



Birgit Senft, Reiner Seibold, Irmgard Grauf
Reha-Klinik
für Seelische Gesundheit und Prävention

Traumatisierte Patient(inn)en in der
medizinisch psychiatrischen
Rehabilitation:
Erkennen und adäquat behandeln



**Vortrag bei der 14. Jahrestagung der
Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie
DeGPT
von 08. bis 11. März 2012 in Hamburg**

Rehaklinik für Seelische Gesundheit Klagenfurt



Erfassung traumatischer Erlebnisse:

Schon im psychotherapeutischen und ärztlichen Aufnahmegespräch legen wir einen sensiblen Fokus auf traumatische Erlebnisse; Mit dem Bewusstsein der Gefahr einer Re-Traumatisierung.

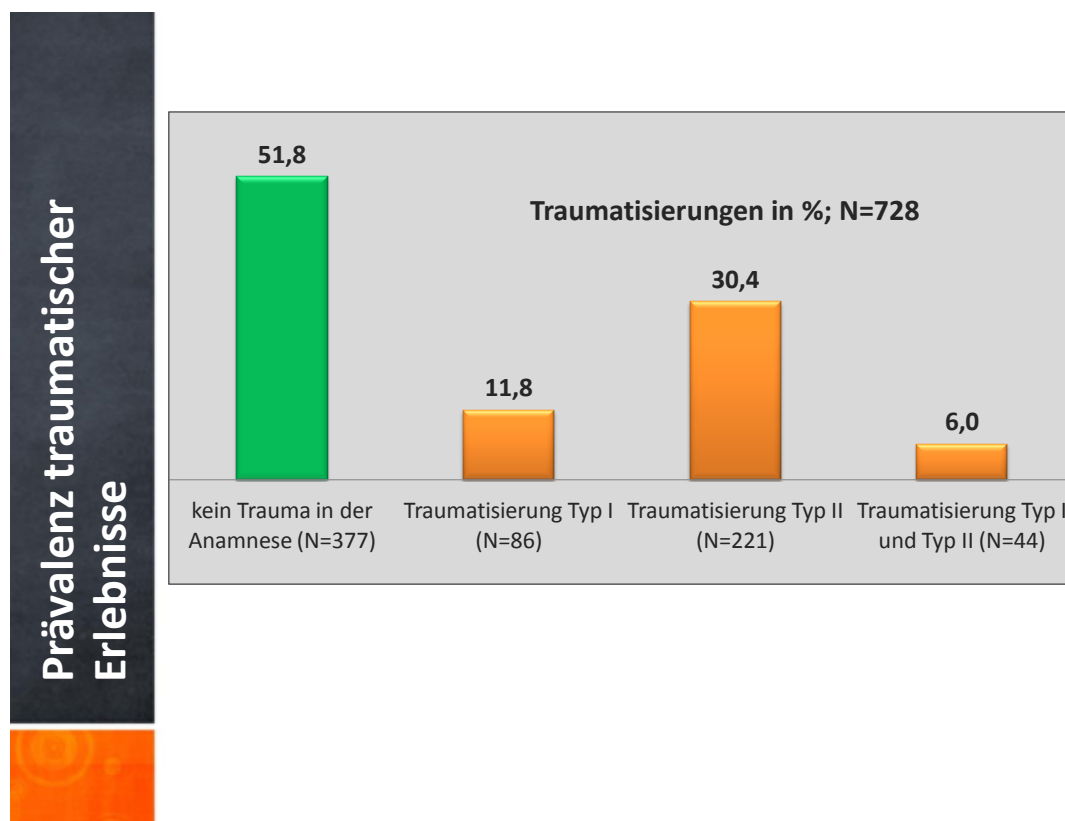
In vielen Fällen berichten Patient(inn)en erstmals über traumatische Erfahrungen weil sie bisher noch keine Psychotherapie in Anspruch genommen haben bzw. keine Psychotherapie bekommen haben.

Die endgültige Erfassung traumatischer Erlebnisse erfolgt in der letzten Teambesprechung des 6-wöchigen Aufenthalts in einem multiprofessionellen Team: Bezugstherapeut(inn)en, Ärzt(inn)en und Pflege. Häufig stellt sich erst im Laufe des Aufenthalts heraus, ob Patient(inn)en traumatische Erlebnisse hatten (sofern keine Amnesie für das Trauma vorliegt).

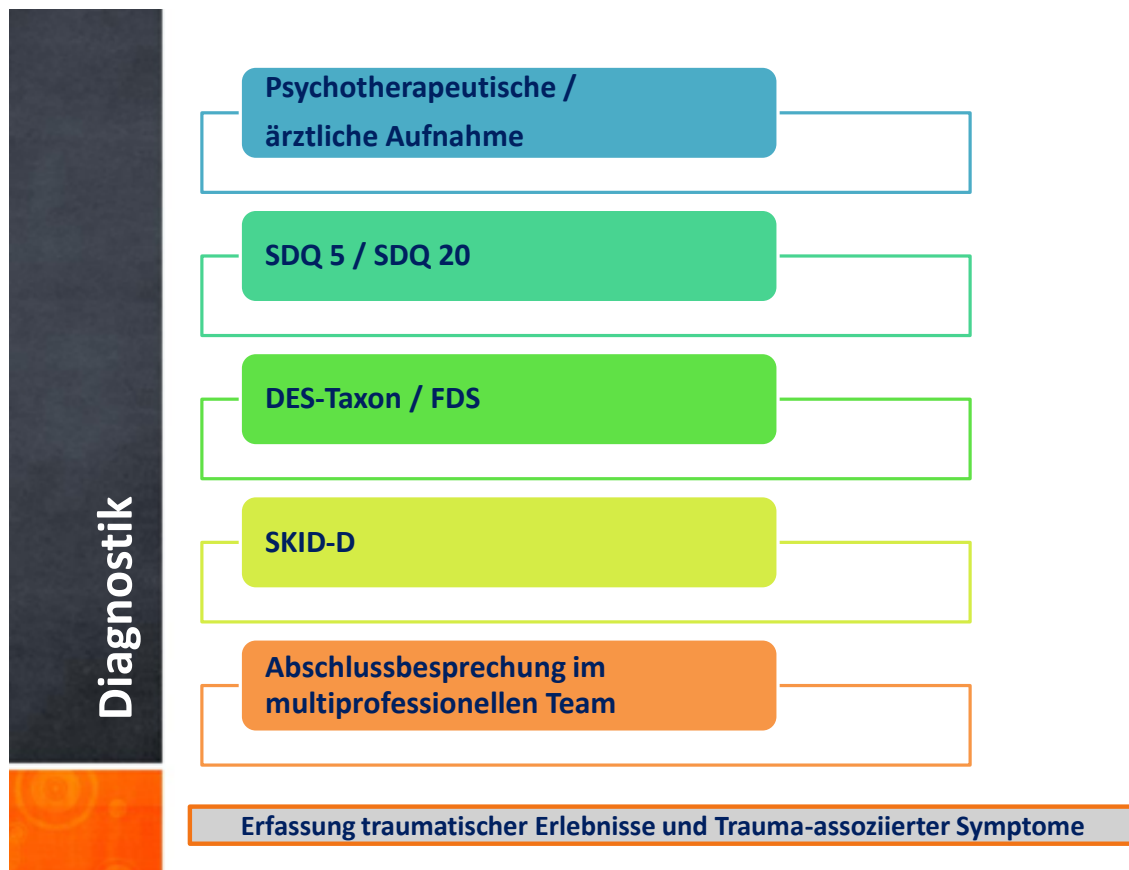
Damit gibt es allerdings eine Einschränkung: die Erfassung traumatischer Erlebnisse wurde nicht anhand (strukturierter) Checklisten durchgeführt wurde, sondern in der Zusammenschau der Mitarbeiter(inn)en im multiprofessionellen Team.

