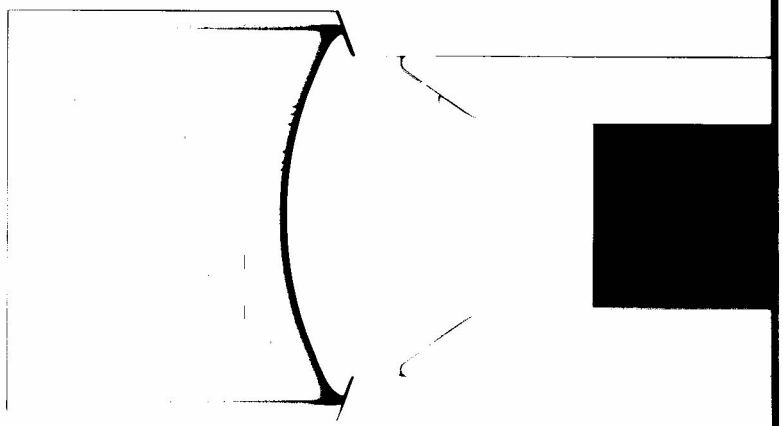

Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik

Beiträge zur Sozialpsychologie und therapeutischen Praxis

Traumabehandlung in Gruppen

D. Kunzke

Traumabearbeitung in der psychoanalytisch orientierten Gruppentherapie

K. Schellenberg et al.

Therapie-Evaluation bei traumatisierten Patienten mit dissoziativen Symptomen

B. Hain et al.

Integrierte traumaassoziierte Kurzzeittherapie für Akuttraumatisierte

J. Kleinberg

Arbeiten nach dem 11. September: Überlegungen zur traumabedingten Arbeitsstörung

Vandenhoeck & Ruprecht in Göttingen

Herausgegeben von

Angelika Berghaus
Jörg Burmeister
Jochen Eckert
Rolf Haubl
Oliver König
Ingrid Krafft-Ebing
Eva Krebs-Roubicek
Franziska Lamott
Henning Schauenburg
Bernhard Strauß

Sonderdruck

3. Vierteljahresheft
3/2004
40. Jahrgang

Inhalt

Editorial 221

D. Kunzke
Traumabearbeitung in der psychoanalytisch orientierten Gruppentherapie: eine Kontroverse 225
Treating trauma in psychoanalytically oriented group therapy: A controversy

K. Schellenberg, M. Niebecker, D. Mattke, A. Hofmann, K. Schreiber-Willnow und W. Hussy
Therapie-Evaluation bei traumatisierten Patienten mit dissoziativen Symptomen in einer stationären psychosomatischen Behandlung 248
Traumatized patients with dissociation in in-patient group psychotherapy

B. Hain, R. Micka, C. Wiegand, A. Hofmann und G. H. Seidler
Integrierte traumaassoziierte Kurzzeittherapie für Akuttraumatisierte (INTAKT) – Ergebnisse einer Pilot-Studie zur Wirksamkeit von ressourcenorientierter Behandlung in der Gruppe und EMDR 277
Integrated trauma associated short-term psychotherapy for acute traumatized patients – Results from a study including a small population about the effectiveness of ressource-oriented treatment in groups in combination with EMDR

J. Kleinberg
Arbeiten nach dem 11. September: Überlegungen zur traumabedingten Arbeitsstörung aus der Gruppenperspektive 297
On-the job after 9/11: Looking at worker's block through a group lens

Autoren und Autorinnen 318
Buchbesprechungen 320
Tagungskalender 327
Mitteilungen 329

Aus dem Inhalt des nächsten Heftes

Thema: Gruppenpsychotherapieforschung

E. Fenner, B. Strauß: Prozess-Ergebnis-Zusammenhänge in einer stationären analytisch orientierten Gruppenpsychotherapie – Eine Replikationsstudie. – D. Mattke, K. Schreiber-Willnow: Das Gruppenklima in geschlossenen Kurzzeitgruppen in der stationären Psychotherapie. – B. Strauß, H. Kirchmann: Eine naturalistische Studie zu Veränderungen und therapeutischen Faktoren in der Gruppenanalyse – Ergebnisse der GRAS-Studie. – V. Tschuschke: Der Gruppenleiter-Bogen (GLB) – Ein neues Instrument für Forschung und Praxis.

Die Zeitschrift wird regelmäßig von den Literaturdatenbanken „European Psychologist", PSYNDEX, SCISEARCH und den Referatedienst „Current Contents (SSCJ)" und „Psychologischer Index" ausgewertet.

