

## Zur Behandlung komplexer posttraumatischer Störungen im (teil-)stationären Setting

Dankwart Mattke zum 60. Geburtstag

Luise Reddemann

Zunächst will ich kurz die Zusammenhänge zwischen traumatischen Erfahrungen und psychischen Erkrankungen darlegen, sodann sollen die wesentlichen Faktoren, die wir heute im Zusammenhang mit posttraumatischen Störungen kennen, erläutert werden und wie man im stationären bzw. teilstationären Setting der Tatsache, daß traumatischer Streß jahre- und jahrzehntelange Folgen haben kann, Rechnung tragen kann.

Ich werde das Bielefelder Behandlungs-Setting beschreiben und dabei - dem Anlaß entsprechend ( zu Ehren von Dankwart Mattke, dem die Arbeit in, mit und für Gruppen so viel bedeutet, und der dafür so viel getan hat) - besonders auf die einzelnen Gruppen-Settings eingehen. (ausführlich dazu Reddemann und Sachsse 1996, 1997, 1998).

Henry Krystal sagte schon 1965 in Detroit „Let me reemphasize again that through the cases studied in this symposium derived from a group that has been subject to a disaster, the observations are pertinent to any traumatized individual. Most people are massively traumatized at home and in their childhood.“ (Unterstreichung L.R.)(Krystal u. Niederland 1971, S. 229).

Dieser Aufruf eines der wichtigsten Pioniere in der Erforschung von Traumatisierungsfolgen blieb fast 20 weitere Jahre ungehört. Inzwischen ist das Faktum schwerer Traumatisierungen fester Bestandteil des öffentlichen, gesellschaftlichen Diskurses.

Eine besonders sorgfältige und zur Situation in der Bundesrepublik besonders valide Studie ist die von Wetzels (1997) . Sie „zeichnet sich dadurch aus, daß die Kriterien für physische und sexualisierte Gewalterfahrungen eng definiert sind und die Stichprobe von 3.289 Personen beiderlei Geschlechts zwischen 16 und 59 Jahren repräsentativ ist. Der Autor wollte Aussagen darüber machen, welche Prävalenzen mindestens anzunehmen sind. Seine Ergebnisse: werden nur sexuelle Delikte mit Körperkontakt vor dem 16. Lebensjahr einbezogen, so betragen die Opferraten bei weiblichen Befragten 8,6%, bei männlichen 2,8%. Mehrfache sexualisierte Gewalterfahrungen werden in folgender Häufigkeit angegeben:

- Penetration mit einem Objekt, mit Finger oder Zunge berichteten 0,3% der Männer und 0,8% der Frauen.
- Vaginale Penetration mit dem Penis berichteten 0,8% der Frauen.
- Anale/orale Penetration mit dem Penis berichteten 0,4% der Männer und 0,2% der Frauen.
- Mehrfachnennungen waren möglich“.(Reddemann und Sachsse 1999)

Das bedeutet, ca. 8 Millionen Menschen wurden in der Kindheit durch sexualisierte Gewalt traumatisiert. Wenn wir annehmen daß etwa ein Drittel davon posttraumatische Störungen entwickelt haben, so sind „diese Zahlen immens, und es gibt keinerlei Veranlassung, sie durch Übertreibung zu verwässern: Jede Kinder- oder Jugendkrankheit oder jede andere Noxe mit dieser Prävalenz stände im Mittelpunkt aller gesellschaftspolitischen Bemühungen. Nur durch die jahrtausendelange geschichtliche Gewöhnung an Gewalt im Alltag (de Mause

1974/1980) ist es erklärbar, daß wir die Relevanz von Gewalterfahrungen verleugnen, bagatellisieren oder Gewalt sogar glorifizieren.

Es sind in den letzten 10 bis 15 Jahren eine Fülle von empirischen Arbeiten erschienen, die Korrelationen zwischen schwerer Vernachlässigung, physischer Gewalterfahrung und sexualisierter Gewalterfahrung in Kindheit und Jugend einerseits, gravierenden Krankheitsbildern wie Eßstörungen, Abususverhalten und Suchterkrankungen andererseits feststellen (Literatur bei Egle et al. 1997). Auf die eindrucksvollen Korrelationen beim Krankheitsbild der sogenannten Borderline-Persönlichkeitsstörungen hat zuletzt van der Kolk hingewiesen (Herman et al. 1989; van der Kolk et al. 1991; van der Kolk 1999). Zahlreiche, in der Methodik und dem Design sehr unterschiedliche Studien an klinischen Populationen ergeben, daß zwischen 60 und 90% der Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen, die stationär behandlungsbedürftig sind, in Kindheit und Jugend gravierend traumatisiert wurden (Sachsse et al. 1997).“ (Reddemann und Sachsse a.a.O.)

Wenn wir uns darüber hinaus klar machen, daß andere Traumatisierungen wie Unfälle, sogenannte medizinisch notwendige Gewalt durch medizinisch notwendige Eingriffe bei Kindern und traumatische Verluste sowie Vernachlässigung ebenfalls schwerwiegende Folgen haben können, darf es nicht verwundern, daß ein hoher Prozentsatz der Patientinnen und Patienten, mit denen wir zu tun haben, Zeichen einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung zeigen.

