

Traumatherapeutische Arbeit in der Dynamischen Psychiatrie*

Ilse Burbiel, Daniel Hermelink** (München)

Following a short outline of the psychoanalytic contributions as a traumatological science from its beginning, the treatment approach of the hospital Mengerschwaige is presented, an approach where mainly patients with attachment and relation disorders suffering from severe and chronic traumata, often including physical and/or sexual violence, are treated. These traumatically caused identity disorders are understood to be relation diseases which in turn can only be changed in a positive way through compensatory, constructive contact experiences within a therapeutic setting to obtain a further identity development. Discussed as important trauma therapeutic elements are the specific possibilities of group therapy, the building of reliable therapeutic relations to the treatment team, a well defined framework with the demarcation of destruction.

Keywords: psychotherapy, trauma therapy, identity therapy, group therapy

Einleitung

Die Psychoanalyse ist seit Beginn ihrer Entwicklung durch Sigmund Freud vor mehr als hundert Jahren eine traumatologische Wissenschaft. Seit Freud (1999) bereits realfamiliäre Traumatisierungen in den intrapsychischen Fantasiebereich der Patienten legte, war die Chance vergeben, die Psychoanalyse von Beginn an zu einer Beziehungstheorie zu entwickeln, die die Beziehung vor, während und nach dem Missbrauch untersucht.

Erst Ferenczi (1982) hat als Vorreiter eines objektbeziehungstheoretischen Denkens die Grundlage für eine moderne psychoanalytische Traumatalogie gelegt. Trauma ist für Ferenczi immer in Beziehungen zu sehen, in der Beziehung zwischen dem Täter und dem Opfer, wobei sich das Opfer dem Täter unterwirft, der Täter in das Opfer eindringt und das Opfer die traumatische Erfahrung durch Internalisierung und Dissoziation zu bewältigen versucht. Das Opfer internalisiert bzw. introjiziert die

* Vortrag, gehalten am 7.5.2010 während eines Symposiums in der Klinik für Dynamische Psychiatrie. Veröffentlicht in der *Dynamischen Psychiatrie* 2011, Heft 1

** Dr. med. Dipl. Psych. Daniel Hermelink, Chefarzt der Klinik Mengerschwaige (München)

Gewalt, um ihr nicht von außen ausgeliefert zu sein und um das äußere Liebesobjekt, beim Inzest beispielsweise der Vater oder die Mutter, nicht zu verlieren. Das Opfer dissoziiert oder spaltet, um das Trauma aushaltbar zu machen (HIRSCH 1997).

In der Folgezeit kam es zu zahlreichen Weiterentwicklungen der psychoanalytischen Theorie, insbesondere für den Bereich der Persönlichkeitsstörungen. Zu nennen sind hier vor allem M. Klein (1972), Fairbairn (1957), Guntrip (1969), Winnicott (1974), Kohut (1973), Kernberg (1967), Ammon (1976, 1982, 1979) und andere, die den Weg bereitet haben, das psychoanalytische Therapieverfahren auch für die als schwer behandelbar angesehene Patientengruppe der Persönlichkeitsstörungen zu öffnen. In den letzten Jahren haben psychoanalytisch und psychodynamisch orientierte Autoren spezifische traumatherapeutische Ansätze entwickelt, wie z. B. die psychodynamisch imaginative Traumatherapie (REDDEMANN 2004), die Traumazentrierte Psychotherapie (SACHSSE 2004), die Multidimensionale Psychodynamische Traumatherapie (FISCHER 2000) sowie das psychodynamisch-integrative Konzept (WÖLLER 2006): Dieser Ansatz versucht alle bisher bekannten Ansätze und Methoden in einem Fünf-Phasen-Modell mit konfliktbezogenen und strukturbezogenen Strategien zu integrieren.

In fast allen traumatherapeutischen Konzepten wird die traumatherapeutische Arbeit, ausgehend von ersten Ansätzen von Janet (1889), in drei Phasen eingeteilt (vgl. HERMAN 1993, VAN DER HART et al. 1995, REDDEMANN 2001 und SACHSSE 2004). Diese sind:

- a. die sog. Stabilisierungsphase mit dem Ziel der Symptomreduktion, Selbstberuhigung, Emotionskontrolle als unbedingte Voraussetzung für
- b. die Traumaexposition oder Traumakonfrontationsphase: Es soll eine therapeutisch begleitete Begegnung mit dem Trauma und eine Durcharbeitung stattfinden mit dem Ziel der Aufhebung der Dissoziation.

Danach folgt:

- c. die Reintegration in die Persönlichkeit: Hier steht eine Trauerarbeit mit Neuorientierung und Sinnfindung im Vordergrund.

Das Drei-Phasen-Konzept wird in letzter Zeit zunehmend in Frage gestellt (vgl. NEUNER 2008) oder in dem Konzept der 'schonenden Traumatherapie' flexibler gehandhabt (SACK 2010). Die meisten traumatherapeutischen Ansätze arbeiten vorwiegend einzeltherapeutisch. Grup-

penarbeit findet, wenn überhaupt, nur im Rahmen von übenden oder psychoedukativen Gruppen statt.