Für jeden Patienten wurde die kategoriale Zuordnung zu Typ-I-Traumata (einmalig, kurzfristig) oder Typ-II-Traumata (mehrfach, längerfristig) getroffen. Bei Vorliegen beider Arten von Traumatisierung wurde die Kategorisierung Typ I & Typ II Traumatisierung gewählt.

Bei 52% wurden keine Traumata erhoben. Nach Wagner, 2011 entspricht das der Prävalenz in der Normalbevölkerung.



Diagnostik



Kirsch, Michael und Lass-Hennemann (2011) sehen Dissoziation als eine Möglichkeit, Informationen, die in Verbindung mit traumatischen Erfahrungen stehen, zu organisieren. Sowohl während eines traumatischen Ereignisses wie auch als Langzeit-Konsequenz (z.B. bei Mehrfachtraumatisierung).

Für die Dauer eines Jahres haben wir den Versuch unternommen, uns dem Vorliegen traumatischer Erlebnisse auf Symptom-Ebene zu nähern. Dazu haben wir allen Patient(inn)en bei Beginn des Aufenthalts das SDQ5 und das DES-Taxon vorgegeben.

Trotz einfacher Implementierung in den Klinik-Alltag war im Falle auffälliger Werte ein kurzes „Interview mit den Patient(inn)en zur Validierung der Werte nötig.

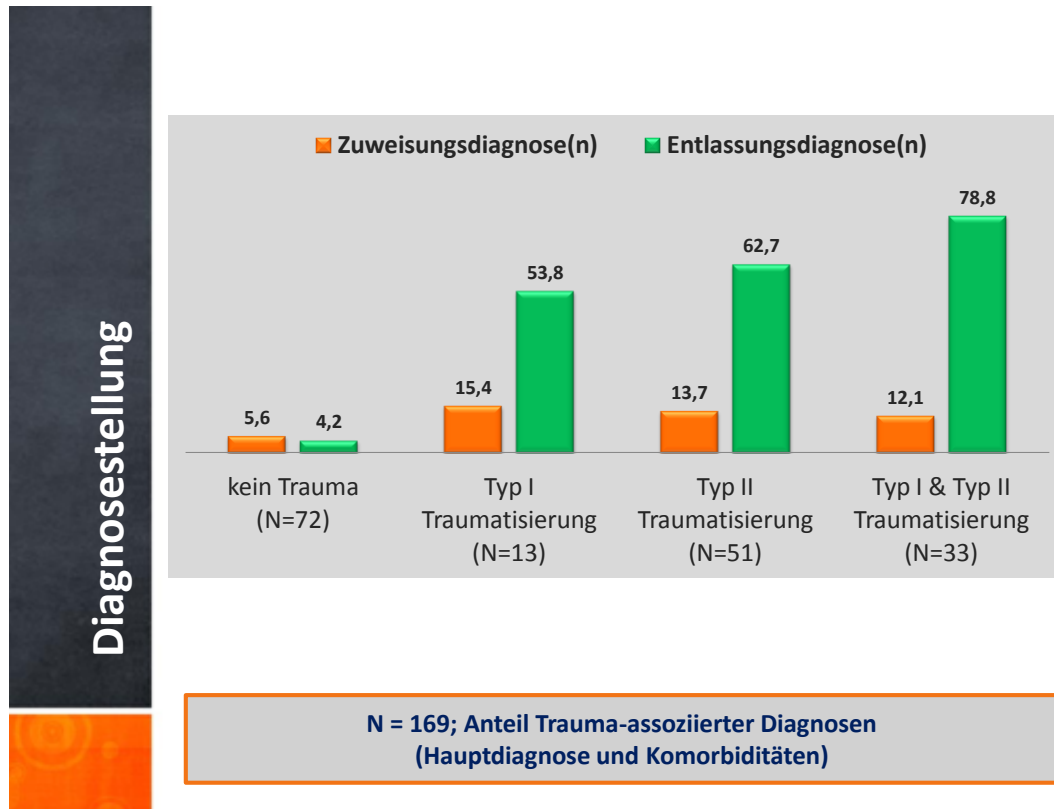
Bei auffälligen Werten im SDQ5 war die Abgrenzung somatischer Ursachen schwierig und beim DES-Taxon führten viele Missverständnisse (Alltags-Absorption) zu falsch positiven Ergebnissen, während dissoziative Patient(inn)en eher dazu neigen, zu Bagatellisieren bzw. Amnesien vorliegen.

Es zeigte sich bei 38% auffällige Werte im SDQ5 und bei 11% im DES-Taxon.

Die beiden Verfahren korrelierten mittelstark ($r=0,43$; $p<0,001$; $N=261$).

60% aller Patient(inn)en waren in beiden Verfahren unauffällig.