Nach einer Erhebung der APA (1994) können sich folgende „Störungen durch extremen Streß, die nicht anderweitig spezifiziert sind“, also die folgenden Zeichen nach Trauma finden: (Auf die bekannten Zeichen der posttraumatischen Belastungsstörung im engsten Sinn, nämlich nach Akuttraumatisierungen, gehe ich hier nicht näher ein).

- Störungen der Regulierung des affektiven Erregungsniveaus
  - o chronische Affektdysregulation
  - o Schwierigkeit, Ärger zu modulieren
  - o selbstdestruktives und suizidales Verhalten
  - o Schwierigkeiten im Bereich des sexuellen Erlebens, vor allem der Hingabefähigkeit
  - o impulsive und risikoreiche Verhaltensweisen
- Störungen der Aufmerksamkeit und des Bewußtseins
  - o Amnesie
  - o Dissoziation
- Somatisierung
- Chronische Persönlichkeitsveränderungen
  - o Änderungen in der Selbstwahrnehmung: chronische Schuldgefühle, Selbstvorwürfe, Gefühle, nichts bewirken zu können; Gefühle, fortgesetzt geschädigt zu werden
  - o Änderungen in der Wahrnehmung des Schädigers: Verzerrte Sichtweisen und Idealisierungen des Schädigers
  - o Veränderung der Beziehung zu anderen Menschen:
    - t · Unfähigkeit zu vertrauen und Beziehungen mit anderen aufrechtzuerhalten
    - t · die Tendenz, erneut Opfer zu werden

t ... die Tendenz, andere zum Opfer zu machen

- Veränderungen in Bedeutungssystemen
  - o Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit
  - o Verlust der bisherigen Lebensüberzeugungen

Die vielen Gemeinsamkeiten mit der Borderline-Störung sind evident.

Das wesentliche Problem bei Menschen, die traumatischen Streß nicht verarbeitet haben ist zu beschreiben als eine Unfähigkeit, den hohen Streßpegel oder die Übererregung angemessen zu regulieren sowie die Unfähigkeit zur Selbstberuhigung. Die vielfältigen Symptome, die man bei dieser Klientel beobachten kann, kann man mit van der Kolk (1998) verstehen als „mißlingende Versuche der Patienten ... sich ihrer Steuerungsfähigkeit und Sicherheit zu vergewissern“.

Menschen mit posttraumatischen Störungen leiden in Bezug auf die Verarbeitungsfähigkeit ihrer Traumatisierungen an einer spezifischen Ich-Schwäche, die man auch als Gehirnpsychosomatose verstehen kann, da durch Traumata nachweislich Veränderungen im Gehirn entstehen können. So ist dann die Reizschwelle für Triggerreize herabgesetzt und die physiologische Erregung bei Streß wird zur Übererregung (ausführlich dazu van der Kolk et al 1996). Im Gegensatz zu anderen verwechseln traumatisierte Menschen aktuelle „normale“ Alltagsunannehmlichkeiten mit (Lebens-)gefahr. Alles kann zum Trigger werden, auch landläufig harmlose Dinge, bestimmte Regionen des limbischen Systems schlagen Alarm, längst ehe im Frontalhirn überprüft werden konnte, ob es sich um eine reale Gefahr handelt. Klinisch finden wir ein Klientel, das sich seinen inneren und äußeren Zuständen hilflos ausgeliefert fühlt. Die einst erfahrene Ohnmacht und Hilflosigkeit wird wieder und wieder im eigenen Inneren inszeniert und erlitten, außerdem auch projiziert und externalisiert, was zu den bekannten Formen massiven Agierens führt. Wie man auf den entsprechenden stationären Einrichtungen immer wieder beobachten kann, fühlen die Patientinnen und Patienten sich ihren intrusiven Erinnerungen, flash-backs und Alpträumen, ihren unerklärlich scheinenden heftigen Emotionen, insbesondere Ängsten, hilflos ausgeliefert.

Die Feindseligkeit dieser Patienten verstehen wir als Abwehr ihrer Angst.

Aus diesen Tatsachen haben wir in Bielefeld zunächst die folgenden Konsequenzen abgeleitet:

1. Patientinnen sollten dabei unterstützt werden, ein Gefühl von innerer Sicherheit zu entwickeln, indem sie erfahren, daß sie Kontrolle über innere und äußere Prozesse haben und behalten können.
2. Patientinnen sollten die Fähigkeit zur Selbstberuhigung erlernen.
3. Das Behandlungsmilieu sollte so gestaltet sein, daß der ohnehin vorhandene erhöhte Streßpegel nicht zusätzlich durch therapeutische Intervention erhöht wird.
4. Während der ersten Phase der Stabilisierung sollte so gearbeitet werden, daß Traumata möglichst nicht reaktiviert werden.