Internalisierung der Gewalt, Introjektion und Dissoziation, Externalisierung und projektive Identifikation, Verleugnung und Isolierung werden noch heute in den psychoanalytischen Theorien als grundlegende Bewältigungsversuche von Traumatisierungen angesehen. Es kommt wesentlich zu Internalisierungsvorgängen von Täter-Opfer-Dynamiken, wenn die Traumatisierung Folge von lang andauernden komplexen Beziehungsverletzungen, meist in der Kindheit, ist, wie beispielsweise Verrat durch die wichtigsten Bezugspersonen, Mangel an emotionaler Verfügbarkeit und Präsenz, körperliches und/oder emotionales Alleingelassenwerden, Parentifizierung, narzisstische Ausbeutung des Kindes für die Bedürfnisbefriedigung anderer Gruppenmitglieder, Wahrnehmungs- und Lebensverbote, Externalisierung destruktiver Selbstanteile in das Kind, Schulddynamiken und Entwertungen, Verlust und Trennungen wichtiger Bezugspersonen u. a. Verwiesen wird auch auf die Bedeutung der transgenerationalen Weitergabe früherer, nicht bewältigter Traumatisierungen in den früheren Generationen. Es sind meist „multiple Belastungsfaktoren in der Kindheit, die eher zu einer Psychopathologie als einzelne traumatische Erfahrungen“ (PARIS 2000) führen, wobei von entscheidender Bedeutung ist, welche protektiven Faktoren vorhanden waren.

Im Verständnis der Dynamischen Psychiatrie werden chronische Bindungs- und Beziehungstraumatisierungen als komplexe, vorwiegend destruktiv-defizitäre gruppenspezifische Prozesse aufgefasst, die im Rahmen der frühkindlichen Identitätsentwicklung verinnerlicht werden und zu einem strukturellen Defizit im unbewussten Kern der Identität führen, verbunden mit einer Arretierung der für die Identitätsentwicklung notwendigen Abgrenzungs-, Differenzierungs-, Regulations- und Integrationsprozesse der Persönlichkeit (vgl. z. B. G. AMMON 1979, M. AMMON 2005, BURBIEL 2005). Internalisiert werden nicht nur Täter-Opfer-Dynamiken, sondern ganze Familiendynamiken, die dann in den therapeutischen Gruppen im Sinne des so oftmals beschriebenen Wiederholungszwanges so lange ausagiert werden, bis die verinnerlichteten gruppenspezifischen Probleme durch korrigierende zwischenmenschliche Erfahrungen verändert sind. Traumatisch bedingte Identitätsstörungen werden so als Beziehungskrankheiten verstanden, die durch wieder gutmachende, konstruktive Kontakt Erfahrungen im therapeutischen Feld positiv verändert werden können.

Der Behandlungsansatz in der dynamisch-psychiatrischen Klinik Menter-schwaige

Dementsprechend ist die dynamisch-psychiatrische Klinik Menter-schwaige in München als ein gruppensystemisch strukturierter und dynamisierter Entwicklungsraum konzipiert, in dem sich eine Vielzahl unbewusster und bewusster Gruppendynamiken prozesshaft gleichzeitig und nebeneinander entwickeln und zu einer Großgruppendynamik verbinden. Um emotional korrigierende Beziehungserfahrungen zu ermöglichen, muss dieser gesamttherapeutische Raum sowohl konstruktiv und differenziert strukturiert als auch als Gesamtsystem mit seinen vielfältigen Elementen integriert sein. Zu diesen Elementen gehören die verschiedenen therapeutischen Methoden, die in dieses Behandlungsfeld eingebettet sind, wie beispielsweise die Einzelpsychotherapie, die Gruppenpsychotherapie, ganz besonders die Milieupsychotherapie, sowie die verschiedenen gestalterischen Gruppentherapien wie zum Beispiel die Mal-, Tanz-, Theater- und Musiktherapie, die körperbezogenen Therapien wie beispielsweise die Reittherapie und spezifisch körpertherapeutischen Gruppen, die diagnosespezifischen Gruppen, die Großgruppe.

Diese therapeutischen Entwicklungsangebote erlauben den Patienten, ihre unbewussten traumatischen Beziehungsdynamiken in ein kontrolliertes und überschaubares gruppensystemisches Feld hinein zu agieren und zu reinszenieren und damit der therapeutischen Bearbeitung zugänglich zu machen. Dabei übernehmen die einzelnen Gruppenmitglieder sowie die Gruppentherapeuten unbewusst im Rahmen der sog. Widerspiegelungsphänomene unbewusste Rollenanteile früherer Familienmitglieder. Dadurch wird es möglich, im Hier und Jetzt der Gruppe an den vergangenen Beziehungstraumatisierungen zu arbeiten. Traumatherapeutische Arbeit in unserer Klinik findet also vorwiegend in Gruppen statt.

Wichtige Elemente dynamisch-psychiatrischer Traumatherapie im stationären Behandlungsfeld

Traumatherapie als nachholende Identitätstherapie vorwiegend in Gruppen

In unserer Klinik basiert die psychotherapeutische Behandlung auf der von Ammon entwickelten und vielerorts beschriebenen 'nachholenden Identitätstherapie', die durch korrigierende, konstruktiv-sozialenergeti-

sche Erfahrungen sowohl die unbewussten Identitätsdefizite als auch die gesunden Anteile, unter Einbeziehung des Unterbewussten als Ort der menschlichen Potenziale, dialektisch in den Heilungsprozess einbezieht (AMMON 1982). Durch die Identitätstherapie soll die defizitäre Struktur nicht nur stabilisiert, sondern ihre wichtigsten Funktionen, wie beispielsweise die Angst und Aggression, Abgrenzungsfähigkeit nach innen und außen, der Narzissmus, die Sexualität, Identität und Beziehungsfähigkeit nachentwickelt werden. Durch die Bearbeitung der Missbrauchs- und Gewaltdynamik in der Familie sollen abgespaltene Persönlichkeitsanteile in die Gesamtidentität des Patienten integriert werden. Dies geschieht, wie bereits mehrfach erwähnt, sowohl in der Einzelpsychotherapie als auch in den verschiedenen, verbalen und expressiven Gruppenpsychotherapien.

