

# POLYLOGE

## Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit

Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“

(peer reviewed)

2001 gegründet und herausgegeben von:

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

In Verbindung mit:

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

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

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

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

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

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

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

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

Prof. Dr. päd. **Waldemar Schuch**, M.A., Department für Psychosoziale Medizin, Donau-Universität Krems, Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

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

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

Ausgabe 05/2009

**Stabilisierende Therapeutische Ansätze mit traumatisierten Menschen  
in der Integrativen Therapie und in der Psychodynamischen  
Imaginativen Traumatherapie nach Luise Reddemann**

*Irene Wolfisberg, Bern\**

---

\* Aus der „Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit“, staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Düsseldorf, Hückeswagen <mailto:forschung.eag@t-online.de>, oder: [EAG.FPI@t-online.de](mailto:EAG.FPI@t-online.de), Information: <http://www.Integrative-Therapie.de>) Quelle: POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit bei: [www.fpi-publikationen.de/polyloge](http://www.fpi-publikationen.de/polyloge) Graduiierungsarbeit aus dem Jahre 2005

<b>EINFÜHRUNG</b> .....	<b>3</b>
<b>1. EINLEITUNG</b> .....	<b>5</b>
<b>2. FRAGESTELLUNG DIESER ARBEIT</b> .....	<b>5</b>
<b>3. DIAGNOSTISCHE GESICHTSPUNKTE GEMÄSS ICD-10: AKUTE BELASTUNGSREAKTION, POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG</b> .....	<b>6</b>
3.1 AKUTE BELASTUNGSREAKTION (F43.0) (WELTGESUNDHEITSORGANISATION 1991).....	6
3.2 POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG (F43.1).....	6
<b>4. DIAGNOSTISCHE GESICHTSPUNKTE GEMÄSS IT</b> .....	<b>6</b>
<b>5. STABILISIERUNG</b> .....	<b>7</b>
5.1 NEUROWISSENSCHAFTLICHE ASPEKTE.....	7
5.2 PSYCHOLOGISCHE ASPEKTE.....	9
5.3 PSYCHOSOZIALE ASPEKTE.....	10
DAS NUN FOLGENDE KAPITEL BERUHT VORWIEGEND AUF DEM ARTIKEL INTEGRATIVEN FAMILIENTHERAPIE BEI TRAUMABELASTUNGEN UND SUCHTPROBLEMEN VON PETZOLD, JOSIĆ , ERHARDT 2003. ....	10
„JEDER MENSCH IST NUR IN DEM FELDE SEINER UMGEBENDEN EINFLÜSSE ZU BEGREIFEN“ (PETZOLD, JOSIĆ , ERHARDT 2003, 17). DEREN AUFFORDERUNGSSCHARAKTER LÄSST HANDLUNGSANTWORTEN ENTSTEHEN, DIE SINNVOLL ODER DYSFUNKTIONAL SIND UND ALLE BETEILIGTEN BETREFFEN. ....	10
5.4 EXISTENZIELLE ASPEKTE.....	12
DIE AUTORIN DIESER ARBEIT BEZIEHT SICH IN DIESEM KAPITEL AUF PETZOLD, WOLF, LANDGREBE UND JOSIĆ (2001) SOWIE PETZOLD (2001A).....	12
<b>6. BEHANDLUNGSANSÄTZE DER INTEGRATIVEN THERAPIE</b> .....	<b>14</b>
INTEGRATIVE TRAUMATHERAPIE.....	17
GENERELLER ANSATZ.....	17
STÖRUNGSSPEZIFISCHER ANSATZ.....	17
<b>7. STABILISIERENDE TECHNIKEN IN DER INTEGRIERENDEN UND DIFFERENTIELLEN REGULATION (IDR-T) FÜR POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNGEN</b> .....	<b>17</b>
<b>8. PSYCHODYNAMISCH IMAGINATIVE TRAUMATHERAPIE PITT NACH LUISE REDDEMANN</b> .....	<b>18</b>
<b>9. STABILISIERENDE TECHNIKEN IN DER PITT</b> .....	<b>21</b>
<b>10. DISKUSSION</b> .....	<b>23</b>
<b>11. ZUSAMMENFASSUNG</b> .....	<b>25</b>
<b>12. LITERATUR</b> .....	<b>25</b>

## Einführung

**Fragestellung:** In der Arbeit mit traumatisierten Menschen geht es zuerst einmal um Krisenintervention und Stabilisierung. Die Autorin sucht nach einem die Integrative Therapie ergänzenden Hilfsmittel, mit dem sich betroffene selber beruhigen und stabilisieren können. Sie stellt die Frage, ob die Übungen der Psychodynamischen Imaginativen Traumatherapie nach *Luise Reddemann* in die Integrative Therapie integriert werden können.

Es werden zunächst **diagnostische Gesichtspunkte** von Traumafolgestörungen gemäss ICD-10 und gemäss IT beleuchtet.

Die Weltgesundheitsorganisation WHO beschreibt in der **ICD-10** 1991 mehrere Reaktionsmöglichkeiten auf schwere Belastungen. Ihr Zugang ist phänomenologischer Art. Störungen werden gemäss einer klassifikatorischen Statusdiagnostik festgehalten. Es wird hier auf zwei eingegangen: die akute Belastungsreaktion (F43.0) und die Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1).

Die IT hingegen ist einer prozessualen Diagnostik verpflichtet. Diese Art der Diagnostik ist sehr hilfreich in der Behandlungsplanung und ist selber schon Intervention („Theragnostik“). In der IT kann auch mit Hilfe der Säulen der Identität diagnostiziert werden. Denn ein Trauma wirkt sich auf alle Bereiche der Identität aus.

Ausgegangen wird von der Hypothese, dass **Stabilisierung** ein erstes Ziel in der Behandlung von traumatisierten Menschen ist. Um die Komplexität dieses Geschehens annähernd zu verstehen, sind verschiedene Sichtweisen erforderlich:

**Neurowissenschaftliche Aspekte:** Zusammenfassend lässt sich mit *Flatten et al.* (2004) sagen, „dass traumatische Erlebnisse zu akuten und chronischen somatischen Stressreaktionen führen können, die im Sinne einer traumatischen Sensibilisierung zu verstehen sind. Wesentlich sind dabei die enge zentrale Verschaltung von Strukturen der Informationsverarbeitung und Gedächtnisbildung mit den vegetativen Steuerungszentren“ (*Flatten, Hofmann, Reddemann und Liebermann* 2004, 77-78). *Rösinger-Pape* (1998) spricht von konditionierten psychobiologischen Stressantworten, die nach dem Trauma nicht ausgelöscht werden.

Aus neurowissenschaftlicher Sicht ist stabilisierende Arbeit bedeutsam und hat folgende Ziele: Frei sein von Dissoziation und unfreiwilligen Intrusionen sowie Gelingen von physiologischer Stabilisierung (vgl. *van der Kolk, van der Hart, Marmar* 2000). Ein erster Schritt zur Stabilisierung kann ein medikamentöser Sensibilisierungsschutz sein. Allerdings gilt mit Ausnahme der akuten Zustände das Primat der Psychotherapie vor Pharmakotherapie.

**Psychologische Aspekte:** Es ist wichtig, „das ständige Wechseln zwischen den verschiedenen dissoziativen Geisteszuständen unter Kontrolle zu bekommen“ (*van der Kolk, van der Hart, Marmar* 2000, 259). Der Umgang mit traumatischen Erinnerungen soll schliesslich in eine Integration aller dissoziativen Anteile (affektive und somatosensorische) mit den übrigen Erinnerungen zu einer semantisch repräsentierten, autobiographischen Erinnerung führen. Emotionen sollen wieder als Leitsignale für Handlungen benutzt werden können. Hilfreich beim Erlernen der Regulation emotionaler Erregung ist eine sichere Bindung an den Therapeuten.

Gemäss *Van der Kolk, McFarlane, van der Hart* 2000 beinhaltet die ersten von fünf Therapiephasen bei PTSD („Phase der Stabilisierung“) zwei Vorgehensweisen: erstens, Informationsvermittlung und Aufklärung und zweitens, Identifizierung von Gefühlen durch das Verbalisieren somatischer Zustände. Stabilisierend können zudem heilende emotionale Erfahrungen durch körperliche Aktivitäten, andere angenehme Körpererfahrungen oder künstlerische Betätigung wirken.

**Psychosoziale Aspekte:** Bei traumatisierten Menschen ist immer auch das soziale Netzwerk mit betroffen. „Die Netzwerkstabilität und das Ressourcenmanagement des Netzwerks ist für die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit der einzelnen Netzwerkmitglieder und des Gesamtnetzwerks von zentraler Bedeutung“ (*Petzold, Josić, Erhardt* 2003, 4). Die IT geht von einer alterzentristischen, intersubjektivistischen, polylogischen Persönlichkeitskonzeption aus. Diagnostik

und Intervention werden auf das Netzwerk ausgeweitet. Die erforderliche Performanzmodifikation ist oft auch bei PartnerInnen, Eltern und Freunden nötig.

**Existenzielle Aspekte:** Der Mensch ist psychologisch und (evolutions-)biologisch ausgestattet als Traumaüberwinder in individueller und kollektiver Hinsicht und dies auf kognitiver, emotionaler und physiologischer Ebene. Diese Überwindungsleistungen und sein Wille befähigen den Menschen, dem Bösen aktiv Grenzen zu setzen und das Gute in den Vordergrund zu stellen. Hilfe bieten dabei die Alten Meister der praktischen Seelenführung und deren ‚philosophische Therapeutik‘ (*Seneca, Epictet, Marc Aurel, Cicero*). Diese zielt auf eine Wiederherstellung personaler Integrität und Souveränität ab. Es geht um den Gewinn einer heiteren Lebenshaltung. Üben spielt in der stoischen Therapie eine grosse Rolle. *Petzold* spricht von „**disziplinierte[r] Arbeit an sich selbst**“ (*Petzold 2001a, 389*).

Bei Traumata werden individuelle und kollektive Identitäten beschädigt. „Identität ist ein Scharnier-Konzept, durch das Individuelles und Kollektives verschränkt werden“ (ebd., 363). Individuelle und kollektive ‚Identitätsarbeit‘ sowie „Überwindungsleistungen“ sind erforderlich in der Traumabehandlung.

Es ist von grosser Bedeutung, die PatientInnen als ExpertInnen im Sinne einer ‚doppelten Expertenschaft‘ (ebd., 396) einzubeziehen. Ziel ist Selbstermächtigung der PatientInnen. Besonders wichtig ist *konkretes Handeln*.

Für die **Behandlung von Traumafolgestörungen** werden zuerst allgemeine Behandlungsansätze und Leitsätze der **Integrativen Therapie** dargestellt. Protektiven Faktoren und Resilienzfaktoren werden in Diagnostik und Behandlung systematisch berücksichtigt. Die IT beschreibt einen generellen und einen störungsspezifischen Behandlungsansatz. Im generellen wie im störungsspezifischen Ansatz kommen Sonderformate zum Einsatz, wobei der generelle Ansatz auch ohne Verwendung von Sonderformaten selber schon effektiv ist. Stabilisierung kann entlang der fünf Säulen der Identität geschehen.

Es werden **stabilisierende Techniken in der IT und in der Integrierenden und Differentiellen Regulation-Traumaformat IDR-T** beschrieben. Die IDR-T hat eine „ausgeglichene, ausgewogene ... psychophysiologische *Selbstregulation* des Menschen, eine ‚lockere‘ Spannung, die weder Erschlaffung noch Verspanntheit beinhaltet, sondern eine wache, energiegeladene Gelöstheit darstellt“, zum Ziel (*Petzold 2001b, 512*). Kernelemente der IDR-T sind die Supportive low-level-Stimulierung (SLS) und die Emotionale Modellierung (EM). Die bewusste Kontrolle bleibt eindeutig bei der Patientin. Sofern indiziert ist eine moderate oder indirekte Trauma-Exposition möglich.

Die **Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie PITT nach Luise Reddemann** wird besprochen, insbesondere deren stabilisierenden Techniken. *Reddemann* ist dem Verfahren der Psychoanalyse verpflichtet. Sie unterstellt der Ego-State-Theorie folgend ein „inneres Kind“, mit dem dann gearbeitet werden könne, wenn die aktuellen Lebensaufgaben durch das erwachsene Ich bewältigt worden seien.

*Reddemann* beschreibt Traumatherapie nach Phasen. Die zweite Phase, die hier interessiert, nennt sie die der Stabilisierung. Es werden verschiedene Imaginations-Übungen vorgestellt, die der **Stabilisierung** dienen sollen. Zentral ist dabei das Pendeln zwischen den traumatischen Bildern und einer guten Gegenwelt. Die Übungen haben einen gewissen Aufforderungscharakter. Die sollen dennoch flexibel und angepasst an Klientin und Situation eingesetzt werden. *Reddemann* möchte extreme Regression verhindern. Die Patientin soll die Realitätskontrolle möglichst selbst ausüben. *Reddemann* beschreibt das Dilemma der Traumatherapie: Einerseits wird der Umgang mit Gefühlen von traumatisierte Menschen oft als sehr belastend erlebt, andererseits ist es jedoch nötig, dass diese wieder „Vertrauen zu sich und ihren Gefühle aufbauen“ können (*Reddemann 2004, 83*).

Schliesslich wird der Versuch unternommen, die **Techniken der PITT im Verfahren der IT einzuordnen**, und die PITT wird kritisch durchleuchtet. Die Übungen von *Reddemann*, die zum Teil bereits in den 70er Jahren von *Petzold* entwickelt wurden, können in die IT integriert werden als Techniken. Sie eignen sich insbesondere dann zur Krisenintervention, wenn auf die leibliche Verankerung geachtet wird. Am Trauma wird deutlich, wie unsinnig die einseitige Sichtweise von Psycho-Therapie ist.

## 1. Einleitung

Die Klientel der Beratungsstelle, an der ich seit 1999 arbeite, setzt sich vorwiegend aus von Gewalt betroffenen Frauen und Kindern zusammen (es handelt sich um eine sogenannte Opferhilfestelle). Dabei geht diese Gewalt meist von Bezugspersonen aus. In der täglichen Arbeit entstand das Bedürfnis, diesen Menschen im Sinne von Krisenintervention ein die Integrative Therapie (IT) ergänzendes Hilfsmittel zur Verfügung zu stellen, mit dem sie sich selber beruhigen und stabilisieren können.

Kurz nach Stellenantritt 1999 bin ich auf die Arbeit von *Luise Reddemann* gestossen. Ich habe zusammen mit vielen gestandenen Integrativen - und Gestalttherapeuten bei ihr eine Weiterbildung besucht und stelle fest, dass ihre Kurse in der „Gestaltszene“ weiterhin sehr beliebt sind. Das gleiche gilt für die Opferhilfe, wo der Band „Imagination als heilsame Kraft - Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren“ sehr verbreitet anzutreffen ist und oft als Rezeptbuch für Traumatherapie missverstanden wird. Das ist für mich Grund genug, einen Teil meiner Graduierungsarbeit auch dieser Arbeit zu widmen.

Der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie (PITT) gegenüber als Ganzes bin ich kritisch eingeschult, denn sie ist dem Verfahren der Psychoanalyse verpflichtet (allerdings einer Psychoanalyse moderner Prägung). Zudem postulierte *Reddemann* bis vor kurzem ein rigide anmutendes Phasenmodell der Traumatherapie, mit dem ich mich als angehende Integrative Therapeutin schwer tue. Mittlerweile hat sie sich davon distanziert (*Reddemann* 2004). So hält sie zum Beispiel Traumakonfrontation nicht mehr für unbedingt erforderlich für ein erfolgreiches Bewältigen der Traumatisierung und damit ist sie in der Fachwelt nicht alleine.<sup>1</sup> Schliesslich besteht durch das Konzept des „inneren Kindes“, mit dem *Reddemann* arbeitet, die Gefahr der Ideologisierung.

