

# Körperpsychologische Grundlagen einer Traumatherapie

## Posttraumatische Übertragungsphänomene im therapeutischen Dialog

Herbert Grassmann

Sein Blick ist im Vorübergehen der Stäbe so müd geworden, dass er nichts mehr hält.  
 Ihm ist, als ob es tausend Stäbe gäbe und hinter tausend Stäben keine Welt.  
 Der weiche Gang geschmeidig starker Schritte, der sich im allerkleinsten Kreise dreht,  
 ist wie ein Tanz von Kraft um eine Mitte, in der betäubt ein großer Wille steht.  
 Nur manchmal schiebt der Vorhang der Pupille sich lautlos auf.  
 Dann geht ein Bild hinein, geht durch die Glieder angespannte Stille –  
 und hört im Herz auf zu sein.

*Der Panther.* Rainer Maria Rilke

### Zusammenfassung

Therapeuten, die mit schwer traumatisierten Menschen arbeiten, sind in Gefahr, sekundär traumatisiert zu werden. Sie begleiten emotional und kognitiv Menschen, die auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung reagieren, also auf Bedingungen, die bei fast jedem Gefühle von Hilflosigkeit und tiefer Verzweiflung hervorrufen würden. Schon in der ersten Therapiephase können sich heftige Gegenübertragungsreaktionen des Therapeuten einstellen. Gerade Traumatherapeuten sollten sich aktiv um den Aufbau eines therapeutischen Arbeitsbündnisses bemühen. Sonst wird das therapeutische Setting an das Traumaschema assimiliert, und die Therapie gerät insgesamt zur Retraumatisierung des Patienten. Wichtige Grundlagen für ein traumatherapeutisches Verstehen liefern die aktuellen neurobiologischen Forschungen von Allan N. Schore, Jim Grigsby und Bruce D. Perry. Methodenübergreifend werden ihre Konzepte anhand ihrer Bedeutung bei der Entstehung des (körperlichen) Selbst und der Stressregulierung vorgestellt. Schlussfolgernd wird auf die Schulungen von Traumatherapeuten für den besonderen Umgang mit Übertragung und Gegenübertragung verwiesen. Dies gilt unabhängig von der therapeutischen Richtung oder Schule.

### Schlüsselwörter

Bindungstheorie, Neurobiologie, Übertragung, Traumatherapie, Körpertherapie.

### Einführung

Das Konzept der Übertragung bezeichnet aus körperpsychologischer Sicht die Vorgänge menschlicher Kommunikation, in denen bewusste und unbewusste Wünsche, Ängste und Kon-

### Abstract

Therapist, which work with heavily traumatised humans, are in danger to be traumatised secondarily. They accompany emotional and cognitive humans, who react to a loading event or a situation of unusual threat, thus on conditions, which would cause with nearly each, feelings of helplessness and deep despair. Already in the first therapy phase the therapist has to deal with own countertransference reactions. Especially Traumatherapist should work actively for a clear therapeutic work alliance. Otherwise the therapeutic setting will be assimilated to the trauma pattern, and the therapy turns out to be retraumatizing for the patient. Important informations for the traumatherapeutic understanding are coming from the current neurobiological research of Allan N. Schore, Jim Grigsby and Bruce D. Perry. Over all methodical concepts it has to be looked on meaningful basis for building a (physical) self and affect regulation or stress adjustment. The article ends with a conclusion for a therapist training with a special transference and countertransference handling. This applies independently of the therapeutic direction or school.

### Keywords

Attachment theory, neurobiology, transference, trauma therapy, body therapy.

flikte mit lebensgeschichtlich bedeutsamen Personen und/oder Ereigniskonstellationen aktualisiert werden. Im traditionellen psychoanalytischen Verständnis handelt es sich im Wesentlichen um die Wiederholung und Fixierung von Beziehungsformen infantilen Ursprungs. Aufgrund der bemerkenswerten

Forschungen des Neurobiologen Allan N. Schore (2003) auf dem Gebiet der Bindungstheorie, der Affektregulation und der Bildung des Selbst, müssen wir davon ausgehen, dass Übertragungsphänomene generell eine äußerst wichtige Bedeutung bei der Entstehung des (körperlichen) Selbst und der Stressregulierung haben.