Die Frage einer Behandlung von Traumapatienten in Gruppen wird in der traumatherapeutischen Literatur kontrovers diskutiert. Gegner argumentieren, dass in Gruppen eine Gefahr der ‘Retraumatisierung’ durch Schilderung traumatisierender Erlebnisse durch Gruppenmitglieder bestünde oder aber Opfer und Täter hier aufeinander treffen könnten. Natürlich muss die traumatisierende Gruppendynamik mit Hilfe der gesamten Gruppe für alle Gruppenmitglieder aushaltbar sein, im therapeutischen Beziehungsfeld abgeschwächt immer wieder erlebt werden. Über die abgeschwächten Externalisierungen können lang andauernde Beziehungstraumatisierungen bearbeitet, d. h. sie können verstanden, getragen, allmählich korrigiert, gedeutet und für immer externalisiert werden. Dazu ist natürlich eine sorgfältige Strukturierung der verschiedenen Gruppen sowie des gesamttherapeutischen Raumes der Klinik unter dem Gesichtspunkt der von den Gruppenmitgliedern erlebten Traumatisierungen von großer Bedeutung. Anders als in der Kindheit erleben die Patienten hier einen geschützten Gruppenraum,

- a. in dem sie sich wechselseitig identifizieren und gegenseitig Schutz und Geborgenheit geben können;
- b. in dem durch die Bearbeitung von Traumatisierungen anderer Patienten die eigenen Traumatisierungen wiedererinnert, die Gefühle dazu, wie beispielsweise die massive Angst und Aggression, Scham und Schuldgefühle ausgedrückt und bearbeitet werden können;
- c. in dem durch die oftmals beschriebene Verstärkerwirkung der Gruppe die in der Gruppe erlebten Gefühle intensiviert und verschüttete Gefühle wiedererlebt werden können;

- d. in dem die konstruktive Rivalität der Gruppenmitglieder untereinander u. a. auch um den Therapeuten, den Gruppenprozess beleben und zurückgenommene Gruppenmitglieder aktivieren kann;
- e. in dem nicht zuletzt multiple Übertragungen auf mehrere Gruppenmitglieder und den Leiter die Intensität von Angst und Aggressionen abschwächen und Therapieabbrüche verhindert werden können. Die tragende Kraft des sozialenergetischen Feldes einer Gruppe, die wechselseitige Übernahme von Hilfs-Ich-Funktionen, mit denen sich die Gruppenmitglieder dann identifizieren können, die Möglichkeit des Erlebens von unterstützenden symbiotischen Beziehungen und Untergruppenbildungen, ermöglichen die Bearbeitung von übermäßig großen Gruppenängsten, wenn beispielsweise die Gruppe als Ganze in der Übertragung als die 'verfolgende Mutter' erlebt wird.

Auch Grenzerfahrungen können in Gruppen besser herbeigeführt werden und die damit einhergehenden Aggressionen und Ängste über die Vielfalt der Reaktionsmöglichkeiten der Gruppenmitglieder aufgefangen, getragen und bearbeitet werden. Die gesamte Gruppe hilft beim Entflechten von Übertragungs-, Gegenübertragungs- und realen Beziehungsanteilen zwischen dem Leiter und der Gruppe und den Gruppenmitgliedern untereinander, auch wenn der Therapeut gelegentlich mehr oder weniger bewusst in der Gegenübertragung agiert (HIRSCH 1997).

Aufbau tragfähiger therapeutischer Beziehungen zum behandelnden Team

In der Anfangsphase geht es zunächst um den Aufbau einer tragfähigen, wertschätzenden therapeutischen Beziehung bzw. eines tragfähigen sozialenergetischen Feldes im Hier und Jetzt. Wichtig ist die Förderung von direktem, empathisch getragenen Kontakt im Hier und Jetzt zwischen Therapeut und Patient und zwischen den Patienten mit möglichst wenigen Übertragungsdeutungen. Der Aufbau von sicherheitsgebenden und zuverlässigen Beziehungen ist grundlegende Voraussetzung dafür, dass sich der Patient auf seine frühen Traumatisierungen einlassen kann, zur Spannungsreduktion und Entlastung gehören aber auch Verspieltheit, Flexibilität, Humor und Lachen im therapeutischen Kontakt. Gerade in der Anfangsphase sind vor allem identitätsstützende und stabilisierende Interventionen von großer Bedeutung, worunter u. a. auch die Anerken-

nung der Realität des berichteten Traumas gehört, auch dann, wenn dessen Realität nicht gesichert ist.

Stationär ist ein eindeutiger Rahmen mit klarer Abgrenzung von Destruktion und zwischenmenschlichen Verletzungen und ein speziell ressourcenförderndes und Eigenverantwortung forderndes Vorgehen besonders wichtig. Dieses prägt das gesamte Milieu und die Haltung des Teams. Eine passagere medikamentöse Unterstützung kann erforderlich werden, insbesondere wenn der Patient sich in einer tiefen Depression befindet oder so offene Grenzen hat, dass er die Kontakte in der Klinik nur schwer aushalten kann und dadurch nur eingeschränkt von der Therapie profitieren kann.