Ich werde mich im Rahmen dieser Arbeit auf die stabilisierenden Techniken beschränken, in der Meinung, Stabilisierung sei in Krisensituationen enorm wichtig.

## 2. Fragestellung dieser Arbeit

Zuerst wird die Frage der Diagnostik von traumabedingten Störungen gestellt; dies im Lichte der ICD-10 und der IT.

Ausgehend von der Hypothese, dass Stabilisierung ein erstes Ziel in der Behandlung von traumatisierten Menschen ist, interessiert die Frage, was Stabilisierung in diesem Zusammenhang genau bedeutet? Dazu werden neurowissenschaftliche, psychologische, psychosoziale und existentielle Aspekte von Stabilisierung beleuchtet.

Danach werden die Integrative Therapie IT und die Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie PITT vorgestellt.

Was bieten die Integrative Therapie (IT) und die Integrierende und Differentielle Regulation (IDR-T) zur Stabilisierung an? Was die Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie (PITT) von *Luise Reddemann*?

Und schliesslich: Inwiefern kann die Integrative Therapie Elemente aus der Arbeit von *Reddemann* integrieren? Meine These ist die, dass sich *Reddemanns* stabilisierenden Übungen durchaus in die IT integrieren lassen.

Es werden Praxisbeispiele aus der IT und der PITT in die Arbeit aufgenommen.

---

<sup>1</sup> Eine ausführliche Auseinandersetzung mit der Frage nach Traumaexposition sprengte den Rahmen dieser Darstellung. Mehr dazu vgl. *Petzold* 2000, 514.

### **3. Diagnostische Gesichtspunkte gemäss ICD-10: Akute Belastungsreaktion, Posttraumatische Belastungsstörung**

Bei der Diagnostik des ICD-10 handelt es sich um einen phänomenologischen Zugang. Störungen werden gemäss einer klassifikatorischen Statusdiagnostik festgehalten (*Petzold, Steffan* 2000). Es werden dabei zunächst die wichtigsten, charakteristischsten klinischen Merkmale beschrieben und mit weniger wichtigen ergänzt. Damit wird versucht, ein gutes Mass an Flexibilität zu erhalten. Die ICD-10 erhebt nicht den Anspruch darauf, abschliessend Aussagen über mögliche Ursachen einer Störung zu machen oder bestimmte Behandlungsvorschläge zu formulieren. Sie zielt vielmehr darauf hin, ein Instrument zur Verfügung zu stellen, mit dessen Hilfe die Fachwelt sich austauschen kann.

Die ICD-10 unterscheidet mehrere Reaktionsmöglichkeiten auf schwere Belastungen. Hier soll nur auf deren zwei eingegangen werden: die akute Belastungsreaktion und die posttraumatische Belastungsstörung.

#### **3.1 Akute Belastungsreaktion (F43.0) (Weltgesundheitsorganisation 1991)**

Die Akute Belastungsreaktion ist von vorübergehender Art, sie beginnt wenige Minuten nach einem belastenden Ereignis, das die Bewältigungsmechanismen des betroffenen Menschen überfordert und dauert maximal zwei bis drei Tage an. Die Entwicklung einer akuten Belastungsreaktion ist auch abhängig von der persönlichen Vulnerabilität. Die akute Belastungsreaktion kann sich durch folgende Merkmale auszeichnen: Betäubung, Bewusstseinsbeeinträchtigung, eingeschränkte Aufmerksamkeit, Desorientierung, Unfähigkeit Reize zu verarbeiten, Rückzug, dissoziativer Stupor, Unruhezustand, Überaktivität, Fluchtreaktion oder Fugue, vegetative Zeichen von Angst wie Tachykardie, Schwitzen, Erröten, teilweise oder vollständige Amnesie für diese Episode. Diese Symptome wechseln sich in kurzen Abständen ständig ab. Wenn der betroffene Mensch aus der schädigenden Umgebung heraustritt, kommt es zu einer schnellen Remission. Auch in den anderen Fällen kommt es zu einer Remission, so dass die Symptome nach wenigen Tagen fast ganz verschwinden.

#### **3.2 Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)**

An dieser Stelle sei die viel genannte Definition der PTSD gemäss ICD-10 zitiert: Es handelt sich bei der PTSD (Posttraumatic Stress Disorder) um „eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypigen Ausmasses (kurz oder langanhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Verstörung hervorrufen würde“ (*Weltgesundheitsorganisation* 1991). Die Merkmale einer PTSD lassen sich in drei Merkmalsgruppen unterteilen:

*Nachhaltige Erregung* (mit Schreckhaftigkeit, erhöhter Wachsamkeit, Schlafstörungen, Wutausbrüchen, Konzentrationsschwächen),

*Intrusion* (mit flashbacks, Träumen oder Alpträumen und quälenden Erinnerungen)

und *Vermeidung* von allem, was Erinnerungen an die traumatisierende Situation hervorrufen bei gleichzeitigem Gefühl des Betäubtseins, Erstarrung, Teilnahmslosigkeit und Anhedonie.

Die Störung beginnt Wochen bis Monate nach dem traumatisierenden Erlebnis. „Der Verlauf ist wechselhaft, in der Mehrzahl der Fälle kann jedoch eine Heilung erwartet werden“ (*Weltgesundheitsorganisation* 1991, 157).

### **4. Diagnostische Gesichtspunkte gemäss IT**

Grundsätzlich geht die Integrative Therapie davon aus, dass Traumata Folgen von extremer externer oder interner Über- oder Unterstimulierung sind. Externe Überstimulierungen entstehen zum Beispiel durch Verletzungen oder Misshandlungen, interne durch Krankheit oder Vergiftung (*Petzold* 1996<sup>3</sup>).

Die IT ist einer prozessualen Diagnostik verpflichtet, die viel umfassender ist, als die Statusdiagnostik, wie die ICD-10 sie vorsieht. Gesundheit und Krankheit sind zwei Pole eines Prozesses. Krankheit wird nicht als Status diagnostisch festgeschrieben, sondern intersubjektiv in

Ko-respondenz von Therapeutin und Patientin prozessual ermitteln. Diese Art der Diagnostik ist sehr hilfreich auch in der Behandlungsplanung und ist selber schon Intervention (deshalb wird sie auch „Theragnostik“ genannt). Sie stellt folgende Fragen, die gleichzeitig der Diagnostik und der Wahl der Behandlungsstrategien dienen (*Petzold 1991-1993*):

- Was ist und was erhält gesund und funktionsfähig und muss erhalten werden? Mit dieser Frage wird in der IT dem salutogenetischen Ansatz (*Antonovsky 1997*) Rechnung getragen.
- Was ist gestört / beeinträchtigt und muss restituiert werden?
- Was ist nicht restituierbar und muss bewältigt werden?
- Was ist defizient und muss bereitgestellt werden?
- Falls nicht anders möglich: Was muss bewältigt werden?
- Was ist noch nicht genutzt und könnte erschlossen werden?

Die zu betrachtenden Bereiche betreffen also Bedürfnisanalyse, Problem- und Konfliktanalyse, Leibfunktionsanalyse, Lebensweltanalyse, Kontinuum-Analyse, Ressourcen-Analyse und Interaktions-Analyse (vgl. *Petzold 1996*).

Eine Diagnose lässt sich in der IT auch mit Hilfe der Säulen der Identität stellen. Als diese gelten der Leib, die sozialen Beziehungen, Arbeit und Leistung, materielle Sicherheit sowie Werte und Normen. Ein Trauma wirkt sich auf allen diesen Bereichen der Identität aus. Diese fünf Säulen der Identität können zugleich als Ressourcenmodell angesehen werden.

*Jordi (2001)* nennt weitere (die ICD-10-Klassifikation übersteigende) und für die Arbeit mit traumatisierten Menschen sinnvollere Möglichkeiten der Einteilung von Reaktionen auf traumatisierende Ereignisse. So unterscheidet sie nach Dauer, Häufigkeit und Art der Exposition des schädigenden Einflusses und ergänzt das Konzept der PTSD mit weiteren Konzepten: komplexe posttraumatische Belastungsstörung, Störungen durch Extrembelastungen (dieses wird der oft anzutreffenden Komorbidität bei PTSD gerechter als die herkömmlich ICD-10-Diagnose.).

## 5. Stabilisierung

Um die Komplexität dieses Geschehens annähernd zu verstehen, sind verschiedene Sichtweisen erforderlich. Das nun folgende Kapitel befasst sich deshalb mit neurowissenschaftlichen, psychologischen, psychosozialen und existentiellen Aspekten der Stabilisierung bei traumabedingten Störungen.

### 5.1 Neurowissenschaftliche Aspekte

In diesem Kapitel werden die wichtigsten Erkenntnisse der Neurowissenschaften zur Traumatherapie erwähnt, ohne auf deren Grundlagen einzugehen. Für eine vertiefte Auseinandersetzung wird auf *Yehuda* und *McFarlane 1997* als Übersicht hingewiesen.

*Flatten, Hofmann, Reddemann* und *Liebermann* listen die wichtigsten physiologischen, biochemischen und verhaltensmässigen Auffälligkeiten bei von PTSD betroffenen Patienten auf (*Flatten, Hofmann, Reddemann* und *Liebermann 2004, 77-78*):

1. Überhöhte Reaktion auf die Präsentation eines an das Ursprungstrauma erinnernden Reizes:  
Erhöhte Werte beim EMG-Tonus, der Herzrate, des Blutdruckes und der Hautleitfähigkeit  
Rechts-Shift im EEG im Sinne einer Übererregung  
Analgesie und endogene Opiat-Aktivität
2. Veränderungen bei PTSD, die auch in Ruhe auftreten:  
Erhöhte Schreckhaftigkeit  
Erniedrigte Cortisolwerte im Blut  
Erhöhte Ruhewerte des Corticotropin-Releasing-Hormons im Liquor  
Erhöhter  $\beta$ -Endorphin-Spiegel  
Ruhewerte von Herzrate, Blutdruck, Hautleitfähigkeit evt. erhöht

Verminderte P300-Amplitude im EEG und grössere Kohärenz innerhalb der linken Hemisphäre im EEG.  
Abnahme der Differenziertheit der Verarbeitung in der sprachkompetenten linken Hemisphäre.  
Schlafstörungen. Schlaf insgesamt kürzer und weniger erholsam.  
Widersprüchliche Befunde hinsichtlich Hippocampusvolumen (evt. traumaabhängige Verminderung der Hippocampusvolumina).

„Zusammenfassend lässt sich derzeit sagen, dass traumatische Erlebnisse zu akuten und chronischen somatischen Stressreaktionen führen können, die im Sinne einer traumatischen Sensibilisierung zu verstehen sind. Wesentlich sind dabei die enge zentrale Verschaltung von Strukturen der Informationsverarbeitung und Gedächtnisbildung mit den vegetativen Steuerungszentren. ... Auch die neuroendokrिनologischen Befunde sprechen für eine Sensibilisierungsreaktion zentraler stressregulierender Hormon- und Transmittersysteme“ (ebd., 78-79). Diese Befunde lassen auch Rückschlüsse auf andere, mit der PTSD zusammenhängende komorbide Störungen und deren Behandlung zu.

Traumatisierte Menschen reagieren auf minimalen Stress mit extremer Über- oder Untererregung. „Es handelt sich offenbar um konditionierte psychobiologische Stressantworten, die nach dem Trauma nicht ausgelöscht werden“ (Rösinger-Pape 1998, 290).

Die Amygdala vergisst nicht. Sie erzeugt Gedächtnisrepräsentationen. Bei traumatisierten Menschen sind eine Überaktivität der Amygdala und eine Minderaktivität des Stirnhirnes feststellbar (Roth 2004, 75). Amygdala und Hippocampus speichern Informationen auf unterschiedliche Weise. Der Hippocampus tut dies deklarativ. Die Amygdala speichert nicht Begriffe, sondern Reizassoziationen. Sie kann einerseits durch Erfahrungen dressiert werden, andererseits können diese erlernten Reaktionen durch Erfahrung ‚gelöscht‘ werden (z.B. in der Traumatherapie). Damit wird die emotionale Erinnerung nicht komplett ausgeradiert, sondern der Kontrolle des *medialen*<sup>2</sup> frontalen Kortex unterstellt. Aus neurowissenschaftlicher Sicht macht eine neue Bahnung dies möglich. Dies geschieht entweder durch top-down-Strategien (kognitives „Aussteigen“, Stoppen, Neue-Erfahrungen-Machen) oder durch bottom-up-Strategien (z.B. durch Krankengymnastik) (persönliche Mitteilung von Ilse Orth 28.02.04).

Aus neurowissenschaftlicher Sicht ist stabilisierende Arbeit wichtig und hat folgende Ziele: Frei sein von Dissoziation<sup>3</sup> und unfreiwilligen Intrusionen sowie Gelingen von physiologischer Stabilisierung (vgl. van der Kolk, van der Hart, Marmar 2000). Denn das „intrusive Wiedererleben ist, eher noch als das traumatische Ereignis selber, der Grund für komplexen bio-behavioralen Veränderungen, die wir PTBS nennen“ (Van der Kolk, McFarlane, van der Hart 2000, 310). Dissoziierte Aspekte der Erfahrung können ständig weiter retraumatisieren.

Ein erster Schritt zur Stabilisierung kann eine pharmakologische Intervention sein, um zu verhindern, dass sich die Assoziationen des Schreckens im von der Amygdala<sup>4</sup> gesteuerten Teil des Gedächtnisses festsetzt. Über diesen hat das Bewusstsein keine Kontrolle mehr. Pitman erzielte Hoffnung versprechende Resultate mit einem Betablocker (Wirkstoff Propanolol), den er als Akutpräparat einsetzte. Scheinbar wirkte Propanolol als prophylaktisches Mittel gegen posttraumatische Stressreaktionen und half, eine Konditionierung der Traumareaktionen zu verhindern; es wirkte also quasi als medikamentöser Sensibilisierungsschutz. Nun wird der Frage nachgegangen, ob derselbe Wirkstoff auch bereits vorhandene posttraumatische Stresssymptome lindern kann (Glomp 2004). Bekannt ist zudem aus einer Studie von Saxe *et al.* 2001,<sup>5</sup> dass Kinder mit schweren Verbrennungsverletzung, die in der Akutversorgung eine hohe analgetisch wirksame Medikation erhielten, weniger PTSD-Symptome entwickelten als weniger gut versorgte Kinder mit

<sup>2</sup> Der Sitz des Arbeitsgedächtnisses und der bewussten Steuerung befindet sich im *lateralen* frontalen Kortex, der mit der Amygdala kaum Verbindungen unterhält. Gemäss LeDoux kann die Amygdala unsere Gedanken weitaus stärker beeinflussen als unsere Gedanken die Amygdala (vgl. Saum-Aldehoff 2004, 39).

<sup>3</sup> Dissoziatives Verhalten ist als Schutzmechanismus bei wiederholender Traumatisierung erlernbar (Flatten *et al.* 2004, 84).

<sup>4</sup> „Schaltzentrale der Angst“

<sup>5</sup> Saxe G. *et al.* (2001) : Relationship between acute morphine and the course of PTSD in children with burns. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 8/2001, 915-921.



gleichen Verletzungen. *Flatten et al.* 2004 halten sowohl eine pharmakotherapeutische „Abschirmung“ und Dämpfung als auch eine Blockade der endokrinologischen Stressreaktion für denkbar. Der Einsatz von Psychopharmaka wird in dieser ersten Phase besonders empfohlen (*Van der Kolk, McFarlane, van der Hart* 2000); als ebenso wichtig werden sinnvolle Körperübungen und Ernährung, die Teilnahme an Entspannungsübungen sowie Übungen zur Anti-Stress-Impfung erachtet.