Ich komme zum Bielefelder Behandlungsansatz:

Wir verstehen unsere Hauptaufgabe darin, die Patientin zunächst darin zu unterstützen, Meisterin im Umgang mit ihren inneren Zuständen zu werden. Dazu greifen wir neben dem Mittel der kognitiven Umstrukturierung auf Selbstberuhigung und inneren Trost mittels Imagination zurück, z.B. durch die Übung eines „inneren sicheren Ortes“, „innerer hilfreicher Wesen“, eines „inneren Wunschgartens“ usw. Da innere schlechte Bilder hoch wirksam sind, das erlebt die Patientin ständig, können auch Gegenbilder mit heilsamen Inhalten ihre Wirkung tun und ein Gegengewicht zu den schlechten Bildern schaffen. Wir benutzen bewußt die Tendenz persönlichkeitsgestörter Patientinnen zur Spaltung als Coping-Strategie, indem wir einladen, den schlechten inneren Bildern gute entgegenzusetzen und sich darin zu üben, zwischen beiden hin und her zu pendeln. Im weiteren verstehen wir unsere Aufgabe auch darin, die Patientin anzuleiten, sich daran zu erinnern, sich selbst zu beruhigen. Wir arbeiten mit der Vorstellung, daß zwei Erwachsene die erwachsene Patientin und die Therapeutin sich um ein verlassenes, gequältes Kind (oder ein „jüngeres Ich“) kümmern (Fürstenauf 1992). Die Hauptaufgabe der Therapeutin und des therapeutischen Teams besteht daher darin, die erwachsene Patientin zu ermutigen, zu unterstützen, sich um ihr inneres Kind bzw. ihr jüngeres verletztes Ich zu kümmern. Wir halten es für wenig sinnvoll, Hilfs-Ich-Funktionen in immer stärkerem Maße zu übernehmen. Wir streben vom ersten Tag der Behandlung an, die Selbsthilfemöglichkeiten in der Patientin anzuregen, also nur in diesem Punkt Hilfs-Ich zu sein. Es ist uns daher bereits bei der Anamneseerhebung wichtig, die Patientin nach ihren Stärken und Fähigkeiten genauestens zu befragen und diese entsprechend zu würdigen. Problematisches Verhalten wird immer als Lösungsversuch verstanden und in diesem Sinn gedeutet, z.B. „damals war es das beste für Sie, den Mund zu halten, da Sie sich nicht sicher sind, ob wir vertrauenswürdig sind, sind Sie hier auch erst einmal still und halten sich mit Ihrer Meinung zurück. Ich bitte jetzt aber Sie, die erwachsene Person, zu prüfen, ob das für unsere Zusammenarbeit nützlich ist. Vielleicht ist es so, daß die Erwachsene erst einmal das Kind beruhigen müßte, daß es hier in Sicherheit ist. Ist es Ihnen möglich, daß wir zusammen nach einem Weg schauen, daß Sie so offen wie Sie es jetzt als Erwachsene für vertretbar halten, sind und auch den Sicherheitsbedürfnissen ihres inneren Kindes Rechnung tragen.“ Dieses Interventionsbeispiel macht deutlich, daß wir natürlich einen ätiologischen Zusammenhang des Jetzt mit dem Damals postulieren und benennen als tiefenpsychologische Perspektive, gleichzeitig aber auf dem „Jetzt ist es anders“ bestehen - wir machen dies so deutlich, weil dies traumatisierten Menschen oft kaum zugänglich ist - und unterstellen, daß es ein erwachsenes Ich neben einem traumatisierten Ich gibt. Diese beiden bestehen zu Beginn der Behandlung praktisch unverbunden nebeneinander. Aufgabe der Therapie ist es, eine Kooperation zwischen diesen beiden Ich-Zuständen anzuregen und zu ermöglichen. Es handelt sich also in gewisser Weise um eine Reparatur des Ich.

Wir fördern keine Regression in der Beziehung. Wo sie auftaucht wird sie benannt und es wird gemeinsam nach Wegen gesucht, sie einzugrenzen. Die imaginative Arbeit mit dem Konzept „inneres Kind“ scheint dazu ein geeigneter Weg. Sich als Erwachsene an das Kind zu erinnern, das man war und dieses jüngere Ich getrennt vom heutigen zu imaginieren, führt zu einer Distanzierung einerseits, andererseits auch zu einer Intensivierung des Erlebens in Bezug auf das Kind. Wir fördern, so könnte man sagen, die Regression innerseelisch.

Wir fördern auch keine Regression in den Beziehungen in der Klinik, da wir meinen, daß dies streßerhöhend ist. Sich in Beziehungen auseinanderzusetzen, aggressive Spannungen auszuhalten, kann für traumatisierte Patienten zum Trigger werden. Sie fühlen sich hilflos und ohnmächtig und geraten wieder in traumatische

Zustände, was meist nur durch nach außen oder gegen das eigene Selbst gerichtetes Agieren ertragen werden kann.

Die oben erwähnte Intervention könnte dazu führen, daß die Patientin sich bewußt wird, daß ihr Mißtrauen und ihr Schweigen einer früheren Bezugsperson galten, daß sie uns damit verwechselt, so daß sie jetzt etwas Neues wagen kann.