Grundsätzlich gilt, einen maximalen Kontrast zur traumatischen Situation herzustellen (vgl. AMMON 1979, WÖLLER 2006), d. h. für Sicherheit, Kontrollmöglichkeit, Transparenz und Selbstwertschutz in der Therapie zu sorgen.

Die Arbeit mit den gesunden Identitätsanteilen des Patienten (Ressourcenorientierung)

Von ganz besonderer Bedeutung im Rahmen der Identitätstherapie ist die Arbeit mit den gesunden Identitätsanteilen, wozu die Bewusstmachung, Förderung, Stärkung und insbesondere Wertschätzung der gesunden Identitätsanteile der Patienten sowie die Entdeckung kreativer Potenziale und bisher noch nicht genutzter Möglichkeiten gehören. Diese Ressourcenorientierung ist durchgehend Anteil unserer therapeutischen Haltung im Kontakt zu unseren Patienten, da nur auf der Grundlage einer stabilisierten Identitätsstruktur auch die Bearbeitung der schweren Traumatisierungen möglich wird. Dazu gehören beispielsweise die Selbstwertstärkung, die Stärkung der Alltagskompetenz, die Akzeptanz und Wertschätzung konstruktiver Eigenschaften der Patienten, wie beispielsweise ihre Haltung, ihre Ethik, ihre Solidarität, ihr Verantwortungsgefühl, ihre sozialen Kompetenzen, ihr Mitgefühl für andere Patienten, ihre Fantasien, kurzum all das, was 'einen Menschen zum Menschen macht' in seiner Einzigartigkeit, Liebenswürdigkeit, in seinem Engagement für Ziele außerhalb der eigenen narzisstischen Bestätigung. Dazu gehören auch Lebensstilentwürfe, Ziel- und Sinnorientierungen im Leben, Zukunftsperspektiven, Copingstrategien, nützliche Abwehrmechanismen, positive Lebenserfahrungen, Resilienzfaktoren usw.

Gesunde Identitätsanteile werden aus der psycho- und gruppodynamischen Sicht der Dynamischen Psychiatrie als zwischenmenschlich bereits sehr früh sich entwickelnde Kontakt- und Beziehungsfunktionen aufgefasst und in ihrer Dynamik zur Gesamtidentität des Patienten betrachtet. Je nach der Qualität der Beziehungsdynamiken zu den bedeutungsvollen Personen der frühen und späteren Lebenszeit können sich die Entwicklungspotenziale des Menschen mehr konstruktiv, destruktiv oder defizitär entwickeln (vgl. FABIAN 2008). Gefordert werden muss hier eine ausführlich durchgeführte Gesundheitsdiagnostik.

Das multimodale milieutheraeutische Behandlungskonzept der dynamisch-psychiatrischen Klinik Mengerschwaige

In dem gesamttherapeutischen Behandlungskonzept der Klinik Mengerschwaige hat die psychoanalytische Milieuthherapie ihren besonderen Stellenwert. Ziel der Milieuthherapie ist es, den Patienten kompensatorische emotionale Erfahrungen zu ermöglichen im Sinne eines 'Repeat-and-repair', d. h. eine Verbesserung des Selbstwertgefühls, der zwischenmenschlichen Fertigkeiten, der Kontakt- und Gruppenfähigkeit, des sozialen Verhaltens, der Arbeitsfähigkeit, der Kreativität und Identität. Fragen der Lebensplanung, des Lebensstils und der Lebensqualität sind ebenfalls zentrale Aspekte der milieutheraeutischen Arbeit.

Durch die Zentrierung auf das Projekt, auf die zwischenmenschlichen Kontakte und Auseinandersetzungen um das Projekt wirkt die Gruppe antiregressiv. Jeder Patient kann seine eigenen Fähigkeiten einbringen, arretierte konstruktive Funktionen, Hobbys und Interessen mobilisieren und integrieren sowie auch neue Potenziale stimulieren. Die therapeutische und gruppodynamische Arbeit erfolgt im direkten Kontakt im Hier und Jetzt sowohl zum Team als auch zu den Mitpatienten. Verschiedene Rollen (z. B. Projektleiter, Schatzmeister) können erprobt, Selbst- und Fremdwahrnehmung miteinander verglichen werden.

Für Patienten mit Traumatisierungserfahrungen sind auch die Gestaltungstherapien wie die Mal-, Musik-, Tanz-, Theatertherapie, auf Körperebene auch die Körperpsychotherapien von besonderer Bedeutung. Neben der Darstellung leidvoller und pathologischer Erfahrungen kann sich über die bildnerischen, körperlichen, tänzerischen Darstellungen das kreative Potenzial, das grundsätzlich jedem Menschen zur Verfügung steht, entfalten.

„Die Erfahrung der eigenen konstruktiven Persönlichkeitsanteile bedeutet auch, der traumatischen Vergangenheit und den damit verbundenen Gefühlen nicht wehrlos ausgeliefert zu sein, sondern ihnen neue Denk- und Lebensmöglichkeiten entgegensetzen zu können.“ (KRESS, BIHLER 2007, S. 70).

Die Erfahrung eigener Kreativität ist nach Ammon immer ein Beziehungsgeschehen und kann auch aus diesem nicht herausgelöst werden. Daher finden unsere kreativierenden Therapien immer in einem Gruppenkontext unter Leitung eines oder mehrerer erfahrener Therapeuten statt. Wichtig ist die Integration der in diesen Gruppenpsychotherapien gewonnenen Erfahrungen in die mehr verbalen Therapien.