*Flatten et al.* 2004, plädieren für eine Einbettung psychopharmakologischer Massnahmen in eine tragende therapeutische Beziehung und halten diese medikamentöse Unterstützung insbesondere bei Koexistenz mit psychiatrischen Störungsbildern und chronisch therapierefraktärem Verlauf für unabdingbar (so zum Beispiel bei Persistenz von Hyperarousal-Symptomen mit oder ohne Intrusionen). Es gilt jedoch zur Zeit das Primat der Psychotherapie vor Pharmakotherapie. Ausnahmen bilden gemäss *Flatten et al.* 2004 die wie bereits erwähnten akuten Zustände.

Am Trauma wird deutlich, wie unsinnig die einseitige Sichtweise von Psycho-Therapie ist. „Die physiologische Bedingtheit bewusster und natürlich auch unbewusster psychischer Zustände lässt sich eindeutig nachweisen. ... Viel wichtiger ist aber die Tatsache, dass die Neurobiologie auf die Beschreibungsebene der Psychologie niemals verzichten kann, weil diese Beschreibungsebene gar nicht aus dem neuronalen Geschehen ableitbar ist. ... Geist, Bewusstsein, Psyche ... fügen sich in das Naturgeschehen ein, sie übersteigen es nicht“ (*Roth* 2004, 75).

## 5.2 Psychologische Aspekte

Besonders wichtig ist gleich zu Beginn der Behandlung, dass sich der traumatisierte Mensch körperlich und emotional in einer sicheren Umgebung befindet.<sup>6</sup> *Flatten et al.* (2004) fordern ein streng individualisiertes Vorgehen in der Erstbetreuung nach erfolgter Traumabelastung. Denn die individuelle Reaktion ist nur teilweise durch objektive Traumataschwere verstehbar.

„Ausschlaggebend ist vielmehr die subjektive Überforderung“ (*Flatten et al.* 2004, 83). Psychologische Stabilität ist erreicht, wenn ein Gefühl der Sicherheit, der Kontrolle und Vorhersagbarkeit der Situation durch Dekonditionierung der Angst entstanden ist, wenn physiologische und biologische Belastungsreaktionen kontrolliert werden können, wenn ein adäquater Umgang mit den überwältigenden Erfahrungen gelingt und verlässliche soziale Bindungen etabliert sind. Dies geschieht, indem Anpassungsleistungen gefördert werden (vgl. *van der Kolk, van der Hart, Marmar* 2000). Aus dieser psychologischen Stabilität heraus resultieren eine individuelle und eine interindividuelle Wirksamkeit, ein Gefühl, selber etwas bewirken zu können. Dem traumatisierten Menschen gelingen nun Handlungen, die sich auf die Folgen des Traumas positiv auswirken.

Für Menschen, die mit Dissoziation auf traumatisierende Erlebnisse reagieren, ist es wichtig, „das ständige Wechseln zwischen den verschiedenen dissoziativen Geisteszuständen unter Kontrolle zu bekommen“ (*van der Kolk, van der Hart, Marmar* 2000, 259). Dies vermögen sie, indem sie sich selber und die Umgebung mit allen ihren Sinnen wahrnehmen und erfassen und die begleitenden Emotionen benennen. Hilfreich können auch im Voraus verabredete Berührungen durch die Therapeutin sein.

Weitere Strukturierungshilfen, die die psychologische Stabilität fördern, sind Stundenpläne, Regelmässigkeit bei Terminen sowie bei Essens- und Schlafenszeiten und bei Aktivitäts- und Ruhe-Phasen; ausserdem stabile soziale Netzwerke (s. folgendes Kapitel), das gemeinsame Überdenken der Folgen von traumabedingten Handlungen<sup>7</sup> und nicht zuletzt sportliche Betätigung.

*Van der Kolk, van der Hart und Marmar* halten Hypnose für eine gute Methode, die helfen kann, Kontrolle über „unerwünschtes Eindringen traumatischer Erinnerungen zu gewinnen“ (ebd., 260). Zudem gilt es, die Auslöser von dissoziativen Episoden zu identifizieren.

Der Umgang mit traumatischen Erinnerungen soll schliesslich in eine Integration aller dissoziativen Anteile (affektive und somatosensorische) mit den übrigen Erinnerungen zu einer integrierten, semantisch repräsentierten, autobiographischen Erinnerung führen. Therapieziel ist die volle Anteilnahme an der Gegenwart (*Van der Kolk, McFarlane, van der Hart* 2000). Emotionen sollen

<sup>6</sup> So muss zum Beispiel verhindert werden, dass durch „Täterkontakt“ weitere Traumatisierungen passieren.

<sup>7</sup> Z.B. Überdenken von Vermeidungsverhalten, das schliesslich die Fixierung an die Vergangenheit festschreibt. Diese Fixierung kann unterschiedliche Formen annehmen (vgl. *Van der Kolk, McFarlane, van der Hart* 2000).

wieder als Leitsignale für Handlungen benutzt werden können. Angestrebt wird dabei, überwältigende Emotionen und pathologische Abwehrmechanismen unter Kontrolle zu halten, u.a. durch Konzentration auf den Inhalt statt auf den Affekt.

*Van der Kolk, McFarlane, van der Hart* 2000, schlagen eine phasenorientierte Behandlung der PTSD vor. Sie nennen die erste (von fünf) Phasen „Stabilisierung“. Diese Phase müsse in komplexen Fällen häufig wiederholt werden. Sie beinhaltet zwei Vorgehensweisen: Erstens: Informationsvermittlung und Aufklärung; der Patient lernt, seine Intrusionen und sein Vermeidungsverhalten zu verstehen. Dies ermöglicht ihm Abstand zu dem traumatisierenden Ereignis zu gewinnen. Er entwickelt ein Zeitgefühl und es wird ihm möglich, „zwischen den traumabezogenen Gedanken und Gefühlen eine bewusste Verbindung herzustellen“ (*Van der Kolk, McFarlane, van der Hart* 2000, 319). Somit lassen sich die Auslöser von Erinnerungen an das Trauma und dessen vegetativen, kognitiven und behavioralen Reaktionen aufzeigen. Zweitens: Identifizierung von Gefühlen durch das Verbalisieren somatischer Zustände. Bei traumatisierten Menschen verlieren Emotionen ihre Alarmfunktion. „Eine Dissoziation zwischen emotionaler Erregung und zielgerichteter Handlung wird aufgebaut“ (ebd., 319). Damit werden Gefühle an sich als bedrohlich erlebt (sie können nicht adäquat neutralisiert werden) und es kommt zur Vermeidung aller Gefühle oder zur Auslösung von schädigenden Handlungsantworten. Deshalb ist es wichtig, für emotionale Zustände Worte zu finden. „Das Benennen der Gefühle verleiht dem Patienten ein subjektives Gefühl der Kontrolle und eine mentale Flexibilität, die den Vergleich mit anderen Emotionen und anderen Situationen ermöglicht“ (ebd., 319). Damit wird es ihnen wieder möglich zu unterscheiden zwischen dem, wie sich etwas anfühlt (Erinnerungsauslöser) und dem, was tatsächlich geschieht (Reaktion). Es geht also darum, Ereignisse in Raum und Zeit zu lokalisieren, „zu lernen, die eigenen Erfahrungen zu meistern und zu ‚besitzen‘“ (ebd., 320). Schliesslich gelingt es auch, intensive Emotionen zu tolerieren ohne dabei gleich überwältigt zu werden und es wird letztlich möglich, die Erfahrungen zu kommunizieren. Die „Umwandlung des Trauma-Gedächtnisses in ein narratives Gedächtnis“ (ebd., 321) wird ermöglicht. „Mit anderen Worten, das, was zur Zeit noch implizites Gedächtnis ist, muss zu explizitem, autobiographischem Gedächtnis werden“ (ebd., 321). Hilfreich beim Erlernen der Regulation emotionaler Erregung ist eine sichere Bindung an den Therapeuten oder an Gruppenmitglieder in traumabezogenen Gruppenpsychotherapien.<sup>8</sup> Stabilisierend können nach den selben Autoren zudem heilende emotionale Erfahrungen durch körperliche Aktivitäten, andere angenehme Körpererfahrungen oder künstlerische Betätigung wirken.

### **5.3 Psychosoziale Aspekte**

*Das nun folgende Kapitel beruht vorwiegend auf dem Artikel Integrativen Familientherapie bei Traumabelastungen und Suchtproblemen von Petzold, Josić , Erhardt 2003.*

*„Jeder Mensch ist nur in dem Feld seiner ihn umgebenden Einflüsse zu begreifen“ (Petzold, Josić , Erhardt 2003, 17). Deren Aufforderungscharakter lässt Handlungsantworten entstehen, die sinnvoll oder dysfunktional sind und alle Beteiligten betreffen.*

Bei traumatisierten oder suchtkranken Menschen ist immer auch das soziale Netzwerk mit betroffen. „Die Netzwerkstabilität und das Ressourcenmanagement des Netzwerks ist für die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit der einzelnen Netzwerkmitglieder und des Gesamtnetzwerks von zentraler Bedeutung“ (ebd., 4). Der mit Traumabelastungen verbundene Ressourcenverlust verlangt nach intensiven Sozialinterventionen, Netzwerk- und sozialökologischer Arbeit. Diese Interventionen erfordern ein breites Spektrum an spezifischen Techniken, um schliesslich auch die Interaktionskultur von Familien zu beeinflussen. „Trauma- und Suchttherapie

---

<sup>8</sup> Die therapeutische Beziehung kann gemäss *Van der Kolk, McFarlane, van der Hart* 2000 dazu eingesetzt werden, die Psyche des Patienten zusammenzuhalten, wenn die Bedrohung der körperlichen Desintegration erneut durchlebt wird.

brauchen unbedingt soziotherapeutische und agogische Massnahmen ..., um sinnvolle Beschäftigung, soziale Aktivität, Vernetzung in Alltagskontexten zu fördern“ (ebd., 14).

„Der familientherapeutische Ansatz der IT versteht sich, und das ist ein Spezifikum, als Therapie mit dem *identitätsstiftenden* ‚Netzwerk in der Zeit‘, mit dem ‚Konvoi‘ ... , denn wir sind nicht allein auf unserem Lebensweg. Netzwerk- und Konvoianalyse ... lassen Stabilität/Resilienz oder Instabilität/Vulnerabilität<sup>9</sup> der Persönlichkeit mit ihren Strukturen *Selbst, Ich, Identität* ... erkennen“ (ebd., 16).

Es können in der Integrativen Familien- und Netzwerktherapie je nach Indikation einzeln oder kombiniert alle Wege der Heilung zum Einsatz kommen. Manchmal ist auch eine „begleitende *dyadische Therapie*“ oder eine IDR erforderlich.

Die IT geht von einer alterzentristischen, intersubjektivistischen, polylogischen Persönlichkeitskonzeption aus. Alterzentrierung (Zentrierung der Selbstwerdung im Anderen) und Mutualität bilden die Grundlage für Sozialinterventionen. „In Familien, sozialen Gruppen wird ‚sozialer Sinn‘ geschaffen, kollektiver Sinn weitergegeben ... Aus diesen Überlegungen suchen TherapeutInnen dieses Ansatzes immer wieder den konkreten Lebensraum des Menschen ... auf, um den Kontext der KlientInnen und ihre Lebenslage konkret zu erfahren und diese auch mitzugestalten“ (ebd., 7). Der Therapeut bietet Affiliationsmöglichkeiten mit Aufforderungscharakter, die Resonanzen zur Folge haben, die „wie von selbst“ geschehen“ (ebd., 8). Dieses Vorgehen lässt sich auch neurowissenschaftlich untermauern (s. oben, Kapitel zu den neurowissenschaftlichen Aspekten).

In der Integrativen Familientherapie sind verschiedene soziale Netzwerke im Zentrum des Interesses: familienbezogene, freundschaftliche, berufsbezogene, schulbezogene und nachbarschaftliche. Dabei sollte auch über Indikation und der Fokuswahl nachgedacht werden: Ist eine Einzeltherapie oder eher eine Beratung des Netzwerkes erforderlich?<sup>10</sup> Deshalb wird auch die Diagnostik auf das Netzwerk ausgeweitet. Es stellt sich gleich zu Beginn die Frage nach den Problemen, Ressourcen und Potentialen (PRP) des Netzwerkes. Als bedeutungsvolle Netzwerkintervention gilt die „Information aller ‚bedeutsamen Anderen““ (ebd., 12), um deren Unterstützung zu mobilisieren, dies immer vor dem Hintergrund des Korrespondenzmodells.<sup>11</sup> Die Netzwerkmitglieder werden zu Helfern, Moderatoren und Wegbegleitern, protektivem Faktor und „Schutzschild““ (ebd., 16).<sup>12</sup> Sinnvolle Netzwerkarbeit kann zur „Stabilisierung der *prekären Lebenslage*“ (ebd., 15) führen.

*Petzold, Josić und Erhardt* betonen die Wichtigkeit von Performanz in der IT. Es soll eine „Verschränkung von *Wahrnehmen-Verarbeiten-Handeln*“ stattfinden (ebd., 19), eine Performanz des Denkens, Fühlens, Wollens und Handelns des Klienten *und* seiner Interaktionspartner im jeweiligen Netzwerk. Oft ist auch eine Performanzmodifikation der PartnerInnen, Eltern, Freunde etc. nötig. Es soll möglichst auch mit der Ursprungsfamilie und wichtigen früheren Freunden veränderungswirksam gearbeitet werden, um destruktiven Entwicklungen vorzubeugen.

Unverzichtbar ist in der Integrativen Familien- und Netzwerktherapie auch der Einbezug des „Aspekts des ‚*zwischenleiblichen*‘ Miteinanders ... in der Familie“ (ebd., 20). Leibliche Verletzungen sollen ausgedrückt und eine restituierende, leiborientierte Therapie möglich werden können. Wo keine Auseinandersetzung mit konkreten bedeutsamen Menschen möglich ist, empfiehlt sich die „virtuelle Netzwerkarbeit““. Gemeint ist die „Arbeit mit ‚mentalen Repräsentationen‘ von Netzwerkkonstellationen“ (ebd., 20). Diese Beziehungsmuster werden in der therapeutischen Beziehung wiederbelebt und schliesslich „umgeübt, durch neue *Performanzen* korrigiert, ergänzt ... – denn Einsicht allein genügt nicht!“ (ebd., 21).<sup>13</sup>

<sup>9</sup> Mehr zu Resilienz und protektiven Faktoren s. Kapitel 6 der vorliegenden Arbeit.

<sup>10</sup> „Integrative Traumatherapie im IDR-T-Format mit einem Traumapatienten als Integrative *Familientherapie* durchzuführen, ... , ist bei entsprechender Indikation ... durchaus sinnvoll und hoch effektiv, weil hier familiäre Schutzprogramme, ‚Schutzschildfunktionen‘ ... , *protektive Reaktionen* aufgerufen werden und durch situative ‚affordances‘ zur Wirkung kommen. Sozialökologische Mechanismen und genetisch disponierte Programme der Hilfeleistung ... kommen hier offenbar zum Tragen“ (ebd. 18-19).

<sup>11</sup> Um die Familien für die Zusammenarbeit zu gewinnen, wird „*Theorie als Intervention*“ eingesetzt (ebd. 20). Diese dient auch dem „*empowerment*“ des Netzwerkes und dem „*informed consent*“.

<sup>12</sup> „Emotionale Bindung ist wahrscheinlich der grundlegendste Schutz gegen Traumatisierung“ schreiben *Van der Kolk, McFarlane, van der Hart* 2000, 325.

<sup>13</sup> Dasselbe gilt für blosses Sprechen über das Trauma. „Das Sprechen über das Trauma ist selten, wenn überhaupt, ausreichend. Traumaüberlebende müssen konkrete Handlungen vollziehen, die den Triumph über Hilflosigkeit und Verzweiflung symbolisieren“ *Van der Kolk, McFarlane, van der Hart* 2000, 329.

