

„Ich selbst bin meine wichtigste Therapeutin“:

Dynamic Containing mit einer Geflüchteten

Von Freihart Regner, Dezember 2024¹

Einleitung

Psychotherapie wirkt im allgemeinen recht gut und in umfassender Weise gesundheitsförderlich,² auch wenn es – wie bei jeder Heilbehandlung – Risiken gibt und Nebenwirkungen auftreten können.³ Nach wie vor unzureichend geklärt ist jedoch, was genau die Wirkfaktoren sind, welche die therapeutischen Effekte hervorrufen.⁴ Die frühe Psychotherapieforschung sprach hier vom „Vogel-Dodo-Verdikt“, benannt nach einer Figur aus Lewis Carrolls „Alice im Wunderland“: Da alle Therapieschulen gleichermaßen positive Wirkungen zeitigen, haben sie alle gewonnen und müssen einen Preis erhalten.⁵ Dabei ist dieser Befund durchaus merkwürdig, widersprechen sich die jeweils postulierten Wirkfaktoren doch zum Teil diametral („Äquivalenzparadoxon“).⁶ So meint etwa die klassische Psychoanalyse, dass gestörtes Erleben und Verhalten hauptsächlich von schwierigen Primärbeziehungen herrühren, die in der „Übertragung“ reinszeniert und durchgearbeitet werden müssen – verhaltenstherapeutisch bewirkte Veränderungen dürften daher eigentlich gar nicht stattfinden oder könnten nur oberflächlicher Art sein („Symptomverschiebung“).⁷ Umgekehrt vertritt die klassische Verhaltenstherapie, gestörtes Verhalten sei gelernt worden und könne entsprechend auch wieder umgelernt werden, weshalb therapeutisch induzierte „regressive Prozesse“ nicht erforderlich und unter Umständen sogar schädlich seien.⁸ Nun ist zwar richtig, dass die dominierende Ausrichtung der Psychotherapieforschung in den letzten Jahren weitaus differenzierter geworden ist, dass sie anhand des „Goldstandards“⁹ von randomisierten Kontrollgruppen (Randomized Controlled Trials, RCTs) die Effektstärken verschiedener Therapieansätze für verschiedene Störungsbilder miteinander vergleicht, nach dem medizinischen Modell¹⁰ der Psychopharmakaforschung¹¹ auf Evidenzbasierung setzt und die entsprechenden Befunde in Metaanalysen zusammenfasst¹² – jedoch ändert all das nichts am reduktionistischen und fragmentarischen Prinzip des Gegenüberstellens und Vergleichens einer Vielzahl von Therapiemodell-

len und -varianten.¹³ So führt nicht zuletzt die Ungeklärtheit über die therapeutischen Wirkfaktoren dazu, dass die Psychotherapielandschaft mittlerweile völlig unüberschaubar geworden und in eine Vielzahl von teils identitätsgeprägten „Glaubensrichtungen“ zerfallen ist.¹⁴ Es lassen sich mindestens acht Paradigmen – tiefenpsychologisch, lerntheoretisch-kognitiv, humanistisch, systemisch, existentialistisch, transpersonal, körperorientiert, integrativ – und innerhalb dieser mehr als vierhundert Therapievarianten ausmachen.¹⁵

Das 1999 in Kraft getretene deutsche Psychotherapeutengesetz ist zwar mit dem prinzipiell nachvollziehbaren Anspruch angetreten, jenen „Wildwuchs“ zu beschneiden und – jedenfalls was gesetzliche Krankenkassenleistungen anbetrifft – auf eine Reihe von wissenschaftlich rigoros auf ihre Wirksamkeit hin überprüfte „Richtlinienverfahren“ zu begrenzen (derzeit Verhaltenstherapie, Psychoanalyse, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, zuletzt auch systemische Therapie).¹⁶ Allerdings geschah und geschieht dies um den sehr hohen Preis, bei einer allgemeinen strukturellen Unterversorgung nicht nur einzelne, international seit Jahrzehnten bewährte Psychotherapieschulen wie beispielsweise die Gesprächspsychotherapie oder die Gestalttherapie mit durchaus fragwürdiger wissenschaftlicher Argumentation aus der psychotherapeutischen Regelversorgung auszuschließen,¹⁷ sondern gleich ganze Paradigmen wie etwa den humanistischen Ansatz, der doch seine unbestreitbaren und unverzichtbaren Verdienste in der Psychotherapie-Entwicklung vorzuweisen hat.¹⁸ Bedeutet solcher wissenschaftsgläubige regulatorische Rigorismus nun aber, dass etwa die Gestalttherapie keine Rolle mehr in der deutschen Regelversorgung spielen würde? Nein, denn durch die Hintertür einer sogenannten „Dritten Welle der Verhaltenstherapie“,¹⁹ mit der – und ganz entgegen den vorangegangenen „Wellen“ – verstärkt auf Beziehung, Gefühle und Achtsamkeit abgehoben wird, werden auf einmal therapeutische Prinzipien anerkannt und abrechenbar, die seit Jahrzehnten vor allem in der Gestalttherapie praktiziert und kultiviert werden.²⁰ (Auf die „Vierte Welle“ mit einer Betonung des Körpers und des Transpersonal-Spirituellen darf man schon gespannt sein... .)²¹ Hierzu gehört auch die der kognitiven Verhaltenstherapie zuordenbare und somit über die Kassen abrechenbare Schematherapie, die letztlich ein Amalgam aus verhaltenstherapeutischen, psychodynamischen und gestalttherapeutischen Konzepten darstellt.²²

Aus der Sicht und in der Tradition einer *Klinischen Philosophie* nach Hilarion G. Petzold, dem Begründer der Integrativen Therapie, bei welcher es um eine umfassende theoretische Reflexion der psychotherapeutischen Praxis geht,²³ ist die beschriebene Lage in hohem Maße unbefriedigend, da die Profession sich damit als inkohärent und inkonsistent, dabei nicht selten einseitig bis ideologisch, szientistisch, profitorientiert und polemisch ausweist²⁴ und der eigentliche Wesensgehalt der psychotherapeutischen Kommunikation darüber ungeklärt bleibt.²⁵ Vor diesem kontroversen Hintergrund soll im folgenden ein *ontotherapeutisches Prozessmodell* vorgestellt und anhand einer Falldarstellung illustriert werden. Dabei bedeutet „ontotherapeutisch“ (von griechisch „ontos“: Sein, Wesen, und „therapeutein“: pflegen, dienen, heilen) gerade nicht, dass der Legion von therapeutischen Modellvarianten damit einfach eine weitere hinzugefügt wird. Ebenso wenig werden in dem Prozessmodell eine Vielzahl von em-

pirischen Einzelstudien aus der Psychotherapieforschung zu einem generischen Modell zusammengeführt²⁶ oder eine statistische Metaanalyse zur Identifizierung schulübergreifender Wirkfaktoren vorgenommen.²⁷ Vielmehr soll *mittels systemisch-phänomenologischer Reflexion der Wesenskern und das Grundgeschehen des psychotherapeutischen Prozesses erfasst und beschrieben* werden, von dem die verschiedenen therapeutischen Ansätze jeweils eine spezifische Ausformung und konzeptuelle Überformung darstellen.²⁸ Wir bezeichnen dieses ontotherapeutische Modell als *Dynamic Containing*, und es besteht – bei bewusst einfacher, anschaulicher und praxisorientierter Gestaltung – aus einem *Doppelcontainer* mit einer darin enthaltenen *Doppelhelix*. Es handelt sich mithin um zwei-mal-zwei-gleich-vier aufeinander bezogene Modellbestandteile, die im folgenden zunächst graphisch dargestellt und dann inhaltlich erläutert werden.

Dynamic Containing



1. Self-Containing. Der Mensch kann im Sinne der klinischen Philosophie als ein bio-psycho-soziales Wesen aufgefasst werden – bestehend aus den fünf Schichten Körper, Seele, Verstand, Geist und Gemeinschaft –, welches sich in ständiger Wechselwirkung mit seiner äußeren und inneren Umwelt befindet.²⁹ Diese extreme Komplexität macht anspruchsvolle Anpassungsprozesse erforderlich, die in der klinischen Psychologie weithin als *Selbstregulation* bezeichnet werden.³⁰ Um das Modell jedoch der psychotherapeutischen Praxis zuzuführen, wird hier stattdessen von *Self-Containing* gesprochen.³¹ Gemeint ist damit, dass die – teils belastenden, spannungsreichen, konfliktären – psychischen Bestandteile, Zustände, Vorgänge und (Flieh-)Kräfte vom Ich umfasst und zusammengehalten, eben *contained* werden müssen, um ein stabiles, kohärentes und gesundes Selbsterleben aufrechtzuerhalten.³² Aus verschiedensten Ursachen heraus kann die Psyche dabei jedoch überfordert werden, und es kommt zu belastenden Problemen bis hin zu psychischen Symptomen aus dem gesamten Spektrum der Psychopathologie.³³ Bildhaft gesprochen: Das Fass des Self-Containers oder Selbstgefäßes läuft vor Problemen, Beschwerden und Symptomen über.³⁴

2. Therapeutic Containing. Ein Mensch mit unzureichendem Self-Containing kann schließlich psychosoziale und psychotherapeutische Hilfe aufsuchen und über seine oder ihre psychischen Probleme und Beschwerden sprechen (oder sie nonverbal zum Ausdruck bringen).³⁵ Das überlaufende Selbstgefäß wird sodann von einem therapeutischen Container umfasst und zusammengehalten, daher der Ausdruck *Doppelcontainer*. Der Fachbegriff *Containing* stammt ursprünglich von dem Psychoanalytiker Wilfred Bion und beschreibt das stellvertretende „Verdauen“ und Verarbeiten früher und roher Affekte („Beta-Elemente“) durch die Analytikerin, die diese dann in emotional reifer und symbolisierungsfähiger Form („Alpha-Elemente“) wieder an den Analysenden zurückgibt;³⁶ konzeptuell verwandt damit ist das *Holding* nach Donald Winnicott, womit ein therapeutischer Prozess des psychischen und emotionalen Haltgebens, ähnlich wie in der frühen Kindheit, beschrieben wird.³⁷ *Im Dynamic Containing wird der Begriff jedoch im allerweitesten Sinne des Auffangens, Umfassens und Zusammenhaltens sämtlicher von der Klientin in die Psychotherapie eingebrachten Probleme, Beschwerden und Symptome verstanden.* Das *ontotherapeutische Verständnis von der therapeutischen Beziehung als Containment* unterscheidet sich somit kategorial etwa von dem der klassischen Psychoanalyse (Arbeitsbeziehung / Durcharbeiten der Übertragung), der klassischen Verhaltenstherapie (u.a. Lehrer / Schüler), der Gestalttherapie (Kontaktzyklus), der transpersonalen Therapie (spiritueller Führer / Suchender) oder auch der Integrativen Therapie (Ko-respondenz).³⁸ Vielmehr werden diese und weitere Konzepte der therapeutischen Beziehung hier als Varianten und Spezialisierungen einer ihnen *wesenhaft zugrundeliegenden ontotherapeutischen Beziehung, des Dynamic Containments*, betrachtet.³⁹