Diese zwischenpersönlichen Ereignisse haben auch eine tiefe Wirkung auf die Struktur des sich entwickelnden Gehirns selbst. Wir sehen in der kurzen Zeitspanne von der Empfängnis, dem intrauterinen Leben und der Geburt bis ins zweite Lebensjahr, eine massive Entfaltung des Gehirns von 400 g bis zu 1200 g. Das bedeutet, dass dieser „Spurt“ nicht nur durch das genetische Programm angetrieben wird, sondern dass die Umgebung einen mächtigen Einfluss auf das genetische Programm hat. Das uns von der Natur gegebene Potenzial kann nur in dem Maße verwirklicht werden, wie es durch Pflege ermöglicht wird. Das menschliche Gehirn ist so geschaffen, dass es ausgeformt werden muss durch die Umweltbeziehungen, auf die es trifft.

Die Entwicklung des kindlichen Gehirns folgt dabei einem grundsätzlichen Entwicklungsprinzip aller lebenden Systeme: Neue Interaktionen können nur im Rahmen und auf der Grundlage bereits etablierter Interaktionsmuster ausgebildet und stabilisiert werden. In dem Maße, wie das sich entwickelnde Gehirn zunehmend Verbindungen zur Außenwelt erlangt, werden die bereits etablierten und noch zu bildenden Verschaltungen und Erregungsmuster über die entsprechenden sensorischen Eingänge zunehmend von außen beeinflussbar. Von diesem Zeitpunkt an verläuft die Hirnentwicklung nicht mehr autonom gegenüber sensorischen Inputs, sondern sie wird durch die sensorischen Eingänge aus der Außenwelt bestimmt und bleibt von ihnen abhängig. Die notwendige Offenheit des sich entwickelnden Gehirns für strukturierende Einflüsse aus der äußeren Welt hat zwangsläufig zur Folge, dass es auch Einflüssen ausgesetzt werden kann, die die Integrität seiner inneren Struktur und Organisation bedrohen. Auf der Grundlage der bisher dargestellten Sachverhalte und Überlegungen lässt sich ein Trauma auch als eine plötzlich auftretende Störung der inneren Struktur und Organisation des Gehirns beschreiben, die so massiv ist, dass es in Folge dieser Störung zu nachhaltigen Veränderungen der von einer Person bis zu diesem Zeitpunkt entwickelten neuronalen Verschaltungen und der von diesen Verschaltungen gesteuerten Leistungen des Gehirns kommt. Eine solche Traumatisierung kann durch physische oder psychische (psychosoziale) Einwirkungen ausgelöst werden. Demzufolge betont Gerald Hüther (2002) in seinem Artikel „Die Folgen traumatischer Kindheitserfahrungen für die weitere Hirnentwicklung“, dass das wichtigste Ziel aller therapeutischen Bemühungen sein muss, Bedingungen zu schaffen, die es einem traumatisierten Kind ermöglichen, wichtige Ressourcen zur Bewältigung von Angst und Stress möglichst rasch wieder zurückzugewinnen.

