive Wiederholungen, bspw. Ruminationen und in Alpträumen, oder bei intensiven oder sogar bei „prolongierten Expositionen“ in Therapien anzunehmen (*Shapiro*, 1995).

All dies erschwert die PTBS-Behandlung und erfordert ein umfassendes Management (*Bartoli, Crocamo, Alamia, Paggi, Pini, Clerici & Carrà*, 2015). *Kapfhammer* (2017) erläutert zudem, dass Traumata sowohl dramatische psychologische Verarbeitungsprozesse auslösen als auch tief in biologische Regulationssysteme eingreifen und funktionelle sowie strukturelle Störungen im zentralen und autonomen Nervensystem nach sich ziehen können. Des Weiteren zeigt *Kapfhammer* (2007) auf, dass genetische Ausstattung, dispositionelle biologische Stresssysteme und epigenetische Mechanismen einen enormen Einfluss darauf haben, ob eine spezielle traumatische Erfahrung zu schwerwiegenden psychischen Störungen (z. B. PTBS) sowie ernststen körperlichen Erkrankungsrisiken führt oder trotz anfänglicher Erschütterung mit Resilienz gemeistert wird. Nach *Southwick, Morgan, Nicolaou* und *Charney* (1997) ist PTBS eine „Multisystem Disorder“ und bedarf daher multipler Behandlungsstrategien unter Beachtung einer eventuell „prekären Lebenslage“ (*Petzold* 2000h). All diesen Perspektiven muss im Traumata-Konzept Rechnung getragen werden.

Auf Basis des heutigen Wissens über PTBS liegt es nahe, dass keine ätiopathogenetische Trennung zwischen einem organischen Ursprung und einer psychischen Motivation besteht. Demzufolge sind sich die Forschenden darüber einig, dass ein psychisches Trauma von neurobiologischen Manifestationen begleitet wird, die sowohl im Tierversuch als auch bei PTBS-Patienten zunehmend besser identifiziert werden können (*Kelmendi, Adams, Yarnell, Southwick & Abdalla*, 2016). *Petzold* (2014i) greift die Neuroplastizität auf und erklärt, dass sie bis ins hohe Senium wirksam ist. Gestützt wird dies durch Forschungen und Erfahrungen von russischen KollegInnen, mit denen zu Beginn der 1970er Jahre Kontakt aufgenommen wurde (*Petzold*, 2014i). *Litowtschenko, Maschek, Satschuk* und *Rewutskaja* (1976) zeigten auf, dass das Lernen im Alter durch multimodale Angebote und das Verbinden von akustischen, haptischen und optischen Lernanreizen effektiver gestaltet werden konnte. Der multi-

und intermediale Ansatz „multipler Stimulierung“ und das Ermöglichen „multiexpressiver Aktivität“ (Petzold, Brühlmann-Jecklin, Orth und Sieper, 2007), welche in der Theorie durch das Konzept des „perzeptiven, expressiven und memorativen Leibes“ in einer „Anthropologie des schöpferischen Menschen“ vom „Leibe her“ (Orth, Petzold, 1993c) unterfangen wurden, sich auch in der Arbeit mit Vorschulkindern, suchtkranken Jugendlichen sowie erwachsenen psychiatrischen und psychosomatischen Patienten als klinisch nutzbringend (Petzold 1967) erwiesen und für die gesamte Behandlungsmethodik bestimmend blieben (Petzold, 2014i).

Der Stimulierungsansatz wird heute aus dem Bereich der neurowissenschaftlichen Gerontologie durch Untersuchungen nochmalig bestätigt. Die Forschergruppe von Adam Gazzaley (Mishra, Anguera, Ziegler, Gazzaley, 2013) an der University of California konnte durch die Multitasking-Videospiele eine Verbesserung der Mehrfachaufmerksamkeit, Mehrfachaktivität und Konzentration nach zwölf Stunden Training über vier Wochen aufzeigen (Mishra, Gazzalaey, 2012). So zeigte sich der präfrontale Kortex beim Üben mit dem „NeuroRacer“ nicht nur aktiver, sondern war auch mit den hinteren Hirnarealen intensiv in Verbindung (Anguera et al., 2013). Kandel (2001) konnte mit seinen Untersuchungen an der Meeresschnecke *Aplysia* zeigen, dass synaptisches Geschehen und Genexpressionen bei zerebralen Lernprozessen zusammenwirken. Weiters werden im Hippocampus und Bulbus olfaktorius ständig neue Neuronen gebildet (Kempermann, Krebs, Fabel, 2008), welche komplexe Gedächtnisleistungen, die erneut auf multisensorischen Eindrücken gründen, unterstützen. In den Forschungen und Modellvorstellungen von Post et al. (1997) zur neurophysiologischen Anregung bzw. Sensibilisierung (*kindling*) cerebraler Bereiche, bspw. der Amygdala, und „*kindled memory traces*“ konnten in Tierversuchen *quenching effects*, eine Unterdrückung oder Löschung des *amygdala kindlings*, erzielt werden. So legt die Verhinderung des Sensibilisierungsvorgangs nach Petzold (1970c) nahe, in diese Richtung auch bei der Entwicklung von Therapiesettings bzw. Therapieformen zu gehen. In der Praxis wird das in den integrativen Entspannungsverfahren, z. B. der Integrativen und Differenziellen Relaxation (IDR) – durch *das relaxierende Strecken und Dehnen in einem Zustand psychophysiologischer Angeregtheit bzw. emotionaler Berührtheit* – seit ca. dreissig Jahren therapeutisch eingesetzt (Petzold, 1970c).

Zur Behandlung von PTBS stehen wirksame, evidenzbasierte psychosoziale Interventionen sowie mehrere von der FDA (Food and Drug Administration) zugelassene Medikamente zur Verfügung. Obwohl sich pharmakologische Ansätze als vielversprechend erwiesen haben, sind weitere Untersuchungen und Entwicklungen in diesem Bereich erforderlich. Eines der

wesentlichen Bedenken bei der alleinigen Anwendung von Pharmakotherapie zur Behandlung von PTBS besteht darin, dass ein Absetzen der Medikamente mit einem Rückfall verbunden sein kann (*Davidson, Pearlstein, Londeborg, Brady, Rothbaum, Bell, Maddock, Hegel & Farfel, 2001*). Zudem bricht ein Teil der Patienten die Therapie vorzeitig ab oder spricht nicht auf die Behandlung an (*Goetter, Bui, Ojserkis, Zakarian, Brendel & Simon, 2015*). Es ist daher bedeutend, weiterhin Strategien zu entwickeln, um die Behandlungsverfahren von Traumafolgestörungen für PTBS zu verbessern.

In integrativen Modellen der ‚Stresserfahrung‘ werden die sozialpsychologische (*Lazarus, Folkman, 1984*) und psychologische Konzeption nach *Weiner (1992)* bspw. mit der kognitiven Stressbewertung (*Schwarzer 1993*) sowie emotionalen (*Petzold 1995g*) und physiologische Sichtweise verbunden (*Petzold 2003a*). Dementsprechend sollten all diese Aspekte im Rahmen interventiver therapeutischer Massnahmen berücksichtigt und angewendet werden. Nach *Petzold (2001b)* stellen Traumata biopsychosoziale Ereignisse dar. Sie betreffen die individuelle sowie kollektive Wirklichkeit der Menschen und erfordern deshalb eine biopsychosoziale (Trauma-)Therapie, bei der den persönlichen sowie gemeinschaftlichen Dimensionen des Geschehens Rechnung getragen wird. Des Weiteren betont *Petzold (2003a)*, dass schonendere Ansätze entwickelt und praktiziert werden müssen. Ausserdem sind lösungsorientierte Vorgehensweisen und die ‚narrative Therapie‘ sowie die natürlichen Erzählimpulse der Betroffenen aufzugreifen und mit psychoedukativen Massnahmen der Information und Stützung zu verbinden. Zudem sollte die ‚supportive Valenz‘ von familialen, amikalen und kollegialen Netzwerken genutzt und traumaspezifische Entspannungsverfahren sowie realitätsbezogene Visualisierungen, wie sie schon *Janet (1919)* praktizierte, vermittelt werden. Des Weiteren sind soziale Angebote und Lernmaterial bereitzustellen – also eine Kombination psycho- und soziotherapeutischer Massnahmen. Stützende Psychotherapie und nicht evokative Leibtherapie/Körperpsychotherapie, Sporttherapie oder Lauftherapie sind ebenfalls zu empfehlen.

Petzold (2004l) erklärt, dass zur Bearbeitung der traumatischen Erfahrungen mittels der Integrativen Therapie (*H. G. Petzold*) initial die Evokation eines Zustands der Entspannung und des Wohlfühls bedeutend ist: „Sanfte Stimulierungen von Seiten des Therapeuten, die zu einem sanften Umgang mit sich selbst führen sollen.“ (*Petzold 1970c*) „Das Ziel dabei ist eine lockere Spannung, die weder Erschlaffung noch Verspanntheit beinhaltet, sondern eine wache, energiegelose Gelöstheit darstellt.“ (*idem 1974k, 341*)

In der Integrativen Therapie wird erstens auf *natura sanat* (Selbstregulationskräfte des Organismus, benigne ökologische Einflüsse, Green Meditation), zweitens auf *persona sanat* (Selbstheilungskräfte sowie Entwicklungspotenziale des Subjekts), drittens auf *humanitas sanat* (heilendes und förderndes Potenzial der Menschenliebe) sowie Humanität und „zwischen- bzw. mitmenschliche Beziehung“ gesetzt (Petzold, 2000g). Der Mensch ist gemäss seiner evolutionsbiologischen Entwicklung laut Petzold (2001m) dafür ausgestattet, Traumata überwinden und verarbeiten zu können. Dies wird durch seine höchst funktionale Traumaphysiologie deutlich. Allerdings zeigt sich der Mensch bei seriellem Stress oder Hyperstress, bspw. bei Polytraumatisierungen, verbunden mit Entbehrungen bzw. Mangelzuständen und Hilflosigkeit, durchaus vulnerabel (Petzold, 2001m).

Das Störungsbild umfasst ein vielschichtiges Erleben und Verhalten mit emotionaler, kognitiver und physiologischer Dimension. Demzufolge müssen diese Dimensionen in eine ganzheitliche Therapie einbezogen und entsprechende Massnahmen entwickelt werden, um eine nachhaltige Wirkung zu erzielen. Ein differenziertes neurobiologisches, psychologisches, soziales sowie ökologisches Verständnis des Störungsbilds bildet somit die entscheidende Voraussetzung für eine zielorientierte Behandlung. Zugleich sollten die Risiken der Überbelastung sowie der Retraumatisierung vermieden werden (Petzold 2004I).

4 Integrative (Trauma)-Verfahren

In den letzten Jahren wurde der traumafokussierten Psychotherapie bzw. Traumatherapie vermehrte Aufmerksamkeit zuteil (Petzold, Wolf, Josic & Seffan, 2000). Das ‚Man-made Disaster‘ gehörte wegen vielseitiger kultureller Gründe zu den vermiedenen und verdrängten Themen in der Psychotherapie. Erst im Zuge der Integrativen Therapie fand eine Auseinandersetzung damit statt. Infolgedessen konnten mit psycho-, körper-, bewegungs- und kreativtherapeutischen Ansätzen ‚spezifische Wege‘ zur Behandlung von Akuttraumatisierungen sowie PTBS entwickelt werden (Petzold & Orth, 2004b). Nach Petzold, Wolf, Josic & Steffan (2000) sind die Themen Trauma und PTBS so aktuell, dass Traumata als zentrale Ursache von Pathogenese monokausalistisch gesehen werden und die PTBS ‚overdiagnosed‘ sind. Therapeutische Interventionen sollten keine zusätzliche Belastung zum ‚dysfunktionalem Stress‘ der PatientInnen darstellen. Petzold (2001m) hebt diese Problematik hervor und gibt zu bedenken, dass ein Mensch gemäss seiner evolutionsbiologischen Entwicklung dafür ausgestattet ist, Trauma zu verarbeiten. Demzufolge stellen traumatische Erlebnisse für Menschen evolutionsgeschichtlich schlimme, allerdings «normale» Erfahrungen dar (Petzold, 2004I).

In der traumatherapeutischen Arbeit ist besonders bei Opfern des ‚Man-made Disaster‘ die Methode aus der Psycho- oder Körpertherapie anzuwenden bzw. einzusetzen. Vor allem geht es um ein optimales ‚Gesamtprogramm‘ an Hilfeleistungen, indem divergente Interventionsmethoden und -ebenen verbunden werden (Bündel von Massnahmen; *H. G. Petzold* 2014i). Liegt der Fokus lediglich auf der Reduktion der ICD-/DSM-(relevanten) Symptome (bspw. Intrusionen, Flashbacks), ohne dass prekäre Lebenslagen oder der Verlust von Werten und (Lebens-) Sinn berücksichtigt werden, wird die Behandlung der Komplexität der Traumabelastung nicht gerecht und die Gefahr für die PTBS-Betroffenen, keinen Trost sowie keine achtsame Hinwendung und somit keine nachhaltige Unterstützung zu erhalten, nimmt zu. Dies sollte für Integrative-Therapie-Therapeuten das grundlegende Anliegen in der Arbeit mit PTBS-Patientinnen darstellen.

So ist die Behandlung von Traumafolgestörungen (posttraumatischer Belastungsstörung) nach *H. G. Petzold* die Therapie und Begleitung eines kompetenten und kreativen „Menschen in seiner Ganzheit in Kontext und Kontinuum“. Die Behandlung kann mit dem *Vyotsky-schen* Hintergrund daher nicht nur auf Traumasymptome fokussiert sein, sondern es müssen auch die Lebenslage, die mikroökologische und die Netzwerksituation, sowohl die psychische als auch die somatische Dimension, Ressourcen und kreative Potenziale (*idem*, 1997p) berücksichtigt werden (*Petzold et. al.* 2003). Somit wird in der Integrativen Therapie anhand des biopsychosozialen bzw. biopsychosozioökologischen Ansatzes mit dem Menschen als „leibhaftig“ sozialisiertem Wesen sowie mit seiner biologisch-organismischen Realität gearbeitet. In der Integrativen Traumatherapie (bei PTBS) wird aufgrund der Betonung der Leiblichkeit und der Sozialität unter der Perspektive von ‚Problemen, Ressourcen und Potentialen‘ die Berücksichtigung der biopsychosozialen Ebenen bei psychophysiologischen Dysregulationen in der Therapie für unverzichtbar gehalten. Ausserdem werden schon früh (*Petzold, Petzold-Heinz, Sieper* 1972) und seit den Ökologiediskussionen um die Millenniumswende vermehrt ökologische Dimensionen einbezogen, wie die Perspektive einer «Ökopsychosomatik» (*Petzold* 2006p, *Petzold, Hömberg* 2017; *Sieper, Petzold* 1975). All diese Perspektiven müssen in das Konzept von Trauma und Traumatisierung eingehen. Nach *Southwick, Morgan, Nicolaou und Charney* (1997) ist PTBS eine „Multisystem Disorder“ und bedarf daher multipler Behandlungsstrategien unter Beachtung einer eventuell „prekären Lebenslage“ (*Petzold* 2000h). All diesen Perspektiven muss im Traumata-Konzept Rechnung getragen werden.

4.1 Definition Traumata nach Integrativen Therapie

Traumata (Trauma), Wunde, Verletzung, Gewalteinwirkung in körperlicher oder psychischer Hinsicht haben Folgen. Traumata hinterlassen ‚Eindrücke‘ im Leibgedächtnis, erregende und bedrückende Erinnerungen, die so stark sein können, dass noch nach Jahrzehnten das „kalte Grausen“ aufkommt, wenn an die Szenen des Entsetzens gedacht wird, für die es „keine Worte gibt“ und die die betroffene Person „nie wieder vergessen kann“. Sie können nach *Petzold* (2001m/2015) zuweilen pathogen sein und Störungen oder Erkrankungen als Nachwirkungen haben. Weiter definiert *Petzold* (2001m/2015) Traumata als externe (z.B. durch Misshandlung, Verletzung) und/oder interne (bspw. durch Vergiftung, Krankheit) Überstimulierungen. Demzufolge können Traumatisierungen durch extreme Über- oder Unterstimulierungen entstehen, bspw. durch einen Überfall, Krankheiten, Unfälle oder akute Deprivationen. Traumata sind niemals nur psychisch ausgeprägt, sondern zeigen sich auch stets als intensives körperliches Erleben mit entsprechenden Folgen (psychosomatische Reaktionen, Störungen der Atem- und Tonusregulation), welche nur auf Körperebene angegangen werden können (*Petzold* 2000g).

4.2 Theorie der Integrativen Therapie

4.2.1 Neurowissenschaftliche Grundlage

Die neurobiologischen Wissensstände sind heute bemerkbar. Es kommt zunehmend zu einer Zusammenarbeit zwischen Neurobiologen, Psychologen, Philosophen, Linguisten und Kulturwissenschaftlern (*Hüther, Petzold, 2012f*), wodurch der Thematik des Menschen als höchst komplexem Wesen gerecht wird. Die Multidimensionalität des Menschen zeigt, dass es einer Multiperspektivität der Berücksichtigung und Multimodalität der Behandlung bedarf. Daraus resultiert, dass Therapie weiter als bisher gefasst werden muss. Sie muss als „Humantherapie“ und als „Kulturarbeit“ aufgefasst werden (*Petzold, Orth & Sieper, 2013a*). Nach den Autoren muss dies konkrete interventive Konsequenzen haben, etwa die Arbeit mit „kreativen Medien“, „multipler Stimulierung“ und „ästhetischen Erfahrungen“, welche im integrativen Ansatz seit seiner Entwicklung festgehalten ist: im „ästhetischen Raum der Künste“ (*Traudisch 2011*) und im „ästhetischen Raum der Natur“ (*Petzold, 2006p*).

