

Martin Zobel (Hrsg.): Traumatherapie. Eine Einführung

Martin Zobel (Hrsg.): Traumatherapie. Eine Einführung. [Psychiatrie Verlag](#) (Bonn) 2006. 190 Seiten. ISBN 3-88414-404-9. 19,90 EUR, CH: 34,90 SFr.

AutorInnen und ihr Hintergrund

Die 12 AutorInnen arbeiten in Praxis und/oder Theorie zum Thema. Viele von ihnen haben sich auf dem Gebiet der Traumaforschung einen Namen gemacht durch fundierte Forschung und Beiträge. Sie sind ausgewiesene PraktikerInnen auf ihrem Gebiet und haben jahrelange Erfahrung in der Arbeit mit traumatisierten Menschen.

Zielgruppen

Das Buch ist an Psychotherapeuten gerichtet, die eine praktisch-psychotherapeutische Einführung in die Arbeit mit Traumatisierten erwarten.

Aufbau und Inhalt

Das Buch umfasst 11 Kapitel, ein Vorwort, ein Literaturverzeichnis und Anmerkungen zu den Autorinnen und Autoren.

1 Smolenski, C.: Historische Entwicklung der Traumatherapie. Der Autor zeichnet die Entwicklung der Traumatherapie von der ersten Erwähnung 4000 v. Chr. bis ins heute in zwei sich kreuzenden Bahnen - Zeit und Themen - nach. Zeitereignisse sind die beiden Weltkriege und die Nachkriegszeit, thematische Anlässe sind Sexuelle Ausbeutung und die Psychoanalyse (Freud), Vietnamveteranen, Neue Sichtweisen bzgl. sexueller Gewalt und Ausbeutung, PTSD und Komorbidität. Während der beiden Weltkriege gab es erste psychotherapeutische Ansätze - analytische, suggestive, Halt- und Strukturgebende Techniken (z.B. *JANET, SIMMEL, MERLOO, KARDINGER/SIEGEL, ALEXANDER/FRENCH*). In der Nachkriegszeit waren in Deutschland die traumatischen Erlebnisse der Soldaten und Zivilbevölkerung tabuisiert. Da sie dem Tätervolk angehörten, konnten sie keine Überlebenden/Opfer sein. Dennoch gelang *VENZLAFF*(1958) mit dem Konzept des "erlebnisbedingten Persönlichkeitswandels" ein erster Durchbruch. Erst mit den schwertraumatisierten Vietnamveteranen wandte man sich dem Thema PTBS intensiv zu und entwickelte unterschiedliche therapeutische Zugänge u.a. EMDR (*SHAPIRO*).

2 Berking, M./Eginolf, Y./Grawe, K.: Neurologische Hintergründe und "neuropsychotherapeutische" Implikationen bei Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS). Eingeführt wird in die funktionelle Neuroanatomie der Angst, in ein vorläufiges neurowissenschaftlich gestütztes Modell der PTBS. Daraus werden Rückschlüsse gezogen bzgl. praktizierter therapeutischer Zugänge und Arbeitsweisen:

- Präventive "Interventionsmodule, die Kinder vor massiven, andauernden und unkontrollierbaren Bedürfnisverletzungen schützen"(25)
- Interventionen, die die Funktionsfähigkeit des Hippocampus während der Verarbeitung erhöhen
- Anhaltende Stärkung der Areale im medialen präfrontalen Cortex während der Therapie z.B. durch Stress- oder Emotionsregulationsübungen

- Kontextdiskriminierung in Expositionsübungen - erinnern, rekonstruieren, verbalisieren - die positive Gefühle evozieren, um dem präfrontalen Cortex eine Entwarnung zu senden
- PatientInnen müssen lernen, das sie ihre Symptome aushalten und mit ihnen umgehen können z.B. mittels kognitiver Umstrukturierung oder im Disput.

Abschließend wird erläutert, dass die derzeitigen neurologisch-biologischen Erkenntnisse und Erklärungen zum einen die Effekte empirisch bewährter und erfolgreicher Interventionsformen erklären und zum anderen von PatientInnen sehr geschätzt werden, da sie sowohl bildhaft sind als auch dem wissenschaftsorientierte Zeitgeist entsprechen.

3 Zobel, M.: Von der Anamnese zur Diagnose. Bei Hinweisen auf PTBS wird für die weitere Exploration ein strukturiertes Vorgehen, das vorgestellt wird, empfohlen. Beschrieben werden 7 Stabilisierungs-/Distanzierungsübungen, die den PatientInnen während der Exploration angeboten und mit ihnen eingeübt werden. Für die standardisierte Diagnostik hat sich der IES (Impact of Event Scala) bewährt.

4 Reddemann, L.: Stabilisierung. Stabilisierung soll PatientInnen helfen, "... so viel innere Stärke zu entwickeln, dass sie fähig sind, ihren Alltag zu meistern und sich mit ihren traumatischen Erfahrungen auseinanderzusetzen."(46). Die Autorin beschreibt ein an ihrer "Psychodynamisch imaginativen Traumatherapie" (PIT) orientiertes dreiphasiges Vorgehen mit Zielen und Interventionsschritten.

1. Erstkontakt - Aufbau einer tragfähigen Beziehung, Ressourcenaktivierung, nicht detaillierte Anamneseerhebung (z.B. aus der Beobachter-/Reporterperspektive) -
2. Aufbau eines tragfähigen Arbeitsbündnisses - wenn möglich bleibt die Realitätskontrolle beim Patienten, fürsorgliche, wohlwollende, taktvolle, ehrliche, transparente, die Patientin und ihre ego states würdigende Haltung des/der TherapeutIn, Psychoedukation mittels Information und Imaginationsfähigkeit i.S. Denken als Probehandeln -
3. Erlernen von Affektkontrolle - Ressourcenorientierung, Umgang mit Gefühlsüberflutung und dissoziativem Verhalten.

Die Ego-State-Arbeit, die Arbeit mit dem "inneren Kind" wird in Unterkapiteln - Praktische Umsetzung, Modifikation der Arbeit mit dem "inneren Kind" bei stärker dissoziativen PatientInnen, Bedeutung von anhaltendem Täterkontakt, Arbeit mit Täterintrojekten - vor- und dargestellt. Der Beitrag schließt mit einer kurzen Erläuterung zur Gruppenarbeit mit stabilisierenden Techniken.

5 Vogelsang, M.: Verhaltenstherapeutische Interventionen. Die wesentlichen Symptome einer PTBS und ihre reflektorische Schutzfunktion - Wiedererleben, Vermeidungsverhalten, Hyperarousal, Erschütterung bis Verlust des zuvor bestehenden Selbst-/Weltvertrauen und Selbst-/Weltsicht - werden eingängig und verstehbar beschrieben. Ziel der Verhaltenstherapie bei PTBS ist es, "... den Betroffenen zu ermöglichen, die Symptomresistenz zu überwinden, indem eine physiologische Verarbeitung des Traumas initiiert und begleitet wird" (70), step by step mehr Affekt- und Handlungskontrolle zu gewinnen und sich statt als Opfer voller Stolz und Würde als Überlebende zu sehen. Die zwei Phasen der Therapie werden mit vielfältigen, praktischen Anregungen beschrieben und erläutert

1. Stabilisierung - Aufbau einer tragfähigen Arbeitsbeziehung, Besondere Anforderungen an die TherapeutInnen-Haltung, Maßnahmen zur inneren Sicherheit -

2. Konfrontation und Integration - Angsthabituation, kognitive und emotionale Integration, Reduktion von Schuldgefühlen und gestufte Exposition -

Abschließend geht die Autorin noch kurz ein auf die Themen: Einbeziehung der Angehörigen, Kreative Therapie und Umgang mit Komorbidität.

6 Schubbe, O.: EMDR. EMDR ist eine psychotherapeutische Zusatzmethode zur geschützten Verarbeitung traumatischer Erfahrungen. *Schubbe* stellt die acht Phasen nach SHAPIRO mit ihren Unterschritten vor und illustriert sie anhand von drei Fallvignetten. Wissenschaftliche Untersuchungen weisen - ohne bislang zu wissen, wo der Wirkmechanismus der bilateralen Stimulation genau ansetzt - darauf hin, dass EMDR eine vollständige Auflösung der Traumatisierung erzielt, signifikant Symptome reduziert, schnell und hocheffektiv wirkt. Die bilaterale Stimulation durch Augenbewegung, taktile oder auditive Reize bewirken eine schnelle Dekonditionierung. Bildgebende Verfahren belegen, dass EMDR die Affektkontrolle verbessert, Hyperstimuli der Amygdala und traumabezogener Erinnerungen hemmt und die funktionelle Balance zwischen limbischem System und präfrontal Cortex hält und einer Medikation mit Prozac (Fluoxetin) überlegen ist.

7 Hantke, L.: Vom Umgang mit Dissoziationen und Körpererinnerungen. Die Autorin versucht zunächst mittels neuer Erkenntnisse sowohl eine Begriffsbestimmung als auch eine Abgrenzung gegenüber anderen Störungen vorzunehmen. Dissoziation "... ist die (noch) nicht erfolgte Integration von Erfahrungen im Moment und als Folge einer traumatischen Erfahrung." (113). Sie beschreibt ein vereinfachtes Schema der komplexen hirnhysiologischen Verarbeitung, die drei Integrationsebenen - sensorisch, Bezugnahme und Bedeutungszuweisung -, die Integrationsbedingungen und die verschiedenen Ebenen - primäre, sekundäre bzw. peritraumatische und tertiäre Dissoziation. Hirnhysiologische Untersuchungen führen zu Unterscheidungen in psycho- und somatoformen positiven und negativen Dissoziationen. *Hantke* stellt Grundsätze und Interventionsformen - z.B. Dissoziationsstop, Reorientierungs-, Grounding- und Containmenttechniken, Trigger neu besetzen, Unterschiede bilden. Neue Wege suchen - vor und gibt Impulse für die Psychohygiene der Therapierenden. "Zeit m(M)acht Beziehung" sind die drei wesentlichen Komponenten der Arbeit. Eine Fallvignette exemplifiziert die Arbeit. Die Autorin schließt mit einer kurzen, klaren Erläuterung zur Psychoedukation.

8 Passameras, K.: Medikamentöse Therapie bei Patienten mit PTBS. Kurz, knapp und überzeugend gibt der Autor Einblick in das Repertoire, Grenzen und Möglichkeiten von medikamentöser Therapie, wobei ihm äußerst wichtig ist, dass der Patient kontinuierlich aufgeklärt, - wenn und sobald möglich -in die Entscheidung mit einbezogen wird und zunehmend mehr die Kontrolle wieder übernimmt.

9 Finkeldei, S.: Angehörige traumatisierter Personen. Für Betroffene und Angehörige ist die Konfrontation mit einem Trauma sehr unterschiedlich zu anderen psychischen Störungen. Bekannt ist, dass Art und Ausmaß der sozialen (Nicht)-Unterstützung die Symptomatik aufrechterhaltend bzw. hilfreich und unterstützend wirkt. *Finkeldei* zeigt psychoedukative Ansätze und typische Problemfelder bei der Integration von Angehörigen u.a. an einer Fallvignette auf. Angehörige können schaden durch Fehlattributierung, hilfreich sein, indem sie materiell, praktisch, instrumentell, emotional und geistig unterstützen und z.B. bei der Exploration bestehender, verarbeitungsfördernder Ressourcen. Für die Arbeit mit Traumatisierten und Angehörigen gibt er konkrete, umsetzbare Hinweise zu den Facetten "Begleitung statt vorschneller Trost", "Überforderung der Angehörigen", "Handlungsfähigkeit der Betroffenen unterstützen", "Bedeutung eigener Lebensfreude", "Umgang mit dem Berichten des Traumaerlebens", "Entlastende gemeinsame Erklärungsmodelle", "Selbsthilfe", "Auswirkungen auf die Beziehung in den Blick nehmen", "Rolle der Angehörigen klären".

10 Eichenberg, C.: Psychotraumatologie im Internet. *Eichenberg* legt eine aktuelle Zusammenstellung von Ressourcen zum Thema im Internet mit Kurzabstracts vor. Für Fachkreise sind sie untergliedert in Internationale Metasites; Organisationen, Vereine und Arbeitsgemeinschaften; Forschung; Diagnostik; Intervention; Literaturrecherche und Zeitschriften und Kollegialer Austausch und für Betroffene in Allgemeine Informationen; Körperliche Misshandlung, sexueller Missbrauch und kriminelle Gewalttaten; Tod nahe stehender Personen und Lebensbedrohliche Erkrankungen. Es lohnt sich die angegebenen Websites zu besuchen

11 Zobel, M.: Anhang: Übersicht über Indikation, Diagnostik und Behandlung. In 15 Punkten erläutert *Zobel* vor der Behandlung zu prüfende Umstände. Diese sind: Aufbau einer tragfähigen und vertrauensvollen Arbeitsbeziehung, Motivation des Patienten, Sekundärer Krankheitsgewinn, Körperliche und psychische Stabilität, Komorbidität, Depression, Dissoziation, Selbstverletzendes Verhalten, Akute Suizidalität, Bestehender Täterkontakt, Psychotisches Erleben, Exploration des belastenden Ereignisses, Diagnostik, Behandlungsplan und Supervision.

Fazit

Ein lesenswertes Buch, es führt die Zielgruppe aufklärend und praxisorientiert ins Thema ein und ermöglicht eine Entscheidung, sich in dieser Richtung zu engagieren und weiter zu qualifizieren. Ein Buch, das die Anforderungen an die therapeutische Haltung, ihre Entwicklung und Pflege deutlich und wiederholt betont und hervorhebt. Wer mit Traumatisierten arbeitet bedarf nicht nur der Achtsamkeit ihnen gegenüber, sondern auch einer gut geschulten Selbstachtsamkeit.

Rezensentin

Dr. Michaela Schumacher

Homepage www.drmichaelaschumacher.de

E-Mail [Mailformular](#)

Zitiervorschlag

Michaela Schumacher. Rezension vom 20.06.2006 zu: Martin Zobel (Hrsg.): Traumatherapie. Eine Einführung. Psychiatrie Verlag (Bonn) 2006. 190 Seiten. ISBN 3-88414-404-9. In: socialnet Rezensionen unter <http://www.socialnet.de/rezensionen/3689.php>, Datum des Zugriffs 02.01.2007.