

POLYLOGE

Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit

Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“

Herausgegeben von:

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

In Verbindung mit:

Dr.med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Dr.med. **Anton Leitner**, Zentrum für psychosoziale Medizin, Donau-Universität, Krems

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

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

Dipl.-Päd. **Bruno Metzmaker**, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf

Dr. päd. **Waldemar Schuch**, M.A., Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

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

Lic. phil. **Hanspeter Müller**, Zürich, Stiftung Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Rorschach

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

www.fpi-publikationen.de/polyloge

Ausgabe 03/2004

INTEGRATIVE TRAUMATHERAPIE UND "TROSTARBEIT"

– ein nicht-exponierender, leibtherapeutischer und lebenssinnorientierter Ansatz risikobewusster Behandlung

Hilarion G. Petzold, Amsterdam/Düsseldorf/Krems*
(2004 I)

* Aus dem Studiengang „Psychotraumatologie“ (Prof. Dr. Dr. Dr. H.G. Petzold), Donau-Universität Krems (Zentrum für Psychosoziale Medizin, Leitung, Dr. med. Anton Leitner), dem „Postgradualprogramm Integrative Leib- und Bewegungstherapie“, Faculty of Human Movement Sciences, Lehrstuhl für Psychologie, klinische Bewegungstherapie und Psychomotorik (Prof. Petzold), Free University of Amsterdam, und der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“ in der Trägerschaft des Fritz Perls Instituts, Düsseldorf/Hückeswagen.

„Theorienbildung und Methodenentwicklung in der Psychotherapie und anderen Formen der psychosozialen Intervention für die Behandlung, Förderung und Unterstützung von Menschen sind ein höchst *kreatives* Unterfangen und sollten so ausgerichtet sein, daß sie *dem gesamten Feld* der Hilfeleistung zugute kommen können. Sie sollten nicht der Besitz einer ‘Schule’ oder Richtung sein, sondern allen Richtungen und damit den von ihnen behandelten und betreuten Menschen zur Verfügung stehen. Diese Zielsetzung kennzeichnet den ‘Integrativen und kreativen Ansatz’ den wir ...vertreten.“ (Petzold 1975h).

1. Kontext, Probleme, Hintergründe – konzeptkritische Ueberlegungen

Ich arbeite mit meinen KollegInnen und MitarbeiterInnen im klinischen Setting, in freier psychotherapeutischer Praxis und in Projekten der humanitären Hilfeleistung mit traumatisierten Menschen seit den sechziger Jahren, sowie seit Beginn des Krieges im Gebiet des ehemaligen Yougoslavien der Weiterbildung und Supervision von TherapeutInnen und HelferInnen in den Ländern des ehemaligen Jugoslawien (Josić, Petzold 1995, 2004) mit dem Verfahren der „Integrativen Therapie“ als „Traumatherapie“. Dieser Ansatz, im Paris der mittsechziger Jahre entwickelt (Petzold 2003a), hatte durch den Einfluß von *Pierre Janet* in der französischen klinischen Psychologie (Janet 1919; Petzold 2004d) durch die Arbeit mit polytraumatisierten Suchtkranken in der ersten, vom Autor begründeten „Therapeutischen Wohngemeinschaft für Drogenabhängige“ in Europa, „Les Quatre Pas“ (Vormann, Heckmann 1980; Petzold, Scheiblich, Thomas 2004) und meiner Erfahrungen in Einsätzen als Krisenhelfer bei der Erdbebenkatastrophe in Skopje [1963] und der Save-Ueberschwemmung in Zagreb [1964] seit seinen Anfängen eine traumatherapeutische Orientierung, die seitdem in der Arbeit mit belasteten Menschen konsequent entwickelt wurde (Petzold 1969c, 1986b, Petzold, Josić, Ehrhardt 2003). Natürlich hat die Auseinandersetzung mit den Themen Trauma, Verlust, Trauer, Trost auch biographische und familiäre Hintergründe: die als Pazifisten vom Naziregime verfolgten Eltern, welche in der Nachkriegszeit seit Anfang der fünfziger Jahre in der Versöhnungs- und Friedensbewegung aktiv waren (idem 2002h, 2004k, 45). Das waren prägende Einflüsse. Das Thema „Traumatherapie“ hat in den vergangenen Jahren eine immer größere Beachtung erfahren, nachdem besonders die „man made disaster“ aus vielfältigen kulturellen Gründen, mit denen wir uns an anderer Stelle (Petzold 1985m, 1996j, 1999i; Petzold, Wolf et al. 2000, 2002) auseinandergesetzt haben, zu den ausgeblendeten, vermiedenen, verleugneten, dissoziierten Themen in der Psychotherapie gehörten, obgleich im Bereich der Psychiatrie seit den Zeiten von *J. Ch. Reil* (1803), *Charcot* (1878, 1892) und *Janet* (1889) das Traumathema Aktualität hatte (Micale, Lerner 2001). So konnten allmählich in der Verbindung von psychotherapeutischen, körper- und bewegungstherapeutischen sowie kreativtherapeutischen Ansätzen spezifische „Wege“ (Petzold, Orth 2004b) der Behandlung von Akuttraumatisierungen und *PTSD* entwickelt werden. Sie wurden und werden erforscht und sind verschiedentlich dargestellt worden (Petzold, Wolf et al. 2000, 2002). Derzeit sind die Themen „Trauma und *PTSD*“ derart *en vogue*, werden Traumatisierungen monokausalistisch als zentrale Ursache von Pathogenese gesehen, dass posttraumatische Belastungsstörungen völlig „overdiagnosed“ sind. Aber „*PTSD* is rather the exception than the rule“ (McFarlane 2000). Weiterhin wurden spezifische Methoden der Traumatherapie entwickelt, um mit Traumafolgen umzugehen – die Anfänge gehen zurück ins 19. Jahrhundert – und „neue“ Wege beschritten, bei denen die *Traumalexposition*, die *Ereigniskonfrontation* im Zentrum stehen: der Patient muß unter Begleitung des Therapeuten die traumatische Erfahrung im „sicheren Raum“ des therapeutischen Settings erneut durchleben, bis seine *PTSD-Symptomatik* sich bessert (Ehlers 1999; Foa, Meadows 1997; Shapiro 1995). Diese Ansätze haben eine große Verbreitung gefunden, sind aber nicht unumstritten, weil sie ein sogenanntes „Retraumatisierungsrisiko“ (Miltenburg, Singer 1997) bergen. (Trauma-)therapeutische Interventionen dürfen in der Tat nicht zu einem zusätzlichen Risiko und einer weiteren Belastung, zu dysfunktionalem Stress oder gar Hyperstress für die PatientInnen werden. Dass dies leider dennoch immer wieder geschieht, zeigen nicht nur klinische Berichte sondern auch andere Dokumentationen, z.B. von Verbraucherberatungsstellen (Reschke-Dahms 2002), die sich mit der Thematik „Psychotherapie und Verbraucherschutz“ befassen oder die beachtliche Zahl von hilfeschuchenden Zuschriften auf unser Buch „Therapieschäden. Ueber Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie“ (Märtens, Petzold 2002), wo mehr als zwanzig Patien-

Innen sich spezifisch wegen erheblichen Problemen und „traumatischen Erfahrungen mit Traumatherapie“ an uns wandten (neben Zuschriften zu vielfältigen anderen Themen und Fragestellungen).

Wir möchten diese Tendenzen *problematisieren* und ihnen alternative Positionen (*Foucault* 1996) entgegenstellen: die These, dass der Mensch von seiner evolutionsbiologischen Entwicklung her dafür ausgerüstet, ausgestattet ist, Traumata zu verarbeiten (*Petzold* 2001m). Traumatische Erlebnisse sind für den Menschen der Evolutionsgeschichte schlimme, aber „normale“ Erfahrungen, besonders für Menschen, die über 85 000 Generationen in „wilden“ Kontexten gelebt haben bzw. leben, die als Jäger und Sammler in einer feindlichen, überwältigenden, übermächtigen Umgebung für ihr Ueberleben, ihren Lebensunterhalt zu sorgen hatten - und das über Millionen von Jahren, denn wir stehen als *Homo sapiens sapiens* am Ende einer langen evolutionären Kette von Primaten – nach neuesten Funden 7 – 9 Millionen Jahre Geschichte der Hominiden (*Tattersall* 2002). Wenn wir einen Blick auf diese Kette werfen, dann sehen wir, dass wir genau wie andere Tiere vom Kampf um das Ueberleben als einer permanenten Kondition lebender Wesen bestimmt sind. Für diesen „Kampf um das Ueberleben“, die „Ueberwindung von Schwierigkeiten“ haben wir in der Evolution eine optimale psychophysiologische Ausstattung erhalten neben dem mentalen Potential, das wir entwickeln konnten und das unser „ultimatives Ueberlebensprogramm“ ist (*Petzold* 2001m), durch das wir kulturschaffende Wesen wurden, die auf ihren „Wegen“ durch die Geschichte von Kriegs- zu Zivilgesellschaften, ja vielleicht zu einer „weltbürgerlichen“ Zivilgesellschaft finden können (*Kant*, „Idee zu einer allgemeinen Geschichte in weltbürgerlicher Absicht“, vgl. *Petzold, Orth* 2004b).

Es liegt bei vielen PraktikerInnen der Psychotherapie die grundlegende *Fehlannahme* vor, dass das Erleben eines traumatischen Ereignisses immer oder häufig gleichbedeutend sei mit einer *Traumata-erfahrung, die pathogen sei und pathologische Nachwirkungen* habe bzw. haben müsse (*Lamprecht* 2003, 66) – entweder als eine psychische Traumatisierung, die regelhaft spätere Neurosen oder Psychosomatosen im Sinne „später Folgen“ hervorbringe oder gar eine „Posttraumatische Belastungsstörung“, eine chronifizierte Veränderung der Physiologie des Patienten – im Sinne einer „traumatic stress physiology“ (*van der Kolk* 1994) – und seiner Persönlichkeit bewirke. Sofern man einen Regelfall oder eine große Häufigkeit annimmt, *ist das eine falsche Annahme*. Die Mehrzahl der Menschen verarbeiten ihre Traumata. Nur eine relativ kleine Zahl von Betroffenen bildet ein *PTSD* aus.

Kommt man als Unbeteiligter in Situationen mit Akuttraumatisierten, die verletzt und erschüttert sind, unter Schock stehen, entsteht bei Menschen ein intensives Bedürfnis "beizuspringen", aktiv zu werden, Hilfe zu leisten und Trost zu spenden. Dieses Verhalten findet man transkulturell. Es ist offenbar ein evolutionsbiologisch disponiertes Programm. Solche intrinsisch motivierte, spontane Hilfe (von Laien wie von Professionellen) ist in jeder Hilfeleistung wichtig. Allerdings liegt in ihr auch die Gefahr des Aktivismus für professionelle Helfer, die "von Berufs wegen" etwas tun müssen (Aktivität bewahrt auch vor dem Aufkommen von Hilflosigkeit). Deshalb ist es wesentlich, sich über Folgendes klar zu sein: Derzeit gibt es noch keine Formen der Notfalltherapie bei Akuttraumatisierten, die eine posttraumatische Belastungsstörung verhindern können – allen Wirksamkeitsbehauptungen von Vertretern des „Debriefings“ in Akutsituationen zum Trotz, wobei hier z.T. durchaus auch „financial interests of those who provide acute interventions“ (*Litz, Gray, Bryant, Adler* 2001) gesehen werden müssen !

Von einer gesicherten *PTSD*-präventiven Wirkung therapeutischer "early interventions" ist also bislang nicht auszugehen. Selbst negative Effekte des Debriefings sind beobachtet worden (*Bisson, McFarlane, Rose* 2000; *Gist, Woodall* 2000). Wir wissen über die Zeitfenster von „early interventions“ noch viel zu wenig oder auch über die Wirkungsebenen von Interventionen. Trauma-Expositionen bzw. Event-Konfrontationen in der Frühbehandlung sind deshalb unter der Maxime von empirisch abgesicherten „safe interventions“ und „patient security“ ethisch, aber auch informativ in der vorgeschriebenen Patienteninformation nicht zu vertreten (und damit im Schadens- und Streitfall für den derartige exponierende Frühinterventionen verwendenden Therapeuten rechtlich prekär). Sie können – wie auch in der Behandlung eines eingetretenen oder auch chronifizierten *PTSD* – zu psychischen und physischen Belastungen, u.a. des Immunsystems, führen. Es fehlt bislang weitgehend an differenzierten und kontrollierten Studien zu diesen Risiken mit ausreichend großen und differentiell untersuchten Patientenpopulationen (Gender-, Alters-, Ethnie-, Problem- bzw. Traumaspezifität, denn „war trauma, rape, car accident“, das macht Unterschiede). Vor allen Dingen müßten Studien den entsprechenden Grad an „sophistication“ aufweisen (*Steffan, Petzold* 2001b) und in breiter Weise physiologische Parameter erheben, damit die heute zu Recht erhobene Forderung nach „evidenzbasierter best practice“ (*Dobson, Craig* 1998; *Lutz, Grawe* 2001; *Mace et*

al. 2000; *Petzold, Sieper* 2001a) eingelöst werden kann, was derzeit im Bereich der Traumatherapie nicht der Fall ist.

Unter den wenigen Studien, die physiologische Messungen vorgenommen haben, sei exemplarisch die von *Sack et al.* (2003) erwähnt. Sie hat bei Patienten mit Typ I Trauma im Erwachsenenalter (ohne Angaben einer Eventspezifizierung) neben psychologischen Erhebungen die Herzfrequenz und respiratorische Sinusarrhythmie bei Expositionen untersucht. Andere bedeutsame physiologische Parameter (Cortisol, CHR, GABA etc.) wurden nicht erhoben. Die Behandlungsgruppe: n=10, die Wartegruppe: n= 5. Zwei Patienten (13%) brachen die Behandlungsphase ab, einer fiel wegen häufiger Extrasystolen aus. Die Gruppe und die Kontrollgruppe ist sehr klein, zu klein, um zuverlässige und generalisierbare Daten bereitzustellen. Das gilt für viele Studien. Besonders das Problem der Kontrollgruppen, der Randomisierung, der Katamnesen ist in Krisenkontexten, aber auch im klinischen Rahmen aus praktischen und ethischen Gründen kaum lösbar, besonders bei den instabilen Patientenpopulationen mit komplexem PTSD. In der erwähnten Studie wurde EMDR nach dem Standardverfahren (*Shapiro* 1995) mit Exposition durch ein vorgelesenes Traumaskript nach den Worten des Patienten (*Pitman et al.* 1987) als Therapie angewandt, im Mittel über 4,7 Sitzungen. Bei den psychologischen Messungen (IES, PDS, SCL-90) „zeigte sich eine hochsignifikante Abnahme der Belastung“ (*Sack et al.* 2003, 51), die sich bei einer Sechsmonatskatamnese als stabil erwies. „Zu allen Meßzeitpunkten kam es zu einer signifikanten Zunahme der Herzfrequenz während der Präsentation des Traumaskripts“ (ibid. 52) verglichen mit einer neutralen Meßkondition (Vorstellung, Geschirr zu spülen). Es ergab sich „im Prä-Postvergleich ... eine signifikante Verminderung der Herzfrequenz während des Traumaskriptes“ (ibid.). Habituations- und Adaptionseffekte wurden ja schon des öfteren festgestellt (*Boudewyns et al.* 1993; *Pitman et al.* 1996; *Rogers et al.* 1999), wobei die Behandlungswirkungen nicht eindeutig aufgeklärt werden konnten. Ob sich die berichteten Wirkungen auf die verschiedenen Arousal-Trigger, die wir bei Traumapatienten in der Regel finden und zwar nicht nur auditorische (*Rothbaum et al.* 2001; *Shalev et al.* 2000), generalisieren lassen, ist nicht nachgewiesen (die artifizielle Präsentation des Traumaskripts im Untersuchungssetting ist ja keine sehr spezifische Auslösesituation). Die Autoren stellen zu Recht fest: „Die Frage, inwieweit Habituationseffekte bei wiederholter Messung mit dem Traumaskriptparadigma auftreten, ist empirisch noch nicht ausreichend geklärt ... Es ist davon auszugehen, dass eine alleinige Bestimmung der Herzratenvariabilität die vegetativen Regulationen gerade bei traumatisierten Patienten nur unzureichend beschreibt“ (ibid. 53f). Gut, diese und ähnliche Studien machen Anfänge. Fundiertes Wissen für „best practice“ liegt aber damit nicht vor. In einer anderen Arbeit schreibt die Autorengruppe auch kurz zu „Risiken und Gefahren“ expositionsorientierter EMDR-Behandlung, insbesondere bei Patienten mit dissoziativen Störungen, für die diese Traumabearbeitung „ein nicht zu unterschätzendes Risiko der Destabilisierung darstellt“ (*Sack et al.* 2003, 30). Die Beschreibung der Abklärungsmöglichkeiten bleibt dann relativ vage bzw. ist so breit, dass wirklich „vorsichtiges, ja sicherheitszentriertes Vorgehen“ auf eine generelle Kontraindikation hinausläuft – auf jeden Fall für die ambulante Situation. Außerdem ist ja die Differentialdiagnostik von dissoziierenden Traumapatienten, einfachen PTSD- und DESNOS-Patienten auch nicht gerade einfach – und sicher! Es wird – wie in den meisten Studien – betont, „vorsichtiges Vorgehen“ sei erforderlich, ohne dass überzeugend dargetan wird, was das denn sei: "vorsichtig". Bei der „erstzunehmenden Gefahr einer Ueberforderung und Destabilisierung“ (ibid. 30) müßte man das indes recht genau wissen.

„Nach übereinstimmenden klinischen Beobachtungen können mit der EMDR-Behandlungstechnik dissoziative Schutzbarrieren gleichsam unterlaufen werden. Patienten beschreiben dies öfter mit den Worten ‚Ich konnte mich gar nicht gegen das Aufkommen der Erinnerungen wehren.‘ Zuvor ausgeblendetes dissoziiertes Erinnerungsmaterial kann während der Traumatherapiesitzung sehr schnell und in einem schwer zu steuernden Ausmaß ins Bewußtsein gelangen. Abhängig von den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten und oft ohne erkennbare Vorzeichen erst nach Abschluss der Therapiesitzung, kann es zu protrahierten Erinnerungsflashbacks und zu einer Verstärkung der dissoziativen Symptomatik kommen. Daher müssen Traumatherapiesitzungen bei Patienten mit dissoziativen Störungen gut vorbereitet werden. Insbesondere sollte schon vorab besprochen werden, welche Hilfsmöglichkeiten bei auftretenden Krisen vorhanden sind und was dann der Patient konkret für sich tun kann, um sich wieder zu stabilisieren (z.B. Imaginationsübungen, Nofallliste, kurzfristige ‚Nottermine‘ beim Therapeuten). Gegebenenfalls muss die Traumabearbeitung im schützenden Rahmen einer stationären Behandlung durchgeführt werden.“ (ibid. 31).

Dieser Text wurde hier als ein *exemplarisches* Beispiel zitiert für ein Prozedere, das nach meinem Dafürhalten und unter Vergleich mit den sonstigen Sicherheitsstandards im medizinischen Bereich (Märtens, Petzold 2002) unvermeidbare Risiken bietet, Krisen, mit denen dann der Patient fertig werden muß, wobei die empfohlenen "Imaginationsübungen" den Kontrollverlust durch Aktivierung nichtsprachlicher Gedächtnisareale und weiterer Ueberflutung mit belastenden Erinnerungsbildern noch verstärken kann. Keine dieser Techniken (viele von ihnen wurden von mir in meinen Krisenseminaren Anfang der siebziger Jahre entwickelt, vgl. Rahm et al. 1993, Kap. Krisenintervention; Schnyder, Sauvant 1993b) wurde übrigens in der Arbeit mit *TraumapatientInnen* auf ihre tatsächliche Wirksamkeit *empirisch* überprüft. (Das gilt auch für die imaginativen Techniken dieses Typus, die eine gewisse Popularität erfahren haben, vgl. Reddemann, Sachsse 1999). Und dann die „Nofalltermine beim Therapeuten“. Weiß der denn, was er machen soll (ausser hochdosierter medikamentöser Ruhigstellung), und hat er *empirisch validierte* Praxen zu Verfügung ? Nein, muß man da wiederum antworten !

Die Notwendigkeit von Expositionen wird nicht wissenschaftlich überzeugend begründet. Für „Habituerungen“ an das Trauma, denn das würde letztlich ja die Habituerung an die Traumaerinnerung bedeuten, gibt es keine wirklichen Nachweise, und ob das wünschenswert wäre, ist zudem noch fraglich. Was ein „*reprocessing*“ denn sei, „*on the brain level*“, wird eher vage umschrieben, als dass es stringente Modelle oder Nachweise gäbe. Was ist eine „Verarbeitung durch das amygdaloide System“ (Unfried 2003, 66)? In der Regel finden wir in der psychotraumatologischen Praxisliteratur ein Geflecht von mehr oder minder plausiblen Heuristiken und sekundär aufgebauten theoretischen Modellen (Fischer, Riedesser 1998, 203). Das ist charakteristisch für eine „junge Disziplin“. Modelle werden durch Analogienbildung oder „hybridisierende Verbindungen“ (Petzold 1998a, 107) von kategorial verschiedenen Forschungsparadigmen (z.B. dem neurowissenschaftlichen und dem psychoanalytisch/tiefenpsychologischen) gebildet, was unsystematischen Eklektizismus zur Folge hat. Bislang steht noch wenig an durch *spezifische* Grundlagenforschung fundiertem Wissen zur Verfügung. Deshalb muß der hypothetische Charakter der Modellbildung immer wieder herausgestellt werden, wo er vorliegt, und man darf sich von vordergründiger Stringenz von Modellen (Unfried, Hochauf 2000, in Unfried 2003, 64) nicht zu sehr beeindruckt lassen, was ersichtlich wird, wenn man – wiederum exemplarisch gemeint – auf das kreative Patchwork der Verknüpfungen dieser Arbeit von Unfried sieht: von Pöppels (1997) Bewußtseins-/Zeitforschungen mit neurobiologischen Arbeitsergebnissen aus Tierexperimenten von LeDoux (1996, 1998b) und perinatalpsychologische Ueberlegungen (Janus 1997) sowie Thesen aus der Bindungsforschung (Grossmann, Grossman 2002). Wie will Unfried etwa folgende Aussage belegen: „Von R. Hochauf (1999, 2000) wird dargestellt, dass bereits frühzeitig nach Ueberleben extremer früher Traumatisierung die Kinder zum Selbstschutz eine quasisymbolische Deckstruktur ... entwickeln“ (Unfried 2003, 66). Wie will man das feststellen, wissen, darstellen? Was heißt „quasisymbolisch“? Aber es wird affirmiert: „Ich konnte bei vielen Kindern genau diese frühen Fehlentwicklungen bestätigen“ (ibid. 67, will meinen: durch klinisch-kinderpsychotherapeutische, phänomenologische Beobachtung *neurophysiologische* Fehlsteuerungen in der Frühkindheit bestätigen. Ich meine, das geht nicht, es liegt eine Verwechslung von Ebenen vor). Auf solchen, in ihrer Verwendung zur hypothetischen Modellbildung durchaus vorübergehend hinnehmbaren Spekulationen werden dann – und hier wird es prekär – Behandlungsstrategien gegründet. Entwicklungen nach frühen Traumatisierungen (Koch-Kneidl, Wiese 2003) – und natürlich auch nach späteren – bedürfen unabdingbar spezifischer klinischer Longitudinalforschung bzw. Karriereforschung, und hier ist man auf dem Wege (Maercker et al. 1999), einem noch sehr langen Weg.

Man kann natürlich Diskurse annähern, muß es sogar in so komplexen Fragestellungen wie bei den Traumathemen: z.B. den neurowissenschaftlichen, philosophischen und den klinischen Diskurs (Petzold 1991a/2003a, 214 ff, ich hatte in der Bewußtseinstheorie *Pöppel/Merleau-Ponty/Freud* angenähert). Aber das hat Grenzen und sollte als hypothetische Bewegung auf dem Wege zu forschungsgestützter Modellbildung gewertet werden. Mehr ist es nicht !

Man muß also mit seinen Theorien und Modellen vorsichtig und bescheiden im Anspruch sein, kritisch seine Konzepte und die anderer reflektieren – im Interesse des PatientInnenwohles. *Das gilt auch für die in diesem Text von mir vorgestellten Konzepte.*

Das event-evokativ arbeitende EMDR führt in Theorie und Praxis bislang nur heuristische Begründungen für eine hinlänglich wirksame Praxis an (Lipke 2000). Augenbewegungen sind ja für die EMDR-Behandlung nicht zwingend erforderlich (Eschenröder 1997; van Etten, Taylor 1998). Heuristiken sind legitim in der psychotherapeutischen Praxis- und Theorienentwicklung (Ambühl 1987;

Ambühl, Grawe 1989). Man muß sich aber des heuristischen Charakters einer *Praxeologie* beständig bewußt bleiben, zumal wenn es um potentielle Schädigungen von Patienten gehen könnte. Dann genügen Heuristiken nicht mehr. Eine besonders sorgfältige ethiktheoretische Absicherung ist notwendig und umfassende Aufklärung der PatientInnen ist rechtlich erforderlich – auch darüber, daß ein gesicherter empirischer Boden noch nicht vorliegt (Orth, Petzold 2003). Ähnliches ist übrigens auch von der Heuristik des sogenannten „Durcharbeitens“ zu sagen – in der Traumatherapie im Speziellen, in der Psychotherapie im Allgemeinen. Was heißt „Durcharbeiten“ neurowissenschaftlich und immunologisch mit Blick auf eine PTSD-Physiologie (Yehuda 2001) ?

Mit "kognitiver Restrukturierung" erklärt man nur wenig, und es ist mit einem solchen Vorgehen wohl auch nicht getan bei einer dysregulierten Physiologie mit chronifizierten Hyperarousal-Numbing-Symptomatiken, hinter denen neuronale Fehlbahnungen und Veränderungen der Genregulation stehen. Warum also Menschen durch nicht vollauf einschätzbare Trauma-Expositionen führen, treiben, – belastende, angst- und schmerzvolle Erinnerungen evozieren und damit psychophysiologisch gegenwärtig zu setzen – wenn es auch „sanfter“ geht? Warum muß Verdecktes, Dissoziiertes, „Verdrängtes“ (was ist das neurophysiologisch?) zu Bewußtsein gebracht werden, wenn doch andererseits betont wird, dass sich mit jeder intrusiven Wiederholung das Trauma tiefer in das Gehirn einschreibt (van der Kolk 1994)? Diesen Fragen muß diskursanalytisch und dekonstruktivistisch (Derrida, Foucault) nachgegangen werden, denn es könnte doch sein, dass „aufdeckendes Durcharbeiten“ ein kryptoreligiöser jüdisch-christlicher **Diskurs** (sensu Foucault) im Gewande der Psychotherapie ist: Altes und Neues Testament sind voll davon, dass „Verborgenes offenbar werden müsse“, dem Herrn nichts verborgen bleiben dürfe, keine geheimen Gedanken oder Herzensregungen. Aber muß das für die Psychotherapie, die Traumatherapie gelten? „Denn da ichs wollte verbergen, verschmachtetete meine Gebeine“ (Ps. 32, 3ff, Sprüche 28, 13 usw. usw.). Bekenntnis, Offenbarung des Geheimen, das Herausschreien der Sünde, der Missetaten, bringt Barmherzigkeit, erquickt das Gebein, macht an Leib und Seele gesund (Ps. 30, 3; Sprüche 3, 8).

Oder könnte es sein, dass kognitiven und reflexiven Einordnungen aufgrund der Hegemonie des cartesianischen „cogito“, bestärkt durch Kants Bewertung von Emotionen als einer „Krankheit“ – und er spricht damit für einen kulturellen Mainstream – bis heute die wirkliche Dominanz in unserem kulturellen Diskurs zukommt ? „Affekten und Leidenschaften unterworfen zu sein, ist wohl immer Krankheit des Gemüts; weil beides die Herrschaft der Vernunft ausschließt“ (Kant, Anthropologie in pragmatischer Hinsicht, 1991 S. 203f). Auch für Freud galt ja: „Wo Es war, soll Ich werden. Es ist Kulturarbeit etwa wie die Trockenlegung der Zuydersee“ (Freud 1933a, StA I, 516). Dass das „Ich Herr im eigenen Hause werden“ müsse, also die Kontrolle des Bewußtseins zu gewährleisten hat, ist offenbar nach wie vor Leitdoktrin der Psychotherapie als Fortschreibung eines rational zentrierten Aufklärungsdiskurses, der **zu Lasten des Leibes, der Gefühle und der Sozialbeziehungen** ging und geht, wie die kulturanthropologische Forschung aufgezeigt hat (Böhme, Böhme 1983; Benthien et al. 2000; Kamper, Wulf 1982, 1984). Nicht unbeachtet dürfen in diesem Kontext die verdeckten **Diskurse** der Pastoral- und Medizinalmacht (Foucault 1982; Attali 1981) bleiben, die **Diskurse** der Kontrolle, Normalisierungszwänge und Bestrafung, die aufzudecken das Lebenswerk von Foucault (1982) unternommen hatte (Fink-Eitel 1997). Der ultimative Ort solcher Kontrollmacht und *Gewalt ist der Körper*, der auch "struktureller Gewalt" ausgesetzt ist, die z.B. auch im System der Kliniken ihren Ort hat und besonderer Sensibilisiertheit bedarf. Das affirmiert Foucault als ein noch wenig beachteter Körperphilosoph und Theoretiker der „Biomacht“, denn der *Körper* wird diszipliniert, behandelt, verdinglicht (Foucault 1978a, b), und im Traumakontext widerfährt ihm oft noch Schlimmeres.