## 5.4 Existenzielle Aspekte

Die Autorin dieser Arbeit bezieht sich in diesem Kapitel auf Petzold, Wolf, Landgrebe und Josić (2001) sowie Petzold (2001a).

Der Mensch ist psychologisch und biologisch (evolutionsbiologisch) ausgestattet als Traumaüberwinder in individueller und kollektiver Hinsicht und dies auf kognitiver, emotionaler und physiologischer Ebene. Diese Überwindungsleistungen und sein Wille befähigen den Menschen, dem Bösen aktiv Grenzen zu setzen und das Gute, das bewusst oder unbewusst in jedem menschlichen Leben eine Rolle spielt, in den Vordergrund zu stellen. Hilfe bieten dabei die Alten Meister der praktischen Seelenführung (wie *Seneca, Epictet, Marc Aurel, Cicero*) und deren ‚philosophische Therapeutik‘, wo der Wille einen wichtigen Platz einnimmt. *Petzold* knüpft an die Antike Seelenführung an und exploriert das Verhältnis von Philosophie und Psychotherapie in praxisorientierter Absicht. Denn er hält die ‚stoische Therapeutik‘ für eine *Konnectivierung* mit modernen psychologischen und neurowissenschaftlichen Perspektiven ... und mit einer modernen evolutionsbiologischen und –psychologischen Weltsicht ... als besonders ‚anschlussfähig‘“ (*Petzold* 2001a, 347-348).

Er betrachtet in seinem evolutionswissenschaftlichen Diskurs die Verwirklichung von Hominität (Möglichkeit zu freier Entscheidung und Möglichkeit, über sich zu lernen) und Humanität (Möglichkeit zu frei gewähltem Altruismus, die Selbstüberwindung und Selbstüberschreitung erfordert) als „**evolutionäres Überlebensprogramm**“ (ebd., 360).

Gemäss *Petzold* greift die Integrative Trauma-Therapie vor dem Hintergrund der philosophischen Therapeutik der Antike (insbesondere der Stoa) mit den daraus entwickelten Konzepten der „Überwindung“ und „Überschreitung“ breiter als die moderne Arbeit mit „Coping-Strategien“ und Expositionen. Sie zielt nämlich auf eine Wiederherstellung personaler Integrität und Souveränität ab.

*Überwinden* meint dabei drei Dinge:

1. sich zu überwinden im eigenen Festhalten am Traumaereignis, mit dem die Zeit eingefroren und das Leben überschattet wird,
2. das Trauma und seine Nachwirkungen überwinden, und
3. traumatisierende Realitäten überwinden durch Einschreiten gegen Unrecht.<sup>14</sup>

*Petzold, Wolf, Landgrebe* und *Josić* 2001, fordern für die Traumatherapie einen differentiellen, interdisziplinären (multiprofessionellen) und integrativen Ansatz, der die Leibdimension und die soziale Dimension in Diagnose und Behandlung berücksichtigt. Daraus ergeben sich für sie philosophische (ethische) und politische Konsequenzen.<sup>15</sup> Die folgenden Werte - Achtung der Würde, Integrität und ‚Andersheit des Anderen‘ - sind für die Traumatherapie besonders wichtig.

In der Integrativen Traumatherapie sind die Konzepte des ‚An sich Arbeitens‘<sup>16</sup> und der ‚persönlichen Souveränität‘<sup>17</sup> wichtig.

Bei Traumata werden individuelle und kollektive Identitäten beschädigt. Deshalb sind individuelle und kollektive ‚Identitätsarbeit‘ sowie „Überwindungsleistungen“ erforderlich in der Traumabehandlung. „Leider hat der pathologiefixierte Blick der PsychotherapeutInnen diese Perspektive der ‚**Überwindungserfahrungen**‘ bislang noch kaum aufgegriffen“ (*Petzold* 2001a, 364). Die Integrative Traumatherapie erachtet das Identitätsthema stets als zentral. „Identität ist ein Scharnier-Konzept, durch das Individuelles und Kollektives verschränkt werden“ (ebd., 363).

---

<sup>14</sup> „**Die engagierte Arbeit an Menschenrechten ist eine Arbeit gegen menschenverursachte Traumata**“ (*Petzold* 2001a, 352) und wirkt demgemäss therapeutisch und präventiv.

<sup>15</sup> *Petzold* vertritt die „Auffassung, dass die Therapie von Traumafolgen durch ‚man made desaster‘ ohne übergreifende kulturkritische und politische Reflexionen zu kurz greifen muss“ (*Petzold* 2001a, 345). Dabei dient ihm seine klinische Philosophie „das Leben, die Menschen und die Welt zu verstehen“ (*Petzold* 2001a, 347).

<sup>16</sup> Das bedeutet an sich und am Gemeinwohl arbeiten durch Heraustreten aus der Ohnmacht, Überschreiten der eigenen Resignation.

<sup>17</sup> Andere Worte und Begriffe dafür sind: locus of control, Selbstwirksamkeit, Selbstbestimmung.

Das Verhältnis von Opfern und Tätern von ‚man made disaster‘ ist komplex. Opfer können selber zu Tätern werden, wenn die Welt wegschaut und sich abwendet, wenn sie in desaströsen Verhältnissen leben. Oft verwischen sich die Grenzen. Täter, insbesondere chronifizierte Täter, werden zugleich „traumatisierte Opfer bei ihren grauenvollen Taten“ (ebd., 367). „Diese *polytraumatisierten Täter* – wie verroht ... sie auch sein mögen – **sie sind dennoch Menschen**“ (ebd., 368). *Petzold* plädiert dafür, in der Arbeit mit ihnen eine Position zwischen ‚Strenge‘ und ‚Nachsicht‘, zwischen Milde und Gerechtigkeit einzunehmen. Die Prinzipien der Täterbehandlung ähneln im Integrativen Ansatz denen der Opferbehandlung (ebd., 369).

Für die Opfer von von Menschen verursachten Traumata ist es wichtig, dass die Gesellschaft die Täter nicht vergisst. „Staaten, soziale Gruppen können zu Tätern werden. So können für Völker ... **‚kollektive Traumatisierungen‘** entstehen als ‚soziale Repräsentationen‘, die konkrete Lebenswelt und die mentale ‚social world‘ einer Gruppe und ihrer Mitglieder prägen – bis in die Leiblichkeit hinein, **traumatizing body narratives**“ (ebd., 365). Diese Geschichten des Grauens sind kollektiv präsent und werden oft im Schweigen tradiert. Aus dieser Sicht ist unterlassene Hilfeleistung eindeutig Täterschaft.

Von Traumatisierungen betroffene Menschen sind immer Opfer und Überlebende. Sie brauchen Unterstützung beim Gewinnen einer Überwindungshaltung und Lebensweisheit. Voraussetzung auf der Helferseite ist eine grundsätzliche Bereitschaft zur Hinwendung. Gemeint ist damit eine leiblich-konkrete Orientierung zum Anderen hin (seelisch und körperlich).

Behandlungsziel ist es, die „Trauamerfahrungen ... durch nachhaltige **Überwindungsleistungen** in positives Lebenswissen und Engagement ... für eine humane Welt verwandeln [zu] können“ (ebd., 372).

Die IT setzt auf dem Weg dahin verschiedene Strategien ein: Möglichkeiten narrativer Praxis, Wege leibtherapeutischer Behandlungen, Netzwerktherapie, Formen künstlerisch-kreativer Arbeit, und schliesslich nootherapeutische Wege der Sinnfindung und Bewältigung. Hier knüpft *Petzold* an antike Seelenführung der stoischen Therapeutik an. Stichworte dazu sind<sup>18</sup> (ebd., 375-387):

- Entwicklung des eigenen Selbst in Selbstsorge und Gemeinwohlorientierung
- Hilfe bei traumatischen Erfahrungen durch Zuspruch und Trost
- Aufruf zu Besonnenheit
- Praktischer Rat und Lebenshilfe
- Dialogisierende Selbstexploration
- Antizipationsarbeit oder Prämeditation
- Erreichen einer freundlichen Beziehung zu sich selbst und zu anderen
- Freundlichkeit
- Wahrhaftigkeit sich selbst und dem Gesprächspartner gegenüber
- Wechselseitige Einfühlung
- Begleiten des Veränderungswillens, bis die „*Hominität* – immer klarer und prägnanter wird“ (ebd., 375)
- Als Therapeutin Vorbild und Modell sein für „Gelassenheit, Freundlichkeit, Beherztheit, Wohltätigkeit“. Voraussetzung auf Seiten des Therapeuten ist die Arbeit an sich selbst.

Das Ziel der stoischen Therapeutik geht in folgende Richtung: „ein gelassenes, ausgeglichenes Lebensgefühl, das den Menschen und der Welt in einer ‚**Freude am Lebendigen**‘ ... zugewandt ist. Es geht um den Gewinn einer *heiteren ... Lebenshaltung*“ (ebd., 376).

Daraus ergeben sich weitere konkrete therapeutische Strategien, so zum Beispiel die Aufforderung ‚ein Lächeln aufzusetzen‘ im Sinne einer therapeutischen Verschreibung (ebd., 377). Üben spielte in der stoischen Therapie eine grosse Rolle. „Vieles ist eine Art ‚kognitiver Verhaltenstherapie‘ – nur nicht so reduktionistisch wie diese“ (ebd., 377). *Petzold* spricht von einer „sinnlichen Reflexivität“ (dem sinnhaften Geniessen gegenüber offene Reflexivität), die folgendes möglich macht: „Wenn solche Qualitäten mit einer meditativen, leib- und bewegungstherapeutischen, kreativtherapeutischen Praxis verbunden werden ..., mit *Übungen*, die konkrete Erfahrungen vermitteln, Gelassenheit, Gelöstheit wieder erlebbar machen, so können auch schwerst

---

<sup>18</sup> Weitere Heilmittel, die die antiken Seelenführer kennen: vgl. *Petzold* 2001a, 391 f.

traumatisierte Patienten erreicht werden, weil mit der Übung sinnstiftende Konzepte verbunden sind. Sie erschliessen einen persönlichen Sinnbezug, eröffnen den Blick für ‚vielfältigen Sinn‘, ermöglichen Überschreitungen zu gänzlich neuem Erleben eines ‚transversalen Sinnes‘, der die traumatische Erfahrung einbezieht in das Lebens- und Weltverstehen“ (ebd., 378). Methoden auf dem Weg dahin sind Lesetherapie/Bibliotherapie, Sinngespräche, Erzählgemeinschaften, Übung im Denken, Fühlen, Wollen, Handeln, Kontrolle von Trauerreaktionen (um Labilisierungen zu stabilisieren, Einbrechen von Ichleistungen zu verhindern und dysfunktionale neurophysiologische Bahnungen zu unterbinden) (ebd., 379) und eine „**disziplinierte Arbeit an sich selbst**“ (ebd., 389).

Überwindung gelingt, nachdem der Mensch Abstand und Übersicht (Exzentrizität oder Hyperexzentrizität) gewonnen hat, die gemäss *Petzold* ein Ziel jeder Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie ist. „*Überwindung ist Überschreitung*“ (ebd., 393). Das Wahrgenommene wird bewusst gemacht, bewertet. Alles wird zusammengeschaud und es wird eine Entscheidung getroffen. Es findet ein Abwägen statt zwischen Verzicht (was muss verlassen werden ?) und zu erwartendem Gewinn. Wenn Besseres in Aussicht steht und der Wille zur Umsetzung stark genug ist, kann eine Überschreitung (Transgression von einem biographischen Ort zu einem anderen) stattfinden. Souveränität und Integrität werden wieder miteinander verbunden. Dabei werden alle Ressourcen genutzt und mögliche Hindernisse durch Übung oder Durcharbeiten aus dem Weg geräumt.

Die IT setzt wie die stoische Therapeutik an der Wahrnehmung an. Beiden gemeinsam ist auch die Bedeutsamkeit des Verzichtes. Es wird verzichtet auf Hass, Vergeltung, Rache,<sup>19</sup> auf das ‚Festhalten am Unwiederbringlichen‘. Der unabänderliche Verlust muss angenommen werden, um schliesslich „ein neues Buch mit neuen *Erzählungen*“ (ebd., 395) zu beginnen.

Das Trauma muss wie die Überwindung interdisziplinär angegangen werden. Gefordert sind die Religion, Psychologie, Biologie, Philosophie, Psychopathologie, Neurologie, Evolutionswissenschaften. Dabei ist es wichtig, die PatientInnen als ExpertInnen im Sinne einer „doppelten Expertenschaft“ (ebd., 396) einzubeziehen. Denn nur ein kleiner Teil der traumatisierten Menschen entwickeln eine PTSD. Der Mehrzahl gelingt es, die schrecklichen Erfahrungen zu überwinden. Die „Selbstermächtigung der PatientInnen [muss] ein zentrales Ziel der PTBS-Therapie sein, bei dem keine Ziel-Mittel-Divergenzen aufkommen sollten“ (ebd., 397). Traumaopfer brauchen TherapeutInnen, die etwas wissen von „einer ‚*Lebenskunst*‘ aus einer ‚Sorge um sich‘“ (ebd., 398). Ein Leitgedanke für die traumatherapeutische Praxis in der IT ist gemäss *Petzold* die „Konzeption vom ‚Selbst als Künstler und Kunstwerk‘“ (ebd., 398-399), der grundsätzlich zum Guten und zum Bösen fähig ist. Darum ist es wichtig „... komplexe Realitäten komplex zu betrachten und *konkret* tätig zu werden – um Menschen gerecht zu werden, die Schlimmes durchmachen mussten, aus einer Haltung engagierter **Humanität** im Sinne der eigenen **Hominität**“ (ebd., 399).

## 6. Behandlungsansätze der Integrativen Therapie

„Wir sprechen ... von ‚**Integrativer Therapie**‘ oder ‚**Integrativer Humantherapie**‘ ... , weil es – philosophisch-anthropologisch und biopsychologisch konsequent gedacht – gar keine ‚rein psychischen‘ Erkrankungen geben kann und deshalb der Begriff ‚Psychotherapie‘ zu kurz greift“ (*Petzold* 2001b, 510). Die Verfasserin dieser Arbeit betrachtet diesen Satz als Leitsatz für die Psycho-Therapie überhaupt.

Einige wichtige Leitsätze für die Integrative (Trauma-) Therapie sind die folgenden: Therapie geschieht vor dem Hintergrund der Grundformel: „Der Mensch ist ein Körper-Seele-Geist-Wesen (Leib-Subjekt) in einem sozialen und ökologischen Kontext und Kontinuum (Lebenswelt)“ (*Petzold* 1991-1993). Menschen entwickeln sich ein Leben lang.

Therapie wird als von Therapeut und Patientin gemeinsam geschaffenes angesehen (Ko-respondenz und Ko-kreationsprozesse). Wo Intersubjektivität nicht möglich ist (zum Beispiel aufgrund von Traumata), wird mit „unterstellter Intersubjektivität“ gearbeitet (vgl. *Koop* 2001). Bei Traumata ist der Leib immer mit betroffen. Deshalb haben leibtherapeutische Interventionen einen bedeutenden Stellenwert in der Traumatherapie (*Petzold* 1996<sup>3</sup>; *Jordi* 2001).

---

<sup>19</sup> „Aber sie [diese Gefühle] fixieren an die destruktive Erfahrung, schaffen bis in die Ebene der eigenen Physiologie Prozesse der Selbstintoxikation ... durch Prolongierung von Zuständen der Übererregung“ (ebd. 395).