Diagnosestellung



Bei der Entlassung werden 50% der Patient(inn)en mit Haupt-Diagnosen aus der Gruppe F3 (affektive Störungen) entlassen

42% fallen in die Kategorie F4 (Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen)

somit spielen die übrigen Diagnosen eine eher untergeordnete Rolle.

Im Zeitraum der Pilotphase bis 2006 betrug der Anteil affektiver Störungen 58% und Diagnosen der Gruppe F4 wurden nur in 25% der Fälle als Hauptdiagnose vergeben (N=1.143)

An einer kleinen Stichprobe von 169 Patient(inn)en haben wir die Zuweisungs- und Entlassungsdiagnosen verglichen.

Die häufigste Zuweisungsdiagnose ist Depressive Episode nnb F32.9 mit 27% gefolgt von F33.2 (rez. schwere depressive Episode schwer ohne psychotische Symptome) mit 11%

Die häufigste Entlassungsdiagnose ist rez. depressive Episode mittelgradig F 33.1 mit 16,6% gefolgt von PTSD F43.1 mit 11%.

Wir sehen im hohen Anteil von depressiven Episoden n.n.b. bei den Zuweisungsdiagnosen inzwischen einen Indikator für das Vorliegen einer Trauma-assoziierten Erkrankung – beinahe im Sinne einer Verlegenheitsdiagnose.

Der Schweregrad der Erkrankung und die damit verbundenen Herausforderungen sind daraus nicht ersichtlich.

Weil es für die Patient(inn)en selbst aber so wichtig ist, und auch für die Nachbehandler(inn)en eine enorme Rolle spielt, sehen wir eine Aufgabe darin, die Diagnostik zu verfeinern und (Auf-)Klärungsarbeit für die Patient(inn)en zu leisten.

Damit erhält die Diagnosestellung eine große Bedeutung für die Klärung der Ätiologie der Erkrankung.

Für diese Präsentation wurde ermittelt, wie häufig Patient(inn)en mit „Trauma-assoziierten“ Diagnosen zugewiesen und entlassen werden.

Als Trauma-assoziierte Diagnosen haben wir neben der PTSD F43.1

Anpassungsstörungen

Dissoziative Störungen

und fallweise Persönlichkeitsstörungen, z.B. Persönlichkeitsveränderungen nach Extrembelastung definiert.

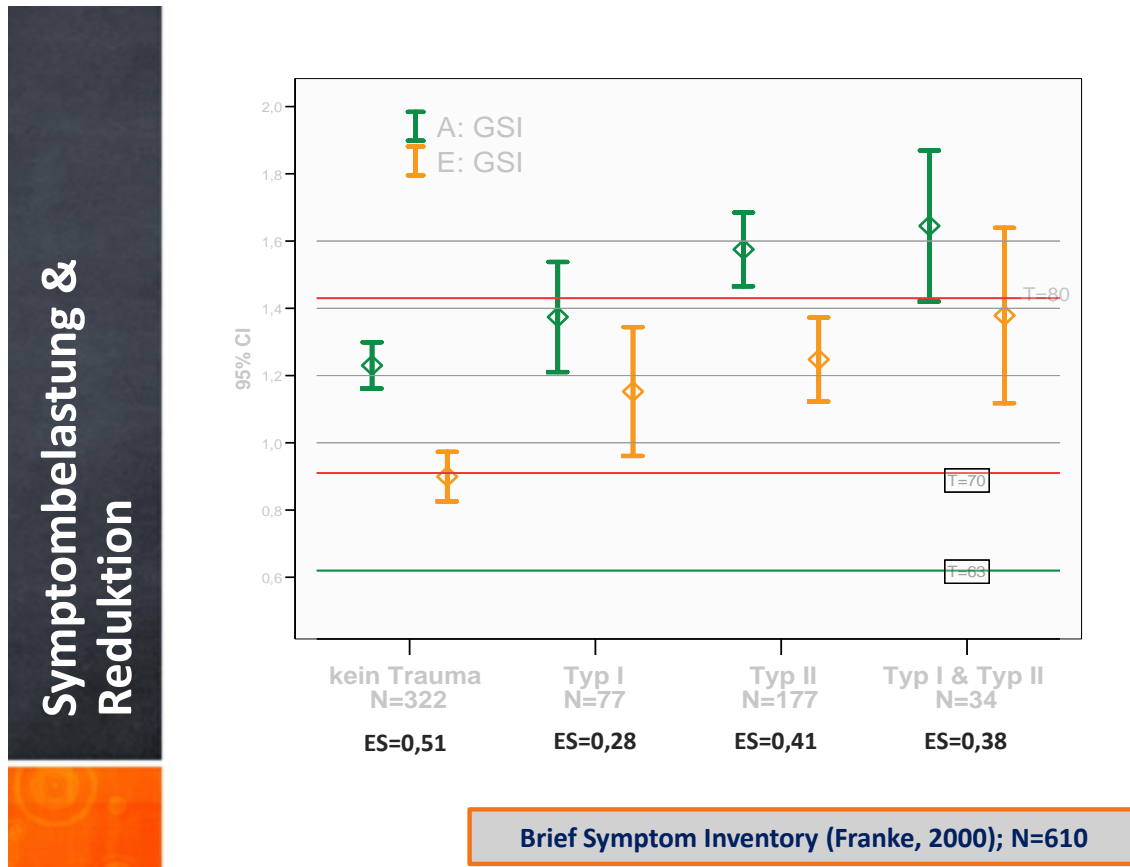
ohne erhebbare Traumata: Trauma-assoziierte Diagnosen nur in 4 bis 6% aller Fälle

Typ I Traumatisierung: 15% bei der Zuweisung und 54% bei der Entlassung

Typ II Traumatisierung: 14% bei der Zuweisung und 64% bei der Entlassung

Typ I & Typ II: 12% bei Zuweisung und 79% bei Entlassung

Behandlungserfolg gemessen an der Symptombreduktion



Das BSI erfasst die körperliche und psychische Symptombelastung anhand von 53 Fragen.

Im Durchschnitt profitieren alle Patient(inn)en vom Reha-Aufenthalt.

Das Ausmaß der Reduktion ist unterschiedlich hoch.

Das liegt vor allem daran, dass schon das Ausgangsniveau erhebliche Unterschiede aufweist.