3. Psychotherapeutische Interventionen. Innerhalb des Dynamic Containers oder Doppelgefäßes kommt nun der erste Strang der Doppelhelix zur Anwendung, das sind gezielte psychologische Interventionen, um bestimmte therapeutische Effekte zu bewirken.⁴⁰ Die Therapieschulen gehen hier von jeweils *spezifischen Wirkfaktoren* aus:⁴¹ So soll etwa mittels der psychoanalytischen Traumdeutung unbewusstes konfliktreiches Material bewusst gemacht werden, „aus Es soll Ich werden“; mit dem verhaltenstherapeutischen Verstärkerplan soll eine erwünschte Konditionierung erreicht werden; und mit dem Gestaltexperiment soll persönliches Wachstum stimuliert werden. Die derzeit dominierende Psychotherapieforschung untersucht in erster Linie diese spezifischen Wirkfaktoren, indem sie dazu, wie oben schon beschrieben, Randomized Controlled Trials durchführt und deren Ergebnisse in Metaanalysen zusammenfasst.⁴² Darüber hinaus werden eine Reihe von *unspezifischen oder allgemeinen Wirkfaktoren* angenommen, wie soziale Unterstützung, regelmäßige Aufmerksamkeit, Anerkennung, Fürsorge, Vermitteln von Hoffnung, Entlastung, Problemklärung, Realitätsprüfung, psychologisches Empowerment, um nur einige zu nennen.⁴³ Diese sind jedoch aufgrund ihrer Individualität, Subtilität und Komplexität von experimentell-quantitativer Psychotherapieforschung nur schwerlich zu erfassen⁴⁴ und werden stattdessen eher von der qualitativen Psychotherapieforschung untersucht, die indes weniger verbreitet und anerkannt ist.⁴⁵

4. Therapeutische Selbstorganisation. Weder von den Therapieschulen noch von der vorherrschenden quantitativen als auch der qualitativen Psychotherapieforschung hinreichend berücksichtigt wird der vierte Bestandteil des Dynamic Containing: die selbstorganisatorischen Prozesse, die, durch das therapeutische Containing katalysiert, im Self-Container oder Selbstgefäß ablaufen.⁴⁶ Derlei autonome Prozesse werden vom Ansatz der unspezifischen Wirkfaktoren zwar gestreift,⁴⁷ verdienen aber eine durchaus eigene Betrachtung, da sie nicht – wie die dritte Komponente des Dynamic Containing – einer interventiven Logik folgen, sondern vielmehr einer Logik der *autopoietischen Selbstorganisation*, für die der therapeutische Container lediglich eine anregende Umwelt darstellt.⁴⁸ Es wird also nicht interventiv von der Therapeutin her auf den Klienten gedacht, sondern rezeptiv-autonom von der Klientin her auf den Therapeuten. Dementsprechend verlaufen jene autotherapeutischen Prozesse nicht nach einem linearen Ursache-Wirkungs-Prinzip, sondern sie gestalten sich autopoietisch, zirkulär, emergent, sprunghaft, oft unerwartet, überraschend, spontan und kreativ, gemäß den intrinsischen Selbstheilungskräften des Klienten.⁴⁹ Gleichzeitig ist die Selbstheilung aber untrennbar mit den therapeutischen Interventionen verschränkt,⁵⁰ weshalb sie im DC-Modell als spiralförmig nach oben verlaufende Doppelhelix dargestellt wird. Nimmt man zur gesamtsystemischen Betrachtung schließlich noch den (psycho-)energetischen Aspekt hinzu, so lassen sich die regelmäßigen Treffen gleichsam als Flamme unter dem Doppelcontainer vorstellen,⁵¹ wodurch eine ständige Energiezufuhr gewährleistet ist, sodass das therapeutische System sich allmählich erhitzt und es zu katalytischen Veränderungs- und meist auch Verbesserungsprozessen kommt.⁵²

Falldarstellung

Frau N., eine Frau mittleren Alters aus einem afrikanischen Land, wurde von einer kirchlichen Organisation an unsere Einrichtung vermittelt.⁵³ Sie verfügt über psychologische Vorkenntnisse und hatte bereits in ihrem Heimatland jahrelang Psychotherapie in Anspruch genommen. Hochschwanger mit ihrem ersten Kind musste sie aus ihrer Heimat fliehen, da ihr Ehemann, ein hoher Beamter, von der herrschenden Miliz massiv bedroht wurde. Auf dem Fluchtweg nach Deutschland brachte sie unter schwierigen Umständen in einem Durchreiseland ihr Kind zur Welt und erhielt schließlich nach Monaten ein Visum. Zum Erstgespräch in unserer Einrichtung kam das Ehepaar zusammen. Frau N. litt unter traumatischen, depressiven, ängstlichen, erschöpfungsbedingten und schmerzhaften Beschwerden, die in ihrer schweren Ausprägung hauptsächlich seit der Geburt aufgetreten waren; zusätzlich bestanden tiefgreifende eheliche Probleme. Die folgende Falldarstellung konzentriert sich hauptsächlich auf Frau N., deren psychosoziale Beratung und Psychotherapie sich in fünf Phasen einteilen lässt, die im Kontext des oben beschriebenen Dynamic Containing reflektiert werden.

1. Phase (8 Monate): Muttersprachliche psychosoziale Gesundheitsberatung

In unserer Einrichtung verfolgen wir einen *gestuften Versorgungsansatz* („stepped care“),⁵⁴ das heißt, die KlientInnen werden nach dem Erstgespräch nach Möglichkeit zunächst in der mittelschwelligen Muttersprachlichen psychosozialen Gesundheitsberatung (MPSGB) versorgt; und nur, wenn diese Maßnahme sich als nicht ausreichend erweist oder es sich von Anfang an um einen schwerwiegenden Fall handelt, wird in den hochschwelligen Bereich der Psychotherapie oder der psychosozialen Traumaberatung gewechselt.⁵⁵ Grundgedanke der MPSGB ist es, geflüchteten KlientInnen über einen überschaubaren Zeitrahmen von idealerweise einigen Monaten hinweg (öfters auch länger) fokussierte und pragmatische Hilfen zur psychosozialen gesundheitlichen Orientierung, Stabilisierung und gesellschaftlichen Integration zu bieten (eine ausführliche Darstellung findet sich an anderer Stelle).⁵⁶ Entsprechend wurde Frau N. an eine Kollegin vermittelt, mit der sie eine Reihe von Entlastungsgesprächen zur emotionalen Erleichterung und Unterstützung führte. Sie schätzte anfangs diese Gespräche, nahm sie bereitwillig in Anspruch, berichtete auch von ersten Verbesserungen, wobei unsererseits immer wieder darauf hingewiesen wurde, dass es sich dabei nicht um eine Psychotherapie handele. Indessen verschlimmerte sich die gesundheitliche Lage der Klientin nach einem emotional stark belastenden chirurgischen Eingriff sowie infolge wiederkehrender häuslicher Gewalt, was beim Erstgespräch nicht erwähnt worden war.⁵⁷ (Auch dem Ehemann war eine MPSGB angeboten worden, die er allerdings nur sporadisch und ohne größeres Engagement in Anspruch nahm.) Schließlich zeigte sich die therapiereifere Klientin nach einigen Monaten unzufrieden, äußerte, die mittelschwellige Maßnahme reiche nicht aus, recherchierte selbst nach Möglichkeiten einer muttersprachlichen Online-Psychotherapie im Ausland und kündigte an, eventuell sämtliche Maßnahmen bei uns abzubrechen, da diese nicht hinreichend effektiv seien.

Interpretieren wir die Geschichte von Frau N. nach dem ontotherapeutischen Modell des Dynamic Containing, so reichte ihr Self-Containing nicht mehr aus, um die psychischen Belastungen durch Verfolgung, Flucht, familiäre und eheliche Probleme, häusliche Gewalt und körperliche Erschöpfung zu bewältigen.⁵⁸ Daher suchte sie, auch vor ihrem psychologischen Erfahrungshintergrund, unsere Einrichtung auf, um hier durch psychosozial-therapeutisches Containing aufgefangen, von außen abgestützt und professionell zusammengehalten zu werden.⁵⁹ Die Muttersprachliche psychosoziale Gesundheitsberatung konnte dies mit ihren Entlastungsgesprächen (Doppelhelix Strang 1, positiv) nach eigenen Aussagen der Klientin zunächst auch leisten, allerdings auf mittlere Sicht nicht hinreichend wirksam, nachdem im Zuge der Beratung weitere existentielle Problemlagen hinzugekommen waren (Doppelhelix Strang 2, negativ, „Abwärtsspirale“).⁶⁰ An dieser Stelle wird deutlich, dass mittelschwellige psychosoziale Beratung und hochschwellige Psychotherapie zwar dem gleichen Prinzip des Dynamic Containing folgen, sich aber nach dem Grad der klinisch-psychologischen Reichweite, Intensität und Invasivität beträchtlich unterscheiden und daher konzeptuell verschiedenen

Interventionsebenen zuzuordnen sind.⁶¹ Wenn der vorherrschende (deutsche) Psychotherapie-Diskurs also meint, sich mit „wissenschaftlich anerkannten Richtlinienverfahren“ als eigene Profession etablieren und dabei rigoros von anderen Psychotherapieverfahren und Beratungsformen abgrenzen zu können,⁶² so scheint dies eher wissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Engführungen geschuldet als der Realität psychosozial-therapeutischer Lebenswelt,⁶³ wie sie sich etwa in den Zentren für politisch verfolgte Menschen mit ihren besonders komplexen Herausforderungen zeigt.⁶⁴

2. Phase (2 Monate): „Das Haus der Gesundheit“

Nachdem die mittelschwellige Maßnahme sich als nicht ausreichend herausgestellt hatte, wurde Frau N. der Wechsel in eine hochschwellige Psychotherapie angeboten, was sie – nach der ausgedrückten Unzufriedenheit für den Psychologen etwas überraschend – auch annahm.⁶⁵ In unserer Einrichtung hat sich in den vergangenen Jahren ein praxeologisches Konzept herausgebildet,⁶⁶ welches auf die psychosoziale Gesundheitsberatung und die Psychotherapie gleichermaßen anwendbar ist und das wir „Das Haus der Gesundheit“ nennen (eine ausführliche Darstellung einschließlich Literaturangaben findet sich an anderer Stelle).⁶⁷ Es handelt sich dabei um die Metapher eines gemeinsam zu erbauenden Hauses, das auf vier Grundpfeilern stehen muss, um die höheren Stockwerke psychotherapeutischer Interventionen stabil darauf errichten zu können. Der erste Pfeiler ist die *Abklärung der Medikation*. Die Erschöpfungszustände von Frau N. schienen auch körperliche Ursachen zu haben, sodass sie an unsere Allgemeinärztin vermittelt wurde, die entsprechende Untersuchungen vornahm und geeignete Medikamente verschrieb beziehungsweise nahrungsergänzende Präparate empfahl. Der zweite Grundpfeiler sind *Körperübungen zur Selbstfürsorge*, insbesondere das von uns entwickelte Empowerment Dancing, eine komplexe Anti-Stress-Übung mit Anleihen bei der Bioenergetik, dem Somatic Experiencing und dem Wing Tsun-Kung Fu.⁶⁸ Die Übung wurde der Klientin zwar schon in den Erstgesprächen gezeigt, zu Beginn der Psychotherapie aber noch einmal gesondert auf deren basale Bedeutung für die psychische Gesundheit hingewiesen. Der dritte Eckpfeiler ist eine *geordnete Tagesstruktur*; anders als bei vielen anderen Klienten, zeigten sich hier bei Frau N. als junger engagierter Mutter keine Defizite.⁶⁹ Der vierte Pfeiler schließlich ist die *Zukunftsperspektive*. In der therapeutischen Klärung ergab sich, dass die Klientin ihre Zukunft zusammen mit ihrem Ehemann sah, auch wenn es beträchtliche eheliche Probleme gab und die periodisch auftretende häusliche Gewalt mittlerweile sogar bei der Polizei und dem Jugendamt anhängig geworden war.⁷⁰ Indessen wollte Frau N. ihre junge Familie nicht gefährden und sah bei ihrem Mann, bei aller patriarchalischen Prägung, ein hohes Einsichts- und Veränderungspotential, das nur entsprechend gefördert werden müsse.⁷¹ Beide wollten ihre Abschlüsse in Deutschland anerkennen lassen und zu Ende studieren. Weitere Interventionen umfassten unter anderem Psycho- und Traumaedukation, soziologische Reflexion über patriarchale Strukturen und interkulturelle Verständigung.⁷² Die Klientin nahm sämtliche Anregungen an, praktizierte gewissenhaft die Übungen und berichtete von

einer spürbaren Verbesserung, auch bei ihrem Mann, der seit ihrer Therapie hilfsbereiter und partnerschaftlicher geworden sei.⁷³