John Bowlby war der erste, der die Bindungstheorie vorstellte. In seinem Klassiker von 1969

integrierte er Psychoanalyse und Verhaltensbiologie mit den ethologischen Studien von Konrad Lorenz und Nico Tinbergen und weiter zurück bis zu Darwin. Darwin hatte in den Jahren um 1870 gezeigt, dass die ersten Interaktionen zwischen Mutter und Kind zwischen dem Gesicht und dem Körper von bei-

den stattfinden. Bowlby beschrieb vor allem die emotionalen Aspekte der Bindungstheorie. Er beobachtete, dass sie im Kontext von Gesichtsausdruck, Haltung, Betonungen der Stimme, Veränderungen in der Physiologie, Bewegungsgeschwindigkeit und Handlungsimpulsen stattfinden und charakterisiert sind von den stärksten Gefühlen von Glück oder dem Gegenteil. Er zeigte vor allem, dass die Fähigkeit des Säuglings, mit Stress fertig zu werden, beeinflusst war durch die Beziehung zur Mutter. Bowlby ging so weit zu sagen, dass die frühe Bindung entscheidend ist für das Überleben der Spezies. Und er vermutete, dass die frühen Erfahrungen gespeichert sind in dem Teil des Gehirns, das für die Emotionen zuständig ist, nämlich im limbischen System.

In dem 1998 erschienen Buch „Affektregulation und der Beginn der Persönlichkeit“ betont Allan N. Schore, dass die Förderung der Selbstregulierung, also die Fähigkeit, Affekte zu regulieren von zentraler Bedeutung für die kindliche Entwicklung ist. Der Sinn der frühen Bindung ist offensichtlich, die erfahrungsabhängige Reifung des Hirnes in den ersten zwei Jahren und die Organisation des Gehirns selbst zu unterstützen. Dabei ist das Rechtshirn mehr mit dem Emotionen verarbeitenden limbischen System verbunden; es reguliert Emotionen sowie es das Linkshirn nicht vermag. Und das Rechtshirn ist mehr als das linke verbunden mit dem autonomen Nervensystem. Das linke Hirn hingegen ist zwar verbal linguistisch bewusst, doch es fängt nicht vor dem 18. Lebensmonat an sich zu entfalten, und so ist das sich früh entwickelnde Rechtshirn tiefer mit dem Körper verbunden. Damit wissen wir, dass auch das autonome Nervensystem sich nach der Geburt weiterentwickelt unter dem Einfluss der Mutter-Kind-Beziehung.

## **Stressbewältigungskapazität**

Von der Geburt an nutzt das sich entwickelnde Kind seine Stressbewältigungskapazität für die Interaktion mit der Umgebung.

Der wichtigste Lernschritt der Kindheit scheint der, zu lernen, mit einem anderen Menschen zu kommunizieren. Diese Erfahrungen beginnen mit zwei Monaten. Das sind höchst erregende, emotionsgeladene Erlebnisse, die das Kind einem hohen Niveau von kognitiver und emotionaler Information aussetzen. Um dieses hohe Niveau zu erhalten, synchronisieren Mutter und Kind ihr Verhalten innerhalb von Bruchteilen von Sekunden – natürlich alles auf einem völlig unbewussten Niveau. Die beiden geraten miteinander in Einklang durch intuitive, unbewusste Gesichts-, Stimm- und Gestenkommunikation. Die technische Bezeichnung für diesen Vorgang ist Affektsynchronisation.

Je mehr die Mutter ihre Aufmerksamkeit in nährenden Perioden sozialer Interaktion auf das Kind einstellt, je mehr sie ihm erlaubt, sich während Perioden der Lösung zu erholen, und je mehr sie auf seine Signale zur Wiederaufnahme des Kontaktes reagiert, um so synchronisierter ist ihre Interaktion. Wenn die Mutter jedoch weiterhin auf hoher Intensität bleibt, während das Kind sich zurückzieht, dann stört sie die Selbstregulation des Kindes und das kann später zu Schwierigkeiten führen.