Wir verweisen Wünsche nach idealen, nie verletzenden Bezugspersonen ebenfalls nach innen, deklarieren den Wunsch danach als berechtigt, aber als nicht erfüllbar durch real existierende Menschen. Wir vermitteln durch die Imaginationenübungen nur gute innere, hilfreiche Wesen, einen inneren Bereich des ganz und gar Guten, das jederzeit verfügbar ist.

Das „Schlechte“ der traumatischen Erfahrung erhält, wenn die Patientin ausreichend stabil ist, was durch die eben beschriebenen unterschiedlichen Interventionsstrategien angestrebt wird, einen Raum in der Arbeit an der traumatischen Erfahrung.

Alle Kliniker kennen das Phänomen, daß Patientinnen ihre Traumageschichten wieder und wieder erzählen, ohne sie wirklich zu verarbeiten. Dies hat damit zu tun, daß die Dissoziation von Kognition, Gefühl und Körpererleben aufgehoben werden muß, wenn eine Integration der traumatischen Erfahrung möglich werden soll. Wirksame Traumaarbeit hebt diese Dissoziation auf. Eine Arbeit am Trauma sollte so wenig retraumatisierend wie möglich sein. Meines Erachtens sollten alle Therapieschulen ihre Interventionstechniken daraufhin überprüfen. Wir lassen uns von dem Grundsatz „the slower the faster“ (Kluft) leiten. Es hat sich bewährt, eine Coping-Strategie von traumatisierten Patientinnen und Patienten, nämlich die Dissoziation, gezielt und gesteuert einzusetzen, also als therapeutische Technik. So wird der Patientin z.B. vorgeschlagen sich vorzustellen, daß sie das Ereignis auf einem imaginären Bildschirm, für den sie eine Fernbedienung besitzt, ablaufen läßt. Eine weitere Möglichkeit ist, daß ein „innerer Beobachter“ über das Geschehene berichtet und „die Person, die ich sagt“ oder die erlebende Person, sich aus dem Körper zurückzieht. Dies sind Beispiele für gezielt eingesetzte Derealisation bzw. Depersonalisation, die zu einer Assoziation der bisher dissoziiert gehaltenen Bereiche führen können. Auch hier ist der Gedanke von höchstmöglicher Kontrolle ein zentrales Anliegen.

Alle Therapieangebote der Klinik, seien es Einzeltherapie, Gruppentherapie, Gestaltungs-, Musik- und Körpertherapie, sind so konzipiert, daß die Patientin angeleitet wird, zu ihren Ressourcen zu finden. So würde eine Patientin, die eine traumatische Szene gestaltet, z.B. gebeten, diese Szene auf dem Bild neu zu gestalten, zu verändern und z.B. ihre „inneren Helfer“ in die Szene hineinzubringen oder ähnliches. Wir erklären, daß es heute um „die Bilder im Kopf“ geht, die verändert werden können und daß es heute diese Bilder sind, die die Patientin quälen, nicht das Trauma selbst.

Das Angebot an Körperarbeit ist ein strukturiertes und keines, das das Hochkommen unbewußten belastenden Materials fördert. Qi Gong oder Feldenkrais-Arbeit haben sich bewährt sowie einige Übungen aus der konzentrativen Bewegungstherapie, bei denen es sich um Abgrenzen und den eigenen Raum nehmen handelt.

Als ein sehr nützliches Instrument unserer Arbeit hat sich die Aromatherapie, die vom Pflegedienst angeboten wird, erwiesen. Ätherische Öle haben eine beruhigende Wirkung. Die Schwester sucht mit der Patientin gemeinsam die Essenzen aus, die die Patientin ansprechen. Dann erhält die Patientin eine Massage, die so viel

vom Körper mit einbezieht, wie die Patientin als angenehm empfindet. Die Erfahrung liebe- und respektvoller Berührung ist für viele unserer Patientinnen neu. Darüber hinaus lernt die Patientin auch, sich selbst mit diesen Ölen zu massieren, denn auch hier gilt das Prinzip, möglichst bald zu lernen, sich selbst liebevoller zu begegnen. Für den Pflegedienst ist es darüber hinaus befriedigend, sich mit dieser schwierigen Klientel auf eine Ressourcen orientierte Weise zu verständigen und sich zu begegnen an Stelle von meist fruchtlosen Gesprächen über belastende Lebensereignisse. So würde z.B. eine Schwester, zu der eine Patientin kommt und erzählt, es gehe ihr schlecht, sie habe Kopfschmerzen, dieser Patientin eine Nackenmassage, ein Fußbad oder ähnliches anbieten. Die Patientin würde vielleicht auch gefragt, ob sie die Übung des „inneren sicheren Ortes“ schon gemacht hat und würde ggf. dabei unterstützt, diese Übung jetzt zu machen. Es würden mit ihr Möglichkeiten überlegt, wie sie jetzt unterstützend und wohltuend mit sich umgehen kann. Jedoch würde die Schwester mit der Patientin nicht über Belastendes, insbesondere belastende Erinnerungen, vertiefend sprechen. Denn unser oberstes Ziel ist, der Patientin zunächst einmal eine Erfahrung zu vermitteln, daß sie Kontrolle hat über ihre inneren Zustände. Die Schwester würde auch keine Frage nach dem Motto: „was macht Ihnen Kopfschmerzen?“ stellen.