Gedruckt auf umweltfreundlichem, chlor- und säurefreiem Papier.

Gruppenpsychother. Gruppendynamik 40: 225–247. ISSN 0017-4947
© Vandenhoeck & Ruprecht 2004

Traumabearbeitung in der psychoanalytisch orientierten Gruppentherapie: eine Kontroverse

Dieter Kunzke

Zusammenfassung

Die Möglichkeiten der Bearbeitung traumatischer Erfahrungen in der psychoanalytisch orientierten Gruppentherapie werden derzeit sehr kontrovers beurteilt. Die Gegner sehen die Gefahr wechselseitigen „Triggerns" innerhalb der Gruppe mit dem einhergehenden Risiko von retraumatisierenden Gruppenprozessen. Außerdem könne dissoziativ abgespaltenes Material nicht durch Deutungen u. a. der Übertragung integriert werden. Die Befürworter sehen in der partiellen Reinszenierung traumatischer Erfahrungen innerhalb der Gruppentherapie durchaus positive Möglichkeiten, weil so der komplexen sozialen Natur besonders innerfamiliärer Traumatisierungen Rechnung getragen werden könne. Die Gruppe habe zudem eine wichtige, validierende Funktion gegenüber dem Trauma und könne die Integration der verschiedenen Aspekte traumatischer Erfahrungen wirksam unterstützen. Aus der Sicht des Autors ist die Frage der Traumabearbeitung in der Gruppe vor allem eine Frage der Möglichkeiten der Patienten und des Therapeuten. Relevante Entscheidungskriterien wie Art und Schwere der Traumatisierung, Ausprägung der posttraumatischen Belastungsstörung; Stabilität, Ichstruktur und Bewältigungsmöglichkeiten; die Behandlungsphase, die zur Verfügung stehende Behandlungszeit, die Behandlungsziele, stationäres oder ambulantes Setting; die Struktur der Gruppe und die dem Therapeuten zur Verfügung stehenden Interventionstechniken und Kompetenzen usw. werden herausgestellt. Im Anschluss werden spezielle Interventionstechniken, insbesondere auch zur Verhütung retraumatisierender und anderer dysfunktionaler Vorgänge in der Gruppentherapie, beschrieben. Zuletzt werden noch störungsspezifische Erschwerungen in der gruppentherapeutischen Behandlung von Traumaopfern herausgestellt.

Schlagwörter

Trauma – Gruppentherapie – Psychoanalyse – posttraumatische Belastungsstörung

Summary

Treating trauma in psychoanalytically oriented group therapy: a controversy

At present the possibilities for treating traumatic experiences in psychoanalytic oriented group therapy are discussed very controversly. The antagonists stress the danger of mutual triggering and subsequent retraumatization. Apart from this, they put forward that dissociative material cannot integrated by e. g. interpreting transference. The protagonists point out the positive possibilities of partial reenactments within the group. They emphasise that the complex nature of intrafamilial traumatization could be better taken into account. The group has often also an important validating function of the traumatic experience and can help to integrate different aspects, emotions and cognitions. In the authors opinion the question – grouptherapy, yes or no – cannot be answered without regarding the patients potentials and the therapists skills. Determining factors are kind and severity of trauma, severity of posttraumatic stress disorder, ego strength and ego structure, coping mechanisms, the stage of therapy, the available time, the aims of treatment, inpatient or outpatient setting, the structure of the group, and on therapeutic side the mastery of different intervention skills and techniques. The impact of these factors will be discussed and also the possibilities and limitations of psychoanalytical oriented group therapy. Thereafter special techniques for avoidance of retraumatizing and other dysfunctional group processes will be described. Lastly specific obstacles and impairments to the treatment of trauma survivors are pointed out.

Keywords

trauma – group therapy – psychoanalysis – posttraumatic stress disorder

1 Einleitung

Bevor ich mich dem eigentlichen Thema zuwende, möchte ich den modernen Traumabegriff genauer bestimmen: Der Begriff Trauma ist griechischen Ursprungs und bedeutet Verletzung, Wunde, im weiteren Sinne auch Niederlage. Fischer und Riedesser definieren das Psychotrauma in ihrem „Lehrbuch der Psychotraumatologie" genauer als ein „vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und