Erst in neuerer Zeit mehrten sich Untersuchungen und Modellüberlegungen, die in den „cognitive neurosciences“ die Dominanz des Kognitiven in Frage stellen und Alternativen entwickeln, wie die Arbeiten von Andy Clark (1997, 1999), Walter Freeman und Rafael Núñez (1999) u.a. zeigen, die auch die „embodied/embedded“ Debatte vorantreiben: der Mensch in die Welt eingebettet und die Welt verleiblichend (Petzold 2002j). Für die Psychotherapie und Traumatherapie sind diese Ansätze höchst relevant. Derartigen konzeptkritischen und dekonstruktivistischen Untersuchungen sollte in der Psychotherapie – die sie in der Regel kaum rezipiert - mehr Zeit gewidmet werden (Petzold, Orth 1999), denn die Traumathematik, die so lange im psychotherapeutischen Feld ein vermiedenes Randthema war, erst spät in die diagnostischen Manuale aufgenommen wurde, und auch Strategien wie die der Exposition in der Traumatherapie sind nicht ohne Untergründe, in denen die „Diskurse wuchern“ (Foucault 1974, 34; Bublitz et al. 1999) und die – wie insgesamt die Psychotherapie – immer noch voller Mytheme (Petzold, Orth 1999) sind. Diesen Untergrund muß jedes Verfahren durcharbeiten.

In der Integrativen Therapie schenken wir diesen Fragen besondere Beachtung. Was ist sicher, was gefährlich in der Traumatherapie? Meistens wird affirmiert, die Lege-Artis-Anwendung des eigenen Verfahrens sei „sicher“ (Märtens, Petzold 2002). Aber jede Exposition – ob im EMDR (Shapiro 1995), in verhaltenstherapeutischer Reizkonfrontation (Ehlers 1999) ggf. in der Hybridisierung mit Gestalttherapie (Butollo et al. 1999) – jagt den Blutdruck hoch, aktiviert die Hypothalamus-Hypophyse-Nebennierenrindendachse. Das ist höchst problematisch (Hüther 2001), denn es führt zu einer forcierten Cortisolausschüttung, belastet das Immunsystem, und all das ist auf mögliche Nebenwirkungen, Nach- und Langzeitwirkungen nicht oder nicht gut untersucht. Dabei soll man doch nicht glauben, dass die empfohlenen „safe place“ Techniken oder Imaginationsübungen (z.B. Reddemann, Sachsse 1996) ein in der Exposition ausgelöstes Hyperarousal stoppen könnten, oder dass die ohnehin dysregulierten „Selbstregulationskräfte“ der belasteten PTSD-PatientInnen (mit ihrer Hyperreagibilität auf z.T. schon geringe „Trigger“) der Expositionsstimulierung durch die Therapie etwas entgegenzusetzen hätten. Auf Selbstregulation kann man – anders als vielfach behauptet – eben *nicht* setzen! Ernsthafte Mahner, die vor Expositionstechniken warnen (Miltenburg, Singer 1997) und aus einer Vygotskyschen Position zeigen, dass es auch ohne Exposition geht, finden kaum Gehör.

Wie insgesamt in der Psychotherapie und Körpertherapie fehlt es in der Traumatherapie an Untersuchungen über Risiken, Nebenwirkungen, Schädigungen (Märtens, Petzold 2002), an Nachweisen (neben denen von Wissenschaftlichkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit) zur „**Unbedenklichkeit**“ (Petzold 2002b) von therapeutischer bzw. traumatherapeutischer Arbeit. Was erfolgreich ist oder sein soll, damit befaßt man sich natürlich (Sachsse et al. 2002; Fischer, Riedesser 2003), aber die empirische Basis für wirklich fundierte Aussagen ist noch sehr schmal. Medikamente würden auf einer so schwachen Basis von Sicherheits- bzw. Unbedenklichkeitsnachweisen und bei solchem Nebenwirkungsrisiko kaum zugelassen. Auch das ist also ein Kontext, der bei der gegenwärtigen massenhaften Anwendung von Expositionsmethoden kritisch gesehen und berücksichtigt werden muß und für eine *risikobewusste* und *risikomindernde* Praxis spricht:

Psychotherapie, Körpertherapie, Traumatherapie haben ein ernstzunehmendes Nebenwirkungs- und Schadensrisiko und können selbst traumatisierend und retraumatisierend wirken, weshalb grosse Forschungsanstrengungen unternommen werden müssen, risikoarme Behandlungsmethoden zu entwickeln. (Märtens, Petzold 2002)

Forschungsgestützter, weitgehender Ausschluß von Risiken, kann derzeit weder in der Psychotherapie noch in der Leib- bzw. Körpertherapie und in Sonderheit in der Traumatherapie von keinem Verfahren nachgewiesen und beansprucht werden – und hier geht es primär nicht etwa um durchaus immer wieder geschehenden Mißbrauch (Petzold 1977i) sondern um mögliche Risiken der Routinepraxis.

Vor diesem Hintergrund der Unwirksamkeit von *post event debriefings* und des Nebenwirkungsrisikos von Event-Konfrontationen ist von Expositionsverfahren in *early interventions* abzuraten und muss in der PTSD-Standardbehandlung vor einem undifferenzierten und generalisierten Einsatz von Expositionen gewarnt werden. Schonendere Ansätze müssen entwickelt und praktiziert werden, denn sie greifen auch. So sind etwa lösungsorientierte Vorgehensweisen und 'narrativer Therapie' angesagt (Pennebaker 1993; McLeod 1997; Petzold 2003), die die natürlichen Erzählimpulse der Betroffenen aufgreift, verbunden mit psychoedukativen Maßnahmen der Information und Stützung, des Nutzens der „supportiven Valenz“ von familialen, amikalen und kollegialen Netzwerken und ihrer Entwicklung (Hass, Petzold 1999; Petzold, Josić, Erhardt 2003; Rollett, Werneck 2002), die Vermittlung von traumaspezifischen Entspannungsverfahren und realitätsbezogene Visualisierungen, wie sie schon Janet (1919) praktizierte, und die Bereitstellung sozialer Angebote und Lernmöglichkeiten anzuraten – also eine Kombination psychotherapeutischer und soziotherapeutischer Maßnahmen. *Stützende* Psychotherapie und nicht-evokative Leibtherapie/Körperpsychotherapie, Sporttherapie (Lauftherapie, moderates Budo, vgl. Petzold, Bloem, Moget 2004; Bloem et al. 2004; Schay et al. 2004) lassen sich empfehlen. Sollte sich trotz dieser Maßnahmen ein PTSD entwickeln, ist es im Sinne des „patient security“ immer noch Zeit, PTSD-spezifische Behandlungsformen einzusetzen – diese Position ist ethisch und klinisch bei der jetzigen Forschungslage durchaus zu vertreten. „*Videamus primum, quid curandum sit, deinde, quemadmodum.* – Laß uns erst sehen, was behandelt werden muß, sodann auf welche Weise“, so Seneca (ep. ad Marciam de consolatione, c. 19, Fink 1992, 360) an die durch den Verlust ihres Sohnes belastete, ja – mit Blick auf ihre

Symptomatik – traumatisierte *Marcia*. Wenn Expositionen auch bei einer größeren Gruppe von PatientInnen mit einfachem PTSD, was ihre subjektive *psychische* Situation anbelangt, Erfolge zeigen – über die *physiologische* Wirkung wissen wir zu wenig, und hier liegen eventuell noch nicht erfasste Belastungen –, so rechtfertigt das nicht risikohaftes Vorgehen, zumal, wenn nicht-exponierende Verfahren auch brauchbare Ergebnisse zeigen.

Die gefundenen Effektstärken der verschiedenen Therapieansätze (*Ehlers* 1999) in der Traumabehandlung – von der psychodynamischen Therapie über die unterschiedlichen Varianten der Verhaltenstherapie, der Hypnose, systemischen oder humanistischen Verfahren – variieren bei einfachen PTSD nicht so sehr, als dass man irgendwelche Risiken rechtfertigen könnte. Man kann vielleicht sogar mit Blick auf erfolgreiche Selbsthilfe-Initiativen und die in Notgebieten immer wieder zu beobachtende Laienhilfe im Traumbereich von „unspezifischen Wirkfaktoren“ in der Traumabegleitung sprechen, die eine hinlängliche Wirkungen gewährleisten. Ueber komplexes PTSD (DESNOS) – zumal, wenn es mit desolaten *Lebenslagen* (*Petzold* 2000h) verbunden ist, wie wir es bei Flüchtlingen, Migranten, Kriegstraumatisierten, Folteropfern oft finden – liegen zu wenig aussagefähige und generalisierbare Untersuchungen vor, und die Ergebnisse sind nicht sehr ermutigend. Außerdem wird in den Untersuchungen überwiegend auf die Reduktion DSM-IV- bzw. ICD-10-spezifischer Symptomatik abgestellt, und andere Spezifika werden nicht erfaßt: traumabedingte allgemeine und nicht sehr imponierende psychophysische Erschöpfungszustände (die *Janet* schon unterstrichen hat), Verfall von sozialer Partizipation und Erosion des sozialen Netzwerkes, Verlust von Lebenssinn und Hoffnungshorizonten.

Das alles ist bei vielen Patienten durchaus sichtbar, wenn man danach schaut, wirkt indes nicht so spektakulär und wird damit vielfach unterschätzt. Für diese Symptomkomplexe wurden – anders als etwa für Intrusionssymptomatiken – keine spezifischen Behandlungsrationale, -strategien und -methoden entwickelt. Gerade diese Symptomkomplexe aber sind es, die Menschen nicht mehr „auf die Beine kommen lassen“ und in die Chronifizierung führen. *Sinnorientierung* und Ermutigung kreativer und sozialer Aktivitäten (*Petzold* 1999q, 2001b; *Petzold, Orth* 2004a), *Netzwerktherapie* (*Petzold, Josić, Erhardt* 2003), Unterstützung *psychophysiologischer Selbstregulation* (*Petzold, Wolf* et al. 2000, 2002) sind deshalb Schwerpunkte integrativer Traumabehandlung, die wir in den genannten Arbeiten dargestellt haben. Die „philosophy“: Besser also gute und mittlere Effektstärken bei breiten Populationen mit geringem Nebenwirkungsrisiko (*Petzold, Wolf* et al. 2000) zu erzielen als hohe Effektstärken bei selektierten Gruppen mit letztlich unabschätzbaren Risiken. Das ist rechtlich eine bedenkenswerte Position, da Patienten vollauf über „Risiken und Nebenwirkungen“ von medizinischen Interventionen – hier Expositionen – aufgeklärt werden müssen (*Märtens, Petzold* 2002), was bei der gegenwärtigen Forschungslage kaum seriös möglich ist, solange in den Studien keine Nachweise für fehlende oder geringe Nebenwirkungen von Expositionen (unter Einbezug der Untersuchung physiologischer Parameter) erhoben und erbracht werden. Für die Studien kommt selbst ein Problem auf, da sie die PatientInnen ja gleichfalls vollauf über Risiken informieren müssen, um einen „informed consent“ (45 CFR 46.116) zu erreichen. Sie sollten überdies nach den sehr soliden Bestimmungen der „**Policy on Research Activities Involving Human Subjects**“ (§ 46.110 MINIMAL RISK) verfahren: „*Minimal risk* means that the risks of harm to human subjects anticipated in the proposed research are not greater, considering probability and magnitude, than those ordinarily encountered in daily life or during the performance of routine physical or psychological examinations or tests.“¹ Diese Bestimmung bei Untersuchungen mit Expositionstechniken bei Akuttraumatisierten und PTSD-Patienten umzusetzen wird höchst schwierig werden. Sie scheinen mir in vielen Studien nicht hinlänglich gegeben. Und in der klinischen Behandlungspraxis adäquate Risikoauflärung, „informed consent“ und „joined decision“ zu ermöglichen ist ähnlich schwierig. Geschieht das aber nicht, haben Betroffene bei Belastungen und Nebenwirkungen aufgrund von Expositionsbehandlungen – und die finden sich leider in der klinischen Praxis durchaus – gute Klagemöglichkeiten.

Oft wollen PatientInnen nicht/nicht mehr an die schlimmen Ereignisse herangehen, besonders, wenn sie lange zurückliegen. Sie werden dann "motiviert", erhalten Widerstandsdeutungen, Versprechen, dass die Expositionsbehandlung mit großer Sicherheit von langdauernden, belastenden Beschwerden befreien und ohne Expositionen eine erfolgreiche Therapie nicht möglich sei, was so

¹ CODE OF FEDERAL REGULATIONS, TITLE 45 PUBLIC WELFARE, DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH, OFFICE FOR PROTECTION FROM RESEARCH RISKS, PART 46 PROTECTION OF HUMAN SUBJECTS. Revised November 13, 2001 Effective December 13, 2001
Office for Human Research Protections. U.S. Department of Health and Human Services ohrp@osophs.dhhs.gov

sicher eine Fehl- bzw. Falschinformation ist. Auch wird häufig übersehen, dass die Dissoziierung der über lange Zeit intrusiven Erinnerungsbilder eine erfolgreiche und oft mühevoll erarbeitete Bewältigungsleistung sein kann. Die sogenannten Abwehrmechanismen können und müssen ja auch als höchst sinnvolle und funktionale Strategie der Problembewältigung gesehen werden, die sich im Laufe der Humanevolution herausgebildet haben. Im übrigen zählt der PatientInnenwille !

Medizinethisch ist vollumfängliche Patienteninformation natürlich ohnehin die letztlich einzig vertretbare Position, will man „*patient welfare, patient security*“ und vor allen Dingen „*patient dignity*“ (Petzold 2000d; Müller, Petzold 2002a) gewährleisten. Letzteres ist bei den oft von Unrecht und Menschenrechtsverletzungen betroffenen Traumapatienten besonders wesentlich, denn *Unrechtserfahrungen* und *menschliche Würde* müssen zentrale Themen der Traumatherapie sein und das erfordert theoretische Auseinandersetzung mit dem Unrechts/Gerechtigkeisthema (vgl. zur integrativen Positionen Neuenschwander 2003; Petzold 2003d; Zimmerman-Brunner 2003). Diese Themen sind indes – blickt man in die traumatherapeutische Literatur – offenbar ohne Belang, selbst in den neuesten Entwicklungen zu einer sogenannten „Weisheitstherapie“, die eher auf Anpassungsleistungen abstellt, als auf kritische Bearbeitung (Linden 2003). Die klinische Symptomzentrierung steht im Vordergrund, obgleich Unrechtserfahrungen, Sinnverlust durch „Taten des Wahnsinns und Absinns“ (Petzold 2001k), die den *ganzen Menschen* und seinen Lebenszusammenhang betroffen haben, für das klinische Zustandsbild vieler TraumapatientInnen und die Reaktionen der Resignation, Verzweiflung, Verbitterung als Folge mißlungener Verarbeitungsprozesse oder pathologischer Trauerreaktionen von größter Bedeutung sind. Hier ist Bewältigungs-, Verarbeitungs-, Aussöhnungsarbeit angesagt, bewußte Auseinandersetzungen mit höchst komplexen, den gesamten Menschen und seinen Lebenskontext betreffenden Problemen und nicht reduktionistische, auf eingetragene Symptomatik fokussierte Ereigniskonfrontation.

Vor dem Hintergrund der aufgezeigten Situation sei hier eine starke These gegen die sehr verbreitete und kaum problematisierte Praxis der Event-Konfrontation im *debriefing* und insgesamt in den Expositionsverfahren bei vielen Formen klinischer Traumatherapie vorgetragen:

Der Position, Reizexposition bzw. Event-Konfrontation sei die „Methode der Wahl“ kann man nicht unbedenklich zustimmen (zumal zwischen einfachem und komplexen PTSD bzw. DESNOS leider oft nicht differenziert wird, vgl. Lamprecht 2003, 76):

In der Traumatherapie, insbesondere in der PTSD-Behandlung ist das Paradigma der „Event-Konfrontation“, des „Aufdeckens“ und „Durcharbeitens“ wegen der Retraumatisierungsrisiken und dem zuweilen anzutreffenden Uebergehen des Patientenauftrages und -willes problematisch. Stützung, Beruhigung, Klärung, psychophysiologische Spannungsregulation und Strukturierung der Lebenssituation, Ressourcenaktivierung, Resilienzförderung und lösungs-, zukunfts- und sinnorientierten therapeutischen Maßnahmen ist der Vorzug zu geben, weil sie in der Regel vollauf ausreichen.

2. Differentielle „Trauer- und Trostarbeit“ – Aussöhnung statt Verbitterung durch „klinische Philosophie“ und „philosophische Therapeutik“ in der Integrativen Traumatherapie

Zum Wesen des Menschen gehört unzweifelhaft das uneindämmbare Begehren, sich selbst, das Leben und die Welt zu verstehen: „Ich erforschte mich selbst“, erklärte *Heraklit* (fr. 101) und macht zugleich „die gemeinsame Vernunft zum Prüfstein von allem“ (fr. 22 A 16), einen gemeinsamen Logos, einen Sinn, der sich Unsinn, Chaos, Inhumanität entgegenstellt. *Heraklit* mußte aber auch schon den Unsinn und die Unvernunft von Menschen beklagen. Durch die Geschichte hin muß sich der Mensch mit seinen Versuchen, Sinn zu stiften und seinen blutigen, gewaltsamen Taten grausamen Irrsinns und Abersinns auseinandersetzen. Traumaerfahrungen durch „*man made desaster*“ sind Angriffe auf menschliches Bemühen um Sinn, Zerstörung, Vernichtung von Sinn, und deshalb muß das Sinnthema für Traumatherapie zentral stehen (*Petzold, Orth* 2004 a, b). Psychotherapie als modernes Phänomen hat - die Arbeiten von *Viktor Frankl* und einiger weniger AutorInnen ausgenommen - dem „Sinnthema“ kaum Beachtung geschenkt, obwohl sie den Diskurs der *Kantschen* Aufklärung im Hintergrund hat (*Geier* 2003), und deshalb mit Subjekten arbeiten kann, die über sich einigermaßen informiert sind und *über sich aufgeklärt sein wollen*, und die im Freiheitsraum demokratischer Staatswesen einen Schutz von Menschen- und Persönlichkeitsrechten *für jeden* genießen, Subjekten, die den „Mut haben dürfen, sich des eigenen Verstandes zu bedienen“, wie *Kant* unterstreicht und alles einem kritischen Blick aussetzen können: die Religion, den Staat, Ideologien und natürlich auch die Medizin und die Psychotherapie (*Petzold, Orth* 1999), Institutionen, die oft genug „strukturelle Gewalt“ ausüben. *Kant* hat solchen Mut in seinem Leben bewiesen und gezeigt, dass persönliche Lebenspraxis, „Vernunft als der letzte Probierstein der Wahrheit“ - hier *Heraklit* folgend - sowie Ethik und Friedensgesinnung in weltbürgerlicher Ausrichtung, die Menschenwürde und Menschenrechte durchzusetzen bestrebt ist, Sinn stiftet (*Kühn* 2003; *Petzold, Orth* 2004b). Derartige philosophische Ueberlegungen haben für die Psychotherapie kardinale Bedeutung, weshalb ich - auch zur Auseinandersetzung mit Fragen zur Erkenntnistheorie, Anthropologie und Ethik - Ende der sechziger Jahre das Konzept der „Klinischen Philosophie“ (*Petzold* 1971, 1991a; *Kühn, Petzold* 1991; *Petzold, Müller* 2004b) inaugurierte:

„**Klinische Philosophie** ist eine *den Menschen zugewandte* (κλίνειν = sich hinwenden) Liebe (φιλία) zur Weisheit (σοφία), ein Lebenswissen, das Grundlage jeder engagierten Praxis von 'Menschenarbeitern' in helfenden und entwicklungsfördernden Berufen sein sollte. Sie nutzt die Schätze philosophischer Arbeit von der antiken Seelenführung (*Seneca, Epictet*) bis zu den Auseinandersetzungen mit der '*condition humaine*' in der Philosophie der Gegenwart“ (*Petzold* 1971).

Natürlich ist in der therapeutischen Arbeit mit schwer belasteten PatientInnen, Kranken, Traumapatienten von den Bedingungen der klinischen Situation und den Wissensständen der klinischen Disziplinen auszugehen, aber es sind eben auch noch andere Kenntnisse wesentlich und deshalb beizuziehen.

„**Klinische Philosophie** ist es darum zu tun, Perspektiven der Philosophie für die klinische Arbeit fruchtbar zu machen und Referenzwissenschaften, die für die Psychotherapie relevant sind, in einen klinisch-philosophischen Diskurs einzubinden: **Natur-, Sozial-, Kulturwissenschaften**, da sie alle für die Arbeit mit Menschen, und darum geht es in der Psychotherapie und klinischen Psychologie, zentrale Wissensstände beizutragen haben, ohne die klinische Theoriebildung und Praxis reduktionistisch werden muß“ (ibid.)

Gerade für Menschen, die Traumata, *man made desaster*, erlitten haben, ist eine Orientierung ihrer Welt- und Lebenssicht, ihrer persönlichen „Lebensphilosophie“ oftmals notwendig. Sie müssen deshalb in ihrer Therapie in einem Freiraum erhalten, in dem sie neuen „Sinn“ finden können, Sinn, den sie wieder mit anderen Menschen teilen können - auch jenseits des Zwangs psychotherapeutischer Ideologisierung und der Strukturen unhinterfragbarer Pastoral- und Medizinalmacht (*Foucault* 1978; *Dauk* 1989). Hier sind Wissenstände und Kenntnisse der Philosophie in klinischer Zupassung, ist „klinische Philosophie“ von großem Wert.

In der Traumatherapie sollte man deshalb darauf achten, dass keine Ziel-Mittel Konflikte auftreten. Ihre Konzepte und Maßnahmen sind daraufhin kritisch zu reflektieren. Unternimmt man das, wird z.B. deutlich, dass die Position der „Psychoanalytischen Grundregel“ für Traumabehandlungen ungeeignet ist: nämlich *„dass man ohne Kritik alles mitteilen soll, was einem in den Sinn kommt“* (Freud, Zur Dynamik der Uebertragung, 1912, StA, S. 167). TraumapatientInnen haben das Recht auf Geheimnisse und müssen *nicht* alles mitteilen. PatientInnen „werden versucht sein, sich zu sagen: Dies oder jenes gehört nicht hierher ... Geben sie dieser Kritik niemals nach und sagen sie es trotzdem ... Den Grund für diese Vorschrift - eigentlich die Einzige, die sie befolgen sollen - werden sie später erfahren ...“ (Freud, Zur Einleitung der Behandlung, 1913, StA, S.194). Indes: TraumapatientInnen haben das Recht, sofort zu erfahren, was die Gründe für Behandlungsstrategien sind und dürfen innerer Kritik durchaus nachgeben. Sie müssen den Freiraum haben, Zwangsaufforderungen nicht nachzukommen, denn solche „Reglementierungen und Richtlinien des Zwangs“ sind für Traumabetroffene dysfunktional. Aber es gibt ja auch andere Maximen in der Psychotherapie. So hatte der große Traumatherapeut *Sandor Ferenczi* (1928/29, 1932/1988) hier eine ganz andere Strategie: „Takt, liebevolle Annahme, Respekt, Elastizität der Technik, Offenheit, Mutualität“ (vgl. *Nagler* 2003). Eine Grundregel „wechselseitigen Respekts“, der Achtung des „PatientInnenwillens“ und der „Andersheit des Anderen“ (im Sinne von *Seneca, Kant, Marcel, Levinas, Ricœur*) ist als Grundvoraussetzung erforderlich (*Petzold* 2000a), eine *sinnorientierte*, erfolgreiche Traumatherapie durchzuführen, die Menschen Symptomverminderung und Reorientierung im Leben ermöglicht.

Die „philosophische Therapeutik“ hat seit der Arbeit der antiken „Seelenführer“ (*Hadot* 1969, 1991, 2001; *Rabbow* 1954) – z.B. *Sokrates, Seneca, Epiktet* – wichtige Beiträge zu einer Sinnorientierung in der Begleitung und Behandlung von Menschen geliefert, die es auch heute zu Nutzen gilt. Diese Leitfiguren haben mit ihrer therapeutischen und beratenden Arbeit (die dem, was heutige Psychotherapie ist, noch am nächsten kommt) eine Haltung unbedingten Respekts gegenüber ihre Klienten vertreten. Sie informierten, gaben Rat, therapeutische Anleitungen und auf diesem Boden Freiraum: „Du wirst aus diesem Heilungsprogramm, den dir geeigneten Teil herausnehmen“, so *Seneca* zu seinem Klienten *Serenus* (*De tranquillitate* 2, 4).

Als „Traumatherapeuten“ haben diese Lehrer Wege beschritten, Menschen in und nach belastenden Situationen zu helfen - mit Philosophie, nicht mit Laudanum (*Marinoff* 1999: „Plato not Prozac“). Denn: „Es ist niemals zu spät, sich mit der eigenen Seele zu beschäftigen“ (nach *Epikur, Diogenes Laërtius* X, 122). Die „Seelenführer“ wollten eine geistige Haltung vermitteln, die in sich schon „sinnvoll“ ist, nicht *den* Sinn des Lebens verkünden, aber Erfahrungen des Sinnhaften ermöglichen. Sie glaubten an die Souveränität des Menschen, wie belastet er auch immer sein mochte, an seine Fähigkeit zur Selbststeuerung als Ausdruck seiner Integrität: „Einen Räuber der Willenfreiheit gibt es nicht“ überliefert *Marc Aurel* (XI, 36) ein Wort des *Epiktet*, und durch den Willen und die Vernunft sowie vermittels der Unterstützung durch „Therapontes“ kann man und muß man „an seinem Inneren arbeiten“ (*ibid.* 59):

„Von dir selbst hängt es ab, ein neues Leben zu beginnen. Betrachte nur die Dinge von einer anderen Seite, als du sie bislang angesehen hast. Das nämlich heißt: ein neues Leben beginnen“ (*idem* VII, 2), und das hat Konsequenzen, muß Konsequenzen haben.

„Du mußt in dein ganzes Leben, wie in jede einzelne Handlung Ordnung bringen, wenn du dir nämlich bei allen Handlungen sagen kannst: Ich handelte nach besten Kräften, dann kannst du ruhig sein, denn dass du deine ganze Kraft einsetzt, daran kann dich niemand hindern“ (*ibid.* VIII, 32).

Solche Unterweisungen waren aber keine bloßen Forderungen. Sie wurden als sinnstiftendes Lebenswissen angeboten und *begleitet*, wobei in guten Zeiten Ermutigung und Bestätigung gegeben wurde – *Senecas* Briefe an *Lucilius* sind voll davon – und auch eine innere Vorbereitung auf mögliche Schicksalsschläge anempfohlen wurde, denn: „Jeden kann treffen, was irgendeinen treffen kann“ (*Seneca, De tranquillitate* 11,8).

2.1 Prebriefing – Preparedness – Seelenstärke

Die philosophische Therapeutik und Übung bereitet als „praktische Weisheit“ (*prudentia*, Lebensklugheit, *Seneca*, ep. 113, 19) den, der sie praktiziert, auf sein weiteres Leben und Tun vor, sie „übt fürsorglichen Weitblick aus“ (*ibid.*) bis hin zu Altern und Sterben (vgl. *Cicero*, *de senectute* 3, 9; *Petzold, Müller* 2004b). „Denn, was ist Philosophie? Ist es nicht ein Sich-Vorbereiten auf alle Ereignisse?“ (*Epiktet* III, 10, 6). „Krankheit gibt es, Gefangenschaft, Einsturz und Brand des Hauses, nichts von alledem ist unvorhersehbar“ (*Seneca, De tranquillitate* 11, 7). Deshalb ist eine Vorbereitung

sinnvoll – eine Art „prebriefing“², eine päparatorische Auseinandersetzung mit kommenden bzw. möglichen Belastungen, wie in der Integrativen Therapie eine solche „Antizipationsarbeit“ (Petzold 1992a, 563) bezeichnet wird, um „unerschütterlicher Seelenstärke“ (Seneca, de vita beata 9, 26), „Vertrauen und Sicherheit“, ein „in sich Ruhem“ zu gewinnen, wobei wir neben Übungen zur Zentrierung und zum Sammeln von Kraft aus dem Budo (Petzold, Bloem, Moget 2004) u.a. auch die psychodramatische Technik der „Zukunftsprojektion“ (idem 1979f) verwenden, um Zukunftsperspektiven zu erarbeiten. Seneca nannte die Vorbereitungsarbeit des „prebriefings“ zu seiner Zeit „praemeditatio“ und gibt in dem Trostbrief für Marcia eine Anleitung zur täglichen Praxis:

Der Weise „beginnt jeden Tag mit dem Gedanken ... dass das Glück uns nichts gibt, was wir wirklich besitzen können. Keine Sache, sei sie öffentlich oder privat, ist sicher; die Schicksalsbestimmungen der Menschen, aber auch der Städte, sind unüberschaubar. Jedes Gebäude, für das Jahre des Aufbaus notwendig waren mit unendlichen Anstrengungen und Dank der großen Güte der Götter kann in einem Tag vernichtet und zerstört werden. Nein, derjenige der sagt 'einen Tag', gibt dem schnellen Unglück eine zu lange Zeit: eine Stunde, ein Augenblick genügt für den Fall eines Reiches. Wieviele Städte Asiens, wieviele in Achaia [Griechenland als römische Provinz] wurden durch einen einzigen Erdstoß zerstört ... Wir leben mitten in Dingen, die alle dazu bestimmt sind, zu verschwinden. Ihr seid sterblich geboren und gebt Sterblichen das Leben. Deshalb seht alles voraus und bereitet euch auf alles vor“.