Gestützt wird dies auch durch die Neurowissenschaften, die aufzeigen, dass das Gehirn ständig Anregung benötigt und dass das Angeregte wiederkehrend stimuliert werden muss, damit sich Erfahrenes als Erfahrung bahnen kann. *Diamond* (1996) bestätigt, dass die Lernkapazität des Gehirns durch Anregung, Übung, ästhetische Erfahrung und Neuroplastizität genutzt wird. *Foucault* (2007) stützt die Idee einer „Ästhetik der Existenz“ und bekräftigt das Konzept von der „heilenden Kraft des Schöpferischen“ (*Petzold*, 1992m). Im therapeutischen und agogischen Kontext denkt *Petzold* (2014i) an eine nachhaltige Kreativierung, die der Mensch als Subjekt erreicht und die ihn schöpferisch macht (*idem* 1999q). Die „synaptische Plastizität“ bzw. die „Neuroplastizität“ ist lebenslang, was heute ausser Zweifel steht. Das Gehirn arbeitet durch diese multiplen Vernetzungen stets sektoriell und als Ganzes. So gilt es, diese komplexen Funktionseinheiten operativ zu halten sowie zu stärken („the challenge to the nerve cells“), um dadurch Funktionsverluste durch „disuse“ zu verhindern, weil der Faktor „use it or lose it“ beim Abbau schwer wiegt – damit war bereits Hippokrates vertraut. Daraus resultiert die Arbeit mit multiplen sensorischen Stimulierungen (*Diamond*, 1996).

4.2.2 Der informierte Leib – komplexes Lernen und das Leibgedächtnis

Lernen bedeutet stets Gedächtnisleistung und ist ein differentielles Geschehen, welches nach *Salmon* und seinen Kollegen mit unterschiedlichen zerebralen Prozessen sowie Strukturen verbunden ist (*Salmon et al.*, 1996). Lernen bedeutet demnach (*Petzold 1995a*) immer Veränderung, ist „differentielles und ganzheitliches Lernen, das nach *Bürmann* (1992)“ ‚persönlich bedeutsam‘ ist, und nach *Petzold* (1992a): „leibliches Erleben, kognitive Einsicht und emotionale Erfahrungen in Bezogenheit zu Ereignissen von vitaler Evidenz verbindet.“ Bedeutend wird dies bei Patienten nach *Petzold* (1992a), wenn Therapeuten sowie Patienten darum wissen, dass es bei Prozessen wie multipler Stimulierung und den dadurch bewirkten Zuständen „transversaler Aktiviertheit“ möglich ist, dass alternative und korrektive Erfahrungen aufgenommen und internalisiert werden können – falls in der Therapie mit richtiger „Passung“ und in der Qualität eines „multiplen sensorisch-stimulierenden Angebots“ zur Verfügung gestellt werden kann. So können sie von Patienten aufgenommen werden, wodurch sich die Chance bietet, die bestehenden dysfunktionalen Gedächtnisinhalte durch die Verankerung neuer alternativer Inhalte -anhaltende Übung vorausgesetzt - im Lebensvollzug zurückgegriffen werden kann (*Petzold*, 1992a). Der integrative Ansatz bezieht sich auf *Lurijas* Tradition (*Petzold & Sieper*, 2007f; *Petzold, Michailowa* 2008a).

Die Arbeit mit zerebraler Neuroplastizität, mit dem „dynamic mind“ laut *Warren* (2006), ein Wissen, welches ebenso für die Psychotherapie zunehmend nutzbringend gemacht werden sollte, wie bei der Integrativen Therapie – „dritten Welle“ – in der bisherigen Praxis mit „übungszentriert-funktionaler Modalität“ praktiziert wird. Dabei handelt es sich um ein hochfrequentes Üben der Funktionen, welche aufgebaut und/oder gekräftigt werden sollen. Dadurch kann eine verstetigte, „gesicherte Permanenz“ erhalten werden. *Kawai* und seine *Kollegen* definieren den Organismus als ein materielles Substrat, der Leib ist der Ort und das Medium des Lernens, so ist das Gedächtnis letztlich „Leibgedächtnis“ auf Basis des biologischen Organismus. Hierbei werden nicht nur Informationen aus der Aussenwelt, sondern auch aus der Innenwelt (aus den Organen, Muskeln und Nerven sowie ihren Aktivitäten) aufgehoben und bearbeitet. Dabei handelt es sich nach den Autoren um eine komplexe Informationsverarbeitung (*Kawai, Savelsbergh, Wimmers, 1999*).

Es handelt sich um die Interaktion der Menschen mit ihrem „environment“, um eine Verarbeitung von Umwelt-Inputs und die damit im Verarbeitungsprozess verbundenen zerebralen Aktivitäten (= Lernprozesse), welche selbst und durch die parallel laufenden Prozesse auf der Ebene des Verhaltens andauernd neue Information generieren, sogenannte „movement-produced information“, welche auf der Ebene des Leibs entsteht – neuronale/zerebrale und immunologische/physiologische Systemen in der Synergie von externalen Informationen (aus Kontext/Kontinuum) und internalen Informationen (aus der Leibsphäre). Dabei kommt es in der Konnektivierung der Informationsflüsse zu Neuorganisationen und in diesen Prozessen emergieren somit neue Muster (*Krohn, Küppers, 1992*), welche dann diese Information auf einer höheren Ebene „formatieren“, wobei die komplexe Wirklichkeit dadurch besser wahrgenommen verarbeitet wird und in Handlungen Struktur erlauben (*Petzold, Beek, Hoek, 1994*). *Petzold* (1988n) erklärt, dass dieser mit den sich überschreitenden Informationszuflüssen *transversal* ein „informierter Leib“ wird, dessen vielfältiges Funktionieren von der Transmitteraktivität bis zur Grobmotorik und von der Wahrnehmung bis zur endokrinen Sekretion im „Leibgedächtnis“ – einem Kernkonzept, das nachstehend vorgestellt wird – festgehalten wird. Der informierte Leib setzt bspw. eine Information frei und je vielseitiger der Leib sensorisch (taktil, visuell, olfaktorisch usw.) stimuliert wird, umso mehr wird in „Leibarchiven“ aktiviert, was nach *Petzold* (1988n) akkumulativ zu Prozessen der innersektoriellen Konnektivierung der zerebralen Modalitäten führt. So begründet *Petzold* (1988f), weshalb in

der Integrativen Therapie mit Leib sowie auch Bewegung und kreativen Medien – bei Erlebnisaktivierung durch multiple Stimulierung – gearbeitet wird. Dadurch wird unbegrenzt an der Gedächtnisaktivierung, nicht nur auf der Inhaltsebene des Verbalen, sondern auch auf emotionaler und propriozeptiver Ebene des Erlebens, angesetzt.

4.2.3 Stresstheoretische und traumaphysiologische Rahmenkonzeption

Für die Therapie von PTBS-Betroffenen mit ihren Auswirkungen und Nachwirkungen wurde der Ansatz in einem störungsspezifischen Trauma-Format (IDR-T) zugeschnitten, das hier kurz und später in Kapitel 4.6 ausführlich dargestellt wird. In integrativen Modellen der „Stresserfahrung“ laut *Weiner* (1992) werden Konzepte der Psychologie (*Lazarus, Folkmann, 1984*), bspw. der Stressbewertung (*Schwarzer 1993*), mit Perspektiven aus Physiologie und Sozialpsychologie verbunden (*Hüther, 1996*). Sie sollten für therapeutische Massnahmen eingesetzt werden, wobei die Therapie hier noch am Anfang steht. Hierfür übernimmt die *Integrative Therapie* derartige Umsetzungen mit der Differenzierung von kognitiven appraisals, emotionalen valuations und stressphysiologischen Markierungen.

Stressphysiologische Konzeption

Für IDR-T (Integrative und Differenzielle Relaxation im Traumaformat) wird von der folgenden stressphysiologischen Konzeption ausgegangen: So wird die Wahrnehmung einer Reizkonstellation durch den präfrontalen Cortex, assoziative Cortex-Bereiche, das limbische System (insbesondere die Amygdala), den Nucleus Paraventricularis des Hypothalamus, die Sekretion von Noradrenalin und eine weitere Stimulierung der HPA-Achse (Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse) als bedrohlich eingestuft. Als kontrollierbar klassifizierte Aktivierungsreaktion ausgeschüttete NA (Natrium) und GH (Growth Hormone) begünstigen den strukturellen Um- und Ausbau von neuronalen und synaptischen Verschaltungen mit einer Bahnung und Stabilisierung von derlei Verschaltungen (lebenslang), welche zur Bewältigung der Herausforderung aktiviert und benutzt werden können.

Wenn die angeeigneten Strategien nicht mehr funktionieren, wird die Situation als unkontrollierbar erlebt, was zu einer langanhaltenden, schweren neuroendokrinen Stressreaktion führt, welche mit Übererregbarkeit (Hyperarousal), Resignation, Hilflosigkeit, Apathie, Vermeidung und Abstumpfung einhergeht (*Traue, Schwarz-Langer & Gurriss, 1997*). Somit wird diese entgleiste „stress physiology“ durch ihre neurotoxischen Effekte destabilisiert, unter

anderem durch *dysregulierte Cortisolausschüttung* (Hyperstress < Cortisolübersteuerung; traumatischer Stress > Cortisoluntersteuerung), welche im Gehirn schon etablierten neuronalen Verschaltungen – Verlust von Hippocampusvolumen – *Sapolsky* (1992) und zum Niedergang der bisher gebahnten Copingmuster führen kann (*Yehuda*, 1997).

Die Behandlung von Traumafolgestörungen ist stets eine Therapie des „Menschen in seiner Ganzheit in Kontext und Kontinuum“ (*Petzold* 1992a). Daher kann der Fokus nicht nur auf Traumasymptomen liegen, sondern muss eine weitreichende anthropologische Sicht sowie eine differenzierte Gesundheitslehre und Krankheitstheorie beinhalten, wie die integrative Arbeit aufgezeigt hat (*Petzold*, 1992a).

4.3 Krankheitslehre in der Integrativen Therapie

Verständnis von Krankheit bzw. Gesundheit

Egger (2017) hebt hervor, dass sich die Krankheit einstellt, wenn der Organismus die autoregulative Kompetenz zur Bewältigung von auftretenden Störungen auf der arbiträren Ebene des Systems „Mensch“ nicht ausreichend zur Verfügung stellen kann und die relevanten Regelkreise somit für die Funktionstüchtigkeit des Menschen überdreht sind respektive ausfallen. „Gesundheit“ wird demnach als autoregulative Kompetenz des Organismus aufgefasst. So liegt Gesundheit dann vor, wenn der Organismus mit den vielfältigen Anforderungen sozialer, ökologischer, somatischer und psychischer Natur so umgehen kann, dass die zentralen Regulationskreise bzw. die Funktionstüchtigkeit des Organismus in seiner vorgegebenen Umwelt aufrechterhalten werden können. So erscheinen Krankheit und Gesundheit nach *Egger* (2017) nicht als Zustand, sondern als ein dynamisches Geschehen. Weiters führt *Petzold* (2003a) aus, dass das Krank- und Gesundsein die Pole eines Kontinuums sind. In der Integrativen Therapie sind Krankheit und Gesundheit demnach im entgegengesetzten Gesamtzusammenhang zu verstehen (*Petzold* 2010b), denn in der Krankheits- und Gesundheitslehre wird angenommen, dass ein Geschehen mit vielen Dimensionen und Einflüssen ins Zentrum gestellt wird, weshalb die Basis der Gesundheits- und Krankheitslehre auf die empirische „klinische Entwicklungspsychologie“ zurückzuführen ist (*Petzold*, 2003a, *Sieper* 2007b).

In der Integrativen Therapie wird die Krankheitslehre nach *Petzold und Schuch* (1991) in einen anthropologischen und klinischen Bereich unterteilt. Dabei umfasst der anthropologische Standpunkt von Krankheit die anthropologische, philosophische, sozialanthropologische

sowie kulturanthropologische Betrachtungsweise. Dahingegen baut die klinische Dimension auf der erweiterten Sicht des Menschenbildes auf und bezieht dabei medizinisch-biologische Gesichtspunkte genauso wie soziologische und psychologische Aspekte ein. Die *Integrative Therapie* verbindet mit ihrer mehrperspektivischen Betrachtungsweise sowohl die philosophisch-anthropologische als auch die klinische Gesundheits- und Krankheitslehre. Die „klinische Gesundheits- und Krankheitslehre“ ist im Kernkonzept „multipler Stimulierung“, in protektiven Faktoren, also der salutogenen Stimulierung, und in Risiko- und Belastungsfaktoren, also der pathogenen Stimulierung, begründet. In der Integrativen Therapie wird der Fokus daher nicht nur auf pathogenetische, sondern auch auf salutogenetische Faktoren gelegt. Während die Symptome, Beschwerden und Schmerzen der Patientin (pathologische Aspekte) und dabei die Fragen anvisiert werden, welche Dimensionen einen Menschen krank machen, ist die salutogenetische Sichtweise auf Ressourcenaktivierung und Potentialaktivierung und -erweiterung fokussiert. Also werden in der Integrativen Therapie bei Risiko- und/oder Belastungssituationen des Patienten nicht nur mögliche Defizite, sondern auch Schutz- und Stützfaktoren berücksichtigt sowie die Entwicklungsmöglichkeiten. Die Integrative Therapie integriert und erweitert nach *Petzold* und *Sieper* (1996f) folgend die Pathogenese (mit Risikofaktoren) und die Salutogenese (mit protektiven und supportiven Faktoren).

4.3.1 Die philosophisch-anthropologische Gesundheits- und Krankheitslehre

In der philosophisch-anthropologischen Gesundheits- und Krankheitslehre wird der Fokus nach *Leitner* (2010), der hier *Petzold* (2004m) referiert, auf individuelle und gesellschaftliche Dimensionen sowie auf Kernkonzepte „multipler Entfremdung“ als Pathogenese und „multipler Zugehörigkeit“ als Salutogenese gerichtet. Die Entfremdung wird in der Integrativen Therapie als viele Störungen gesehen, die im unteren Abschnitt aufgezählt werden. Das Ziel der auf einer solchen Anthropologie gegründeten Therapie besteht darin, dem Menschen zu einem besseren Verständnis seiner selbst zu verhelfen, im Lebensganzen sowie in seiner Beziehungsfähigkeit und seine schöpferischen Kräfte zu fördern (*Leitner*, 2010; *Petzold* 2004m).

Multiple Entfremdung

Die Entfremdungen werden wie folgt umfasst:

- Leib: Die Sinne werden betäubt und der Ausdruck wird unterdrückt, damit der Körper nichts spürt. Das führt zur Objektbeziehung zum Leib im Sinn einer Abspaltung, Verdinglichung, Kolonialisierung sowie Ausbeutung. Gestört werden folgend die Identität und gleichzeitig die Verankerung in der Welt. Der Mensch benutzt seinen Körper nur, um zu funktionieren und um bestimmte Bedürfnisse zu erfüllen.
- Zwischen-Leiblichkeit: Die Umwelt ist für den Menschen bedrohlich, sodass er sich von der Gesellschaft abgrenzt. Er kann das Mit-anderen-Sein und die Koexistenz nicht mehr spüren, da er den Kontakt zu sich selbst verloren hat.
- Lebenswelt: Der Mensch hat keine Verbindung zum ökologischen Lebensraum, der Natur oder Berufswelt. Er fühlt sich nirgends zu Hause und empfindet sich nicht zugehörig zur Welt.
- Lebenszeit: Der Mensch kann sich in seine Lebenszeit nicht einfügen. Das Leben wird von den Menschen nicht mehr als beständiger Fluss erlebt. So lebt er stets in der Vergangenheit oder mit den Gedanken in der Zukunft (*Petzold* 1984d, 1994c).

Um solche Entfremdungsphänomene aufzulösen, sollte der Mensch eine „multiple Zugehörigkeit“ gewinnen. Das bedeutet, dass sich der Mensch wiederum als Subjekt erleben können muss, sodass er zu intersubjektiver Beziehung fähig wird, damit er in Bezogenheit leben kann. Gelingt es ihm, so ist er mit den Mitmenschen, der Lebenswelt und Lebenszeit verbunden (*Leitner*, 2010).

4.3.2 Die klinische Gesundheits- und Krankheitslehre

Der klinische Gesundheits- und Krankheitsbegriff steht nach *Petzold* (1996g) im Kontext der Entwicklungstheorie und Persönlichkeitstheorie, wobei er dabei auf das Konzept „multiple Stimulierung“ zentriert. Nach *Petzold* (1996g) entstehen Krankheiten, falls diese oder einige von ihnen auf eine „sensible, verletzbare, unklar strukturierte Persönlichkeit mit brüchigem Selbst, schwachen Ich-Funktionen sowie diffuser Identität in supportarmem Kontext/Kontinuum“ treffen und die protektiven Faktoren unzureichend sind (*Petzold*, 1996g). Die Entstehung von Krankheit wird daher als nonlinearer und als multikausaler Prozess verstanden,

welcher sich in der Gesamtheit von biopsychosozial-kulturellen, ökologischen, politischen und ökonomischen Verhältnissen vollzieht.