Die Traumastabilisierungsgruppe

Die Traumastabilisierungsgruppe ist bereits seit vielen Jahren in der Klinik Mengerschwaige eingeführt bei Patienten, bei denen eine post-traumatische Symptomatik, v. a. Intrusionen und affektive Instabilität im Vordergrund stehen (WOLFRUM 2005). Die Gruppe ist gemischtgeschlechtlich, es nehmen ca. 8–12 Patienten teil. Nach einer Achtsamkeitsübung werden Imaginationsübungen durchgeführt und die Erfahrungen der Teilnehmer im Anschluss in der Gruppe besprochen. Bei den angebotenen Verfahren handelt es sich um eine Modifikation von Übungen, wie sie im deutschsprachigen Raum vor allem von Reddemann und Sachsse (1997), Reddemann (2001), Huber (2003) und Sachsse (2004) beschrieben wurden.

Ziel ist es, unter eigener Kontrolle gute innere Bilder zu entwickeln, die es den Patienten ermöglichen, positive Gegengewichte zu den oft grauenhaften Bildern ihrer traumatischen Erfahrungen zu entwickeln. Neben sicherheitsstärkenden Übungen wie z. B. der ‘innere sichere Ort’, die ‘Lichtstromübung’, ‘Baumübung’, ‘Gepäck ablegen’, ‘innere Helfer’, ‘innere Familie’ werden auch Distanzierungsübungen wie z. B. die ‘Tresorübung’ und die ‘Beobachtertechnik’ durchgeführt. Diese imaginativen Übungen ermöglichen eine (Re-)Aktivierung innerer Ressourcen, die oftmals an kindliche, rettende Fantasien in Zeiten massiver Bedrohung anknüpfen. Die immer schon vorhandene Fähigkeit zur Dissoziation kann der Patient selbstbestimmt für sich nutzbar machen. Sie eignen sich ausgezeichnet, um gute innere Objekte zu aktivieren, eine Selbstberuhigung und Selbsttröstung herbeizuführen und um gute Körperzustände herzu-

stellen. So wächst die Fähigkeit, selbst etwas bewirken zu können, eigene Gefühle zu regulieren, und insgesamt damit das Vertrauen zu sich selbst. Zusätzlich werden regelmäßig Informationen über das Krankheitsbild, Umgang mit den Symptomen und über Behandlungsmöglichkeiten vermittelt, was zusätzlich der Beruhigung und Angstreduktion dient. Die in der Gruppe gemachten Erfahrungen können dann in der Einzelpsychotherapie vertieft und optimiert werden. Es ist immer wieder erstaunlich zu beobachten, wie kreativ die Patienten ihre Bilder entwickeln und wie sehr sie sich in der Nachbesprechung gegenseitig unterstützen können.

Stabilisierung und strukturelle Nachentwicklung im Rahmen der Identitätstherapie

Die Arbeit an den Identitätsdefiziten durch Arbeit an den Identitätsgrenzen, dort wo der Patient in der frühen Kindheit während der prozessualen Abgrenzung aus der Primärgruppensymbiose und den traumatisierenden Erfahrungen verletzt, arretiert oder gar nicht erst wahrgenommen wurde, ist Bestandteil der nachholenden Strukturarbeit. Patienten werden natürlich durch Erlebnisse und Erfahrungen im gruppendynamischen Milieu mit den Teammitgliedern und anderen Patienten im Rahmen von Übertragungen an eigene traumatische, vor allem familiäre Erlebnisse erinnert.

Von entscheidender Bedeutung ist hier die direkte Arbeit mit Übertragung/Gegenübertragung und Widerstand im Hier und Jetzt der therapeutischen Beziehung unter Berücksichtigung der familiären Traumatisierungen. Dabei handelt sich in der Regel nicht um neurotische, sondern um symbiotische Übertragungsprozesse und dementsprechend auch um symbiotische Widerstandsprozesse, so wie Ammon (1982) dies beschrieben hat. Entscheidend für die erfolgreiche Arbeit am symbiotischen Widerstand ist, dass der Patient sich nach und nach innerlich von der interpersonalisierten destruktiven Dynamik der Primärgruppe löst und beginnt, eigene Identitätsschritte zu entwickeln. Das Prinzip beruht darauf, den Patienten im Sinne einer gelingenden Identitätsentwicklung „etwas Besseres als das Symptom anzubieten“ (AMMON 1982, S. 370). Bei strukturell sehr schwach entwickelten Patienten sollte dabei eher abgrenzend gearbeitet werden, in dem Sinne, dass nur so viel an traumatischem Material zugelassen wird, als der Patient im Moment verarbeiten

kann, ohne retraumatisiert zu werden. Die Handhabung von Übertragung, Gegenübertragung, Agieren und Mitagieren sowie das Problem des Enactments gerade bei der Behandlung schwer beziehungsgestörter und traumatisierter Patienten erfordert daher vom Therapeuten besonders viel Können und Erfahrung.