Die Beschäftigung mit traumatischem Material findet ausschließlich in der Einzelarbeit statt, da das Erzählen traumatischer Szenen sowohl die Patientin wie die Zuhörerinnen triggern kann und unvorhersehbare Reaktionen retraumatisierender Qualität haben oder auch Schuldgefühle auslösen kann. Wir empfehlen daher auch nachdrücklich, nicht miteinander in der freien Zeit über traumatisches Material zu sprechen „nicht das Nähkästchen zu öffnen“, nennen dies unsere Patientinnen und Patienten. Diese Art des Umganges mit traumatischem Material ergibt sich aus den äußeren Bedingungen des Klinikalltags. Die Verweildauern sind zu kurz, als daß sich stabile Gruppen bilden könnten, in denen man Arbeit am traumatischen Material wagen könnte.

Nun möchte ich einiges zu den Gruppen-Settings sagen:

Für viele Patientinnen beginnt der Einstieg in die Gruppenarbeit in der sogenannten Informationsgruppe. Dabei handelt es sich um eine psychoedukative Gruppe, in der informiert wird über Trauma, Traumafolgen und Trauma-Coping. Dieses Angebot wird von den Patientinnen als sehr hilfreich wahrgenommen, weil das Wissen über und das Verständnis für das eigene bizarre Verhalten beruhigend wirkt und mehr Kontrolle ermöglicht.

Während des gesamten Aufenthaltes in der Klinik besteht die Möglichkeit zur Teilnahme an einer Großgruppe mit bis zu 30 Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die wir Streßbewältigungstraining nennen. In dieser Gruppe werden Achtsamkeitsübungen sowie Imaginationübungen angeleitet und geübt. Es besteht das Angebot, nach dem Üben der Leiterin Fragen zu stellen oder auch etwas zu berichten, jedoch ist dies den Teilnehmern völlig frei gestellt. Es handelt sich also um eine reine Übungsgruppe. Zu Beginn jeder Sitzung wird das Vorgehen genau erklärt, auch die heute durchgeführte Übung, so daß die Patientin entscheiden kann, ob sie diese mitmachen will. Außerdem erfolgt wegen der vielen dissoziierenden Patientinnen jedesmal eine Erklärung, wie man, falls man doch in unangenehme Bilder gerät, „aussteigen“ kann.

Andere therapeutische Großgruppen finden selten statt, sie werden meist ad hoc in Krisen zusammengerufen, z.B. dann, wenn sehr viele unserer 25 vollstationär behandelten Patientinnen und Patienten sich selbst verletzen. Wir gehen dann etwa nach folgendem Schema vor: Die Leiterin bittet alle Anwesenden, auf einen Zettel zu

schreiben, welche Selbsthilfemöglichkeit die jeweilige Person bereits kennt im Umgang mit selbstverletzendem Verhalten. Die Mitteilungen von allen Anwesenden werden dann von der Leiterin vorgelesen verbunden mit der Einladung, alles, was noch nicht bekannt sei, zu notieren, so daß am Ende des Vorlesens jede Person im Raum eine Fülle an Möglichkeiten hat, wie man sich bei SVV selbst helfen kann. Anschließend erfolgt eine längere oder kürzere klarifizierende Diskussion.

Derartige Interventionsgruppen im Großgruppensetting haben sich in Krisensituationen bisher bewährt. Auf Deutungen jedweder Art verzichten wir in diesem Setting bewußt.

Bei den anderen Kleingruppenangeboten handelt es sich um tiefenpsychologisch fundierte, Ressourcenorientierte integrative Angebote. Die Leiterin versteht das Material der einzelnen Gruppenmitglieder in Bezug auf sich selbst und auf die Gruppe tiefenpsychologisch, interveniert dann Ressourcen orientiert, entwicklungsfördernd, zukunftsorientiert. Man kann sich vorstellen, daß in der Gruppe nicht eine sondern jeweils zwei Personen sitzen, nämlich die erwachsene Person und das Kind in ihr und daß es auch in der Gruppe darum geht, zu lernen wie die erwachsene Person mit diesem Kind oder ihren verletzten Teilen fürsorglicher umgeht. Die Interventionsstrategien sind integrativ, weil sie sowohl auf kognitiv-behaviorale Interventionen zurückgreifen wie auf imaginative Arbeit, psychoedukativer Elemente und gelegentlich, wenn eine Gruppe stabil ist, auch auf Interventionen in Bezug auf die Gruppendynamik und Übertragungs-Gegenübertragungs-Deutung.

Die Herausforderung an die Gruppenleiterin und -leiter besteht darin, kreativ Möglichkeiten zu finden, in den Gruppen ein Klima zu schaffen, in dem es um das Finden von Lösungen und neue Orientierung für die Zukunft geht und möglichst wenig Streß, sondern Hoffnung und Freude entstehen.