Salutogenetische Faktoren über die Lebensspanne nach *Petzold* (1992e):

1. Genetische und somatische Einflüsse und Dispositionen (körperliche und genetische Ressourcen)
2. Entwicklungsförderung in den ersten Lebensjahren und in der Lebensspanne
3. Konstruktive psychosoziale Einflüsse (Milieufaktoren; fördernde und stützende Netzwerke)
4. Positivkarriere im Lebensverlauf
5. Internale Positivkonzepte
6. Wirksame aktuelle Unterstützungsfaktoren
7. Techniken zur Stressbewältigung, Coping- und Creatingstrategien

Die „Risiko- und Belastungsfaktoren werden stets in Interaktion mit Defiziten und auch mit Stütz- und Schutz- sowie Entwicklungsfaktoren gesehen“ (*Petzold & Steffan, 2000a*).

Pathogenesemodell der Entwicklungsnoxen

Im „Pathogenesemodell der Entwicklungsnoxen“ *Petzold* (2003a) werden die Auswirkungen erlebter Defizite, Konflikte, Störungen und Traumata auf die Entwicklung der Persönlichkeit in Bezug auf die Persönlichkeitsbildung von Selbst, Ich und Identität überprüft. Nach *Petzold* (2003a) sind *Defizite* und Mangelerfahrungen fehlende oder einseitige Stimulierungen, wodurch der sich entwickelnde Mensch notwendige Fertigkeiten sowie Fähigkeiten nicht ausbildet. *H. G. Petzold* entwickelte drei sich ergänzende (Pathogenese-)Modelle (Entwicklungsschädigungen, Regression und Dissoziation sowie multifaktorielle, zeittextendierte Überlastung) zur Klärung sowie Differenzierung von pathogenen Faktoren, welche im nächsten Abschnitt vorgestellt werden.

▪ **Entwicklungsschädigungen**

Die pathogenen Stimulierungen wie Defizite, Traumata, Konflikte und Störungen wirken über die gesamte Lebensspanne des Menschen auf die Entwicklung der Persönlichkeit

(Selbst, Ich und Identität) ein und führen zu Schädigungen, vorausgesetzt dass seine Bewältigungsfähigkeit, Konfliktfähigkeit oder Ressourcenlage überschritten wird oder diese nicht kompensiert werden können.

- **Repression und Dissoziation**

Die negativen Lebensereignisse können dazu führen, dass expressive Impulse eines Organismus (bspw. Gefühlsäusserungen) fortwährend unterdrückt werden müssen. Wenn keine Resonanz erfolgt, entstehen Retroflexion, Impulsrücknahme, Abspaltungen (Dissoziation), Selbstanästhesierung (Schutz vor Häufung von Negativeindrücken) oder Dekarnationsphänomene als Reaktionsmuster, was sich bis hin zur Chronifizierung entwickeln kann.

- **Multifaktorielle zeitextendierte Überlastung (Disstress)**

Als Ursachen von Erkrankungen werden nicht nur schlimme Ereignisse oder eine kurzzeitige Einwirkung, sondern Ereignisketten und/oder langanhaltender Stress eingestuft.

Defizite, Traumata, Konflikte und Störungen jedes dieser Faktoren können bei entsprechender Ausprägung und mangelnder Stütze zu einer Stressphysiologie führen und sich schlussendlich in einer Krankheit oder gesundheitlichen Störung manifestieren.

4.4 Leiborientierung

Die „Leiborientierung“ ist einer der zentralen Ansätze der Integrativen Therapie, dem das neurophilosophische Konzept des „informierten Leibs“ sowie das anthropologische Konzept des „Leibsubjekts“ zugrunde liegen (*idem*, 1988n). Eine psychophysiologische, stresstheoretische Ausrichtung wurde stets betont (*idem* 1974j), was besonders in der integrativen Arbeit mit Traumapatienten (und auch in der Schmerz- oder Depressionsbehandlung) zum Tragen kommt und zur Entwicklung eigenständiger Methoden der „Integrativen Leib- und Bewegungstherapie und Psychomotorik“ (*idem* 1974j) führte. Nach *Schmitz* (1989) haben Perzeption, Kognition, Volitionen und Emotionen eine leibliche Basis, deren immunologische und neurophysiologische Prinzipien genauso wie jene des „eigenleiblichen Spürens“ und des leibhermeneutischen und leibphänomenologischen Erfassens zu verstehen sind (Petzold,

1991a). Das Leiblichkeitsprinzip nach *Petzold* und *Orth* (2018) bedeutet, dass das Leiblichkeitsprinzip als ein Kernkonzept der Integrativen Therapie auf der Idee des informierten Leibes aufbaut, der durch die Interaktion in der sozioökologischen Lebenswelt und der zwischenleiblichen Bezogenheit mit anderen verbunden ist.

Weiterhin differenziert *Petzold* den perzeptiven, memorativen und expressiven Leib wie folgt:

- Perzeptiver Leib/Wahrnehmungsleib: Nimmt die Umwelt mit Hilfe der Sinnesorgane wahr.
- Memorativer Leib/Gedächtnisleib: Speichert und archiviert das Wahrgenommene und die Reaktionen darauf (bspw. Bewertungen und/oder Bedeutungen).
- Expressiver Leib/Ausdrucksleib: Besitzt die Fähigkeit, sich auszudrücken (bspw. in Form von Bewegungen, Mimik, Haltung, Stimme)

4.4.1 Leiblichkeit

Einen Teil der Metatheorie stellt die Anthropologie dar, da der Mensch seine eigene Existenz vom Leib her erfährt. Die Leiblichkeit bildet in der Persönlichkeitstheorie der realexplikativen Theorien und hat einen bedeutenden Aspekt, nämlich „Leib ist der sich selbst und das Umfeld intentional wahrnehmende und das Wahrgenommene speichernde Organismus, welcher sich damit zum Leibsubjekt transzendiert“ (*Petzold*, 2002j). Laut *Petzold* (2002j) ist der Leib der beseelte Körper, alle Erfahrungen werden im Leib gespeichert und im Leibarchiv archiviert. Die genaue Definition laut *Petzold* (1988i) ist wie folgt:

„Leib wird definiert als die Gesamtheit aller sensorischen, motorischen, emotionalen, kognitiven und sozial-kommunikativen Schemata bzw. Stile in ihrer aktuellen, intentionalen Relationalität mit dem Umfeld und dem Mindestsicherung archivierten Niederschlag ihrer Inszenierungen, die in ihrem Zusammenwirken das personale ‚Leibsubjekt‘ als Synergem konstituieren.“ (*Petzold*, 1988i).

4.4.2 Der informierte Leib

In der Integrativen Therapie ist das Konzept des informierten Leibs von *Petzold* (2002j) bedeutend. Der Leib ist das Zusammenspiel von materieller und transmaterieller Wirklichkeit. So gehören zur materiellen Wirklichkeit biophysikalische und biochemische Vorgänge und zur transmateriellen Wirklichkeit kognitive, mentale und psychologische Vorgänge. Hierbei

ist der Leib sowohl ein verkörpertes Subjekt als auch in die Umwelt eingebettet (embodied and embedded). Imprägniert wird der Leib in seiner ontologischen Entwicklung über die gesamte Lebensspanne. Die körperorientierte Psychotherapie hat für Methoden zur Heilung und Förderung der Gesundheit und Entwicklungspotenziale eine enorme Bedeutung, da alles im Leib abgespeichert ist, also sowohl die gesunden als auch die kranken Anteile. „Der ‚informierte Leib‘ setzt also seine Informationen frei, welche in seinen ‚Archiven‘ gespeichert sind, und das Leibsubjekt wird dadurch für sich selbst und sein Umfeld wahrnehmbar sowie erkennbar, somit von aussen auch berührbar.“ (Petzold, 1993a)

Die Aktivierung der Erinnerungen macht noch keine Berührung aus, denn sie wird nach dieser Feststellung von Petzold durch die Beteiligung des Aussen beim Öffnen der Archive des informierten Leibs ausgelöst. Petzold erklärt in diesem Kontext weiter, dass eine Art Verschränkung von Innen- und Aussenwelt im „Leib [...] als totalem Sinnesorgan“ stattfindet, weshalb die Begrifflichkeiten ‚*body in space and time*‘ sowie ‚*my body and social body*‘ entstanden sind. Weiterhin führt Petzold (1993a) aus, „als dessen Verortung in Kontext/Kontinuums wie auch die sozial-kulturelle Einbindung“, womit erkennbar wird, dass bei Berührung ein komplexes, „vernetzendes Organisationssystem“ mitwirkt.

4.4.3 Das Leibgedächtnis

Wie bereits im oberen Abschnitt erwähnt wurde, sind die kognitiven, emotionalen und volitiven Inhalte mit Kontextbezug und mit ihren immunologischen und neurophysiologischen Korrelaten im Leib gespeichert. Der Leib ist die Grundlage für „komplexes Lernen“ (Petzold, 2002j).

In der *Integrativen Therapie* wird am Leib „angedockt“. Dabei ist das Leibgedächtnis von immenser Bedeutung und umfasst die folgenden drei Dimensionen:

1. Neuronale Speichersysteme mit deklarativem und prozeduralem Gedächtnis, z. B. semantisches Gedächtnis
2. Immunologische Speichersysteme, z. B. Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrind-Achse
3. Genetisches Gedächtnis des menschlichen Genoms und der Epigenetik, Träger der Ontogenese (und Phylogenese)

Bewusstseinsfähig ist nur das neuronale Gedächtnis (dies auch nur teilweise). Dahingegen setzt der informierte Leib diesen Teil des Gedächtnisses frei – je vielseitiger der Leib sensorisch stimuliert wird. Daher kommt nach *Petzold* (1988f) in der integrativen Arbeit mit Leib und Bewegung, die kreativen Medien zum Einsatz von „Erlebnisaktivierung durch multiple Stimulierung“, welche unbegrenzt an Gedächtnisaktivierung teilnimmt – sowohl auf der Inhaltsebene des Verbalen als auch auf der Ebene des emotionalen sowie propriozeptiven Erlebens, also des gesamtleiblichen Erlebens (*Petzold & Orth*, 1991a). In der *Integrativen Therapie* werden nicht nur konkrete Ereigniserinnerungen, sondern auch projektive sowie semi-projektive Erfahrungsmomente einbezogen (*Müller, Petzold*, 1998), worin auch die theoretische Begründung für den methodischen Einsatz von kreativen Medien liegt.

4.5 Intermediale Arbeit

Intermediale Arbeit mit kreativen Medien ist die „hohe Schule“ des Integrativen Verfahrens, weil sie in einem tiefgreifenden Verstehen des Menschen in der Lebenswelt und in Lebensprozessen von Gesundheit, Krankheit und Belastung begründet ist. Eingeführt wurden der Begriff und das Konzept der „Kreativen Medien“ im Jahr 1965 von *Petzold* und *Sieper*. Weiter dazu die Methodik einer theoriegeleiteten „intermedialen Praxis“ mit vielfältigen Medien wie Ton, Naturmaterialien und Farben sowie auch personalen (Menschen und Tiere) und technischen Medien. Medien machen interozeptive (aus dem eigenleiblichen Binnenraum) und exterozeptive (aus dem Aussenfeld kommende) Wahrnehmungsinformationen fassbar und ermöglichen dadurch ihre Übermittlung. Sie haben ein protektives Potential (*Petzold, Müller* 2004d), so können sie vorbewusste und unbewusste Prozesse erschliessen und eröffnen dabei die Möglichkeiten zu ihrer Gestaltung (*Orth*, 1994b).

In ihrer Kombination können sie das „multisensorische Wesen Mensch“ mit „allen Sinnen“ ansprechen und dem „multiexpressiven Wesen Mensch“ vielseitige Ausdrucksmöglichkeiten erschliessen. Dies entspricht der „Anthropologie des schöpferischen Menschen“ (*Orth & Petzold*, 1993c), wodurch „intermediale Quergänge“ - dem Weg vom Bildnerischen ins Schreiben und dann in die Bewegung - vertiefte und erweiterte Erlebnis- und Erkennungsmöglichkeiten erschlossen werden (*Orth & Petzold*, 1990c; *Petzold, Orth, Sieper* 2019b).

Die Ziele kreativer intermedialer Arbeit in der Integrativen Therapie sind unter anderem, „komplexes Lernen“ (*Sieper, Petzold* 2002) zu ermöglichen und willensgestützte und transferorientierte Umsetzungen von Erkenntnissen, Veränderungswünschen und -projekten im

Lebensalltag zu erreichen (Petzold & Orth, 2008). Weiterhin ist eine Optimierung des persönlichen Lebensstils (Petzold 2012q) zu bewirken, wodurch eine „persönliche Souveränität“ aufgebaut (Petzold, Orth, 2014) und eine „Lebenskunst“ entwickelt werden kann, in der sich das „Selbst als Künstler und Kunstwerk zugleich“ zu verwirklichen vermag (Petzold, 1999q).

4.5.1 Kreative Medien

Ein zentrales praxeologisches Element bei der klinischen Behandlung und Gesundheitsförderung in der *Integrativen Therapie* ist die Arbeit mit Ton, Farben, Puppen, Kollagenmaterialien etc. Die Medien fördern neben der Kreativität auch das Wahrnehmungs- sowie Ausdrucksvermögen. Sie sind Träger von bewussten und unbewussten Informationen in Prozessen von Interaktion und Kommunikation. Nach Petzold und Orth (1990a) kann ein Bild z. B. protektives und internationales Ausdrucksgeschehen enthalten – für Therapeuten sowie Patienten – also ein diagnostisches Material sowie „Botschaften von mir, über mich, durch mich, für mich an andere“ (Petzold & Orth, 1990) sein. In der intermedialen Arbeit – in Behandlungsprozessen – werden nicht nur Konflikte ausgedrückt, sondern auch Probleme dargestellt sowie Lösungen erarbeitet. Die Konzepte „Intermedialität“ und „Kreativmedien“, welche im Jahr 1965 von Petzold entwickelt wurden, beziehen sich sowohl auf stimulierungstheoretische Grundlagen (wie die Komplexität des Mediums, den Aufforderungscharakter, die Rückwirkungsmöglichkeiten in Kommunikationsprozessen etc.) als auch auf eine tiefenpsychologische Sicht.

Nach Petzold (1977c) sind Medien Intermediär- bzw. Passageobjekte in Kommunikationsprozessen und Übergangsobjekte in Entwicklungsprozessen (Winnicott). Als Beispiel kann genannt werden, dass Puppen eine vermittelnde Funktion zwischen Patienten und Therapeuten einnehmen. So sind Puppen Medien und die dazugehörige Methode ist das Puppenspiel (analog: Farben und Maltherapie etc.). So wird bspw. in der Integrativen Therapie in „intermedialen Quergängen“ und „intermethodischer Arbeit“ von einem gemalten Bild in einer Bewegungsimprovisation ausgegangen und hierzu wird evtl. ein Gedicht geschrieben, sodass Erfahrungen mit verschiedenen Dimensionen des „perzeptiven“ und „expressiven Leibs“ möglich werden. So wird das Konzept der Integrativen Therapie einer „Anthropologie des schöpferischen Menschen“ (Orth, Petzold, 1993c) mit jedem Wahrnehmungsvermögen und allen Ausdrucksmöglichkeiten angesprochen. Nach Petzold (1977c) sind Methoden „in sich

konsistente Strategien des Handelns und des Medieneinsatzes zur Realisierung von Therapiezielen innerhalb eines Verfahrens“. Weiterhin hebt *Petzold* hervor, dass Methoden und kreative Medien einen kreativen Therapeuten erfordern, welcher selbst als Person zum Medium wird, sodass er der Patientin die Qualität einer *ko-kreativen* Zusammenarbeit zur Genesung, Heilung und Persönlichkeitsentwicklung im Rahmen der Therapie vermittelt.

4.6 Ansätze der Integrativen Traumatherapie

Vygotsky vertritt einen supportiven und entwicklungsorientierten Ansatz, welcher auf dem Bewältigungs- und Entwicklungspotenzial der Menschen gründet (*Miltenburg, Singer, 1997*). In seinen früheren Arbeiten mit traumatisierten Kriegswaisen hat *Vygotsky* im Rahmen eines lösungsorientierten Vorgehens protektive und Resilienzfaktoren eingesetzt und in nicht exponierenden Behandlungsansätzen angewandt; stattdessen nutzte er die Widerstandskräfte der Betroffenen. Diese wurden dadurch gestärkt und *Vygotsky* setzte zusätzlich auf die Fähigkeit der Menschen zu komplexem Lernen (*Sieper & Petzold, 2003*).

Resilienz definiert *Petzold* (1993a) als psychologische bzw. psychophysiologische Widerstandsfähigkeit, welche Menschen dazu befähigt, psychologische und psychophysische Belastungen (Stress, Hyperstress und Belastung) unbeschadet auszuhalten und zu überstehen. Protektive Faktoren umfassen externale (z. B. soziale Unterstützung, materielle Ressourcen) sowie internale Einflüsse (z. B. kognitive und emotionale Kompetenzen, Wissensressourcen), die im Entwicklungsgeschehen und Lebensverlauf die Funktionsweise der Genregulation und der Nutzung neuronaler Netzwerke gewährleisten. Durch sie werden neurophysiologisch und immunologisch belastende Ausseneinflüsse (z. B. Hyperstress) abgemildert und die Betroffenen bei der Bewältigung (Coping) und/oder dem Finden/Gestalten neuer Lösungen (Creating) unterstützt, sodass sich keine dysfunktionalen Verknüpfungen ausbilden, sondern vielmehr Genregulationen und neuronale Netzwerkverbindungen gefördert werden. Nach *Petzold* (2000h) kann ein solches komplexes Ergebnis protektiver Einwirkungen aus neurobiologischer Sicht als ‚Resilienz‘ bezeichnet werden, die infolgedessen als ‚interner protektiver Faktor‘ zur Verfügung steht und die Effekte bereits vorhandener internaler und hinzukommender externaler Schutzfaktoren und Ressourcen verstärkt (*Petzold 2000h*).