Diese Mechanismen sind grundlegend für die emotionale Entwicklung des Kindes. Wir wissen andererseits, dass die versorgende Person nicht immer optimal auf das eingestimmt ist, was vom Kind kommt. Folge ist eine mangelhafte Anpassung in der Bindungsdyade, in denen der Mutter die Entzifferung des emotionalen Zustandes des Kindes misslingt. Hier finden wir, was wir interaktive Reparatur nennen, wobei die Mutter, die sich auf das Kind nicht einstellen konnte, ihre Affektregulierung in Antwort auf die negativen Äußerungen ihres Kindes wieder aufnimmt. Entscheidend hierzu ist die Fähigkeit der Mutter, ihre eigene Negativität wahrzunehmen und zu regulieren. Das lehrt so das Kind, dass seine Negativität zu ertragen ist und dass negative Emotionen aufgenommen werden können. Die Elastizität in der Fähigkeit, sich zu erholen, zeigt sich in der Fähigkeit von Mutter und Kind, von positiv zu negativ und zurück zu positiv zu gehen. Die Elastizität unter Stress ist wahrscheinlich der beste Indikator für eine gute Bindung. Im Laufe der ersten zwei Jahre haben wir also diese zwei regulierenden Prozesse: Affekt-Einklang, der zu positiver Anregung, Erregung und Freude führt, und interaktive Reparatur, die negative Emotionen reguliert. Bindung kann so als die Regulierung von Emotionen definiert werden. Das Baby bindet sich an die Pflegeperson, die Stress minimiert und die Freude maximiert. Diese gut regulierten emotionalen Interaktionen mit einer bekannten, verlässlichen Hauptpflegeperson schaffen nicht nur ein Gefühl von Sicherheit, sondern eine positiv geladene Neugier, die die Explorationen neuer physischer und sozialer Umgebung auslösen.

### **Vom Neurose-Paradigma zum Trauma-Paradigma**

Die traditionellen Konzepte von Übertragung und Gegenübertragung wurden in der Psychotherapie neurotischer Patienten gewonnen. Sie entsprechen dem Modell der Neurose oder kurz: dem „Neurose-Paradigma“. Ätiologisch scheinen diese Störungsbilder zu einem erheblichen Anteil durch Übersozialisation bedingt zu sein. Die Vitalität der Persönlichkeit wird übermäßig eingeschränkt, vom bewusstseinsfähigen Persönlichkeitsbereich abgespalten und durch Abwehrmechanismen dauerhaft ausgegrenzt. Bewusstmachen, Abwehr- und Widerstandsanalyse, Bewusstseinsweiterung und Integration der abgespaltenen vitalen Impulse und Fantasien ist hier das klassische Vorgehen der Psychoanalyse und aller Psychotherapieverfahren, die sich an den Zielen des Bewusstmachens und der Bewusstseinsweiterung orientieren. Der Analytiker verhält sich „abstinent“, damit der Analysand seine pathogenen, die Neurose aufrecht erhaltenden Fantasien korrigieren kann. Das therapeutische Ziel einer Traumatherapie – jedenfalls zu Beginn der Behandlung – besteht nicht primär in der Korrektur pathogener Fantasien, sondern zunächst im Wiederherstellen der Kontrolle über sich verselbstständigende Erlebnisphänomene, wie etwa intrusive Erinnerungen vom traumatischen Geschehen. Abstinenz und Neutralität des Therapeuten reichen hier natürlich nicht aus, um den erwünschten selbstkorrektiven Prozess beim Patienten einzuleiten. Erforderlich ist vielmehr eine längere Phase der Stabilisierungsarbeit zu Beginn der Traumatherapie, auf der Grundlage einer Haltung „nicht-neutraler Abstinenz“, die auch die Form „parteilicher

Abstinenz“ annehmen kann. Zu Beginn der Behandlung ist Stabilisierungsarbeit auch in dem Sinne notwendig, dass sich der Therapeut als „haltgebendes Objekt“ zur Verfügung stellen muss.

Die klassische Sequenz der Traumatherapie besteht in den Schritten: Stabilisierung – Traumabearbeitung – Integration (der traumatischen Erfahrung in die Persönlichkeit und Re-Integration der traumatisierten Persönlichkeit in ihr soziales Umfeld). Die Abwehr- und Widerstandsanalyse erfüllt bei traumatisierten Persönlichkeiten naturgemäß eine andere Funktion als beim Neuroseparadigma.