Die IT fasst sowohl potentiell protektive Faktoren also auch Resilienzfaktoren ins Auge. Potentiell **protektive Faktoren** und / oder Ressourcen werden in Diagnostik und Therapie systematisch berücksichtigt. Die von *Petzold* 1996, beschriebenen „Vierzehn Heilfaktoren“ in der Integrativen Therapie werden je nach Indikation protektiv eingesetzt.<sup>20</sup> Zu Beginn der Behandlung sind in der Zusammenarbeit mit traumatisierten Menschen folgende besonders wichtig: Einfühlsames Verstehen und Empathie, Emotionale Annahme und Stütze, Hilfe bei der realitätsgerechten, praktischen Lebensbewältigung, Förderung kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit, Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke, Ermöglichung von Empowerment- und Solidaritätserfahrungen (*Petzold et al.* 2000). *Müller und Petzold* (2000) definieren protektive Faktoren von internalen und externalen Standpunkten her.<sup>21</sup>

Weiter definieren die gleichen Autoren Resilienz wie folgt: „**Resilienzen** sind Widerstandskräfte, die aufgrund submaximaler, **bewältigbarer** Belastungssituationen, welche ggf. noch durch protektive Faktoren abgepuffert wurden, ausgebildet werden konnten. Sie ... erhöhen damit die **Bewältigungskompetenz** des Subjekts bei Risiken und bei ‚stressful life events‘“ (ebd., 77). Die 14 Heilfaktoren der IT können auch als Resilienzen betrachtet werden (*Petzold et al.* 2000).

Als **Resilienzfaktoren** sind zu nennen: die Disposition zu Vitalität; die Fähigkeit, Belastungen und Risiken effektiv zu bewältigen sowie die Fähigkeit, sich nach traumatischen Erfahrungen schnell und nachhaltig zu erholen. Diese Faktoren gelten als besonders wichtig in der Behandlung von traumatisierten Menschen.

Die Entwicklung von Resilienz bzw. psychischer Widerstandskraft wird durch protektive Faktoren gefördert und ist abhängig von Alter, Art und Dauer der Belastungen (*Rösinger-Pape* 1998) sowie der kognitiven Einschätzung und emotionalen Bewertung dieser (*Müller und Petzold* 2002).

„Psychologische Widerstandskraft hat mit Durchhaltevermögen und Beharrlichkeit auf der einen Seite und mit Flexibilität und Anpassungsfähigkeit auf der anderen Seite zu tun. In der Fähigkeit, das Wechselspiel zwischen Kontinuität und Diskontinuität nicht nur auszuhalten, sondern auch daran zu wachsen, könnte ein Schlüssel von *Resilienz* liegen“ (*Müller und Petzold* 2002, 1, 80).

Resilienz wird als Prozess betrachtet. Resilienz und protektive Faktoren sowie deren Interaktionseffekte gilt es in Diagnostik und Therapie bei Karriereverläufen zu beachten.

### **Praxisbeispiel aus der Beratungsarbeit<sup>22</sup>**

Frau B. ist Flüchtlingsfrau, intelligent und gebildet und wird bei uns von einer Nachbarin angemeldet. Die beiden Frauen erscheinen gemeinsam zu einem ersten Gespräch. Frau B. wirkt anfänglich ängstlich, bedrückt, niedergeschlagen und verschüchtert, scheint jedoch bald Vertrauen zu fassen. Sie stammt aus einem Land, indem teilweise noch bürgerkriegsähnliche Zustände herrschen. Die Aufenthaltsbewilligung der ganzen Familie B. ist provisorischer Art. (Dies verstärkt die Unsicherheit). Frau B. lebt seit drei Jahren mit dem Mann und den beiden Kindern in der Schweiz. Sie und die Familie wurden bisher nicht als Flüchtlinge anerkannt und leben befristet hier, bis die Behörden entscheiden, eine Rückschaffung ins Herkunftsland sei zumutbar. Wann das sein wird, ist nicht absehbar und kann von einem Tag auf den anderen oder gar nie passieren. Je länger die Familie in der Schweiz bleibt, desto schwieriger wird es nämlich, sie nach gelungener Integration zurück zu schaffen. Es ist wahrscheinlich, dass alle miteinander (Frau B., Herr B und die beiden Kinder) miteinander ausgeschafft werden. Frau B. hat Angst vor möglichen Rachehandlungen des Ehemannes im „Rückkehrland“. Das ist mit ein Grund dafür, dass sie alles daran setzt, sich und die Kinder möglichst gut und schnell sich in der Schweiz zu integrieren. Ihre Integration wird auch von der Flüchtlingshilfe gefördert.

<sup>20</sup> Sie könnten auch konfrontativ oder supportiv eingesetzt werden (*Petzold et al.* 2000).

<sup>21</sup> „**Protektive Faktoren** sind einerseits ... Persönlichkeitsmerkmale und verinnerlichte positive Erfahrungen, andererseits ... Einflussgrößen des sozioökologischen Mikrokontextes ... , Mesokontextes ... und Makrokontextes ..., die im **Prozess ihrer Interaktionen** miteinander und mit vorhandenen Risikofaktoren Entwicklungsrisiken für das Individuum und sein soziales Netzwerk weitgehend vermindern. ... Sie fördern und verstärken aber auch als salutogene Einflussgrößen die Selbstwert- und Kompetenzgefühle und – kognitionen sowie die Ressourcenlage und ‚supportive Valenz‘ sozioökologischer Kontexte ... , so dass persönliche Gesundheit, Wohlbefinden und Entwicklungschancen über ein blosses Überleben hinaus gewährleistet werden“ (*Müller und Petzold* 2002, 1, 76-77).

<sup>22</sup> Die Daten dieses Beispiels wurden insgesamt anonymisiert.

Die Familie lebt in einem Mehrfamilienhaus. Frau B. gab der Nachbarin gegenüber an, sie und die Kinder würden immer wieder von ihrem oft alkoholisierten Ehemann geschlagen. Die Kinder hätten Angst vor dem Vater. Der Hausarzt der Familie und andere Nachbarn können dies bestätigen. Frau B. berichtet auch von Morddrohungen ihr und den Kindern gegenüber. Es besteht auch der Verdacht, dass Frau B. von sexueller Gewalt (begonnen durch den Ehemann) betroffen ist. Zudem enthalte Herr B. ihr und den Kindern das ihnen zustehende Haushaltsgeld vor. Für die Kinder ist Frau B. der stabile Pol in dem zerrütteten Gefüge.

Es ist nicht bekannt, ob Frau B. bereits in ihrem Herkunftsland vom Mann geschlagen wurde. Sie ist Opfer von Gewalt in mehrfacher Hinsicht. Ihr Ehemann vermutlich auch.

Der Ehemann erklärt einem Flüchtlingshelfer, er möchte sich von seiner Frau scheiden lassen um eine neue Frau zu heiraten.

Frau B. erscheint nicht traumatisiert, trotz vermutlich multipler Gewalterfahrung. Eine Krisenintervention ist indiziert. Beide Eheleute werden gemeinsam und getrennt voneinander unterstützt und beraten. Vordringlich erscheint die Arbeit an folgenden Säulen der Identität: Leiblichkeit (Schutz), soziale Beziehungen und nicht zuletzt existentielle Sicherheit.

Das Helfernetz (Flüchtlingshilfe, Opferhilfe, Hausarzt, Frauenhaus, Nachbar/innen, Angehörige von Frau B. und deren Ehemann, Polizei, Vormundschaftsbehörde) tauscht sich regelmässig aus. Beide Eheleute werden auch juristisch beraten (betreffend Aufenthaltsstatus und Trennung/Scheidung).

Schliesslich wird Herrn B. nach erneuter Eskalation im Nachbardorf ein Zimmer ausserhalb der Familienwohnung zugewiesen. Das Fürsorgegeld wird neu den Ehepartnern getrennt ausbezahlt.

Frau B. wird ein Deutschkurs und die Mitarbeit in einer „Nähgruppe“ ermöglicht, in der sie ihr soziales Netz vergrössern sowie handwerkliche und künstlerische Fertigkeiten verbessern kann. Die Klientin schaffte es mit Unterstützung, ihr soziales Netzwerk in der Schweiz auszubauen und die aktuellen Lebensbedingungen zu verbessern (vgl. Kapitel 5.3 dieser Arbeit). Frau B. weiss, wohin sie sich mit welchem Anliegen wenden kann, zu ihrem Wohl und dem der Kinder. Ihrem Ehemann wird ebenfalls geholfen, was wiederum auch Frau B. und den Kindern zugute kommt.

Die verschiedenen Interventionen lassen Frau B. schliesslich selbstbewusster, handlungsfähiger und weniger hilflos erscheinen. Sie zeigt sich nun auch von einer kämpferischen Seite.

Nachdem der Ehemann ausgezogen ist, beruhigt sich die Situation, Frau B. bedankt sich und wünscht keine weitere Beratung durch die Opferhelfermitarbeiterin. Sie scheint sich schnell erholt zu haben. Ein Frauenhausaufenthalt wird nicht nötig.

Die Integrative Therapie stellt als Verfahren verschiedene Methoden zu Verfügung: die Bewegungs-, Tanz-, Kunst, Musik-, Leib-, Poesietherapie, die Integrative Supervision (Petzold 1991-1993), die Integrative fokale Kurzzeittherapie und schliesslich die Integrierende und Differentielle Regulation für pottraumatische Belastungsstörungen (IDR-T).

Die IT beschreibt vier Wege der Heilung und Förderung: Bewusstseinsarbeit-Sinnfindung; Nachsozialisation von Grundvertrauen; Erlebnisaktivierung / Persönlichkeitsentfaltung; Solidaritätsförderung. In der Therapie mit traumatisierten Menschen sind anfangs der zweite und der dritte Weg besonders wichtig.

Die IT unterscheidet zwischen einem generellen Behandlungsansatz und einer störungsspezifischen Vorgehensweise (Petzold 2000). Beide stehen mit dem Tree of Science auf dem Boden eines umfassenden Theoriegebäudes (mit einer differenziert ausformulierten Anthropologie, Ethik, Persönlichkeitstheorie, Entwicklungstheorie, Gesundheits- und Krankheitslehre, Methodenlehre u.s.w.) (Petzold 1991-1993).

Im generellen wie im störungsspezifischen Ansatz kommen Sonderformate zum Einsatz.<sup>23</sup> Verschiedene Behandlungsformate, Programme, Strategien und Methoden finden zum Beispiel auch in der Integrativen Traumatherapie Verwendung:<sup>24</sup>

„multimodale Behandlung mit und ohne Expositionstechniken ..., ressourcenorientierte Behandlung, Behandlung mit leib- und bewegungstherapeutischen Massnahmen (IDR, IDR-T, running therapy,

---

<sup>23</sup> „Wir gehen dabei aber davon aus, dass der **generelle** Rahmen selbst schon effektiv ist“ (Petzold et al. 2000, 496). Er wirkt auch ohne die Verwendung von Sonderformaten.

<sup>24</sup> „PTBS als ein ‚multisystem disorder‘ ... bedarf multipler Behandlungsstrategien“ (Petzold 2001b, 510).



IBT ...), Behandlung mit *kognitiv-behavioralen* Techniken, ... . Welche Kombination eingesetzt wird, ist eine Frage der diagnostischen Erhebung und der Vereinbarung mit dem Patienten/der Patientin sowie der prozessdiagnostischen Beobachtungen des Behandlungsverlaufs“ (Petzold et al. 2000, 496).

### *Integrative Traumatherapie*

#### **Genereller Ansatz**

•Format der IFK  
(Integrative Fokale Kurzzeittherapie)  
mit 10 Interventionenlinien (Josić und Petzold  
1995)

#### **Störungsspezifischer Ansatz**

•IDR; IDR-T  
(Integrative und Differentielle Regulation;  
Integrative und Differentielle Regulation im  
Traumaformat) (s. Kapitel 6)  
•Vierstufenbehandlung (s. unten)

Die „Vierstufenbehandlung“ Integrativer Traumatherapie (Petzold et al. 2000):

Es handelt sich hierbei um eine Traumatherapie, die moderate Expositionssequenzen einsetzt und als Teil einer Gesamtbehandlung wirkt, die den Massstäben der Integrativen Therapie genügt. Wie der Name dieser Behandlung verspricht, werden vier Traumatherapiestufen beschrieben:

- Stufe 1: Stabilisierungsbehandlung durch vertrauensfördernde Massnahmen:  
Selbststeuerung, Begegnungsförderung, Körperaktivierung, Ressourcenaktivierung,  
Copingstrategien
- Stufe 2: Arbeit mit intrusiven Phänomenen, Gestaltprozesse in Kombination mit EMDR oder  
IDR-T
- Stufe 3: Abschlussphase-Integration und Zukunftsperspektiven
- Stufe 4: Transfervorbereitung, Verhaltensprobe mit Behaviourdrama, Begleitete  
Neuorientierung

Hier interessieren vor allem die ersten beiden Stufen.

Das Herstellen von Vertrauen dient der Sicherheit und Stabilisierung. Stabilisierung kann entlang der fünf Säulen der Identität geschehen (vgl. Koop 2001). Als diese sind zu nennen Leiblichkeit, soziale Beziehungen, Arbeit und Leistung, materielle Sicherheit, Werte (vgl. Petzold 1991-1993).

## **7. Stabilisierende Techniken in der Integrierenden und Differentiellen Regulation (IDR-T) für posttraumatische Belastungsstörungen**

Petzold nennt für die Integrative Bewegungs- und Leibtherapie IBT und die Integrierende und Differentielle Regulation IDR zwei mögliche Strategien im Umgang mit einer Stressphysiologie,<sup>25</sup> um eine moderate Angeregtheit zu erreichen: Er schlägt bei Übererregung/hyperarousal eine Abwärtssteuerung durch sanft aktivierende, beruhigende Bewegungsübungen und Relaxatechniken vor. Bei Antriebslosigkeit/numbing hingegen empfiehlt er eine Aufwärtssteuerung durch anregende Bewegungsübungen (Petzold 2001b).

Die Integrative und Differentielle Regulation **IDR** bedient sich verschiedener entspannungstherapeutischer Methoden, die entweder „top-down from mind to muscle“ oder „bottom up from muscle to mind“ vorgehen (ebd., 516). Es werden sechs verschiedene Orientierungen genannt: Die mentale Entspannung, die muskuläre Entspannung, die respiratorische Entspannung, die physikalische Entspannung, die Biofeedback-Entspannung und schliesslich die substanzinduzierte Entspannung. Die IDR wendet vor allem die mentale, die muskuläre und die respiratorische Entspannung an und beginnt mit einem bottom-up-Ansatz. Es soll eine psychophysiologische Basisumstellung nach dem „Grundprinzip moderaten Übens als low-level

<sup>25</sup> Vgl. Kapitel 5 der vorliegenden Arbeit zu den neurowissenschaftlichen Aspekten von Traumata.

*stimulation*“ und eine ausgewogene Selbststeuerung (zwischen hoher Anspannung und tiefer Entspannung) erreicht werden (Petzold 2001b, 517). Dies geschieht allerdings nur durch langes, regelmässiges Üben der IDR. Situative Entspannung kann schon früher erreicht werden. „Oft wird mit dem **IDR** noch ein emotionales Training im Sinne thymopraktischer ‚emotionaler Differenzierungsarbeit‘ vorgenommen“ (ebd., 517).<sup>26</sup>

Die Integrative und Differentielle Regulation im Traumaformat **IDR-T** hat eine „ausgeglichene, ausgewogene ... psychophysiologische *Selbstregulation* des Menschen, eine „lockere‘ Spannung, die weder Erschlaffung noch Verspanntheit beinhaltet, sondern eine wache, energiegelvolle Gelöstheit darstellt“ zum Ziel (Petzold 2001b, 512).

Die beiden Kernelemente des IDR-T sind die Supportive low-level Stimulierung (SLS) und die Emotionale Modellierung (EM). Durch sanfte Stimulierung erst durch den Therapeuten, dann durch den Patienten selbst werden folgende Wirkmechanismen aktiviert: die *Selbstregulationskräfte* des Organismus, die *Selbstheilungskräfte* und *Entwicklungspotentiale des Subjekts* und das heilende und fördernde Potential der *zwischen- bzw. mitmenschlichen Beziehung*.