4.6.1 Biopsychosozialer/biopsychosozioökologischer Ansatz

Petzold (2004) betont die Relevanz von Therapie und Begleitung bei der Behandlung von chronifizierten oder akuten Traumafolgen eines kompetenten und kreativen „Menschen in seiner Ganzheit in Kontext und Kontinuum“. Die Behandlung sollte – auf Basis von *Vygotskys* Methode – nicht nur die PTBS-Symptomatik umfassen, sondern muss die Lebenslage, Netzwerksituation, psychische und somatische Verfassung, Sinndimension, Ressourcen und kreativen Potenziale der Betroffenen berücksichtigen (*Petzold* 2004). Dementsprechend wird beim biopsychosozialökologischen Ansatz der Integrativen Therapie (*Petzold* 1974j, 2002j) mit dem Menschen als „leibhaftig“ sozialisiertem Wesen mit seinem ‚sozialkulturell‘ und immer auch ‚ökologisch‘ geprägten, geformten, zugerichteten Leib gearbeitet – Social Body (*Petzold* 1988n) ökologisch eingebettet (ders. 2006p, 2009c) und von der – betont von *Vygotsky* – intramentalen bestimmt. In der *Integrativen Traumatherapie* (bei PTBS) wird aufgrund der Betonung der Leiblichkeit der Sozialität und Ökologizität (*Petzold, Sieper, 2012a*) unter der Perspektive von ‚Problemen, Ressourcen und Potenzialen‘ die Berücksichtigung der biopsychosozialökologischen Ebenen bei psychophysiologischen Dysregulationen in der Therapie für unverzichtbar gehalten.

4.6.2 Regulations- und entspannungstherapeutischer Ansatz

Nach heutigem Wissen kommt es zu einer erhöhten Ausschüttung von Glucocorticoiden bei Stress bzw. Überforderungen. Findet keine normalisierende Downregulation wie bei (post-)traumatischen Belastungsstörungen (*Petzold, Wolff et al. 2000*) statt, kann dies den Hippocampus schädigen, was zur Beeinträchtigung der Gedächtnis- und Orientierungsleistungen führen kann. In der Integrativen Therapie wird somit das zentrale Konzept der Regulationskompetenz und -performanz einbezogen: In Regulationssystemen mit „*dynamischen Regulationsprozessen*“ werden in der *Integrativen Therapie* unter „*Regulationskompetenz*“ die Steuerprogramme von Regulationsprozessen (Narrative, Strukturen, also die „Software“) und unter „*Regulationsperformanz*“ wird das Vollziehen von Regulationsprozessen nach diesen Programmen (Ablaufmustern) verstanden. So wird die elementare Fähigkeit des Organismus im Regulationssystem bzw. wird aus dieser biologischen Basis des emergierenden Subjekts ermöglicht, in verschiedenen Bereichen Abläufe auf der interpersonalen/intrasystemischen Ebene wie der biochemischen über die Ebene der endokrinen Abläufe (bspw.

der HPA-Achse) über kognitive und emotionale Regulationsvorgänge bis zu höchst komplexen Regulationsmustern der „Selbstregulation“ des gesamten Regulationssystems zu steuern. Steuerprogramme für die Regulationskompetenzen, die Performanzen auf unterschiedlichen Ebenen kontrollieren, werden Narrative (Scripts, Schemata und Muster) genannt (*Petzold & Sieper, 2008a*).

Expositionen sind tiefgreifend und wirken sich ähnlich wie Intrusionen, Albträume oder Ruminationen aus. Deshalb besteht das Ziel integrativer Traumatherapeuten darin, Retraumatisierungen sowie eine *Kindling-Response* durch intensive oder prolongierte Expositionen zu vermeiden. Weitere unerwünschte Effekte wären bspw. Gleichgültigkeit oder Abstumpfung. Bereits bei indirekter Exposition (z. B. Gesprächen über traumatische Erlebnisse) oder beim Ansatz der ‚moderaten Exposition‘, welche von *Petzold* und seinen Mitarbeitenden entwickelt wurde, kann es zu Überlastungen kommen.

Die *moderate Exposition* hat sich jedoch als notwendig erwiesen, da einige Patienten – auch angeregt durch polarisierende Informationen zur Traumabehandlung – das traumatische Erlebnis bearbeiten wollen. Bei der moderaten Exposition werden die Erinnerungen mittels Körperresonanzen und gegebenenfalls Bildern – jedoch möglichst ohne Vertiefung – hervorgerufen, um aktivierte Strukturen zu erhalten (*Petzold, Wolf et al., 2000*). Laut *Petzold* (2002j) wird eine „traumatoforme psychophysiologische Situation“ inszeniert, indem sie aus dem Körpergedächtnis abgerufen wird. Hierbei werden ‚korrektivepsychophysiologische Erfahrungen‘ (Konzept von *F. Alexander*, erweitert von *Petzold* als korrektive kognitive, emotionale, volitive, soziale, ökologische Erfahrungen, *Sieper, Petzold 1975*) genutzt, die seit ca. dreissig Jahren mittels integrativer Entspannungsverfahren, bspw. durch IDR, therapeutisch angewendet werden. Durch *relaxierendes Strecken* sowie *Dehnen* in einem Zustand kommt es zu psychophysiologischer Angeregtheit bzw. emotionaler Berührung (*Petzold, 2004l*). Das Konzept der IDR wird im nächsten Abschnitt detailliert erläutert.

4.6.3 Integrative und Differenzielle Relaxation (IDR)

Im Rahmen der Integrativen Therapie wurde auf Basis psycho- und neuromotorischer Erkenntnisse die IDR im traumaspezifischen Format (IDR-T) entwickelt (*Petzold 1985f, 2000f*). Dieses Verfahren stellt eine alternative Therapiemöglichkeit zur Expositionsbehandlung dar. Bei diesem Ansatz geht es um ‚Low-Level-Stimulationen‘, d. h. um „sanfte Stimulierungen

von Seiten der Therapeutin, die zu einem sanften Umgang mit sich selbst führen sollen“ (Petzold 1970c, 38). Das Ziel besteht darin, eine lockere Spannung und energiegeladene Gelöstheit zu erreichen, die keine Verspannung oder Erschlaffung beinhaltet. Butollo et al. (1999) betonen wie Petzold, wie bedeutend es ist, sich bei Traumabehandlungen nie ausschliesslich auf eine Methode bzw. Methodenkombination zu verlassen, sondern eine Gesamtkonzeption zu entwickeln. Darin sollten die vielfältigen (leibtherapeutischen, sinn- und wertorientierten, soziotherapeutischen, familien- und netzwerktherapeutischen sowie narrativen und kreativtherapeutischen) Massnahmen (Petzold, 2001b) situations- und indikationsspezifisch miteinander verbunden werden (Petzold 1999q).

Eine komplexe PTBS kann allein durch Körpertherapie oder Psycho- und Neuromotorik nicht erfolgreich behandelt werden – es müssen komplexe psychotherapeutische Massnahmen eingesetzt werden. Daher ist es bedeutend, dass die oben beschriebenen Ansätze (Regulations- und Entspannungsmethoden) in einen differenzierten therapeutischen Rahmen eingebettet werden (Petzold, Josić & Ehrhardt, 2003). Gemäss Petzold (1970c) sollte dies als „zwischenleibliches“ Geschehen erfolgen bzw. eine Arbeit in intersubjektiver Bezogenheit in „Berührung aus Berührtheit“ mit klarer klinischer Orientierung darstellen.

In der Integrativen Bewegungstherapie und IDR ist ein typisches Vorgehen die übungszentrierte oder erlebniszentrierte Behandlungsmodalität, weil zwei mögliche Strategien praktiziert werden (Petzold, van Beek & van der Hoek, 1994):

1. Angestrebt wird bei Übererregung (Hyperarousal) in der Agitationsphase des Überforderungserlebnisses und bei Flashbacks, intrusiver Hyperaktivität wird Abwärtssteuerung (Down-Regulation) bspw. durch sanft aktivierende sowie beruhigende Bewegungsübungen und Entspannungstechniken angestrebt.
2. Bei Antriebslosigkeit (Numbing) in der Resignationsphase oder depressiven Verstimmungen wird dahingegen die Aufwärtssteuerung (Up-Regulation), z. B. durch anregende Bewegungsübungen, angestrebt (Hausmann & Neddermeyer, 1996).

Eine „moderate Angeregtheit“ sowie eine „balancierte isodynamische Lage“, ein „Etonus“, sind das Ziel der beiden Vorgehensweisen. Diese Behandlungsangebote wurden anhand von Erfahrungen mit der Ferenczi-Technik des *liebvollen Haltens* (Ferenczi 1932; Petzold, 1969b), Feldbeobachtungen zum Schutzverhalten und Bergeverhalten bei Menschen und

Tieren in Gefahrensituationen und zum Unterstützungsverhalten nach Belastungen, mit Parenting-Strategien und Säuglingsforschungsprojekten (*idem* 1994j) von Integrativer Therapie (*Petzold* 1970c) oder dem Prinzip der „sanften Stimulierung“ entwickelt (*idem* 1970c).

4.6.4 Integrative und Differenzielle Relaxation im Traumaformat (IDR-T)

Vom Menschen selbst ausgeführte Handlungen und von ihm bei anderen beobachteten Handlungen gleicher Art führen zu denselben neuronalen Aktivitätsmustern – zum Lernen auf der neuronalen Ebene. Im integrativen Ansatz, der in vielerlei Hinsicht als bedeutend angesehen wird, sind die „Wahrnehmungs-Verarbeitungs-Handlungsverschränkungen“ (*Petzold, van Beek, van der Hoek*, 1994) offensichtlich an die Funktion von Spiegelneuronen gebunden. Nach *Singer* (2002) wird für die Fähigkeiten, sich auf andere einstellen und mit anderen kooperieren zu können, eine biologische bzw. neurobiologische Grundlage benötigt. Er beschreibt dabei die Kommunikationswerkzeuge von Gestik und Mimik mit ihren zerebralen Rückkoppelungen der „movement-produced information“ ebenso wie die Parallelführung kognitiver Operationen kanonischer Neurone im gemeinsamen Denken und der Synchronisierungsprozesse der Spiegelneuronen. So sind sich synchronisierende Gehirne nach *Singer* (2002) komplexe Lernprozesse.

Bei der IDR-T (*Josić, Petzold*, 1995) werden die Betroffenen über das Verfahren, seine Effekte und eventuelle Nebenwirkungen informiert und ihre Zustimmung (*Informed Consent*) wird eingeholt. Im Fokus steht das Erlernen von Entspannungs- sowie Regulationsmöglichkeiten, um besser mit der PTBS-Symptomatik umgehen und im Alltag auf Bewältigungsstrategien zurückgreifen zu können. Zur Bearbeitung der traumatischen Erfahrungen ist initial die Evokation eines Zustands der Entspannung und des Wohlfühls wesentlich. Hierfür wird Emoting durch *Facial-Postural-Feedback* verwendet. Dabei wird die Patientin aufgefordert, eine bestimmte Mimik aufzusetzen, eine zugehörige Haltung einzunehmen und das entsprechende Atemmuster zu verfolgen (*Petzold* 1970c), um die damit verbundene Stimmung aufkommen zu lassen (Bottom-up). Die Wirksamkeit dieses Verfahrens ist empirisch belegt (*Döring-Seipel*, 1996). Geeignet sind Freundlichkeits-, Gelassenheits- und Neugier-Emoting, durch welche drei emotionalen Situationen aktiviert werden, die akkurat eingeübt und bewältigt werden müssen, um ein *Counterbalancing* als Gegensteuerung einsetzen zu können.

5 Expositionstechniken bei PTBS

Es gibt viele Formen der traumaorientierten Therapie, die bei der Behandlung von PTBS eingesetzt werden. In nächsten Abschnitt werden die kognitive Verarbeitungstherapie (CPT), die Desensibilisierung und Wiederaufbereitung der Augenbewegung (EMDR), die Narrative Expositionstherapie (NET), die auf Imagination basierende Therapiemethode (IRRT), die Langzeitexpositionstherapie (PE) und weitere vorgestellt.

Kognitive Verarbeitungstherapie (CPT): In den 1980er Jahren wurde CPT, eine kognitive Verhaltensbehandlung mit zwölf Sitzungen, von *Patricia Resick* anfänglich entwickelt, um Symptome eines sexuellen Traumas bei den Opfern zu überwinden. Es handelt sich um eine spezifische Art der kognitiven Verhaltenstherapie (CBT), eine Form der psychologischen Behandlung, die Bemühungen beinhaltet, Denkmuster zu ändern. Menschen, welche eine CPT-Therapie in Anspruch nehmen, wird dabei geholfen, zu verstehen und zu ändern, wie sie über das Trauma-Ergebnis und seine Folgen denken. Dabei besteht das Ziel darin, es zu verstehen, wie feststehende Gedanken über das Trauma Stress verursachen und die Symptomatik dadurch verschlimmern können (*Kathleen, Chard, Candice, Monson, Patricia & Resick, 2016*).

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) trägt auch dazu bei, die Art und Weise zu verändern, wie Menschen mit PTBS auf Erinnerungen an ihr Trauma reagieren. Während sie an ihre Erinnerungen (an traumatische Szenen) denken oder darüber sprechen, konzentrieren sich Betroffene, welche sich auf eine EMDR-Therapie einlassen, (zumeist) auf Augenbewegungen oder Handklopfen (*Shapiro, 1995*). Eine Studie aus dem Jahr 2013 zu randomisierten klinischen Studien zu Behandlungen für PTBS vom National Center for PTSD ergab, dass EMDR zusammen mit CPT und PE eine wirksame Psychotherapie für die Erkrankung war.

Narrative Exposure Therapy (NET): Im Rahmen der Narrativen Expositionstherapie besteht der ganzheitliche Ansatz aus einer biografischen Aufarbeitung. Sollte die Situation nach der IRRT für den Patienten noch nicht aufgearbeitet sein, wird eine NET durchgeführt. Diese nimmt etwa zwölf bis achtzehn Sitzungen in Anspruch. Hierfür wird nach der Trauma-Anamnese eine Lifeline erstellt, indem chronologisch Steine für negative Erinnerungen und Blumen für positive Erinnerungen neben einem Seil (das die Lebenslinie darstellt) positioniert

werden. Um zu erreichen, dass die Erinnerungen vom Patienten zeitlich und räumlich korrekt in der Biografie eingebettet und nicht in der Gegenwart erlebt werden, werden diese jeweils in einer Exposition aufgearbeitet. Während des Expositionsprozesses wird laufend ein Schritt in die Gegenwart gemacht, um eine Distanz zum „Damals“ aufzubauen. Der Fokus wird auf die traumatischen Erinnerungen gelegt, wobei die positiven Erinnerungen als Ressource ebenfalls exponiert werden. Das Ziel des Ansatzes ist, das Leben als Gesamtes wahrzunehmen, ohne den Fokus auf die Traumata zu richten, und dabei eigene Muster zu erkennen (Neuner, Catani & Schauer, 2021).

Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy (IRRT): Mit der Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy (Schmucker, Köster, 2021) wird das Ziel verfolgt, die Situation zu exponieren und neu zu bewerten. Der klassische Ablauf erfolgt in drei Phasen. In Phase 1 schildert der Patient eine belastende Situation. Die Therapeutin ermittelt den sogenannten „Hotspot“, bei welchem die psychische Belastung am höchsten ist. Anschliessend schildert der Patient die Situation ein zweites Mal bis zu dem Hotspot. In Phase 2 betritt das heutige Ich die Situation und konfrontiert den Täter (falls es einen Täter gibt, ansonsten entfällt dieser Schritt) bis zum Gefühl der Entmachtung. In Phase 3 wendet sich der Patient dem damaligen Ich zu, um Selbstfürsorge zu betreiben. Die Ziele dieses Verfahrens sind eine Neubewertung, Selbstfürsorge bzw. ein Verständnis für sich selbst.

Diese Expositionstechnik von Schmucker und Köster (2021) ist mit der Theorie der IT nicht kompatibel (die Persönlichkeitstheorie der IT ist eine fundamental prozessuale), da sie mit der „inneren Kind“-Metapher arbeitet. In der IT gibt es kein „Inneres Kind“ – wenn schon dann „innere Kinder“ und die sind auch nur eine kurze und spezielle szenische Sequenz aus unserem Gedächtnisspeicher aus einer bestimmten Zeiteinheit.

Prolonged Exposure Therapy (PE): Veteranen-Forscher (VA-Forscher) des National Center for PTSD zeigten 2013 die Wirksamkeit der Expositionstherapie zur Behandlung von Traumafolgestörung und Depression bei weiblichen und männlichen Veteranen aller Einsatzräume. Das Ziel bei einer längeren Expositionstherapie besteht darin, Erinnerungen an traumatische Ereignisse weniger ängstigend zu machen. Die Patienten sprechen mit Therapeuten auf eine sichere, schrittweise Weise über ihre Traumata und hören sich zwischen den Sitzungen Aufzeichnungen ihrer Trauma-Erzählungen mit der Überlegung an, die Kontrolle über Gefühle

und Gedanken zu schwierigen und unangenehmen Erfahrungen zu erlangen (*Watts, Schnurr, Mayo, Young-Xu, Weeks & Friedman, 2013*).