In der Gruppenpsychotherapie wird das verinnerlichte Täter-Opfer-Schema reaktiviert, mit dem Ziel, dass die Spaltung der verinnerlichten Beziehungsdynamik zwischen Täter und Opfer aufgehoben wird, der Patient sich sowohl mit dem Opfer als auch mit dem Täter identifizieren kann, als Voraussetzung für die Möglichkeit einer Integration durch die Erkenntnis, dass Liebe und Hass miteinander vereinbart werden können. Die alleinige Identifizierung mit dem Opfer und die Projektion des Täters nach außen hilft dem Patienten nicht, diese Spaltung aufzugeben. Dabei ist besonders die Erfahrung und Sensibilität des Therapeuten gefordert, diese Prozesse regulativ zu steuern. Die Gruppen gehen erfahrungsgemäß sehr sensibel, vorsichtig, achtsam und fürsorglich mit dem im Zentrum stehenden Patienten um.

Zu erwähnen ist, dass im Rahmen der Identitätstherapie nicht direkt am Symptom, sondern an den hinter der Symptomatologie liegenden Identitätsangst und Verlassenheitsangst und -aggressionen gearbeitet wird und diese vom Therapeuten und der Gruppe im Sinne des Containments (WINNICOTT 1974) aufgefangen und getragen wird. Zu frühe Interpretationen sollten vermieden werden, da hier die Verlassenheitsangst des Patienten nur verstärkt werden würde. Während des Trennungsprozesses aus der Gruppe werden frühe, meist unverarbeitete Verlust- und Trennungserfahrungen des Patienten mobilisiert und Trennungswiderstände, wie z. B. Rückgängigmachen bereits erfolgter Entwicklungen, aufgebaut. Einer erfolgreichen Trennungsbearbeitung gelingt es, erreichte Ziele der Therapie in die Identität des Patienten zu integrieren und nicht erreichte Entwicklungen abzugrenzen.

Die gruppensystemische Arbeit mit dem Team und deren Supervision

Der Chefarzt und sein Leitungsteam sind täglich aufgefordert, das gruppensystemische Geschehen der Klinik in Richtung auf ein veränderungswirksames Feld hin zu korrigieren. Es muss vor allem auf die unbewussten gruppensystemischen Prozesse geachtet werden, die sich sowohl innerhalb des Teams als auch innerhalb der Patientengruppen so-

wie zwischen den verschiedenen Gruppen und auch zwischen Team und Patienten aufbauen können. Als methodisches Rüstwerk kann hier auf die Grundprinzipien der analytischen Gruppendynamik und deren methodischer Handhabung zurückgegriffen werden.

In den zweimal wöchentlich stattfindenden Kontrollgruppen des Teams werden arretierte Gegenübertragungs- und Widerstandsprozesse, aber auch Spaltungs- und Splittingsdynamiken, Probleme der Nähe- und Distanzregulation und dissoziative Gruppenprozesse/Untergruppenbildung über die sog. Widerspiegelungsdynamiken im Team bearbeitbar. Die tägliche gruppendynamische Arbeit im Team besteht in der ständigen Vernetzung der Mitglieder untereinander, so dass keine Kontaktlöcher entstehen, in die gefährdete Patienten fallen können und in ihrer Gefährdung nicht ausreichend wahrgenommen werden. Ebenso notwendig ist die Vernetzung von ganzen Gruppen, die sich vom Gesamtmilieu abspalten. Zu beobachten sind auch identitätsabwehrende Prozesse im Team aus Abwehr eigener Identitätsängste wie z. B. Flucht in den Autonomie- bzw. Abhängigkeitskonflikt mit dem Leitungsteam und dem Chefarzt, Rivalitäts-, Eifersuchts- und Neidprozesse innerhalb des Teams sowie den Patienten gegenüber.

Wegen den intensiv sich entwickelnden symbiotischen Gegenübertragungs- und Übertragungsprozessen ist die Grenzarbeit mit dem Team zur Vermeidung projektiver Identifikations- und Abspaltungsprozesse gegenüber den Patienten von ganz besonderer Wichtigkeit. Vor allem negative Gegenübertragungen sowie deren Handhabung sind Gegenstand der täglichen Supervisionsarbeit im Rahmen der für jeden Therapeuten angebotenen Einzel- und Gruppensupervision. Die Klinik arbeitet gruppendynamisch stark präventiv orientiert, um psychotischen, affektüberschwemmenden und auch suizidalen Prozessen vorzubeugen.

Abschluss

Das dynamisch-psychiatrische Behandlungskonzept als ein gruppendynamisch-analytisch fundierter ganzheitlicher Ansatz ist offen für die Integration von Behandlungselementen anderer therapeutischer Ansätze, allerdings mit dem Anspruch, dass diese nicht eklektisch den bereits bestehenden therapeutischen Modulen zugeordnet, sondern in das Gesamtbehandlungssystem integriert werden. Dazu gehört beispielsweise die therapeutische Arbeit in der Stabilisierungsgruppe mit ihren imaginati-

ven und ressourcenorientierten Übungen. Interessant sind auch Konzepte der Ego-State-Therapie (WATKINS et al. 2003), basierend auf dem Konzept der Ich-Zustände von Paul Federn (1952), einer Arbeit, die unserer identitätstherapeutischen Arbeit mit ihren zersplitterten und fragmentierten Strukturen verwandt ist und in ihrer strukturierten Form gerade für dissoziativ gestörte Patienten sinnvoll eingesetzt werden kann. Abgespaltene, verinnerlichte Beziehungsmuster und Identitätsanteile, z. B. das verlassene, traumatisierte Kind, destruktive Anteile, können so im Rahmen einer direkten Kontaktarbeit zwischen Therapeut und Patient wieder in die Identität des Patienten integriert werden. Die in jüngster Zeit veröffentlichte traumatherapeutische Arbeit von Sack und seinen Mitarbeitern im Rahmen der sog. ‘schonenden Traumatherapie‘ (SACK 2010) gibt sicherlich wichtige und wertvolle Anregungen auch für unsere Arbeit.