Der Ablauf des IDR-T gestaltet sich wie folgt: Zunächst erfolgt (gemäss Indikation) das Holding-Training. Im Holding-Training erreicht die Patientin durch supportive Berührungen einen Zustand der „*prolongierten, low-level stimulation*“ (ebd., 519).<sup>27</sup> Gleichzeitig wird mit Hilfe der IDR Entspannungsfähigkeit angestrebt.

Die Emotionale Modellierung kommt durch das sogenannte „*facial-postural feedback*“ zum Einsatz. „Wir fordern den Patienten auf, ‚Mimik aufzusetzen‘ und die zugehörigen Haltungen einzunehmen, das entsprechende Atemmuster einzustellen ... und die damit verbundene Stimmung (*bottom up* ...) aufkommen zu lassen, eine Prozedur, deren Wirksamkeit empirisch belegt ist“ (ebd., 518).

Unterstützend wirkt das *coemoting* des Therapeuten. Hilfreich sind vor allem Stimmungen der Freundlichkeit, Gelassenheit und Neugier begleitet von Neugiergedanken. Diese können als Gegensteuerung und Rettungsanker dienen. (Besonders die Neugieremotion ermöglicht eine distanzierende, jedoch nicht affektlose Position.). Wenn die Patientin eine dieser Stimmungen klar erlebt, nimmt sie eine Entspannungshaltung ein und beginnt mit bestimmten Stretching-Übungen, wobei die bewusste Kontrolle eindeutig bei ihr bleibt (*locus of control internal*).

Auf dieser Basis ist, sofern indiziert und von der Patientin auch gewollt, eine moderate oder indirekte Trauma-Exposition möglich. Die Patientin befindet sich in einem Zustand der Gelassenheit, indem nun über die traumatischen Erlebnisse gesprochen werden kann. Die Therapeutin unterstützt dies mit Bezogenheit, Anteilnahme, Berührungen, beruhigendem Körperkontakt, Aufforderung zu tiefem Ausatmen und zu Wegstrecken von Anspannung (Relaxatmung und Mikrostretching). „So kann ein leibliches Umlernen *eingefleischter* Verspannungsmuster im *aktualen Prozess* stattfinden – ein kontingentes *Quenching* ...“ (ebd., 521). Es geht dabei um „Umlernen“, leibliches Neulernen oder Wiedererlernen *in Bezogenheit*“. Das hat „Veränderung auf der *kognitiven Ebene (reappraisal)*, auf der *emotionalen Ebene (revaluation)*, und auf der *körperlichen Ebene (rebalancing)*“ zur Folge (ebd., 521). Danach erfolgt noch ein „kurzes, intensiviertes IDR“ (ebd., 521), um dann die Arbeit abzuschliessen.

## 8. Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie PITT nach Luise Reddemann

Reddemann ist dem Verfahren der Psychoanalyse verpflichtet (allerdings einer Psychoanalyse moderner Prägung<sup>28</sup>). Psychoanalytische Konzepte dienen ihr zum Verständnis und als Grundlage.

<sup>26</sup> Die IDR erlaubt „risikoarme, moderate Expositionen“ (Petzold, Josic, Erhardt 2003, 17).

<sup>27</sup> Dabei wird besonders auf die *client welfare*, die *patient security* und die *client dignity* geachtet. Die wechselseitige *Schutzerfahrung* ermöglicht Empowerment und Ausbildung von *Resilienz*.

<sup>28</sup> „Psychoanalytisch beruht Luise Reddemanns Ansatz auf der Fortentwicklung der Ich-Theorie der letzten Zeit. ... Das alte psychoanalytische Konzept unterschiedlicher Ich-Zustände wurde wiederentdeckt und als Ego-states-Theorie ausgearbeitet. Es erwies sich als enorm nützlich zum Verständnis und zur Therapie dissoziierter Menschen“ (Fürstenau, P. in Reddemann 2004, 11). Die Ego-States-Therapie knüpft an die Ego-States-Theorie an. Reddemann beruft sich auf die Ego-States-Therapie als konzeptuelle Grundlage. Diese werde in den USA vor allem in der Behandlung von schwer traumatisierten Menschen eingesetzt. „Ego-State“ ist gemäss Huber synonym mit „Ich-Zustand“ zu verstehen (Huber 2003, 1, 126).

Auf diesem Boden verwendet sie Bestandteile anderer Verfahren, so etwa psychoedukative und imaginative Elemente.

Luise *Reddemann* will mit ihrer Arbeit traumatisierten Menschen ein Mittel zur Verfügung stellen, mit dessen Hilfe sie Zugang zu den eigenen inneren Ressourcen erhalten (Ressourcenorientierung) und Selbstheilungskräfte aktivieren können. Diese sollen Menschen befähigen die Symptome nach einem traumatischen Erlebnis zu bewältigen und die damit verbundenen Affekte zu kontrollieren. *Reddemann* schreibt, bereits in den ‚schlimmen‘ Bildern, die Menschen nach Traumata quälen können, seien Ressourcen verborgen. Eine solche Ressource sind imaginativen Fähigkeiten, über die Patienten verfügen. *Reddemann* lädt dazu ein, gezielt nach den Ressourcen zu fragen, ohne dabei die Anerkennung des Leidens zu vernachlässigen.<sup>29</sup>

*Reddemann* hält sich an das Prinzip der „Zwei-Erwachsenen-Ebene“ (*Reddemann* 2004, 55), indem sie durch Information das Wissensgefälle zwischen Patientin und Therapeutin vermindert.

*Reddemann* schreibt das Recht auf Selbstbestimmung gross. Sie begegnet Patienten als Experten: „*Patientinnen und Patienten wissen nämlich meist sehr genau, was sie brauchen*“ (ebd., 79).

Dadurch grenzt sie auch regressive Prozesse ein. Die PITT versucht, nicht regressive Anteile zu erhalten und zu stärken. Sie bedient dabei sich des Mittels der „inneren Bühne“ und betreibt quasi eine „Spieltherapie im Kopf“, in der die Patientin sich spielerisch aus Ohnmacht und Hilflosigkeit befreien kann.<sup>30</sup> Gleichzeitig unterstellt sie der Ego-State-Theorie folgend ein „Inneres Kind“ (als Ego-State), mit dem dann gearbeitet werden könne, wenn die aktuellen Lebensaufgaben durch das erwachsene Ich bewältigt worden seien (ebd., 58-59).

*Reddemann* beschreibt Traumatherapie nach Phasen. Diese sind (*Reddemann* 2002<sub>6</sub>):

1. Herstellen eines Arbeitsbündnisses
2. Stabilisierung (dazu s. folgendes, 9. Kapitel dieser Arbeit)
3. Traumakonfrontation
4. Integration und Neubeginn

Neuerdings distanziert sich *Reddemann* jedoch von einer allzu einseitigen Phasenorientierung: „Aus heutiger Sicht habe ich selbst in früheren Veröffentlichungen (insbesondere *Reddemann* und *Sachsse* 1997) die Phasenorientierung<sup>31</sup> zu stark betont. ... Heute rate ich auch hier zu einer flexiblen, nichtdogmatischen Haltung“ (*Reddemann* 2004, 78-79), zu einer Sowohl-als-auch-Haltung. Das in den verschiedenen Phasen Beschriebene existiere im Prozess oft gleichzeitig.

Der typische Therapieverlauf nach *Reddemann* sieht gemäss Phasenmodell folgendermassen aus: *Reddemann* ist zunächst besorgt um ein gutes **Arbeitsbündnis**.

Die Beziehungsgestaltung bedarf in der Traumatherapie besonderer Aufmerksamkeit (Übertragung und Gegenübertragung). Dabei sind neben allgemeinen Prinzipien auch die traumaspezifischen zu beachten. So soll sich die Patientin in der Therapiesituation möglichst sicher fühlen können.<sup>32</sup>

*Reddemann* distanziert sich in der Traumatherapie von der Freudschen Abstinenz und nimmt eine beantwortende, partnerschaftliche Haltung ein. Sie spricht mit *Fischer* und *Riedesser* 1998 auch von „parteilicher Abstinenz“ (*Reddemann* 2004, 47). Der Therapeut soll die therapeutische Arbeitsbeziehung „auf der Basis von Selbstbestimmung und Selbstkontrolle“ (ebd., 41) gestalten. Voraussetzungen für ein gutes therapeutisches Arbeitsbündnis sind neben der erwähnten parteilichen Abstinenz auf Seiten der Therapeutin ebenso der Wunsch nach Veränderung auf Seiten der Patientin und das Unterbrechen von Täterkontakt.<sup>33</sup>

---

<sup>29</sup> *Reddemann* empfiehlt mit *Fürstenau* 2002 das „*beidäugige Sehen*‘ in *Diagnostik und Therapie*“ (*Reddemann* 2004, 90). Es sollen die gesunden (Fähigkeiten und Ressourcen) und die kranken Seiten der Patientin gewürdigt werden.

<sup>30</sup> „Es wird mit der Hypothese gearbeitet, dass das Ich von heute auf der inneren Bühne gestalten kann. ... Regression ist durch die ‚innere Bühne‘ jederzeit möglich, d.h. sie wird genau genommen überhaupt nicht eingegrenzt. Was aber geschieht, ist, dass *die Regression innerhalb der therapeutischen Beziehung eingegrenzt wird*“ (*Reddemann* 2004, 89).

<sup>31</sup> Im Gegensatz zur Prozessorientierung (Anmerkung der Autorin)

<sup>32</sup> „Ein Mensch mit einer Traumafolgestörung braucht vor allem eines: Sicherheit“ (*Reddemann* 2004, 50).

<sup>33</sup> *Reddemann* formuliert noch weitere Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, wenn nach dem Ego-States-Konzept gearbeitet werden soll (*Reddemann* 2004, 47).

Die hilfreiche therapeutische Beziehung ist für *Reddemann* ein übergeordneter therapeutischer Wirkfaktor. Laut *Reddemann* wirken sowohl die therapeutische Beziehung, als auch die „Therapie-Technik“ in der Traumatherapie (ebd., 43). Sie möchte nicht das eine gegen das andere ausspielen. Die Traumageschichte wird nur sehr vorsichtig erfragt und dies nie gleich zu Beginn der Behandlung. Die Patientin wird immer über jeden Arbeitsschritt informiert und es wird ihr Einverständnis eingeholt.

Ganz am Anfang der Traumatherapie empfiehlt *Reddemann* die Verwendung von bewährten diagnostischen Instrumenten.

Das Formulieren von konkreten und handlungsbezogenen Therapiezielen ist ein wichtiger Bestandteil der Therapie. Für *Reddemann* kann die Bearbeitung traumatischer Erfahrungen selber kein Therapieziel sein.

*Reddemann* möchte extreme Regression verhindern, die Patientin soll die Realitätskontrolle möglichst selbst ausüben. „Alle Interventionen, die das Ich schwächen könnten, sollten daher tunlichst unterlassen werden“ (ebd., 48). „Regression, die allzuviel Angst aktiviert, ist ... therapeutisch nicht empfehlenswert“ (ebd., 90).

Fortschritte in der Therapie sind messbar an der Fähigkeit zur Selbstberuhigung und an der Beziehung des Patienten zu sich selbst.

Wenn die Patientin genügend stabil ist, arbeitet *Reddemann* mit **Imaginationsübungen**.

*Reddemann* betont allerdings: „Erst bei körperlicher und sozialer basaler Alltagsstabilität werden imaginative Ressourcen mit Körpergefühl und Affekten stabilisierend erlebbar“ (ebd., 63). Mit Hilfe der Imaginationsübungen will sie zu den traumatischen Bildern eine gute Gegenwelt erschaffen. „Grundsätzlich gilt, dass jegliche imaginative Arbeit letztlich nur weiterhilft, wenn sie zunächst und zuerst intellektuell nachvollziehbar ist“ (ebd., 139). Voraus geht die Annahme, dass Menschen grundsätzlich fähig sind, sich Dinge mit ihren Sinnen oder gedanklich vorzustellen, damit Entscheidungen zu treffen oder Gefühle zu erzeugen und evt. auch auszudrücken.<sup>34</sup> *Reddemann* sieht ihre Annahme durch Erkenntnisse aus der Hirnforschung bestätigt. Sie plädiert für behutsames Vorgehen (z.B. bildhaftes Vorstellen oder die Übung in Gedanken machen oder „daran denken“ statt Imaginieren im traditionellen Sinn, um das Risiko vom Auftauchen von Schreckensbildern wegen zu tiefer Entspannung zu minimieren).

*Reddemann* hält die Arbeit an kognitiven Verzerrungen in der Traumatherapie für unerlässlich. „Das, was jemand denkt, ist ihr/ihm in der Regel am leichtesten zugänglich. Warum also diese Ressource nicht nutzen?“ (ebd., 65). Ausserdem fühlt sich die Patientin sicherer, weil sie über mehr Kontrolle verfügt bei dieser handlungsorientierten, als bei einer einseitig an Einsicht orientierten Vorgehensweise. *Reddemann* setzt auch das Mittel der Psychoedukation ein, indem sie informiert, Wissen vermittelt, aufklärt und Hausaufgaben erteilt. Dies wirkt auch regressionsvermindernd.

*Reddemann* erachtet mit *Goleman* 2003 den rationalen Umgang mit Gefühlen, besonders den Umgang mit destruktiven Emotionen, als notwendig, „um geistig seelisches Wohlbefinden zu erlangen“ (ebd., 80). Sie beruft sich dabei auf die neuere Gehirnforschung und auf die Rational Emotive Verhaltenstherapie nach *Ellis*. Dabei kritisiert sie die in der Psychotherapie weit verbreitete Meinung, ohne intensives Gefühlserleben sei in der Traumatherapie keine Heilung möglich.<sup>35</sup> *Reddemann* umschreibt ihr Motto mit „Das Schwere leicht machen“ (ebd., 81).<sup>36</sup> Gefühlsüberflutung in der Traumatherapie verschlechtert gemäss *Reddemann* die Befindlichkeit der Patientinnen meistens, weil diese oft mit Kontrollverlust verbunden ist. *Reddemann* beschreibt das grosse Dilemma in der Traumatherapie: Einerseits wird der Umgang mit Gefühlen von traumatisierte Menschen oft als sehr belastend erlebt, andererseits ist es jedoch nötig, dass diese wieder „Vertrauen zu sich und ihren Gefühle aufbauen“ können (ebd., 83). *Reddemann* schlägt einen „nicht ‚gefühlbetonten‘ Umgang mit Gefühlen“ vor (ebd., 84). Mit der Vorstellung eines inneren Beobachters könne die Distanz zum intensivem Erleben verstärkt werden.

---

<sup>34</sup> i.S. von Denken als Handlung (Anm. der Autorin).

<sup>35</sup> „Psychotherapie ist wirksam, auch ohne die Reinszenierung schrecklichster Leidenserfahrung, daran gibt es keinen Zweifel“ (*Reddemann* 2004, 50).

<sup>36</sup> *Reddemann* gibt Therapeuten einige Empfehlungen dazu:

„Würdigen Sie das Leid grundsätzlich. ... Nehmen Sie sich Zeit, dem Patienten zu erklären, warum eine *einseitige* Beschäftigung mit Leid nicht Leiden mindert. ... Klären Sie, ob es innere Verbote oder Gebote gibt, die eine Besserung verhindern ...“ (*Reddemann* 2004, 81).