Derartige Praemeditationen und auch die Abendbilanzierung des Tages gehörten zur Lebenspraxis derjenigen, die für sich eine „philosophische Therapeutik“ als Weg, als eine Art „Selbsttherapie“ gewählt haben und in einer solchen gelassenen Schau auf das Leben „Sinn“ und eine „Sicherheit in sich“ gewinnen. Başoglu (1997) konnte zeigen, dass Menschen (z.B. Human rights activists), die auf Schlimmes vorbereitet waren, z.B. brutale Verhöre und Folter, aufgrund ihrer „preparedness“ eine geringere Chance hatten, ein PTSD zu entwickeln als Unvorbereitete. Das stützt die Erkenntnisse und Erfahrungen der antiken Traumatherapeuten, ihre Philosophie der Förderung einer gelassenen Lebenshaltung, die um mögliche Schicksalsschläge weiß, einer „inneren Sicherheit“, die sie „Seelenstärke“ nannten – wahrscheinlich ein besserer Begriff als der der „assertiveness“ aus der behavioralen Psychologie. In der Behandlung von TraumapatientInnen ist eine solche Förderung von „preparedness“, ein solches „prebriefing“, durchaus sinnvoll, wenn sie beständig von Ängsten geplagt werden, die ja keineswegs immer irrational sind. Übungen zu Gelassenheit, Zuversicht, „Vertrauen in sich selbst“, d.h. Sicherheit in sich finden, werden von uns auch in der modernen Traumatherapie eingesetzt, um PatientInnen zu helfen, wieder Lebenssicherheit aufzubauen und über unkontrollierte Ängste Kontrolle zu gewinnen und mit ihren Verhaltensroutinen für Ernstfälle zu entwickeln. Therapeutisches Budo, Übungen aus den asiatischen Kampfkünsten, sind hier ein guter Weg (Petzold, Bloem, Moget, 2004).

Solche Unterweisungen in der „preparedness“ erhöhen die Chancen effektiver Hilfeleistungen in schlechten Zeiten, wo es darum geht, den Betroffenen in Schwierigkeiten praktisch mit Rat und Tat beizuspringen und bei Verlusterfahrungen ihnen in der Trauer als „Tröster“ beizustehen.

2.2. Trauer, „Trauerarbeit“, „Ueberwindungsleistungen“

Ueber die Geschichte der Hominisation hin haben Menschen Verluste erlitten und auf diese reagiert. Zweifelsohne gibt es Reaktionen des Schmerzes und Leides von den frühesten Zeiten an (Archer 1999). Deshalb ist eine evolutionspsychologische Betrachtung der Trauer – wie für jede andere „große Emotion“ (Turner 2000) – angezeigt. Wie schon in der soziobiologischen Herangehensweise zeigt sich dabei aber immer: Emotionen sind zwar biologisch begründet, in ihrer Wertung indes jeweils spezifisch von den vorhandenen Gesellschaftsformen bestimmt. Bei der Trauer läßt allein schon die Vielfalt der Bestattungsformen, Grabstätten, Grabbeigaben seit vorgeschichtlicher Zeit auf

² Briefing, das Vermitteln einer Instruktion. Debriefing eine Methode der Katastrophenintervention und Militärpsychologie, durch die Verwendung spezifischer Techniken der psychologischen Unterstützung, Hilfen für die Verarbeitung traumatischer Erfahrungen zu geben (Mitchell, Everly 1995), wobei es für die PTSD-präventive Wirkung von Debriefings keine empirischen Belege gibt, wohl aber negative Nebeneffekte gefunden wurden, wie z. B. die Metaanalyse von Rose, Bisson (1998) zeigte.

eine hohe soziokulturelle Bestimmtheit der Verlust- und Trauerreaktionen schließen, und natürlich waren und sind auch situative Faktoren (Tod auf dem Schlachtfeld, Strohtod, Tod von Kindern, des „einzigen Sohnes“, Tod durch Unfall oder Mord etc.) von entscheidender Bedeutung und schaffen eine Variabilität, die kaum zu überblicken ist. Sie verlangt auf jeden Fall eine sehr spezifische Betrachtung der einzelnen Situation und ein sozialempathisches Eingehen auf die jeweils Beteiligten in ihrer Einzigartigkeit, um sie bei ihren Bewältigungs- und Ueberwindungsleistungen angemessen zu unterstützen.

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

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

Feste Phasenabläufe, wie sie früher vielfach vertreten wurden (*Spiegel* 1972; *Kast* 1995), lassen sich wissenschaftlich nicht belegen. Man findet höchst individuelle Trajektorien, Trauerverläufe, die von Kultur, Kontext, Lebenslage, Lebensalter usw. bestimmt sind.

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

Trauma, Verlust, Belastung → trifft auf die *Persönlichkeit* (Selbst, Ich, Identät - stabil bzw. vulnerabel) in gegebenen *Kontext/Kontinuum* (mit **Problemen**, **Ressourcen**, **Potentialen**) und führt zu
→
1. **Schock** (physische und/oder psychische Extremsituation) mit folgenden Möglichkeiten:
1a *Verleugnung*. (Die Faktizität des schmerzauslösenden oder bedrohlichen Ereignisses wird nicht angenommen: „Das kann nicht wahr sein!“) → Negativentwicklung: somatoforme Störungen;

1b *Dissoziation*. (Die Realität oder die emotionale Resonanz auf belastende Ereignisse werden abgespalten, ihre Verarbeitung, Konnektivierung mit anderen Erfahrungen des Selbst, Integration in das Selbst verhindert [Janet 1889; Hilgard 1977; Dweck 2000]: „Das hat mit mir nichts zu tun!“ → Negativentwicklung: PTBS, Dissoziative Störung, MPD)

1c *Uebererregung - Hyperarousal*. (Eine Situation permanenter Ueberforderung [Petzold 1968 a,b] und Uebererregung mit psychophysiologischen Streßreaktionen entsteht: „Das ist nicht mehr auszuhalten. Ich dreh durch!“) → Negativentwicklung: psychotische Dekompensation, PTBS, Borderline-Persönlichkeitsstörung

1d *Apathie - Numbing*. (Ein Zustand der Resignation und Abstumpfung kommt auf: „Mir ist alles egal. Ich fühl eh nichts mehr!“) Negativentwicklung: → PTBS, chronischer Verlauf

2. **Kontrolle** (physisch und/oder psychisch gesteuerte Belastungssituation) mit folgenden Möglichkeiten:

2a Das Individuum versucht, durch Willensanstrengung seine Regungen, Empfindungen, Gefühle und Äußerungen „in den Griff zu bekommen“, den „locus of control“ bei sich zu halten [Flammer 1990] → Negativentwicklung: Somatisierung, Ängste, Depressionen, Zwangsstörungen;

2b Es versucht, seine Umgebung zu kontrollieren → Negativentwicklung wie 2a;

2c Es versucht, seine Ressourcen zu mobilisieren und zu nutzen → bei Erfolg keine Negativentwicklung;

2d Die äußeren, sozial vorgegebenen Rituale, Trost und Beistand, Verhaltensklischees, die Notwendigkeiten des Alltags und die Potentiale sozialer Unterstützung, Ressourcenzufuhr werden wirksam und können genutzt werden → wie 2c;

3. **Turbulenz** (physisch und/oder psychisch labilisierte Belastungssituation) mit folgenden Möglichkeiten:

3a Ausbruch in Vorwurf → Fixierung: Hader, Haß, Negativismus;

3b Ausbruch in Verzweiflung → Fixierung: Resignation, Verbitterung;

3c Ausbruch in Schmerz → Fixierung: Depression, Somatisierung;

3d Willensentscheidung, zu Ueberwinden, Abschied zu nehmen → keine Fixierung;

4. **Restitution** (physisch und psychisch neu regulierte Situation)

4a Annahme der Faktizität des Verlustes, emotionaler Vollzug des Abschieds, Trost/Selbsttröstung, Aussöhnung/Versöhnung [Petzold 1988n, 224f, 231f];

4b Kognitive Ueberschau über die verbleibenden Möglichkeiten;

4c Situationsinterpretation, Bewußtwerden der daraus folgenden Konsequenzen;

4d Willensentscheidung zur Neuorientierung und deren Umsetzung.

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

Dieses Modell eines variablen *Trajektes*, d.h. einer variierbaren Verlaufsbahn, hat natürlich *heuristischen* Charakter. Die einzelnen Trajektstrecken (früher sprach man von Phasen oder Unterphasen) können unterschiedliche Charakteristik aufweisen, stärker akzentuiert oder weniger ausgeprägt auftreten oder zum Teil ganz fehlen. Die Bewertungen der einzelnen Phänomene – Trauer, Aggression, Konflikte, Klage - muß mit den Betroffenen unter Berücksichtigung ihrer subjektiven Theorien und kulturellen Eigenheiten, den sogenannten kollektiven mentalen Repräsentationen (Petzold 2003b), erarbeitet werden. Es ist möglich, dass eine *Fixierung* in einer der aufgeführten Trajektstrecken stattfindet, jemand also in der Verwirrung des Schocks bleibt, in der Haltung der Verleugnung, in fixierten Dissoziationsphänomenen, in der emotionalen Lage des Grolls, der Verzweiflung, des Schmerzes, was in eine *chronifizierende* Verbitterung, Resignation, Depression, Somatisierung übergehen kann. Derartige pathologischen Verläufe in der Turbulenzstrecke könnten ein *Abschiednehmen* - das ist ein *Nehmen*, Hineinnehmen der Erfahrung in die Lebens-, Welt- und Selbstinterpretation des Subjekts – verhindern. „Kathartische Abreaktion“ ist allenfalls ein kurzzeitig wirksames Moment.

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

Gerade in schweren Verletzung und traumatischen Beschädigung durch nahestehende Menschen kommt *differenzierter Trauerarbeit* in der Traumatherapie große Bedeutung zu:

1. Trauer um mich als Opfer, darüber, was mir als Betroffenen - z.B. durch meinen Bruder als „perpetrator“ - widerfahren ist (*Simplex-Trauer*), 2. Trauer um das damalige Unvermögen dieses Bruders (*Duplex-Trauer*), seine Schwester „brüderlich“ zu lieben. 3. Die (ggf. nicht ausgedrückte) Trauer des Bruders zu erspüren (*Triplex-Trauer*).

Vielleicht ist „*Versöhnung*“ möglich, eine Heilung der zerstörten Beziehung, vielleicht aber auch nicht, und die traumatischen Fakten bleiben ohne Klärung mit dem Täter. Auf jeden Fall muß versucht werden, eine „*Aussöhnung*“ (wir unterscheiden das von *Versöhnung*, vgl. *Petzold* 1988n, 221ff) mit seinem „Schicksal“, mit seinem Leben, wie es gelaufen ist, zu erreichen: durch die Entscheidung, das Schlimme hinter sich zu lassen, ihm keine Macht mehr über das Leben zu geben, sich Gutem zuzuwenden, selbst Dinge anders zu tun, sich gegen Zerstörerisches zu engagieren. „Trauerarbeit“ wird dann trostgestützte „**Ueberwindungsarbeit**“, die sich nicht in Klagen erschöpft und meint, mit karthartischer Entlastung, die Schmerzen des Verlustes und die Faktizität eines veränderten Lebens zu bewältigen, sondern sie ist eine umfassende Auseinandersetzung mit dem einschneidenden Lebensereignis, um eine erfolgreiche „**Ueberwindungsleistung**“ zu realisieren.

Die antiken Traumatherapeuten und Seelenführer hatte hier klare Strategien für die Betroffenen: „Lasse die Vorstellungen schwinden, und es schwindet die Klage, dass man dir Böses getan. Mit der Unterdrückung der Klage: ‘Man hat mir Böses getan’, ist das Böse selbst unterdrückt“ (*Marc Aurel* IV, 7).

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

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

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

„Zeige Gemütsruhe den Dingen gegenüber, die von äußerern Ursachen herkommen, und Gerechtigkeit bei denen, die von deinem eigenen Tun bewirkt werden, das bedeutet, dein Streben und Tun

soll kein anderes Ziel haben als das allgemeine Beste; denn das ist deiner Natur gemäß“ (*Marc Aurel* IX, 31).

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

2.3. Trost und Selbströstung in der philosophischen Therapeutik

Eine solche Lebenssicherheit und innere Gewißheit ist auch ein guter Hintergrund für *Trost*, *Trostarbeit*, *Selbsttröstung* und sie hilft dabei, innere Ruhe und Gelassenheit zu finden. Bei der tiefen inneren Beunruhigung einer selbstunsicheren Persönlichkeit, die durch serielle Traumatisierungen im Lebensverlauf und Entwicklungsgeschehen nie eine selbstgewisse, gefestigte Persönlichkeit ausbilden konnten und dazu noch, nach einer „**Erosion der persönlichen Tragfähigkeit**“, einen Hyperstress-bedingten „**personality burnout**“ oder Traumatic-stress-bedingten PTSD entwickelt haben, kann man davon ausgehen, dass irgendeine Kurzzeit- oder Schnell-Therapie keine nachhaltigen Wirkungen zeitigen kann. Man wundert sich über derartige Ansprüche in der Literatur, und fragt sich, was das denn für YAVIS-Trauma-PatientInnen gewesen sein mögen? Die DESNOS-PatientInnen, die ich im Auge habe, kommen auch nicht unbedingt in die Ambulanz eines Forschungsinstituts. Mit Schwertraumatisierten in schlechten Lebenslagen braucht man langfristige geplante Lebensumstellungen, in denen neue Praxen der Lebensführung eingeführt werden: Regelmäßige Spaziergänge mit Naturbetrachtung, um die „ökopsychosomatische“ Wirkung von Natur zu nutzen, beruhigende und erfreuende Musik, wenn möglich, einfache Formen meditativer Praxis (*Huth* 2000; *Petzold* 1983d).

„Ist nicht das Pflanzen von Bäumen etwas Schönes und das Pflügen des Ackers oder das Pflegen der Reben ... weil die Seele bei ihnen eine besondere Muße hat, über etwas nachzudenken und über Dinge zu sinnen ... solche Arbeiten, die den Körper nicht überanstrengen, hindern die Seele nicht, sich höheren Dingen zuzuwenden ...“, so der Philosoph *Musonius* (ed. *Nickel* 1994, 514).

„Man darf von der Seele nicht zuviel verlangen und muß ihr auch Muße gewähren, die für sie Nahrung und Kräftigung ist. Wanderungen in freier Natur muß man unternehmen, damit sich die Seele unter freiem Himmel und in frischer Luft kräftige und sich aufrichte“ (*Seneca*, de tranquillitate VII, 8). Das mag banal klingen, ist aber in der Praxis von hoher Wirksamkeit.

Behandlung von PTSD in nicht-exponierender Weise verlangt „Wege der Uebung“. Sowohl die tägliche Praxis von Entspannungsverfahren (*Petzold, Wolf et al.* als 2000) oder die Ausübung eines therapeutischen Ausdauersports, etwa des Laufens in freier Natur, das auch die „ökopsychosomatischen Effekte“ des Landschaftserlebens nutzt (*van der Mei, Petzold, Bosscher* 1997) oder das Praktizieren von Budo-Sport (*Petzold, Bloem, Moget* 2004; *Bloem et al.* 2004) als auch ein konsequentes Ueben der Unterbrechung negativer, traumabezogener Gedanken/Ruminationen und ihr Ersetzen durch positive Gedanken und Stimmungen oder Gedanken der „Selbsttröstung“ und „Selbstberuhigung“ (durchaus im Sinne *Senecas* Schrift „Vom glückseligen Leben“) oder das Ueben positiver Gesichtsmimik – Freundlichkeit, Gelassenheit, Neugier (s. u. *Petzold* 1999q), um „movement produced information“ (idem 2000j) bei der „Umbahnung“ von dysfunktionalen Affektmustern zu nutzen, stützt auf eine „übungszentriert-funktionale Modalität“ (idem 1988n) in der Behandlung neben den konfliktzentrierten Prozessen des Aufarbeitens und Bearbeitens traumabezogener Inhalte. In der „Trostschrift an Polybius“ (V, 5) empfiehlt *Seneca* dem am Hofe des Kaisers Claudius das Amt des Referenten für Bittschriften (a libellis) verwaltenden Freigelassenen *Polybius* anlässlich des Todes seines Bruders neben vielen anderen Hilfen folgendes: „Indue dissimilem animo tuo vultum, et, si potes, proice omnem ex toto dolorem ... „Nimm einem deiner Seelenstimmung nicht entsprechenden Gesichtsausdruck an, und, wenn du kannst, werfe deinen Schmerz ganz und gar von dir damit er nicht zum Vorschein, geht das nicht, verbirg ihn in dir und beherrsche ihn“ (ad Polybium V, 5). Die so gezeigte Zuversicht, kann dann sogar als Imitationsbeispiel für die Brüder dienen, da sie ihre „Stimmung nach deinem Gesichtsausdruck richten werden. Sowohl Trost mußst du für sie sein als auch Tröster. Ihrem Schmerz aber wirst du nicht widerstehen, wenn du deinem

nachgibt“ (ibid.). Die stoische Therapeutik *Senecas* nutzt hier die die Prinzipien der emotionalen Beeinflussung, der Modulation der eigenen Stimmung wie auch der von anderen durch gesteuerte Mimik. Sie hatte darüber hinaus viele übende Elemente, was den Körper, die Affekte, den Geist bzw. die Vernunft anbelangt, z.B. die geistige und emotionale „Distraction“, indem man die Gedanken, auf etwas anderes, wichtiges richtet (ibid. VII, 1ff) – *Polybius* etwa auf den Kaiser und auf seine Dienstobliegenheiten, auf die Lektüre großer Dichtung (Homer und Vergil), auf eigene literarische Tätigkeit, die vom Ernstern zum Heiteren führen solle (VIII, 2ff). Wichtig sei es auch, sein Leid mit Vielen zu teilen – genau da sei der „Ort des Trostes“ (XII, 2) so dass nur ein kleiner Teil des Schmerzes beim Trauernden selbst verbleibe. Hier werden die Selbstdisziplinierung, die Kraft des Willens, die kreativen Gestaltungskräfte, die Auf- und Annahme von Trost in das Zentrum der Arbeit an der **Ueberwindung** des Verlustes, in den Dienst der *Selbsttröstung* gestellt.

Es geht nicht darum, die Trauer zu negieren, sondern es werden die Akzente anders gesetzt. „Niemand werde ich indes von dir verlangen überhaupt nicht zu trauern (ne ex toto maeres exigam). Ich weiß auch, dass es Männer von eher harter als tapferer Klugheit gibt, die sagen, der Weise werde keinen Schmerz empfinden. Sie scheinen niemals in eine solche schlimme Lage geraten zu sein, denn sonst hätte das Schicksal ihnen ihre hochmütige Weisheit ausgetrieben ...“ (XIII, 4ff). Die Vernunft (*ratio*) – und die hat in der antiken Philosophie einen hohen Stellenwert und nichts mit Rationalisierungen zu tun (*Seneca*, de vita beata VIII, 4) - leistet als Besonnenheit wichtige Arbeit, wenn sie das Uebermaß an Schmerz begrenzt. Dass sie aber Schmerz und Trauer „überhaupt nicht bestehen lassen sollte, darf man weder hoffen noch verlangen. Sie bewahre lieber das Maß ... Die Tränen mögen fließen, aber ebenso auch aufhören, aus tiefster Brust mögen Seufzer hervorbrechen, aber ebenso ein Ende haben: So herrsche über deine Selle, auf dass du der Weisen und der Brüder Zustimmung finden kannst“ (ad Polybium XIII, 6). In solcher Arbeit gelingt es dann, dass man in der Erinnerung bei den guten Ereignissen bleiben kann und nicht nur bei den schmerzlichen, zu denen man sich in Trauer zurückwendet (ad quod tristitia revertitur, XVIII, 7). Prolongierte und zu intensive Trauer verhindert erneute Hinwendung zum Leben und eine Konsolidierung der Persönlichkeit. Deshalb soll man berührbar sein, seelisch resonanzfähig, aber auch standfest, „resilient“ (*Müller, Petzold* 2003), indes „ohne sich erschüttern zu lassen. Diese Widerstandsfähigkeit der Seele nennen die Griechen Euthymie ... ich nenne sie Seelenruhe“ (tranquillitatem voco“, *Seneca*, de tranquillitate animi II, 3).

Der Integrative Ansatz hat von der stoischen Therapeutik für seine Praxis wichtige Anregungen erhalten (*Rabbow* 1954). Vieles ähnelt einer Art „kognitiver Verhaltenstherapie“ – ist nur nicht so reduktionistisch wie diese, denn *Seneca* oder *Marc Aurel* betten die Uebung ein in einen reichen und bereichernden Gedankenentwurf über die „*conditio humana*“, in eine „Sinnorientierung für das Leben“, in eine humanistische Vision von Weltbürgertum (*Marc Aurel* IV, 4) und in eine Ethik der Gemeinwohlorientierung, in eine praktische, praktikable Weisheit, die durch *Wollen*, *Streben* und *Ueben* gewonnen werden kann. Sie zeigen, wie man ein Kybernetes, ein „Steuermann“ seines eigenen Geschicks zu werden vermag, um „wie ein Schiffsreisender bei günstigem Fahrtwind“ im Leben zu *navigieren* (zu diesem Konzept *Petzold, Orth, Sieper* 2000). Das *Ueben* wird in eine Rahmen gestellt. Dabei muß man sich natürlich klar sein, dass der Rahmen des *Zenon*, des *Seneca*, des *Epiktet*, des *Marc Aurel* nicht unser Rahmen heute ist, er muß durch die Transformationen der Aufklärung und der transversalen Moderne (ebenda, *Welsch* 1987, 1996; *Petzold, Orth* 2004b). Wir müssen die stoischen Ideale der *Apathie* (frei sein von Affekten, was nicht heißt, ohne Gefühl und Mitgefühl), der *Athaumasie* (des Sich-nicht-Wunderns), der *Ataraxie* (Seelenruhe), der *Chara* (innerer Frieden), der *Eudämonie* (Glückseligkeit), der *Autarkie* (Selbstgenügsamkeit), dem εὐ ζῆν (dem mit der Natur übereinstimmenden, guten Leben) *in unserer Zeit und für unseren Lebenskontext* interpretieren – mit jedem Klienten neu. Wieder kann man an *Epiktet* anschließen:

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

2.4. „Trostarbeit“ in der Integrativen Therapie

Eine Traumapatientin (42 Jahre, ledig, Sachbearbeiterin, PTBS nach einem Raubüberfall mit Körperverletzung, Rippenbrüche) war wegen starker intrusiver Symptomatik und Schmerzzuständen im Brustraum mehr als ein Jahr arbeitsunfähig und in ambulanter psychiatrischer Behandlung. Sie wurde schließlich, als keine Besserung erreicht wurde und der Verlust des Arbeitsplatzes drohte, wegen der Schmerzzustände in eine psychosomatische Klinik überwiesen. Hier „verordnete“ man ihr nach einer zweiwöchigen „Stabilisierungsphase“ mit tiefenpsychologischer Gruppentherapie, autogenem Training und physiotherapeutischen Anwendungen eine Expositionsbehandlung. Sie willigte nach anfänglicher Weigerung, für die sie Widerstandsdeutungen erhielt, in diese Form der Behandlung ein. Nach der zweiten Sitzung kam es zu einer Dekompensation und gravierenden Verschlechterung ihres Zustandes. Akute Suizidalität machte eine Verlegung in die Psychiatrie notwendig. Nach einem mehrwöchigen Aufenthalt war unter medikamentöser Behandlung eine mäßige Stabilisierung bei Fortbestehen intrusiver Symptomatik und der Schmerzzustände das Resultat. Sie wurde ambulant psychiatrisch und psychotherapeutisch weiterbehandelt. Mit der Zustimmung der Patientin supervidierte ich ihre Therapeutin, wobei als Prinzip galt: Die Ergebnisse der Supervision wurden mit der Patientin jeweils besprochen (was die Wirksamkeit der Supervision zum Patientensystem hin fördert, vgl. *Petzold, Schigl et al. 2003*). Bei der Therapeutin beklagte sie sich in der Anschlußbehandlung: „Hätte man doch nur Respekt vor dem, was *ich* wollte gehabt. Ich habs gefühlt und doch gesagt, das tut mir nicht gut, ich will da nicht hin! Aber die sagten, dass ich da falsch liege. Ich hab mir dann selbst nicht mehr geglaubt. Die sagten, man muß da nochmal durch, und dann würde ich die Symptome los. Ich hätte mehr Verständnis gebraucht und Trost, aber dafür war keine Zeit. Ich frag mich, wie die vielen Therapeuten, die vielleicht nie ein wirkliches Trauma erleiden mußten, Leute wie mich da rein treiben können in solche Wiederholungen? Die wissen ja gar nicht, was ein Trauma ist, was das heißt, da nochmal durchzumüssen! Wer will das schon!“

Die Patientin brauchte in ihrer Therapie längere Zeit, das Unglück zu beweinen und zu betrauern, dass dieser Ueberfall und die Odyssee erfolgloser Behandlungen für sie und ihr Leben gebracht hatte. Ein Schwerpunkt der Therapie bestand darin, dieses Unglück als Faktum anzunehmen, ihr Trost zu geben. Und dadurch begann die Patientin ihre Erlebnisse zu erzählen und all die Verständnislosigkeit, der sie in den Therapien und in Kliniken begegnet ist. Für die Therapeutin bedeutete das die Bereitschaft, die Belastungen und das Entsetzen der Patientin, aber auch ihren Ärger zu teilen. Sie wurde dabei durch ihre Supervision gestützt. So konnte ein „Weg der kleinen Schritte“ begonnen werden, um diesen Schicksalschlag zu überwinden. In der „Beziehungsarbeit“ der Therapie wurde ein systematischer Aufbau von Selbstwirksamkeitserfahrungen, Ressourcenerschließung und eine spezifische Entspannungstherapie (IDR, vgl. 5) begonnen, dann eine Netzwerkkaktivierung ihres vormaligen Freundes- und KollegInnenkreises, zu dem sie den Kontakt abgebrochen hatte, in Angriff genommen und schließlich ein sporttherapeutisches Programm (letzteres anzufangen und durchzuhalten kostete in der Psychotherapie erhebliche Arbeit). Zweimal kamen Therapeutin und Patientin (auf deren Wunsch) gemeinsam in die Supervision, um die Behandlungsstrategie mit dem Supervisor zu besprechen (ein durchaus probates und autonomisierendes Vorgehen, vgl. *Petzold, Orth 1999, 375f*). Innerhalb eines Jahres wurde die Syptomatik wesentlich gebessert und die Arbeit konnte – zunächst in Teilzeit - wieder aufgenommen werden. *Trost- und Trauerarbeit* in einer intensiven, zugewandten Beziehung haben diese Therapie bestimmt bis eine *Ueberwindung* der Traumaerfahrung und ihrer Folgen und eine systematische Reorientierung durch in breites Gesamtprogramm mit soziotherapeutisch-agogischen Elementen greifen konnte.

Das Thema „*Trost*“ ist mit dem der „*Trauer*“, wie bis hierher deutlich wurde, in unserer Konzeption unlösbar verbunden, wobei die Akzente wie in der Therapeutik der Antike besonders auf die „Trostarbeit“ gesetzt werden, also anders als in der neuzeitlichen Psychotherapie psychoanalytischer Provenienz (Tiefenpsychologie, humanistisch-psychologische Verfahren), in der unter diskursanalytischer und dekonstruktivistischer Perspektive **Diskurse** (*Foucault*) der jüdischen Kultur der Klage über Vertreibung und Verfolgung in einer Verbindung mit der abendländisch-christlichen Kultur des Leidens und des Schmerzes, aber auch der Erlösungsverheißung durch Reue, Buße und Umkehr (d.h. der Unterwerfung unter die „rechte Lehre“) in säkularisierter Form fortgeschrieben wird (*Petzold, Orth 1999*). Der mittelalterliche Geist des Schmerzes, der Trauer, der Klage dominiert, aber auch der pastorale Geist der Deutungsmacht sowie – verbunden damit – der Geist der Anpassung und der Unterwerfung unter vorgegebene Deutungsfolien (*ibid. 380 – 392; Foucault 1982; Dauk 1989*). Für Hilfe zahlt man den Preis der Konformität, der Einfügung in die „gesellschaftlich li-

zensierten“ und von der jeweiligen Therapieideologie vorgegebenen – und in der Regel dem Patienten in der Vorinformation zur Therapie nicht offengelegten – Sinnstrukturen. *Berger* und *Luckmann* (1970) haben dies in ihren erhellenden Analysen zur anpassungszentrierten Qualität von Therapie und Beratung aufgezeigt (nicht zuletzt für die psychoanalytischen Konzepte der „Deutung“ und des „Widerstandes“ als Strategien der Herrschaft, durch die jeder Versuch, eine andere Position einzunehmen, chancenlos bleibt, wobei ihre Ausführungen in der psychotherapeutischen Literatur nicht aufgenommen wurden, ähnlich wie andere Kritiken an Formen der „Deutungsmacht“, vgl. *Pohlen, Bautz-Holzherr* 1994). Widerstand als Ausdruck einer „Andersheit“ (*altérité*, *Levinas* 1983), verdient „Respekt“ (*Sennett* 2002). Das ist gerade in der Arbeit mit TraumapatientInnen, die gedemütigt wurden, deren Menschenwürde mit Füßen getreten wurde, deren Freiheit beschnitten, und deren Wille gebrochen wurde, wesentlich. Sogenannter „Widerstand“ ist hier oft ein sinnvoller Selbstschutz. Therapeuten, die selbst nie Traumatisierungen durchleben mußten - da ist die kritische Frage aus dem obigen Patientinnenbeispiel ernst zu nehmen - müssen sich stets bewußt sein, dass es ihnen kaum möglich sein wird, das ganze Ausmaß solcher Erfahrungen zu ermessen. Deshalb sind Vorsicht, Achtung, Wertschätzung, unbedingter Einbezug des PatientInnenwillens therapeutisch von höchster Bedeutung, eine Haltung, wie sie *Seneca* seinem Klienten *Lucilius* (z.B. *Seneca*, ep. 27, 1) entgegenbringt und wie sie *Levinas* als Grundhaltung für jedes Beziehungsgeschehen verdeutlicht hat (*Petzold* 1996k).

Menschen Hilfe, Trost, Unterstützung zu geben – um ihres Menschseins willen –, darum geht es. „Hominibus prodesse natura me jubet ...Den Menschen zu helfen, heißt die Natur mich, seien es Sklaven oder Freie ..., wo immer ein Mensch ist, da ist für eine Wohltat Gelegenheit“ (*Seneca*, de vita beata XXIV, 3).