Die Ergebnisse der psychiatrisch-psychotherapeutischen Arbeit der Klinik werden seit ihrem Bestehen kontinuierlich überprüft und wurden kürzlich in einem Gutachten durch die Mannheimer Forschungsgruppe evaluiert. Das Gutachten gibt empirische Unterstützung für unsere klinische Erfahrung, dass die von uns durchgeführte dynamisch-psychiatrische Arbeit ein wirksames Behandlungssetting besonders für schwer bindungs- und beziehungs-traumatisierte Patienten darstellt.

Summary

Based on the work of Freud and Ferenczi, psychoanalysis is understood to be a traumatological science from its very beginning.

In nearly all trauma therapeutic approaches trauma therapeutic work, starting with first attempts by Janet, is divided into three phases: stabilisation, trauma confrontation and reintegration. However, most trauma therapeutic approaches are working predominantly single therapeutically. Working with groups takes place, if at all, only within the framework of training or psycho-educative groups.

Patients with severe structural disorders are treated at the hospital in Mengerschwaige since more than thirty years, especially patients with serious and chronic relation and attachment traumata often combined with physical and also sexual violence.

A chronic attachment and relation trauma is, seen from the perspective of the authors, a complex, mainly destructive deficient group dynamic process, internalised during the identity development of early childhood,

leading to a structural deficit within the unconscious core of identity, combined with an arrest of processes regarding demarcation, differentiation, regulation, and integration, essential for identity development.

The trauma associated symptoms, especially the dissociative symptoms, e. g. personality traits and acting, are seen on the one hand as strategies to overcome traumatic affects, or a direct expression of traumatic stress, but on the other hand as a re-staging of primary group dynamics as a direct message/information to the therapist and the group.

The traumatically caused identity disorders are understood as relation diseases which can only be repaired and positively changed through compensatory, constructive contact experiences within a therapeutic setting.

The hospital Mengerschwaike is designed as a multi-dimensional, group dynamic, and social energetic structured dynamic space for development where numerous unconscious and conscious group dynamics develop in a process, parallel and at the same time, but conjoin also into the great group dynamics. To facilitate a retrieving identity therapy, this therapeutic space as a whole has to be both, structured in a constructive and differentiated way, and as a complex system integrated with its manifold elements.

Belonging to the latter are various therapeutic methods, for instance the single and group psychotherapy, the milieu therapy, the different expressive group therapies like art, dance, theatre, and music therapy, the body oriented therapies like horse-riding therapy and the specific physiotherapeutic groups, the diagnosis specific groups, the great group, the different supervisory elements, and especially team work.

Important trauma therapeutic elements within the framework of the hospital treatment are discussed: first the specific possibilities of group therapy; different from their childhood the patients experience here a secure, well structured space built by a group, where they are able to identify themselves mutually, giving each other shelter and security but where as well, through weakened externalizations, their often longlasting relation traumata can be remembered, related feelings like horrendous anxiety and aggression, shame and feeling of guilt expressed, and worked through.

Another important element is the construction of reliable therapeutic relations to the attending team or rather a stable social energetic field in the here and now. Important is the encouragement of direct contact defined by

empathy to the therapist and between the patients with as little interpretations of transference as possible. Fundamental is the guarantee of internal and external security and a well defined framework with demarcation of destruction. Furthermore of utmost importance is the work with healthy identity parts and resources in the various groups. Awareness, encouragement, invigoration, and in particular appreciation of the healthy identity parts of the patients, together with the discovery of creative potentials and not yet used possibilities is here essential, because only on the basis of a stabilized identity structure severe traumata can be treated.

A component of the retrieving work with structure is the post-development of the most important identity functions, e.g. anxiety and aggression, demarcation inwards and outwards through the identity therapy. Furthermore, another component is the work on identity deficits by working on the boundaries of identity, there, where a patient in early childhood, during the process of demarcation from symbiosis of the primary group, and with traumatising experiences was injured, arrested or not even perceived.

The management of transference and counter-transference, acting and co-acting plus the problem with re-enactment especially regarding the treatment of serious relation-disturbed and traumatised patients demands particularly great competence and experience of the therapist as well as the ability of attachment through detachment.

An important goal of the treatment of sexual abuse and violence dynamics is to neutralise the separation of the internalised relation dynamics to one or several offenders and one victim. That requires that patients are able to identify themselves with both, the victim and the offender by opening the possibility of integration through the insight that love can be reconciled with hate.

The day-to-day group dynamic work with the team consists of continual networking between the members by paying attention to counter-transference, resistance, and mirroring processes. Working on boundaries with the team is of utmost importance due to the intensely developing symbiotic transference and counter-transferences, to avoid projective identification and splitting-off processes towards the patients.

Negative counter-transferences plus their management in particular are subject of the daily supervision work under the existing single but also group supervision for each therapist.

One possibility for further development of dynamic psychiatric trau-

ma-therapeutic therapy would be, inter alia, a debate on approaches of the so called ego state therapy. Their approach with the emphasis on fragmented structures is similar to our identity-therapeutic work, and could be applied reasonably especially on dissociative disturbed patients.