Ohne Trauma: 1,23 auf 0,90

Typ I: 1,37 auf 1,15

Typ II: 1,57 auf 1,25

Typ I & II: 1,65 auf 1,37

Effektstärken werden wie folgt klassifiziert: von 0,2 bis 0,4 = schwacher Effekt, 0,5 bis 0,7 = mittlerer Effekt und ab 0,8 = starker Effekt. Die Effektgrößen liegen somit im niedrigen bis mittleren Bereich.

Es scheint, dass die Klassifizierung der Traumata einen erheblichen Anteil von Varianz bei der Symptombelastung und –reduktion erklären kann.

Kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen in der selbst eingeschätzten Zielerreichung.

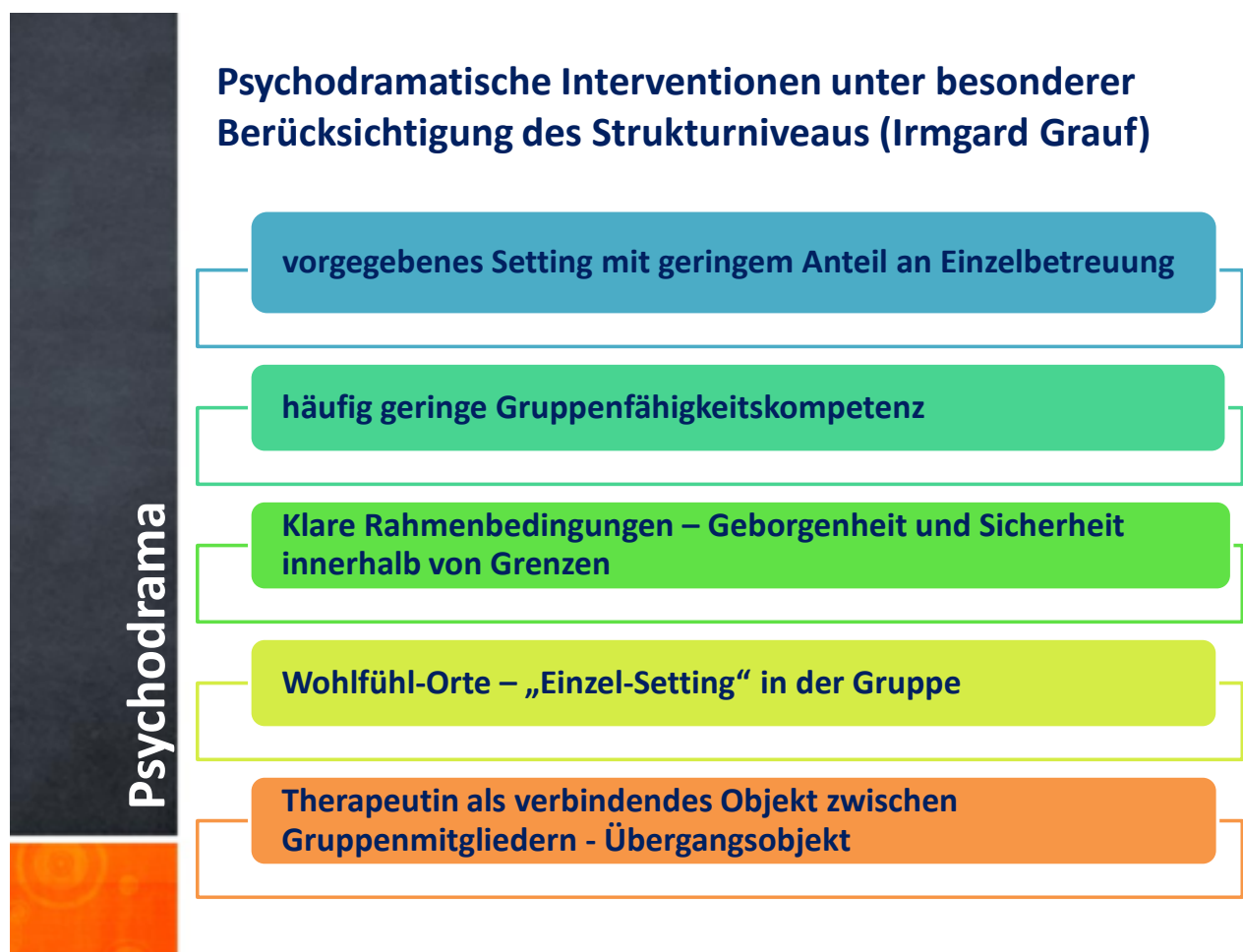
| E: Beurteilung des Behandlungserfolges | | kein Trauma | Typ I | Typ II | Typ I und Typ II | |
|--|-------|-------------|-------|--------|------------------|------|
| sehr erfolgreich | Count | 85,0 | 15,0 | 41 | 10 | 151 |
| | % | 25,7 | 18,8 | 21,8 | 25,0 | 23,6 |
| teilweise erfolgreich | Count | 207 | 57 | 131 | 23 | 418 |
| | % | 62,5 | 71,3 | 69,7 | 57,5 | 65,4 |
| kaum erfolgreich | Count | 33 | 6 | 11 | 3 | 53 |
| | % | 10,0 | 7,5 | 5,9 | 7,5 | 8,3 |
| nicht erfolgreich | Count | 6 | 2 | 5 | 4 | 17 |
| | % | 1,8 | 2,5 | 2,7 | 10,0 | 2,7 |

| E: Erfolg der Teilnahme an der Hauptgruppe | | kein Trauma | Typ I | Typ II | Typ I und Typ II | Gesamt |
|--|-------|-------------|-------|--------|------------------|--------|
| sehr geholfen | Count | 90 | 28 | 38 | 9 | 165 |
| | % | 27,7 | 34,6 | 20,0 | 22,5 | 25,9 |
| ziemlich geholfen | Count | 92 | 20 | 44 | 14 | 170 |
| | % | 28,3 | 24,7 | 23,2 | 35,0 | 26,7 |
| etwas geholfen | Count | 112 | 27 | 88 | 10 | 237 |
| | % | 34,5 | 33,3 | 46,3 | 25,0 | 37,3 |
| nicht geholfen | Count | 28 | 3 | 15 | 5 | 51 |
| | % | 8,6 | 3,7 | 7,9 | 12,5 | 8,0 |
| geschadet | Count | 3 | 3 | 5 | 2 | 13 |
| | % | 0,9 | 3,7 | 2,6 | 5,0 | 2,0 |

Komplex traumatisierte Patient(inn)en und Gruppentherapie

Irmgard Grauf

Unter komplex traumatisierten Patient(inn)en sind Patient(inn)en zu verstehen, die bereits im Kinder- und Jugendalter eine defizitäre Entwicklung aufzeigen, was die Entwicklungsthemen Nähe, Bindung, Autonomie und Identität anbelangt. Die entstandenen Störungen müssen als eine Anpassungsleistung auf nicht anders zu bewältigende Lebensbedingungen Beachtung finden. Es sind zumeist Störungen im Bereich des impliziten Selbstempfindens erkennbar, was eine Übernahme in die Selbstverantwortung erschwert und letztlich die Handlungsmöglichkeiten der Patient(inn)en einschränkt.