den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt" (Fischer u. Riedesser 1999, S. 79). Nach dem aktuellen Verständnis ist die Posttraumatische Belastungsstörung eine somato-psychische Störung (Hüther 1997; Özkan et al. 2000; van der Kolk 1998; van der Kolk et al. 1998; Wilson u. Raphael 1993). Die überflutende Wucht der traumatischen Erfahrung blockiert die Integration in das deklarative und episodische Gedächtnis; stattdessen werden diese Erlebnisse als diskret gespeicherte Sinneseindrücke abgelegt und bleiben damit von den übrigen Lebenserfahrungen abgeschnitten (Brenneis 1998; Markowitsch 1998; van der Kolk et al. 1998; Wessa u. Flor 2002). So gespeicherte, traumatische Erfahrungen können schon durch relativ schwache Hinweisreize als unmittelbares, filmartiges Wiedererleben in Form so genannter Flashbacks reaktiviert werden. Allerdings kann nur während der Reaktivierung des Traumas ein Teil dieser Erfahrung im Nachhinein verbalisiert werden. „Die leichte Auslösbarkeit traumatischen Wiedererlebens in Form von Bildern, Geräuschen und Körpersensationen bei gleichzeitig wenig ausgebildeten verbalen Gedächtnisspuren stellt ein Haupthindernis der nachträglichen Verarbeitung traumatischer Erfahrungen dar" (Kunzke u. Güls 2003, S. 51).

Komplexe PTSD[1] nach Judith Herman (1992a) meint ein besonders schweres Störungsbild als Folge wiederholter, lang andauernder, massiv traumatischer Erfahrungen wie Kriegserfahrungen, Erfahrungen mit Folter und Konzentrationslagern, aber auch den oft unterschätzten innerfamiliären Traumatisierungen (Kunzke u. Güls 2003).

Die Frage – Traumabearbeitung in der Gruppe, Ja oder Nein – erscheint gerade für stationäre Behandlungsansätze aus mehreren Gründen essentiell: Unter den schwer bis schwerst gestörten Patienten stationärer Einrichtungen befindet sich in der Regel ein hoher Anteil traumatisierter Menschen (Herman 1997, S. 123; Mueser et al. 1998; Zimmerman u. Mattia 1999), andererseits bietet gerade das stationäre Setting durch den haltgebenden Rahmen und die Versorgung rund um die Uhr bessere Möglichkeiten als im ambulanten Rahmen, um auch mit sehr instabilen Patienten zurechtzukommen. Auf die Frage, ob nicht gerade der regressionsfördernde stationäre Rahmen Prozesse der Destabilisierung begünstigen kann, möchte ich hier nicht näher eingehen (vgl. hierzu Trimborn 1983). Besonders in der stationären Psychotherapie mit schwer gestörten Patienten werden häufig und unvorhergesehen – oft auch unvermeidbar – Szenen traumatischer Erfahrungen reaktiviert, die in besonderem Maße unsere therapeutischen Kompetenzen herausfordern. Meiner Erfahrung

[1] Ich benutze in dieser Arbeit generell die besser eingeführte Abkürzung PTSD für Posttraumatic Stress Disorder statt PTBS für Posttraumatische Belastungsstörung.

nach lassen sich solche Prozesse auch in der Gruppentherapie nicht immer kontrollieren. Aus diesen Gründen ist dieses Thema auch für die Arbeit auf nicht primär traumatherapeutisch ausgerichteten Stationen relevant.

2 Traumabearbeitung in der Gruppenpsychotherapie

Es gibt mittlerweile eine Vielzahl von Veröffentlichungen, die sich dem Thema Traumabearbeitung in der Gruppentherapie widmen. Eine erhebliche Zahl von Psychotherapeuten favorisiert Gruppentherapie allein oder in Verbindung mit Einzeltherapie auch für die Arbeit mit früh, mehrfach und innerfamiliär traumatisierten Patienten (u. a. von Alexander et al. 1989; Allen u. Bloom 1994; Benjamin u. Benjamin 1995; Carbonell u. Parteleno Barehmi 1999; Cloitre u. Koenen 2001; Cole 1985; Damm 1995; DiNunno 2000; Donaldson u. Cordes-Green 1994; Fine u. Madden 2000; Ganzarain 2000; Ganzarain u. Buchele 1990; Ganzarain u. Buchele 1993; Gold-Steinberg u. Buttenheim 1993; Goodwin u. Talwar 1989; Hazzard et al. 1993; Heigl-Evers u. Ott 2000; Herman u. Schatzow 1984; Hirsch 1995; Hopper 1997; Johnson u. Lubin 2000; Kanas 1999; Koller et al. 1992; Lindbom Jakobson u. Lindgren 1997; Mennen u. Meadow 1992; Morgan u. Cummings 1999; Muller u. Barash Kishon 1998; Pines 2001; Rachman 1981; 1988; Rachman 1999; Raubolt 1999; Rosenheim u. Elizur 1977; Stevenson 1999; Talbot et al. 1998; Tsai u. Wagner 1978; Wolfsdorf u. Zlotnick 2001; Zaidi 1994; Zlotnick et al. 1997). Manche von ihnen halten sogar Gruppenpsychotherapie in der Traumabehandlung für das Mittel der Wahl (Koller et al. 1992; Nicholas u. Forrester 1999).