*Reddemann* hält es für wichtig, die von der Patientin gewählten Schutzmechanismen zu würdigen und in Frage zu stellen, falls diese ihr Schaden zufügen. Sie erachtet Verleugnen und Verdrängen nicht als grundsätzlich schlecht und versucht die Fähigkeit zur Distanzierung zu fördern, so z.B. durch Achtsamkeit, genaue Selbstbeobachtung und –wahrnehmung, Fremdwahrnehmung, Selbstberuhigung, spielerischen Umgang mit den Gefühlen und soziale Kompetenz.<sup>37</sup> Die Autorin schlägt vor, „eine Haltung des nicht oder minimal wertenden Umgangs mit sich selbst zu *üben*“ (ebd., 85).

## 9. Stabilisierende Techniken in der PITT

*Reddemann* erachtet Stabilisierung als ungemein wichtig in der Traumatherapie. Stabilisierung müsse als Prinzip in jeder Phase der Traumatherapie präsent sein. *Reddemann* warnt vor allzu früher Traumakonfrontation. Deshalb sucht sie sehr sorgfältig nach Ressourcen und achtet, wie bereits beschrieben, auf ein tragfähiges Arbeitsbündnis. Sie stellt folgende Forderungen auf:

Die „*Erarbeitung von äusserer und innerer Sicherheit der Patientin ... sollte immer Vorrang haben!*“ (*Reddemann* 2004, 92). So macht gemäss *Reddemann* anhaltender Täterkontakt bei von Menschen verursachten Traumata die Früchte der Therapie zunichte. *Reddemann* fordert Therapeuten auf, ihre Patienten explizit nach Täterkontakt zu fragen. Innere Stabilisierung kann Patientinnen helfen, „sich von den sie – immer noch - schädigenden Menschen zu distanzieren“ (*Reddemann* 2004, 95). Unterstützend wirkt dabei eine stabile therapeutische Beziehung, „als ein Gegengewicht zu den schädigenden, aber doch auch bedeutsamen Beziehungen“ (ebd., 96). Diese können nämlich trotz der Schädigungen aufgrund ihrer Bekanntheit Sicherheit vermitteln.<sup>38</sup> Darüber hinaus empfiehlt *Reddemann* den Einsatz von sozialpsychiatrischen Interventionen, wenn das soziale Netz der Patientin sich auf schädigende Personen beschränkt.

*Reddemann* stellt **verschiedene Imaginations-,Übungen** vor, die der **Stabilisierung** dienen sollen. Sie versteht diese Übungen als Ausgangsmaterial, als „Ideengeber“ ..., die dann je nach therapeutischer Situation kreativ eingesetzt werden“ (ebd., 100).

Es geht *Reddemann* bei diesen Übungen nicht um Entspannung, „sondern um das Erlernen neuer Fertigkeiten i.S. von Sich-konzentrieren-Können auf Angenehmes“ (ebd., 142). Die Patientin kann dabei „jederzeit ‚aussteigen‘, wenn sie sich unwohl fühlt“, indem sie sich auf die äussere Umgebung konzentriert.

Patientin und Therapeutin können über eine Übung sprechen, sie einsetzen und die Erfahrungen damit auswerten oder die Übung an die Bedürfnisse der Patientin anpassen. Die Übungen laden auch zum Weiterphantasieren ein. Mittels imaginativer Arbeit werden gemäss *Reddemann* heilsame Vorstellungen und Bilder (wieder) entdeckt, etabliert und gefestigt.

*Reddemanns* Übungen haben einen gewissen Aufforderungscharakter. So lädt die „Baumübung“ (*Reddemann* 2002, 49) dazu ein, sich mit Erfahrungen mit Mangel auseinander zu setzen. Die Übung „Gepäck ablegen“ fordert dazu auf, den eigenen Umgang mit Belastungen anzuschauen. Die „Achtsamkeitsübung“ regt an, die Aufmerksamkeit ganz ins Hier und Jetzt zu lenken.<sup>39</sup> Die „Glücksübung“ soll helfen, „kleine Momente des Glücks oder wenigstens der Zufriedenheit“ wahrzunehmen und auszudehnen (*Reddemann* 2004, 102). Die Übung „Frieden schliessen mit sich selbst“ ermöglicht es Menschen, verschiedene Seiten in sich akzeptieren zu lernen (*Reddemann* 2002, 55; *Reddemann* 2004, 105). Die Tresorübung hat zum Ziel, Belastendes wegzupacken. *Reddemann* beschreibt verschiedene Bilder für Schutz und für Reinigung (*Reddemann* 2004, 106-107).

---

<sup>37</sup> „Soziale Kompetenz beziehe ich zunächst auf einen ‚sozial kompetenten‘ Umgang mit ... den unterschiedlichen Selbstanteilen. Wenn dieser besser gelingt, gelingt soziale Kompetenz in Aussenbeziehungen meist von alleine ...“ (*Reddemann* 2004, 87).

<sup>38</sup> Doch: „Nur die Patientin selbst kann sich retten – vorausgesetzt, sie will es wenigstens ein wenig“ (*Reddemann* 2004, 96).

<sup>39</sup> *Reddemann* behauptet: „Menschen mit einer Traumafolgestörung können ihrem oft gewohnheitsmässigen Dissoziieren mit der Übung der Achtsamkeit wirksam begegnen“ (*Reddemann* 2004, 86).

„Selbstverständlich ist auch zu empfehlen, eigene Bilder der Patienten so oft wie möglich zu verwenden. Positive, indem man sie verstärkt, negative, indem man zu Gegenbildern und zu innerem Pendeln anregt.

Die innere Bewegung zwischen dem belastenden und einem beruhigendem Bild ist vermutlich eine der einfachsten und wirksamsten Möglichkeiten, aus innerer Ohnmacht herauszufinden“ (ebd., 107). Diese Gegenbilder müssen nicht besonders schön sein, sondern einfach anders als die Bilder selbst. Es reichen bildhafte Vorstellungen und Gedanken, eigentliche Bilder sind nicht erforderlich bei den Imaginationenübungen.

Weitere Übungen, die der Stabilisierung dienen können, sind die „Mitgefühlsübung“, das „Innere Team“ oder der „sichere Ort“ oder der „Ort zum Wohlfühlen“ (ebd., 109). Reddemann betont: „**Nicht auf einer bestimmten Übung bestehen, sondern diejenige herausfiltern, die vorstellbar ist und – etwas – Erleichterung bringt**“ (ebd.).<sup>40</sup> Reddemann handhabt die Übungen flexibel und angepasst an Klientin und Situation.

„Lassen Sie sich nicht verführen, die Übungen zu überschätzen bzw. sie allein als Technik anzuwenden. Die Übungen gehören eingebettet in ein therapeutisches Gesamtkonzept, bei PITT in ein psychodynamisches Gesamtkonzept“ (ebd., 117). Reddemann mahnt, die Übungen sollten nicht allzu mechanisch eingesetzt werden. Sie ersetzen die Arbeit mit der therapeutischen Arbeitsbeziehung nicht. Der Therapeut solle erklären, warum er welche Übung bevorzugt. Reddemann schlägt vor, den Patienten bei der Auswahl der Übungen aktiv einzubeziehen.

Reddemann plädiert dafür, die Imaginationen, Bilder, Geschichten in der Therapie kreativ zu nutzen. Sie erachtet die Geschichten als besonders hilfreich, wenn Patientin und Therapeutin aus unterschiedlichen Kulturkreisen stammen. Eine weitere hilfreiche Technik ist das imaginative Probehandeln, wobei Imagination und Körperwahrnehmung kombiniert werden, um alte Ressourcen (wie z.B. die Erinnerungen an gute Zeiten) wieder zu aktivieren.

Es ist wichtig, die Unterschiede zwischen innerer und äusserer Realität bei den Übungen zu thematisieren. Reddemann regt in der Therapie an, dass „*imaginativen Arbeit auf konkretes Verhalten im Alltag transferiert wird. ... Imaginative Arbeit ist nicht l'art pour l'art, sondern dient einer besseren Alltagsbewältigung*“ (ebd., 125).

Reddemann erachtet, wie bereits erwähnt, psychoedukative Interventionen in der Traumatherapie als sehr hilfreich. Sie zählt folgende Mittel dazu auf: Information zu Trauma, Traumacoping und Traumafolgen. Die Autorin bedient sich Tonträgern in der Meinung, Aufnahmen der Übungen dienen auch als Übergangsobjekt. Reddemann gibt die Übungen der Patientin als Hausaufgabe mit. Sie setzt auch „reminders“ (Symbole, Gegenstände) ein, die der Patientin helfen sollen, sich an die Erfahrung in der Imagination zu erinnern. Hilfreich ist es auch, Übungen auszuwählen, die der Patientin Freude bereiten.

Reddemann stellt zwei weitere stabilisierende Techniken vor: Die Arbeit mit dem ‚inneren Kind‘ als Ego-State-Therapie und die Arbeit mit Täterintrojekten. Bei beiden geht es laut Reddemann schliesslich um „eine Transformation der destruktiven Teile, dem Ich oder Selbst in konstruktiver Weise zu dienen“ (ebd., 141). Auf beide soll im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht weiter eingegangen werden. Reddemann stellt schliesslich die Gruppenarbeit mit stabilisierenden Techniken kurz vor.

Auf diesem stabilen Boden werden nun die **traumatischen Erlebnisse modifiziert** und schliesslich **integriert**. Auch diese zwei Traumatherapiephasen nach Reddemann werden in dieser Arbeit nicht weiter beleuchtet.

### **Beispiel aus der Praxis von Dr. med. B.**<sup>41</sup>

Frau A., eine gesunde, robuste und resiliente 60-jährige Hausfrau, die in Teilzeitanstellung in einem Molkereiladen beschäftigt ist, wird nach einem Überfall im Geschäft vom Hausarzt Wochen nach der Tat mit massiven Schlafstörungen (Ein- und Durchschlafstörungen) sowie einem retrosternalen

<sup>40</sup> M.E. eine Selbstverständlichkeit.

<sup>41</sup> Die Daten dieses Beispiels wurden insgesamt anonymisiert.

Druckgefühl überwiesen. Frau A. war von einem Ladendieb mit einem Messer bedroht und am Oberarm durch den Laden gezerrt worden, nachdem sie ihn zu stellen versucht hatte. Die Patientin wurde bisher medikamentös behandelt (mit einem Benzodiazepin und einem benzodiazepinverwandten Einschlafmittel). Sie möchte so schnell wie möglich die Medikamente absetzen können.

Frau A. berichtet von Albträumen und flashbacks, insbesondere wenn sie Polizeisirenen höre. Sie getraue sich nicht, weiterhin alleine Schichten zu übernehmen und arbeite nur noch, wenn sie mindestens zu zweit seien. Sie sei zur Zeit am liebsten zu Hause und habe Angst, raus zu gehen. Ihr Ehemann habe Verständnis dafür.

Im Gespräch stellt sich heraus, dass Frau A. über viele Ressourcen verfügt: Sie fühlt sich in Familie und Freundeskreis und als Präsidentin eines Hobbyvereines aufgehoben; sie lebt mit ihrem Ehemann in bescheidenem Wohlstand; sie hat eine Arbeit, die ihr bisher gefallen hat, und Vorgesetzte, die verständnisvoll auf die aktuellen Einschränkungen der Mitarbeiterin reagierten; sie unternimmt mit dem Ehemann fast täglich längere Spatziergänge in forschem Tempo; sie ist aktives Mitglied einer Freikirche.

Die Säulen der Identität sind durch den Überfall instabil geworden, insbesondere die Beziehungs- und die Wertesäule, die Arbeit- und Leistungssäule und nicht zuletzt die Leiblichkeit.

Wir sprechen über mögliche Reaktionen von Menschen auf ein solches Ereignis, darüber, wie Fachleute das benennen, über mögliche Behandlungswege und über Prognosen. Frau A. wird ermuntert, die Spatziergänge mit dem Ehemann möglichst wieder aufzunehmen.

Frau A. ist einverstanden und hoch motiviert, zwei Übungen von *Luise Reddemann* auszuprobieren (Baumübung, Sicherer Ort).

Eine Woche später berichtet Frau A., sie habe das Benzodiazepin abgesetzt, das einschläffördernde Medikament nehme sie nur noch sehr selten, sie habe zu Hause regelmässig die Übung zum Sicherer Ort gemacht, sie erleide kaum mehr Flashbacks. Frau A. möchte noch zwei weitere Imaginationsübungen kennen lernen (sie ist sehr neugierig darauf) sowie das Progressive Muskelentspannen nach *Jacobson*. Eine weitere Woche später ist der Zustand weiterhin anhaltend gut. Frau A. hat ihre Einstellung geändert und findet jetzt, sie müsse nicht jeden Dieb fangen, ihre Sicherheit und Gesundheit wolle sie nicht aufs Spiel setzen (erster Weg der Heilung). Sie sage jetzt auch mal Nein, wenn sie sich nicht in der Lage fühle, in einem anderen Laden alleine auszuhelfen. Drei Monate nach dem Überfall ist als Symptom einzig noch ein beklemmendes Gefühl zurückgeblieben beim Hören von Sirenen.

Dieser gute Verlauf ist der ausgesprochenen Resilienz und den vielen Ressourcen der Patientin, ihrer Fähigkeit zur Imagination sowie der Passung zwischen Klientin und Therapeutin zu schreiben. Zudem hatte die Patientin bisher nie ein traumatisierendes Erlebnis gehabt und es handelte es sich hierbei nicht um ein Beziehungsdelikt. Die Art der Traumatisierung war wesentlich für die Bewältigung. Das soziale Umfeld der Klientin solidarisierte sich klar mit ihr (vierter Weg der Heilung).

## 10. Diskussion

Die Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie PITT ist wie bereits erwähnt dem Verfahren der Psychoanalyse verpflichtet. Ihr fehlt jedoch ein metatheoretischer Überbau, wie ihn die Integrative Therapie bietet.<sup>42</sup> Vermutlich ist dies der Grund, warum *Reddemanns* Übungen von Vertretern verschiedener Richtungen eingesetzt werden. Dies passiert teilweise wohl in eklektischem Sinne. Nicht so in der IT: *Reddemanns* Übungen können hier integriert werden als Techniken. Schon *Janet* arbeitete mit imaginativen Techniken (vgl. *Petzold et al.* 2000, 533, Anmerkung 41).

Das Grundprinzip der Ego-State-Therapie ist für *Reddemann* folgendes: „Verschiedene Aufgaben werden verschiedenen States zugeordnet. Das heisst, das Prinzip der inneren ‚Vielheit‘ ist leitend und Ressourcen generierend“ (*Reddemann* 2004, 73). Daraus leitet *Reddemann* Interventionen ab, die m.E. teilweise auch ohne Einverständnis mit der ganzen Ego-State-Therapie im Rahmen von anderen Verfahren eingesetzt werden können. So eignen sich die von *Reddemann* vorgestellten Übungen unter bestimmten Voraussetzungen gut zur Krisenintervention.

---

<sup>42</sup> Vgl. *Petzold* (1991-1993) und *Petzold* (1996).

Die Verfasserin dieser Arbeit kann der Ego-State-Theorie und der Ego-State-Therapie, die der PITT zugrunde liegt, nicht folgen. Sie widerspricht der Entwicklungstheorie der IT, wonach Entwicklung ein lebenslanger Prozess ist und nicht einfach im Erwachsenenalter aufhört. Das in der PITT unterstellte „Innere Kind“ entspricht in der IT dissoziativen Zuständen. Gemeinsam ist beiden Ansätzen, dass sie davon ausgehen, dass durch Traumata die Entwicklung gestört wird. *Reddemann* nimmt jedoch scheinbar an, dass „innere Kinder“ als Ego-States bestehen bleiben und keine weitere Entwicklung möglich ist.