Der therapeutische Container kann metaphorisch als die Wände und das Dach des Hauses der Gesundheit angesehen werden, in dessen Stockwerken und Räumen sich die psychosozialen Interventionen und die therapeutische Selbstorganisation vollziehen.⁷⁴ Das Containing ist also keinesfalls nur ein strukturloses Haltgeben, wobei die erforderliche Struktur sich praxeologisch aus den jeweiligen Problemlagen der KlientInnen – hier seelisch belasteten bis traumatisierten Geflüchteten – ergeben sollte.⁷⁵ Anders ausgedrückt: Die psychosozial-therapeutischen Konzepte haben sich den Problemen und Symptomen der Klienten anzupassen, und nicht umgekehrt diese sich an die konzeptuellen bis psychoideologischen Vorlieben der jeweiligen Therapieschulen,⁷⁶ einschließlich der „Richtlinienverfahren“,⁷⁷ ebensowenig wie an die Forschungs-, Einfluss-, Profilierungs- und Fördermittel-Interessen mancher szientistisch abgehobenen Universitätsinstitute und -kliniken (teils besonders im Bereich der Psychotraumatologie).⁷⁸ Dabei steht das Haus der Gesundheit – und somit allgemeiner auch das Dynamic Containing – nicht isoliert in der Landschaft, sondern es ist eingebunden in eine Gemeinde, welche die Gesamtgesellschaft symbolisieren soll.⁷⁹ Diese ist laut dem deutschen Grundgesetz den Menschenrechten verpflichtet,⁸⁰ weshalb auch die psychosoziale und psychotherapeutische Praxis von diesen Fundamentalrechten geprägt und durchdrungen sein muss.⁸¹ Wir bezeichnen die dementsprechende Rahmenkonzeption als *Normatives Empowerment (NE)*, was sich als menschenrechtliche Hilfe zur Selbsthilfe umschreiben lässt.⁸² In NE werden die fünf gesellschaftspolitischen Dimensionen Macht, Recht, Wahrheit, Freiheit und Öffentlichkeit unterschieden, von denen sich wiederum die *fünf psychosozial-therapeutischen Strategien Ermächtigung, Er-rechtigung, Er-schließung von Wahrheit, Er-freiung und Er-öffentlichung* ableiten lassen. Zum demokratischen Rechtsstaat gehört auch das staatliche Gewaltmonopol, welches häusliche Gewaltausübung nicht zulässt und die davon Betroffenen gegebenenfalls und günstigenfalls unter Polizeischutz und Jugendschutz stellt.⁸³ Gleichzeitig ist das Gewaltmonopol eben demokratisch legitimiert, das heißt, die Staatsgewalt geht letztlich vom Volke, von der Gesamtheit der Bürgerinnen und Bürgern aus, hier einschließlich geflüchteter Menschen, deren individuelle Ermächtigung zur kollektiven Staatsmacht ins rechte Verhältnis zu setzen ist – wie etwa im Falle von Frau N.⁸⁴

3. Phase (2,5 Monate): Stabilisierung nach häuslicher Gewalt

Als Frau N. nach der beschriebenen ersten Stabilisierungsphase wieder in die Sitzung kam, machte sie einen demoralisierten und sichtlich gezeichneten Eindruck: Einer periodischen Dynamik folgend, war ihr Mann ihr gegenüber wieder handgreiflich geworden („Ich bin hier der Mann, ich habe zu bestimmen!“), zwar nicht in grobem Ausmaß gewalttätig, aber doch leichte Verletzungsspuren hinterlassend, die sie von sich aus vorzeigte.⁸⁵ Das Treffen gestaltete sich in hohem Maße brisant und ernsthaft, da der Mann bereits polizeibekannt war und

jetzt auch von unserer Seite aus alles unternommen werden musste, um das Kindeswohl sowie den körperlichen und seelischen Schutz der Klientin zu gewährleisten.⁸⁶ Gleichwohl bestand Frau N. ausdrücklich darauf, nicht die Behörden zu informieren, da sie auch ihren Mann gleichsam als Opfer einer patriarchalischen Sozialisation ansah, der aber – im Gegensatz zu vielen anderen solcherart geprägten Männern – echte Einsicht, Reue und Veränderungsbereitschaft zeige.⁸⁷ Dementsprechend führten wir im nächsten Schritt ein Paargespräch durch, an dem auch der psychosoziale Gesundheitsberater des Mannes, der zugleich unser psychosozial-rechtlicher Berater ist,⁸⁸ teilnahm. Der Klient zeigte sich dabei in der Tat offen, verständnisvoll und veränderungsbereit, nicht zuletzt wegen des gemeinsamen Kindes, um das er sich nach Aussagen der Frau verantwortlich kümmerte.⁸⁹ Die kulturellen und psychologischen Hintergründe seiner Gewaltbereitschaft wurden besprochen und Verhaltens-techniken zur Gewaltprävention demonstriert.⁹⁰ Darüber hinaus wurde vereinbart, ihn ebenfalls in eine Psychotherapie zu vermitteln, was einige Zeit später im Rahmen einer Psychiatrischen Institutsambulanz auch gelang.⁹¹

Die dritte Therapiephase illustriert eindringlich den bereits mit Normativem Empowerment angesprochenen Gesichtspunkt, dass gesellschaftspolitische Dimensionen in das Dynamic Containing einzubeziehen sind und wie flexibel das Konzept dabei handzuhaben ist.⁹² Der psychosozial-therapeutische Raum kann dabei durchaus als gesellschaftliche Vermittlungs- und Sozialisationsinstanz dienen.⁹³ Hätte man in diesem Fall die Familiendynamik dem Selbstlauf der sozialen Funktionssysteme überlassen, so hätte sich das patriarchalische Gewaltmuster beim Ehemann vermutlich fortgesetzt, die Exekutive des Rechtsstaats hätte letztlich eingreifen und sanktionieren müssen, ebenso möglicherweise das Jugendamt, und die junge Familie wäre in diesem sozietären Räderwerk unter Umständen zerrieben worden.⁹⁴ So aber konnte im „weichen“, empathisch vermittelnden psychosozial-therapeutischen Container eine Art Mediation stattfinden und die äußeren wie inneren Umstände zunächst insoweit stabilisiert werden, dass das vor unkontrollierbaren Aggressionen immer wieder berstende Selbstgefäß des Mannes in einen psychotherapeutischen Container außerhalb unserer Einrichtung überführt werden konnte, mit der „riskanten Chance“ einer tiefgreifenden, anhaltenden Verhaltensänderung auch bei ihm.⁹⁵

4. Phase (3 Monate): Self-Empowerment

Nach der Paarberatung und der psychotherapeutischen Perspektive auch für den Ehemann gelang es diesem, seine aggressiven Impulse besser zu kontrollieren, sich wenn nötig abzulenken und sich um das Kind zu kümmern, während Frau N. sich emotional in gewissem Maße von ihm distanzieren („Ich bin gerade nicht mehr auf ihn angewiesen“) und auf sich selbst konzentrieren konnte.⁹⁶ Da sie dazu neigte, sich recht stark mit verschiedenen Bewusstseinszuständen und Rollen zu identifizieren und zwischen diesen zu wechseln, wurde sie im Rahmen der Psychoedukation über die Ego-State-Therapie⁹⁷ aufgeklärt, bei der es um die Arbeit mit

unterschiedlichen Persönlichkeitsanteilen in diversen Kontexten geht; sie recherchierte dies von sich aus weiter und stellte Pläne für ihre jeweiligen Selbstanteile auf. Eine wichtige Rolle spielte dabei das Deutschlernen: Sie hatte eine ausländische Freundin kennengelernt, die zwar schon seit einigen Jahren in Deutschland lebte, aber kaum Deutsch sprach. Mit ihr traf sie sich nun regelmäßig, um die deutsche Sprache zu üben – und machte dabei so große Fortschritte, dass die Therapie zeitweise auch auf Deutsch (anstatt wie sonst auf Englisch) durchgeführt werden konnte.⁹⁸ In diesem Zuge wurde ihr eine unserer Standardfragen gestellt: „Wer ist hier in Deutschland ihr bester und wichtigster Deutschlehrer?“ „Ich selbst!“, lautet allgemein die richtige Antwort. In der nächsten Therapiesitzung berichtete die Klientin, dass sie über diese Frage nachgedacht und sie auf die Therapie bezogen habe, mit der Erkenntnis: „Ich selbst bin auch meine wichtigste und beste Therapeutin!“ – was vom Psychologen umgehend bestätigt wurde.⁹⁹ Demgemäß bemühte sie sich nach Kräften um ihre Selbstheilung, hatte durch die Medikation wieder an Körpergewicht gewonnen und ihre Erschöpfung überwunden, machte regelmäßig die empfohlenen Körperübungen, fühlte sich insgesamt vitaler und aktiver; sie hatte eine differenziertere Sicht auf ihre Persönlichkeit erlangt, verfolgte zielstrebig ihre Pläne, schaffte schließlich als eine der wenigen im Kurs die B1-Deutschprüfung, sendete überglücklich ein Foto von ihrem Zertifikat und berichtete von einer subjektiv erlebten Verbesserung um 65 %, verglichen mit dem Zustand beim Erstgespräch.¹⁰⁰

Besonders die vierte Therapiephase verweist auf den vierten Bestandteil des Dynamic Containing, die klientenbezogene therapeutische Selbstorganisation.¹⁰¹ Angeregt durch die Frage nach dem besten Deutschlehrer entschied sich Frau N. dafür, auch ihre beste und wichtigste Psychotherapeutin zu sein – ein bemerkenswerter Akt psychologischer Selbstermächtigung, der sie befähigte, ihre Lebensziele noch entschiedener zu verfolgen.¹⁰² Während der Ausdruck *Selbstorganisation* hier allgemeiner, systemischer und dezentrierter gehalten ist,¹⁰³ zeichnet innerhalb dessen der Ausdruck Selbstermächtigung oder Self-Empowerment die Klientin als selbstwirksame und handlungsorientierte Akteurin aus.¹⁰⁴ An dieser Stelle sei angemerkt, dass der behandelnde Psychologe zwar schon seit vielen Jahren in Empowerment-Kategorien denkt und handelt – siehe oben Normatives Empowerment –, aber diese dezidierte Perspektiven-Übernahme vonseiten der Klientin auch für ihn freudig überraschend war und seitdem auch anderen Klienten zum „Lernen am Modell“¹⁰⁵ angeboten wird. In Begriffen der schon erwähnten Ego-State-Therapie¹⁰⁶, der Gestalttherapie¹⁰⁷ oder auch der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie¹⁰⁸ gefasst, verfügen Menschen in ihrem Rollenrepertoire demnach über die potenzielle Rolle oder helfende Figur der *Inneren Psychotherapeutin*,¹⁰⁹ welcher die Aufgabe zukommt, in der modernen, überaus komplexen und strapazierenden, fordernden bis überfordernden „Psycho-Gesellschaft“ Self-Containing zu leisten und haltend, heilend und unterstützend auf innere wie äußere Zumutungen, Belastungen und Verletzungen zu reagieren.¹¹⁰ Eine vornehmliche Aufgabe des Therapeuten würde dann darin bestehen, zunächst als äußeres Modell für den Inneren Psychotherapeuten zu dienen, um diesen schritt-

weise zu aktivieren und idealerweise nachhaltig zu etablieren.¹¹¹ Dieser Ansatz wird auch durch eigene katamnestische Befragungen bestätigt,¹¹² denen zufolge es den KlientInnen ein bis zwei Jahre nach Therapieende noch merklich besser ging und es schien, als habe der therapeutische Dialog gleichsam innerlich fortgewirkt.¹¹³ Dass die therapeutische Selbstorganisation oder Selbstheilung indes auch an ihre Grenzen stößt und das Self-Containing in mittleren bis schweren Fällen auf das therapeutische Containing im Sinne des beschriebenen Doppelcontainers angewiesen ist, zeigte sich besonders markant in der letzten Therapiephase.