2.1 Vorbehalte gegenüber der Traumabearbeitung in der psychoanalytisch orientierten Gruppentherapie

Andere Traumatherapeuten raten von Traumabearbeitung in der Gruppe sehr stark ab, zu ihnen gehören auch Reddemann und Sachsse (1998; 2000, S. 562). Sie betonen generell, dass eine psychoanalytisch orientierte Psychotherapie, welche Regression, das Entstehen von Übertragung und Gegenübertragung sowie die Reinszenierung traumatischer Erfahrungen fördert, ungeeignet ist, da dies eher zu Retraumatisierungen führt und die Zerstörung des therapeutischen Arbeitsbündnisses wahrscheinlich macht. Anhand einer Vignette von Ganzarain und Buchele aus einer Gruppe mit Inzestopfern, möchte ich solch schwer handhabbare Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse illustrieren: „Betty beschrieb

uns lautstark als ‚nicht fürsorglich, arrogant und dumm'. Sie zweifelte unsere Befähigung an und kritisierte unsere Interventionen. Wilma stimmte dem zu, als sie postulierte, dass ‚wann immer etwas Gutes aus der Gruppe käme, käme es von den anderen Gruppenmitgliedern, die sich gegenseitig helfen würden, von den Therapeuten hingegen wären keine brauchbaren Beiträge zu erwarten.' Die Entwertung von uns Therapeuten fand in Bettys Anrufen bei anderen Einrichtungen mit der Frage nach anderen gruppentherapeutischen Programmen für Inzestopfer ihren Höhepunkt. Die Patienten waren bereit als ganze Gruppe zu einer anderen Einrichtung zu wechseln, da sie uns für nicht qualifiziert hielten, sie zu behandeln. In unseren eigenen Worten, während dieses bitteren Machtkampfes fühlten wir uns in die Enge getrieben, kontrolliert; und hatten Angst, dass alles was wir sagten, als sadistischer Angriff auf sie behandelt würde. Die Kommunikation war in einem Ausmaß gestört, dass sie zeitweilig gänzlich unmöglich zu werden drohte. Wir fingen an, an unserem Vermögen zu zweifeln, unsere klinischen Fertigkeiten nutzen zu können, um die Gruppe durch diese ausgeprägte paranoide Krise hindurchzuführen" (Ganzarain u. Buchele 1988, S. 44, übersetzt D. K.).

Vermutlich Erfahrungen wie diese, veranlassen Reddemann und Sachsse zu ihrer grundsätzlichen Skepsis gegenüber regressions- und übertragungsbegünstigenden Arbeitsweisen: „Therapiemethoden in der Tradition der Psychoanalyse vertreten nicht selten, dass die Heilung eines Symptoms ausschließlich oder doch überwiegend dadurch geschieht und geschehen müsse, dass dieses Symptom in eine Störung der therapeutischen Beziehung umgewandelt wird, um dann in der therapeutischen Beziehung gedeutet und aufgelöst werden zu können (Ehlert-Balzer 1996; Hirsch 1993) [...]. Dieses Vorgehen hat sich für uns bei der Arbeit mit traumatisierten Menschen nicht bewährt (Reddemann u. Sachsse 1998, 1999; Sachsse 1996). Die Externalisierung und Inszenierung von Täter-Opfer-Konstellationen führt zwangsläufig zu einem Verlust der therapeutischen Arbeitsbeziehung: Sind traumatische Erfahrungen dissoziativ vom reflektionsfähigen Bewusstsein abgespalten, dann sind sie der inneren Metaebene nicht zugänglich – sonst sind sie nicht dissoziiert. Ihre Reinszenierung in der therapeutischen Beziehung ist deshalb schwierig, oft aber gar nicht durch Deutungen und verbale Aufarbeitung wirksam auflösbar. Dies führt zu langwierigen, unbefriedigenden und leidvollen Therapieverläufen" (Reddemann u. Sachsse 2000, S. 562). „Regression im Rahmen der therapeutischen Beziehung ist in der Anfangsphase und lange in die Therapie hinein nicht erwünscht. Deshalb vermeiden wir alle Interventionen, die stresserhöhend und regressionsfördernd sein könnten, wie etwa längeres Schweigen, emotionale Reaktionslosigkeit, Undurchsichtigkeit (‚Pokerface') sowie konfliktverstärkende Interventionen. Wenn wir verzerrte Wahrnehmun-