Aus einer solchen grundsätzlichen Wertschätzung von Menschen in ihrer Andersheit und aus der prinzipiellen Bereitschaft, *Hilfe zu geben* und *Trost zu spenden*, ja bei Traumaopfern ihr Leiden und ihr Entsetzen zu teilen, kann eine therapeutische Grundhaltung für die Traumatherapie gewonnen werden, die meiner Meinung nach eine nicht-technizistische und nicht-reduktionistische Behandlungspraxis fundiert, wie sie für die extremen Belastungen und Unmenschlichkeiten angemessen ist, die so viele Ueberlebende von Traumaerfahrungen durchleben und durchleben mußten.

„**Trost** ist ein von der Psychotherapie vernachlässigter ‚*Heilfaktor erster Ordnung*‘ bei Belastungen, Verletzungen, Verlusten.“ Er ist eine genuine menschlich Reaktion auf den Ausdruck von Schmerz und Trauer und auf Menschen, die in Leid, Not, Verletzung Schutz, Zuflucht und Tröstung suchen und das *Recht* haben, dass ihnen Hilfe zu Teil und Trost gespendet wird (vgl. *Petzold*, 2004k, 45).

Für die professionelle Psychotherapie – im institutionellen Kontext bzw. in freier Praxis unter Richtlinienbedingungen – muß man sich Gedanken machen, in welcher Weise Qualitäten wie die des „gespendeten Trostes“ und des für solche mitmenschliche Hilfe immer wieder „erwiesenen Dankes“ (eine für viele Traumapatienten wichtige Dimension) Platz haben, erhalten und gewinnen kann. Psychotherapie, die alleinig oder dominierend als „Dienstleistung“ und als „Dienstleister-Kunden-Verhältnis“ verstanden wird, steht in der Gefahr, in einen krassen Reduktionismus zu führen, in dem wesentliche Dimensionen therapeutischer Praxis, Heilungspotentiale und klinischer Ethik Schaden nehmen oder verloren gehen können.

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

„unerschütterlicher Seelenstärke, Voraussicht, Feinsinnigkeit, geistiger Gesundheit und innerer Freiheit, Eintracht und Schönheit“ (*Seneca, de vita beata* 9, 26). Eine solche „philosophische Therapeutik“ (*Kühn, Petzold* 1991; *Petzold* 2001m), die auch für das integrative Behandlungskonzept der Traumatherapie *ein* Weg – neben anderen – ist, empfiehlt *Beruhigung, Trost, Aushalten-Lernen, körperliche Aktivität in der Natur, Sport und Spiel und werteregeleitetes, sinnvolles Tun für das Gemeinwohl*. Dies alles ist aber keineswegs als verdrängende Ablenkung zu sehen, „denn wenn der Schmerz überspielt und durch Unterhaltung oder Beschäftigung verdrängt wurde, flammt er wieder auf“ (ad Helviam c. 17, *Fink* 1992, 331). Ihm muß durch geistige Arbeit, Einsatz der *Willenskräfte* – ein vernachlässigter Bereich der Psychotherapie (*Petzold* 2001i; *Petzold, Sieper* 2003) - begegnet werden. Belastende Vergangenheit wird angeschaut, um gelungene Bewältigungsleistungen und Ueberwindungserfahrungen aufzurufen (ad Helviam c. 3, *Fink* 284). „Altes Leid habe ich in Erinnerung gerufen, damit du weißt, dass auch die neue Wunde heilbar ist ...“ (ad Marc.1, 312). Aber erst wurden Kompetenzen und Lebensleistungen ins Gedächtnis geholt (ibid. 311; vgl. ad Helviam c. 2, 284, wo Belastungs-Coping-Sequenzen in Erinnerung gerufen werden). Das eigentliche Traumaereignis wird im „geweiteten Blick“ *sub specie aeternitatis* betrachtet, und nicht in exponierenden Details, sondern im *Sinnzusammenhang* eines zu meisternden Lebens, das der „Natur des Lebens“ entspricht. Das Ziel: dich „kurze Zeit einer sanften, unvermeidlichen Trauer hingeben, um dich dann wieder aufzurichten“ (ibid. c. 17, 327f). *Trost* und *körperliche Nähe* emotional bedeutsamer Menschen wird als Pharmakon eingesetzt, hier die Schwester der *Helvia*, „*solacium, quo reficiaris* – Trösterin, die dich wieder aufrichten kann ... von ihr lasse dich ganz fest in die Arme nehmen“ (ibid. c. 19, 336). *Trost, Beruhigung, Ermutigung Ueberwindungsaufgaben anzugehen* und auch *Beratung* bzw. *Anleitung*, wie das zu tun sei, und *Begleitung* in diesem Bemühen und Tun, das sind die Strategien einer Traumatherapie, die kein aufwühlendes Hyperarousal riskiert, sondern auf *begleitete „Ueberwindungserfahrungen“* – so der Term Integrativer Traumabehandlung - setzt (*Petzold* 2001m). Sie hilft Labiliserungen zu stabilisieren, verhindert ein weiteres Einbrechen von Ich-Leistungen oder vermindert das Risiko der „Retraumatisierungen“ und unterbindet dysfunktionale neurophysiologische Bahnungen. „Klage nicht mit anderenen und gerate auch sonst nicht in heftige Erregung“ (*Marc Aurel* V, 43). Auch *Seneca* betont: „Auch im eigenen Unglück gilt es sich so zu verhalten, dass du dem Schmerz nur soviel zugestehst, wie die Natur fordert, nicht die Gewohnheit“ (*De tranquillitate* 15, 6). Dass hier nicht Ueberspielen, nicht Repression im Sinne einer Verdrängung das Ziel ist, sondern *willensgestützte Regulation* (*Petzold, Sieper* 2003), ein Niederhalten und Kontrollieren überschießender Affekte aufgrund von „Regulations- bzw. Selbstregulationskompetenz“ (*Petzold* 2004m; *Bloem, Moget, Petzold* 2004) als „Ueberwindungsaufgabe“, ist der Tenor der antiken Traumatherapeutik.

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

Trost ist eine erlebte *emotionale Qualität*, die *Linderung* von verlust- oder traumabedingtem seelischem Schmerz/Leid bewirkt, eine *Beruhigung* von psychophysiologischem Aufgewühlt- und Erschüttert-Sein und ein Ordnen und Reorientieren im gedanklichen und emotionalen Chaos unterstützt: durch „**Trösten**“, d. h. die Hilfe und empathische Zuwendung eines Tröstenden an einen Trostbedürftigen.

„**Trostarbeit**“ besteht in der Aufnahme, Annahme und Nutzung der Tröstung in dem *gemeinsamen Bemühen*, Verlust, Leid, Belastung, Beschädigung zu überwinden, die Selbstregulationskompetenz der Betroffenen wieder herzustellen und effektiv werden zu lassen. **Trost** ermöglicht eine persönliche Konsolidierung des Betroffenen: nach *innen* (z. B. Wiedergewinn von „seelischem Gleichgewicht“ und „stabilem Identitätserleben“, Aussöhnung/Versöhnung mit sich Selbst an Stelle von Resignation, Schuldgefühlen, Selbstvorwürfen, Verbitterung) – und nach *außen* (z. B. Wiederherstellen von Beziehungsbereitschaft, erneuter Hinwendung zum Anderen oder Aussöhnung/Versöhnung mit Menschen an Stelle von Rückzug, Selbstisolation, Unversöhntheit, Hass). Insgesamt erfolgt ein Stärkung der Regulationskompetenz.

Das spontane „**Trösten**“, das als Beispringen, Hinwenden, Beruhigen, „Trostspenden“ aufgrund des „Aufforderungscharakters“ von Ausdrucksverhaltens des Schmerzes, der Verzweiflung, der Trauer geschieht, ist von „**Trostarbeit**“ als einem bewußten, kontinuierlichen Beistehen, einem Begleiten als einer längerfristigen Unterstützung bei Verarbeitungs- und Konsolidierungsprozessen zu unterscheiden. In beiden ist empathische Unterstützung als „Berührung aus Berührtheit“ (Petzold 1970c, Eisler 1993) grundlegend. In der Trostarbeit kommt das Moment der kooperativen Zusammenarbeit zum Tragen.

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

Es scheint indes, dass das spontane „Trösten“ und die Kunst der „Trostarbeit“ offenbar einer kollektiven Skotomisierung des psychotherapeutischen Feldes zum Opfer gefallen ist (der Begriff „Trost“ taucht in der therapeutischen Fachliteratur praktisch nicht auf, von „Trostarbeit“ einmal ganz zu schweigen), und dabei ist „Trost“ vielleicht wesentlicher als „tiefe“, ausdrucksintensive „Trauer“, deren Bedeutung durch neuere Forschungen zumindest relativiert werden muß (Stroebe et al. 1993; Bonanno 1999). Einer einseitig katharsistheoretische Sicht, die auf „affective discharge“ zentriert (Scheff 1979; Nichols, Zax 1977) habe ich bei Verlusten und Polytraumatisierungen die Strategie einer „differenzierten Integrationsleistung“ entgegengestellt (Petzold 1988n,221ff).

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

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

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

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

- auf der **physiologischen Ebene** Erregungszustände mit einer Hyperstressqualität (*hyperarrousal, kindling*) zu beruhigen (*quenching, down regulation*), eine Sensitivierung des HPA-Systems, dysfunktionale Genregulationen und die damit verbundenen neurohumoralen Fehlsteuerungen (s.u.) und ihre Folgen – z. B. für die unbewußte und bewußte Informationsverarbeitung, die Gedächtnissysteme, das Emotions- und Willenssystem - zu vermeiden;
- auf der **psychologischen Ebene** Ueberforderungsgefühlen/Stress-*Emotionen* (Panik, Furcht, Aggression, Gewaltimpulse, Haß, Verzweiflung, Verbitterung, Ohnmacht etc.) sowie negativen *Kognitionen* gegenzusteuern (Selbstzweifel, Selbstentwertung, negative Selbstattributionen, Hilflosigkeit, Abwertung Anderer, Fehlbewertungen sozialer Situationen etc.) und der Schwächung von *Volitionen* (Entscheidungsfähigkeit, Willenskraft) vorzubeugen und eine chronifizierende Fixierung in Verbitterung, Unversöhntheit, Resignation, Selbsthaß zu verhindern, damit die Breite des emotionalen Spektrums, des volitionalen Potentials und der kognitiven Flexibilität des Betroffenen erhalten werden kann;
- auf der **sozialen Ebene** wird darauf abgezielt, Impulse der Zuflucht und der Suche nach Hilfe. Beistand, Trost aufzunehmen, um Hilflosigkeitsgefühlen. Ohnmacht, Verzweiflung, Resignation, Verbitterung und die Ausbildung dysfunktionalen Sozialverhaltens (generalisierende Negativierung anderer Menschen, Kontakt- und Beziehungsunfähigkeit, Rückzug aus der sozialen Partizipation, Selbstisolation, Mißtrauen, soziale Aggressivität, Menschenhaß und Menschenverachtung, Gewaltbereitschaft, Devianz und Anomie etc.) zu verhindern und stattdessen positive soziale Muster aufzubauen und zu fördern.

Trost und **Beruhigung** in ihrer *leiblichen* Verankertheit (in Form von Berührungen, Zuspruch, beruhigenden Lauten) führen zu einer "down-regulation" des physiologischen "Hyperarrousal", was auf der *psychologischen Ebene* mit einem Abflachen der Stressaffekte zu ruhigeren emotionalen Lagen verbunden ist. Trost- und Beruhigungslaute haben eine tiefe Stimmlage durch entspannte Stimmbänder, was in der Regel mit einem herunterregulierten Gesamttonus verbunden ist und beim Getrösteten durch „psychophysiologische Synchronisation“ (ggf. Spiegelneuroneneffekte) gleichfalls zu entspannungsreaktionen führt (umgekehrt führen Laute der Ermunterung und Aufheiterung in hoher Stimmlage, mit hohem Stimmbandtonus zu einer Erhöhung des Gesamttonus). Solche Reaktionsweisen sind aus dem „dialogue tonique“ (*de Ajuriaguerra* 1970) bzw. „polylogue tonique“ (*Petzold* 2001p) von Säuglingszeiten an bekannt und beeinflussen Spannung/Entspannung, Atmung, cardiovasculäres Geschehen und werden in der Integrativen Traumatherapie gezielt eingesetzt. Trost geht aber über diese Funktionen hinaus. In beruhigend-tröstendem *Zuspruch* wird oft vom Anderen, der als "Beistand/Tröster" tätig wird, "Unfassliches" *erklärt* und *fassbar* gemacht, Irrsinn, Abersinn wird in Sinnzusammenhänge gestellt. Es werden durch die kognitive Dimension von Trost also auch sinnstiftende Möglichkeiten der kognitiven Einordnungen und Wege der Aussöhnung aufgezeigt. Für den Tröstenden, Beruhigenden bringt sein Tun in der Regel selbst eine Beruhigung und Stabilität, wenn es ihm gelingt sich nicht erschüttern und aufwühlen zu lassen, seine

Ruhe auf den Betroffenen zu übertragen. Das allerdings ist Voraussetzung: mit dem Patienten und seiner Situation in *Kontakt* sein, sich von *Berührung berühren* lassen, durchaus von *Bewegendem bewegt* werden, bei *Aufwühlenden* stabil bleiben, durch *Erschütterndes* nicht erschüttern lassen.

2.5. Trost ein Antidot gegen „Verbitterung“

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

Verzweiflung, Verbitterung, Harm, Verhärmung – Phänomenen, denen wir überall begegnen, wo Leid, Verelendung, Hoffnungs- und Chancenlosigkeit in traumatisierenden und posttraumatischen Kontexten oder in „prekären und desaströsen Lebenslagen“, in Notlagen (*Petzold 2000h*) herrschen – erfordern materielle Hilfen der Notlinderung, aktive Zuwendung, parteiliches Engagement, damit die bestehenden Probleme überwunden werden, „Ueberwindungsaufgaben“ gemeistert werden können. Sie erfordern aber auch Beruhigung und Trost, damit sich nicht „Fehlsteuerungen“ einnisten, einschleifen, wie *Seneca* im obigen Text ausführt und damit das „Verbitterungssyndrom“ beschreibt, dass unlängst als ein vorgeblich „neues“ Krankheitsbild „entdeckt“ wurde (*Linden 2003*). In diesen Kontexten wird **Trost** ein Antidot für pathologische Trauerprozesse, wie die Chronifizierung in *Verzweiflung* und *Verbitterung* (*Petzold 1982 f, Petzold, Josić 2004*). Es ist deshalb sehr verwunderlich, das sei nochmals unterstrichen, wie gering die Bedeutung von **Trost** in der klinisch-therapeutischen Fachliteratur praktisch aller Psychotherapieschulen ist. Das sagt natürlich etwas über die neuzeitliche Psychotherapie aus mit ihrer exklusiven Orientierung auf Trauer und Trauerarbeit im tiefenpsychologischen Ansatz oder in der Verhaltenstherapie mit ihrem weitgehend fehlenden Sensorium für solche Regungen - *Trost* steht im Zentrum des antiken therapeutisch-begleitenden Handelns (*de Botton 2000*) und der integrativen „philosophischen Therapeutik“. Auch dass *Verbitterung* so lange in der klinischen Diagnostik und Therapeutik „ausgeblendet“ wurde, muß zu denken geben, denn sie geht häufig mit traumatischen Erfahrungen, nicht zu verarbeitenden Verlusten, pathologischer Trauer einher und kann durchaus als eine Komorbidität des PTSD gesehen werden.

Ob es sinnvoll ist, mit *Linden (2003)*, von einem „Posttraumatic Embitterment Syndrome“ (PTED) zu sprechen, es an ein „single event“ zu koppeln, ist diskutierbar. Nach unseren klinischen Beobachtungen finden sich oft „chains of negative events“, „prolongierte Unrechtserfahrungen“ und Schuldproblematiken (*Neuenschwander 2003; Petzold 2003d*) im Hintergrund, mit denen man ohne ethiktheoretischen und rechts- bzw. unrechtsphilosophische Positionen sowie ohne methodologische Ansätze der „Trost- und Ueberwindungsarbeit“ unter Einsatz von Behandlungstechniken wie „sokratisches Gespräch“, „narrative Praxis“, „kreativ-mediale Arbeit“, Therapeutisches Theater (*Petzold 1973b; 1999q; Petzold, Josić 2004*) kaum weiterkommt. Auf jeden Fall ist es zu begrüßen, dass das Phänomen im klinischen Raum endlich mehr Aufmerksamkeit erfährt und diese Verbitterungsreaktionen von depressiven Erkrankungen unterschieden werden, denn verbitterte Menschen sind von ihrer Ätiologie und sehr wahrscheinlich auch Neurobiologie her anders zu sehen und in ihrer Symptomatik anders gelagert. So sind sie ihrem Affekt breiter und schwingungsfähiger als Patienten mit einer *major depression* – Hass, Neid, Schadenfreude, Ärger- und Unversöhnlichkeitsgefühle sind ihnen zumeist gut zugänglich und sie zeigen nicht den depressiven Antriebsverlust. Leiblich tendieren sie zu einer „*Engung*“ (*Schmitz 1989*) – verknappter Mund, angespannte Mine, hoher Muskeltonus, Verhärtung -, die therapeutisch zu einer „*Weitung*“ hin geöffnet werden muß. Und *Trost* „macht weich“, wirkt Härte, Unnachgiebigkeit, Unerbittlichkeit entgegen und trägt dazu bei, „Aussöhnung mit dem Schicksal, den Menschen, dem Leben“ vorzubereiten. Verbitterung als Folge von und Verbindung mit traumatischen Situationen kann zum Ausbilden eines PTSD beitragen, weil mit ihr Ereignisse wie die einer Erschütterung, Verletzung, ja Zerstörung der persönlichen Wertewelt, von Glaubensüberzeugungen (*believe systems*) und Lebensinn verbunden sind, was die „erlebte Intensität“ der Traumaerfahrung verstärken kann. Besonders wenn mit den Ereignissen Treulosigkeit und Verrat durch Vertraute, Entwürdigung, Beschämung, Demütigung, kollektive religiöse und ethnische Stigmatisierung und Bedrohung verbunden sind. Das fördert Verbitterung und muß in der Traumatherapie spezifisch aufgegriffen und behandelt werden. Expositionen genügen hier nicht,

sondern eine „intersubjektive Hermeneutik“ muß „Wege des Verstehens“ von Unverstehbarem, Unfaßlichem zu eröffnen suchen. Auch das gehört in die Trostarbeit, um auf Sinnfragen Antwort zu finden, aber auch um für die nach Belastungssituationen ja oft real vorfindlichen existenziellen Sorgen – Arbeits-, Wohnungs-, Heimatverlust - Ermutigung und Hoffnung zu erhalten (Petzold 1985a, 520 f). Den häufig auftkommenden „kreisenden Gedanken“, den Ruminationen (Wyer 1996; Filipp 1999) gilt es entgegenzutreten und ihnen keinen Raum zu geben (ad Marc. 19, 360), denn sonst kann es zu einer Vereinseitigung der Lebenssicht und „erlernter Hilflosigkeit“ (Seligman 1979) kommen: „Besseres wird vergessen, nur das nimmt man vom Schicksal wahr, was schlechter ist“ ... „Bei ruhiger See braucht es keiner Steuermannskunst ... also lasse dich nicht unterkriegen, sondern stelle dich unerschütterlich zum Kampf“, so rät Seneca der Marcia (ibid. c. 5, 324) und er läßt sie bei diesem Kampf - das ist zentral - nicht allein. Er gibt in sehr konkreter Weise *empathisch* Rat und Hilfen für den Umgang mit der Situation, mit dem Alltagsleben, dem sozialen Netzwerk, zeigt sich dabei auch selbst, erzählt aus seinem Leben, seiner Erfahrung, praktiziert keine zurückgenommene „Abstinenz“, allerdings eine *integre Klarheit*. Integrität ist eine wirkmächtige Qualität der Trostarbeit.

2.6. Trostarbeit und Ermutigung sind Beziehungsarbeit

Eine solche integre therapeutische/menschliche Haltung kennzeichnet *Marc Aurel*:

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

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

Hier ist das Prinzip einer *persönlichkeitskräftigenden „Intersubjektivität“* aufgezeigt. Heute machen wir *Partnerschaftlichkeit* (Petzold, Gröbelbauer, Gschwendt 1999), „*persönliche Würde*“ und eine gute „*Passung*“ zu Leitprinzipien der „therapeutischen Beziehung“, gleichsam als „Grundregel“ (idem 2000a, 2004k, 48), wie sie sich aus der Alteritätsphilosophie von *Emmanuel Levinas* oder mit der Intersubjektivitätsidee von *Gabriel Marcel* und seiner „neosokratischen“ Beratungspraxis oder aus der Mutualitätskonzeption des späten *Ferenczi* (Nagler 2003; Petzold 1996k) oder mit dem Engagement der *Hannah Arendt* für Menschenwürde (1970; *Young-Bruehl* 1991) begründen läßt.

Das Thema der „Passung“ ist gerade im Kontext der Traumatherapie vertieft zu fokussieren und damit das, was in diesem oder jenem Fall „paßt“, stimmig ist, was in dieser Situation mit diesem Patienten eine gute therapeutische Beziehung ausmacht. „Takt“ und „Einfühlung“ (Ferenczi 1927/28) und eine achtsame, auf die Integrität des Anderen gerichtete Haltung, ein Engagement für ihn. „Eine klare, integre, liebevoll-zugewandte Haltung (vgl. *klinisch* von griechisch κλίειν klinein, d.h. zugewandt, achtsam hingeneigt!), auf deren Grundlage auch Auseinandersetzung möglich ist, das ist für mich der therapeutische Stil, der mit dem, was die Neurowissenschaften und die Psychoneuroimmunologie uns an Wissen über die Wirkungen von liebevollen Sozialbeziehungen lehren (Bauer 2002), am besten übereinkommt und was gleichzeitig durch die großen Beziehungsphilosophen ... uns an philosophisch fundiertem Beziehungswissen erhellt worden ist“ (Petzold 2004k, 47), und was vor allem im traumatherapeutischen Kontext Geltung gewinnen muß.

Der Respekt vor der „Andersheit des Anderen“ (Levinas 1983), die „Menschenwürde“, die „Hominität“, das Wesen des Menschlichen, wird vielfach in Traumasituationen massiv verletzt – bis zur Identitätsvernichtung (Petzold 1996j), zum Verlust „des Glaubens an die Menschen“, zum Verlust des Glaubens an sich selbst, des Menschlichen in sich (Ricœur 1990). Hier wird die Qualität des Beziehungsangebots und der Beziehungsgestaltung das vielleicht wichtigste Agens im traumatherapeutischen Prozess werden. Es vermag zu zeigen: es gibt integre Menschlichkeit/Zwischenmenschlichkeit und man kann Menschen wieder vertrauen. Eine solche *Ermutigung* zu vertrauen, ist zuweilen die Voraussetzung dafür, dass Trost überhaupt angenommen und das Leben wieder sinnvoll werden kann. Die *erlebte Beziehungsqualität* stiftet Sinn und dieser ist deshalb kein abgehobener. Er hat seinen „Sitz im Leben“ des Beziehungsgeschehens. Solche Therapie hilft, tief in die Persönlichkeit eingegrabene Traumaerlebnisse zu verändern, „eingefleischte“ Gefühle des Mißtrauens aufzulösen, wieder Kontrolle über entgrenzte Affekte zu gewinnen, Verbitterungen und Verhärtungen abzuschmelzen, eingeschliffenen „Numbing-Phänomenen“ entgegenzuwirken, verlorene Orientierung wieder auszurichten und zerstörte Sinngefüge zu restituieren. Solche in der antiken Trauma-, Trauer- und Trosttherapie gründende Behandlungsstrategien und ihre Wirkprinzipien haben wir aufgenommen und praktizieren sie in der Kombination mit modernen Ansätzen klinischer

Traumatherapie (vgl. hierzu *Petzold* 2001m). Sie sind als „Wege der Heilung und Förderung“ in der Arbeit mit Traumapatienten höchst indiziert und für ein integratives Vorgehen charakteristisch. Es kommen hier Wirkfaktoren zum Tragen (Trost, Ermutigung, Vertrauen, Annahme, Aussöhnung usw.), die – wie letztlich alle, von der Therapieforschung herausgearbeiteten „*unspezifischen*“ Heilfaktoren - von Qualitäten „guter Zwischenmenschlichkeit“ und „menschengerechten Umgangsformen“ gekennzeichnet sind (*Märtens, Petzold* 1998). „*Spezifisch*“ werden solche Faktoren indes durch ihren systematischen und reflektierten Gebrauch in der Psychotherapie, bei dem sie ihre menschlich-mitmenschliche Qualität allerdings nicht verlieren dürfen. Diese Gefahr besteht allerdings. „Manualisierter“ Trost, „best practice“ von Trauerarbeit – ein grauenhafter Gedanke! Therapeuten sind als Personen „Mitglieder auf Zeit“ im „sozialen Netzwerk“, im „Konvoy“ des Patienten (*Hass, Petzold* 1999), werden als solche zu „protektiven Faktoren“, „significant caring others“ (*Petzold, Goffin, Oudhof* 1993; *Müller Petzold* 2003) im Therapiegeschehen und sollten sich als solche verstehen. Das aber erfordert *Beziehungsbereitschaft* und *Engagement*, zuweilen *Parteilichkeit*. Für die Traumatherapie sind das Kernqualitäten, denn mit zurückgenommener „Abstinenz“ oder „wohlwollender Neutralität“ kommt man – besonders in der Arbeit mit Folteropfern, Flüchtlingen, Kriegstraumatisierten - nicht weiter (*Petzold* 1986b, 1999k, 2000c, 2001m, *Petzold, Josić, Erhard* 2003). Man braucht die klare Position einer anthropologischen „Intersubjektivitätstheorie“ als eine differenzierte „Theorie und Praxis des menschlichen Miteinanders“ und ein entschiedenes *Wollen*, sie in der zwischenmenschlichen Realität, in „Kontakt, Begegnung, Beziehung, Bindung“ umzusetzen (idem 2001i, 2003a). Wir haben sie u.a. im Anschluß an *Gabriel Marcel*s „Die Menschenwürde und ihr existenzieller Grund“ (1967), *Emmanuel Levinas*' „Die Spur des Anderen“ (1983) und *Paul Ricœur*s „Das Selbst als ein anderer“ (1996) erarbeitet und entwickeln sie beständig vertiefend weiter (*Petzold* 1980g, 1991b, 1996k, 2004 d, f, *Hässig, Petzold* 2004).

Wir sehen den Menschen als Bezogenen und sich vielfältig Beziehenden in den fortwährenden *POLYLOGEN*, den „Gesprächen nach vielen Seiten“ (*Bakhtin* 1981) seines sozialen Netzwerkes, der Matrix seiner Identität, im „*Du, Ich, WIR seines Lebenskontextes und Kontinuums*“. Hier liegen die ethischen und anthropologischen Grundlagen unserer Traumatherapie. Die tendenzielle Dyadologie (Zweisamkeitsorientierung) in *Bubers* Dialogik, die schon sein Freund *Rosenzweig* kritisierte (*Markova* 2003), wird hier in einer modernen Konzeption von *Dialogizität* (ibid.; *Linell* 1998) und *Polylogizität* (*Petzold* 2002c) überstiegen. In der Traumatherapie brauchen wir das Netz des „WIR“, die Priorität des „DU“ und die Bescheidenheit und den Respekt (*Sennett* 2002) des „Ich“ vor dem Anderen.

Intersubjektive Beziehungstheorie und ko-respondierende Beziehungspraxis (*Petzold* 1991a) ist nach integrativem Verständnis gerade in der Verbindung mit klinisch-psychologischen und neurowissenschaftlichen Kenntnisständen für die Traumatherapie und für psychotherapeutische Arbeit insgesamt unverzichtbar, denn Beziehungsqualitäten beeinflussen unsere Neurobiologie, unser Genregulationen, unser Transmittergeschehen, unser Immunsystem nachhaltig (*Bauer* 2002; *Petzold* 2002j; *Schiepek* 2003). Das aber ist keine biologistisch-reduktionistische Position, denn in solchen *beziehungsorientierten Therapien* haben Themen wie „Gerechtigkeit, Menschenwürde, Trost, Sinn“ eine zentrale Stellung (idem 2001m, 2003d, *Petzold, Orth* 2004a,b). Sie gewinnen in der praktischen Umsetzung der konkreten therapeutischen Arbeit die Qualität „protektiver Faktoren“.

3. Integrative Traumatherapie als Arbeit mit „protektiven Faktoren“ und „Resilienzen“

Vygotsky hat in seinen frühen Arbeiten mit traumatisierten Kriegswaisen und „stray kids“ nach der russischen Revolution mit guten Gründen einen „supportiven und entwicklungsorientierten Ansatz“ vertreten (Miltenburg, Singer 1997, 1999), der ressourcenorientiert auf die Bewältigungs- und Entwicklungspotentiale von Menschen baut (Petzold, Sieper 2004). Er hat damit wohl de facto schon sehr früh „protektive Faktoren“ und „Resilienzfaktoren“ in „lösungsorientiertem“ Vorgehen eingesetzt und die Widerstandskräfte der Betroffenen in *nicht-exponierenden Behandlungsansätzen* genutzt und gestärkt und auf die Fähigkeiten von Menschen zu „komplexem Lernen“ (Sieper, Petzold 2003) gesetzt. Dieses Konzept übersteigt ein behavioristisch-reduktionistisches Verständnis von Lernprozessen, sondern hat eine gesundheitspsychologische Qualität (Schwarzer, Jerusalem 2003). Vygotsky (1931, 1932) sieht Menschen – wie belastet auch immer - als kompetente, mutige, kokreative Problemlöser, die in *wechselseitiger Unterstützung* in „Zonen optimaler Proximität“ gemeinsam kreative Bewältigungsleistungen bringen können, eine zu *Freuds* anthropologischem und kulturtheoretischem Pessimismus kontrastierende Position, in deren Hintergrund die Weisheit von *Spinoza* steht (Vygotsky 1931/33). Der große russische Psychologe hat damit Wege gewiesen, die wir heute in der „Integrativen Traumatherapie“ gezielt verwenden (Petzold, Goffin, Oudhof 1993; Müller, Petzold 2003; Petzold, Müller 2004). Er hat seine Klienten befähigt und darauf vorbereitet, „wieder im Leben zurecht zu kommen“.