Als zentral muss eine aktive therapeutische Beziehungsgestaltung angesehen werden. Wichtig sind therapeutische Interventionen, die den oben angeführten Themen entsprechen, wobei vorzugsweise nach der Methode des Psychodramas gearbeitet wird. Zu Beginn müssen um die Entstehung einer vertrauensvollen Umgebung zu gewährleisten, klare Rahmenbedingungen geschaffen werden, die den basalen Bedürfnissen der Patient(inn)en entsprechen. Eine Beziehungsaufnahme zwischen den Patient(inn)en findet vorzugsweise mit Hilfe eines einführenden Doppels über die Therapeutin statt. Das Erstellen von stabilisierenden Wohlfühlorten und Ressourcenaufstellungen wird mit Hilfe einer metaperspektivisch symbo-

lisierenden Tischbühnenaufstellung vorgenommen. Es kommen verstärkt Symbole (Inter- und Intramediärobjekte) zum Einsatz, damit soll den Patient(inn)en eine Distanzierung und eine Perspektivenveränderung bzw. -erweiterung ermöglicht werden. Innerhalb gruppenzentrierter Angebote beispielsweise mit der Sandkiste und Krafttieren mit Fokus auf das Selbst wird versucht, erste Beziehungsaufnahmen zu ermöglichen. Innerhalb eines Rollenfeedbacks und Sharings mit Hilfe eines speziell gestalteten einführenden Doppels durch die Therapeutin werden Mentalisierungsfähigkeiten gefördert oder erstmalig angesprochen und damit emotionale Skripts angelegt.

Das Thema Abschied von der Gruppe spielt auch in den therapeutischen Angeboten eine zentrale Rolle, da fehlende Beziehungsfähigkeiten aufgrund der strukturellen Störungen letztlich auch das Beenden von begonnenen Beziehungen bzw. den Umgang mit Pseudobeziehungen erschweren, womit noch einmal auf die Defizite im Bereich einer Nähe-Distanz-Regulation, der Bindungsfähigkeit und der autonomen Gestaltung innerhalb der Selbstwirksamkeit hingewiesen werden soll und eine entsprechende therapeutische Unterstützung angeboten wird.

Gruppentherapie bei Patienten mit komplexen Traumafolgestörungen

Reiner Seibold

Sehr viele Menschen erleben traumatisierende Erfahrungen in ihrem Leben, nur ein Teil davon antwortet darauf mit der Ausbildung einer Traumafolgestörung. Am meisten verbreitet dürften frühe Bindungstraumata sein, z.B. in Form von unbewusster Ablehnung des Kindes und folglich emotionaler Vernachlässigung durch die Pflegeperson. Es kann auch zu emotionaler Ausbeutung kommen, wenn zwischen Kind und Hauptbezugsperson eine symbiotische Verstrickung besteht mit grenzverletzender Einbeziehung des Selbst des Kindes in das der Elternperson, so dass dem Kind die Möglichkeit genommen wird — oder erschwert wird — sein eigenes Selbst abzugrenzen und zu definieren. Im Allgemeinen werden Traumata — im Gegensatz zu Bindungstraumata — meist mit bedrohlichen Ereignissen assoziiert. Es können Schicksalsschläge, Unfälle, Naturkatastrophen, Kriegs- oder Gewalterfahrungen sein, am bedeutsamsten in Form von sexueller und sadistischer Gewalt. Psychische Traumata werden hier verstanden als Erfahrungen von toxischem Stress im Sinne von Bessel van der Kolk (6), ausgelöst durch maximale Bedrohung von Leib, Leben oder Selbst des Betroffenen bei gleichzeitiger völliger Hilflosigkeit bzw. Ohnmacht. Derartige Erfahrungen setzen Stresshormonkaskaden in Gang und erzwingen reflexartige Handlungsmuster im Sinne von Freeze, Fight oder Flight in Verbindung mit dissoziativen Zuständen — der peritraumatischen Dissoziation. Die Dissoziation selbst führt zu einer Fragmentierung der Persönlichkeit, zur Theorie der strukturellen Dissoziation siehe Van der Hart, Nijenhuis, Steele (3) und Nijenhuis (7). Es ist bekannt, dass Naturkatastrophen oder Unfälle eher selten Traumafolgestörungen verursachen. Ein prädiktiver Faktor für die Entstehung einer PTBS ist nach neueren Erkenntnissen (7) die peritraumatische Dissoziation. Eine deutliche höhere Inzidenz für Traumafolgestörungen haben Gewalterfahrungen durch andere Menschen, am meisten bei sexueller, insbesondere sadistischer Gewalt im nahen Bindungsumfeld. Findet dies über Jahre hinweg statt, vor allem in einem vulnerablen Zeitfenster in früher Kindheit und in der nächsten Bindungsbeziehung, kommt es zu den komplexen, chronischen Traumafolgestörungen. Hier wirkt das Bindungstrauma entscheidend mit (1). Komplexe Traumakrankheiten können ihren Schwerpunkt in dissoziativen Symptomen haben (DS, DDNOS), oder aber im vom Nähe-Distanz-Konflikt geprägten Bindungsmuster der emotional instabilen Persönlichkeitsstörung. Kompliziert wird die Traumastörung durch die Komorbiditätssymptomatik, wie Depression, Suizidalität, selbstverletzendes Verhalten, Sucht oder Essstörungen. Die PTBS-Trias ist dabei unterschiedlich stark ausgeprägt. Die chronischen Traumatisierungen im nächsten Beziehungsumfeld führen zu pathologischen Verstrickungen und Bindungen an den Täter oder täterloyale Personen — bedingt auch durch die regelmäßig entstehenden Täterintrojekte — und zur Belastung der Opfer durch Schuld- und Schamgefühle (wiederum verstärkt durch verborgene Rachebedürfnisse (8)). Da das Spektrum der Traumakrankheiten sehr breit gefächert und zudem die diagnostische Einschätzung im Erstgespräch schwierig ist, gelingt es nur selten, wirklich homogene Gruppen zusammenzustellen. Dementsprechend muss ein Konzept der Gruppentherapie vor allem sehr flexibel sein und sich den tatsächlichen Bedürfnissen der Gruppe anpassen. Im Vordergrund steht hier die traumasensible Haltung der Therapeuten, durch die Sicherheit vermittelt wird, so dass es zur Stabilisierung der Patienten kommen kann — dem Hauptziel der stationären Traumatherapie.