5. Phase (2 Monate): Narrative Exposition

Wie beschrieben, hatte Frau N. nach einigen Monaten bereits beachtliche therapeutische Fortschritte gemacht, klagte jedoch weiterhin über eine zentrale Beschwerde, die sie alleine nicht bewältigen konnte: Sie könne nicht vergessen und verzeihen, dass ihr Ehemann sie in der äußerst schwierigen und verletzlichen Zeit um die Geburt ihres ersten Kindes nach ihrem Empfinden im Stich gelassen und „verraten“ habe.¹¹⁴ Er habe dies zwar bereut und sich immer wieder dafür entschuldigt, doch wurde sie weiterhin von der Frage gequält, wie er sich derart unverantwortlich hatte verhalten können. Besonders in Momenten der Einsamkeit führten diese Grübeleien zu unkontrollierbarem Zorn und in der Folge zu schweren, nicht mehr zu beschwichtigenden Vorwürfen gegenüber ihrem Ehemann, wodurch die Beziehung stark belastet wurde.¹¹⁵ Auf körperlicher Ebene äußerten sich die kreisenden Gedanken als ein wiederkehrender, schmerzhafter Druck in der Stirn.¹¹⁶ Sie stellte selbst eine Verbindung zu ihrer Kindheit her, in der sie schon sehr früh Verantwortung für die Familie hatte übernehmen müssen.¹¹⁷ In der Therapie ging es zunächst um die diffizile Klärung, ob diese Ruminationen existenzieller Art seien¹¹⁸ – in dem Sinne, dass für die Klientin in der ehelichen Beziehung ein prinzipiell unverzeihlicher Vertrauensbruch stattgefunden habe – oder ob nicht eigentlich die Bereitschaft zur Vergebung bestehe, diese aber durch eine traumatische zwischenmenschliche Erinnerung, die sich symptomatisch als zwanghaftes Grübeln äußert, verhindert wird.¹¹⁹ Die psychologisch erfahrene Klientin meinte, letzteres sei der Fall. Daraufhin wurde ihr im Rahmen psychoedukativer Aufklärung angeboten, eine narrative Exposition über die belastende Erinnerung durchzuführen – ein traumatherapeutisches Vorgehen, dem sie sogleich zustimmte.¹²⁰

Der erste Durchgang der „psychologischen Traumaoperation“, bei der die von großer Hilflosigkeit und Verzweiflung geprägte Erinnerung detailliert berichtet und Satz für Satz dokumentiert wurde, verlief sehr emotional und war von tiefer Trauer, starkem Schmerz und heftigen Körperempfindungen begleitet.¹²¹ Wir beenden die narrative Exposition normalerweise mit dem Körperritual der Traumanutralisierung, bei dem die Erzählung vom Therapeuten wiederholt und deren affektive Ladung anschließend nach dem Prinzip der Schutzerdung imaginativ in den Erdboden entladen wird, gemäß dem (albanischen) Sprichwort „Was der Körper nicht tragen kann, die Erde kann es tragen“.¹²² Mit Frau N. war dies jedoch nicht möglich, da sie emotional zu sehr aufgewühlt war und eine zusammenfassende Wiederholung

der Traumanarration eine klare Überforderung für sie bedeutet hätte.¹²³ Daher wurde nur eine kurze, angedeutete Form des Empowerment Dancing praktiziert,¹²⁴ bei dem am Ende die Hände auf den Boden gelegt werden. Die Klientin zeigte sich danach sichtlich entlastet und stabilisiert und sagte, sie habe das Empowerment Dancing zwar auch zuvor schon regelmäßig durchgeführt, aber erst diesmal seine spannungsreduzierende Wirkung so richtig gespürt. Beim zweiten Durchgang der narrativen Exposition zwei Wochen später, bei dem das Testimonio noch einmal besprochen wurde, war die Anspannung schon deutlich verringert, die Klientin konnte ihren Bericht in gefasstem Zustand berichtigen und ergänzen und fühlte sich insgesamt deutlich besser und erleichtert.¹²⁵

Die narrative Exposition bei Frau N. verweist zuerst auf den dritten Bestandteil von Dynamic Containing, die psycho(trauma)therapeutische Intervention.¹²⁶ Sie wird eingesetzt, um den Self-Container an einer neuralgischen Stelle gleichsam gezielt zum Überlaufen zu bringen, die verstörende Erinnerung im traumatherapeutischen Container aufzufangen und gleichzeitig das erschütterte Selbst zusammenzuhalten.¹²⁷ Dabei wird die punktuelle narrative Exposition – oder, wenn gleich die gesamte Lebenslinie aufgearbeitet wird, die Narrative Expositions-Therapie (NET)¹²⁸ – nach unserer *Vier-Rahmen-Konzeption* (siehe abschließendes Schaubild, vierter Rahmen) vom Konzept der *therapeutischen Waage* (dritter Rahmen) eingerahmt;¹²⁹ das heißt, es wird buchstäblich abgewogen, ob, wann und in welcher Phase ein eher traumatherapeutisches oder ein eher ressourcenorientiertes Vorgehen angezeigt ist. Die therapeutische Waage wird wiederum vom oben beschriebenen psychosozialen *Haus der Gesundheit* (zweiter Rahmen) umrahmt, um die psychotherapeutischen Interventionen auf ein breites, umfassendes und tragfähiges Fundament zu stellen.¹³⁰ Und das Haus der Gesundheit wird schließlich vom gesellschaftspolitischen Normativen Empowerment (erster Rahmen) eingerahmt, um der psychosozial-(trauma)therapeutischen Praxis eine menschenrechtliche Fundierung und Orientierung zu geben.¹³¹

Die vier konzeptuellen Rahmungen stützen und durchdringen sich gegenseitig. So konkretisieren sich die fünf oben beschriebenen Strategien Normativen Empowerments – Ermächtigung, Er-rechtigung, Er-schließung von Wahrheit, Er-freigung, Er-öffentlichung – am stärksten im *Testimonio*, einem mittels narrativer Exposition gewonnenen therapeutischen Zeitzeugenbericht.¹³² Das Testimonio von Frau N. etwa ist ein eindringliches Dokument über die erniedrigende Situation von Frauen in modernen patriarchalischen Gesellschaften und Strukturen.¹³³ Es fordert implizit: (1) die zivilgesellschaftliche Ermächtigung von Frauen, (2) deren rechtlichen Schutz, wenn andere „Schutzsysteme“ versagen oder gar selbst zur Repression beitragen, (3) die wahrheitsgemäße Dokumentation und Aufarbeitung der Unterdrückung, (4) die Befreiung von gesellschaftlichen Zwangsstrukturen (siehe etwa im Iran den Slogan „Woman, Life, Freedom“) und (5) eine geeignete Veröffentlichung der Verfolgungsschicksale, wie es zumindest andeutungsweise in diesem Text geschieht.¹³⁴ All dies soll dazu dienen, den vierten Bestandteil von Dynamic Containing – die therapeutische Selbstorganisation und

das Self-Empowerment – anzuregen, sodass in einer letzten Erweiterung des Modells der Self-Container und der psychosozial-therapeutische Container eigentlich noch von einem (welt-)gesellschaftspolitisch-menschenrechtlichen Container umfasst werden müssten.¹³⁵

Schlussfolgerungen und Ausblick

Bei der letzten Therapiesitzung, in der immer ein Evaluationsinterview durchgeführt wird, berichtete Frau N. von einer subjektiv erlebten Verbesserung um mindestens 90 % verglichen mit dem Therapiebeginn.¹³⁶ Sie fühle sich jetzt ruhig und ausgeglichen, singe hin und wieder und habe neulich sogar spontan auf der Straße getanzt.¹³⁷ Im Vergleich zu früheren Maßnahmen habe sie diese Psychotherapie als besonders tiefgehend empfunden, vor allem die narrative Exposition am Ende, und sie überlege nun, diese Methode auch selbst zu erlernen und später vielleicht einmal anzuwenden.¹³⁸ Auf die erste, *allgemeine Auswertungsfrage*, was ihr bei der deutlichen Verbesserung am meisten geholfen habe, antwortete sie dankbar, dass man sich stets ausreichend Zeit für Gespräche mit ihr genommen habe, wodurch sie einen Lebensplan in Deutschland entwickeln konnte, den sie zuvor nicht gehabt hatte.¹³⁹ Ansonsten habe sie den zweiten Durchgang der narrativen Exposition, bei dem sie ihre belastende Erinnerung aus einer distanzierten Perspektive wie einen Film betrachten konnte, als besonders hilfreich erlebt.¹⁴⁰

Es folgten Fragen zu Veränderungen auf verschiedenen psychologischen Ebenen. Die *Kognition* betreffend sagte Frau N., sie habe sich früher bisweilen wertlos und einsam gefühlt, wisse nun aber, dass man über seine Probleme mit anderen sprechen sollte und dass man nicht nur für sein Kind, sondern auch für sich selbst lebt.¹⁴¹ Ihrem Mann gegenüber habe sie vor der Therapie überwiegend negative *Emotionen* gehabt, während sie nun auch wieder positive Gefühle für ihn empfinde.¹⁴² Insgesamt fühle sie sich stärker und mutiger. *Physiologisch* habe sie früher unter Schlafstörungen und Alpträumen gelitten, heute könne sie gut durchschlafen.¹⁴³ Der Druck und Schmerz in ihrer Stirn seit der von schwierigen Umständen begleiteten Geburt des Kindes trete nur noch bei entsprechenden Assoziationen auf und habe sich stark verringert.¹⁴⁴ Im *sozialen Bereich* habe sich die familiäre Situation deutlich verbessert, und auch ihr Mann führe nun motiviert eine Therapie durch.¹⁴⁵ Ihr *Gedächtnis* betreffend habe sich der traumatische Komplex in Bezug auf die Geburt ihres ersten Kindes weitgehend aufgelöst; ein weiteres belastendes Thema sei erträglich, und sie werde sich selbst noch um dessen Aufarbeitung kümmern.¹⁴⁶ *Selbstfürsorgliche Körperübungen*, insbesondere das Empowerment Dancing, praktiziere sie regelmäßig und zeige es mittlerweile auch anderen.¹⁴⁷ Als *Zukunftsperspektive* wünsche sie sich, für eine Kinderhilfsorganisation in Deutschland zu arbeiten und selbst psychosoziale Unterstützung zu leisten.¹⁴⁸ Ein katamnestisches Nachgespräch über ein halbes Jahr nach Therapieende ergab, dass das Behandlungsergebnis sich gehalten und sogar noch weiter verbessert hatte.¹⁴⁹ Häusliche Gewalt war ab der oben beschriebenen vierten Therapiephase nicht mehr aufgetreten, und das Eheleben gestaltete sich nach Auskunft der Klientin

mittlerweile liebevoll und partnerschaftlich.¹⁵⁰ Für den Krisenfall wurden ihr nachsorgliche Beratungsgespräche angeboten.¹⁵¹

Die achtmonatige psychosoziale Gesundheitsberatung und anschließende zehnmönatige Psychotherapie mit Frau N. verliefen nach dem ontotherapeutischen Prozessmodell des Dynamic Containing. Das *Self-Containing (Modellbestandteil I)* der Klientin war aufgrund ihrer vielfältigen Belastungen und Herausforderungen nicht mehr hinreichend, um ein gefestigtes Selbsterleben und eine zukunftsgerichtete Lebensführung zu gewährleisten. Auch vor dem Hintergrund früherer psychotherapeutischer Erfahrungen suchte sie daher *psychosozial-therapeutisches Containing (Modellbestandteil II)* auf, um von außen gestützt, umfasst und zusammengehalten zu werden. Innerhalb des therapeutischen Containers erfolgten zunächst psychosoziale, dann *psychotherapeutische Interventionen (Modellbestandteil III)*, und zwar sowohl spezifischer als auch unspezifischer Art. All dies zusammen katalysierte und stimulierte die *psychosozial-therapeutische Selbstorganisation und Selbstermächtigung von Frau N. (Modellbestandteil IV)*, kulminierend in dem Satz: „Ich selbst bin meine wichtigste Psychotherapeutin“.¹⁵²