Andere PTBS-Behandlungen:

Die **Mantram-Therapie** kann die Hypererregung reduzieren, die ein häufiges Symptom von PTBS und ein erhöhter Angstzustand ist, welcher mit häufigen Behandlungen schwieriger als andere Symptomatiken von PTBS zu behandeln ist. In einer Studie aus dem Jahr 2018 baten Forscher des San Diego VA-Healthcare-Systems Veteranen, Mantram-Redens zu üben, um einen Umgang mit Hypererregung zu finden. Mantram ist eine einfache Meditationstechnik, bei der schweigend ein Wort oder eine Phrase wiederholt wird, welche für die Betroffenen eine persönliche Bedeutung hat. Dabei kam heraus, dass Veteranen (mit denen die Studie durchgeführt wurde), die die Technik verwendeten, im Vergleich mit denen, die nur eine Standardpsychotherapie durchliefen, eine stärkere Verringerung der Hypererregung zeigten. Sie fanden auch heraus, dass Veteranen mit reduzierter Hypererregung eine grössere Gesamtreduktion der PTBS-Symptome hatten. Folgend zeigen die Ergebnisse, dass eine Mantram-Behandlung, welche sich ausschliesslich auf Hypererregung konzentriert, laut den Studienautoren zu schwächeren PTBS-Symptomen führen kann (*Leary, Weingart, Topp & Bormann, 2018*).

Cortisolspiegeländerungen im Zusammenhang mit besseren Reaktionen auf die Behandlung

Cortisol ist ein Hormon, welches von den Nebennieren als Reaktion auf Stress freigesetzt wird. Forscher von Atlanta und Ann Arbor (der Gesundheitssysteme) fanden im Jahr 2017 in einer Studie heraus, dass Veränderungen des Cortisolspiegels im Speichel vorhersagten, wie gut dreissig Veteranen mit PTBS entweder auf eine verlängerte Expositionstherapie oder eine gegenwärtige zentrierte Therapie reagierten. Die Patienten mit einem höheren Anstieg ihres Cortisolspiegels im Lauf ihrer Behandlung zeigten eine geringere Verringerung ihrer PTBS-Symptome (*Rauch, King, Liberzon & Sripada, 2017*).

Medikamentöse Behandlungen für PTBS

Das Gehirn von Menschen mit PTBS ‚bewegt‘ sich anders, weil das Gleichgewicht der Neurotransmitter aus dem Ruder läuft. Sie zeigen eine leicht auszulösende ‚Kampf-oder-Flucht‘-

Antwort, welche die Betroffenen nervös macht. Der ständige Versuch, dies herunterzufahren, könnte dazu beitragen, dass sich die Betroffenen emotional entfernt und kalt fühlen. So können Medikamente dabei helfen, nicht mehr darüber nachzudenken und darauf zu reagieren, was passiert ist. Sie können dabei unterstützen, sich wieder ‚normal‘ zu fühlen. Es gibt verschiedene Arten von Medikamenten, die die Chemie im Gehirn im Zusammenhang mit Angst beeinflussen. Folgende Medikamente, welche die Neurotransmitter Serotonin oder Noradrenalin (SSRIs und SNRIs) beeinflussen, kommen zum Einsatz: Fluoxetin (Prozac), Paroxetin (Paxil), Sertralin (Zoloft) und Venlafaxin (Effexor) (Davidson, 2000).

Aussteigen und Nebenwirkungen

Ein häufiges Anliegen bei der traumafokussierten Behandlung ist das Aussteigen. Die Raten scheinen bei PE, CPT und traumafokussierter CBT ähnlich zu sein (*Hembree, Foa, Dorfan, Strasse & Kowalski, 2003*). Eine erhebliche Minderheit der Personen bricht die PTBS-Behandlung ab (z. B. *Imel, Laska, Jakupcak & Simpson, 2013*). *Imel et al. (2013)* führten eine Metaanalyse des Behandlungsabbruchs bei der PTBS-Behandlung durch. Der Gesamtanteil der Abbrüche betrug bei allen aktiven Behandlungen 18,28 %.

Leider wird nur in wenigen Studien explizit über Nebenwirkungen der PTBS-Psychotherapie berichtet (*Cusack, Jonas, Forneris, Wines, Sonis & Middleton, 2016*). In den Richtlinien der American Psychological Association (2017) wird empfohlen, dass Untersuchungen zu Nebenwirkungen durchgeführt werden sollten. Bei der Untersuchung der Ergebnisse grosser kontrollierter Studien gibt es keine Hinweise darauf, dass traumaorientierte Behandlungen mit einem relativen Anstieg der nachteiligen Nebenwirkungen verbunden sind (American Psychological Association, 2017). Allerdings sollten zu den Nebenwirkungen und der PTBS-Behandlung mehr Untersuchungen durchgeführt und es sollte darüber berichtet werden. Ausserdem deuten die Richtlinien und starken Forschungsergebnisse darauf hin, dass PE, CPT und traumaorientierte CBT, wenn es möglich ist, unter Berücksichtigung der Präferenzen und Werte der Patienten und der klinischen Expertise die erste Behandlungslinie für PTBS sein sollten. Daher sind die Verbreitung von Informationen zu wirksamen Behandlungen sowie Nutzen und Schäden im Zusammenhang mit der Behandlung und eine effektive Forschungsmethodik an Behandlungsanbieter, die mit PTBS-Betroffenen arbeiten, unerlässlich (*Watkins, Kelsey & Rothbaum, 2018*).

Es wurde festgestellt, dass die PTBS-Symptome während der Verhaltensintervention in einer kleinen Anzahl von Studien zunehmen. Zum Beispiel *Foa* und ihre *Kollegen (Zoellner, Feeny,*

Hembree und Avarez-Conrad, 2002) fanden heraus, dass mehr Frauen in einem längeren Expositionszustand nach einer imaginären Exposition erhöhte Symptome von Angst und Depression als Frauen in einem imaginären Expositionszustand und kognitiven Umstrukturierungszustand erlebten. Kurzfristige Zunahmen der Symptome führten jedoch nicht zu schlimmeren PTBS-Symptomen am Ende der Behandlung. In ähnlicher Weise ermittelten *Tarrier und Kollegen (1999)*, dass sich die Verschlechterung während der Behandlung nicht in den Nachbeobachtungsdaten widerspiegelte. Nur in wenigen Studien wurde tatsächlich über Auswirkungen von kognitiven Verhaltensbehandlungen berichtet und das volle Ausmass der negativen Auswirkungen auf die Behandlungsergebnisse ist nicht bekannt. Medikamente können die Symptome von PTBS-Betroffenen zwar reduzieren, aber nicht beseitigen. Weiterhin ist fraglich, ob die Expositionstherapie zur Aktivierung traumatischer Erinnerungen sowie Evokationen mit Hyperarousal Retraumatisierungen oder die Desensibilisierung eine verdeckte Abstumpfung bewirkt. Ob EMDR tatsächlich ein überzeugender empirischer Wirkungsnachweis ist, steht ebenso noch aus. Angesichts der Tatsache, dass EMDR eine evidenzbasierte Behandlung für PTBS ist, gibt es überraschenderweise nur eine begrenzte Anzahl von Studien, in denen die Wirksamkeit bei der Behandlung von Ch-PTBS (Childhood Trauma-Related PTSD) untersucht wird (*Edmon, Rubin, Wambach, 1999*). Bislang liegen für die Behandlungsformen der Traumatherapie keine wirklich robusten, gesicherten empirischen Ergebnisse vor.

Eine Psychotherapie nach *H. G. Petzold* sollte in erster Linie auf die Selbstheilungs- und Selbststeuerungskräfte konzentriert sein. Dazu gehören die Stabilisierung und Entfaltung vorhandener Fähigkeiten sowie Fertigkeiten. Weiterhin sollen sowohl prekäre Lebenssituationen als auch Konfliktsituationen ohne Eventkonfrontationen gemeistert werden. Eine emotionale, kognitive sowie leibliche Nachreifung und Nachsozialisation durch *korektive* Erfahrungen bzw. Neuerfahrungen in der Beziehung zur Mit- und Umwelt sowie zu sich selbst sollten ermöglicht werden. Die IT spricht von «korrektiv» (engl. *corrective*), weil man Menschen «Korrektive» anbieten will, sie aber nicht «korrigieren» will. Die traumatisierten Menschen sind schwer geschädigt, daher müssen mehrperspektivische Hilfen angeboten werden und methodenübergreifende und ganzheitsorientierte Interventionen sind notwendig.

H. G. Petzold hat dazu ein umfassendes Behandlungskonzept des integrativen Ansatzes dargestellt. Durch einen Rückgriff auf neurophysiologische Modelle der Beruhigung sowie den

Einzug von Methoden der IDR entwickelte er das «Integrative und Differenzielle Relaxations-Traumaformat» (IDR-T). Die *Integrative Therapie* ist ein theoriegeleitetes und systematisches Integrationsmodell und die *Integrative Traumatherapie* (Petzold, Wolf et al. 2000, 2001) ist ein komplexer Ansatz, in dem ein spezialisiertes Entspannungstraining gegen Hyperarousal und seine Symptomatik als Beruhigungsstrategie und zugleich Aktivierung gegen Numbing (Abstumpfung als Reaktion) verbunden ist. Um differenzielle und komplexe Transferleistungen zu erzielen bzw. zu erreichen, sind nicht nur die Einsicht, sondern auch die Erfahrung und Handlungen in unterschiedlichen Kontexten notwendig. Dabei wird in der Integrativen Traumatherapie auf das Prinzip der „multiplen Stimulierung“ in einem performanzzentrierten, die Möglichkeiten multipler Expression nutzenden Prozedere unter Einbezug der neurozerebralen Lernprozesse gesetzt. Daraus resultierend ist blosse „Psychotherapie“ bei dieser schweren Störung nicht optimal. Ohne die somatische Basis, ohne ihre verheerenden sozialen Folgen (Netzwerkverluste) sowie ohne ihre ökologischen Konsequenzen (bewegungsarmes Leben) zu berücksichtigen, kann ein solcher Lebensstil nicht nachhaltig verändert werden. Es ist nicht nur eine Person, sondern auch das soziale Netzwerk der Person betroffen, häufig ist die Lebensstruktur der Betroffenen beschädigt. Deshalb müssen zur Psycho-Dimension des „Leibsubjekts“ interventiv die Somatio-, Sozio- und Öko-Dimension hinzukommen, weshalb auch von „biopsychosozialökologischer Humantherapie“ gesprochen wird.

6 Resümée und Schluss

Traumata bestehen aus einer Vielzahl von Facetten und bedürfen, wenn eine Exposition indiziert ist oder auf Patientenwunsch vorgenommen werden soll, einer guten Vorbereitung sowie einer Kombination aus entspannungstherapeutischen Bottom-up- und Top-down-Methoden, welche eine risikoarme ‚moderate Exposition‘ ermöglichen. Die Strategie in der Integrativen Therapie besteht daher darin, die Risiken für Erregungszustände, Hyperarousals und damit für Retraumatisierungen, wie sie bei vielen Expositionsverfahren in der PTBS-Behandlung bestehen, zu vermeiden. Alternativ können diese Gefahren auch durch Methoden psychophysiologischer Beruhigung aus dem Bereich der Psycho- und Neuromotorik, wo mit Feedback aus der Gesichtsmuskulatur, der ‚Movement-produced Information‘, bspw. der Neugierde- oder Freundlichkeitsmimik, zur emotionalen Umstimmung gearbeitet wird, vermindert werden (*Quenching*) (Petzold, 2000g).

Miltenburg und *Signer* (1997) warnen vor Expositionstechniken, da diese wissenschaftlich nicht überzeugend begründet sind. Weiterhin mangelt es nach *Märtens* und *Petzold* (2002)

im Hinblick auf die Traumatherapie an Untersuchungen zu Nebenwirkungen, Schädigungen und Risiken. *Petzold* (2002b) ist der Ansicht, dass es an Beweisen für die ‚Unbedenklichkeit‘ von traumatherapeutischer Arbeit fehlt. Des Weiteren gibt *Petzold* (2004l) zu bedenken, dass fundierte Aussagen bisher spärlich sind und aufgrund dessen – bei solchem Nebenwirkungsrisiko und Sicherheits- bzw. Unbedenklichkeitsnachweisen – die Medikamente kaum zugelassen sind. Nach *Petzold* (2004l) sollte die Expositionsmethode daher kritisch betrachtet und deren Risiken sollten berücksichtigt werden. Aus Sicht von *Märtens* und *Petzold* (2002) sollte eine risikoarme Behandlungsmethode entwickelt werden, da mit Psycho-, Körper- und Traumatherapien ein Schadens- und Nebenwirkungsrisiko einhergeht und diese daher selbst (re-)traumatisierend wirken können.

Angesichts der Unwirksamkeit ist von *Post-Event-Debriefings* (*Nachbesprechung nach dem Ereignis*) und von *Expositionsverfahren in early* (*frühzeitigen Interventionen*) sowie von *Event-Konfrontation* abzuraten. Daher sollten solche Effekte im Hinblick auf die *Patient-Security* bis zum Nachweis der Unbedenklichkeit einstweilen bei Expositionstechniken sowie Debriefings unterstellt werden. Stattdessen wird empfohlen, schonende Ansätze zu entwickeln und anzuwenden, bspw. lösungsorientierte Vorgehensweisen und narrative Therapie, mit denen natürliche Erzählimpulse aufgegriffen werden (*Pennebaker* 1993; *McLeod* 1997; *Petzold* 2003). Diese sollten mit psychoedukativen Massnahmen der Information und Stützung sowie der Vermittlung traumaspezifischer Entspannungsverfahren und realitätsbezogenen Visualisierungen verbunden werden. Zudem nehmen die supportive Valenz von familiären, amikalen und kollegialen Netzwerken (*Hass, Petzold, 1999*) sowie die Kombination von psycho- und soziotherapeutischen Massnahmen (Bereitstellung von Lernmaterial und sozialen Angeboten) eine wesentliche Rolle ein. Diesbezüglich sind eine stützende Psychotherapie und eine nicht evokative Leibtherapie/Körperpsychotherapie sowie Sporttherapie zu empfehlen (*Petzold, Bloem & Moget, 2004*).

„Der Leib als Ort der sinnhaften Wahrnehmung nimmt das Wahrgenommene auf, wie einen Speicher und wird dann zu unserer individuellen Geschichte.“ (*Petzold, 1985f*) Traumatisierte Patienten sind in ihrer Leiblichkeit beschädigt und ihre Identität ist gestört. Der Fokus ist in der Traumatherapie, wie im obigen Abschnitt erwähnt wurde und hiermit weiter ergänzt wird, auf entspannungs-, bewegungs- und körpertherapeutische Massnahmen gerichtet – damit die Betroffenen Leiblichkeit entwickeln und Entfremdung überwinden sowie die

Beziehungsfähigkeit verbessern können. Die intermediale Arbeit bietet ein leibliches Selbst-erleben sowie Wachbewusstsein (Awareness) – Arbeit zur Förderung „kreativer Metamorphosen“. Wer sich mit Metamorphosen befasst, befasst sich mit „Gestalt und Wandel“, mit der Veränderung der Formen, wie sie das Leben – unter evolutionärer phylogenetischer wie unter ontogenetischer Perspektive – kennzeichnet. So erweist sich der Prozess der Metamorphosen im Medium hier als ein Prozess der wachsenden Erschließung der Sinne und somit einer wachsenden Vielfalt an Sinn (Steigerung der Sinnerfassungskapazität als therapeutisches Ziel) (Orth & Petzold, 1993c/2015). Die verletzten Sinne können bei bewegungstherapeutischen Interventionen – „Weisheit des Leibes zugänglich zu machen“ (Petzold, 1988n) – das Wohlbefinden wiederherstellen sowie die Verbesserung der individuellen psychophysischen sowie soziale Belastungs- und Leistungsfähigkeit und die Übereinstimmung mit sich selbst und der Umwelt verbessern. Durch Achtsamkeit, kreativen Ausdruck, Naturerlebnisse, intensive Auseinandersetzung, Übung und Training kann zudem Stabilität gewonnen werden und die Betroffenen werden dazu befähigt, sich ihren Herausforderungen zu stellen (Petzold, 2004I).

7 Zusammenfassung/Summary

Zusammenfassung: Posttraumatische Belastungsstörungen - Behandlungsmöglichkeiten aus der Sicht der *Integrativen Therapie*

Theorie und Praxis der *Integrativen Therapie* (H. G. Petzold) weisen Ansätze, Modelle, Methoden und Techniken auf, die die PTBS-Betroffenen vor Risiken, Nebenwirkungen und Schädigungen schützen können. Der Ort von Gewalt ist im menschlichen Leib, welcher gefoltert und gequält wurde. Zentral wird dabei auf das Leibkonzept zurückgegriffen. Allen Sinnen des perzeptiven Leibes entsprechen Ausdrucksformen des expressiven Leibes, daher wird die intermediale Arbeit, deren Praxis den Menschen mit vielfältiger (multipler) Stimulierung aktiviert, vorgestellt. Um komplexe und differenzielle Transferleistungen zu erreichen, wird genauer das Prinzip der multiplen Stimulierung in der Gesundheits- und Krankheitslehre beleuchtet. Die Ressourcen und die Resilienz der Patienten zu erwecken und zu stärken, sowie lösungs-, zukunfts- und sinnorientierte Massnahmen, in dem divergente Interventionsmethoden und -ebenen unter Einbezug neurozerebraler Lernprozesse verbunden werden, sind ein besonderes Anliegen der Integrativen Therapie. Basierend auf Methoden, Theorien sowie Konzepten der *Integrativen (Trauma-)Therapie* wurde eine theoretische Herleitung für die Arbeit mit PTBS-Patienten in der *Integrativen Therapie* dargestellt. Ziel war es, für die Behandlung von Traumafolgestörungen, die multiplen Behandlungsansätze der Integrativen Therapie aufzuzeigen und mit dem internationalen Forschungsstand zu Trauma, Behandlungen bzw. Expositionstechniken, die in der heutigen Praxis angewendet werden, abzugleichen.