Die banale Erfahrung, daß Wissen Macht ist, haben wir insofern umgesetzt, als wir mit den Patientinnen gemeinsam aushandeln, was wir tun und wie wir es tun. Dies verstärkt die Erfahrung von Sicherheit und innerer und äußerer Kontrolle und wirkt sich entlastend aus. Es mag Gruppensituationen geben, in denen viele dissozzierende Patientinnen und Patienten sind, wo es schlicht darum geht, zeitliche, räumliche und situative Orientierung wieder herzustellen durch sogenannte Grounding-Techniken. Es mag Situationen geben, wo eine Gruppe in der Lage ist, gemeinsam über ein Märchen zu sprechen und dies durchaus auch assoziativ zu tun und die eine oder andere tiefenpsychologische Deutung anzunehmen, z.B. über das Märchen vom häßlichen Entlein zu arbeiten im Zusammenhang mit dem Thema Autonomie. In jedem Fall ist die Gruppenleiterin aufgefordert eine Hypothese hinsichtlich des Entwicklungsniveaus Einzelner und der Gruppe für sich zu formulieren und dem folgend Ressourcen orientiert zu intervenieren. Wir halten es bei unserer Klientel für wesentlich, die interpersonelle Ebene so zu nutzen, daß positive Beziehungserfahrungen stärker betont und akzentuiert werden als die negativen.

Häufiger greifen wir auf das Mittel der Arbeit mit dem inneren Kind in der Gruppe zurück. Auch wenn wir nicht zu traumatischem Material arbeiten, so doch zu der einen oder anderen schmerzlichen Szene in der Kindheit, wenn sie als Störmoment in der Arbeit auftaucht. So kann die Einzelarbeit vor /in der Gruppe dann eine Bestätigung der Wahrheit des Leidens und des Erlittenen sein, was man sich selbst nicht leicht zugesteht. Der Respekt und die Bewegung der anderen als Zustimmung heben das Alleinsein für die Zeit der Gruppe auf. Es wird die Erfahrung gemacht, daß man doch zumutbar ist und daß es andere gibt, die über die Fähigkeit zur

Anteilnahme verfügen. Wenn eine Gruppe so stabil ist, daß diese Erfahrungen möglich sind, sind diese sehr unterstützend. Derartige Erfahrungen müssen aber bei unserer Klientel sorgfältig vorbereitet werden.

Hier ein klinisches Beispiel: Es handelt sich um eine tiefenpsychologisch fundiert arbeitende Gruppe, die sich zweimal wöchentlich für 1 1/2 Stunden trifft. Diese Gruppe wird von mir geleitet. Nach dem slow open Prinzip kommen regelmäßig neue TeilnehmerInnen, wenn jemand die Gruppe verlassen hat, d.h. ein Platz frei ist. Durchschnittlich nehmen neun TeilnehmerInnen an der Gruppe teil. Die geschilderte Szene bezieht sich auf eine relativ stabile Gruppensituation, d.h. seit ca. vier Wochen hat kein Wechsel stattgefunden. Eine Patientin, ich will sie hier Anna nennen, beklagt sich bitter über eine andere, die ich Doris nenne. Doris nehme ihrer Meinung nach ständig sehr viel Raum ein und das mache sie, Anna, sehr wütend. Anna ist erkennbar sehr erregt, während Doris wie ein Häufchen Elend schuldbewußt da sitzt. Ich sage, daß einem das ganz schön zusetzen könne, das Gefühl zu haben, man bekäme nicht genug und andere bekämen vielleicht mehr, auch könne es sehr belastend sein, sich als die Person zu fühlen, die zu viel in Anspruch nehme. Diese unangenehmen Gefühle würden die meisten Menschen von Kindheit an gut kennen, insbesondere, wenn sie Geschwister gehabt hätten. Einige Gruppenmitglieder machen zustimmende Bemerkungen. Ich frage dann Anna, ob sie mit meinem Hinweis etwas anfangen könne. Ja, sicher, sie habe sich immer neben ihrer Schwester benachteiligt gefühlt. Ich frage, ob sie dazu arbeiten wolle. Sie stimmt zu. „Wie alt könnten Sie jetzt sein, wenn Sie so wütend auf Doris werden?“, „6 Jahre“, „fällt Ihnen da was ein, was da der kleinen Anna wiederfahren ist? Könnten Sie mir etwas von ihrer Geschichte erzählen?“ - Man beachte, daß ich nicht von „was Sie erlebt haben“, sondern, „was die kleine Anna erlebt hat“ spreche, um sofort eine Distanzierung anzuregen. Die Patientin schildert jetzt eine Szene, die sie als sehr kränkend erlebt hat. Es kommen ihr zwar die Tränen, aber sie spricht die ganze Zeit von der kleinen Anna. Nun frage ich sie, ob sie, die Erwachsene, einmal in die Szene hineingehen könne und die Kleine da herausholen. Ja, das könne sie. Nun schlage ich ihr vor, mit dem kleinen Mädchen zu sprechen, ihm beizustehen, ihm ihr Verständnis zu signalisieren und sie zu fragen, was sie von ihr, der Großen, gerne jetzt hätte. Die 6-jährige möchte erst ein wenig gehalten werden und dann möchte sie Ball spielen. Die Patientin wird eingeladen, sich das jetzt vorzustellen und sich, wenn sie möchte, vorzunehmen, nach der Sitzung das Ballspielen in die Tat umzusetzen. Dann frage ich Anna, wie es ihr nun in Bezug auf Doris gehe. „Ich glaube, ich hab Dich da verwechselt in meiner Wut, aber es wäre mir schon recht, wenn wir alle zusammen mal darüber sprechen könnten, wie wir hier zusammen arbeiten und wie wir das machen, daß alle ungefähr gleich viel Platz bekommen, ist das o.k für Dich, Doris;“ Doris stimmt zu und sagt, sie fühlt sich nicht mehr so schuldig wie am Anfang der Sitzung, sie kann verstehen, daß Anna so wütend auf sie war. Beim nächsten Mal würde sie gerne zu Schuldgefühlen arbeiten, ob die anderen einverstanden wären. Es folgt allgemeine Zustimmung, da alle mit diesem Thema zu tun haben. - Zu Beginn der nächsten Sitzung, während des Blitzlichts, äußern dann mehrere Gruppenmitglieder den Wunsch zum Thema Schuldgefühle zu arbeiten. Doris möchte aber nicht an einem persönlichen Beispiel arbeiten. So schlage ich vor, daß alle einmal für sich still etwa 10 Minuten lang schauen, welche Wege sie bereits kennen, aus Schuldgefühlen herauszukommen. Ich entscheide mich für diese Form der Intervention, da ich weiß, mit wieviel heftigen Schuldgefühlen die meisten aus der Gruppe zu tun haben. Erst wenn eine Lösung in Sicht ist, will ich daher anregen, vorsichtig auch auf die belastende Seite der Thematik einzugehen, was anschließend geschieht. Die Sitzung wird beendet mit einer Imagination für alle, die teilnehmen möchten - auch dies ist uns wichtig, daß die PatientInnen jeweils selbst entscheiden, inwieweit sie in einem gegebenen Moment sich einlassen möchten - wo es wieder um eine Kindheitsszene geht, in der man sich