Die psychotherapeutischen Interventionen basierten auf einer Vielzahl von Paradigmen: *tiefenpsychologisch* („Es besteht offenbar ein (unbewusster) Zusammenhang zwischen Ihrer frühen Verantwortungsübernahme als Kind und dem Erleben Ihrer jetzigen familiären Situation“),¹⁵³ *kognitiv-behavioral* („Versuchen Sie doch mal, Ihre Situation in Deutschland als Chance für ein neues Leben zu begreifen und schreiben Sie das möglichst auch auf“),¹⁵⁴ *humanistisch* („Es ist sehr bemerkenswert, dass Sie Ihrem Mann trotz allem eine zweite Chance geben“),¹⁵⁵ *systemisch* („Lassen Sie uns am besten ein Paargespräch führen, und bringen Sie dabei auch Ihre kleine Tochter mit“),¹⁵⁶ *existentialistisch* („Vielleicht sollten Sie den Sinn Ihres Lebens nicht ausschließlich auf Ihr Kind delegieren“),¹⁵⁷ *transpersonal* („Spielen Gott und die Religion eine Rolle in Ihrem Leben?“),¹⁵⁸ *körperorientiert* („Anti-Stress-Übungen wie zum Beispiel das Empowerment Dancing sind für die Psyche so wichtig wie Zähneputzen für die Mundhygiene“),¹⁵⁹ *traumatherapeutisch* („Die narrative Exposition ist so ähnlich wie eine somatische Operation, bei der ein entzündetes Geschwür entfernt wird“),¹⁶⁰ *integrativ* („Sie erzählen hier Ihre Probleme, und ich schaue, wie ich Ihnen psychologisch dabei am besten helfen kann, mit allen seriösen Theorien, Methoden und Techniken, die mir als Klinischer Psychologe bekannt sind und die ich als hilfreich für Sie erachte“).¹⁶¹ Hinzu kommen eine Reihe von in ihrer Wirkung keinesfalls zu unterschätzenden unspezifischen Interventionen (z.B. „Wir können hier regelmäßig über Ihre Lebensprobleme sprechen, ich werde Ihnen stets geduldig zuhören, und wenn etwas ganz Besonderes ist, können Sie jederzeit bei mir oder unserer Allgemeinärztin anrufen“).¹⁶²

Es ist nicht nur nicht möglich, diese ganzen Paradigmen, Verfahren, Schulen, Methoden und Techniken und vor allem ihr höchst komplexes Ineinandergreifen im Sinne eines kreativen psychologischen Kunsthandwerks¹⁶³ zu „evidenzbasieren“ (im reduzierten Sinne)¹⁶⁴ und auf „Richtlinienverfahren“ festzulegen,¹⁶⁵ sondern auf lange Sicht sogar abträglich bis schäd-

lich, da die Psychotherapie als Profession damit übermäßig fragmentiert, szientistisch zerfasert und gleichzeitig in starre Verfahrensblöcke zementiert wird,¹⁶⁶ derweil die lebensweltliche Praxis ohnehin ihren eigenen (intuitiv-eklektischen) Regeln folgt.¹⁶⁷ Für eine adäquate *allgemeine Psychotherapie der Zukunft* ist es vielmehr erforderlich, mittels klinischer Philosophie, Praxeologie und Phänomenologie zunächst den *ontotherapeutischen Wesenskern* des kurativen Prozesses zu erfassen¹⁶⁸ und sich von diesem aus mit *transversaler Vernunft*¹⁶⁹ in die verschiedenen therapeutischen Paradigmen hineinzubewegen, um damit einerseits die vielfältige und reichhaltige, über einhundertzwanzig-jährige Tradition psychotherapeutischer Theorie- und Praxisbildung wertzuschätzen und diese zugleich auf ein gemeinsames therapeutisches Grundgeschehen rückbeziehen zu können.¹⁷⁰ Innerhalb dieses klinisch-philosophischen Rahmens wäre vor allem die empirische integrative Psychotherapieforschung weiter voranzubringen,¹⁷¹ so etwa auf Grundlage des wegweisenden *Kontextuellen Metamodells* von Bruce E. Wampold & Zac E. Imel, mit dem *Dynamic Containing* eine weitgehende Übereinstimmung, wenn auch gewisse Unterschiede aufweist.¹⁷² Quantitativ-experimentelle Forschung gemäß dem „medizinischen Modell“ sollte freilich weiterhin betrieben, aber unter dem metawissenschaftlichen Gesichtspunkt der Gegenstandsangemessenheit nicht als einzig dominierender „Goldstandard“ gewertet,¹⁷³ sondern vielmehr einem integrativen sozialwissenschaftlichen Forschungsprogramm ein- und untergeordnet werden.¹⁷⁴ Jener geforderte Wesenskern der Psychotherapie wurde hier als *Dynamic Containing* beschrieben, im Sinne eines allgemeinen ontotherapeutischen Grundthemas, von dem die einzelnen Therapieschulen als Variationen und spezifische Ausformungen, zum Teil auch als psychoideologische Überformungen betrachtet werden können. Das abschließende Schaubild zeigt, wie *Dynamic Containing* in unserer Einrichtung in eine *Vier-Rahmen-Konzeption speziell für die psychosozial-therapeutische Praxis mit geflüchteten Menschen* integriert wird.



- 1 Hochgeladen am 23.12.24.
- 2 Barkham, M. & Lambert, M. J. (2021): The efficacy and effectiveness of psychological therapies. In: Barkham, M., Lutz, W. & Castonguay, L. G. (Eds.): *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change: 50th anniversary edition* (7th ed., pp. 135–189). Hoboken: Wiley.
- 3 Strauß, B., Linden, M., Haupt, M.-L. & Kaczmarek, S. (2012): Unerwünschte Wirkungen, Nebenwirkungen und Fehlentwicklungen: Systematik und Häufigkeit in der Psychotherapie. In: *Psychotherapeut*, 57, 385–394.
- 4 E. Wampold, B. E., Imel, Z. E. & Flückiger, C. (2018): *Die Psychotherapie-Debatte: Was Psychotherapie wirksam macht*. Göttingen: Hogrefe.
- 5 Rosenzweig, S. (1936): Some Implicit Common Factors in Diverse Methods of Psychotherapy. In: *American Journal of Orthopsychiatry*, 6(3), 412–415.
- 6 Luborsky, L., Singer, B. & Luborsky, L. (1975): Comparative studies of psychotherapy: is it true that „everybody has won and all must have prizes“? In: *Archives of General Psychiatry*, 32, 995–1008.
- 7 Perrez, M. & Otto, J. (1978): Symptomverschiebung: Eine Kontroverse zwischen Psychoanalyse und Verhaltenstherapie. Salzburg: Müller.
- 8 Eysenck, H. J. & Rachman, S. (1967, bes. S. 21): *Neurosen – Ursachen und Heilmethoden: Einführung in die moderne Verhaltenstherapie*. Berlin: DVW.
- 9 Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B. & Richardson, W. S. (1996): Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ*, 312(7023), 71–72.
- 10 Wampold, B. E., et al. (a.a.O.).
- 11 D. Revenstorf: „Das Problem liegt in der Gleichsetzung von Kriterien der Wissenschaftlichkeit für die Psychotherapie mit denen der Pharmakologie. Psychotherapie ist kein Pharmakon.“ (Zit. n. Tschuschke, V., 2005: *Die Psychotherapie in Zeiten evidenzbasierter Medizin: Fehlentwicklungen und Korrekturvorschläge*. In: *Psychotherapeutenjournal*, 2, 109.).
- 12 David, D., Lynn, S. J. & Montgomery, G. H. (Eds.)(2018): *Evidence-Based Psychotherapy: The State of the Science and Practice*. New York: Wiley.
- 13 Kriz, J. (2019): „Evidenzbasierung“ als Kriterium der Psychotherapie-Selektion? Über eine gutes Konzept – und seine missbräuchliche Verwendung. In: *Psychotherapie-Wissenschaft*, 9 (2), 42–50.
- 14 Petzold, H. (1992): *Mythen der Psychotherapie*. Paderborn: Junfermann.
- 15 Norcross, J. C. & Lambert, M. J. (Eds.)(2019): *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based therapist contributions* (3rd ed.). Oxford University Press.
- 16 Raile, P. (2023): Die historische Entwicklung der Psychotherapiewissenschaft im Kontext der Gesetzgebung im deutschsprachigen Raum. In: *Psychotherapie Forum*, 27, 24–31.
- 17 Siehe diverse kritische Stellungnahmen auf: www.dvg-gestalt.de/wissenschaftliche-erkennung/.
- 18 Kriz, J. (2018): Gutachten zur Humanistischen Psychotherapie tendenziös und voller Mängel: Wie der „Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie“ gegen zentrale Standards der Wissenschaft verstößt. In: *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 1, 44–48.
- 19 Hayes, S. C. (2004): Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. In: *Behavior Therapy*, 35, 639–665.
- 20 Für eine „Integrative Verhaltenstherapie“ siehe Egger, J. W. (2024): „Verhaltenstherapie“ heute – eine Kurzcharakteristik. In: *Psychotherapie Forum*, 28, 37–42.
- 21 Marlock, G., Weiss, H., Rellensmann, D. & Grell-Kamutzki, L. (2023): *Handbuch Körperpsychotherapie*. Stuttgart: Schattauer.
 Grof, S. (2000): *Psychology of the Future: Lessons from Modern Consciousness Research*. Albany, NY: State University of New York Press.
- 22 Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2005): *Schematherapie: Ein praxisorientiertes Handbuch*. Paderborn: Junfermann.
- 23 Petzold, H. (1998): *Integrative Therapie: Klinische Philosophie*, Bd. 3. Paderborn: Junfermann Verlag.
- 24 Orth, I., Petzold, H. G. & Sieper, J. (2014): *Mythen, Macht und Psychotherapie: Therapie als Praxis kritischer Kulturarbeit*. Bielefeld: Aisthesis.
- 25 Vgl. Gadamer, H.-G. (1993): *Über die Verborgenheit der Gesundheit: Aufsätze und Vorträge*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