Schlüsselwörter: Integrative Psychotherapie, Posttraumatische Belastungsstörung, Expositionstherapie, Nebenwirkungen, Moderate Exposition

Summary: Post-traumatic stress disorder - Treatment options from the perspective of integrative therapy

The theory and practice of integrative therapy (*H. G. Petzold*) have approaches, models, methods and techniques that can protect PTSD sufferers from risks, side effects and harm. The place of violence is in the human body, which has been tortured and tormented. The concept of the body is used centrally. All senses of the perceptive body correspond to forms of expression of the expressive body, therefore intermedial work, whose practice activates the human being with manifold (multiple) stimulation, is presented. In order to achieve complex and differential transfers, the principle of multiple stimulation in health and illness studies is examined in more detail. A special concern of integrative therapy is to awaken and strengthen the resources and resilience of patients, as well as solution-, future- and sense-oriented measures, in which divergent intervention methods and levels are combined with the inclusion of neurocerebral learning processes. Based on methods, theories and concepts of integrative (trauma) therapy, a theoretical derivation for working with PTSD patients in integrative therapy was presented. The aim was to show the multiple treatment approaches of integrative therapy for the treatment of trauma sequelae and to compare them with the international state of research on trauma, treatments and exposure techniques used in practice today.

Keywords: integrative psychotherapy, post-traumatic stress disorder, exposure therapy, side effects, moderate exposure

8 Literaturverzeichnis

- Amerikanische Psychiatrische Vereinigung. *Diagnostisches und statistisches Handbuch psychischer Störungen* (DSM-5). 5. Auflage. Washington (DC): APA, 2013.
- American Psychological Association (2017). *Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Anguera, J., A., Boccanfuso, J., Rintoul, J., L., (2013): Video game training enhances cognitive control in older adults. *Nature*. 501(7465), 97-101.
- Bartoli, F., Crocamo, C., Alamia A., Amidani, F., Paggi, E., Pini, E., Clerici, M., Carrà, G. (2015): Post-traumatische Belastungsstörung und Adipositasrisiko: Systematische Überprüfung und Metaanalyse. *J. Clin Psychiatrie*. 76(10),1253–1261.
- Bisson, J.I., McFarlane, A.C., & Rose, S. (2000): *Effective treatments for PTSD*. New York: The Guilford Press.
- Blanchard, E.B., Hickling, E.J., Forneris, C.A., Taylor, A.E., Buckley, T.C., Loos, W.R., Jaccard, J. (1997). Prediction, of remission of acute posttraumatic stress disorder in motor vehicle accident victims. *J. Trauma. Stress*. 215–234.
- Bloem, J., Moget, P., Petzold, H.G. (2004): *Budo, Aggressionsreduktion und psychosoziale Effekte: Faktum oder Fiktion? – Forschungsergebnisse – Modelle – psychologische und neurobiologische Konzepte*. Integrative Therapie, 1-2, 101-14.
- Bonebright, C. A., Clay, D. L., Ankenmann, R. D. (2000): The relationship of workaholism to work-life conflict, life satisfaction and purpose in life. *Journal of Counseling Psychology*, 47, 469-477.
- Brady, K., Pearlstein, T., Asnis, G. M., Baker, D., Rothbaum, B., Sikes, C. R., & Farfel, G. M. (2000). Efficacy and safety of sertraline treatment of posttraumatic stress disorder: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 283, 1837-1844.
- Bürmann, J. (1992): *Gestaltpädagogik und Persönlichkeitsentwicklung. Theoretische Grundlagen und praktische Ansätze eines persönlich bedeutsamen Lernens*, Bad. Heilbrunn: Klinikhardt.
- Butollo, W., Rosner, R., Wentzel, A. (1999): *Integrative Psychotherapie bei Angststörungen*. Bern: Hans Huber.
- Cusack, K., Jonas D. E., Forneris C. A., Wines C., Sonis J., Middleton J. C., (2016): Psychological treatments for adults with posttraumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis. *Clin. Psychol. Rev.* 43, 128–141.

- Davidson, J., R. (2000): Pharmacotherapy of posttraumatic stress disorder: Treatment options, long term follow-up, and predictors of outcome. *Journal of Clinical Psychiatry*. 61(5), 52-6.
- Davidson, J., Pearlstein, T., Lonnberg, P., Brady, K.T., Rothbaum, B., Bell, J., Maddock, R., Hegel, M.T., Farfel G. (2001). Efficacy of sertraline in preventing relapse of posttraumatic stress disorder: Results of a 28-week double-blind, placebo-controlled study. *J. Psychiatry*, 158, 1974–1981.
- Davis, L.L., Frazier, E.C., Williford, R.B., Newell, J.M. (2006). Long-term pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder. *CNS Drugs*, 465–476.
- Diamond, M., C. (1996): The Brain. Use It or lose It. *Mindshift Connection*, 1(1), 1.
- Döring-Seipel, E. (1996): *Stimmung und Körperhaltung*. Eine experimentelle Studie. Weinheim: Beltz.
- Edmond T, Rubin A, Wambach KG.(1999): The effectiveness of EMDR with adult female survivors of childhood sexual abuse. *Soc Work Res*. 23(2), 103–16.
- Egger, J.W. (2017): Theorie und Praxis der biopsychosozialen Medizin. Körper-Seele-Einheit und sprechende Medizin. Wien: Facultas Verlag.
- Ehlers, A. (1999): *Posttraumatische Belastungsstörung*. Göttingen: Hogrefe (Band 8 der Reihe: Fortschritte in der Psychotherapie).
- Ferenczi, S. (1932/1988): *Ohne Sympathie keine Heilung*. Das klinische Tagebuch von 1932. Frankfurt: Fischer.
- Foa, E.B., Hembree, E.A., Cahill, S.P., Rauch, S.A., Riggs, D.S., Feeny, N.C., Yadin, E. (2005). Randomized trial of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder with and without cognitive restructuring: Outcome at academic and community clinics. *J. Consult. Clin. Psychology*, 73, 953–964.
- Foa, E.B., Zoellner L.A., Feeny, N.C., Hembree, E.A., Alvarez-Conrad, J. (2002): Does imaginal exposure exacerbate PTSD symptoms? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 70(4), 1022–1028
- Foa, E.B., Meadows, E.A. (1997): Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder: A critical review. *Annual Review of Psychology* 48, 449-480.
- Foa, E.B., Riggs, D.S. (1993): Posttraumatic Stress Disorder and rape. *American Psychiatric Press Review of Psychiatry* 12, 273-303.
- Foucault, M. (2007): *Ästhetik der Existenz*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Friedman, M.J., Davidson, J.R. (2007). *Handbook of PTSD: Science and Practice*. The Guilford Press; New York, NY, USA.
- Gazzaley, A., Mishra, J., Anguera, J., Ziegler, D., A. (2013): A Cognitive Framework for Understanding and Improving Interference Resolution in the Brain. *Prog Brain Res.*, 207, 351-377.
- Goetter, E.M., Bui, E., Ojserkis, R.A., Zakarian, R.J., Brendel, R.W., Simon, N.M. (2015). A systematic review of dropout from psychotherapy for posttraumatic stress disorder among Iraq and Afghanistan combat Veterans. *J. Trauma. Stress*, 28, 401–409.
- Gysi, J. (2020): Diagnostik von Traumafolgestörungen: Multiaxiales Trauma-Dissoziations-Modell nach ICD-11. Hogrefe Verlag: Bern.
- Hass, W., Petzold, H.G. (1999): Die Bedeutung der Forschung über soziale Netzwerke, Netzwerktherapie und soziale Unterstützung für die Psychotherapie - diagnostische und therapeutische Perspektiven. In: Petzold, H.G., Märten, M. (1999a) (Hrsg.): *Wege zu effektiven Psychotherapien*. Psychotherapieforschung und Praxis. Opladen: Leske + Budrich, S. 193-272.
- Hausmann, B., Neddermeyer, R. (1996): *Bewegt sein – Integrative Bewegungs- und Leibtherapie in der Praxis*. Junfermann-Verlag: Paderborn.
- Hembree, E.A., Foa, E.B., Dorfan, N.M., Street, G.P., Kowalski J., Tu X. (2003). Do patients drop out prematurely from exposure therapy for PTSD? *J. Trauma. Stress*, 16, 555–562.
- Hüther, G. (1996): The central adaptation syndrome. Psychosocial stress as a trigger for adaptive modifications of brain structure and brain function. *Progress in Neurobiology*, 48, 569–612.
- Hüther, Gerald & Petzold, H. G. (2012f). Auf der Suche nach einem neurowissenschaftlich begründeten Menschenbild. In Hilarion G. Petzold (Hrsg.), *Die Menschenbilder in der Psychotherapie. Interdisziplinäre Perspektiven und die Modelle der Therapieschulen* (S. 207-242). Wien: Krammer.
- Imel, Z.E., Laska K., Jakupcak, M., Simpson, T.L. (2013): Meta-analysis of dropout in treatments for posttraumatic stress disorder. *J Consult Clin Psychol.*, 81(3), 394-404.

- Isserlin, L., Zerach, G., Solomon, Z. (2008) Acute stress responses: A review and synthesis of ASD, ASR, and CSR. *Am. J. Orthopsychiatry*, 78, 423–429.
- Janet, P. (1919): Les médications psychologiques, 3 Bde. Paris: Alcan.
- Josić, S., Petzold, H.G. (1995): Kriegstraumatisierung, posttraumatischer Streß - diagnostische und therapeutische Dimensionen, Zentrum für Kriegshilfe, ATIP. Belgrad (serb.).
- Kandel, E., R. (2001): The molecular biology of memory storage: a dialogue between genes and synapses. *Science*, 294, 1030–1038.
- Kapfhammer, H.P. (2017). Akute und posttraumatische Belastungsstörung. In: Möller, HJ, Laux, G., Kapfhammer HP, editors. *Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*. (5. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Kathleen, M., Chard, Candice, M., Monson, Resick, P. (2016): *Cognitive Processing Therapy for PTSD. A Comprehensive Manual*: New York: Guilford Publications.
- Kasai, K., Yamasue, H., Gilbertson, M.W., Shenton, M.E, Rauch, S.L, Pitman, R. K. (2008). Evidence for Acquired Pregenual Anterior Cingulate Gray Matter Loss from A Twin Study of Combat-Related Post-Traumatic Stress Disorder. *Biol. Psychiatrie*, 63, 550–556
- Kawai, M., Savelsbergh, G.J.P., Wimmers, R.H. (1999): Newborns spontaneous arm movements are influenced by the environment. *Early Human Development* 54, 1999, 15-27.
- Kelmendi, B., Adams, T., G., Yarnell, S., Southwick, S., Abdallah, C., G., Krystal, J., H. (2016). PTSD: from neurobiology to pharmacological treatments. *Eur J Psychotraumatol.*, 7.
- Kempermann, G., Krebs, J., Fabel, K. (2008): The contribution of failing fault hippocampal neurogenesis to psychiatric disorders. *Curr Opin Psychiatry*, 32(3), 290-295.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., Nelson, C.B. (1995): Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*. 52(12), 1048–1060.
- Kessler, R.C., Petukhova, M., Sampson, N.A., Zaslavsky, A.M., Wittchen, H.U. (2012). Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *Int. J. Methods Psychiatr.*, 21, 169–184.
- Kilpatrick, D., Resnick, H., Milanak, M., Miller, M., Keyes, K., Friedman, M. (2013). National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalence using DSM-IV and DSM-5 criteria. *J. Trauma. Stress*, 26, 537–547.
- Krohn, W., Küppers, G. (1992): *Emergenz: die Entstehung von Ordnung, Organisation und Bedeutung*. Frankfurt a.M., Suhrkamp.
- Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984): *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Leary, S., K. Weingart, R. Topp, J. Bormann (2018): The Effect of Mantram Repetition on Burnout and Stress Among VA Staff. *National Library of Medicine*. 66(3), 120-128.
- Leitner, A. (2010): *Handbuch der Integrativen Therapie*. Wien: Springer.
- Litowtschenko, S.W., Maschek, J.A., Satschuk, N.N. & Rewutskaja, S.G (1976). Möglichkeiten und Bedingungen der Unterrichtung älterer und alter Menschen. Ein Bericht aus der UdSSR. In Petzold, H.G. & Bubolz, E. (1976a). *Bildungsarbeit mit alten Menschen*.
- Litz, B.T., Gray, M.J., Bryant, R., Adler, A.B. (2002): Early intervention for trauma: Current status and future directions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 112-134.
- Marcel, G. (1974j): *Prolegomena*. In: Petzold, H. G. (1974j): *Psychotherapie und Körperdynamik*, 3. Auflag.
- Märtens, M., Petzold; H.G. (2002): *Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie*. Mainz: Grünewald.
- Mishra, J., Gazzaley, A. (2012): Attention Distributed across Sensory Modalities Enhances Perceptual Performance. *Journal of Neuroscience*. 32(35), 12294-12302.
- McEwen, B.S., Magarinos, A.M. (1997): Stress Effects on Morphology and Function of the Hippocampus. In: Yehuda, McFarlane. 271-284.
- McFall, M., Murburg, M.M., Ko, G., Veith, R.C. (1990): *Autonomic responses to stress in Vietnam combat veterans with post-traumatic stress disorder*. *Biological Psychiatry* 27, 1165-1175.
- McLeod, J. (1997): *Narrative and Psychotherapy*. London: Sage Publications.

- Miltenburg, R., Singer, E. (1997): The (ab)use of Reliving Childhood Traumata. *Theory & Psychology*. 7 (5), 605-62.
- Müller, L., Petzold, H.G. (1998): Projektive und semiprojektive Verfahren für die Diagnostik von Störungen, Netzwerken und Komorbidität in der Integrativen Therapie von Kindern und Jugendlichen. *Integrative Therapie* 3-4, 396-438. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/06-2012-mueller-l-petzold-h-g-projektive-und-semiprojektive-verfahren-fuer-die-diagnostik.html>
- Müller, L. Petzold, H.G. (2002): Gerontotherapie: Psychotherapie mit älteren und alten Menschen - Forschungsergebnisse, protektive Faktoren, Resilienzen. Grundlagen für eine Integrative Praxis in Zeitschrift *Integrative Therapie*; Nr. 1; 28. Jahrg.
- Najavits, L.M. (2015). The problem of dropout from "gold standard" PTSD therapies. (pp. 7-43).
- Neuner, F., Catani, C., Schauer, M. (2021): *Narrative Expositionstherapie (NET)*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Orth, I., (1994): Der „domestizierte Körper“ in Zeitschrift *Integrative Bewegungstherapie*; Nr. 1; 4. Jahrg.
- Orth, I., Petzold, H.G. (1990c): Metamorphosen – Prozesse der Wandlung in der intermedialen Arbeit der Integrativen Therapie. In: Petzold, H. G., Orth, I., 1990a. Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapie, 2 Bde., Paderborn: Junfermann; 3 Aufl. 2002: Bielefeld: Edition Sirius, Aisthesis Verlag S. 721-773.
- Orth, I., Petzold, H.G. (1991a): Körperbilder in der Integrativen Therapie – Darstellungen des phantasmatischen Leibes durch „Body Charts“ als Technik projektiver Diagnostik und kreativer Therapeutik. *Integrative Therapie* 1, 117-146; repr. *Integrative Therapie*, Paderborn: Junfermann Bd. II, 3 (1993a) S. 120-1230.
- Orth, I., Petzold, H.G. (1993c/2015): Zur "Anthropologie des schöpferischen Menschen". In: Petzold, H.G., Sieper, J.(1993a): *Integration und Kreation*, 2 Bde., Paderborn: Junfermann, 93-116. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/04-2015-orth-i-petzold-h-g-1993c-zur-anthropologie-des-schoepferischen-menschen.html>
- Pennebaker, J.W. (1993a): Putting stress into words: health, linguistic and therapeutic implications. *Behaviour Research and Therapy* 31, 539-548.
- Petzold, H.G. (1967): Das neue Drogenproblem und die Therapie süchtiger Jungedlicher mit einer Integrativen Therapie: „Vier Schritte“. Behandlungsmodell und -konzept für die therapeutische Gemeinschaft „Die vier Schritte“. Seminar Prof. Dr. Iljine, Institut St. Denis Paris. Teilweise dtsh. In Petzold, H. G. (1974b: *Drogentherapie – Methoden, Modelle, Erfahrungen*, Paderborn: Junfermann/Hoheneck. S., 524-529).
- Petzold, H.G. (1969b): L'analyse progressive en psychodrame analytique, Inst. St. Denis, Semin. Psychol. Prof. Vladimir Iljine; auszugsweise dtsh. in: 1988o, (in idem: *Integrative Bewegungs- und Leibtherapie*. Ausgewählte Werke Bd. I, 1 und I, 2 Paderborn: Junfermann , *Integrative Leib-* Bd. I, 2 1988n, S. 455-491.
- Petzold, H.G. (1970c): *Thérapie du mouvement, training relaxatif, thymopratique et éducation corporelle comme integration*, Paris, Inst. St. Denis, Semin. Psychol. Prof. Vladimir Iljine; auszugsweise dtsh. in: (1992b) 841 ff.
- Petzold, H.G. (1974j): *Psychotherapie und Körperdynamik*. Paderborn: Junfermann. 3. Aufl. 1979.
- Petzold, H.G. (1974k/1996a/2021): *Integrative Bewegungstherapie*. In: Petzold, H.G., 1974j. (Hrsg.) *Psychotherapie und Körperdynamik*, 7. Aufl. 1994, Paderborn: Junfermann, S. 285-404; revid. In Petzold, H.G. (1996a): *Integrative Bewegungs- und Leib 1974k, therapie. Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie*. Ausgewählte Werke Bd. I, 1 und Bd I, 2, 3. revidierte und überarbeitete Auflage von 1988n. Paderborn: Junfermann.S. S.59-172. 2021 als e-book in Polyloge. <https://www.fpi-publikation.de/e-books/petzold-h-g-1988n3-integrative-bewegungs-und-leibtherapie-ein-ganzheitlicher-weg-leibbezogener-psychotherapie>
- Petzold, H.G. (1977c/2012): Die Rolle der Medien in der integrativen Pädagogik. In: Petzold, H.G., Brown, G., 1977. (Hrsg.) *Gestaltpädagogik. Konzepte der integrativen Erziehung*. München: Pfeiffer, S. 101-123 <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/19-2012-petzold-h-g-1977c-2012-die-medien-in-der-integrativen-paedagogik-und-therapie.html>