Bei Patient(inn)en mit komplexen Traumafolgestörungen hat sich die traumasensible Gruppentherapie als sehr hilfreich, erwiesen. Als Basis für die Traumagruppe in der Reha-Klinik dient das interaktiv dynamische Gruppentherapiemodell nach S.H. Fuchs (2) bzw. Irvin Yalom (12). In diesem Konzept steht die Gruppenkohäsion als zentraler wirksamer Faktor im Vordergrund und die korrigierenden emotionalen Erfahrungen werden im horizontalen Beziehungsgeflecht zwischen den Teilneh-

mer(inn)en möglich. Die Atmosphäre in der Gruppe wird getragen von der frei schwebenden Aufmerksamkeit sowohl der Therapeut(inn)en als auch der Teilnehmer(innen). Der Grundsatz der Flexibilität des Therapeuten bzgl. der sich spontan einstellenden Thematik steht im Vordergrund. Strukturierende Vorgaben für eine einzelne Gruppensitzung sind so gut wie möglich zu vermeiden. Die Gruppentherapeut(inn)en führen den Gruppenprozess immer wieder ins Hier und Jetzt und liefern der Gruppe Prozesskommentare, die einerseits den Prozess aktivieren und fördern, andererseits die Bildung eines Gruppen-Selbst unterstützen. Für eine traumasensible Gruppentherapie ist vonseiten der Therapeut(inn)en in erster Linie eine Einstellung, eine Grundhaltung, erforderlich im Sinne von Wertschätzung traumatisierender Erfahrungen der Teilnehmer(inn)en, aber auch Fokussierung auf die Bedeutung (nicht Inhalt) von traumatischen Erfahrungen in Kindheit und Jugend für die spätere psychische Entwicklung und die Struktur der Persönlichkeit. Es geht um Verständnis für die Symptomatik, die als kreative Überlebensstrategie gesehen werden soll, um die Schaffung einer Atmosphäre von Sicherheit für die Patient(inn)en, die u.a. darauf beruht, dass traumatische Inhalte nicht zum Thema gemacht werden. Wichtig ist die Einführung und Beachtung einer Stopp-Regel für alle Teilnehmer(innen) und auch das Gewähren der Möglichkeit, bei aufkommenden Triggerreizen aktiv handelnd zu werden, z.B. den Raum kurz zu verlassen (Prinzip der offenen Tür), anstatt in dissoziativer Handlungsunfähigkeit zu erstarren.

Indikation zur traumaspezifischen Therapie:

Traumafolgestörungen wie PTBS F43.1, dissoziative Störungen F44, u.a. dissoziative Identitätsstörung F44.81 und DDNOS F44.9, weiterhin andauernde Persönlichkeitsänderung durch chronische Belastungssituationen F62.0 als Umschreibung einer komplexen Traumafolgestörung, weiterhin Borderline-Störung F60.3 in Verbindung mit dissoziativer Symptomatik. Indikation für die traumasensible Gruppentherapie besteht auch bei Patient(inn)en mit Anpassungsstörungen F43.2 bzw. Phobien und Panikstörungen mit Psychotraumata im Hintergrund.

Kontraindikationen:

Eine eingeschränkte Indikation für traumaspezifische Gruppentherapie besteht bei Patient(inn)en mit narzisstischen Persönlichkeitsstörungen, die durch die Beziehungsarbeit in der Gruppe einerseits und andererseits die traumaassoziierten Phänomene emotional überfordert sein können. Weiterhin fühlen sich Patient(inn)en ohne traumatische Vorerfahrungen und ohne dissoziative Symptomatik von den Inhalten dieser Gruppe nicht angesprochen bzw. unterfordert, quasi im falschen Film sitzend. Eine Kontraindikation für die traumasensible Gruppe sind Patient(inn)en mit Borderline-Störung bei aggressivem Ausagieren, dadurch wird die Gruppenkohäsion gestört und Patient(inn)en mit ausgeprägter dissoziativer Symptomatik gehen durch die überbordenden Konflikte rasch in einen Freeze-Zustand und werden dadurch destabilisiert bzw., die Teilnahme an der Gruppe wird ihnen durch eine Überflutung mit Triggerreizen unmöglich gemacht.

Abweichungen vom Prinzip der interaktiv dynamischen Gruppentherapie nach Yalom

Bei einer traumasensiblen Gruppentherapie sind mitunter Abweichungen vom Prinzip der interaktiv dynamischen Gruppentherapie sinnvoll, z.B. in Form von strukturierenden Übungen. Eine Auswahl von Möglichkeiten, die je nach Art der Gruppe verwendet werden können, folgt:

- a) Psychoedukation: Aufklärungsarbeit über toxischen Stress, psychische Traumatisierungen und ihre Auswirkungen auf die Entwicklung der Persönlichkeit bzw. auf die Psyche des Betroffenen, daraus folgende Bewältigungsstrategien und Verständnis der Traumafolgekrankheit bzw. der dissoziativen Symptomatik als Strategie, um die bedrohlichen Situationen zu überleben. Weiterhin Erklä-

rung über die Verselbstständigung von Traumabewältigungsstrategien im Sinne eines Lebensmusters (dissoziativer Lebensstil (9)), die spaltende Wirkung des Traumas auf die Persönlichkeit mit daraus, folgender Autonomie von Persönlichkeitsanteilen mit wechselnden Persönlichkeitszuständen, die autonome Verhaltens- und Wahrnehmungsmuster zeigen, u.U. in Verbindung mit selbstverletzendem oder selbstschädigendem Verhalten. Förderung von Verständnis für die grundsätzliche Absicht aller Persönlichkeitsanteile, das Gesamtsystem in irgendeiner Weise zu erhalten und damit Verständnis für Sinn und Zweck von Symptomen, wie z.B. von selbstschädigendem Verhalten.