Ich erwähnte schon: wenn Menschen auf Schlimmes, auf Gefahren, auf Herausforderungen vorbereitet sind, über eine gewisse „*preparedness*“ verfügen, sind sie auch für die Bewältigung von *Entwicklungsaufgaben* (Havighurst 1949) besser ausgerüstet, können Schwierigkeiten besser meistern, und sie sind bei traumatischen Ereignissen weniger gefährdet, ein PTSD auszubilden, als Menschen, die die Ereignisse unvorbereitet treffen (Başoğlu 1997, 1998). Wissen und „*preparedness*“ können als „protektive Faktoren“ wirken - das wußten schon, wie gezeigt wurde, die antiken Traumatherapeuten. Durch „*preparedness*“ kann man seine Ressourcen planen, weiß um seine Risiko- und Schutzfaktoren, seine Vulnerabilität und seine Stärken. *Protektive Faktoren* wirken insgesamt so, dass die Gefahr gravierender Zusammenbrüche gemindert wird und aus „Ueberwindungserfahrungen“ Copingkapazität, Belastungsvermögen, Krisenfestigkeit, Assertivität, Widerstandskraft – kurz, denn der Begriff umfaßt all dieses – „**Resilienz**“ aufgebaut werden kann und gestärkt wird.

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

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

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

1. Eine hereditäre Disposition zur Vitalität, die eine gewisse Unempfindlichkeit gegenüber Belastungsfaktoren gewährleistet,
2. die Fähigkeit, Belastungen oder Risiken effektiv zu bewältigen,
3. die Fähigkeit, sich nach traumatischen Erfahrungen schnell und nachhaltig zu erholen,

4. die Fähigkeit, Situationskontrolle und Kompetenz/Performanz unter akutem Stress und in Konfliktsituationen aufrechtzuerhalten,
5. die Fähigkeit, sich an Belastungssituationen so anzupassen, dass die Möglichkeiten bestehen, in ihnen zu überleben, ohne dass psychische oder psychosomatische Schädigungen feststellbar werden,
6. die Möglichkeit, Belastungserfahrungen zu kommunizieren und aufgrund von Netzwerkorientierung und guter interaktiver Kompetenz und Performanz Schutzpersonen zu mobilisieren" (aus Petzold 1995a, 194).

Die persönlichen Ausprägungen dieser und ggf. anderer „Resilienzfaktoren“ und die Wirkung von „Schutzfaktoren“ versuchen wir in einem spezifischen klinischen Interview zu erfassen, um damit diese Faktoren und Prozesse gezielter interventiv nutzen zu können³.

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

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

„**Protektive Faktoren/-prozesse** sind externale Einflüsse (z. B. soziale Unterstützung, materielle Ressourcen) und internale Einflüsse (z. B. kognitive und emotionale Kompetenzen, Wissensressourcen), die im - *Entwicklungsgeschehen* und *Lebensverlauf* ein optimales Funktionieren der Genregulation und der Nutzung neuronaler Netzwerke (d.h. auch der damit verbundenen kognitiven, emotionalen, volitionalen Muster/Schemata) gewährleisten. Sie puffern neurophysiologisch und immunologisch belastende/überlastende Außeneinflüsse (z.B. Hyperstress) ab bzw. unterstützen Bewältigungsleistungen (*coping*) und/oder das Finden/Gestalten neuer Lösungen (*creating*), so dass sich keine dysfunktionalen Bahnungen ausbilden, sondern vielmehr Genregulationen und neuronale Netzwerkverbindungen ausgeprägt werden (d.h. auch damit entstehende kognitiv-emotional-volitionalen „Landkarten“ und Prozessmuster/Narrative), durch die eine besondere *Belastungsfähigkeit* (*robustness*) oder effektive *Bewältigungsmuster* (*coping ability*) bzw. eine besondere *Gestaltungskompetenz* (*creating potential*) gewonnen wird. Ein solches komplexes Ergebnis protektiver Einwirkungen kann aus neurobiologischer Sicht als 'Resilienz' bezeichnet werden, die dann als ein internaler 'protektiver Faktor' zur Verfügung steht und die Effekte schon vorhandener internaler und hinzukommender externaler Schutzfaktoren und Ressourcen verstärkt.“(Petzold 2000h).

Den Prozessen, in denen externale und internale Schutzfaktoren und Resilienzen zusammenspielen, ist besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Wir haben aufgrund unserer klinischen Beobachtungen und Forschungen zu Entwicklungsprozessen einen „**protective factor → resilience cycle**“ herausgearbeitet, zirkuläre bzw. spiralförmig progredierende Prozesse mit kleinen kontextbedingten Variationen:

1. bei *krisehaften Belastungen* von *Traumata* bzw. kritischen Lebensereignissen (Filipp 1990), aber auch – zusammen mit ihnen oder ohne solchen Konnex oder in Sequenzen mit wechselnden Schwerpunkten -
2. bei den Herausforderungen (challenges) von *Entwicklungsaufgaben* (Havighurst 1948, 1963). Auf beides kann mit Coping- oder Creating-Mustern bzw. in einer Kombination von beidem reagiert werden, wie in der folgenden Mustersequenz ersichtlich:

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

In dieser Sicht von *Resilienzen* auf der *neurobiologischen Ebene* werden sie als funktionales Äquivalent des Konzeptes "internaler protektiver Faktor" aufgefasst.

Neurobiologische Vorgänge führen natürlich zu Einflüssen auf der *psychologischen* bzw. *mental* Ebene und wirken damit auch auf *Kompetenzen*, d.h. in kognitiven, emotionalen und volitiven Prozessen (Petzold 2001i; Petzold, Sieper 2003) und auf die behaviorale *Performanz*, z.B. im sozial-kommunikativen Geschehen. Optimales Fungieren des *Gyrus Cinguli* in seiner Interaktion mit dem präfrontalen Cortex und dem limbischen System ist zentral für die Selbst- und Identitätsprozesse

³ Wir arbeiten derzeit daran, einem von uns erarbeiteten Fragebogen für verschiedene Zielgruppen zuzupassen: *PMFR – Petzold/Müller - Fragebogen zur Erfassung von Resilienz und protektiven Faktoren*, vgl. Müller, Petzold 2003).

des Menschen; wohlreguliertes Fungieren der *Amygdala* ist wesentlich für die "emotionale Intelligenz" bzw. „sinnliche Reflexivität“ (Heuring, Petzold 2003). Das alles und die ungestörte Arbeit der präfrontalen Zentren ermöglicht vielfältige protektive Prozesse im seelischen Geschehen:

- angemessene und positive *kognitive* Ereigniseinschätzung (*appraisal* / Frontalhirn),
- angemessene bzw. positive *emotionale* Ereignisbewertung (*valuation* / limbisches System), womit verbunden ist
- angemessene *physiologische* Ereignisklassifizierung (*marking* / Amygdalae) und schließlich,
- angemessene und nachhaltige *volitionale* Unterstützung (*volition* / cingulärer Gyrus).

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

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

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

1. auf der Ebene "objektiver Verfügbarkeit" (die hoch sein kann) und
2. auf der Ebene der "subjektiven Wahrnehmung und Bewertung" (die gering sein kann).

Perceived resources müssen - das heben wir aus integrativer Perspektive hervor (Petzold 1997p) - kognitiv eingeschätzt (*appraisal*), emotional bewertet (*valuation*) und physiologisch klassifiziert (*marking*) werden. Hier findet sich eine ähnliche Situation wie bei der „Ereignisbewertung“ von „traumatic events“. Deshalb wird es zuweilen notwendig, an den Bewertungsparametern eines Klienten zu arbeiten, um Schutzfaktoren überhaupt als solche zum Tragen kommen zu lassen oder wahrgenommenen Hyperstress, der anhält, obwohl die bedrohlichen Stressoren schon längst keine aktuelle Wirkung mehr haben, herunter zu regulieren.

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

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

4. Stresstheoretische und traumaphysiologische Rahmenkonzeption

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

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

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

„Wir fassen unter den Begriff **Trauma** bzw. **Traumatisierung** eine extreme Stimulierungssituation (zuweilen außergewöhnlich kurz, zuweilen sequentiell verlängert), die für den Organismus bzw. das ‚personale System‘, die Persönlichkeit, derart existenzbedrohende, ohnmächtig machende, überwältigende und überlastende Wirkung hat (Hyperstress), dass sie zu bleibenden Strukturschäden führen *kann* (z.B. durch einen übersteuernden Generalisierungseffekt, aufgrund dessen etwa alle Kontaktsituationen als existenzbedrohend eingestuft werden). Traumatisierungen können durch massive Ueber- oder Unterstimulierungen gesetzt werden, wie z.B. Unfälle, Krankheiten, Ueberfall, ‚experiencing or witnessing atrocities‘, akute Deprivation, ‚long term shelter‘, extreme Isolationshaft etc.

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

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

Traumata – *man made desaster* zumal - sind oft genug an *destruktive zwischenmenschliche Konstellationen* gebunden: Kriege, Pogrome, Folter, Mißhandlungen, Mobbing, Quälereien. Für biologische und pathophysiologische Aspekte des Traumageschehens sei auf die einschlägige Literatur verwiesen (van der Kolk 1994; Yehuda, McFarlane 1997; Yehuda 2001; Hüther 2001; Petzold, Wolf et al. 2000, 463ff). In *Integrativen Modellen* der „Stresserfahrung“ (Weiner 1992) werden psychologische und sozialpsychologische Konzeptionen (Lazarus, Folkmann 1984), z.B. der kognitiven

Stressbewertung (*Schwarzer 1993*) und der emotionalen (*Frijda 1986; Martin, Tesser 1996; Oatley, Jahson-Laird 1996; Petzold 1995g*), mit physiologischen Perspektiven verbunden (*Heurig, Petzold 2003; Hüther 1996; LeDoux 1996; Morris et al. 1998; 1999; Shalev 2000; Ursin, Olf 1992; Yehuda 2001*). Diese verschiedenen Sichtweisen müssen für interventive bzw. therapeutische Maßnahmen berücksichtigt und in ihnen umgesetzt werden.

Die Psychoendokrinologie des Stressgeschehens hat die Zusammenhänge des cerebrohumoralen Geschehens – bei noch vielen offenen Fragen – so weit aufgeklärt (*McEwen 1996*), dass man sie für integrative therapeutische Maßnahmen nutzen kann, die ein Spektrum von der verbalen Beratung, Stütz- und Klärungsarbeit, sinnorientierten Gespräche und Erzählarbeit, kreativtherapeutischen Aktivitäten (*Petzold 1999q, 2001b*) bis zu entspannungs- und sporttherapeutischen Methoden interventiv einbeziehen können (vgl. *van der Mei, Petzold, Bosscher 1997; Bloem, Moget, Petzold 2004a, b; Schay, Petzold et al. 2004*). Das geschieht vor dem Hintergrund des Verständnisses der Funktion der „Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse“. Ihm kommt hier eine zentrale Position zu. Schematisiert läuft folgender Prozeß ab:

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

Im „sympathikoadrenalen System“ wird parallel die Stressbotschaft weitergeleitet:

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

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

Im Stressgeschehen läuft ein im Verlaufe der Evolution bei den höheren Säugern entwickeltes hochfunktionales und -effektives System der Lebens-/Ueberlebenssicherung ab – sowohl in der prädatorischen *Aggression* und der Konkurrenzaggression (*Bloem, Petzold, Moget 2004b; Shalev 2000*), als auch in der Defensiv- bzw. Irritationsaggression (*Morris et al. 1999; Petzold 2003c*), aber auch im *Angst- und Fluchtverhalten*. Wir sind also für Stress, ja Hyperstress durchaus von unserer Biologie her ausgelegt. Dem zu den Glucocorticoiden zählenden Hormon Cortisol kommt in diesen ganzen Prozessen eine besondere Bedeutung zu. Es beeinflusst den Glukosestoffwechsel – beschafft sozusagen die „Energie“ für Kampf und Flucht (Mobilisierung von Glukose in den Vorräten der Leber, Förderung der Lipolyse, des Abbaus von Fett, Verstärkung der blutdrucksteigernden Funktion des Noradrenalins usw.). Cortisol wirkt zweiwertig: katabol/abbauend und anabol/mobilisierend. Die Aktivierung des Körpers wird durch den Beitrag des Cortisol „hochgefahren“, es trägt dann aber auch zur „down regulation“ bei, vorausgesetzt, die Stresssituation macht einen Abschwung möglich. Ist das nicht der Fall und chronifiziert die Belastungssituation (*zeitextendierter Stress, Petzold 2003a, 469f*) kommt es zu Fehlsteuerungen und schließlich zu Fehlbahnungen von physiologischen Prozessen. Die *Genregulationen* werden dysfunktional verändert. Mit Cortisol besetzte Proteinmoleküle bewegen sich aus dem Plasma zum Zellkern und verändern bestimmte regulatorische DNS-Sequenzen und ihre Aktivität z.B. in der Produktion von erforderlichen Botenstoffen. Das genregulatorische System ist im hohen Maße plastisch und muß es sein, um in Stresssituationen physischer und psychischer Art in die Steuerung des Organismus und seiner Funktionen eingreifen zu können.

Stresssituationen sind in eminenten Weise auch Lernsituationen, wenn nicht Hyperstress, extreme Furcht – wie sie in Traumasituationen überflutend auftauchen kann - Lernen auf der kortikalen Ebene blockiert und auf der Ebene des limbischen Systems generalisierend festschreibt (*Cahil et al. 1995*): zum Wiedererkennen und Handhaben von Gefahrensituationen. Das ist evolutionsbiologisch

⁵ *Thymopraktik* ist eine körpertherapeutische Methode mit Interventionen direkter therapeutische Körperberührung in der Integrativen Therapie (*Petzold 1970c, 1975e, 1977a, 1992b etc.*). Sie will den „thymos“, die leiblich-affektiven Regungen beeinflussen.

funktional, im zivilisatorischen Kontext in der Regel dysfunktional. Erfolgreiche Stressbewältigung trägt zur Ausbildung von **Resilienz** bei (siehe oben u. Müller, Petzold 2003, 2004) und natürlich zu **Assertivität**, Selbstwirksamkeit, zu Selbstbehauptung und Durchsetzungsvermögen (Flammer 1990, Schwarzer 1987, 1992). Es bekräftigt damit auch positives Selbstwertgefühl und Identitätserleben – insgesamt persönliche **Souveränität** (ein Kernkonzept der Integrativen Therapie). Mißerfolge hingegen können zu Niedergeschlagenheit, Depressionsgefühlen, *Verbitterung* und „erlernter Hilflosigkeit“ sensu Seligman (1979) führen mit erheblichen Negativauswirkungen (u.a. Schwächung des Immunsystems, Schädigung des Hippocampus und damit unserer erfahrungsgegründeten Gedächtniskompetenz sowie unserer Lernfähigkeit). Durch biographische Negativerfahrungen (Traumata, Konflikte, Defizite) können spezifische und auch generalisierte *Stresssensitivitäten* erworben werden, die sich zu vielleicht schon vorliegenden genetischen Sensitivitäten/Vulnerabilitäten (Meany et al. 1993) hinzuaddieren. Derartige Sensitivitäten führen auch zu einer erhöhten Suchtgefährdung, wo zentralberuhigende Drogen oder Alkohol zur „Downregulation“ verwandt werden (Finn et al. 1990).

Cortisolfehlsteuerung – chronisch im Blutspiegel erhöhtes oder erniedrigtes Cortisol - oder Veränderungen in der Zahl von Glucocorticoidrezeptoren (Yehuda 1997, 2001) durch biographische Belastungen sind an auslösende Erfahrungen gekoppelt. Positive, im Hippocampus abgespeicherte Bewältigungs-/Kontrollerfahrungen können durch Wirkung auf den Hypothalamus Stressereignisse abpuffern und die CRH-Produktion herabregulieren und damit auch die Cortisolkonzentration im Blut senken. Sensitivierte Menschen aber sind durch die gestörte Cortisolregulation und eine hohe cerebrale CHR-Konzentration „stressanfällig“, and that’s „bad for your brain“ (Sapolsky 1996a; Bremner 1999). Die Arbeiten von Sapolsky und Mitarbeitern haben unser Wissen in ganz bedeutendem Maße erweitert und geben auch Hinweise (Sapolsky et al. 2000), wie stresspuffernde Maßnahmen aussehen können. Auf jeden Fall ist chronifizierendem Stress und seinen potentiell schädigenden Wirkungen auf den Hippocampus (McEwen, Magarinos 1997; Sapolsky 1996a) entgegen zu wirken. Bei chronifizierten PTSD-Patienten wurde Verlust von Hippocampusgewicht durch Untersuchungen mit bildgebenden Verfahren festgestellt (vgl. besonders die Arbeiten von Bremner [et al. 1995, 1997] und seiner Arbeitsgruppe, die auch die Langzeitnachwirkungen von traumatischem Stress nachgewiesen haben, z.B. Bremner et al. 1997, 1999). Außerdem wird die Amygdala fehlkonditioniert und hypersensitiviert, d.h. es erfolgt ein „kindling“ (Corcoran, Moshe 1997; Post et al. 1995, 1997) und sie tendiert zu Hyperarousal-Reaktionen aufgrund von Fehlbewertungen von situativen Reizen (Canli et al. 2000). Für die Indikation der Bearbeitung von Traumaereignissen im therapeutischen Gespräch bedeutet das: sie müssen in einem Klima durchgesprochen werden, das keine unkontrollierbaren **arousals** evoziert, sondern in einer warmherzigen, beruhigten, besonnenen – also keineswegs emotionslosen, (wohlwollend)neutralen oder gefühlsarmen - Atmosphäre ablaufen, in einem Klima wie es uns beispielhaft bei Seneca in seiner „pilosophischen Therapeutik“ entgegentritt. Für leibtherapeutische Maßnahmen wie Lauftherapie, therapeutisches Budo und andere sporttherapeutische Angebote und vor allem für die Qualität ihrer Durchführung gilt: **submaximale Belastung** (Bloem, Moget, Petzold 2004; van der Mei, Petzold, Bosscher 1997; Schay, Petzold et al. 2004). Das hat erhebliche Bedeutung. Im traumatischen Stress bzw. im Hyperstress sind es vor allem die Bedrohung körperlicher Unversehrtheit, Verletzungs- und Todesgefahr und die damit verbundenen Erfahrungen von *Kontrollverlust*, Hilflosigkeit und Ohnmacht, die "überschießende Physiologien" auslösen (Petzold, Wolf et al. 2000; Shalev 2000; van der Kolk et al. 2000). Solche physiologischen Arousal-Situationen, die bei Expositionssitzungen häufig aufkommen oder bei leistungsbetonter Sporttherapie auftreten, müssen also unbedingt vermieden werden. Im Gegenteil, Erfahrungen von *Situationskontrolle* müssen in angemessener „Dosierung“ bereitgestellt werden. Das sanfte, geruhame Klima im Schutz des traumatherapeutischen Settings (das oft noch den mächtigen, für viele Betroffene *beunruhigenden* Einfluß der Krankenhaussituation appuffern muß) bietet in der Regel eine solche Situation, in der statt der Uebererregtheit des „Kindlings“ eine Beruhigung, Dämpfung, Kontrolle, Meisterung – ein *quenching* (Weiss et al. 1995, 1997) - zur Wirkung kommt, das der existierten Perfomanz keine Spielraum gibt, sondern sie unterdrückt (*oppressa sunt*, wie das oben zitierte Seneca-Zitat formuliert). Diesen Effekt haben wir uns in der Integrativen Traumatherapie zu Nutze gemacht (Petzold 2000g) durch Verwendung spezifischer leiborientierter Entspannungsverfahren (IDR, *ibid.*) u.a. auch durch Grounding- und Zentrierungsübungen aus dem Budo. In moderatem, therapeutischen Laufen oder Walken (Schay, Petzold et al. 2004) können „Erfahrungen des Gelingens“, der „Situationskontrolle“ gemacht und verankert werden. Sie werden „*ins Gedächtnis eingeschrieben*“ (vgl. die Arbeiten in Williams, Banyard 1999) eben auch ins „implizite“ Leibgedächtnis von Amygdala und Hippocampus. Diese so wichtigen Zentren erhalten auf die-

se Weise einen „Vorrat“ von Erfahrungen, die die Bedeutung vorgängiger Erfahrungen abmildern und neue Situationen „im Abgleich“ mit biographischen Erfahrungen einerseits nicht so aussichtslos und unbewältigbar erscheinen lassen, andererseits damit aber auch das Triggern einer Stressphysiologie verhindern, die sich ansonsten von Mal zu Mal tiefer bahnt (*van der Kolk* 1994). Durch das Erleben, Einüben und Umwerten von Situationen, wie sie das gemeinsame Tun in Gesprächs- und Erzählgruppen, aber auch in bewegungs- und sportherapeutischen Gruppen bietet, können so Neukonditionierungen der Amygdala möglich werden, indem Situationsbewertungen als „nicht mehr gefährlich/kontrollierbar“ eingestuft werden (*Canli et al.* 2000) und über Wirkungen von GABA (Gamma-Aminobuttersäure) Hyperarousalreaktionen eingedämmt werden (vgl. den tierphysiologischen Befund von *Wilensky et al.* 2000). Das kann aber nur gelingen, wenn ein sehr hohes Maß von Sicherheit durch den/die Therapeuten und die Therapiegruppe vorhanden ist und dann durch ein narratives und spielerisches Klima, durch „korrigierende *alternative* Erfahrungen“ (*Petzold* 2003a, 695f) andere Konnotationen gegeben sind.

Die „bimodale“ Verbindung von *narrativer Therapie* (*McLeod* 1997; *Pennebaker* 1993; *Petzold* 2003g), *sporttherapeutischen Angeboten* und *Netzwerkinterventionen* bietet hier hervorragende Möglichkeiten (*Petzold, Josić, Petzold* 2003). Das hypersensitivierte „**Amygdala-Screening**“ von Situationen kann sich ggf. so normalisieren. In ganz ähnlicher Weise muß der Hippocampus als *Situationsgedächtnis* Neues lernen. *Akil et al.* (1999) haben argumentiert, dass der Hippocampus eine „**Komparator-Funktion**“ wahrnimmt: Es werden aktuelle Situationen mit vorgängigen verglichen, indem der Hippocampus mit seinen Cortisolrezeptoren den Cortisolspiegel im Blut bzw. Gehirn anmißt und in der Bewertung des vorfindlichen Status ggf. dämpfend reagiert, indem er über das interneuronale „Informationsnetz“ den Hypothalamus und dessen GABA-Produktion anregt, die die Ausschüttung von CRH bremst und damit den Cortisolspiegel im Blut herabsenkt.

Eine solche „Umprogrammierung“ darf man sich nicht einfach vorstellen, denn Stressantworten von Menschen sind höchst individualisiert und die „Eingrabungen“ ins Stressgedächtnis sind tief und nachhaltig, sollen sie doch das Lebewesen vor erneuten Gefahrensituationen bewahren. Nur über den Weg eines kontinuierlichen und ausdauernden „Uebens“ – in der Integrativen Therapie sprechen wir hier von der „übungsorientierten Modalität“ (*Petzold* 1988n/1996a, 45, 254; 2003a, 907ff) und preisen den Wert der „Uebung“ (*Höhmman-Kost, Siegele* 2004) – können wirklich tiefgreifende Veränderungen bis auf das physiologische und neuroanatomische Niveau erreicht werden.

Eine solche Konzeption oder ähnliche, wie die „Zwei-Wege-Theorie“ von *LeDoux* (1994, 1996) oder die des „Zentralen Adaptationssyndroms“ von *Hüther* (1996, 1999), bietet für eine integrierende Berachtungsweise eine gute Basis und für die Methode der „Integrativen und Differentiellen Regulation in der Traumabehandlung“ (**IDR-T**), eine solide, offenbar risikoarme Handlungsheuristik. Für die *stressphysiologische* und *stresspsychologische* Konzeption – beides muß in der Psychotherapie hinlänglich konsistent verbunden werden, und da sind noch viele offene Fragen – ist wichtig, ob die *Wahrnehmung* einer Reizkonstellation, die als *bedrohlich* eingestuft wird, als „kontrollierbar“ oder „unkontrollierbar“ gewertet wird: einerseits durch den *präfrontalen Cortex*, *assoziative Cortexareale*, ich spreche hier von *kognitiver Einschätzung*, von „*appraisal*“, andererseits durch das *limbische System*, ich spreche hier von *emotionaler Bewertung*, von „*valuation*“. Für diese spielen die Mandelkerne, die eine Art „Event-Markierung“ mit basalen affektiven Qualitäten vornehmen und entsprechende physiologische Reaktion in Gang setzen, eine besondere Rolle (*van der Mei, Petzold, Bosscher* 1997; *Petzold* 2003a, 432, 546, s. u) nämlich für die weitere Verarbeitung der Stressinformation und weitere Stimulierung der **HPA-Achse**⁶. Das im Rahmen der als „kontrollierbar“ klassifizierten Aktivierungsreaktion ausgeschüttete NA und GH begünstigt den strukturellen Um- und Ausbau von neuronalen und synaptischen Verschaltungen im Sinne einer Bahnung und Stabilisierung all jener Verschaltungen, die zur Bewältigung der betreffenden Herausforderung aktiviert und benutzt werden können. Greifen diese erworbenen Strategien nicht mehr, wird die Situation „unkontrollierbar“, kommt es zu einer langanhaltenden, schweren neuroendokrinen Stressreaktion, die mit Uebererregbarkeit (*hyperarousal*), psychisch mit emotionalen „*Turbulenzen*“, Stress- und Ueberforderungsgefühlen (vgl. meine Krisentheorie, *Petzold* 1993g) und/oder mit Hilflosigkeit, Resignation, Vermeidung (*avoidance*), Abstumpfung, Apathie (*numbing*) einhergeht (*Traue, Schwarz-Langer, Gurriss* 1997; *Hüther* 2001). Die Dysregulation des endogenen Opiathaushalts (*van der Kolk*

⁶ Hypothalamus (CRH, ACTH, Vasopressin), Hypophyse (ACTH, GH, TSH, β -Endorphin), Nebenniere (Cortisol, Noradrenalin, Adrenalin).

1989) kann überdies sozialen Rückzug begünstigen (*Panksepp et al. 1989*), die Fehlsteuerung des Cortisolsystems kann vielfältiges, als pathologisch oder problematisch attribuiertes Sozialverhalten bedingen (*Hüther 2001, 85*).

Die entgleiste „stress physiology“ destabilisiert durch ihre neurotoxischen Effekte, u.a. durch dysregulierte Cortisolausschüttung (Hyperstress < Cortisolübersteuerung; chronifizierter traumatischer Stress > Cortisoluntersteuerung) die im Gehirn bereits etablierten neuronalen Verschaltungen und kann zum Zerfall der bisherigen gebahnten Copingmuster führen (vgl. *Hüther 1996, 1999; Yehuda 1997; Gottlieb 1997; Griffin et al. 1997; Teicher et al. 1997*). Das kann durchaus neues Lernen von Mustern ermöglichen, die die unkontrollierte Stresssituation wieder kontrollierbar machen, die Aktivierung der HPA-Achse unterbinden bzw. eindämmen, wobei die gefundenen emotionalen und behavioralen „Lösungen“ für die normativen sozialen Bewertungen einer Gruppe, Gemeinschaft, Gesellschaft durchaus als „seltsam, nonkonform, exzentrisch-überspannt, verrückt“ usw. erscheinen können. Was aber für den Betroffenen zählt, sind die subjektiven organismischen Bewertungen (marking, valuation, appraisal) im Bezug auf eine erfolgreiche Kontrollierbarkeit. Dabei spielen die phylogenetisch (und auch ontogenetisch) „alten“ Regionen des limbischen System (cingulärer Cortex, Hippokampus, Hypothalamus, Amygdala) die entscheidende Rolle - allerdings in ihrer Verbindung mit Strukturen im Hirnstamm, im Striatum, mit paralimbischen und neokortikalen Arealen. Die hochkomplexe Verschaltung auf der **neurophysiologischen Ebene** entspricht der Komplexität der bewußten und unbewußten/vorbewußten affektiven/emotionalen, motivationalen, volitiven und kognitiven Prozesse auf der **psychologischen Ebene**, die es aufgrund äußerer Einflüsse und innerer Resonanzen auf diese inneren Zustände und ihre Rückwirkung ins Außenfeld zu regulieren gilt. Die Aktivierung und Abstimmung „lokaler“ und „weitreichender“ Prozesse in den Netzwerken des ZNS mit ihren Projektionen von unterschiedlicher Reichweite, den von ihnen eingesetzten Botenstoffen (Catecholamine, Serotonin, Azetylcholin, Peptide, Histidin) wird erst allmählich verstanden (vgl. *Spoont 1992, Jacobs, Azmitia 1992; Mesulam 1990*; für das noradrenerge System *Cole, Robins 1992*). Ihre Funktion ist u.a. „Lernen“ auf einem physiologischen und psychologischen Niveau (*Spitzer 2002*) und „Regulation“ zur Sicherung des Lebens/Überlebens. Beides ist miteinander verbunden, evolutionär „alt“ und erfordert die Regulation von Stabilität/Stabilisierung und Flexibilität/Flexibilisierung. Das Gehirn und damit der Mensch haben eine *experience-dependent plasticity*, d.h. „komplexe Lernfähigkeit“ (*Sieper, Petzold 2002*), die auf der individuellen wie auf der kollektiven Seite unser Überleben sicherte. Die damit verbundenen emotionalen Systeme von Angst/Stress (*Hüther 1997*), Aggression/Stress (*Maes, Coccaro 1998; Bloem, Moget, Petzold 2004*) und ihre Interaktion gilt es für die Bewältigung von Hyperstresssituationen (Kampfstress, Fluchtstress, Täterstress, Opferstress) zu verstehen, um zu einer optimalen therapeutischen Beeinflussung ihrer funktionalen und dysfunktionalen Lernergebnisse zu kommen in einer Kombination von *medikamentösen* (z.B. Verabreichung von Betablockern zur „down regulation“), *psychotherapeutischen* (z.B. „talk down“ bzw. supportiven Gesprächen) und *sozialtherapeutischen* Strategien (z. B. durch Lebenshilfe oder Netzwerktherapie). Und natürlich wird es darum gehen, die Versuche einer solchen, komplexen therapeutischen Beeinflussung in ihren Wirkungen/Nebenwirkungen und deren Nachhaltigkeit zu evaluieren. Eine sehr schwierige Aufgabe! Hier sind wir erst auf dem Wege, halbwegs gesichertes Wissen zu gewinnen, besonders was „belastende Wirkungen“ in einem *longitudinal* betrachteten *psychobiologischen Entwicklungsprozess* bedeuten, in einer Sicht der „*clinical lifespan developmental psychobiology*“.