gen der therapeutischen Beziehung registrieren, etwa projektive Identifikationen oder negative respektive idealisierende Übertragungen, sprechen wir diese als Fehlwahrnehmungen freundlich, aber bestimmt an und bestehen auf einer Wahrnehmungskorrektur" (Reddemann u. Sachsse 2000, S. 565). „Wir streben eine therapeutische Beziehung an, die idealerweise eine reine Arbeitsbeziehung ist. Alle Manifestationen traumabedingter Verzerrungen des Selbst- und Objekterlebens, aber auch alle Schritte zum Aufbau guter innerer Objekte sollten idealiter in der Imagination, in einem imaginären Intermediärraum zwischen Therapeuten und Patientin stattfinden. Containment geschieht in diesem gemeinsamen Intermediärraum (Reddemann u. Sachsse 2000, S. 563). Sie befürworten die Arbeit in Gruppen nur für den Aufbau von Möglichkeiten zur Kontrolle gegenüber Affektstürmen, für die Entwicklung von Techniken zur Selbstberuhigung und zur Ressourcenerschließung. Das Thematisieren traumatischer Erfahrung in der Gruppe wird von ihnen als wenig hilfreich angesehen, da die Patienten sich dabei wechselseitig anstecken können und die Gefahr der Retraumatisierung sehr groß ist. „Die Beschäftigung mit traumatischem Material findet ausschließlich in der Einzelarbeit statt, da das Erzählen traumatischer Szenen sowohl die Patientin als auch die Zuhörerinnen triggern kann und unvorhersehbare Reaktionen retraumatisierender Qualität haben oder auch Schuldgefühle auslösen können" (Reddemann 2000, S. 125). Außerdem sieht Reddemann die Gefahr, dass in der schwer kontrollierbaren Gruppensituation nicht die integrative Verarbeitung traumatischer Erfahrungen gefördert wird, d. h. die Einheit von Kognition, Perzeption, Affekt und Körpererleben wieder hergestellt wird, sondern stattdessen nur einzelne Elemente dieser Totalität erlebt werden, andere dagegen gemäß traumatischer Verarbeitungsmuster abgespalten bleiben und sich die dissoziativen Abwehrmechanismen verstärken. „Alle Kliniker kennen das Phänomen, dass Patient(inn)en 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" (Reddemann 2000, S. 124).

Etwas weniger strikt in der Ablehnung von Übertragungs-Gegenübertragungs-Deutungen umreißt Reddemann ihr Konzept störungsadaptierter Gruppentherapie bei Traumaopfern wie folgt: „Bei den Kleingruppenangeboten handelt es sich um tiefenpsychologisch fundierte ressourcen-orientierte integrative Angebote. Die Leiterin versteht das Material der einzelnen Gruppenmitglieder in bezug auf sich selbst und die Gruppe tiefenpsychologisch, interveniert dann ressourcen-orientiert, entwicklungsfördernd und zukunftsorientiert. [...] Die Interventionsstrategien sind integrativ, weil sie sowohl auf kognitiv-behaviorale Interventionen zurückgreifen wie auf imaginative Arbeit, psychoedukative Elemente und gelegentlich, wenn eine Gruppe stabil ist, auch auf Interventionen in bezug auf die Gruppendynamik und Übertragungs-Gegenübertragungs-Deutung" (Reddemann 2000, S. 127).

2.2 Die Pro-Position

Dagegen betonen die Therapeuten, die die Bearbeitung traumatischer Erfahrungen in der Gruppe befürworten, dass die Handhabung des Gruppenprozesses, die Struktur der Gruppe und der Patienten darüber entscheidet, ob sich ein heilsamer Prozess entfalten kann oder nicht (Heigl-Evers u. Ott 2000; Hirsch 1995; Rachman 1988; Raubolt 1999; van der Kolk 1993). Die Beantwortung der Frage, ob generell partielle oder umfassendere traumatische Reinszenierungen in der Gruppe ein geeignetes Vehikel der Traumabehandlung sein können, erfordert neben der Beachtung der oben genannten Gegenargumente auch eine genauere Betrachtung der Vorteile der Gruppenbehandlung.