Der Traumatherapeut muss sich aktiv um den Aufbau des therapeutischen Arbeitsbündnisses bemühen, eine zumindest „minimale Differenz“ zur traumatischen Erfahrung herstellen und aufrecht erhalten. Sonst wird das therapeutische Setting an das Traumaschema assimiliert, und die Therapie gerät insgesamt zur Retraumatisierung des Patienten. Die „Durchschlagskraft“ des Traumaschemas ist wie wir gesehen haben, durch die hirnhypophysenphysiologisch entgleiste Informationsweitergabe zwischen limbischem System und hippocampal-präfrontalen Schaltkreisen bestimmt, die eine Entkopplung von affektivem Alarmzustand und realer Gefahrenwahrnehmung bewirkt. Von daher kann ein kooperatives Arbeitsbündnis bei Traumapatienten keinesfalls als gegeben unterstellt werden. Vielmehr bedarf es gezielter therapeutischer Aktivitäten, um negative Übertragungsmuster in das Arbeitsbündnis zu integrieren und allgemein das Arbeitsbündnis zu stärken.

Ein „neutraler“ Therapeut verstärkt unbewusst die Selbstbeschuldigungstendenzen der Patienten und/oder provoziert einseitig eine Übertragung der traumatischen Situation, ein Vorgang, der eine erhebliche Gefahr der Retraumatisierung in sich birgt. Noch mehr: dadurch, dass er sich nicht als idealisiertes, beschützendes Objekt zur Verfügung stellt, ist der Patient außerstande, sich mit einer Vergangenheit auseinander zu setzen, in der ein beschützendes Objekt fehlte. Die Therapie muss der folgenden Paradoxie Rechnung tragen: die traumatische Erfahrung zerstörte das Sicherheitsgefühl, aber um traumatische Erfahrungen bearbeiten zu können, ist ein Sicherheitsgefühl, in einer Beziehung getragen zu sein, Bedingung.

Eine körperorientierte Traumatherapie bezieht darüber hinaus neurobiologische Forschungsergebnisse mit ein. Vor allem trägt es Rechnung, dass ein Trauma sich in unsere Psyche durch drei Gedächtnisformen einprägt:

Einsichtsorientierte Therapien betonen daher eine bestimmte Form des Gedächtnisses,

dass wir auch als semantische Erinnerung kennen (hierunter fallen alle Überzeugungen und Grundannahmen über die Welt, beeinflussbar durch das Training der Selbstwahrnehmung und das Ändern von Einstellungen). Hier wären die Untersuchungen von Bruce D. Perry zu Kindheitstraumata und Persönlichkeitsentwicklung und die Arbeiten von G. Hüther (2002) zu nennen. Die traumatherapeutische Arbeit von Peter Levine (und anderen), adressiert eine zweite Form der Gedächtnisverarbeitung, die wir auch Ereigniserinnerung nennen können (die therapeutische Methode liegt hier darin, Traumasymptome somatisch zu verarbeiten und dadurch eine Neuregulierung des Autonomen Nervensystems zu erreichen).

Die dritte Form der Gedächtnisverarbeitung betrifft jene Therapiemodelle, die Übertragungsphänomene adressieren und damit

die Gewohnheitserinnerung ansprechen. Wie wir aus den neurobiologischen Untersuchungen (James Grigsby.(2000): *Neurodynamics of Personality*. Allan N. Schore (2003). *Affect Regulation & the Repair of the Self*.) erkennen können, ist die frühe Bindungsbeziehung und die Ausreifung der menschlichen Stressbewältigungssysteme von einer zentralen Bedeutung. Da gerade traumatische Ereignisse die individuellen Bindungsfähigkeiten schwächen oder einschränken, besteht hier eine Notwendigkeit, die Entwicklung oder die Verstärkung von grundlegenden Beziehungsfähigkeiten zu trainieren.