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

Die Folgen von Hyperstress, besonders solcher, der als „unkontrollierbar“ eingestuft wurde, sind erhöhte Reagibilität (*Orr et al. 1997*) für traumarelevante oder traumaähnliche Reize. Durch die dauerhafte Noradrenalinübersteuerung steigen bei Auslösereizen – so auch bei Expositionen bzw. Event-Konfrontationen - Herzrate, Blutdruck und subjektives Stresserleben an (*McFall et al 1990*).

Ob die *Habituation* durch therapeutische Expositionen (z.B. im Forschungskontext eines klinischen Labors) an stereotyp dargebotene Traumaskripts - sie werden dem Patienten nach seiner Originalphrasierung vorgelesen - und eine damit einhergehende Senkung der Herzrate (Sack et al. 2003) auch eine Veränderung anderer physiologischer Reaktionen im neurohumoralen Bereich zur Folge hat (z.B. auf die Cortisolsteuerung, die Zahl der Glucorticoidrezeptoren etc.) wissen wir nicht. Wir wissen auch nicht, ob sich die moderierende Wirkung auf die Traumascript-Exposition, auf andere Triggersituationen generalisiert. Es ist eher *nicht* zu erwarten, denn physiologisches Lernen ist in der Regel höchst spezifisch. Ohne die empirische Überprüfung dieser Fragestellungen können Untersuchungsergebnisse leicht „überdehnt“ werden. Sie können auch nicht, wie oft versucht, durch phänomenologische „klinische Beobachtungen“ und „Erfahrungen“ validiert werden, denn die Ebene der Neuromodulatoren ist dem „klinischen Blick“ auf offenes Verhalten nicht zugänglich (ansonsten riskiert man Kategorien- bzw. Ebenenfehler). Unser derzeitiges Wissen über Hyperstress, über die *Bahnung* von Hyperreagibilität (*sensitization, kindling*) auf der neuronalen und humoralen Ebene, Bahnungen in der Interaktion der verschiedenen Hirnzentren, der Regulation der verschiedenen Neuromodulatoren und Transmitteraktivitäten und der damit verbundenen Genregulation legt es nahe, extreme Belastungen, Überlastungen und die damit verbundenen Übersteuerungen zu vermeiden: um nicht schon vorhandene Vulnerabilität weiter zu belasten, vorgängige Sensitivierungen zu (re)aktivieren oder gegenwärtige „stressful life events“ in ihrer Wirkung zu verstärken.

Auf eine solche Ausrichtung verweisen auch entwicklungspsychobiologische Forschungsbefunde, die zeigen, dass schwere Belastungen bzw. Traumatisierungen in der Kindheit (ich möchte hinzufügen: auch im Jugendalter wegen seiner aufgrund psychobiologischer und sozialer Umstrukturierungen erhöhten Vulnerabilität) zu einer Sensitivierung des HPA-Systems führen können (Heim et al. 1999; Hüther 1998). Aber Vorsicht! Keine voreiligen Pathologisierungen im Sinne der Folgerung „Frühe Schäden, späte Folgen!“ (Petzold 1993c). Die Untersuchungspopulationen sind zu klein und nicht breit genug *logitudinal* begleitet worden, d.h. wir wissen nicht, wie viele der Betroffenen unter welchen Umständen in welchen Kontinuitäten welche Pathologien oder effektive Lebenskompetenzen/permanzen und Resilienzen ausgebildet haben, ob sie sich in einem „continuum of casualties“ in „labeled environments“ oder in einem „continuum of caretaking“ in „safe environments“ mit vielen protektiven, resilienzfördernden Faktoren befanden (Petzold, Goffin, Oudhof 1993; Müller, Petzold 2003; Petzold, Müller 2004; Rolf et al. 1990). Die festgestellten Sensitivierungen dienen unter evolutionsbiologischer Perspektive höchst funktional der *Gefahrensicherung* und führen nicht zwingend zu Störungen mit Krankheitswert, ja eine erhöhte Furchtsensitivität darf nicht ohne weiteres als „pathologisch“ betrachtet werden. Eine derartige Schlußfolgerung geben die Arbeiten etwa der Gruppen um Nemeroff und Hüther nicht her und sie sollte deshalb auch nicht gezogen werden. Die Betroffenen werden durch Sensitivierung einerseits besser für die Gefahrenidentifizierung und Gefahrenvermeidung ausgestattet (auch ihr spezifisches, bewältigungsunterstützendes, weil leicht zu triggerndes Erinnerungsvermögen für solche gefährlichen Situationen), andererseits sind sie auch für erneute Belastungen durch traumatischen Stress, Hyperstress in „unkontrollierbaren“ Situationen sensitiviert (ggf. auch Stress auf Grund von Debriefings in post-event situations oder Expositionen im klinischen Rahmen, wobei man die Patientenbewertung von Krankenhausituationen als „stressfull) nicht unterschätzen darf, denn für sie sind Krankenhaussettings oft genug keine kontrollierbaren „safe environments“; hier neigen Therapeuten häufig zu Attributionsfehlern).

Im Versuch einer Klassifizierung haben wir „**Typ-A-Probleme**“ im Sinne kontrollierbarer/bewältigbarer „Entwicklungs-Aufgaben“ und „Herausforderungen“ (*challenge*), die lösbar und bewältigbar sind und bei erfolgreicher Bewältigung (*coping*) oder Neugestaltung (*creating*) von Challenge-Situationen funktionale Bahnungen stabilisieren, unterschieden von „**Typ-B-Problemen**“, im Sinne von unkontrollierbaren/katastrophenhaften Belastungen, die ohne Hilfe von außen und Ressourcenzufuhr nicht zu bewältigen sind und deshalb potentiell pathophysiologische und psychologisch dysfunktionale Folgen haben können (zumindest von Außenbetrachtern oft in dieser Weise bewertet): die Destabilisierung von synaptischen Verbindungen und neuronalen Netzwerken, was die Veränderung von Wahrnehmungs-Handlungs-Routinen bis hin zur Gefährdung von persönlichen Sinnsystemen, die sich (scheinbar oder real) als lösungsuntauglich erwiesen, zur Folge haben kann (Petzold 2001k, 2003b, vgl. Hüther 2001, 82). Eine Diagnostik der Stressreaktionen, der damit verbundenen Glucorticoid-Spiegel, des noradrenergen Systems (Tsunda, Tananka 1985) und anderer relevanter Parameter, auch auf der Verhaltensebene (Smith et al 1995; Wimersma, Rigter 1989), wird erforderlich, um ein adäquates Bild zu erhalten und die richtigen Maßnahmen zu treffen: etwa der flankierenden Absicherung solcher Sensitivierungen durch „protektive Faktoren“ oder

durch „alternative Erfahrungen“, in denen erlernt werden kann – bis in die neurophysiologische Ebene –, dass bislang als „unkontrollierbar“ eingeschätzte Situationen doch „kontrollierbar“ sind. Auch Arbeit an „Umwertungen“ auf der Ebene der *emotionalen Bewertung* (limbische „*valuation*“), der *kognitiven Einschätzung* (präfrontales „*appraisal*“), bis zur Ebene der physiologischen Neukonditionierung wird erforderlich (amygdaloides „*marking*“). Ereignisse werden von den Amygdalae anders „markiert“ als durch Hyperarousal, d.h. durch vermehrte noradrenerge Ausschüttung, womit sich auch andere Folgen im physiologischen Gesamtsystem ergeben, etwa zum HPA-System hin.

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

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

5. Der regulations- und entspannungstherapeutische Ansatz der IDR

Die Konsequenz der bisher dargestellten Sicht muß sein: „to device strategies to reduce or prevent neuronal damage“ (McEwen, Margarinos 1997, 280). Und hier steht man noch ziemlich am Anfang. Und wenn „repeated severe stressors appear to be associated with more pernicious forms of the illness“ (Post et al. 1997, 285), so muß alles getan werden, um eine Sensitivierung (*kindling*) zu vermeiden, sondern im Gegenteil Sicherheit, „assertiveness“ und „persönliche Souveränität“ – also komplexe Qualitäten des Selbsterlebens und der Verhaltensperformanz (Petzold, Engemann, Zachert 2003) aufzubauen. Ob Expositionen das leisten, ist unklar, denn sie greifen recht eng und bieten eine Wiederholung, wie wir sie viele Patienten auch durch Intrusionen, z.B. in Alpträumen und Ruminationen, erleben. Deshalb wollen wir als integrative Traumatherapeuten – wie die Ausführungen dieser Arbeit hinlänglich deutlich gemacht haben dürften – nicht das Risiko eingehen, durch intensive oder „prolongierte Expositionen“ in Therapien (Foa 1997; Foa et al. 1997; Ehlers 1999; Shapiro 1995) eventuell zu retraumatisieren und eine „*kindling response*“ auszulösen. Es ist auch an andere unerwünschte Effekte etwa der Abstumpfung, Vergleichgültigung, ja Verrohung zu denken. Unsere PatientInnen sollen sich nicht an Traumatisches „gewöhnen“ müssen. Wir haben immer wieder festgestellt: Selbst schon bei „indirekter Exposition“ (wenn man z.B. von Traumatischem, von der schlimmen Zeit spricht etc.) oder bei der von mir und meinen Mitarbeiterinnen neben dem Ansatz „*expositionsfreier Traumabehandlung*“ entwickelten Strategie und Praxis „*moderater Exposition*“ ergeben sich durchaus Be- bzw. Ueberlastungsrisiken! Die Entwicklung einer solchen „moderaten“ Praxis war notwendig geworden, weil manche Patienten auf einer Vergegenwärtigung traumatischer Erinnerung bestehen, wobei wir die Kontraindikation einer „trauma addiction“ im Sinne der zwanghaften Wiederholung von Traumaerinnerungen prüfen (van der Kolk et al. 1985). Manche Patienten *wollen* die traumatische Situation „bearbeiten“, zumeist angeregt durch popularisierte Informationen zur Traumabehandlung. Bei „moderater Exposition“ werden Erinnerungen mit Körperresonanzen und ggf. Bildern (allerdings möglichst ohne große Vertiefung) aufgerufen, um „*aktivierte Strukturen*“ (vgl. Petzold, Wolf et al. 2000, 505ff) zu erhalten. Man „inszeniert“ gleichsam eine traumatoforme psychophysiologische Situation, indem man sie aus dem „Leibgedächtnis“, dem „informierten Leib“ (Petzold 2002j) abrufft. Hier nun sollen „*korrigierende psychophysiologische Erfahrungen*“ – das Konzept von F. Alexander erweiternd – eingebracht werden. In praxi wird das in den integrativen Entspannungsverfahren, z.B. der IDR, seit fast dreißig Jahren (Berger 1971; Petzold 1970c) therapeutisch umgesetzt durch das *relaxierende Strecken und Dehnen in einem Zustand psychophysiologischer Angeregtheit bzw. emotionaler Berührtheit*. Die von Post (et al. 1992, 1997) und Mitarbeitern (Weiss et al. 1995, 1997) vorgelegten Forschungen und Modellvorstellungen über neurophysiologische Anregung bzw. Sensitivierung (*kindling*) cerebraler Areale, z.B. der Amygdala, und „*kindled memory traces*“ und über Tierversuche, in denen *quenching effects*, d.h. eine Löschung oder Unterdrückung des *amygdala kindlings* erreicht werden konnten, also die Verhinderung des Sensitivierungsvorgangs, legen nahe, in diese Richtung auch bei der Entwicklung von Therapieformen zu gehen.

Für ein solches Vorgehen gibt es starke Argumente:

- die genetisch disponierte *Affektibilität*, d.h. der Prozeß „emotionaler Ansteckung“, die ggf. durch Spiegelneuronen unterstützten Synchronisierungstendenzen des Organismus (Petzold 2002j) und die mitmenschlichen Zuwendungspotentiale. Sie ermöglichen, dass *Tröstung* zu *Trost* und dass *Beruhigung* auch zu *Ruhe* führen. Dieses Prinzip steht im Hintergrund der *spezifischen* traumatherapeutischen Arbeit in der Integrativen Therapie.

Als spezifische Methode der Traumabehandlung wurde im Rahmen der Integrativen Therapie (Petzold 2003a) auf dem Boden psycho- und neuromotorischer Erkenntnisse die „Integrative und Differentielle Relaxation“ (IDR) – auch „Iso-Dynamische Regulation“ (IDR) genannt, im traumaspezifischen Format **IDR-T** (Petzold 1985f, 2000f) entwickelt - eine Alternative zu konfrontativen Expositionsbehandlungen. Es sind in der Regel „*low-level stimulations*“, „*sanfte Stimulierungen* von Seiten des Therapeuten, die zu einem sanften Umgang mit sich selbst führen sollen“ (Petzold 1970c, 38). All diese Maßnahmen haben das Ziel „*einer ‚lockeren‘ Spannung, die weder Erschlaffung noch Verspanntheit beinhaltet, sondern eine wache, energiegelbe Gelöstheit darstellt*“ (idem 1974k, 341). Für die Therapie des Traumageschehens und der PTSD mit ihren Aus- und Nachwirkungen wurde der Ansatz in einem störungsspezifischen *Traumaformat* ausgearbeitet, wobei *kulturspezifische Zupassungen* unbedingt *notwendig* sind (Petzold, Josić, Erhardt 2003). Traumabehandlungen sollten nie

nur auf eine „Methode“ oder „Methodenkombination“ (Butollo et al. 1999) abstellen, sondern als eine Gesamtkonzeption der Hilfeleistung entwickelt werden, in der vielfältige Maßnahmen situations- und indikationsspezifisch verbunden werden: z. B. leibtherapeutische, narrative und kreativtherapeutische, sinn- und wertorientierte Interventionen (idem 1999k, q, 2001b), soziotherapeutische, familien- und netzwerktherapeutische Maßnahmen (Petzold 1999q, 2001b, 2001m, Hass, Petzold 1999). Leib-/Körpertherapie, Psycho- und Neuromotorik allein können ein schweres bzw. komplexes PTSD genauso wenig erfolgreich behandeln wie ausschließlich psychotherapeutische Maßnahmen. So müssen die nachstehend beschriebenen regulations- und entspannungsmethodischen Ansätze immer als eingebettet in einen *differenzierten therapeutischen Gesamtrahmen* gesehen werden (Petzold, Josić, Erhardt 2004) und als „zwischenleibliches“ Geschehen, eine Arbeit in intersubjektiver Bezogenheit, in „Berührung aus Berührtheit“ (Petzold 1970c, 17, vgl. Eisler 1991), die zugleich eine klare klinische Orientierung hat.

„**Interkorporale Informationsvermittlung**“ (Petzold, 2002j) kommt in allen Interventionen zum Tragen. Sie wurde für die Integrative Therapie als Konzept durch das Studium der von *Pierre Janet* inspirierten und von *Henry Wallon* begründeten „*psychomotricité*“ prägnant und durch das Modell des „*dialogue tonique*“, des Tonusdialogs zwischen Mutter und Kind von *Julian de Ajuriaguerra* (1962) sowie durch die Phänomene, die wir in unseren Untersuchungen zu „gazing dialogues“, „vocal tennis“ etc. der frühen Kommunikationsmuster in der „infant-caregiver“ Interaktion fanden, unterstützt (Petzold, van Beek, van der Hoek 1994j). Es ist wesentlich zu beachten, daß Säuglinge sich schon sehr früh auf verschiedene „caregiver“ spezifisch einstellen können. Auch der Vater und andere Pflegepersonen treten mit dem Säugling in motorische Interaktionen, „*Dialoge/Polyloge der Zwischenleiblichkeit*“ ein, deshalb ist es sinnvoll, vom „*polylogue tonique*“ zu sprechen, besonders wenn Mutter, Vater, Säugling gff. Geschwister usw. (Lamb 1976) miteinander spielen und schmusen. Eine einseitige Zentrierung auf die „Mutter-Kind-Dyade“ ist nicht angemessen, denn es ist anzunehmen, daß die multiplen nonverbal/verbalen Interaktionen und Kommunikationen mit mehreren Bezugspersonen, die ja de facto von frühester Kindheit an stattfinden, ein wichtiges Entwicklungsangebot für das Kind ist, mit mehreren Menschen in Beziehung treten zu können. Heute wird das Interaktionsgeschehen noch durch die Entdeckung von der „Spielgelneuronen“ (Rizzolatti et al. 1996; Gallese 2001; Stamenov, Gallese 2002) gestützt, die eine gute neurowissenschaftliche Basis für die Erklärung des „*Imitationslernens*“ (A. Bandura) und der motorischen und mentalen (d.h. kognitiven, emotionalen, volitiven) „*komplexen Synchronisationsleistungen*“ des „informierten Leibes“ bieten (vgl. Petzold 2002j). Entspannung oder psychophysiologische Regulation als beziehungstherapeutische Behandlungsangebote werden von diesen Prinzipien aus der *Psycho- und Neuromotorik* maßgeblich bestimmt und liegen auch unserer Entspannungsmethodik zugrunde. Das gilt es im Blick zu behalten.

Unter der Vielzahl der entspannungstherapeutischen Methoden (Poppen 1998; Stockvis, Wiesenhütter 1979; Vaitl, Petermann 1993) lassen sich große *Orientierungen* ausmachen, deren Erkenntnisse wir zum Teil für den Integrativen Ansatz der Spannungsregulation nutzen.

In der **IDR** gehen wir grundsätzlich zu Anfang „bottom up“ vor, da viele Menschen mental „nicht abschalten“ können. Wir zentrieren auf *atemgestütztes Stretching* der Antagonisten (Petzold 1974k; Carlson, Curan 1994; Osterbrink 1998) und „*soft activation*“ der Agonisten, wiederum begleitet von Atemtechniken - *Relaxatmung*: ein tiefes Ausatmen durch den Mund, die Spitzen der gespreizten Finger in Brusthöhe leicht gegeneinander gedrückt, danach tiefe Einatmung, Zunge gegen den Gaumen gestellt (Middendorf 1984) oder *Mikrostretching*: Recken des Nackens bei leichter Rechts-Linksrotation des Kopfes, langsames Spreizen der Hände, langsamen Reiben der Hände etc. Das sind Techniken, die man üben und unmittelbar in Belastungssituationen einsetzen kann. Unterstützend können noch entspannende Phantasiebilder (z.B. entspannende Landschaft, spielende Kinder), die im Sinne des „Mentalen Trainings“ (Boschker 2001; Boschker et al. 2000) mit dem Patienten erarbeitet wurden, aufgerufen werden und zwar *mit offenen Augen*, um Kontrollverlust und hypnoiden Effekten mit Konfluenz- und Intrusionsrisiken vorzubeugen. Dieser „*positive recall*“ wird auf die begleitenden Leibempfindungen ausgedehnt. Menschen lernen so, angenehme „Leibatmosphären“ (Schmitz 1989) und Entspannungszustände zu evozieren. Kurzwirkende Evokationstechniken (Mikrostretching, Quick-Relax) werden für den Alltag eingeübt (z.B. Handspreizen, Recken, Gähnen mit Entspannungslandschaft oder positiven Bildern als „Mentalclips“). Das „angenehme Klima“, dass der Therapeut/die Therapeutin in der Behandlungsstunde aufbaut, ist dabei eine wichtige Voraussetzung. Er muß ein aktual erlebbarer, positiver und *entspannter* Beistand und Begleiter sein,

um ggf. als ein „innerer Beistand“ (Petzold 1985I) internalisiert werden zu können. Da emotionale Atmosphären „ansteckend“ sind, ist hier ein wichtiges Moment zu sehen, denn Entspannung zentriert in der **IDR** in der „emotionalen Lage“, in Gefühlen des Wohlbefindens an Stelle von „Ueberforderungsgefühlen“ (Petzold 1992b, 833/2003a, 637f). Eine *Haltung des Wohlfühlens* wird erarbeitet und mit „recalls“ verbunden. Sie wird mit positiven Erinnerungen gleichsam „aufgeladen“ und muß vom Patienten leicht „abrufbar“ sein (ähnlich wie bei der Ablationshypnose, vgl. Klumbies, Kleinsorge 1959). Das kann in zwei bis drei Sitzungen erreicht werden. Eine psychophysiologische Basisumstellung ist damit natürlich nicht erreicht! Ein solches „rebalancing“ bedarf (ähnlich wie bei der Progressiven Relaxation, Hamm 1992) wochen-, ja monatelanger regelmäßiger Uebung des **IDR** und ist dann für den Kliniker ohne großes physiologisches Assessment hinlänglich objektivierbar durch die über den Behandlungsverlauf beobachtbare Veränderung des Tonus in den großen Muskelgruppen, der Verkürzung des Erholungsverhaltens nach Lauf- oder Ergometerbelastung, insgesamt die Absenkung des Ruhepulses. Für *Grundumstellungen* des Muskeltonus machen allein die in der Regel vorfindlichen Verkürzungen der Myofaszie bei chronisch verspannten Menschen langwierige Dehnarbeit notwendig. In der Kombination von IDR und Lauftraining (Schay, Petzold et al. 2004; van der Mei, Petzold, Bosscher 1997) als mittelfristige therapeutische Maßnahme, die auf eine Integration von Entspannungs- und Ausdauertraining (Laufen, Schwimmen usw. oder – höchst effektiv – Tae Bo oder Budo-Konditionstraining, (Petzold, Bloem, Moget 2004; Bloem, Moget, Petzold 2004) in den *Lebensalltag* abzielen, können solche grundsätzlichen Umstellungen erreicht werden. Dabei ist das Grundprinzip *moderaten Uebens* als *low-level stimulation* zu beachten, weil Ueberlastung beim Lauftraining mit PTSD-PatientInnen immunsuppressiv wirken kann und ein erhöhter Aktivitätslevel die Ausschüttung von peripheren Noradrenalin anregt (McGaugh 1995), was als potentiell die Traumaphysiologie verstärkend, nicht erwünscht ist. Eine spezifische Praxis ist also angesagt (van der Mei, Petzold, Bosscher 1997; Schay, Petzold et al. 2004). Durch die Annahme eines *bewegungsaktiven, spannungssensiblen Lebensstils* wird es Menschen ermöglicht, zwischen den Polen einer *hohen Anspannung (high stress)* - wie bei Arbeitsanforderungen oft unumgänglich und prinzipiell auch nicht schädlich - und einer *tiefen Entspannung* eine *ausgewogene Selbststeuerung* bzw. *Selbstregulationskompetenz* zu erlangen, ein *isodynamisches* Schwingen zwischen einer guten Spannung und Entspannung (*optimal regulation*), die genügend Toleranz für Spitzen hat. Oft wird mit dem **IDR** noch ein emotionales Training im Sinne thymopraktischer⁷ „emotionaler Differenzierungsarbeit“ vorgenommen (Petzold 1970c/1992a, 841-854), indem Körperzustände mit ihren korrespondierenden Affekten differentiell modelliert werden (*emotional modeling*), ein Ansatz, der inzwischen durch psychophysiologische Modellbildung und Forschung gute Unterstützung erfährt (Traue 1998) und die biologischen und kognitiven Selbstregulationstheorien (Boekaerts et al. 1999) konnektiviert.

⁷ *Thymopraktik* ist eine körpertherapeutische Methode mit Interventionen direkter therapeutische Körperberührung in der Integrativen Therapie (Petzold 1970c, 1975e, 1977a, 1992b etc.). Sie will den „thymos“, die leiblich-affektiven Regungen beeinflussen.

6. Das Traumaformat (IDR-T) der „Integrativen und Differentiellen Relaxation“

Für das IDR-T, die Behandlung im traumtherapeutischen Kontext (*Josić, Petzold 1995*) wird der Patient über das Verfahren, sein Rational, seine Wirkungen und eventuellen Nebenwirkungen informiert und seine Zustimmung (*informed consent*) eingeholt. Zentriert wird auf das Erlernen von Entspannung und Regulationsmöglichkeiten, um mit *PTSD*-Symptomatik besser umgehen zu können und im Lebensalltag Bewältigungshilfen zu erhalten. Um traumatische Erfahrungen bearbeiten zu können, ist zunächst nur die Evokation eines Zustandes der Entspannung und des Wohlfühls wesentlich (was für die Langzeitpraxis von **IDR** durchaus motiviert). Hierzu verwenden wir *emoting* durch „facial-postural feedback“. Wir fordern den Patienten auf, „Mimik aufzusetzen“ und die zugehörigen Haltungen einzunehmen, das entsprechende Atemmuster einzustellen (*Petzold 1970c, 1992b, 844*) und die damit verbundene Stimmung aufkommen zu lassen (*bottom up, Bloch, Le-maignan 1992*), eine Prozedur, deren Wirksamkeit empirisch gut belegt ist (*Döring-Seipel 1998*) und, wie aufgezeigt, etwa für die stoische Therapeutik belegt ist (siehe oben 2.2). Gut eignen sich z. B. ein *Freundlichkeitsemoting*, *Gelassenheitsemoting* und *Neugieremoting*. Diese aktivieren drei emotionale Lagen, die besonders eingeübt und beherrscht werden müssen, um als Gegensteuerung (*counterbalancing*) eingesetzt werden zu können.

Das **IDR-T** hat zwei Kernelemente: I. *Supportive low-level Stimulierung (SLS)* und II. *Emotionale Modellierung (EM)*

I. *Supportive low-level Stimulierung und Holding-Training*

In der Traumatherapie hat die Unterstützung von Patientinnen durch supportive Berührungen (*bodily support*) eine große Bedeutung, handelt es sich hier doch um transkulturell vorfindliche, natürliche Muster der Hilfeleistung, die allerdings *kulturspezifisch* ausgeprägt sind, was z.T. in der Arbeit mit muslimischen Familien aus sehr traditionellen Kontexten fast unüberwindliche Akzeptanzgrenzen aufrichten kann, die man nicht zu überschreiten trachten sollte, da sonst mit Negativeffekten zu rechnen ist (*Bracken, Petty 1998; Moser, Neyfelder, Verwey 2001*). Es ist aber möglich, in der Behandlung von Frauen, ihre Schwestern, Freundinnen u.a. *stabile* weibliche Angehörige als „Hilflich“ (*Moreno 1959*) einzusetzen, weil ja natürliche Gesten des Trostes und der Unterstützung verwendet werden, gemeinsame Prozesse der Klage und Trauer in ihren kulturspezifischen Ausprägungen genutzt werden können, wie ich sie für den Bereich ost- und südslawischer Klagen untersucht habe (*Petzold 1970II, 1982f*).

Interventionen sind: „*Stützberührung*“ an der Schulter („Halt geben“), „*Streichberührung*“ am Rücken im oberen Kreuz (den „Rücken stärken“), „*Handberührung*“ („an die Hand nehmen“, „sicher führen“), „*Halteberührung*“ („Festhalten“ und „Bergen“). Den PatientInnen (und eventuell mitwirkenden Angehörigen) wird das Berühren erklärt. Ihr Einverständnis (*informed consent*) wird eingeholt. Dann wird sanfte oder kräftige Schulterberührung gezeigt und in der Regel von den PatientInnen gut angenommen. Kontraindikationen für dieses Vorgehen bei bestimmten Folter- oder Mißbrauchsoffern werden in explorativen Gesprächen und in der Diagnostik deutlich und müssen strikt beachtet werden (*patient security*).

Wie oben ausgeführt: Bei den Berührungen und Gesten des Trostes und der Stütze, beim Streicheln, Anklammern und Halten, liegen offenbar evolutionäre alte (auch bei anderen Primaten zu findende) Muster vor, deren *kulturspezifische Ausprägungen* – das ist von zentraler Wichtigkeit für Akzeptanz und Wirkung - wir gezielt nutzen, um Beruhigungs- und Quenchingeffekte zu erreichen. Mütter/Caregiver regulieren den Tonus ihrer Säuglinge und Kinder durch beruhigende Tonusdialoge bzw. Tonuspolyloge, wenn mehrere Interaktionspartner involviert sind (*dialogue tonique, Ajuriaguerra 1962; Papoušek, Papoušek 1992; Petzold et al. 1994*). Der Mororeflex ist ein alter Klammerreflex, worauf schon der ungarische Analytiker und *Ferenczi*-Schule *Imre Hermann* (1936, 1972) aufmerksam gemacht hat. Wir praktizieren das „*holding*“, wo es angenommen und gewünscht wird, leiblich-konkret (im Unterschied zur metaphorisch gebrauchten „*holding function*“ in der Tradition *Winnicotts*) seit bald dreißig Jahren als differentielle Parenting-Strategie (vgl. *Petzold, Orth 1999a*,

137ff, 998ff mit kritischen Spezifizierungen; *Petzold, van Beek, van der Hoek* 1994) mit großem Gewinn. Im traumatherapeutischen Kontext erscheint es uns als *Möglichkeit* wesentlich, damit nicht wieder Betroffene in höchster Not – und die kann bei Flashbacks oder Expositionen eintreten – allein gelassen werden ohne bergenden konkret-leiblich erlebten Schutz. Aus unseren jüngsten Beobachtungen in Serbien und Erfahrungen unserer jugoslawischer Kolleginnen bei den Bombardierungen Belgrads hat das wechselseitige Anklammern und Halten (besonders, wenn ein Partner nicht-panisch und stabil ist) einen äußerst beruhigenden und offenbar *PTSD*-präventiven Effekt. Nach solchen Extrembelastungen führt „Halten“ zu Entspannung.