schuldig fühlte und das Kind dann da herausholt und tröstet. Die imaginativen Erfahrungen werden nicht veröffentlicht, wenn die Patienten es nicht möchten. In der nächsten Sitzung kam dann das Thema des Umgangs in der Gruppe, des sich Raum gebens und Raum nehmens zur Sprache. Das Klima war jetzt relativ entspannt und es konnten einige konstruktive Lösungen gefunden werden. U.a. fand die Gruppe heraus, daß die Bedürfnisse einzelner sehr verschieden sein können und daß man auch profitiert, wenn man zuhört. An diesem Punkt angekommen, schien die Gruppe nun so weit zu sein, eine Übertragungsdeutung, die auf Ärger und Schuldgefühle in Bezug auf die Gruppenleiterin und deren Unvermögen, allen „genug“ zu geben, zentrierte. Es folgten dann einige Klagen über das Konzept, das von einem fordere, „immer alles alleine“ zu machen und über die letzte Abwesenheit der Gruppenleiterin. Anschließend tauchten Fantasien über „etwas alleine unternehmen“ , die die Gruppe nach und nach sehr lustvoll ausgestaltete, auf.

Erlebnisorientierte Gruppen wie Gestaltungs-, Musik- und konzentrierte Bewegungstherapiegruppen werden von den meisten Patientinnen eher ängstigend erlebt, wenn sie größer sind, weshalb wir die Gruppengrößen verkleinert haben auf in der Regel vier Teilnehmerinnen. Auch hier wird jeweils, wie erwähnt, Ressourcen orientiert gearbeitet.

Unstrukturierte Gruppenangebote machen, wie alle hier wissen, Angst. Sie erscheinen uns daher für Patientinnen, die über wenig Ich-Stärke im Umgang mit traumatischer Angst verfügen, in den frühen Behandlungsstadien, also in der Phase der Stabilisierung und Traumabearbeitung, nicht geeignet. Erst nachdem die traumatischen Erfahrungen integriert sind, d.h. wenn sie den Charakter von üblichen Erinnerungen haben und nicht mehr zu intrusiven oder restriktiven Reaktionen führen, profitieren diese Patientinnen und Patienten von konfliktzentrierten oder beziehungsorientierten Angeboten, ohne immer wieder einzubrechen.

Schließlich gibt es eine strukturierte Großgruppe, die von den Patientinnen und Patienten selbst geleitet wird. Wenn wir dort etwas besprechen oder mitteilen wollen, müssen wir uns anmelden.