- 26 Orlinsky, D. & Howard, K. (1986): Process and Outcome in Psychotherapy. In: Garfield, S. L. & Bergin, A. E. (Hrsg.): Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. 3. Auflage. 311–384. Wiley, New York 1986.
- 27 Grawe, K. (1994): Psychotherapie im Wandel: Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe.
- 28 Vgl. Petzold, H. (1998, a.a.O.).
- 29 Ursprünglich Engel, G. L. (1977): The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. Science, 196(4286), 129–136.
- 30 Z.B. Hartmann, H.-P. (2006): Ein selbstpsychologischer Blick auf die Selbstregulation. In: Psychosozial, 29, 19–32.
- 31 Vgl. Bion, W. R. (1962): Learning from Experience. London: Heinemann.
- 32 Vgl. Kohut, H. (2016): Die Heilung des Selbst. Gesammelte Werke, Bd. 6. Hrsg. v. Rass, E. & Köhler, L. Gießen: Psychosozial.
- 33 Scharfetter, Ch. (2002): Allgemeine Psychopathologie: Eine Einführung. Stuttgart: Thieme.
- 34 J. D. Frank: „[...] Die Hypothese ist], daß Demoralisierung alle Personen kennzeichnet, die sich um Psychotherapie bewerben, und daß sie der Hauptgrund ist, warum sie in Behandlung kommen. Es wird behauptet, daß die Wirksamkeit aller Formen von Psychotherapie auf Eigenschaften beruht, die ihnen gemeinsam sind und die der Demoralisierung entgegenwirken.“ (Ders., 1992, S. 468 f: Die Heiler: Wirkungsweisen psychotherapeutischer Beeinflussung: Vom Schamanismus bis zu den modernen Therapien. Stuttgart: Klett-Cotta.).
- 35 Z.B. in Krisenzeiten: Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (2023): Report Psychotherapie. Sonderausgabe: Psychische Gesundheit in der COVID-19-Pandemie. Berlin: DPTV.
- 36 Bion, W. R. (1962): a.a.O.
- 37 Winnicott, D. W. (1965): The Maturation Processes and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development. London: Hogarth Press.
- 38 Petzold, H. G. (Hrsg.)(1986): Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung. Paderborn: Junfermann.
- 39 Demnach sind drei Begrifflichkeiten zu unterscheiden: *Containing* als Prozess, *Container* als Zustand, *Containment* als Beziehung.
- 40 Roth, A. & Fonagy, P. (Eds.)(2005): What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research. New York: Guilford Press.
- 41 Kriz, J. (2014): Grundkonzepte der Psychotherapie: Eine Einführung. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- 42 Norcross, J. C. & Wampold, B. E.: „[...]W]e estimate that approximately 90% of federal research grants for psychotherapy goes to comparing and disseminating manualized treatments for specific mental disorders.“ (Dies., 2018, S. 12: A new therapy for each patient: Evidence-based relationships and responsiveness. In: Journal of Clinical Psychology, 74(2).).
- 43 Wampold, B. E. & Imel, Z. E. (a.a.O.).
J. D. Frank identifiziert mit hoher Treffsicherheit fünf solcher allgemeinen therapeutischen Wirkfaktoren: Lernchancen, Hoffnung auf Besserung, Erfolgserlebnisse, sozialer Austausch und emotionale Anregung. (Ders., S. 449 ff, a.a.O.).
- 44 Tschuschke, V. (2009): Methoden der Psychotherapieforschung. In: Stumm, G. & Pritz, A. (Hrsg.): Wörterbuch der Psychotherapie. 573–574. Wien: Springer.
Siehe allerdings für die überwiegend quantitative Erforschung der therapeutischen Beziehung J. C. Norcross & M. J. Lambert: „To repeat one of the Task Force’s conclusions: The psychotherapy relationship makes substantial and consistent contributions to outcome independent of the type of treatment. Decades of research evidence and clinical experience converge: The relationship works! These effect sizes concretely translate into healthier and happier people.“ (Dies., 2018, S. 313: Psychotherapy Relationships That Work III. In: Psychotherapy, 55 (4), 303–315.).
- 45 J. Krüger & J. Frommer: „Mit der Zunahme qualitativer Psychotherapiestudien steigt die Wertschätzung der intersubjektiven Erfahrung und Interaktion sowie der Patient/innenperspektive und die dem Erlebens- und Verhaltenskontext entgegengebrachte Aufmerksamkeit; Machtdynamiken der therapeutischen Beziehung werden beleuchtet und Zugänge zum Verständnis der häufig nicht ausgedrückten persönlichen Erfahrungen eröffnet [...]. Hiermit kann die Klient/innenrolle in der Entstehung von Behandlungseffekten tief gehender verstanden werden, die als Erklärung dafür dienen kann, dass nahezu alle Therapieformen nachweisbare und etwa gleichstarke Effekte erzielen.“ (Dies., 2020, S. 438: Qualitative Psychotherapieforschung. In: Mey, G. & Mruck, K. (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. 431–441. Wiesbaden: Springer.

- 46 A. C. Bohart & K. Tallman: „This book focuses on the common factor in psychotherapy that we think is most important: the active, creative involvement of the client. We think the role of the client has been neglected in books on psychotherapy, virtually all of which focus on the therapist and what the therapist does. Yet the research supports the idea that the client’s involvement is the single most important factor in whether therapy works or not.“ (Dies., 1999, S. VII): *How Clients Make Therapy Work: The Process of Active Self-Healing*. Washington, DC: American Psychological Association.
- 47 Wampold, B. E. Et al. (a.a.O.).
- 48 Vgl. Kriz, J. (2014): Personenzentrierte Systemtheorie. In: Eberwein, W. & Thielen, M. (Hrsg.): *Humanistische Psychotherapie: Theorien, Methoden, Wirksamkeit*. 283–296. Gießen: Psychosozial.
- 49 A. C. Bohart & K. Tallman: „[...] Our view is that the client is a creative, active being, capable of generating his or her own solutions to personal problems if given the proper learning climate. For us, therapy is the process of trying to create a better problem-solving *climate* rather than one of trying to fix the *person*.“ (Dies., S. XI, a.a.O.).
- 50 Vgl. Kriz, J. (2017): a.a.O.
- 51 Vgl. *Béarnard-System*, in: Tschacher, W. & Brunner, E. J. (1997, S. 84): Theorie der Selbstorganisation und systemische Sicht der Psychotherapie. In: Brunner, E. J., Reiter, L. & Reiter-Theil, St. (Hrsg.): *Von der Familientherapie zur systemischen Perspektive*. 81–102. Berlin, Heidelberg: Springer.
- 52 Ebd.
- 53 Die Falldarstellung ist aus Anonymisierungsgründen an verschiedenen Stellen verfremdet.
- 54 Bower, P. & Gilbody, S. (2005): Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency. In: *British Journal of Psychiatry*, 186(1), 11–17.
- 55 Regner, F., Heckl, U. & Bramesfeld, A. (2022): Muttersprachliche psychosoziale Gesundheitsberatung für seelisch belastete bis schwer traumatisierte Geflüchtete im Land Brandenburg. In: *Trauma & Gewalt*, 16(3), 208–217.
- 56 Ebd.
- 57 Schahrzad, F., Scherschel, K. & Schmitt, M. (Hrsg.)(2022): *Geflüchtete Frauen: Analysen – Lebenssituationen – Angebotsstrukturen*. Wiesbaden: Springer VS.
- 58 Schwarz, S. (2022): Die gesundheitlichen Auswirkungen von häuslicher Gewalt für Frauen. In: Steingen, A.: *Häusliche Gewalt. Schwerpunktheft. Trauma: Zeitschrift für Psychotraumatologie und ihre Anwendungen*. 20(1).4–13.
- 59 Vgl. Ogden, T. H. (2004): On Holding and Containing, Being and Dreaming. In: *International Journal of Psychoanalysis*, 85(6), 1349–1364.
- 60 Vgl. Starck, A., Gutermann, J., Schouler-Ocak, M., Jesuthasan, J., Bongard, St. & Stangier, U. (2020): The relationship of acculturation, traumatic events and depression in female refugees. In: *Frontiers in Psychology*, 11, Art. 906.
- 61 Maier, Th., Morina, N., Schick, M. & Schnyder, U. (Hrsg.): *Trauma – Flucht – Asyl: Ein interdisziplinäres Handbuch für Beratung, Betreuung und Behandlung*. 337–354. Bern: Hogrefe.
- 62 Kriz, J. (2014): Sinn und Unsinn von Richtlinientherapie – Grundlagen der Humanistischen Psychotherapie. In: *Gestalt-Zeitung*, 27, 54–58.
- 63 Kriz, J. (2017): *Subjekt und Lebenswelt: Personenzentrierte Systemtheorie für Psychotherapie, Beratung und Coaching*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- 64 Regner, F. & Bittenbinder, E. (Hrsg.)(2000): Politische Traumatisierung: Therapie im Kontext. Sonderheft *Zeitschrift für Politische Psychologie*, 8(4) / 9(1).
- 65 Bower, P. & Gilbody, S. (a.a.O.).
- 66 Vgl. Petzold, H. G. (1992): *Integrative Therapie: Praxeologische Grundlagen, methodische Ansätze und theoretische Bezüge* (Bd. 1). Paderborn: Junfermann.
- 67 Regner, F. & Heckl, U. (im Druck): Das Haus der Gesundheit: Ein psychotherapeutisches und psychosoziales Praxiskonzept für geflüchtete Menschen. In: *Politische Psychologie*. Auch auf: www.inter-homines.org/haus-gesundheit.pdf.
- 68 Siehe Inter Homines auf YouTube: „Empowerment Dancing“.
- 69 Siehe Inter Homines auf YouTube: „Re-moralization“.
- 70 Küken-Beckmann, H. & Kratky, N. (2022): Die Dynamik von häuslicher Gewalt in bestehenden Paarbeziehungen und nach Beziehungsende. In: Steingen, A. (Hrsg.): *Häusliche Gewalt. Schwerpunktheft. Trauma: Zeitschrift für Psychotraumatologie und ihre Anwendungen*. 20(1). 22–29.

- 71 Vgl. Schneider, M. (2023): *Männlichkeit und Flucht: Biographische Perspektiven auf die Lebensgeschichten aus Eritrea geflüchteter Männer*. Wiesbaden: Springer VS.
- 72 Abdallah-Steinkopff, B. & Mika, J. (2022): *Haltung und Methode: Was Geflüchtete brauchen*. In: Klosinski, M., Castro Nunez, S. & Oestereich, C. (Hrsg.): *Handbuch Transkulturelle Psychiatrie*. 150–167. Köln: Psychiatrie Verlag.
- 73 Stieglitz, R.-D. & Ahrens, B. (2012): *Therapie- und verlaufsrelevante Faktoren psychischer Störungen*. In: Freyberger, H. J., Schneider, W. & Stieglitz, R.-D. (Hrsg.): *Kompendium Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Medizin*. 737–751. Bern: Huber.
- 74 Ausführlicher in Regner, F. & Heckl, U. (im Druck, a.a.O.).
- 75 Norcross, J. C. & Wampold, B. E. (a.a.O.).
- 76 V. Tschuschke: „Leider ist es ein Grundübel in Psychologie und Psychotherapie, dass ganz viele Ideologien im Spiel sind, die ihre Wurzeln im Hause der Philosophie und der Theologie haben, aus denen heraus sich erst die Psychologie und später noch die Psychotherapie entwickelt haben. [...] Ideologien stehen stets in engster Verbindung mit quasi-religiösen Überzeugungen, und das ist das genaue Gegenteil von Wissenschaftlichkeit! Nach meiner festen Überzeugung wäre dies die vordringlichst zu lösende Aufgabe in Psychologie und Psychotherapie: die Entideologisierung der verschiedenen psychologischen oder psychotherapeutischen Schulen und Konzepte. Alle seriöse Forschung zeigt, dass kein Verfahren einem anderen überlegen ist, dass also im Wesentlichen ganz andere Faktoren in der therapeutischen Veränderung zum Tragen kommen als das einmal gelernte und vermeintlich angewendete Verfahren. Damit bleibt null Raum für Ideologie und Esoterik.“ (Ders., 2015, S. 95: *Psychotherapiewissenschaft: ein Kommentar*. Interview. In: *Psychotherapie-Wissenschaft*, 1, 94–100.).
- Siehe auch Ders. & Freyberger, H. J. (2015): *Zur aktuellen Situation der Psychotherapiewissenschaft und ihrer Auswirkungen: eine kritische Analyse der Lage*. In: *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 61, 122–138.
- 77 Wampold, B. E. (2021): *Evaluation: Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie (WBP) Gemäß § 11 PsychThG (Psychotherapeutengesetz)*. Auf: https://bvvp.de/wp-content/uploads/2021/07/Psychotherapie_Wampold.-Kritik-am-Methodenp.-Uebersetzg_public.pdf.
- 78 V. Tschuschke: „In der Tat klaffen gegenwärtig Forschung und Praxis sehr weit auseinander. Dies hat seine Gründe in einer abgehobenen, elfenbeinturmartigen akademischen, mehrheitlich durch ideologisch ausgerichtete Dozenten an den Psychologischen Instituten betriebene Forschung, der ein falsches Forschungsparadigma zu Grunde liegt, das des medizinischen Modells, das für die Psychotherapieforschung absolut unterkomplex und völlig ungeeignet ist. Das, was derzeit als ‚evidence-based research‘ in der Psychologie und Psychotherapie betrieben wird, ist ein szientistisches Selbstmissverständnis à la Habermas. Psychotherapie ist wesentlich komplexer zu untersuchen, als dies randomisiert-kontrollierte Studien (RCT) auch nur angenähert leisten könnten. Deshalb finden sich Praktiker auch nicht in den derzeitig vorherrschenden Forschungsstudien wieder und lesen sie inzwischen auch nicht mehr.“ (Ders., 2015, S. 95: a.a.O.).
- 79 Behzadi, A., Lenz, A., Neumann, O., Schürmann, I. & Seckinger, M. (Hrsg.)(2023): *Handbuch Gemeindepsychologie: Community Psychology in Deutschland*. Tübingen: dgvt.
- 80 Pollmann, A. (2022): *Menschenrechte und Menschenwürde: Zur philosophischen Bedeutung eines revolutionären Projekts*. Berlin: Suhrkamp.
- 81 Regner, F. & Heckl, U. (Hrsg.)(2006): *Politische Traumatisierung III: Menschenrechte, Recht, Gerechtigkeit*. Schwerpunktheft. *Zeitschrift für Politische Psychologie*, 14(1+2).
- 82 Regner, F. (2006): *Normatives Empowerment: Das Unrechtserleben bei politisch Traumatisierten aus der Sicht von Unterstützern im Therapieumfeld – Möglichkeiten psychosozialer und „therapeutischer“ Bearbeitung*. Dissertation: Freie Universität Berlin. Auf: refubium.fu-berlin.de/handle/fub188/13484.
- 83 Franke, L. (2023): *Häusliche Gewalt im Umgangs- und Sorgerecht: Handlungsbedarfe und Empfehlungen*. Berlin: Deutsches Institut für Menschenrechte.
- 84 Regner, F. (2006, a.a.O.).
- 85 Catani, C. & Mosavi, H. (2024): *Häusliche Gewalt bei geflüchteten Menschen: psychotherapeutische und psychosoziale Handlungsansätze*. Fachgespräch. Inter Homines auf YouTube.
- 86 Rabe, H. (2018): *Ein Recht auf effektiven Schutz vor Gewalt in Flüchtlingsunterkünften*. In: Prasad, N. (Hrsg.): *Soziale Arbeit mit Geflüchteten: rassismuskritisch, professionell, menschenrechtsorientiert*. Opladen: Budrich, (2018).- S.167–186.
- 87 Vgl. Heinemann, E. (2008): *Männlichkeit, Migration und Gewalt: Psychoanalytische Gespräche in einer Justizvollzugsanstalt*. Stuttgart: Kohlhammer.