Die auf „Fokussieren“ und auf „Wiederholen“ basierenden Techniken, dienen dazu, die Fähigkeiten „nein“ zu sagen (defensive response), „ausdauernd zu sein“ oder zu vertrauen (joining response) im Patienten zu unterstützen.

In der Praxis ist dies die komplizierteste therapeutische Arbeit, da sie:

- a) die frühkindlichen Kind-Mutter-Bindungsmuster, ihre Affektregulations-Dynamiken in das therapeutische Verhältnis mit einbeziehen müssen (siehe Allan N.Schore); oder
- b) die gelernte Übertragungsrollen wie Retter-, Täter-, Opfer- oder Zuschauerrollen untersuchen und emotionale Übertragungssituationen aufdecken und ihre elementaren Bindungsmuster therapeutisch klären sollten.

## Übertragung und Gegenübertragung in der Traumatherapie

Traumatherapeuten müssen in besonderer Weise für den Umgang mit Übertragung und Gegenübertragung geschult sein und dieses „Handwerkszeug“ beherrschen. Dies gilt unabhängig von der therapeutischen Richtung oder Schule. Vom Therapeuten wird eine duale Beziehungsfähigkeit verlangt. Die eine Dimension des Beziehungsgeschehens wird durch problemgebundene Interaktionsmuster bestimmt, die der Patient (oder auch der Therapeut) in die Beziehung einbringt, die andere durch die im engeren Sinne therapeutische Beziehungskonfiguration (Arbeitsbündnis, therapeutische Allianz usw.). Wie gezeigt, entstehen gerade in Traumatherapien heftige, affektgeladene Beziehungskonstellationen in der therapeutischen Dyade und heftige Verstrickungen. Es gehört zu den unabdingbaren Qualitätsstandards der Traumatherapie, diese Konstellationen nicht nur implizit, gewissermaßen nebenbei, zu handhaben. Vielmehr müssen sie erkannt, sprachlich beschrieben und explizit in die Behandlungsplanung einbezogen werden.

Ein Beispiel aus der Traumatherapie sind Patienten, die misbräuchliche Beziehungen in ihrer Lebens- und Leidensgeschichte erfahren haben. Sie generalisieren diese Erfahrungen u. a. auch auf den Therapeuten und „testen“ ihn, ob er möglicherweise ihr Vertrauen wieder verraten und missbrauchen wird. Die Beziehungs-Tests geschehen meist in „homöopathischen Dosen“ und eher verdeckt. Viele Patientinnen mit einer Missbrauchserfahrung überspielen ihr Misstrauen und lassen sich scheinbar vorbehaltlos auf die Therapie ein, solange, bis – subjektiv, im Bezugsrahmen der Patientin – ein erneuter „Übergriff“ erfolgt. Nach psychoanalytischer Auffassung gehören Training in Wahrnehmung und Steuerung der Über-

tragungs- und Gegenübertragungskonstellation zu den grundlegenden Ausbildungsstandards und schließlich zum „Handwerkszeug“ des Therapeuten. Dennoch sind diese subtilen Prozesse immer wieder gefährdet und stellen eine zentrale Quelle therapeutischer Fehlschläge dar. Die schwierige Beziehungsarbeit der Traumatherapie wird von Praktikern und Forschern einheitlich hervorgehoben, so etwa van der Kolk et al., die mögliche Gegenübertragung der Traumatherapeuten auf die „Beziehungstests“ der Eingangsphase beschreiben: „Die passive Abhängigkeit traumatisierter Patienten bzw. ihre hartnäckige Unfähigkeit zu vertrauen spiegelt sich in den Gefühlen der Therapeuten wider, machtlos und inkompetent zu sein. Die Zerbrechlichkeit und Verletzlichkeit der Patienten schlägt sich im Streben der Therapeuten nach Perfektion und Kontrolle nieder. Es stellt eine ungeheure Anstrengung für die Therapeuten dar, eine wirkliche Wertschätzung ihrer eigenen Fähigkeiten aufrechtzuerhalten“. Die Untersuchung psychischer Traumata konfrontiert den Therapeuten mit der Verwundbarkeit des Menschen in seiner natürlichen Umwelt und mit der Fähigkeit zum Bösen als Teil der menschlichen Natur. Wer psychische Traumata untersucht, muss über furchtbare Ereignisse berichten.