Literatur

- Ammon, G. (1971): Kreativität und Ich-Entwicklung in der Gruppe; S. 12–36. In: G. Ammon (Hg.): Gruppendynamik der Kreativität. Berlin: Pintel
- (1976): Das Borderline-Syndrom – Ein neues Krankheitsbild. *Dyn. Psychiatrie* 9:317–348
 - (1979): Kindesmisshandlung. München: Kindler TB
 - (Hg.) (1982): Hdb Dynam. Psychiatrie. Bd. 2. München: Reinhardt
- Ammon, Günter; Ammon, Gisela; Griepenstroh, D. (1982): Behandlungsmethodik und Widerstand von der traditionellen Psychoanalyse zur Dynamischen Psychiatrie; S. 351–406. In: G. Ammon (1982): Hdb Dynam. Psychiatrie. Bd. 2. München: Reinhardt
- Ammon, Günter; Ammon, Gisela; Marsen, B. (1979): Das Borderline-Syndrom und das ichstrukturelle Arbeiten; S. 295–363. In: G. Ammon (Hg.): Hdb Dynam. Psychiatrie; Bd. 1. München: Reinhardt
- Ammon, M. (2005): Aspects of trauma, attachment, and personality development in Günter Ammon's Dynamic Psychiatry. *Dyn. Psychiatrie* 38:149–190
- Beckrath-Wilking, U. (2004): Integration psychodynamisch-imaginativer Traumatherapie in ein psychoanalytisch orientiertes Konzept stationärer Psychotherapie. *Psychiatr Praxis* 31: 88–90
- Burbiel, I. (2005): Traumatherapeutische Arbeit in der Dynamischen Psychiatrie. *Dyn. Psychiatrie* 38:210–225
- Fabian, E. (2008): Die Arbeit mit den konstruktiven Anteilen (Ressourcen) bei Borderline-Patienten in der Klinik Mengerschwaige. *Dyn Psychiatrie* 41:243–256
- Fairbairn, W. (1957): Psychoanalytic Studies of the Personality. London: Routledge Kegan
- Federn, P. (1952): Ego Psychology and the Psychoses. New York: Basic Books
- Ferenczi, S. (1982): Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind: Die Sprache der Zärtlichkeit und der Leidenschaft; S. 303–313. In: S. Ferenczi (Hg.): Schriften zur Psychoanalyse; Bd. 2. Frankfurt a. M.: S. Fischer
- Fischer, G. (2000): Mehrdimensionale Psychodynamische Traumatherapie MPTT. Heidelberg: Asanger
- Freud, S. (1999): Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. GW5. Frankfurt a. M.: S. Fischer
- Guntrip, H. (1969): Personality structure and human interaction. New York: Int. Univ. Press
- Herman, J. (1993): Sequelae of prolonged and repeated trauma: evidence for a complex post-traumatic syndrome (DESNOS). Washington (DC): American Psychiatric Press
- Hirsch, M. (1997): Schuld und Schuldgefühl. Zur Psychoanalyse von Trauma und Introjekt. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Huber, M. (2003): Trauma und Traumabehandlung. Teil 2: Wege der Traumabehandlung. Paderborn: Junfermann

- Janet, P. (1889): L'automatisme psychologique. Paris: Alcan
- Kernberg, O. (1967): Borderline personality organization. *J. Am. Psychoanal. Assoc.* 15:641–685
- Klein, M. (1972): Das Seelenleben des Kleinkindes. Hamburg: Rowohlt
- Kohut, H. (1973): Narzissmus. Frankfurt a. M.: Suhrkamp
- Kress, G.; Bihler, Th. (2007): Die Arbeit mit Traumata in der Maltherapie. *Dyn. Psychiatrie* 40:69–100
- Neuner, F. (2008): Stabilisierung vor Konfrontation in der Traumatherapie – Grundregel oder Mythos? *Verhaltenstherapie* 18:109–118
- Paris, J. (2000): Kindheitstrauma und Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: O. Kernberg, B. Dulz, U. Sachsse (Hg.): Hdb d. Borderline-Störungen, S. 159–166. Stuttgart, New York: Schattauer
- Reddemann, L. (2001): Imagination als heilsame Kraft. Stuttgart: Pfeiffer
- (2004): Psychodynamisch imaginative Traumatherapie. PITT -Das Manual. Stuttgart: Pfeiffer
- Reddemann, L.; Sachsse, U. (1997): Traumazentrierte Psychotherapie. Teil 1: Stabilisierung. *PTT – Persönlichkeitsstörungen, Theorie und Therapie* 3:113–147
- Sachsse, U. (2004): Traumazentrierte Psychotherapie. Stuttgart, New York: Schattauer. Sack, M. (2010): Schonende Traumatherapie. Stuttgart: Schattauer
- Van der Hart, O.; Steele, K.; Boon, S.; Brown, P. (1995): Die Behandlung traumatischer Erinnerungen: Synthese, Bewusstwerden und Integration. *Hypn. Kogn.* 12:34–67
- Watkins, J.; Watkins, H. (2003): Ego-States – Theorie und Therapie. Heidelberg: Carl Auer
- Winnicott, D. (1974): Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. München: Kindler
- Wolfrum, G. (2005): Experiences with trauma-therapeutic stabilizing techniques in the treatment concept of the dynamic-psychiatric clinic Mengerschwaike. *Dyn. Psychiatrie* 38:349–375
- Wöller, W. (2006): Trauma und Persönlichkeitsstörungen: Psychodynamisch-integrative Therapie. Stuttgart, New York: Schattauer