b) Ressourcenarbeit: Hinwendung des Fokus der Gruppe auf positive biografische Erfahrungen, gute Modelle und gute Bindungserfahrungen in der Kindheit auf noch vorhandene oder mittlerweile verborgene Fähigkeiten, Fertigkeiten, Wünsche und Fantasien der Patient(inn)en. Arbeit mit inneren Helfern in der Gruppe (siehe Sandspieltherapie).

c) Skills-Training: Re-Orientierungsübungen, Flashback-Stopp, Notfallkoffer. Es wird versucht, den Patient(inn)en Fertigkeiten zu vermitteln, sich selbst zu re-orientieren, aus Flashbacks herauszufinden und Affekte zu modulieren. Imaginationsübungen (sicherer Ort, Tresor etc. (10)) werden nicht im Gruppensetting durchgeführt, sondern nur in der Einzeltherapie.

d) Fokus Inneres Team/Egostate Ansatz: Das Verständnis der Persönlichkeit als System im Sinne einer inneren Familie als Summe von Egostates (8, 11) wird explizit in psychoedukativer Form oder implizit in die Gruppe eingebracht. Es wird den Teilnehmer(inne)n ermöglicht, erste Kontakte aufzunehmen mit inneren Anteilen im Sinne eines verletzten Kindes, Helferanteilen, Verteidigerpersonen oder auch Täterintprojekten, Es wird .versucht, im Rahmen der Gruppendialoge auf negative Grundannahmen („ Idee fixe" nach Janet, (4)) zu achten und diese an die Gruppe zurückzuspiegeln bzw. schriftlich festzuhalten und wieder zum Thema zu machen. Auch Komplexreaktionen können Hinweise sein auf innere Anteile, die sich im Rahmen des Gruppendialoges melden. Es besteht z.B. die Möglichkeit, auf Botschaften einzugehen, die über Affektausdruck oder Körperreaktionen auf unbewusste innere Anteile hindeuten. Bei der Egostate-Arbeit ist von zentraler Bedeutung eine wertschätzende Haltung der Therapeut(inn)en gegenüber allen inneren Anteilen mit dem Versuch, therapeutische Allianzen aufzubauen und die grundsätzliche Absicht der Persönlichkeitsanteile, das Gesamtsystem zu erhalten, zu würdigen. Möglicherweise können Techniken wie Affektbrücke (11), Aufstellungsarbeit mit Stühlen oder auch Aufstellung von Persönlichkeitsanteilen mit Gruppenteilnehmer(inne)n durchgeführt werden. Wenn Gruppenteilnehmer(inne)n zu einer Aufstellung von Egostates einzelner Mitglieder bereit sind, wird damit wieder die Gesamtgruppe einbezogen, und sie stellt einen äußeren Spiegel des inneren Teams des einzelnen Patienten dar. Im Sinne dieser Spiegeleffekte Außengruppe vs. Inneres Team können häufig Projektionen/Übertragungen sehr gut bearbeitet bzw. realisiert werden. Eine positive Kohäsion der Gruppe fördert die Integration des fragmentierten Selbst einzelner GruppenteilnehmerInnen. Die positive Gruppenkohäsion – eine sichere, bindende Atmosphäre - ist die Grundvoraussetzung für eine Egostate-Arbeit in der Gruppe.

e) Die Sandspieltherapie nach Dora Kalf (5) ist als analytische Therapiemethode im Einzelsetting konzipiert, aber auch in der Gruppentherapie ist sie vielseitig einsetzbar. Drei Ansätze sind im Kontext der traumasensiblen Gruppentherapie möglich: Die Arbeit mit Tierfiguren im Sandkasten, die den Teilnehmern angeboten und von ihnen meist sehr spontan und intuitiv ausgewählt werden, eröffnet eine Bühne der Symbolarbeit, Die Figuren können stellvertretend für innere Helfer. gesehen werden im Sinne der Ressourcenarbeit. Frei assoziierend können die Symbole in der Gruppe amplifiziert werden. Die Aufstellung der Figuren im Sandbett gibt zweitens die Möglichkeit in Bezug auf die Position der Figuren zueinander Gruppenkommentare einzubringen und Rollenverteilungen in der Gruppe sichtbar zu machen. Ein dritter Punkt ist die Externalisierung von Egostates durch die Figuren,

ein niedrigschwelliger Zugang zur inneren Bühne! Daran schließt sich die Möglichkeit einer Aufstellungsarbeit mit Egostates, vertreten durch die Symbolfiguren, im Einzelgespräch an.

f) Fokus Bindungsphobie: Traumatische Erfahrungen finden häufig im Kontext naher Bindungssituationen statt, Täter bei kindlichem Missbrauch sind dann die direkten Bezugs- bzw. Pflegepersonen. Bei nahezu allen Traumafolgestörungen finden sich im Hintergrund letztendlich Bindungstraumata (1) mit der Folge von intrapsychischen Bindungsphobien (3). Das konflikthafte Nebeneinanderstehen von bindungssuchenden und bindungsphobischen intrapsychischen Anteilen erhält die Dissoziation aufrecht. Positive Bindungserfahrungen in der Gruppe können hier heilend wirken, und es ist häufig notwendig, das Agieren von bindungsphobischen Anteilen bewusst anzusprechen und zu thematisieren bzw. in der Gruppe zu spiegeln.

g) Fokus Phobie vor traumaassoziierten Affekten: Ähnlich wie die intrapsychische Phobie gegenüber der Bindung sind bei Traumapatient(inn)en Phobien vor traumaassoziierten Affekten die Regel (3). Gefühle wie Schuld- und Schamgefühle, Ohnmacht, Angst, Trauer und Wut in Verbindung mit traumatischen Erinnerungen werden vermieden, führen damit zur Vermeidungsstrategie der PTBS und halten ebenso wie die intrapsychische Bindungsphobie den dissoziativen Zustand aufrecht. In der traumasensiblen Gruppentherapie werden insbesondere Schuld- und Schamgefühle sowie die Ohnmacht angesichts der übermächtigen Bedrohungssituation thematisiert. Es ist auch wichtig, auf die Notwendigkeit der Trauerarbeit einzugehen und vorsichtig mit dem Thema Wut, insbesondere auf die nahe stehende Bindungsperson als Täter einzugehen. Darauf beruhen zerstörerische Tendenzen im Persönlichkeitssystem, die zu selbstverletzendem Verhalten führen können. Im Falle einer positiven Gruppenatmosphäre mit Vertrauen und Bindung ist es häufig möglich, dass die Patient(inn)en auf dieser Ebene sehr viel Verständnis für sich und die anderen erfahren können.