Da in der Behandlung traumatisierter Patienten mit massiven Gegenübertragungsreaktionen zu rechnen ist, stellt sich die Frage, wie eine Traumatherapeutin mit ihnen hilfreich umgehen kann. Aus heutiger Sicht sind mit den Konzepten Übertragung und Gegenübertragung die folgenden therapeutischen Fähigkeiten gefragt:

- Aufbau des Arbeitsbündnisses im Zusammenhang der Stabilisierungsphase;
- Nutzung von Übertragungsszenen, um unbewusste Elemente der traumatischen Erfahrung zu ergänzen (entsprechend der sensomotorischen Reinszenierung traumatischer Erfahrungen) in der Phase kognitiver Rekonstruktion;
- Umgang mit der „traumatischen Übertragung“ in der Phase intensivierten emotionalen Wiedererlebens; Bearbeitung von Konflikten, die durch die traumatische Situation verschärft oder entstanden sind, um eine Integration der traumatischen Erfahrungen in die psychische Struktur zu ermöglichen und damit einen langfristigen Heilungserfolg zu gewährleisten;
- Umgang mit den Gefühlen bei Trennung und Abschiednehmen.

Der Aufbau einer tragfähigen Arbeitsbeziehung muss mit besonderer Sorgfalt und eigenen Techniken betrieben werden, damit sich für die Patientin die Therapiesituation im Sinne der „minimalen Differenz“ hinreichend von der Übertragung abhebt. Welche Aspekte der traumatischen Erfahrung jeweils in die Übertragung kommen, bleibt offen und bestimmt sich allein nach den Bedürfnissen der Patientin, der „funktionellen Einheit“ von Übertragung und Gegenübertragung sowie dem Prozessverlauf. Eine erfolgreiche Bearbeitung der traumatischen Erfahrung ist keineswegs nur in der Übertragung möglich.

Zur psychotherapeutischen Misserfolgsvorschau liegen Ergebnisse vor, aus denen hervorgeht, dass insbesondere Traumatherapien durch einen unprofessionellen Umgang mit die-

sen brisanten Beziehungskonstellationen gefährdet sind. Schon die zu Therapiebeginn üblichen „Beziehungstests“ sind für den Therapeuten meist schwer zu durchschauen und oft noch schwieriger zu „bestehen“. Der Schwierigkeitsgrad dieser „Beziehungsarbeit“ nimmt im Therapieverlauf noch zu, da die traumatischen Affekte heftiger werden und sich immer auch in der Beziehung mitteilen. Mit Rücksicht auf die besondere Vulnerabilität von Traumapatienten ist die therapeutische Beziehungsgestaltung wichtiger als die Anwendung traumatherapeutischer Techniken.