- 88 Häberli, S. & Koenig, V. (2019): Rechtsberatung für Asylsuchende: Inhalte, Herausforderungen und Rahmenbedingungen. In: Maier, Th., Morina, N., Schick, M. & Schnyder, U. (Hrsg.): Trauma – Flucht – Asyl: Ein interdisziplinäres Handbuch für Beratung, Betreuung und Behandlung. 279–293. Bern: Hogrefe.
- 89 Vgl. Hellbernd, H. (2024): Partnergewalt in heterosexuellen Beziehungen. In: Brzank, P. J., Blättner, B. & Hahn, D. (Hrsg.): Praxishandbuch Interpersonelle Gewalt und Public Health. 98–132. Weinheim: Beltz Juventa.
- 90 Siehe Inter Homines auf YouTube: „From Conflict to Calm“.
- 91 Machleidt, W., Kluge, U., Sieberer, M. G. & Heinz, A. (2018): Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie: Migration und psychische Gesundheit. München: Elsevier.
- 92 Regner, F. (2006, a.a.O.).
- 93 Perko, G. (2024): Diskriminierungskritische Mediation und Konfliktbearbeitung: Grundlagen, Mediationsverfahren, Methoden und Beispiele aus der Sozialen Arbeit und dem Erwachsenenbildungsbereich. Weinheim: Beltz Juventa.
- 94 Neubert, C., Schuhr, J. & Stiller, A. (2021): Partnerschaftliche Gewalt in Familien mit Kindern: Was passiert nach einer polizeilichen Wegweisungsverfügung? Forschungsbericht. Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen.
- 95 Muigua, K. (2018): Achieving Lasting Outcomes: Addressing the Psychological Aspects of Conflict through Mediation. Auf: <https://kmco.co.ke/wp-content/uploads/2018/08/Addressing-the-Psychological-Aspects-of-Conflict-Through-Mediation-3RD-AUGUST-2018-1.pdf>.
- 96 Klees, K. (2023): Grenzpaare in der traumasensiblen Paartherapie: Krisen meistern mit dem Integritätskompass. Paderborn: Junfermann.
- 97 Rießbeck, H. (2019): Traumaverarbeitung in der Ego-State-Therapie. In: Ders. & Müller, G. (Hrsg.): Traumakonfrontation – Traumaintegration. 60–89. Stuttgart: Kohlhammer.
- 98 Vgl. Eckhard, J. (2024): Deutschkenntnisse von geflüchteten Frauen und Männern: Entwicklung, Unterschiede und Hintergründe. Nürnberg: BAMF.
- 99 A. C. Bohart & K. Tallman: „It is the client’s self-healing capacities and resources that are responsible for resolution of problems and for change in everyday life and in any form of psychotherapy.“ (S. VII, a.a.O.).
- 100 A. Bandura: „Effective Self-regulation is not achieved through an act of will. It requires the development of self-regulatory skills. [...] They must learn how to monitor the behavior they seek to change, set short-range attainable subgoals to motivate and direct their efforts, and enlist positive incentives and social supports to sustain the effort needed to succeed.“ (Ders., 1997, S. 286: Self-Efficacy: The Exercise of Control. New York: Freeman.).
- 101 Vgl. Tschacher, W. & Brunner, E. J. (a.a.O.).
- 102 A. C. Bohart & K. Tallman: „Clients have a lot of built-in intrinsic generativity and creativity. [...] This means clients in varying degrees can solve their own problems, come up with their own ideas, and actively contribute to the therapy process by investing their own creative understanding in whatever the therapist is doing. Clients often generate good solutions. [...] Clients know the intimate details and the intimate ecological connections that are created by their problems, and they have a sense of the factors that create the problems. They also have a much more intimate sense of what is possible in their life space than does the therapist. Therefore, they are experts equal to the therapist.“ (A.a.O., S. XV).
- 103 Tschacher, W. & Brunner, E. J. (a.a.O.).
- 104 Nolasco, M. S. (2023): Self-organisation and empowerment in the struggle against silence: Network of Tortured People of Navarre. In: Torture, 33(2), 64–84.
- 105 Bandura, A. (1976): Lernen am Modell: Ansätze zu einer sozial-kognitiven Lerntheorie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- 106 Zanotta, S. (2019): Wieder ganz werden: Traumaheilung mit Ego-State-Therapie und Körperwissen. Heidelberg: Auer.
- 107 Stahlmann, K. (Hrsg.)(2018): Begegnungen mit Geflüchteten: Möglichkeiten der Gestalttherapie. Gevelsberg: EHP.
- 108 Reddemann, L. (2021): Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie – PITT: Ein Mitgefühls- und Ressourcenorientierter Ansatz in der Psychotraumatologie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- 109 Daigger, M. (2007): Imaginative Techniken in der Psychotraumatologie unter besonderer Berücksichtigung des Motivs „Die Inneren Helfer“. In: ZPPM, 5(2), 39–51.
- 110 Ehrenberg, A. (2015): Das erschöpfte Selbst: Depression und Gesellschaft in der Gegenwart. Frankfurt: Campus.
- 111 Vgl. Daigger, M. (a.a.O.).

- 112 Siehe www.inter-homines.org/IH-Brandenburg.pdf.
- 113 Vgl. Reddemann, L. (a.a.O.).
- 114 Urlic, I., Berger, M. E. & Berman, A. (2019): Opferdasein, Rachsucht und die Kraft der Vergebung: Traumatherapie und Trauerarbeit auf psychoanalytischer Grundlage. Gießen: Psychosozial.
- 115 Küken-Beckmann, H. & Kratky, N. (a.a.O.).
- 116 Brosschot, J. F., Gerin, W., & Thayer, J. F. (2006): The Perseverative Cognition Hypothesis: A Review of Worry, Prolonged Stress-Related Physiological Activation, and Health. In: *Journal of Psychosomatic Research*, 60(2), 113-124.
- 117 Brosschot, J. F., Verkuil, B. & Thayer, J. F. (2010): Conscious and Unconscious Perseverative Cognition: Is a Large Part of Prolonged Physiological Activity Due to Unconscious Stress? In: *Journal of Psychosomatic Research*, 69(4), 407-416.
- 118 Schmid, W. (2011): *Liebe: Warum sie so schwierig ist und wie sie dennoch gelingt*. Berlin: Insel.
- 119 Wisco, B. E., Vrshek-Schallhorn, S., May, C. L., Campbell, A. A., Nomamiukor, F. O. & Pugach, C. P. (2023): Effects of trauma-focused rumination among trauma-exposed individuals with and without posttraumatic stress disorder: an experiment. In: *Journal of Traumatic Stress*, 36(2), 285-298.
- 120 Regner, F. (2016): Die Waage als Zentralsymbol in der psychotherapeutischen Praxis mit traumatisierten Geflüchteten. In: *Trauma & Gewalt*, 10(4), 320-327.
- 121 Regner, F. (2018): Kulak, die Traumafaust: Ein körperbezogenes Traumamodell. In: *Trauma & Gewalt*, 12(2), 152-164.
- 122 Regner, F. (2017): Trauma-Neutralisierung: Ein Körperritual zur affektiven Entladung nach narrativer Exposition. In: *Trauma & Gewalt*, 11(1), 76-83.
- 123 Neuner, F. (2019): Traumatische Nebenwirkungen der Psychotherapie: Risiken und Nebenwirkungen der Traumatherapie. In: *Handbuch der Psychotraumatologie*. 474-483. Stuttgart: Klett-Cotta.
- 124 Siehe Inter Homines auf YouTube: „Empowerment Dancing“.
- 125 Regner (2017, a.a.O.).
- 126 Neuner, F., Schauer, M. & Elbert, Th. (2009): Narrative Exposition. In: Maercker, A. (Hrsg.): *Posttraumatische Belastungsstörungen*. 301-318. Berlin, Heidelberg: Springer.
- 127 Vgl. Heim, T. M. (2024): Mut zur therapeutisch begleiteten Exposition: PTBS-Betroffenen helfen, sich Ängsten zu stellen. In: *DNP, Die Neurologie & Psychiatrie*, 25(5), S. 22.
- 128 Neuner, F., Catani, C. & Schauer, M. (2021): *Narrative Expositionstherapie (NET)*. Göttingen: Hogrefe.
- 129 Regner (2016, a.a.O.).
- 130 Regner, F. & Heckl, U. (im Druck, a.a.O.).
- 131 Regner, F. (2006): Normatives Empowerment: Eine konzeptuelle Grundhaltung für die psychosoziale und therapeutische Praxis mit politisch Traumatisierten auf der Wertebasis der Menschenrechte. In: *Psychologische Medizin*, 17(2), 9-15.
- 132 Cienfuegos, J. & Monelli, C. (1983): The testimony of political repression as a therapeutic instrument. In: *American Journal of Orthopsychiatry*, 53, 43-51.
- 133 Vgl. Beverley, J. (2004): *Testimonio: On the Politics of Truth*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- 134 O'Connor, S., Byimana, L., Patel, S. & Kivlighan, D. M., Jr. (2021): Corrective political experiences: Psychological impacts of public testimony for survivors of torture. *Professional Psychology: Research and Practice*, 52(6), 588-599.
- 135 Regner, F. & Heckl, U. (im Druck, a.a.O.).
- 136 Zum Interviewleitfaden siehe www.inter-homines.org/IH-Brandenburg.pdf.
- 137 Vogt, C., Kumar, S. A. & Lee, L. O. (2023): Examining functioning and well-being outcomes in PTSD treatment outcome research. In: *PTSD Research Quarterly*, 34(3), 1-3.
- 138 Schauer, M., Elbert, Th. & Neuner, F. (2017): Narrative Expositionstherapie (NET) für Menschen nach Gewalt und Flucht: Ein Einblick in das Verfahren. In: *Der Psychotherapeut*, 62(4), 306-313.
- 139 Vgl. K. Grawe: 5. allgemeiner therapeutischer Wirkfaktor: „motivationale Klärung“. (Ders., a.a.O.).
- 140 Brink, A. (2014): Selbstkontrolle und emotionale Distanz gewinnen: Die Nutzung von Bildschirm und Fernbedienung. In: Priebe, K. & Dyer, A.: *Metaphern, Geschichten und Symbole in der Traumatherapie*. 211-216. Göttingen:

gen: Hogrefe.