Haltung der Therapeut(inn)en in der traumasensiblen Therapiegruppe

Im Vordergrund steht die wertschätzende aber nicht wertende Einstellung der Therapeut(inn)en zum Thema Trauma, zur Bedeutung von psychischen Traumata für die Entwicklung der Symptomatik der Patient(inn)en, ihr Verständnis von Symptomen der Traumafolgestörung als Strategien, als kreative Leistungen einer Psyche, um das nicht Aushaltbare zu überleben. Hauptaufgabe der Therapeut(inn)en ist die Förderung der Gruppenkohäsion, des Selbstgefühls in der Gruppe durch Vermittlung einer Atmosphäre von Sicherheit, Vertrauen und Ehrlichkeit, für die Anwendung von Techniken der Egostate-Therapie in der Gruppe ist die Bereitschaft der Therapeut(inn)en notwendig, sich auf eine interpersonelle Trance einzulassen im Sinne der frei schwebenden Aufmerksamkeit.

Gegenübertragungsphänomene bei Traumagruppen

Therapeut(inn)en in traumaspezifischen Therapiegruppen berichten häufig über ein Gefühl von Ausbrennen, Resignation, Gefühle von Wut auf Täter aber auch täterloyale Haltungen, Einnehmen von Retterrollen (14), u.U. auch Spaltungsphänomenen in der Persönlichkeit des Therapeuten bis hin zu dissoziativen Reaktionen der Therapeut(inn)en (8). Dies sind klassische Gegenübertragungsphänomene bei der Arbeit mit psychischen Traumata bzw. Folgen einer Sekundärtraumatisierung der Therapeut(inn)en. Um diesen Tendenzen entgegenzuarbeiten ist eine regelmäßige Supervision mit Fallarbeit erforderlich (zur Möglichkeit einer Parteinahme mit bestimmten Egostates siehe Fallbeispiel Marge bei Yalom (13)).

Zielsetzung und Grenzen der traumaspezifischen Gruppentherapie

Hauptziele der Therapie sind Stabilisierung der Patient(inn)en und Symptomreduktion. Weiterhin bedeutsam sind die Verbesserung des Selbstgefühls mit einer inneren Toleranz gegenüber fragmentierten Anteilen, das Verständnis für die Symptomatik der Traumafolgestörung als Bewältigungsstrategie in frühen Lebensjahren, die Förderung der Akzeptanz des eigenen traumatischen Lebensschicksals, die Aufnahme von Kontakten zu inneren Anteilen bzw. ein Verständnis für die Selbstfamilie, ev. erste therapeutische Allianzen. Die traumasensible Gruppentherapie erreicht ihre Grenzen beim Thema Traumakonfrontation. Traumatische Inhalte sind grundsätzlich v.a. in der Anfangsphase der Gruppe zu vermeiden, um Triggerreize möglichst auszuschließen und damit dissoziative Zustände zu vermeiden. Die Gruppe kann jedoch ein erster Einstieg in eine traumafokussierte Therapie mit dem Ziel einer späteren Prozessierung sein, vor allem durch erste Kontaktaufnahme mit traumatisierten Egozuständen. Voraussetzung für erste Anklänge von Traumabearbeitung ist die tragende, Sicherheit vermittelnde und Vertrauen spendende Atmosphäre der Gruppe.

Literatur Reiner Seibold:

- (1) Brisch, K.H., Hellbrügge, T., Bindungsstörungen- von der Bindungstheorie zur Therapie, Klett-Cotta, 2010
- (2) Foulkes, S.H., Gruppenanalytische Psychotherapie, Pfeiffer, 1992
- (3) Van der Hart, O., Nijenhuis, E.R.S., Steele, K., Das verfolgte Selbst, Junfermann, 2008
- (4) Janet, P., Major Symptoms of Hysteria, Hafner, 1965
- (5) Kalf, D.M., Sandspiel. Seine therapeutische Wirkung auf die Psyche, Ernst Reinhardt Verlag, 2000
- (6) Van der Kolk, B.A., McFarlane, A.C., Traumatic Stress, Junfermann 2000
- (7) Nijenhuis, E.R.S., Somatoforme Dissoziation, Junfermann, 2006
- (8) Phillips, M., Frederick, C., Hypnotherapie bei posttraumatischen und dissoziativen Störungen, Carl-Auer, 2007
- (9) Reddemann, L., et al., Dissoziative Bewusstseinsstörungen: Theorie, Symptomatik, Therapie, Thieme, 2006
- (10) Reddemann, L., Imagination als heilsame Kraft, Pfeiffer bei Klett-Cotta, 2003
- (11) Watkins, J.G., Watkins, H., Egozustände — Theorie und Praxis, Carl-Auer, 2003
- (12) Yalom, I.D., Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie, Pfeiffer bei Klett-Cotta, 1996
- (13) Yalom, I.D. Die Liebe und ihr Henker, Bertelsmann, 1999
- (14) Huber, M., Wege der Traumabehandlung, Junfermann, 2005

Literatur

Franke, G. H. (2000). *BSI Brief Symptom Inventory von L.R. Derogatis (Kurzform der SCL-90-R) - Deutsche Version -: Manual*. Göttingen: Beltz.

Kirsch, A., Michael, T., & Lass-Hennemann, J. (2011). Trauma und Gedächtnis. In G. H. Seidler, H. J. Freyberger, & A. Maercker (Hrsg.), *Handbuch der Psychotraumatologie* (S. 15–21). Stuttgart: Klett-Cotta.

Wagner, F. (2011). Die Posttraumatische Belastungsstörung. In G. H. Seidler, H. J. Freyberger, & A. Maercker (Hrsg.), *Handbuch der Psychotraumatologie* (S. 166–177). Stuttgart: Klett-Cotta.



Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