Ist das Holding-Training – wo es mit Blick auf eventuelle Arbeit mit „moderaten Expositionen“ indiziert war – durchgeführt worden und konnte im **IDR** Entspannungsfähigkeit gut erreicht werden (*patient security!*), so kann man mit der eigentliche Arbeit im **IDR**-Traumaformat beginnen. Sie hat folgenden Aufbau (*Petzold* 1992a, 882ff/2003a, 642ff; *Josić, Petzold* 1995):

II. **Emotionale Modellierung**

- *Konstellierung (constellation)*: Wir bitten den Patienten/die Patientin um ein *Freundlichkeits-Emoting*, Aufsetzen eines Lächels, wir lächeln mit (*coemoting*).

- *Einstimmung (induction)*: Dann bitten wir ihn, sich Situationen aus der persönlichen Biographie vorzustellen (Augen offen als „mentale Anmutung“, nicht als Bild!), indem er gleichzeitig über sie berichtet, von Situationen erzählt, die schwierig waren, belastend gar, aber *nicht traumatisch*. Dabei soll er die Empfindungen und Körperresonanzen aufkommen lassen. Es kann *Stützberührung* an der Schulter oder beruhigende *Streichberührung* am Rücken als low-level Stimulierung angeboten oder vom Patienten angefragt werden.

- *Feinstimmung (dosing)*: Alles soll so dosiert werden, dass die Empfindungen gut aushaltbar sind, gegebenenfalls ist durch Mikrostretchings oder Relaxatmung zu steuern. Die Erzählung/Narration geht dabei weiter oder es werden Passagen wiederholt.

- *Ausstimmung (distancing)*: Auf Hinweis wird das Belastungsgefühl zurückgenommen. „*Bitte lockern, dehnen, recken, strecken, ausklingen lassen!*“ – Aus der „exzentrischen Position“ wird der Prozeß betrachtet und evaluiert.

- *Erneuter Durchgang*, jetzt mit einem *Gelassenheitsemoting* und low-level Stimulierung dorsal: Beim Feinstimmen wird jetzt das *dosing* intensiviert, um dann in einen *Emotionswechsel* zu gehen.

Umstimmen (shifting): Es wird geübt, von dem aufgekommenen Belastungsgefühl wieder wegzukommen (*shifting*) und aktiv das Entspannungs- und Wohlgefühl wieder aufzurufen, die Stimmung der Freundlichkeit, der Zufriedenheit usw. Jedesmal wird die entsprechende Mimik „aufgesetzt“, da diese „*movement produced information*“ auch eine physiologische Umstimmung ermöglicht (*Damasio* 1997; *Döring-Seipel* 1998), die unmittelbar anhand des Muskeltonus der Gesichtsmimik kontrollierbar ist.

Besondere Wichtigkeit hat in dieser Arbeit die Verankerung des *Neugieremotings*, das Aufrufen der Gefühle von *Neugier* und *Interesse*, durch Aufsetzen einer „Neugiermimik“ (Heben der Brauen, Runzeln der Stirn, Augen weit offen) mit der Haltung (*posture*) der Aufrichtung, Zugewandtheit, dem Bewegungsimpuls des Hingehens. Wenn immer nämlich Ängste und Unbehagen aufkommen, kann die gut verankerte und aufrufbare *Neugier-Response* eine mächtige Gegensteuerung sein (begleitet von Neugiergedanken: „Ist ja interessant, was da abläuft. Das muß ich mir ansehen etc.“). Sie ermöglicht zugleich eine distanzierende Position, die nicht affektlos ist, sondern engagierte Distanz, Exzentrizität im Kontakt (mit sich selbst, mit den anderen, mit der Umgebung, mit traumatischen Erinnerungsinhalten etc.). Gerade für das Bewältigen von *PTSD*-Symptomen im Alltag ist dies ein nützlicher Ansatz, der noch durch Positionswechsel, Bewegungen oder durch *Distraktoren* bzw. *Distractions* („Das schreib ich mir auf!“) unterstützt werden kann oder durch Mikrostretching und Relaxatmung.

Auf diesem Hintergrund kann dann, sofern gewünscht oder im Therapieprozeß als notwendig erarbeitet, mit „indirekter“ oder „moderater“ Exposition, d.h. in „aktivierten Strukturen“ gearbeitet werden, um Stress- und Immunbelastung gering zu halten. Im Zustand eines *Gelassenheitsemotings* wird über die traumatischen Erfahrungen gesprochen, in einem *natürlichen, teilnehmenden Gespräch*, das nichts mit den Standard-Narrativen in behavioralen Expositions- oder Konfrontationstechniken zu tun hat, vielmehr in einem *narrativen Klima*, wie es gute „Erzählgemeinschaften“ kennzeichnet (Petzold 2001b, Petzold, Müller 2004, Petzold, Josić 2004). Nach solchen „moderaten Expositionen“ wird noch ein kurzes, intensiviertes **IDR** durchgeführt, so dass der Patient in einer ausgewogenen, lockeren Spannung, einer guten *isodynamischen Lage* seine Arbeit beendet.

Traumaergebnisse haben viele Facetten und bedürfen, wo eine *Indikation* für Expositionen besteht, mehrfacher *moderater Expositionssitzungen*. Da, wie Eingangs schon ausgeführt, man Hinweise auf Belastungen durch *Debriefings* auf der physiologische Ebene festgestellt hat (Griffits, Watts 1992; Rose, Bisson 1998), müssen unter der Perspektive von „patient security“ bis zum überzeugenden Nachweis von Unbedenklichkeit diese Effekte zunächst einmal auch bei Expositionstechniken unterstellt werden. Bei der hier angewandten Methodik **moderater Exposition** mit gleichzeitig angewandter low-level Stimulierung oder counterbalancing ist allerdings – bei guter Vordiagnostik mit Blick auf etwaig vorhandene Vulnerabilitäten - die Gefahr der Ueberbelastung und Retraumatisierung mit möglichen immunologischen Folgen als eher gering einzustufen, weil mit diesem Vorgehen hohe Erregungszustände vermieden werden.

7. Schlußbemerkung

Viele der in der **IDR-T** zum Tragen kommenden Prinzipien finden sich auch in der *generellen Fokaltechnik* der Integrativen Therapie in unspezifischer Weise. Sie zeigte in der Behandlung von *PTSD*-Patienten in einer empirischen Untersuchung (N = 27, *Petzold, Wolf et al.* 2000, 543ff) gute Ergebnisse. Methoden wie **IDR-T** müssen in einem konsistenten Bündel von Maßnahmen eingebettet sein, um nachhaltige Wirkungen zu erzielen.

Es ist in diesem Text, so hoffe ich, deutlich geworden, dass es in der traumatherapeutischen Arbeit – besonders von Opfern von *man made desaster* – nicht damit getan ist, *eine* Methode der Psychotherapie oder Körpertherapie anzubieten und einzusetzen. Sondern es geht um eine *optimales „Gesamtprogramm der Hilfeleistung“*, in dem verschiedene Interventionsbenen und Interventionsmethoden verbunden werden. Verliert man das aus dem Blick und zentriert man nur auf die Reduktion von ICD/DSM-relevanten Symptomen (z.B. intrusiven Gedanken und Gefühlen) in einer enggreifenden klinischen Konzeption der Behandlung, ohne die z. T. desaströse Lebenslage oder den Verlust von Werten und Lebenssinn zu berücksichtigen wird man der Komplexität des Traumaschehens und der Traumabelastung nicht gerecht und läuft Gefahr, für die Betroffenen keine Zuflucht, keinen Trost, kein achtsame, liebevolle Hinwendung (= gr. κλίνειν, *klinein*) und damit letztlich keine *nachhaltige* Hilfe zu bieten. Das aber sollte unser wesentlichstes Anliegen in der Arbeit mit TraumapatientInnen und Opfern und Ueberlebenden von traumatischen Katastrophen sein.

Zusammenfassung:

INTEGRATIVE TRAUMATHERAPIE UND "TROSTARBEIT" – ein nicht-exponierender, leibtherapeutischer und lebenssinnorientierter Ansatz risikobewusster Behandlung

Die Arbeit stellt das ganzheitliche und differentielle Modell der „Integrativen Traumatherapie“ vor, die psychotherapeutische, leibtherapeutische (z. B. spezifische Relaxationsmethoden, IDR), sozio- und netzwerktherapeutische und sinnorientierte Ansätze in der Behandlung von akuten und posttraumatischen Belastungen verbindet. Grundlage bilden neurobiologische Konzepte zur Traumaphysiologie wie das des „amygdaloiden Hyperarousals“ und des „Zentralen Adaptationssyndroms“. Die Strategie ist, Erregungszustände (*kindling*), Hyperarousals und damit Retraumatisierungen, wie sie als Risiko bei vielen Expositionsverfahren in der PTBS-Behandlung bestehen, zu vermeiden oder zu dämpfen (*quenching*) durch Methoden psychophysiologischer Beruhigung bzw. Dämpfung aus dem Bereich der Psycho- und Neuromotorik, wo mit Feedback aus der Gesichtsmuskulatur, der „movement produced information“ etwa der Freundlichkeits- oder Neugierdemimik zur emotionalen Umstimmung gearbeitet wird. Wo auf Patientenwunsch Traumaereignisse angeschaut werden sollen, geschieht dies mit sorgfältig vorbereiteten, kombinierten entspannungstherapeutischen „Bottom-up-“ und „Top-down-Methoden“, die risikoarme „moderate Expositionen“ ermöglichen. Unter Rückgriff auf antike Modelle „philosophischer Therapeutik“ (*Seneca, Epiktet*), die dem Moment des „Trostes“ und der „Trostarbeit“ (in der modernen Psychotherapie bislang völlig vernachlässigt) mehr Gewicht geben als kathartischer Trauerarbeit, wird Tröstung mit ihren psychophysiologischen Beruhigungs- und Linderungseffekten als Kernelement der Integrativen Traumatherapie und der Verbitterungsprophylaxe eingesetzt. Die Arbeit mit Fragen des Lebenssinnes und der persönlichen Wertsysteme auf dem Boden eines elaborierten Konzeptes „klinischer Philosophie“ rundet das komplexe und anspruchsvolle Modell integrativer Traumatherapie ab, das immer mit einer engagierten Haltung praktischen Eintretens für die Belange der Betroffenen und Opfer verbunden ist.

Summary:

Integrative Traumatheapy and „consolation work“ – a non-exposing, body- and meaning-oriented approach of risk minimizing treatment

This chapter presents the holistic and differentiating model of „Integrative Traumatheapy“, that is connecting psychotherapeutic, body therapeutic (e.g. specific relaxation methods, IDR), socio- und network-therapeutic methods as well as meaning oriented approaches in the treatment of acute trauma and PTSD. Basis are neurobiological concepts of trauma physiology e.g. the „amygdaloid hyperarousal“ and the „central adaptation syndrome“. The strategy is to avoid *kindling* and to *quench* hyperarousal and by this minimize retraumatizations, which are a risk with many exposition methods in PTSD treatment. For this methods of psychophysiological soothing resp. quenching from psycho- and neuromotorics are used, feed back from facial muscles, e.g. „movement produced information“ from mimics of friendliness or curiosity to shift moods. Where patients wish to review traumatic events this is done with carefull preparation by combined „bottom up“ and „top down“ methods of relaxation, which provide a frame for „moderate expositions“ with minimal risk. Drawing form ancient models of „philosophical therapeutics“ (*Seneca, Epiktet*), which emphasize „consolation“ and „comforting work“ (utterly neclegted so far by modern psychotherapy) rather than carthathic mourning, comforting with its psychophysiological effects of soothing and calming down thus becomes a core element of Integrative Traumatheapy and of embitterment prophylaxis. Working with questions concerning the meaning of life and the personal value system on the ground of an elaborate concept of „clinical philosophy“ is rounding off the complex and sophisticated model of Integrative Traumatheapy, which is always connected with an engaged attitude of standing up for the right of the victims.

Keywords: Integrative Traumatheapy, psychophysiology of PTSD, quenching hyperarousal, integrative and differential relaxation, moderate expositions, embitterment prophylaxis, clinical philosophy, meaning oriented philosophical therapeutics

Literatur in Auswahl:

(weitere Literatur beim Verfasser, Titel von Petzold und Mitarbeitern in: *Petzold, H.G. (2003). Gesamtbibliographie. Bei www.fpi-publikationen.de/polyloge - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 01/2003 (auch in 2003a).*

- Ajuriaguerra, J. de (1962): Le corps comme relation. Revue de psychologie pure et appliquée 2, 137-157.*
- Akil, H., Campeau, S., Cullinan, W.E., Lechan, R.M., Toni, R., Watson, S.J., Moore, R.Y. (1999): Neuroendocrine systems I: Overview - thyroid and adrenal axes. In: Zigmond, M.J., Bloom, F.E., Landis, S.C., Roberts, J.L., Squire, L.R. (eds.) Fundamental neuroscience. San Diego, London: Academic Press, 1127-50.*
- Ambühl, H.R. (1987): Psychotherapie im Lichte der Verwirklichung therapeutischer Heuristiken. Eine experimentelle Prozeßvergleichsstudie, unveröff. Dissertation, Psychologisches Institut der Universität Bern.*
- Ambühl, H.R., Grawe, K. (1989): Psychotherapeutisches Handeln als Verwirklichung therapeutischer Heuristiken. Ein Prozeßvergleich dreier Therapieformen aus einer neuen Perspektive. Zeitschrift für Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie 39, 1-10.*
- Archer, J. (1999): The nature of grief. The evolution and psychology of reactions to loss. London: Routledge.*
- Arendt, H. (1970): Macht und Gewalt. München: Hanser.*
- Attali, J. (1981): Die kannibalische Ordnung. Von der Magie zur Computermedizin. Frankfurt: Campus.*
- Benthien, C., Fleig, A., Karsten, I. (2000): Emotionalität. Zur Geschichte der Gefühle. Köln: Böhlau.*
- Berger, A. (1971): Relaxative Organgymnastik und psychologische Gruppenarbeit im System einer „totalen Gymnastik“ nach Prof. H. Petzold. Atem und Mensch 3, 8-13; 4, 13-19.*
- Birbaumer, N., Schmidt, R.F. (1999): Biologische Psychologie. Berlin: Springer.*
- Bisson, J.I., McFarlane, A.C., & Rose, S. (2000). Psychological Debriefing. In E.B. Foa, T.M. Keane, & M.J. Friedman (Eds.), Effective treatments for PTSD. New York: The Guilford Press.*
- Bloch, S., Lemeignan, M. (1992): Precise respiratory-posturo-facial patterns are related to specific basic emotions, Bewegen & Hulpverlening 1, 31-39.*
- Bloem, J., Moget, P. C.M., Petzold, H. G. (2004): Budo, Aggressionsreduktion und psychosoziale Effekte: Faktum oder Fiktion? - Eine kommentierte Literaturübersicht. Integrative Therapie 1-2.*
- Boekaerts, M., Pintrich, P.P., Zeidner, M. (1999): Handbook of self-regulation. London: Harcourt.*
- Bloch, S., Lemeignan, M. (1992): Precise respiratory-posturo-facial patterns are related to specific basic emotions, Bewegen & Hulpverlening 1, 31-39.*
- Böhme, G., Böhme H. (1983): Das Andere der Vernunft. Frankfurt: Suhrkamp.*
- Bonanno, G.A. (1999): The Concept of Working Through Loss: A Critical Evaluation of the Cultural, Historical, and Empirical Evidence. In: Maercker, Schützwohl, Solomon (1999) 221-248.*
- Boschker, M.S.C. (2001): Action-Based Imagery. On the Nature of Mentally Imagined Motor Actions. Enschede/Amsterdam: PrintPartners Iskamp.*
- Boschker, M.S.J. Bakker, F.C., Rietberg, M.B. (2000): Retroactive interference effects of mentally imagined movement speed. Journal of Sports Sciences, 2000, 18, 593-603.*
- Bosscher, R.J. (1991): Runningtherapie bij depressie. Amsterdam: Thesis.*
- Botton, de, A. (2000): Les consolations de la philosophie. Paris. Mercure de France.*
- Boudewyns, P.A., Hyer, L.A. (1990): Physiological response to combat memories and preliminary treatment outcome in Vietnam veteran PTSD patients treated with direct therapeutic exposure. Behavior Therapy 21, 63-87.*
- Boudewyns, P.A., Stwertka, S.A., Albrecht, S.A., Sperr, E.V. (1993): Eye movement desensitization and reprocessing: a pilot study. The Behavior Therapist 16, 30-33.*
- Bracken, P.J., Petty, C. (1998): Rethinking the trauma of war. London: Free Association Books.*
- Bremner, J.D., Randall, J.P., Scott, T.N., Bronen, R.A. et al. (1995): MRI based measurements of hippocampal volume in combat related posttraumatic stress disorder. American Journal of Psychiatry 152, 973-981.*
- Bremner, J.D., Innis, R.B., Ng, C.K., Staib, L.H., Salomon, R.M., Bronen, R.A., Duncan, J., Southwick, S.M., Krystal, J.H., Rich, D., Zupal, G., Dey, H., Soufer, R., Charney, D.S. (1997): Positron emission tomography measurement of cerebral metabolic correlates of yohimbine administration in combat-related posttraumatic stress disorder. Archives of Genetic Psychiatry 54: 246-254.*
- Bublitz, H. Bührmann, A.D., Hanke, C., Seier, A. (1999): Das Wuchern der Diskurse. Perspektiven der Diskursanalyse Foucaults. Frankfurt am Main: Campus.*
- Butollo, W., Rosner, R., Wentzel, A. (1999): Integrative Psychotherapie bei Angststörungen. Bern: Hans Huber.*
- Canli, T., Zhao, Z., Brewer, J., Gabriel, J.D., Cahill, L. (2000): Event related activation in the human amygdala associates with later memory for individual emotional experience. Journal of Neuroscience, 20:99.*
- Carlson, C.R., Curan, S.L. (1994): Strech-based relaxation training. Review, Education and Counseling 23, 5-12.*
- Charcot, J.-M. (1878): De l'influence des lésions traumatiques sur le développement des phénomènes d'hystérie locale, Progrès médical 6, 335-338.*
- Charcot, J.-M. (1892): Clinique des maladies du système nerveux. M. Le Professeur Charcot. Leçons du Professeur, Mémoires, Notes et Observations 1889-1890 et 1890-1891, 2 Bde. Paris: Bureau du Progrès Médical. Babé & Cie. 1892-1893.*
- Chrousos, G.P., Gold, P.W. (1992): The concepts of stress an stress system disorders. Journal of the American Medical Association 267, 1244-1252.*
- Clark, A. (1997): Being There. Putting Brain, Body, and World Together Again. Cambridge MA: MIT Press.*

- Clark, A. (1999): An Embodied Cognitive Science? *Trends in Cognitive Sciences* 3 (9): 345-51.
- Cohen, H., Kotler, M., Matar, M.A., Kaplan, Z., Miodownik, H., Cassuto, Y. (1997): Power spectral analysis of heart rate variability in posttraumatic stress disorder patients. *Biological Psychiatry*, 41, 627-629.
- Cole, B.J., Robbins, T.W. (1992): Forebrain norepinephrine: Role in controlled information processing in the rat. *Neuropsychopharmacology* 7, 129-141.
- Corcoran, V.M., Moshe, S. (eds.) (1997): *Kindling*. New York: Plenum Press.
- Damasio, A.R. (1996): The somatic marker hypothesis and the possible functions of the prefrontal cortex. *Philos. Trans. R. Soc. Lond. B. Biol. Sci.*, 351, 1413-1420.
- Damasio, A. R. (1997): *Descartes Irrtum. Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn*. München: Paul List 1995, München: dtv..
- Davis, M. (1992): The role of the amygdala in conditioned fear. In: *Aggleton, J.P.* (Hg.): *The Amygdala. Neurobiological Aspects of Emotion. Memory and Mental Dysfunction*. New York: Wiley, 255-306.
- Dijk, R. van (2001): Traumatization and the lifeworld of refugees, in: *Moser et al.*(2001) 122-145.
- Diogenes Laertios (1967): *Leben und Meinungen berühmter Philosophen*, übers. O. Apelt (1967) Hamburg: Meiner, 2. Aufl.
- Dobson, K.S. & Craig, K.D. (1998): *Empirically Supported Therapies. Best practice in professional psychology*. Thousand Oaks u.a.: Sage Publications.
- Döring-Seipel, E. (1996): *Stimmung und Körperhaltung. Eine experimentelle Studie*. Weinheim: Beltz.
- Ehlers, A. (1999): *Posttraumatische Belastungsstörung*. Göttingen: Hogrefe.
- Epikter: *Diatriben. The Discourses as reported by Arian, the Manual, and Fragments*. With an English translation by W. A. Oldfather, 2 Bde, London 1956 u. 1959.
- Epikter: *Handbüchlein der Moral (Encheiridion)*, übers. und hg. v. Kurt Steinmann, Stuttgart: Reclam 1992.
- Eschenröder, C.T. (1997): Entwicklung und gegenwärtiger Status der EMDR – Ein Ueberblick. In: *Eschenröder, C.T.* (Hg.): *EMDR: Eine neue Methode zur Verarbeitung traumatischer Erinnerungen*. Tübingen: dgvt-Verlag, 11-65.
- Ferenczi, S. (1932/ 1988): *Ohne Sympathie keine Heilung. Das klinische Tagebuch von 1932*. Frankfurt: Fischer.
- Fink, G. (1992): siehe Seneca
- Fink-Eitel H. (1997³) *Michel Foucault zur Einführung*. Hamburg: Junius.
- Finn, P.R., Zeitouni, N.C., Pihl, R.O. (1990): Effects of alcohol on psycho-physiological hyperreactivity to nonaversive and aversive stimuli in men at high risk for alcoholism. *Journal of Abnormal Psychology* 99: 79-85.
- Fischer, G., Riedesser, P. (1998): *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München UTB Ernst Reinhardt. 2. erw. Aufl. 2003.
- Flammer, A. (1990): *Erfahrung der eigenen Wirksamkeit. Einführung in die Psychologie der Kontrollmeinung*. Bern: Huber.
- Foa, E.B. (1997): Psychological Processes Related to Recovery from a Trauma and an Effective Treatment for PTSD. In: *Yehuda, McFarlane* (1997) 410-424.
- Foa, E.B., Cashman, L., Jaycox, L., Perry, K. (1997): The validation of self-report measure of posttraumatic stress disorder: the Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychological Assessment* 9, 445-451.
- Foa, E.B., Dancu, C.V., Hembree, E.A., Jaycox, L.H., Meadows, E.A., Street, G.P. (1999): A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 67, 194-200.
- Foa, E.B., Ehlers, A., Clark, D.M., Tolin, D.F., Orsillo, S.M. (1999): The Post-traumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment* 11, 303-314.
- Foa, E.B., Meadows, E.A. (1997): Psychosocial treatments for posttraumatic stress disorder: A critical review. *Annual Review of Psychology* 48, 449-480.
- Foucault, M. (1978a): *Dispositive der Macht*. Berlin: Merve.
- Foucault, M. (1978b): *Die Subversion des Wissens*. Frankfurt: Ullstein.
- Foucault, M. (1982): *Der Staub und die Wolke*. Bremen: Impuls.
- Foucault, M. (1996): *Der Mensch ist ein Erfahrungstier. Gespräch mit Ducio Tombadori*. Frankfurt a.M.
- Freeman, W.J. (1995): *Societies of Brains*. Mahwah NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Freeman, W.J. (199/): Three centuries of category errors in studies of the neural basis of consciousness and intentionality. *Neural Networks* 10, 1175-83.
- Freeman, W.J. (1999): *How Brains Make Up Their Minds*. London: Weidenfeld and Nicolson.
- Freeman, W.J. (1999): Consciousness, Intentionality and Causality. In: *Núñez, Freeman*, 143-172.
- Freeman, W.J. (2000): *Neurodynamics. An Exploration of Mesoscopic Brain Dynamics*. London: Springer-Verlag.
- Freeman, W.J., Núñez, R. (1999): Restoring to Cognition the Forgotten Primacy of Action, Intention and Emotion. In: *Núñez, Freeman*, Seite ix-xix.
- Fuchs, E., Uno, H., Flügge, G. (1995): Chronic psychosocial stress induces morphological alterations in hippocampal pyramidal neurons of tree shrew. *Brain Research*, 673-275-282.
- Gallese, V.(2001): From Grasping to Language: Mirror Neurons and the Origin of Social Communication. Towards a Science of Consciousness Section 4: Vision and Consciousness – Introduction. *CogNet Proceedings*
- Gist, R., & Woodall, S. (2000). There are no simple solutions to complex problems. In *J.M. Violanti & P. Douglas* (Eds.), *Posttraumatic stress intervention: Challenges, issues, and perspectives*. Springfield, IL: Charles C Thomas. S 81-95.
- Gottlieb, B.H. (Hg.) (1997): *Coping with chronic stress*. New York: Plenum Press.
- Grawe, K. (1998): *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.

- Griffin, M.G., Nishith, P., Resick, P.A., Yehuda, R. (1997): Integrating Objective Indicators of Treatment Outcome in Posttraumatic Stress Disorder. In: Yehuda, McFarlane (1997) 388-409.
- Griffiths, J., Watts, R. (1992): The Kempsey and Grafton bus crashes: The aftermath. East Lismore (Australia): Instructional Design Solutions.
- Grossmann, K.E., Grossman, K. (2002): Einflüsse von Bindungspersonen auf die Entwicklung von Gefühlen, Motiven und Perspektiven über den Lebenslauf. In: H. Kretz, Lebendige Psychohygiene 2000 plus. München: Eberhard, 229-249.
- Hadot, P. (1969): Seneca und die griechisch-römische Tradition der Seelenleitung. Berlin: de Gruyter.
- Hadot, P. (1981): Exercices spirituels et la philosophie antique. Paris. Etudes Augustiniennes; 3. erw. Auf. 1993.
- Hadot, P. (1991): Philosophie als Lebensform. Geistige Uebungen in der Antike. Berlin. Gatzka.
- Hadot, P. (2001): La philosophie comme manière de vivre. Entretiens avec Jeannine Carlier et Arnold I. Davidson. Paris: Albin Michel.
- Hamm, A. (1993): Progressive Muskelentspannung. In: Vaitl, Petermann (1993) 245-271.
- Harber, K.D., Pennebaker, J.W. (1992): Overcoming traumatic memories. In: Christianson, S. (ed.), The Handbook of Emotion and Memory. Research and Theory. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, 359-387.
- Hass, W., Petzold, H.G. (1999): Die Bedeutung der Forschung über soziale Netzwerke, Netzwerktherapie und soziale Unterstützung für die Psychotherapie - diagnostische und therapeutische Perspektiven. In: Petzold, Märten (1999) 193-272
- Hermann, I. (1936): Sich-Anklammern - auf Suche-gehen. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse* 22, 349-370.
- Hermann, I. (1972): L'instinct filial. Paris: Denoël.
- Hochauf, R. (1999): Imaginative Psychotherapie bei frühtraumatisierten Patienten. *International Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine*, 11/4, 503-517.
- Hochauf, R. (2001): Der Umgang mit traumabezogenen Beziehungserfahrungen. In: U. Bahrke & W. Rosendahl, Psychotraumatologie und Katathym-imaginative Psychotherapie. Lengerich: Pabst science Publishers, 47-55.
- Hüther, G. (1996): The central adaptation syndrome. Psychosocial stress as a trigger for adaptive modifications of brain structure and brain function. *Progress in Neurobiology* 48, 569-612.
- Hüther, G. (1997): Biologie der Angst: Wie aus Stress Gefühle werden. Göttingen: V & R.
- Hüther, G. (1998): Stress and the adaptive self-organization of neuronal connectivity during early childhood. *International Journal of Developmental Neuroscience*, 16, 297-306.
- Hüther, G. (1999): Der Traum vom stressfreien Leben. *Spektrum der Wissenschaft. Dossier* 3, 6-11.
- Hüther, G. (2001): Gewalterfahrung und Verarbeitung traumatischer Erinnerungen aus neurobiologischer Sicht. *Integrative Therapie* 4, 413-424.
- Hüther, G., Doering, S., Rüger, U., Rüter, E., Schüßler, G. (1999): The stress-reaction process and the adaptive modification and reorganization of neuronal networks. *Psychiatry Research*, 87, 83-95.
- Jacobs, B.L., Azmitia, E. (1992): Structure and function of the brain serotonin system. *Physiological Review*, 72, 165-229.
- Janet, P. (1889): L'automatisme psychologique. Paris: Alcan.
- Janet, P. (1919): Les médications psychologiques, 3 Bde. Paris: Alcan.
- Janus, L. (1997): Affektive Lernvorgänge vor und während der Geburt. In: Janus, L., Haibach, S. Seelische Erleben vor und während der Geburt. Neu-Isenburg: LinguaMed Verlag.
- Josić, Z., Petzold, H.G. (1995): Kriegstraumatisierung, posttraumatischer Streß - diagnostische und therapeutische Dimensionen. Belgrad: Zentrum für Kriegsopferhilfe (in serb. Sprache).
- Kamper, D., Wulf, C. (1982): Die Wiederkehr des Körpers. Frankfurt: Suhrkamp.
- Kamper, D., Wulf, C. (1984): Der andere Körper. Berlin: Verlag Volk und Leben.
- Kandel, E. R., Schwarz, J. H., Jessell, T.J. (1996): Essentials of Neuronal Science and Behavior, Appleton & Lange, New York 1995; dtsh. Neurowissenschaften. Eine Einführung. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Kant, I. (1991): Anthropologie in pragmatischer Hinsicht. Werke: hrsg. B. Weischädel Band 12. Frankfurt: Suhrkamp.
- Kleinsorge, H. Klumbies, G. (1959): Psychotherapie in Klinik und Praxis. München: Urban & Schwarzenburg.
- Koch-Kneidl, J., Wiese, J. (2003): Entwicklungen nach früher Traumatisierung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kühn, R., Petzold, H.G. (1991): Psychotherapie und Philosophie. Junfermann, Paderborn.
- Lamb, M.E. (1976): Interactions between eight-month-old children and their fathers and mothers, in: Lamb, M.E. (ed.), The role of the father in child development, Wiley, New York.
- Lamprecht, F. (Hrsg.) (2003): Behandlung psychotraumatischer Belastungsstörungen mit EMDR. Schwerpunkttheft der *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*.
- Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984): Stress, appraisal, and coping. New York: Springer.
- LeDoux, J. (1998): Cognition and emotion: Listen to the brain. In: R. Lane, Emotion and cognitive-neuroscience. New York: Oxford University Press.
- Levinas, E. (1983): La trace de l'autre, Paris 1963; dtsh. Die Spur des anderen. Freiburg: Alber.
- Levinas, E. (1989): Humanismus des anderen Menschen. Hamburg: Meiner.
- Lipke, H. (2000): EMDR and Psychotherapy Integration: Theoretical and Clinical Suggestions with Focus on Traumatic Stress. CRC Press.
- Litz, B., Gray, M., Byrant, R., Adler, A. (2001): Early Intervention for Trauma: Current Status and Future Directions. A National Center for PTSD Fact Sheet. Clinical Psychology: Science and Practice (in print)