- 141 Neff, K. D. (2011): *Self-Compassion: The Proven Power of Being Kind to Yourself*. New York: HarperCollins.
- 142 Klees, K (a.a.O.).
- 143 Dumser, B., Werner, G. G. & Koch, Th. (2023): *Behandlung von Schlafstörungen nach Flucht- oder Migrationserfahrung: STARS – das Manual: Sleep Training adapted for Refugees*. Stuttgart: Schattauer.
Inter Homines auf YouTube: „Schlaf und Schlafstörungen bei Geflüchteten“.
- 144 Westergaard, M. L., Jensen, R, H. & Carlsson, J. (2023): Headache comorbidity in refugees and migrants with post-traumatic stress disorder. In: *Cephalalgia*, 43(3), pp 1–16.
- 145 Moser, M. (2021): Traumatisierungen. In: Domenig, D. (Hrsg.)(2021): *Transkulturelle und transkategoriale Kompetenz: Lehrbuch zum Umgang mit Vielfalt, Verschiedenheit und Diversity für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe*. 332–359. Bern: Hogrefe.
- 146 Vgl. Elbert, Th., Rockstroh, B., Kolassa, I., Schauer, M. & Neuner, F. (2006): The Influence of Organized Violence and Terror on Brain and Mind – a Co-Constructive Perspective. In: *Lifespan development and the brain: The perspective of biocultural co-constructivism*. 326– 63. Cambridge: University press.
- 147 Vgl Levine, P. A. (2012): *Sprache ohne Worte: Wie unser Körper Trauma verarbeitet und uns in die innere Balance zurückführt*. München: Koesel.
- 148 Weiser, B. (2016): *Recht auf Bildung für Flüchtlinge: Rahmenbedingungen des Zugangs zu Bildungsangeboten für Asylsuchende, Schutzberechtigte und Personen mit Duldung (schulische oder berufliche Ausbildung)*. Berlin: Informationsverbund Asyl und Migration.
- 149 Vgl. aus psychoanalytischer Sicht Reerink, G. (2003): Traumatisierte Patienten in der Katamnesestudie der DPV: Beobachtungen und Fragen zur Behandlungstechnik. In: *Psyche*, 57, 121–139.
- 150 Muigua, K. (a.a.O.).
- 151 Küken-Beckmann, H. & Kratky, N. (a.a.O.).
- 152 A. C. Bohart & K. Tallman: „Client involvement in the therapy process is the single most powerful force in investing life in therapy. The most important thing therapists can do to be helpful is to find ways of supporting, stimulating, and energizing client investment and involvement. [...] The second most important thing is to stimulate and support powerful client learning and meaning-making processes.“ (A.a.O., S. XIII).
- 153 Hirsch, M. (2022): *Die Therapie als Beziehungsraum: Modifizierte psychoanalytische Traumatherapie*. Gießen: Psychosozial.
- 154 Liedl, A. (2019): Traumafokussierte kognitiv-verhaltenstherapeutische Psychotherapie mit Geflüchteten. In: Maier, Th., Morina, N., Schick, M. & Schnyder, U. (Hrsg.): *Trauma – Flucht – Asyl: Ein interdisziplinäres Handbuch für Beratung, Betreuung und Behandlung*. 337–354. Bern: Hogrefe.
- 155 Kriz, J. (2022): Geleitwort. In: Gahleitner, S. B., Hintenberger, G. & Pammer, B. (Hrsg.): *Humanistische Traumatherapie in der Praxis: Biografische Verletzungen verstehen und therapeutisch beantworten*. 7–10. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- 156 Oestereich, C. (2011): Merkmale und Methoden interkultureller Psychotherapie: systemische Therapie interkulturell. In: Machleidt, W., Kluge, U., Sieberer, M. G. & Heinz, A. (2018): *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie: Migration und psychische Gesundheit*. 420–426. München: Elsevier.
- 157 Fernandes, P., Rhodes, P. & Buus, N. (2024): Assisting refugee survivors of torture and trauma: An existential perspective. In: *Journal of Traumatic Stress*, 37(2), 280–290.
- 158 Mönter, N. (2023): *Religiöser Glaube und Spiritualität: Wandel und Vielfalt aus psychiatrischer und psychotherapeutischer Sicht*. Stuttgart: Kohlhammer.
- 159 Levine, P. A. (a.a.O.).
- 160 Neuner, F., Catani, C. & Schauer, M. (2021): a.a.O.
- 161 Norcross, J. C. & Beutler, L. E. (2014): Integrative psychotherapies. In: Wedding, D. & Corsini, R. J. (Hrsg.): *Current psychotherapies*. 499–532. Brooks/Cole: Pacific Grove.
- 162 Wampold, B. E. & Imel, Z. E. (a.a.O.).
- 163 V. Tschuschke: „Die Psychotherapie ist wie jede akademisch erworbene, auf Wissenschaft beruhende Disziplin in der Praxis im Alltag auf eine mehr oder weniger ‚kunstvolle‘ Art und Weise umzusetzen. [...] Theoretisch erworbenes, wissenschaftlich basiertes Wissen benötigt unvermeidlich die ‚Kunst des Umsetzens‘ in die Praxis, in der Psychotherapie wäre dies dann eben, wie Sie sagen, die ‚Kunst des Zuhörens‘. In der Psychotherapie benötigt es aber noch wesentlich mehr ‚Künste‘: die ‚Kunst der Einfühlung‘, die ‚Kunst der richtigen Intervention zum

richtigen Zeitpunkt', die ‚Kunst der Authentizität‘ und viele mehr. Eine Überbetonung des Kunstbegriffs für die Psychotherapie aber bewirkt leicht das Gegenteil: Sie würde Vorurteilen in die Hände arbeiten, Psychotherapie wäre dann nicht im Wissenschaftlichen, sondern eher im Kreativen zu Hause, was man eher im Bereich der Esoterik und Unwissenschaftlichkeit ansiedelt.“ (Ders., 2015, S. 95: a.a.O.).

- 164 J. Kriz: „Insgesamt gesehen ist das Ausmaß an methodischem Unverständnis und faktischem Missbrauch der guten Idee von ‚Evidenzbasierung‘ gerade auch von einflussreichen Gremien wie dem G-BA [Gemeinsamer Bundesausschuss] derart gravierend, dass EbM [evidenzbasierte Medizin] daher für die Bewertung von Psychotherapie sehr kritisch gesehen werden muss. Sie dient inzwischen wohl auch eher einer interessengeleiteten Selektion bestimmter psychotherapeutischer Ansätze als der Information über den Stand wissenschaftlicher Forschung oder gar dem Wohl von Patienten.“ (Ders., 2023, S. 53: Wie evident ist Evidenzbasierung? In: Psychotherapie, 28(2), 33–54.).
- 165 Kriz, J. (2014): Sinn und Unsinn von Richtlinien-therapie – Grundlagen der Humanistischen Psychotherapie. In: Gestalt-Zeitung, 27, 54–58.
- 166 J. Kriz: „[...] Es] wird gezeigt, wie im Gegensatz zu dieser internationalen Entwicklung der Psychotherapie hierzulande durch eine Richtlinien-Struktur der gesundheitspolitischen Selbstverwaltungsorgane („Gemeinsamer Bundesausschuss“, G-BA) eine Zementierung ehemals sinnvoller Konzepte die Patienten zunehmend von Teilen passungsgerechter Behandlung abschneidet und ihnen ideologisch bedingt bestimmte Behandlungsformen vorschreibt. Diese Einseitigkeit ist weder durch den Stand der Psychotherapieforschung noch durch die internationale Entwicklung und Differenzierung von Behandlungsmöglichkeiten zu begründen, sondern lediglich durch berufspolitische Machtinteressen. Dies hat sich mit dem Psychotherapeutengesetz (PsychThG) 1999 wesentlich verschlimmert.“ (Ebd., S. 54).
- 167 V. Tschuschke et al.: „Psychotherapeuten unterschiedlicher konzeptueller Ansätze setzen weitgehend ähnliche Interventionstechniken ein, indem ein Großteil aller Interventionen allgemeiner, nichtspezifischer Natur ist, der eine optimierte menschliche Kommunikation darstellt. Therapeuten sollten gegenüber ihrem gelernten Therapieverfahren eine gelassene, flexible Haltung einnehmen. Rigide oder unflexible Umsetzungen von Techniken aus gelernten psychotherapeutischen Konzepten scheinen ungünstig zu sein. [...] Professionelle Therapie scheint den Ergebnissen zufolge eine geglückte und stimmige Integration optimierter Kommunikations- und Beziehungstechniken mit zusätzlichen Techniken anderer Konzepte und den eigenen, gelernten darzustellen.“ (Tschuschke, V., von Wyl, A., Koemeda-Lutz, M., Crameri, A., Schlegel, M. & Schulthess, P., 2016, S. 63: Bedeutung der psychotherapeutischen Schulen heute: Geschichte und Ausblick anhand einer empirischen Untersuchung. In: Psychotherapeut, 61, 54–64.).
- 168 Petzold, H. G. (1998): a.a.O.
- 169 Welsch, W. (1995): Vernunft: Die zeitgenössische Vernunftkritik und das Konzept der transversalen Vernunft. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- 170 Vgl. Kriz, J. (2014): a.a.O.
- 171 Jacobi, F. & Brodrück, D. (2021): Integrative Psychotherapie: Ideengeschichtliche Darstellung der grundlegenden Theorien und Konzepte. In: Strauß, B., Galliker, M., Linden, M. & Schweitzer, J. (Hrsg.): Ideengeschichte der Psychotherapieverfahren: Theorien, Konzepte, Methoden. S. 86–106. Stuttgart: Kohlhammer.
- 172 Das kontextuelle Metamodell von Wampold & Imel (a.a.O.) geht von drei Wirkmechanismen in der Psychotherapie aus: 1. echte Beziehung, 2. Erwartungen, 3. Behandlungsdurchführung. (1) Die *echte Beziehung* lässt sich im Dynamic Containing dem zweiten Modellbestandteil, dem *therapeutic Containing* zuordnen, wobei im DC aber die *asymmetrische systemische Funktion* des Umfassens und Zusammenhaltens viel stärker betont wird als die humanistisch verstandene *Person* des Therapeuten. (2) Die *Erwartungen* vonseiten der Klientin lassen sich dem ersten DC-Modellbestandteil *Self-Containing* und dem vierten Modellbestandteil *therapeutische Selbstorganisation* zuordnen, wobei im Dynamic Containing die proaktiven Selbstheilungskräfte und das Self-Empowerment deutlich stärker gewichtet werden. (3) Der *Behandlungsdurchführung* entspricht im Dynamic Containing der dritte Modellbestandteil *psychotherapeutische Interventionen*, die mittels *transversaler Vernunft* aufeinander abzustimmen sind.
- 173 Kriz, J. (2021): Evidenzbasierte Medikalisierung: Folgen der methodischen Monokultur. In: Wendisch, M. (Hrsg.): Kritische Psychotherapie: Interdisziplinäre Analysen einer leidenden Gesellschaft. 201–216. Göttingen: Hogrefe.
- 174 Petzold, H. G. & Märtens, M. (1999): Wege zu effektiven Psychotherapien: Psychotherapieforschung und Praxis. Opladen: Leske & Budrich.
- Vgl. auch Petzold, H. G. (1992/2019): Das „neue“ Integrationsparadigma in Psychotherapie und klinischer Psychologie und die „Schulen des Integrierens“ in einer „pluralen therapeutischen Kultur“. In: Polyloge, www.fpi-publikation.de/downloads/?doc=petzold-1992g-neueinst2019-neue-integrationsparadigma-psychotherapie-klinische-psychologie-poly1-27-2019.pdf.