## Literatur

- HOLMES J. (2002): John Bowlby und die Bindungstheorie, München.  
BÜNTIG, W. (2004): Transkript des Vortrages von Allan Shore bei der Internationalen Konferenz „Humanistische Medizin“ in Garmisch Partenkirchen im November 2002.  
CARROLL, R. (2001): „An Interview with Allan Shore.“ unveröffentl. Manuskript.  
GRIGSBY, J. and D STEVENS (2000): Neurodynamics of Personality. New York: Guilford Publications.  
Grassmann, H.( 2002): Sexualisierte Gewalt und ihre Spätfolgen. In: COMED 2002/3.  
HÜTHER, G. (2002): Die Folgen traumatischer Kindheitserfahrungen für die weitere Hirnentwicklung. Psychiatrische Klinik der Universität Göttingen.  
LEVINE, P.A. (1998): Trauma-Heilung. Das Erwachen des Tigers.  
PERRY, BRUCE D., RONNIE A. POLLARD, TOI L. BLAKLEY, WILLIAM L. BAKER, AND DOMENICO VIGILANTE. (1995): Childhood Trauma, the Neurobiology of Adaptation, and „Use-dependent“ Development of the Brain: How „States“ become „Traits“. In: Infant Mental Health Journal 16: 271–291.  
REDDMANN, L.(2001): Psychohygiene in der Traumatherapie. Ein Erfahrungsbericht von Luise Reddemann. Klinik für Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin, Bielefeld.  
ROTHSCHILD, B. (2002): Der Körper erinnert sich. Die Psychophysiologie des Traumas und der Traumabehandlung. Essen.  
SCHORE, Allan N. (1998): Early Trauma and the Development of the Right Brain, Pp. 36. In Understanding and Treating Trauma: Developmental and Neurobiological Approaches. UCLA School of Medicine: Department of Psychiatry and Biobehavioral Sciences: (manuscript).  
SCHORE, ALLAN N.(2003): Affect Regulation & the Repair of the Self. New York.  
VAN DER KOLK, BESSEL, ALEXANDER C. MCFARLANE UND LARS WEISAETH. (2000): Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Paderborn.  
WOLTERSTORFF, ERIC. (2003). A Speculative Model of How Groups Respond to Threats. Manuscript available from author.  
ZUREK G., BARWINSKI R., FISCHER G. (2002): Übertragung und Gegenübertragung in der Psychotherapie psychotraumatischer Belastungssyndrome. Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie. Köln.

## Autor

DR. HERBERT GRASSMANN, Institut für Strukturelle Körpertherapie, Jagdstraße 12, D-90419 Nürnberg  
Tel.: 0911-536165  
E-Mail:HerbertGrassmann@t-online.de  
www.strukturellekoerpertherapie.de

## Neuerscheinung „Adipositas. 1988–2003“

In der Reihe Bibliographien zur Psychologie veröffentlicht das Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation (ZPID) zu ausgewählten Themen der Psychologie umfassende Sammlungen von Nachweisen aus dem Bestand der Datenbanken PSYINDEX (Literatur & AV-Medien, Tests).

Die aktuelle Bibliographie des ZPID mit 381 Nachweisen von Zeitschriftenaufsätzen, Büchern, Sammelwerksbeiträgen, Reports, Dissertationen und AV-Medien informiert über Bedingungsfaktoren der Adipositas und mögliche Interventionsverfahren. Die zitierten Dokumente mit ausführlichen Kurzreferaten sind inhaltlich sortiert und mit einem Autorenregister erschlossen. Das so entstandene einzigartige Nachschlagewerk ermöglicht dem Nutzer, sich in kurzer Zeit einen aktuellen Überblick zum jeweiligen Thema zu verschaffen.

Die Bibliographie bietet eine Einführung in das Thema durch Professor Reinhold G. Laessle; dabei werden bedeutende Faktoren zur Ätiologie von Adipositas beleuchtet und die verschiedensten Ansätze zur Krankheitsbehandlung dargestellt.

Bibliographische Angaben:

„Adipositas. 1988–2003“.

Hrsg.: Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation.

Trier: ZPID, Universität Trier, 2004.

177 S. (Bibliographien zur Psychologie; 127),

ISBN 3-932815-04-1, ISSN 0939-7590,

Preis: € 11,- zzgl. Versandkostenpauschale.

Weitere Informationen finden Sie unter: [www.zpid.de](http://www.zpid.de)