Wir nutzen die therapeutischen Beziehungen in der Klinik auf der Ebene der Entwicklung einer milden, positiven Übertragung. Unser erstes Ziel ist die Förderung des Arbeitsbündnisses. Negative Übertragungsangebote werden nicht gefördert und werden nicht innerhalb der therapeutischen Beziehung aufgelöst. Wir tun dies deshalb nicht, weil wir uns an der Idee eines Normal-Ich orientieren (Freud 1937). Dieses Normal-Ich steht bei der Reaktivierung traumatischen Materials definitionsgemäß nicht zur Verfügung. Wir beachten genauestens unsere Gegenübertragung und nutzen sie für progressionsfördernde Intervention. Wir intervenieren eher alltagsweltlich, Konflikte werden nicht gefördert. Wenn z.B. eine Patientin die Therapeutin wechseln will, weil sie sich nicht sicher genug fühlt, wird ihr dies in der Regel zugestanden, denn wir möchten in erster Linie ihre Selbstbestimmung fördern, mehr als die Erkenntnis über mögliche unbewusste Konflikte. Die Erkenntnis unbewusster Konflikte folgt zu einem späteren Zeitpunkt.

Wenn es gelingt, mit einer Patientin in einem solchen Rahmen ihre Traumatisierungen zu bearbeiten, ist anschließend fast immer konfliktzentrierte oder beziehungsorientierte Arbeit angebracht und ohne die traumabedingten Verzerrungen möglich, somit für beide, Patientin und Therapeutin weniger belastend. Ressourcen orientierte Traumatherapie macht also konfliktzentrierte oder beziehungsorientierte Arbeit nicht überflüssig, sondern bereitet den Boden dafür (Reddemann und Sachsse 1999).

Ich fasse noch einmal die wesentlichen Elemente unseres Behandlungsangebotes zusammen:

- Leitend ist die Vorstellung, daß Menschen, die unter Traumafolgen leiden, ein Streßmanagement sowie Selbstmanagement und Selbstberuhigung in einem ersten Behandschritt erlernen sollten.
- Dazu wird ein sehr wenig konfrontierendes sondern ein auf Erlernen von Kontrolle und innere Stabilisierung ausgerichtetes Vorgehen vorgeschlagen, das die Abwehr erst einmal stärkt, statt sie zu lockern. Typische Abwehrmechanismen wie Spaltung und Dissoziation werden als Ressourcen genutzt.
- Insgesamt hat die Ressourcenorientierung Vorrang vor der Aufdeckung von belastendem Material.
- Erst wenn eine genügende interpersonelle und intrapersonelle Sicherheit erreicht ist, wird Traumaexposition durchgeführt. Auch diese folgt dem Grundsatz „safety first“.
- Ein letzter Behandlungsschritt ist die Integration und das Betrauern. Dieser Behandlungsschritt, in dem konflikt-und/oder beziehungscentriert gearbeitet werden kann, gehört in ein ambulantes Setting.

## Literatur:

- APA(1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Washington DC, American Psychiatric Association
- de Mause L (ed.) (1974). The History of Childhood. New York: Psychohistory Press. Dt: de Mause L (1980). Hört ihr die Kinder weinen. Frankfurt: Suhrkamp, Taschenbuch.
- Egle UT, Hoffman SO, Joraschky P (1997). Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung. Stuttgart, New York. Schattauer.
- Fürstenau P (1992). Entwicklungsförderung durch Therapie. Grundlagen psychoanalytisch-systemischer Psychotherapie. München: Pfeiffer.
- Freud S (1937). Ges.W.Band XVI.S 80
- Herman JL, Perry JC, van der Kolk BA (1989). Traumatic antecedents of borderline personality disorder. In: van der Kolk BA (ed.). Psychological Trauma. Washington DC. American Psychiatric Press, 111 - 26.
- Krystal H, Niederland WG (1971) Psychic Traumatization, Boston Little/Brown
- Reddemann L, Sachsse U (1996). Imaginative Psychotherapieverfahren zur Behandlung in der Kindheit traumatisierter Patientinnen und Patienten. Psychotherapeut 41, 169 - 174.
- Reddemann L, Sachsse U (1997). Traumazentrierte Psychotherapie Teil I. PTT 3/97, 113 - 147. Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Reddemann L, Sachsse U (1998). Traumazentrierte Psychotherapie Teil II. PTT 2/98, 72 - 108. Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Reddemann L, Sachsse U (1999). Trauma first. PTT 1/99, 16 - 20. Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Sachsse U (1997). Selbstverletzendes Verhalten. Psychodynamik - Psychotherapie. Das Trauma, die Dissoziation und ihre Behandlung. 4. Aufl. Göttingen, Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht.
- van der Kolk BA (1998). Zur Psychologie und Psychobiologie von Kindheitstraumata (Developmental Trauma). In: Adoleszenz und Trauma. Streeck-Fischer A (Hrsg.). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht; 32 - 56.
- van der Kolk BA (1999). Das Trauma in der Borderline-Persönlichkeit. In: PTT 1/99. Stuttgart: Schattauer Verlag.
- van der Kolk BA, Perry JC, Herman JL (1991). Childhood origins of selfdestructive behavior. Am J Psychiatry 148: 1665 - 71.
- van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisath L (Hrsg) (1996). Traumatic Stress. New York: Guilford.
- Wetzels P (1997). Zur Epidemiologie physischer und sexueller Gewalterfahrungen in der Kindheit. KFN Forschungsberichte Nr. 59. Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen-