

Kommentar zum Beitrag „Opferbeschuldigung als Psychotherapiestrategie?“

Ernst R. Petzold

ehemals Lehrstuhlinhaber für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin und klinischer Direktor der gleichnamigen Klinik an der RWTH Aachen und 1. Vorsitzender der dt. Balintgesellschaft

Ich wurde um einen Kommentar zu diesem Beitrag gebeten, nicht um ein Gutachten und auch nicht zur Frage der Veröffentlichung oder ihrer Unterlassung. Anderenfalls hätte ich mich gegen eine Veröffentlichung ausgesprochen, denn sowohl die provozierenden Überschriften als auch die doch außerordentlich verkürzten Abschnitte können bestenfalls ein Zerrbild dessen wiedergeben von dem, was eigentlich gemeint ist – möglicherweise dienen die Vorwürfe den nun doch schon lange überholten Wiederaufrichtungen der Kämpfe zwischen Psychodynamikern und Verhaltenstherapeuten, hier NLP. Ganz offensichtlich aber dient der Zorn des Autors aber auch unserem Unvermögen, einer wirklichen Streitkultur – und das meint ja doch wohl auch die Anerkennung des Gegners – Raum zu geben.

Als ehemaliger Theologiestudent erinnere ich mich an eine schöne Geschichte in der Genesis. Die Geschichte beginnt mit einem Gespräch zwischen dem Weibe und der Schlange, die listiger war als alle Tiere. Der Ablauf dieses Gesprächs ist bekannt. Ich verkürze: Eva erinnert an das Verbot und begründet damit ihr Zögern, dem Vorschlag – und der Verführung – durch die Schlange zu folgen. Diese setzt nach: Ihr werdet keineswegs des Todes sterben, sondern Gott weiß: an dem Tag, da ihr davon esset, werden eure Augen aufgetan und ihr werdet sein wie Gott und wissen, was gut und böse ist. (1. Mos. 3:1–5). Der weitere Verlauf ist bekannt. Adam und Eva aßen gemeinsam von dem Apfel, erkannten ihre Scham und wenig später auch ihre Schuld, sie durften weiterleben, mussten aber das Paradies verlassen und hinfort im Schweiß ihres Angesichts ihr Brot verdienen und unter Schmerzen Kinder gebären. Das wissen wir alle. Freud hat es gewusst und seine Patienten haben es auch gewusst, Kernberg weiß es und Herr Schlagmann darf es auch wissen. Es gibt eine Verschränkung zwischen Opfer und Täter, die schwer nur aufzulösen ist – unabhängig ob wir ein psychodynamisches Verfahren wählen oder ein anderes aus dem großen Gebiet der Verhaltenstherapie.

Das Ganze ist so schwer und komplex, dass ich seinerseits gerne den Auftrag der Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlicher Fachgesellschaften (AWMF) und der ständigen Konferenz der leitenden Hochschullehrer für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie übernahm, Leitlinie und Quellentext für die Posttraumatische Belastungsstörung zu entwickeln bzw. das vorhandene Material, die vorliegenden Studie nach den Kriterien einer Evidenz basierten Medizin auszuwerten. Das Ergebnis ist von einem Herausgaberteam unter der Federführung meines früheren Oberarztes Dr. med. Flatten in der 2. A. 2004 bei Schattauer erschienen.

Posttraumatische Belastungsstörung

Wir befassten uns mit der Epidemiologie, der Diagnostik und der Therapie dieser keineswegs immer leicht zu diagnostizierenden Störung. Die Häufigkeit der PTSD ist von der Art des Traumas abhängig, ca 50 % der Prävalenz geht auf Vergewaltigung zurück, auf die anderen Störungsbilder gehe ich hier nicht ein, da sich der Autor ja auch nur auf diese spezielle Störung bezogen hat. In der Diagnostik wird zwischen sich aufdrängenden, belastenden Gedanken und Erinnerungen an das Trauma (Intrusionen) oder Erinnerungslücken (Bilder, Alpträume, Flash-backs, partielle Amnesie) unterschieden. Das wird abgegrenzt von Übererregungssymptomen (wie Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit, vermehrte Reizbarkeit, Affektintoleranz, Konzentrationsstörungen) und Vermeidungsverhalten (z.B. der traumaassoziierten Stimuli) und von emotionaler Taubheit wie (allgemeiner Rückzug, Interesseverlust, innere Teilnahmslosigkeit).

Im Kindesalter gibt es teilweise veränderte Symptomausprägungen (z.B. wiederholtes Durchspielen des traumatischen Erlebens, Verhaltensauffälligkeiten z.T. aggressives Verhalten).

Weiterhin sind in der Diagnostik die traumatischen Auslöser zu berücksichtigen, sowie die Abgrenzung gegenüber Belastungsreaktionen, Anpassungsstörungen und relevanten psychischen Vorerkrankungen. Zu erinnern ist darüber hinaus an traumaassoziierte und komorbide Störungen (Angststörungen, Depression, somatoforme Störungen, dissoziative Störungen, Suchterkrankungen, Substanzmissbrauch und Organerkrankungen).

Die therapeutische Leitlinie der PTSD hat als erstes die Frage zu klären, ob eine Suizidalität oder eine Psychose vorliegt und dann ist nach wie vor eine psychiatrische Akutversorgung indiziert, bei einer Verneinung steht eine psychosomatisch, psychiatrische Differenzialdiagnostik an und eine traumaspezifische Stabilisierung. Erst danach kommt die Traumabearbeitung in Frage mit kognitiven behavioralen oder psychodynamischen Verfahren oder auch mit Hilfe der EMDR-Methode. Den dritten Schwerpunkt in dieser therapeutischen Kette bildet die psychosoziale Reintegration. Nicht unerwähnt sei, dass Freud selbst seine psychoanalytischen Theorien und sicher auch Therapiemethoden zeit seines Lebens verändert und weiterentwickelt hat – auch und gerade bei den hier zur Diskussion stehenden Krankheitsbildern.

Nach M. Horowitz, dem wir wesentliche Anstöße zur Verbesserung der psychodynamischen Therapiemethoden und das erste große Schulenübergreifende Therapiekonzept verdanken, in dem auch die Therapeutenbedingungen eingeschlossen sind, steht das traumerlebende Subjekt im Mittelpunkt aller Bemühungen. Ein Wirksamkeitsnachweis des Horowitzschen Konzeptes erbrachte Brom (1989) in einer kontrollierten Studie an 112 Patienten. Gegenüber den Vergleichsverfahren Desensibi-

lisierung und Hypnotherapie konnte eine bessere Wirksamkeit auf Vermeidungssyndrome nachgewiesen werden. Geringer war die Verbesserung der intrusiven Symptome. G. Fischer modifizierte seinerseits das psychoanalytische Verfahren in einer manualisierten Mehrdimensionalen Psychodynamischen Traumatherapie. Damit entwickelte er möglicherweise ein besseres Verständnis der traumareaktiven Abwehr- und Schutzprozesse, die im therapeutischen Prozess wahrgenommen und unterstützt werden.

Die imaginativen Verfahren nutzen die neurobiologische Forschungsergebnisse, dass die in traumadominierten neuronalen Netzwerke repräsentierten traumatischen Erinnerungen durch imaginative Verfahren verändert werden können. Die kognitiv behavioralen Therapieverfahren haben zum Ziel, kombiniert mit optimaler Informationsvermittlung eine autonomen Umgang mit traumainduzierten Veränderungen zu unterstützen und die Entscheidungs- bzw. Handlungskompetenz der Betroffenen zu erhöhen.

Fazit

Wenn das gelingt, sei es mit dem einen oder dem anderen Verfahren, dann wollen wir Herrn Schlagmann für seinen Beitrag danken.

Korrespondenz

Prof. em. Dr. med. E.R. Petzold
ehemals Lehrstuhlinhaber
für Psychosomatik und Psycho-
therapeutische Medizin an der
RWTH Aachen
1. Vorsitzender der dt. Balint-
gesellschaft
Goethestr. 5
72127 Kusterdingen

Von zentraler Bedeutung



Das Standardwerk zu peripheren Nervenläsionen

- **Unentbehrliches Wissen** für die Facharztprüfung Neurologie
- Von den anatomischen Grundlagen über die klinische Untersuchung zur Diagnosestellung
- **Einprägsam und verständlich:** Pathogenetische Mechanismen und Ätiologie von Nervenläsionen
- **Ausführlich und reich bebildert:** Die Klinik der unterschiedlichen Krankheitsbilder
- **Umfassend und übersichtlich:** Die komplette Darstellung der diagnostischen Möglichkeiten
- **Hilfreich und kompetent:** Indikationen für eine konservative und operative Therapie

Neu in der 9. Auflage:

- Alle Beiträge vollständig überarbeitet und aktualisiert
- Aufnahme neuer diagnostischer Verfahren (z.B.: MRT und Sonographie der Extremitäten)

Läsionen peripherer Nerven und radikuläre Syndrome

Mumenthaler/Stöhr/Müller-Vahl

9., überarb. A. 2007.

Ca. 480 S., ca. 420 Abb.

ISBN 978 3 13 380209 3

Ca. € [D] 149,95

ca. € [A] 154,20/ca. CHF 237,-

Preisänderungen und Irrtümer vorbehalten. Die genannten Preise verstehen sich zzgl. Versandkosten.
Bei Lieferungen in [D] betragen diese 3,95 € pro Bestellung. Ab 50 € Bestellwert erfolgt die Lieferung versandkostenfrei.
Bei Lieferungen außerhalb [D] werden die anfallenden Versandkosten weiterberechnet. (VH51)

Ihre Bestellmöglichkeiten:

☎ Telefonbestellung:
07 11 / 89 31-906

☎ Faxbestellung:
07 11 / 89 31-901

@ Kundenservice
@thieme.de

🌐 www.thieme.de

Versandkostenfreie Lieferung bei einem Bestellwert ab € 50,-

 **Thieme**