- Petzold, H.G.* (1980g): Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung in der integrativen Therapie. In: *Petzold, H.G.*, 1980f. Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung, Paderborn: Junfermann, S. 223-290. <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold-1980g-rolle-therapeut-therapeutische-beziehung-in-der-integrativen-therapie.pdf>
- Petzold, H.G.* (1985f): Bewegung ist Leben - körperliche Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensfreude im Alter durch Integrative Bewegungstherapie, Tanztherapie und Isodynamik. In: *Petzold* (1985a) 428-466; repr. (1996a) 519- 562.
- Petzold, H.G.* (1987d/2017): Kunsttherapie und Arbeit mit kreativen Medien - Wege gegen die "multiple Entfremdung" in einer verdinglichenden Welt. Vortrag beim Studientag „Entfremdung und Kreativität“ an der EAG 1. 03. 1987, Hückeswagen. POLYLOGE Jg. 2016; gekürzte in: Richter, K. (Hrsg.), Psychotherapie und soziale Kulturarbeit - eine unheilige Allianz? Schriftenreihe des Instituts für Bildung und Kultur, Bd. 9, Remscheid, 38-95; repr. in: Matthies, K., Sinnliche Erfahrung, Kunst, Therapie, Bremer Hochschulschriften, Univ. Druckerei, Bremen 1988. <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/petzold-1987d-2017-kunsttherapie-kreative-medien-gegen-multiple-entfremdung-polyloge-06-2017.pdf>
- Petzold, H.G.* (1988f): „Multiple Stimulierung“ und „Erlebnisaktivierung“. In: *Petzold, H.G.*, Stöckler, M., (1988) (Hrsg.). Aktivierung und Lebenshilfen für alte Menschen.
- Petzold, H.G.* (1988i): Das Körper-Seele-Geist-Problem in der Integrativen Therapie - Überlegungen zu einem differentiellen, emergenten Monismus, Fritz Perls Institut, Düsseldorf. (Auszugsweise in *Petzold, Sieper* 2007 und 2009c).
- Petzold, H.G.* (1988n): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ausgewählte Werke Bd. I, Paderborn: Junfermann. 3. revid. und überarbeitete Auflage (1996a).
- Petzold, H.G.* (1991a): Integrative Therapie. Ausgewählte Werke Bd. II, 1: Klinische Philosophie, Paderborn: Junfermann. Überarb. Neuauflage 2003a. *Petzold, H.G.* (1991o/2018): Zeit, Zeitqualitäten, Identitätsarbeit und biographische Narration - Chronosophische Überlegungen, In: Integrative Therapie, Paderborn: Junfermann, Bd. II, 1 (1991a) S. 333-395; (2. Aufl. 2003a) S. 299 - 340. <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/02-2018-petzold-h-g-1991o-zeit-zeitqualitaeten-identitaetsarbeit-und-biographische-narration.html>
- Petzold, H.G.* (1992e): Integrative Therapie in der Lebensspanne, erw. von (1990e); repr. Integrative Therapie, Paderborn: Junfermann, Bd. II, 2 (1992a) S. 649-788; (2003a) S. 515 – 606 und in (1994j).
- Petzold, H.G.* (1992m): Die heilende Kraft des Schöpferischen. *Orff-Schulwerk-Informationen* 50, 6-9, repr. In: *Integrative Bewegungstherapie* 1, 1993, 10-14. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al/petzold-h-g-1992m-die-heilende-kraft-des-schoepferischen.html>
- Petzold, H.G.* (1993a): Integrative Therapie. Ausgewählte Werke Bd. II, 3: Klinische Praxeologie, Paderborn: Junfermann. Überarbeitete Neuauflage (2003a).
- Petzold, H.G.* (1993p/2003a/2012h): Integrative fokale Kurzzeittherapie (IFK) und Fokaldiagnostik - Prinzipien, Methoden, Techniken. In: *Petzold, Sieper* (1993a) 267-340; repr. In: Integrative Therapie, Bd. II, 3 (2003a) 985 - 1050. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-25-2012-petzold-h-g-1993p.html>
- Petzold, H. G.* (1994): Psychotherapie und Körperdynamik, Junfermann- Verlag, Paderborn.
- Petzold, H.G.* (1994c/2015): Metapraxis: Die "Ursachen hinter den Ursachen" oder das "doppelte Warum" - Skizzen zum Konzept "multipler Entfremdung" und einer "anthropologischen Krankheitslehre" gegen eine individualisierende Psychotherapie. In: Hermer, M. (1995) (Hrsg.): Die Gesellschaft der Patienten. Tübingen: dgvt-Verlag. 143-174. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/13-2015-petzold-h-g-1994c-metapraxis-die-ursachen-hinter-den-ursachen-oder-das-doppelte/>
- Petzold, H.G.* (1995a): Weggeleitet und Schutzschild: Arbeit mit protektiven Prozessen und sozioökologische Modellierungen in einer entwicklungsorientierten Kindertherapie. In: Metzmacher, Petzold, Zaepfel (1995) 169-280.

- Petzold, H.G.* (1995g): Die Wiederentdeckung des Gefühls. Emotionen in der Psychotherapie und der menschlichen Entwicklung. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, Hilarion* (1996g): Krankheitsursachen im Erwachsenenleben in Zeitschrift Integrative Therapie, Nr. 2-3; 22. Jahrg.
- Petzold, H.G.* (1997p/2007a): Das Ressourcenkonzept in der sozialinterventiven Praxeologie und Systemberatung. Integrative Therapie 4 (1997) 435-471 und in: Petzold, H. G. (1998a/2007a): Integrative Supervision. Wiesbaden: VS Verlag, S. 353-394.
<http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-1997p-das-ressourcenkonzept-in-der-sozialinterventiven-praxeologie-und-system.html>
- Petzold, H.G.* (1998f): Konnektivierung, Integration, Pluralität -Auswirkungen der Modeme auch im psychotherapeutischen Feld, *Gestalt* (Schweiz) 33, 26-64.
- Petzold, H.G.* (1999q): Das Selbst als Künstler und Kunstwerk - Rezeptive Kunsttherapie und die heilende Kraft „ästhetischer Erfahrung“. Düsseldorf/Hückeswagen: FPI/EAG. Und in: Kunst & Therapie 1-2/1999, 105-145, Integrative Therapie 3/2004, 267-299 in: Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www.fpi-publikationen.de/materialien.html - POLYLOGE: Materialien aus der Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit- 07/2001. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/07-2001-1999q-petzold-h-g-das-selbst-als-kuenstler-und-als-kunstwerk/>
- Petzold, H.G.* (2000f): Integrative Therapie – ein körper- und bewegungsorientiertes Behandlungsverfahren zwischen Psychotherapie und Psychomotorik. In: Toussaint, C., van Hove, J. Liber Amicorum Piet van der Klis. Deventer: Dienst KIO & Preventie, Adhesie, 32-4.
- Petzold, H.G.* (2000g): Integrative Traumatherapie: Integrierende und Differentielle Regulation (IDRT) für posttraumatische Belastungsstörungen - „quenching“ the trauma physiology. Integrative Therapie 2/3, 367- 388; auch in Petzold, Wolf et al. (2002).
- Petzold, H.G.* (2000h): Wissenschaftsbegriff, Erkenntnistheorie und Theorienbildung der „Integrativen Therapie“ und ihrer biopsychosozialen Praxis für „komplexe Lebenslagen“ (Chartacolloquium III). Düsseldorf/Hückeswagen: Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit. Überarbeitet 2002 in: Düsseldorf/Hückeswagen, FPI-Publikationen: Materialien aus der Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit.
- Petzold, H.G.* (2000l): Body narratives – Traumatische und posttraumatische Erfahrungen aus Sicht der Integrativen Therapie (Teil 2). Energie & Charakter 22 (2000) 26-43.
- Petzold, H.G.* (2001b): „Lebensgeschichten verstehen, Selbstverstehen, Andere verstehen lernen“ – Polyloge collagierender Hermeneutik und narrative „Biographiearbeit“ bei Traumabelastungen und Behinderungen. Düsseldorf/Hückeswagen. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www.fpi-publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit - 04/2001 auch in: Integrative Therapie 4/2002, 332-416, <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-04-2001-hilarion-g-petzold-et-al-2001b.html> und in Petzold, H.G. (2003g): Lebensgeschichten erzählen. Biographiearbeit, narrative Therapie, Identität. Paderborn: Junfermann, S. 332-416.
- Petzold, H.G.* (2001c): Überlegungen zu Praxeologien körper- und bewegungsorientierter Arbeit mit Menschen aus integrativer Perspektive. In: W.Steinmüller et al.: Gesundheit – Lernen – Kreativität. Methoden zur Gestaltung somatopsychischer Lernprozesse. Bern: Huber. 225-243.
<http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold-2001c-2018-praxeologien-koerper-und-bewegungsorientierte-arbeit-integrative-perspektive.pdf>
- Petzold, H.G.* (2001m/2015): Trauma und „Überwindung“ – Menschenrechte, Integrative Traumatherapie und „philosophische Therapeutik“. Integrative Therapie, 4, 344-412; auch in Petzold, Wolf et al. (2002): Das Trauma überwinden; <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/11-2015-petzold-h-g-2001m-neueinst-2015-trauma-und-ueberwindung-menschenrechte.html>
- Petzold, H.G.* (2002b/2006/2011e): Zentrale Modelle und KERNKONZEPTE der „INTEGRATIVEN THERAPIE“. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www.fpi-publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 02/2002.

- <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/Petzold-Kernkonzepte-Polyloge-02-2002.pdf>.
- Petzold, H.G. (2002j): Das Leibsubjekt als „informierter Leib“ – embodied and embedded. Leibgedächtnis und performative Synchronisationen. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www. FPI- Publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit 07/2002 <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/07-2002-petzold-h-g-der-informierte-leib/> und in Petzold (2003a): Integrative Therapie Bd. III, 1051-1092.
- Petzold, H.G. (2003a): Integrative Therapie, Modelle, Theorien und Methoden einer schulenübergreifenden Psychotherapie. B. 1-3. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (2004l): Integrative Traumatherapie und «Trostarbeit» – ein nicht-exponierender, leibtherapeutischer und lebenssinnorientierter Ansatz risikobewusster Behandlung. Bei: www. FPI Publikationen.de/materialien.html – POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit – 03/2004. Gekürzt in: Rimmel, A., Kernberg, O., Vollmoeller, W., Strauß, B. (2006): Handbuch Körper und Persönlichkeit: Entwicklungspsychologie, Neurobiologie und Therapie von Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart/New York: Schattauer. S. 427-475.
- Petzold, H.G. (2004m): KERNKONZEPTE UND ZENTRALE MODELLE DER „INTEGRATIVEN THERAPIE“ II - Ein „biopsychosozialökologischer“ Ansatz. Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit. Überarbeitete Neueinstellung: POLYLOGE <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/01-2011-petzold-h-g-upd-2011e-integrative-therapie-kompakt-2011-definitionen-und-kondensate.html>
- Petzold, H.G. (2006p): Ökosophie, Ökophilie, Ökopsychosomatik Materialien zu ökologischem Stress- und Heilungspotential Bei www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 16/2006 und Integrative Therapie 1 (2006) 62-99. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-16-2006-petzold-hilarion-g.html>
- Petzold, H.G. (2009c): Körper-Seele-Geist-Welt-Verhältnisse in der Integrativen Therapie Der „Informierte Leib“, „psychophysische Problem“ und die Praxis. Erschienen als: Petzold, H.G. (2009c): Körper-Seele-Geist-Welt-Verhältnisse in der Integrativen Therapie. Der „Informierte Leib“, „psychophysische Problem“ und die Praxis. Psychologische Medizin (Graz), 20/2009, 20-3.
- Petzold, H. G. (2010b): Gesundheit, Frische, Leistungsfähigkeit – Potentialentwicklung in der Lebensspanne durch „Integratives Gesundheitscoaching“. In: Ostermann, D., Gesundheitscoaching. Wiesbaden VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 9-26 und POLYLOGE 11/2010. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/petzold-h-g-2010b-gesundheit-frische-leistungsfahigkeit.html>
- Petzold, H.G. (2012q): „Transversale Identität und Identitätsarbeit“. Die Integrative Identitätstheorie als Grundlage für eine entwicklungspsychologisch und sozialisationstheoretisch begründete Persönlichkeitstheorie und Psychotherapie – Perspektiven „klinischer Sozialpsychologie“. In Petzold, H.G. (2012a): Identität. Ein Kernthema moderner Psychotherapie – interdisziplinäre Perspektiven Wiesbaden: Springer VS Verlag. S. 407-605. Überarbeitete und erweiterte Fassung von 2001p; <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/04-2020-petzold-hilarion-g-2012q-transversale-identitaet-und-identitaetsarbeit-die-integrative-identitaetstheorie-als-grundlage-fuer-eine-entwicklungspsychologisch-und/>
- Petzold, H. G. (2014i): Integrative Depressionsbehandlung auf neurowissenschaftlicher Grundlage – Veränderung des „depressiven Lebensstils“ mit „Bündeln“ komplexer Maßnahmen in der „Dritten Welle“ Integrativer Therapie <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold-2014i-integrative-depressionsbehandlung-neurowissenschaftliche-grundlage-dritte-welle.pdf>
- Petzold, H. G., Beek van, Y, Hoek, A.-M. van der (1994): Grundlagen und Grundmuster „intimer Kommunikation und Interaktion“- „Intuitive Parenting“ und „Sensitive Caregiving“ von der Säuglingszeit über die Lebensspanne. In: Petzold (1994;) 491-646.

- Petzold, H.G., Bloem, J., Moget, P.C.M. (2004): Budo, Aggressionsreduktion und psychosoziale Effekte: Faktum oder Fiktion? - Forschungsergebnisse - Modelle - psychosoziale und neurobiologische Konzepte, in: Integrative Therapie, 1-2/2004, 101–149, Junfermann, Paderborn.
- Petzold, H.G., Brühlmann-Jecklin, E., Orth, I., Sieper, J. (2007): „Methodenintegrativ“ und „multimedial“ – kokreative Strategien in den Konfluenzprozessen der „Integrativen Therapie“. Zur Geschichte und Bedeutung der Begriffe. *Mitgliederrundbrief der Deutschen Gesellschaft für Integrative Therapie* 2, 24-36.
- Petzold, Ellerbrock, Hömberg, (2018a/2020): Geleitwort und Einführung in: Die Neuen Naturtherapien, Handbuch der Garten-, Landschafts-, Waldtherapie und Tiergestützten Therapie, Green Care und Green Meditation, Band I, Grundlagen der Garten- und Landschaftstherapie-) GRÜNE TEXTE – Die NEUEN NATURTHERAPIEN; Internetzeitschrift für Garten-, Landschafts-, Waldtherapie, tiergestützte Therapie, Green Care, Green Meditation, Ökologische Gesundheit, Ökopsychosomatik ; Ausgabe 19/2020 : <https://www.fpi-publikation.de/gruene-texte/19-2020-petzold-h-g-ellerbrock-e-hoemberg-r-2018a-geleitwort-und-einfuehrung-in-die-neuen-naturtherapien-handbuch-der-garten-landschafts-waldtherapie/>
- Petzold, H., Hömberg, R. (2017): Ökopsychosomatik – ein integratives Kernkonzept in den „Neuen Naturtherapien“ Grüne Texte 07/2017, <https://www.fpi-publikation.de/gruene-texte/13-2019-hoemberg-r-petzold-h-g-oekopsychosomatik-oekologische-neurowissenschaften-trans-ver/>
- Petzold, H.G., Josić, S. (1995): Kriegstraumatisierung, posttraumatischer Stress - diagnostische und therapeutische Dimensionen, Zentrum für Kriegshilfe, ATIP. Belgrad (serb.).
- Petzold, H.G., Josić, Z., Ehrhardt, J. (2003): Integrative Familientherapie als „Netzwerkintervention“ bei Traumabelastungen und Suchtproblemen bei www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm. POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit 03/2003 <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-03-2003-petzold-h-g-josiczerhardt-j.html>
- Petzold, H.G., Michailowa, N. (2008a): Alexander Lurija – Neurowissenschaft und Psychotherapie. Integrative und biopsychosoziale Modelle. Wien: Krammer. <https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=integrative-therapie-it-2007-4-alexander-romanowitsch-lurija-neuropsychologie-biopsychosoziale-therapie-integrative-ansatze.pdf>
- Petzold, H.G., Müller, L. (2003): Gerontotherapie: Psychotherapie mit älteren und alten Menschen – Forschungsergebnisse, protektive Faktoren, Resilienzen, Grundlagen für eine Integrative Praxis, (Teil 2), Integrative Therapie 2, 2002, 109-13.
- Petzold, H.G., Müller, L. (2004d): Resilienz und protektive Faktoren im Alter und ihre Bedeutung für den Social Support und die Psychotherapie bei älteren Menschen. In: Petzold, H.G. (2004a): Mit alten Menschen arbeiten. Erweiterte und überarbeitete Neuausgabe von 1985a in zwei Bänden. Bd. I: Konzepte und Methoden sozialgerontologischer Praxis. München: Pfeiffer, Klett-Cotta. 108-154. – <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/Mueller-Petzold-Resilienz-Polyloge-08-2003.pdf>
- Petzold, H.G., Orth, I. (1990a/2007): Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapie, 2 Bde., Junfermann, Paderborn. 3. Aufl. Bielefeld: Aisthesis 2007.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1991a): Körperbilder in der Integrativen Therapie - Darstellungen des phantasmatischen Leibes durch "Body Charts" als Technik projektiver Diagnostik und kreativer Therapeutik. Integrative Therapie 1, 117-146; repr. Integrative Therapie, Paderborn: Junfermann, Bd. II, 3 (1993a) S. 1201-1230; (2003a) S. 885 – 904.
- Petzold, H.G., Orth, I. (2004b): „Unterwegs zum Selbst“ und zur „Weltbürgergesellschaft“ - „Wegcharakter“ und „Sinndimension“ des menschlichen Lebens - Perspektiven Integrativer „Kulturarbeit“ - Hommage an Kant, in: Petzold, Orth (2004a)
- Petzold, H. G., Orth-Petzold, S., Orth, I. (2013): Freude am Lebendigen und weiser Umgang mit Natur. Die Frische, Kraft und Weisheit integrativer Garten- und Landschaftstherapie – Naturtherapeutische Gedanken, „Green Meditation“, „Therapeutic Guerilla Gardening“. POLYLOGE 20/2013. <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-20-2013-petzold-h-orth-petzold-s-orth-i.html>

- Petzold, H.G., Orth, I. (2017b): Epitome. POLYLOGE IN DER INTEGRATIVEN THERAPIE: „Mentalisierungen und Empathie“, „Verkörperungen und Interozeption“ – Grundkonzepte für komplexes Lernen“ in einem intermethodischen Verfahren „ko-kreativen Denkens und Schreibens“. In: Petzold, H. G., Leiser, B., Klempnauer, E. (2017): Wenn Sprache heilt. Handbuch für Poesie- und Bibliothherapie, Biographiearbeit, Kreatives Schreiben. Festschrift für Ilse Orth, Bielefeld: Aistheis. S. 885-971. Auch in Polyloge. Polyloge 31/2017. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/31-2017-petzold-h-g-orth-i-2017b-epitome-polyloge-in-der-integrativen-therapie/>
- Petzold, H.G., Orth, I. (2018): Epitome. POLYLOGE IN DER INTEGRATIVEN THERAPIE: In: Petzold, H. G., Leiser, B., Klempnauer, E. Wenn Sprache heilt. Handbuch für Poesie- und Bibliothherapie, -Biographiearbeit und Kreatives Schreiben. Aistheis, Bielefeld, S 885–971.
- Petzold, H. G., Orth, I., Sieper, J. (2013a). Manifest der Integrativen Kulturarbeit 2013. fpi-publikationen.de. Online-Zeitschriften für integrative Therapie, Supervision und Psychotherapie. Polyloge 14(24). Zugriff am 05.05.2014. Verfügbar unter <http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/polyloge/petzold-orth-sieper-2013a-manifest-der-integrativen-kulturarbeit-2013-polyloge-24-2013.pdf>
- Petzold, H.G., Orth, I., Sieper, J. (2019b): KREATIVE MEDIEN“ in der „INTEGRATIVEN THERAPIE“. Begriff, Konzept und Methodologien 1965 – 2008. Hückeswagen: Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit. POLYLOGE 22/2019. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/22-2019-petzold-h-g-orth-i-sieper-j-2008-2010-2019b-integrative-therapie-mit-kreativen/>
- Petzold, H. G., Petzold-Heinz, I., Sieper, J. (1972/2019): Naturverbundenheit schaffen, Natur-Sein erfahren: Grün Erleben, Grüne Übungen, Grün Erzählen – ökologische Lebenspraxis. Projektkonzept. Büttgen: Volkshochschule Büttgen. <http://www.fpi-publikation.de/artikel/gruene-texte/05-2019-petzold-h-g-petzold-heinz-i-sieper-j-1972-naturverbundenheit-schaffen-gruen.html>
- Petzold, H.G., Schobert, R. (1987): Empirische Studien über die Effizienz gestalttherapeutischer Interventionen. *Gestalt Bull*, 1, 59–86.
- Petzold, H.G., Schuch, W. (1991) Der Krankheitsbegriff im Entwurf der Integrativen Therapie. In:Pritz, A., Petzold, H.G., 1991. Der Krankheitsbegriff in der modernen Psychotherapie, Paderborn: Junfermann, 371-486. <https://www.fpi-publikation.de/textarchiv-petzold/petzold-h-schuch-h-1991-grundzuege-des-krankheitsbegriffes-im-entwurf-der-integrativen-therapie/>
- Petzold, H.G., Sieper, J. (1996f, 2te Aufl.): Integration und Kreation; Junfermann Verlag, Paderborn - Online-Veröffentlichung: einfach und schnell; Web- Bearbeitung Markus Frauchiger, lic.phil. Psychologe FSP, CH- 3014 Bern.
- Petzold, H.G., Sieper J. (2003): Der Begriff des "Komplexen Lernens" und seine neurowissenschaftlichen und psychologischen Grundlagen – Dimensionen eines "behavioralen Paradigmas" in der Integrativen Therapie. Lernen und Performanzorientierung, Behaviourdrama, Imaginationstechniken und Transfertraining. In: Leitner A (2003) Entwicklungsdynamiken der Psychotherapie. Kramer, Edition Donau-Universität, Wien, S 183–251.
- Petzold, H.G., Sieper J. (2007f): Perspektiven zur Willensfragen in der Integrativen Therapie. Integrativen Therapie 4, 445-465.
- Petzold, H.G., Sieper J. (2008a): Der Wille, die Neurobiologie und die Psychotherapie. 2 Bände. Bielefeld: Sirius.
- Petzold, H. G., Sieper J. (2012a): "Leiblichkeit" als "Informierter Leib"embodied and embedded – Körper-Seele-Geist-Welt-Verhältnisse in der Integrativen Therapie. Quellen und Konzepte zum „psychophysischen Problem“ und zur leibtherapeutischen Praxis. In: Petzold, H.G. (2012f): Die Menschenbilder in der Psychotherapie. Interdisziplinäre Perspektiven und die Modelle der Therapieschulen. Wien: Krammer, 243-321. <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/21-2012-petzold-h-g-sieper-j-2012a-leiblichkeit-als-informierter-leib-embodied-and/>
- Petzold, H. G., Sieper, J., Mathias-Wiedemann, U. (2022): Aktuelle Positionen und neue „bio-psycho-sozial-ökologische“ Perspektiven der „Integrativen Therapie“ zu Ökologie, Politik, Bioökonomie, Psychotherapie und Kulturarbeit von 1965 - 1972 -1982 bis 2022. EAG-Forschungsmanuskript, Hückeswagen. Polyloge 15/2022, <https://www.fpi-publikation.de/gruene-texte/15->

[2022-petzold-h-g-sieper-j-mathias-w-u-transversale-reflexionen-ueber-multiple-entfremdungen-in-einer-prekaeren-moderne-bio-psycho-sozio-oekologische/](#)

- Petzold, H.G., Steffan, A. (2000a): Gesundheit, Krankheit, Diagnose- und Therapieverständnis, Ziele in der „Integrativen Therapie“ und „Integrativen Leib- und Bewegungstherapie. Integrative Therapie 2, 203-230 und: Psychologische Medizin 1/2001, S. 34-46.
- Petzold, H.G., Wolf, U., Landgrebe, B., Josić, Z., Steffan, A. (2000): „Integrative Traumatherapie“ – Modelle und Konzepte für die Behandlung von Patienten mit „posttraumatischer Belastungsstörung, 445-579.
- Petzold, H.G., Wolf, H.U., Landgrebe, B., Josić, Z. (2001): Traumatherapie braucht Integrative Modelle. Zur Einführung. Integrative Therapie, 4, 339-343.
- Post, R.M., Weiss, S.R.B., Smith, M., Li, H., McCann, U. (1997): *Kindling versus Quenching. Implications for the Evolution and Treatment of Posttraumatic Stress Disorder*. In: Yehuda, McFarlane, 285-295.
- Rauch, S., M., King, A., P., Liberzon, I., Sripada, R., K. (2017): Changes in Salivary Cortisol During Psychotherapy for Posttraumatic Stress Disorder: A Pilot Study in 30 Veterans. *J. Clin. Psychiatry*. 78(6), 599-603.
- Rothbaum, B.O., Foa, E.B., Riggs, D.S., Murdock, T., Walsh, W. (1992). A prospective examination of post-traumatic stress disorder in rape victims. *J. Trauma. Stress*, 5, 455–475.
- Salmon, E., Van der Linden, M., Collette, F. (1996): Regional brain activity during working memory task. *Brain*. 119(5), 1617-15.
- Santiago, P.N., Ursano, R.J., Gray, C.L., Pynoos, R.S., Spiegel, D., Lewis-Fernandez, R., Friedman, M.J., Fullerton C.S. (2012). *A systematic review of PTSD prevalence and trajectories in DSM-5 defined trauma exposed populations: Intentional and non-intentional traumatic events*. PLoS ONE, 8.
- Sapolsky, R.M. (1992): *Stress, the aging brain, and the mechanisms of neuron death*. Cambridge: MIT-Press.
- Schmitz, H. (1989): *Leib und Gefühl. Materialien zu einer philosophischen Therapeutik*. Paderborn: Junfermann.
- Schmucker, M., Köster, R. (2021). *Praxishandbuch: IRRT*. Stuttgart: Klett.
- Schuch, W., Petzold, H.G. (1991): Grundzüge des Krankheitsbegriffs – Entwurf der Integrativen Therapie. (FPI-Publikationen) <http://www.fpipublikation.de/images/stories/downloads/textarchiv-petzold/petzold-schuch1991-grundzuege-krankheitsbegriff-entwurf-der-integrativen-therapie.pdf>
- Schuch, W. (2000): Grundzüge eines Konzeptes und Modells „Integrative Psychotherapie“ in Zeitschrift Integrative Therapie; Nr. 2-3, 26. Jahrg.
- Schwarzer, R. (1993): *Stress, Angst und Handlungsregulation* (3. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Shapiro, F. (1995): *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. New York: Guilford Press.
- Sherin, J., E, Nemeroff, C., B. (2011): Post-traumatic stress disorder: the neurobiological impact of psychological trauma. *Dialoge Clin Neurosci*. 13(3), 263-78.
- Sieper, J. (2007b/2011): Integrative Therapie als „Life Span Developmental Therapy“ und „klinische Entwicklungspsychologie der Bezogenheit“ mit Säuglingen, Kindern, Ado-leszenten, Erwachsenen und alten Menschen, *Gestalt & Integration*, Teil I 60, 14-21, Teil II 61 (2008) 11-21. Update 2011, in: www.fpi-publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit – 5/2011 <http://www.fpi-publikation.de/downloads/download-polyloge/download-nr-05-2011-sieper-johanna.html>
- Sieper, J., Orth, I., Petzold, H.G. (2020): Psychotherapieverfahren entwickeln sich. Zwanzig Jahre POLYLOGE Entwicklungen der Integrativen Therapie seit 1965 zu ihrer „Dritten Welle“ 2000 – 2020. POLYLOGE 24/2020, <https://www.fpi-publikation.de/polyloge/24-2020-sieper-j-orth-i-petzold-h-g-2020-psychotherapieverfahren-entwickeln-sich-zwanzig-jahre-polyloge/>
- Sieper, J., Petzold, H. G. (1975): Über die Platane des Hippokrates und Baumerlebnisse als „korrektive ökologische“ Erfahrungen in einer integrativen Ökopsychosomatik und Naturtherapie. Eine Nachlese zum Gestalt-Kibbutz Dugi-Otok 1975. Düsseldorf: Fritz Perls Institut. <http://www.fpi->

- publikation.de/artikel/textarchiv-h-g-petzold-et-al-/index.php und Grüne Texte <https://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/grueneTexte/sieper-petzold-1975-platane-hippokrates-korrektive-oekologische-erfahrungen-gruene-texte-35-2017.pdf>
- Sieper, J., Petzold, H.G. (2002/2011): Der Begriff des „Komplexen Lernens“ und seine neurowissenschaftlichen und psychologischen Grundlagen – Dimensionen eines „behavioralen Paradigmas“ in der Integrativen Therapie. Lernen und Performanzorientierung, Behaviourdrama, Imaginationsstechniken und Transfertraining. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www.fpi-publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 10/2002 und <http://www.fpi-publikation.de/supervision/alle-ausgaben/04-2011-sieper-j-petzold-h-g-komplexes-lernen-in-der-integrativen-therapie-und-supervision.html>. Gekürzt in Leitner, A. (2003): Entwicklungsdynamiken der Psychotherapie. Wien: Kramer, Edition Donau-Universität. S. 183-251.
- Singer, W. (2002): Der Beobachter im Gehirn. Frankfurt: Suhrkamp.
- Sloan, P. (1988). Post-traumatic stress in survivors of an airplane crash-landing: A clinical and exploratory research intervention. *J. Trauma. Stress, 1*, 211–229.
- Southwick, S.M., Morgan, C.A., Nicolaou, A. L., Charney, D.S. (1997). Consistency of memory for combat-related traumatic events in veterans of Operation Desert Storm. *The American Journal of Psychiatry, 154*(2), 173–177. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.2.173>
- Sukhmanjeet, K. M., Raman, M. (2023): Posttraumatic Stress Disorder.
- Tarrier, N., Pilgrim, H., Sommerfield, C., Faragher, B., Reynolds, M., Graham, E., Barrowclough, C. A. (1999): Randomized trial of cognitive therapy and imaginal exposure in the treatment of chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(1):13–18.
- Telch, M.J., Rosenfield, D., Lee, H.J., Pai, A. (2012): Emotionale Reaktivität auf eine einzelne Inhalation von 35 % Kohlendioxid und ihre Assoziation mit späteren Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung und Angst bei im Irak eingesetzten Soldaten. *Bogen. Gen. Psychiatrie, 69*, 1161–1168.
- Traudisch, I. (2011). „Leben in wachsenden Ringen!“- Eine „Mitmach-Ausstellung“ Integrative, generationsübergreifende Biografiearbeit mit kreativen Medien – ein Beispiel Integrativer Agogik“. Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen. Bei www.fpi-publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 25/2011 und <https://www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=polyloge-traudisch-leben-in-wachsenden-ringeneine-mitmach-ausstellung-polyloge-25-2011.pdf>
- Traue, H.C., Schwarz-Langer, G., Gurrus, N.F. (1997): Extremtraumatisierung durch Folter. Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, *18*, 41-62.
- Tural, U., Losifescu, D. V. (2020): Neuropeptide Y in PTSD, MDD, and chronic stress: A systematic review and meta-analysis. *J Neurosci. 98*(5), 950-963.
- Warren, W., H. (2006): The Dynamics of Perception and Action. *Psychological Review, 113*, 358-389.
- Watkins, L.E., Kelsey, R.S., Rothbaum, B.O. (2018): Treating PTSD: A Review of Evidence-Based Psychotherapy Interventions. *Front Behav Neurosci., 12*-258.
- Watts, B., V., Schnurr P., P., Mayo L., Young-Xu; Y., Weeks, B., W., Friedman, M., J. (2013): Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. *J. Clin. Psychiatry. 74*(6), 541-50.
- Weiner, H. (1992): *Perturbing the organism. The biology of stressful experience*. Chicago.
- World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) Classification of Mental and Behavioural Disorders. Geneva: World Health Organization, 1992.
- World Health Organization. ICD-10-GM-2014 F43.1: Posttraumatische Belastungsstörung [Internet]. 2022 [cited 2022 Okt20]. Available from: <http://www.icdcode.de/suche/icd/code/F43.-.html>
- Yehuda, R. (1997): Sensitization of the Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis in Post-traumatic Stress Disorder. In: *Yehuda, McFarlane, 57-75*.
- Yehuda, S., McFarlane A.C. (1997): Psychobiology of posttraumatic stress disorder. *Ann NY Acad Sci; Vol. 821*.