- Litz, B.T., Miller, M., Ruef, A., & McTeague, L. (2002). Psychological assessment of adults exposed to trauma. In: Antony, M., D. Barlow (Eds.), *Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders*. New York: Guilford Press.
- Lutz, W., Grawe, K. (2001): Was ist Evidenz in einer Evidence Based Psychotherapy?, *Integrative Therapie*, 1-2, 11-28.
- Mace, C., Moorey, S., Roberts, B. (2000): *Evidence in the Psychological Therapies*. London: Brunner-Routledge.
- Maercker, A., Schützwohl, M., Solomon, Z. (eds.) (1999): *Posttraumatic Stress Disorder. A Lifespan Developmental Perspective*. Seattle u.a.: Hogrefe.
- Marc Aurel (1998): *Wege zu sich selbst*. Herausgegeben von Rainer Nicke (griech./dtsh.). Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgemeinschaft; dtsh. auch als *Selbstbetrachtungen*, übers. A. Wittstock, Stuttgart: Reclam 1949; frz. *Écrits pour lui-même*, hrsg. von P. Hadot, Paris: Les Belles Lettres 1998.
- Marc Aurel (1830): *Lettres inédites de Marc Aurèle et de Fronton*. Ed. A. Cassan. Paris: A. Levasser.
- Marinoff, L. (2001): *Más Platón y menos prozac*. Barcelona: Ediciones B. Orig. *Plato not Prozac*. New York: Harper Collins Publ. 1999.
- Märtens, M., Petzold; H. G. (2002): *Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie*. Mainz: Grünewald.
- McEwen (1996): Hormones modulate environmental control of a changing brain. In: Greger, R., Winhorts, U. (eds.): *Comprehensive human physiology*. Berlin: Springer, 473-493.
- McEwen, B.S., Magarinos, A.M. (1997): Stress Effects on Morphology and Function of the Hippocampus. In: Yehuda, McFarlane (1997) 271-284.
- McEwen, B.S., Sapolsky, P.M. (1995): Stress and cognitive function. *Current Opinion in Neurobiology*, 5, 205-216.
- McFall, M., Murburg, M.M., Ko, G., Veith, R.C. (1990): Autonomic response to stress in Vietnam combat veterans with post-traumatic stress disorder. *Biological Psychiatry* 27, 1165-1175.
- McGaugh, J.L. (1995): Emotional activation, neuromodulatory systems and memory strength. In: Schacter, D. et al., *Memory distortion*. Boston: Havard Univ. Press, 255-273.
- McLeod, J. (1997): *Narrative and Psychotherapy*. London: Sage Publications.
- Meaney, M.J., Bhatnagar, S., Larocque, S., McCormick, C., Shanks, N., Sharma, S., Smythe, J., Viau, V., Plotsky, P. (1993): Individual differences in the hypothalamic-pituitary-adrenal stress response and the hypothalamic CRF system. *Annals of the New York Academy of Science*, 697: 70-85.
- Mesulam, M.M. (1990): Large-scale neurocognitive networks and distributed processing for attention, language and memory. *Annals of Neuology*, 28, 597-613.
- Micale, M., Lerner, P. (2001): *Traumatic Pasts*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Middendorf, I. (1984): *Der erfahrbare Atem*: Paderborn: Junfermann.
- Miltenburg, R., Singer, E. (1999b): A Dissociative Identity Disorder is a Developmental Accomplishment: Reply to Van der Hart and Steele. *Theory and Psychology* 9 (4), 541-549.
- Moser, C., Neyfelder, D., Verwey, M. (2001): *Traumatisierungen von Flüchtlingen und Asyl Suchenden. Einfluß des politischen, sozialen und medizinischen Kontextes*. Zürich: Seismo.
- Müller, L., Petzold, H.G. (2002a): Problematische und riskante Therapie (nicht nur) in der Arbeit mit älteren und alten Menschen in „Prekären Lebenslagen“ - „Client dignity?“, in: Märtens, Petzold (2002) 293-332.
- Müller, L., Petzold, H.G. (2003): Resilienz und protektive Faktoren im Alter und ihre Bedeutung für den Social Support und die Psychotherapie bei älteren Menschen. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm). POLYLOGE: *Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 08/2003 und in Petzold (2004).
- Nagler, N. (2003): Sandor Ferenczi. Sonderheft „Integrative Therapie“ 3-4
- Nemeroff, C.B. (1996): The Corticotropin-Releasing Factor (CRF) Hypothesis of depression: New Findings and Directions. *Molecular Psychiatry* 1 (4), 336-342.
- Nemeroff, C.B. (1999): Neurobiologie der Depression. *Spektrum der Wissenschaft. Dossier* 3, 24-31.
- Nichols, M.P., Zax, M. (1977): *Catharsis in psychotherapy*, New York: Wiley.
- Núñez, R. (1997): Eating soup with chopsticks. Dogmas, difficulties, and alternatives in the study of conscious experience, *Journal of Consciousness Studies* 4, 143-66
- Núñez, R. (1999): Could the Future Taste Purple? Reclaiming mind, body, in: Núñez, Freeman, 41-60.
- Núñez, R., Edwards, L., Matos, J.F. (1999): Embodied cognition as grounding for situatedness and context in mathematics education, *Educational Studies in Mathematics* 39 (1-3), 45-65.
- Núñez, R., Freeman, W.J. (1999): *Reclaiming Cognition: The Primacy of Action, Intention and Emotion*. Thorverton, Imprint Academic, Bowling Green.
- O'Connell Higgins, G. (1994): *Resilient Adults. Overcoming a Cruel Past*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Orth, I., Petzold, H.G. (1998a). Heilende Bewegung - die Perspektive der Integrativen Leib- und Bewegungstherapie. In: Illi, U. Breithecker, D., Mundigler, S. (Hrsg.). (1998): *Bewegte Schule. Gesunde Schule*. Zürich: Internationales Forum für Bewegung (IFB), S. 183-199.
- Orr, S.P., Solomon, Z., Peri, T., Pitman, R.K., Shalev, A. (1997): Physiological responses to loud tones in Israeli war veterans of the 1973 Yom Kippur War. *Biological Psychiatry* 41, 319-326.
- Osterbrink, J. (1998): *Tiefe Atementspannung*. Bern: Huber.
- Panksepp, J., Sirey, S.M., Normansell, L.A. (1989): Brain opioids and social emotions. In: Reite, M., Field et al. (Hrsg): *The psychology of attachment and separation*. Orlando: Academic Press.
- Papoušek, H., Papoušek, M. (1992): Early integrative and communicative development: Pointers to humanity, in: Emrich, H.M., Wiegand, M. (eds.), *Integrative biological psychiatry*. Berlin:Springer, 45-60.

- Pennebaker, J.W.* (1993a): Putting stress into words: health, linguistic and therapeutic implications. *Behaviour Research and Therapy* 31, 539-548.
- Pennebaker, J.W., Harber, K.D.* (1993): A social stage model of collective coping: the Loma Prieta earthquake and the Persian Gulf War. *Journal of Social Issues* 49 (4), 125-145.
- Petzold, H.G.* (1968): Arbeitspsychologische und soziologische Bemerkungen zum Gastarbeiterproblem in der BRD. Ueberforderung und Nostalgische Reaktion, *Zeitschrift f. Prakt. Psychol.* 7, 331-360.
- Petzold, H.G.* (Hg.) (1974j): Psychotherapie und Körperdynamik. Paderborn: Junfermann (3. Aufl. 1979).
- Petzold, H.G.* (1977a): Thymopraktik als Verfahren Integrativer Therapie. In: *Petzold* (1988n) 341-406.
- Petzold, H.G.* (2001i) (Hrsg.): Wille und Wollen. Psychologische Modelle und Konzepte. Göttingen. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Petzold, H.G.* (1982f): Gestaltdrama, Totenklage und Trauerarbeit in: *Petzold, H. G.* Dramatische Therapie. Stuttgart: Hippokrates S. 335-368.
- Petzold, H.G.*, 1983d (Hrsg.). Psychotherapie, Meditation, Gestalt, Junfermann, Paderborn.
- Petzold, H.G.* (1985l): Ueber innere Feinde und innere Beistände. In: *Bach, G., Torbet, W.*, Ich liebe mich - ich hasse mich. Reinbek: Rowohlt, 11-15.
- Petzold, H.G.* (1986b): Was nicht mehr vergessen werden kann. Psychotherapie mit politisch Verfolgten und Gefolterten. *Integrative Therapie* 3/4, 268-280.
- Petzold, H.G.* (1988n): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ausgewählte Werke Bd. 1. Paderborn: Junfermann. (3. revid. und überarbeitete Auflage 1996a).
- Petzold, H.G.* (1989b): Belastung, Ueberforderung, Burnout - Gewaltprobleme in Heimen. *Behinderte in Familie, Schule, Gesellschaft* 4, 17-44.
- Petzold, H.G.* (1993g): Die Krisen der Helfer. In: *Schnyder, U., Sauvant, Ch.*, Krisenintervention in der Psychiatrie. Bern: Huber, 157-196.
- Petzold, H.G.* (1996j): Identitätsvernichtung, Identitätsarbeit, "Kulturarbeit" - Werkstattbericht mit persönlichen und prinzipiellen Ueberlegungen aus Anlaß der Tagebücher von *Victor Klemperer*, dem hundertsten Geburtstag von *Wilhelm Reich* und anderer Anstöße, *Integrative Therapie* 4, 371-450.
- Petzold, H.G.* (1997c): Soziotherapie - ein Beruf ohne Chance? in: *Sticht, U.* (Hrsg.), Gute Arbeit in schlechten Zeiten - Suchtkrankenhilfe im Umbruch. Freiburg: Lambertus, , 57-115.
- Petzold, H.G.* (2000d): Client Dignity konkret - PatientInnen und TherapeutInnen als Partner in „kritischer Kulturarbeit“ - eine Initiative. *Integrative Therapie* 2/3, 388 – 396.
- Petzold, H.G.* (2000l): Body narratives – Traumatische und posttraumatische Erfahrungen aus Sicht der integrativen Therapie (Teil 2). *Energie & Charakter*, 2000, 22, S. 26-43.
- Petzold, H.G.* (2001k): Sinnfindung über die Lebensspanne: Gedanken über Sinn, Sinnlosigkeit, Abersinn – integrative und differentielle Perspektiven zu transversalem, *polylogischem* SINN. Düsseldorf/Hückeswagen, bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 03/2001.
- Petzold, H.G.* (2001m): Trauma und „Ueberwindung“ – Menschenrechte, Integrative Traumatherapie und „philosophische Therapeutik“, *Integrative Therapie*, 4, 344-412; auch in *Petzold, Wolf et al.* (2002)
- Petzold, H.* (2003a): Integrative Therapie. 3 Bde. Paderborn: Junfermann, überarb. und ergänzte Neuauflage von 1991a/1992a/1993a.
- Petzold, H.G.* (2003d): Unrecht und Gerechtigkeit, Schuld und Schuldfähigkeit, Menschenwürde - der „Polylog“ klinischer Philosophie zu vernachlässigten Themen in der Psychotherapie. Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm). POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 02/2002, auch in *Integrative Therapie* 1/2003, 27 - 64.
- Petzold, H. G.* (2003g): Lebensgeschichten erzählen. Biographiearbeit, narrative Therapie, Identität. Paderborn: Junfermann.
- Petzold; H.G.* (2004c): Pièrre Janet - ein Referenztheoretiker der Integrativen Therapie. In: *Petzold* (2004b): Referenztheoretiker der Integrativen Therapie. Bei: [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm) - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit - 1/2004 und bei *Stumm, G. et al.* (2004): Personenlexikon der Psychotherapie. Wien: Springer.
- Petzold, H. G., Bloem, J., Moget, P.* (2004): Budokünste als „Weg“ und therapeutisches Mittel in der körper- und bewegungsorientierten Psychotherapie, Gesundheitsförderung und Persönlichkeitsentwicklung – transversale und integrative Perspektiven, *Integrative Therapie* 1-2.
- Petzold, H.G., Goffin, J.J.M., Oudhof, J.* (1996): Protektive Faktoren und Prozesse - die "positive" Perspektive in der longitudinalen, "klinischen Entwicklungspsychologie" und ihre Umsetzung in die Praxis der Integrativen Therapie, in: *Petzold, H., Sieper, J.* Integration und Kreation. Paderborn: Junfermann S. 173-266.
- Petzold, H.G., Josić, Z., Erhardt, J.* (2003): INTEGRATIVE FAMILIENTHERAPIE als „NETZWERKINTERVENTION“ bei TRAUMABELASTUNGEN und SUCHTPROBLEMEN. In: *Petzold, H.G., Schay, P., Ebert, W.* (2003): Integrative Suchttherapie. Opladen, Düsseldorf: Leske + Budrich.
- Petzold, H.G., Märtens, M.* (Hg.) (1999a): Wege zu effektiven Psychotherapien. Psychotherapieforschung und Praxis. Band 1: Modelle, Konzepte, Settings. Opladen: Leske + Budrich.

- Petzold, H. G., Müller, L. (2004b): „Alter Wein in neuen Schläuchen?“ Moderne Altersforschung, „Philosophische Therapie“ und „Lebenskunst“ in einer „gerontothrophen“ Gesellschaft. Ueberlegungen mit Cicero über die „kompetenten Alten“ für die „Arbeit mit alten Menschen. In: Petzold (2004a) 17-85.
- Petzold, H.G., Orth, I. (1999a): Die Mythen der Psychotherapie. Ideologien, Machtstrukturen und Wege kritischer Praxis. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. G., Orth, I. (2004a): Sinn, Sinnerfahrung, Lebenssinn in Psychologie und Psychotherapie. Bielefeld: Aisthesis.
- 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., Sieper, J. (2001a): Psychotherapie – ein „lernendes System“ für den Umgang mit „Evidenzen“, *Integrative Therapie*, 1, 3-9.
- Petzold, H.G., Sieper, J. (2003) (Hrsg.): Wille und Wollen in der Psychotherapie. 2 Bde. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Petzold, H.G., Sieper, J. (2003a): Der Wille und das Wollen, Volition und Kovolution – Ueberlegungen, Konzepte und Perspektiven aus Sicht der Integrativen Therapie. Bei www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm. POLYLOGE: *Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit* - 04/2002
- Petzold, H.G., Beek, Y van, Hoek, A.-M. van der. (1994a): Grundlagen und Grundmuster "intimer Kommunikation und Interaktion" - "Intuitive Parenting" und "Sensitive Caregiving" von der Säuglingszeit über die Lebensspanne. In: Petzold (1994j) 491-646.
- Petzold, H.G., Wolf, U., Landgrebe, B., Josic, Z., Steffan, A. (2000): „Integrative Traumatherapie“ – Modelle und Konzepte für die Behandlung von Patienten mit „posttraumatischer Belastungsstörung. In: van der Kolk et al. (2000) 445-579.
- Petzold, H.G, Wolf, H.-U., Landgrebe, B., Josić, Z. (2002): Das Trauma überwinden. Integrative Modelle der Traumatherapie. Paderborn: Junfermann.
- Pitman, R.K., Orr, S.P., Altman, B., Longpre, R.E., Poire, R.E., Macklin, M.L. (1996): Emotional processing during eye movement desensitization and reprocessing therapy of Vietnam veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 419-429.
- Pitman, R.K., Orr, S.P., Fogue, D.F., de Jong, J.B., Claiborn, J.M. (1987): Psychophysiologic assessment of PTSD imagery in Vietnam combat veterans. *Archives of General Psychiatry* 44, 970-975.
- Poppen, R. (1998): Behavioral Relaxation: Training and Assessment. London u.a.: Sage.
- Pöppel, H. (1997): Grenzen des Bewusstseins. Wie kommen wir zur Zeit und wie entsteht Bewusstsein? Frankfurt: Insel Verlag.
- Post, R.M. (1992): Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *American Journal of Psychiatry* 149, 999-1010. Post, R.M. et al. (1995): Sensitization and kindling: Implications for the evolving neural substrate of PTSD. In: Friedman, M.J. et al. (eds.) (1995) 203-224.
- Post, R.M., Weiss, S.R.B., Smith, M., Li, H., McCann, U. (1997): Kindling versus Quenching. Implications for the Evolution and Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. In: Yehuda, McFarlane (1997) 285-295.
- Rabbow, P. (1954): Seelenführung. Methodik der Exerzitien in der Antike. München: Kösel.
- Rahm, D., Otte, H., Bosse, S., Ruhe-Hollenbach, H. (1993): Einführung in die Integrative Therapie. Grundlagen und Praxis. Paderborn: Junfermann, 1992, 2. revid. Aufl. 1993.
- Reddemann, L., Sachsse, U. (1996): Imaginative Psychotherapieverfahren zur Behandlung in der Kindheit traumatisierter PatientInnen. *Psychotherapeut* 41, 169-174.
- Reil, J.Ch. (1803): Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Curmethode auf Geisteszerrüttung. Halle.
- Reschke-Dahms, A. (2002): Therapierisiko: Die Sicht der Verbraucherberatung. In: Märten, Petzold 355-383.
- Ricœur, P. (1990): Soi-même comme un autre, Paris: Gallimard; dtsh. München: Fink 1996.
- Rizzolatti, G, Fadiga, L., Gallese, V., Fogassi, L. (1996): Premotor cortex and the recognition of motor actions. *Cognitive Brain Research* 3, 131-141.
- Rogers, S., Silver, S.M., Goss, J., Obenchain, J., Willis, A., Whitney, R.L. (1999): A single session, group study of exposure and Eye Movement Desensitization and Reprocessing in treating Posttraumatic Stress Disorder among Vietnam War veterans: preliminary data. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 119-130.
- Rollet, B., Werneck, H. (2002): Klinische Entwicklungspsychologie der Familie. Göttingen: Hogrefe.
- Rose, S., Bisson, J. (1998): Brief early psychological interventions following trauma: A systematic review of literature. *Journal of Traumatic Stress* 11, 679-710.
- Rothbaum, B.O., Kozak, M.J., Foa, E.B., Whitaker, D.J. (2001): Posttraumatic stress disorder in rape victims: autonomic habituation to auditory stimuli. *Journal of traumatic stress*, 14, 283-293.
- Sachsse, U., Özkan, I, Streek-Fischer, A. (2002): Traumatherapie – was ist erfolgreich? Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Sack, M., Lempa, W., Lamprecht, F. (2003): EMDR in der Behandlung dissoziativer Störungen. In: Lamprecht (Hrsg.) (2003) 25-34.
- Sack, M., Nickel, L., Lempa, W., Lamprecht, F. (2003): Psychophysiologische Regulation bei Patienten mit PTSD: Veränderungen nach EMDR-Behandlung. In: Lamprecht (Hrsg.) (2003) 47-58.
- Sapolsky, R.M. (1996): Why stress is bad for your brain. *Science* 273, 479-750.
- Sapolsky, R., Romero, M, Munck, A. (2000): How do glucocorticoids influence the stress-response? Integrating permissive, suppressive, stimulatory, and preparative actions, *Endocrine Reviews* 21, 55-89.

- Schandry, R. (2003): Biologische Psychologie. Weinheim: Beltz Verlage.
- Schay, P., Petzold, H. G., Jakob-Krieger, C., Wagner, M. (2004): Laufen streicht die Seele. Lauftherapie mit Drogenabhängigen – eine übungs- und erlebniszentrierte Behandlungsmethode der Integrativen Therapie. *Integrative Therapie* 1-2.
- Schedlowski, M. (1994): Stress, Hormone und zelluläre Immunfunktionen. Ein Beitrag zur Psychoneuroimmunologie. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Scheff, T. (1979): Catharsis in healing, ritual and drama, Berkeley: Univ. of California Press; dtsh. Explosion der Gefühle, Beltz, Weinheim 1983.
- Schmitz, H. (1989): Leib und Gefühl. Materialien zu einer philosophischen Therapie. Paderborn: Junfermann.
- Schnyder, U., Sauvant, Ch. (1993): Krisenintervention in der Psychiatrie. Bern: Huber.
- Schwarzer, R. (1987): Stress, Angst und Hilflosigkeit. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schwarzer, R. (1992): Self-Efficacy: Thought Control of Action. London: Hemisphere Publ.
- Schwarzer, R. (1993): Stress, Angst und Handlungsregulation. Stuttgart: Kohlhammer (3. erw. u. überarb. Aufl.)
- Schwarzer, R., Jerusalem, M., Weber, H. (2003): Gesundheitspsychologie von A-Z. Göttingen: Hogrefe.
- Seligman, M.E.P. (1978): Helplessness. San Francisco: Freeman.
- Seneca (1992): Die kleinen Dialoge. Bd I und Bd II, Hrsg. von G. Fink. München: Artemis & Winkler.
- Shalev, A.Y., Peri, T., Brandes, D., Fredman, S., Orr, S.P., Pitman, R.K. (2000): Auditory startle response in trauma survivors with posttraumatic stress disorder: a prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 157, 255-261.
- Shapiro, F. (1995): Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures. New York: Guilford Press.
- Smith, M.A., Makino, S., Kvetnansky, R., Post, R.M. (1995): Stress and glucocorticoids affect the expression of brain-derived neurotrophic factor and neurotrophin-3m-RNAs in the hippocampus. *Journal of Neurosciences*, 15, 1768-1777.
- Southwick, S.M., Morgan, C.A., Bremner, A.D., Grillon, C.G., Krystal, J.H., Nagy, L., Charney, D.S. (1997): Noradrenergic Alterations in Posttraumatic Stress Disorder. In: Yehuda, McFarlane (1997) 125-141.
- Spoont, M.R. (1992): Modulatory role of serotonin in neural information processing: implications for human psychopathology. *Psychological Bulletin* 112, 330-350.
- Streek-Fischer, A., Sachsse, U., Özkan, I. (2001): Körper, Seele, Trauma. Biologie, Klinik, Praxis. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Steffan, A., Petzold, H.G. (2001b): Das Verhältnis von Theorie, Forschung und Qualitätsentwicklung in der Integrativen Therapie. (Charta-Colloquium IV). *Integrative Therapie* 1, 63-104 und in: Leitner, A. (2001): Strukturen der Psychotherapie. Wien: Krammer Verlag. 447-491.
- Stockvis, B., Wiesenhütter, E. (1979): Handbuch der Entspannung. Stuttgart: Hippokrates-Verlag.
- Stroebe, M., Stroebe, W. (1991): Does „grief work“ work? *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 59, 479-482.
- Stroebe, M., Stroebe, W., Hansson, R.O. (eds.) (1993): Handbook of bereavement: Theory, research, and intervention. Cambridge: Cambridge University Press, 255-270.
- Tattersall, I. (2002a): Ein neues Modell der Homo-Evolution, *Spektrum der Wissenschaft* 4, 32-39.
- Teicher, M.H., Ito, Y., Glod, C.A., Andersen, S.L., Dumont, N., Ackerman, E. (1997): Preliminary Evidence for Abnormal Cortical Development in Physically and Sexually Abused Children Using EEG Coherence and MRI. In: Yehuda, MacFarlane (1997) 160-175.
- Traue, H.C. (1998): Emotion und Gesundheit. Die psychobiologische Regulation durch Hemmung. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Traue, H.C., Schwarz-Langer, G., Gurrus, N.F. (1997): Extremtraumatisierung durch Folter. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin* 18, 41-62.
- Tsuda, A., Tanaka, M. (1985): Differential changes in noradrenaline turnover in specific regions of rat brain produced by controllable and uncontrollable shocks. *Behavioral Neurosciences*, 99, 802-817.
- Tucker, D.M., Luu, P., Pribram, K.H. (1995): Social and emotional self-regulation. *Ann. NY Aca. Sci.*, 769, 213-239.
- Turner, J. H. (2000): On the origins of human emotions. A sociological inquiry into the evolution of human affect. Stanford: Stanford Univ. Press.
- Unfried, N. (2003): Trauma und Entwicklung: Physiologische und biologische Veränderungen nach frühen kindlichen Traumata und deren Behandlungsmöglichkeit. In: Lamprecht (Hrsg.) 2003, 59-72.
- Unfried, N., Hochauf, R. (2000): Imaginative Psychotherapie von Patienten mit prae- und perinatalen Traumata. Vortrag 13. Congr. Der Internationalen Studiengemeinschaft für Prae- und Perinatale Psychologie und Medizin, Cagliari, Sardinien.
- Ursin, H., Olf, M. (1992): The stress response: In: Stress: From Synapse to Syndrome. London. 3-22.
- Vaitl, D., Petermann, F. (Hg.) (1993): Handbuch der Entspannungsverfahren. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Van der Mei, Petzold, Bosscher 1997
- Van der Kolk, B. A., Greenberg, M., Boyd, H., Krystal, J. (1985): Inescapable shock, neurotransmitters, and addiction to trauma: Toward a psychobiology of posttraumatic stress, *Biological Psychiatry* 20, 314-325.
- Van der Kolk, B.A. (1989): The compulsion to repeat the trauma: Re-enactment, revictimization, and masochism. *Psychiatric Clinics of North America* 12, 389-411.
- Van der Kolk, B.A. (1994): The body keeps the score. Memory and the evolving psychobiology of PTSD. *Harvard Review of Psychiatry* 1, 253-265.

- Van der Kolk, B. A., McFarlane, A.C., Weisaeth, L.* (2000): Traumatic Stress Grundlagen und Behandlungsansätze. Erweiterte deutsche Ausgabe hrsg. von *Märrens, M., Petzold, H.G.* Paderborn: Junfermann.
- van Etten, M.L., Taylor, S.* (1998): Comparative efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 5, 126-144.
- van Wimersma-Greidanus, T.B., Ritger, H.* (1989): Hormonal regulation of learning. In: *Bush, F.R., Levine, S.* (Hg.): *Psychoendocrinology*. San Diego: *Academic Press*, 271-306.
- Vygotsky, L. S.* (1931, 1992): *Geschichte der höheren psychischen Funktionen*. Münster: LIT-Verlag
- Vygotsky, L. S.* (1931-1933, 1996): *Emotionen und belebte Materie – Das spinozianische Programm der Psychologie*. Münster: LIT-Verlag
- Vygotsky, L. S.* (1932, 1982): *Lekcii po psichologii*. Gesammelte Werke, Bd. 2: 363-465 [dt. (1996): *Vorlesungen über Psychologie*. Marburg: BdWi-Verlag
- Vygotsky, L. S.* (1982-84): *Gesammelte Werke in 6 Bänden* (hrsg. von *A.R. Lurija, A.N. Leont'ev, A.V. Zaporozec, V.V. Davydov*). Moskau: Pedagogika.
- Wallon, H.* (1931): Comment se developpe, chez l'enfant, la notion du corps propre, *Journal de Psychologie* 28, 705-748.
- Wallon, H.* (1959): *Psychologie et éducation de l'enfance, Buts et méthodes de la psychologie*, in: *Enfance*, Sonderausgabe 1959/1963.
- Weiner, H.* (1992): *Perturbing the organism. The biology of stressful experience*. Chicago.
- Weiss, S.R.B., Li, X.-L., Rosen, J.B., Li, H., Heynen, T., Post, R.M.* (1995): Quenching: Inhibition of development and expression of amygdala kindled seizures with low frequency stimulation. *Neuro Report* 6, 2171-2176.
- Weiss, S.R.B., Li, X.-L., Noguera, E.C., Heynen, T., Li, H., Rosen, J.B., Post, R.M.* (1997): Quenching: Persistent alterations in seizure and afterdischarge threshold following low-frequency stimulation. In: *Corcoran, V.M., Moshe, S.* (eds.), *Kindling*. New York: Plenum Press.
- Welsch, W.* (1987): *Unsere postmoderne Gesellschaft*, Weinheim: Acta Humaniora, 2. Auf. 1988.
- Welsch, W.* (1996) *Vernunft*, Frankfurt: Suhrkamp.
- Wilensky, A.E., Schafe, G.E., LeDoux, J.E.* (2000): The amygdala modulates memory consolidation of fear-motivated inhibitory avoidance learning but not classical fear conditioning. *Journal of Neuroscience* 20: 7059-7066.
- Williams, L. M., Banyard, V. L.* (eds.) (1999): *Trauma & Memory*. London: Sage.
- Wyer, R.S.* (ed.) (1996): *Ruminative thoughts*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Yehuda, R.* (1997): Sensitization of the Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis in Posttraumatic Stress Disorder. In: *Yehuda, McFarlane* (1997) 57-75.
- Yehuda, R.* (2001): Die Neuroendokrinologie bei posttraumatischer Belastungsstörung im Lichte neuroanatomischer Befunde. In: *Streek-Fischer* (2001)43-71.
- Yehuda, R., McFarlane, A. C.* (1997): *Psychobiology of traumatic stress*. New York: New Academy of Science.
- Young-Bruehl, E.* (1991): *Hannah Arendt. Leben, Werk und Zeit*. Frankfurt; Fischer.