*Reddemann* beschreitet aus Sicht der IT mit ihren stabilisierenden Übungen den zweiten und dritten Weg der Heilung. Sie bedient sich zuerst einer top-down-Strategie („from mind to muscle“). Zusätzlich empfiehlt *Reddemann* den Patienten körpertherapeutische Übungen, wenn sie dies als indiziert betrachtet (bottom-up-Strategie) und der Patient mit dem Vorgehen einverstanden ist. Die IDR dagegen beginnt grundsätzlich mit einem bottom-up-Ansatz (vgl. *Petzold* 2001b), so mit Methoden zur muskulären und zur respiratorischen Entspannung. Denn physiologische Hyperarousals müssen aufgrund der mit Imagination verbundenen Retraumatisierungsgefahr unbedingt verhindert werden. Übungen zur mentalen Entspannung kommen ergänzend hinzu. Dabei achtet der Therapeut sehr sorgfältig darauf, dass dem Patienten bei der Entspannung „ein Bereich in der bewussten Kontrolle verbleibt“ (*Petzold* 2001b, 518), um Dekompensationen zu verhindern. Fremdhypnotische Einflussnahme ist nicht erwünscht. Damit wird verhindert, dass Gefühle des Ausgeliefertseins, Intrusionen und Angst aufkommen. Dies ist auch *Reddemann* ein Anliegen. Deshalb versucht *Reddemann* die therapeutische Arbeitsbeziehung möglichst hierarchiearm zu gestalten. Die Kontrolle soll während der Übungen bei der Patientin bleiben. *Reddemann* vermeidet zum Beispiel „Hypnotalk“ und ist bestrebt, eine einseitige Verteilung von Macht und Ohnmacht in der Psychotherapie zu verhindern. Dies ist allerdings m.E. bei ihrem Setting aus strukturellen Gründen schwierig. Denn *Reddemann* führt die PITT vorwiegend als individuumzentrierte Einzeltherapie durch, ganz in der Tradition der Psychoanalyse, wo die Macht einseitig verteilt ist (Deutungsmacht), wo ein Konzept von Zwischenleiblichkeit fehlt und wo die soziale Dimension zu wenig berücksichtigt wird und (vgl. *Petzold, Josić, Erhardt* 2003).

*Reddemann* diagnostiziert im Gegensatz zur IT in klassifikatorischer und statusorientierter Manier, wobei sie die Wichtigkeit von sorgfältiger Diagnostik betont.

Wie die IT ist *Reddemann* nicht einseitig defizitorientiert. Sie ist davon überzeugt, dass auch in schwer traumatisierten Menschen gesunde gebliebene Anteile schlummern. *Reddemann* berücksichtigt allerdings protektive Faktoren und Resilienzen kaum, Ressourcen jedoch schon. Diese sucht sie vorwiegend beim Patienten selber (in dessen Innern). Die psychosoziale Dimension kommt wie bereits erwähnt zu kurz. *Reddemann* versucht die Selbstheilungskräfte mittels imaginativer Techniken zu aktivieren. Sie liefert aber keine Beweise für die Wirksamkeit dieser Methode. Für die Integrierende und Differentielle Regulation IDR sind imaginative Ansätze neben vielen anderen eine Möglichkeit, um Entspannung zu erreichen. Seit den 70er Jahren wurden stabilisierende Imaginationen in der IT im Rahmen der Krisenintervention entwickelt (Ort der Kraft, innerer Beistand etc.) (vgl. *Rahm et al.* 1995<sup>3</sup>). Die IT lässt die Patientin Erfahrungen machen (imaginativ oder spielerisch) und achtet dabei immer auch auf die leibliche Verankerung, was aus neurowissenschaftlicher Sicht und vor dem Hintergrund des Leiblichkeits-Konzeptes der IT Sinn macht.

Es gibt weitere Gemeinsamkeiten von PITT und IDR-T / IDR. Beide arbeiten mit Information, Psychoedukation und Hausaufgaben.<sup>43</sup> Beide berufen sich auf neuere Erkenntnisse der Neurowissenschaften, wobei *Reddemann* dies weniger ausführlich macht. Beide schreiben der Achtsamkeit, Selbst- und Fremdwahrnehmung in der Traumatherapie eine wichtige Rolle zu. Die partnerschaftliche Art, mit der *Reddemann* ihren Patienten begegnet, diese „parteiliche Abstinenz“ (*Reddemann* 2004, 47), erinnert an Integrativ Therapeutisches Handeln. *Reddemann* informiert ihre Patienten über das weitere Vorgehen und holt jeweils für jeden Schritt deren Einverständnis ein. Sie

---

<sup>43</sup> *Petzold* setzt Hausaufgaben im Rahmen des dritten Weges der Heilung und Förderung ein (*Petzold* 1996, 251).



geht flexibel mit Techniken und Übungen um, passt sie dem Menschen mit seiner Geschichte und seiner Situation an. *Reddemann* hält die therapeutische Beziehung für einen wichtigen Wirkfaktor. Ihr Behandlungsansatz ist genereller Natur und sie verwendet Sonderformate mit oder ohne Traumaexposition.

Schliesslich bleibt folgendes zu erwähnen, und das gilt sowohl für die IT als auch für die PITT: Die Bewertung einer traumatischen Erfahrung entscheidet darüber, ob diese schlimme Konsequenzen hat oder nicht. Schutz- und Risikofaktoren müssen berücksichtigt werden, ebenso allfällige Vortraumatisierungen oder vorbestehende psychische Erkrankungen (*Flatten et al.* 2004). Wichtig sind ausserdem Alter und Grad der innerpsychischen Reifung und Stabilität. Und: „Das Sprechen über das Trauma ist selten, wenn überhaupt, ausreichend. Traumaüberlebende müssen konkrete Handlungen vollziehen, die den Triumph über Hilflosigkeit und Verzweiflung symbolisieren“ (*Van der Kolk, McFarlane, van der Hart* 2000, 329).

## 11. Zusammenfassung

Es werden diagnostische Gesichtspunkte von Traumafolgestörungen diskutiert.

Für die Behandlung von Traumafolgestörungen werden zuerst allgemeine Behandlungsansätze der Integrativen Therapie dargestellt; dann werden stabilisierende Techniken in der Integrativen Therapie und im Integrierenden und Differentiellen Regulation-Traumaformat IDR-T erläutert.

Danach wird die Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie PITT besprochen, insbesondere deren stabilisierenden Techniken. Schliesslich wird der Versuch unternommen, die Techniken der PITT im Verfahren der IT einzuordnen.

## Summary

Present discussion places its focus on diagnostic facets of post-traumatic disorders. Starting from the assumption that initial stabilization is especially important, this paper will especially investigate neuro-scientific, psychological, psycho-social and existential aspects of stabilisation. In connection to the treatment of post-traumatic disorders I will first introduce general approaches of treatment within integrative therapy and will then present stabilizing techniques of both integrative therapy as well as integrating and differential regulation-traumaformat IDR-T. Further, I will discuss the psychodynamic imaginative trauma therapy PITT after *Luise Reddemann* by drawing special attention to its stabilizing techniques. Conclusively, I will make an attempt to classify the PITT techniques within IT procedures.

**Keywords:** trauma, stabilization, integrative therapy, integrative and differential relaxation (IDR), psychodynamic imaginative traumatherapy

## 12. Literatur

*Antonovsky, A.* (1997): *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit.* Tübingen: DGTV (englische Originalausgabe 1987).

*Ehlers, A.* (1999): *Posttraumatische Belastungsstörung.* Göttingen: Hogrefe (Band 8 der Reihe: *Forschritte in der Psychotherapie*).

*Fischer, G., Riedesser, P.* (1998): *Lehrbuch der Psychotraumatologie.* München, Basel: Ernst Reinhardt.

*Flatten, G., Gast, U., Hofmann, A., Liebermann, P., Reddemann, L., Siol, T., Wöller, W., Petzold, E.R.* (Hrsg.) (2004<sup>2</sup>): *Posttraumatische Belastungsstörung. (Leitlinie und Quellentext 2001).* Stuttgart: Schattauer.

*Flatten, G., Hofmann, A., Reddemann, L., Liebermann, P.* (2004<sup>2</sup>): *Ätiopathogenetische Modelle der Posttraumatischen Belastungsstörung.* In: *Flatten, G., Gast, U., Hofmann, A., Liebermann, P., Reddemann, L., Siol, T., Wöller, W., Petzold, E.R.* (Hrsg.) (2004<sup>2</sup>): *Posttraumatische Belastungsstörung. (Leitlinie und Quellentext (2004<sup>2</sup>) 71-84).*

- Flatten, G., Reddemann, L., Wöller, W., Hofmann, A. (2004<sup>2</sup>): Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung. In: Flatten, G., Gast, U., Hofmann, A., Liebermann, P., Reddemann, L., Siol, T., Wöller, W., Petzold, E.R. (Hrsg.) (2004<sup>2</sup>): Posttraumatische Belastungsstörung. (Leitlinie und Quellentext (2004<sup>2</sup>) 103-142).
- Glomp, I. (2004): Pillen gegen die Panik. Schützt ein Blutdruckmittel vor Traumafolgen? Patienten hoffen, Ethiker mahnen. *Psychologie Heute*, 10, 56-57.
- Huber, M. (2003): Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung. Teil 1. Paderborn: Junfermann.
- Huber, M. (2003): Wege der Trauma-Behandlung. Trauma und Traumabehandlung. Teil 2. Paderborn: Junfermann.
- Hüther, G. (2001): Gewalterfahrung und Verarbeitung traumatischer Erinnerungen aus neurobiologischer Sicht. *Integrative Therapie*, 4, 413-424.
- Josić, Z., Petzold, H.G. (1995): Kriegstraumatisierung, posttraumatischer Stress – diagnostische und therapeutische Dimensionen. Belgrad: Zentrum für Kriegsofferhilfe (in serb. Sprache).
- Jordi, A. (2001): Integrative Leib- und Bewegungstherapie in der Behandlung von folter- und kriegstraumatisierten Menschen. *Integrative Therapie*, 4, 459-472.
- Koop, I.I. (2001): Narben auf der Seele. Integrative Therapie und leibtherapeutische Interventionen in der Arbeit mit Folterüberlebenden. *Integrative Therapie*, 4, 425-458.
- Müller, L., Petzold, H.G. (2002): Gerontotherapie: Psychotherapie mit älteren und alten Menschen – Forschungsergebnisse, protektive Faktoren, Resilienzen. Grundlagen für eine Integrative Praxis (Teil 1). *Integrative Therapie*, 1, 52-90.
- Müller, L., Petzold, H.G. (2002): Gerontotherapie: Psychotherapie mit älteren und alten Menschen – Forschungsergebnisse, protektive Faktoren, Resilienzen. Grundlagen für eine Integrative Praxis (Teil 2). *Integrative Therapie*, 2, 109-134.
- Petzold, H.G. (1991-1993): Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie. Bde. I-III. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (1996<sup>3</sup>): Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie. Bde. I-II. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H.G. (2000): Integrative Traumatherapie: Integrierende und Differentielle Regulation (IDR-T) für posttraumatische Belastungsstörungen – „quenching“ the trauma physiology. *Integrative Therapie*, 2-3, 367-387.
- Petzold, H.G. (2001a): Trauma und „Überwindung“ – Menschenrechte, Integrative Traumatherapie und „philosophische Therapeutik“. *Integrative Therapie*, 4, 344-412.
- Petzold, H.G. (2001b): Integrative Traumatherapie: Integrierende und Differentielle Regulation (IDR-T) für posttraumatische Belastungsstörungen – (*Integrative Trauma Therapy*). *Integrative Therapie*, 4, 509-528.
- Petzold, H.G., Josić, Z., Erhardt, J. (2003): Integrative Familientherapie als „Netzwerkintervention“ bei Traumabelastungen und Suchtproblemen. *POLYLOGE – Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“*, 3, 1-28.
- Petzold, H.G., Steffan, A. (2000): Gesundheit, Krankheit, Diagnose- und Therapieverständnis in der „Integrativen Therapie“. *Integrative Therapie*, 2-3, 203-230.
- Petzold, H.G., Wolf, H.U., Landgrebe, B., Josić, Z. (2001): Traumatherapie braucht Integrative Modelle. Zur Einführung. *Integrative Therapie*, 4, 339-343.
- Petzold, H.G., Wolf, H.U., Landgrebe, B., Steffan, A. (2000): „Integrative Traumatherapie“ – Modelle und Konzepte für die Behandlung von Patienten mit „posttraumatischer Belastungsstörung“. In: Van der Kolk, B.A., McFarlane, A.C., Weisaeth, L. (2000) 445-579.
- Rahm, D., Otte, H., Bosse, S., Ruhe-Hollenbach, H. (1995<sup>3</sup>): Einführung in die Integrative Therapie. Grundlagen und Praxis. Paderborn: Junfermann.
- Rauch, J. (2004): „Sind Sie sicher, dass Sie über dasselbe Thema sprechen?“ *Psychologie Heute*, 9, 38.
- Reddemann, L. (2002<sup>6</sup>): Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. Stuttgart: pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Reddemann, L. (2004): Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT – Das Manual. Stuttgart: pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Reddemann, L., Sachsse, U. (1997): Stabilisierung. *Persönlichkeitsstörungen*, 3, 113-147.
- Resick, P.A. (2003): Stress und Trauma. Grundlagen der Psychotraumatologie. Bern: Huber. (Englische Originalausgabe 2001, herausgegeben und ergänzt von Maercker, A.).

- Rösinger-Pape, S. (1998): Traumatisierende und protektive Faktoren bei kindlichem Missbrauch und ihre Auswirkungen auf die intrapsychischen Abwehrmechanismen. *Integrative Therapie*, 3-4, 282-297.
- Roth, G. (2004): Geht die Psychologie in der Neurobiologie auf ? *Psychologie Heute*, 10, 73-75.
- Saum-Aldehoff, Th. (2004): „Wir sind mehr, als unser Geist zu Gesicht bekommt“. Ein Gespräch mit Joseph LeDoux. *Psychologie Heute*, 9, 34-39.
- Schmitz, U. (2004): Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT) zur Traumabewältigung. Ein handlungsorientierter Ansatz. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Turnbull, G.J., McFarlane, A.C. (2000): Akut-Behandlungsformen. In: Van der Kolk, B.A., McFarlane, A.C., Weisaeth, L. (2000) 331-339.
- Van der Kolk, B.A. (2000a): Der Körper vergisst nicht. Ansätze einer Psychophysiologie der posttraumatischen Belastungsstörung. In: Van der Kolk, B.A., McFarlane, A.C., Weisaeth, L. (2000) 195-217.
- Van der Kolk, B.A. (2000b): Trauma und Gedächtnis. In: Van der Kolk, B.A., McFarlane, A.C., Weisaeth, L. (2000) 221-240.
- Van der Kolk, B.A., McFarlane, A.C., van der Hart, O. (2000): Ein allgemeiner Ansatz zur Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung. In: Van der Kolk, B.A., McFarlane, A.C., Weisaeth, L. (2000) 309-330.
- Van der Kolk, B.A., McFarlane, A.C., Weisaeth, L. (2000): Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Erweiterte deutsche Ausgabe hrsg. von Märtens, M., Petzold, H.G.. Paderborn: Junfermann.
- Van der Kolk, B.A., van der Hart, O., Marmar, Ch.R. (2000): Dissoziation und Informationsverarbeitung beim posttraumatischen Belastungssyndrom. In: Van der Kolk, B.A., McFarlane, A.C., Weisaeth, L. (2000) 241-261.
- Van der Mei, S., Petzold, H.G., Bosscher, R. (1997): Runningtherapie, Stress, Depression – ein übungszentrierter Ansatz in der Integrativen leib- und bewegungsorientierten Psychotherapie. *Integrative Therapie*, 3, 374-428.
- Weltgesundheitsorganisation (1991): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch diagnostische Leitlinien. Bern: Huber.
- Yehuda, S., McFarlane A.C. (Hrsg.) (1997): Psychobiology of posttraumatic stress disorder. *Ann N Y Acad Sci*; Vol. 821.