Eine Reihe von Gruppentherapeuten (Ganzarain u. Buchele 1988; 1993; Tyson u. Goodman 1996) sehen die Reinszenierung der Täter- und Opfer-Repräsentation in Übertragung und Gegenübertragung als ein zentrales Instrument zur Integration und Verarbeitung von z. B. Inzest-Erfahrungen an. Diese, die Traumabearbeitung in der Gruppe befürwortende Position wird unterstützt durch eine Untersuchung von Bonney et al. (1986), die rückwirkend die Teilnehmer einer Gruppentherapie für weibliche Inzestopfer nach den subjektiv wahrgenommenen kurativen Faktoren der Behandlung befragten; dabei rangierten die Reinszenierungen von familiären Beziehungsmustern noch vor dem interpersonellen Lernen. Andererseits hat eine Untersuchung von Solomon et al. (1992; van der Kolk et al. 2000, S. 310) gezeigt, dass die subjektive Einschätzung von traumatisierten Patienten wie die ihrer Therapeuten nicht unbedingt ein reliables Urteil gegenüber der tatsächlichen Effektivität einer Traumabehandlung darstellt.

Grundsätzlich ist hinzuzufügen, dass fast alle Therapeuten Traumabearbeitung in der Gruppe nur dann empfehlen, wenn zuvor eine längere Phase stabilisierender Psychotherapie stattfand (Gallagher u. Kibel 2000; Goodman u. Weiss 2000; Herman 1997, S. 214–236; Johnson u. Lubin 2000). In dieser Diskussion darf auch nicht übersehen werden, dass viele der Psychotherapeuten, die für psychodynamische Gruppentherapie bei frühen und schweren Traumatisierungen votieren, von Langzeitbehandlungen ausgehen (so u. a. van der Kolk), die ein schonenderes und fein abgestimmtes Vorgehen erleichtern. In eher kurzfristigen, stationären

Behandlungssettings ist die Traumabearbeitung in der Gruppe dagegen in der Regel nicht indiziert.

2.2.1 *Indikatoren für Traumabearbeitung in der Gruppe und die Steuerung des Gruppenprozesses*

Die Frage „Traumabearbeitung in der Gruppentherapie" ist auch eine Frage der Indikation. Van der Kolk (1993) vertritt hier eine differenzierte Position. Er weist zunächst darauf hin, dass Gruppentherapie bei „einfachen Posttraumatischen Belastungsstörungen", etwa hervorgerufen durch Katastrophen natürlichen oder menschlichen Ursprungs, gemeinhin als effektiv betrachtet wird, dass jedoch Patienten mit langanhaltenden, innerfamiliären Traumatisierungen stärker von Einzelpsychotherapie profitieren, da hier die Voraussetzungen eher gegeben sind, wieder Vertrauen in hilfreiche Dritte herzustellen und der traumabedingte Rückzug aus zwischenmenschlichen Beziehungen im geschützten Rahmen eher bearbeitet werden kann. Die traumatischen Erfahrungen können fein abgestimmt auf die individuellen Bewältigungsmöglichkeiten nach und nach durchgearbeitet und zu den aktuellen Beziehungsmustern in Verbindung gesetzt werden. Auch die erhebliche Scham- und Schuldgefühlsproblematik, die in der Regel schwer traumatische Erfahrungen begleitet, lasse sich in der vertrauteren und privateren einzeltherapeutischen Situation leichter überwinden (van der Kolk 1993, S. 553); wenngleich ihre völlige Auflösung m. E. eher in der Gruppe gelingt. An einem bestimmten Punkt angekommen, könne Einzeltherapie nach van der Kolk jedoch dazu beitragen, dass sich traumatypische, dysfunktionale Verhaltens- und Erlebensweisen wie Rückzug, Unterordnung und Hilflosigkeit eher verfestigen, weil aktive, beruhigende, klärende und supportive Funktionen zu einseitig an den Therapeuten delegiert werden bzw. eine solche, aus einer früheren Behandlungsphase stammende Beziehungsdynamik, sich nicht mehr revidieren lässt. Häufig verfestigen sich im längeren Verlauf auch Phantasien, dass nur die ständig unterstützende Beziehung zum Therapeuten ausreichend Hilfe und Stabilität im Leben zu geben vermag. Durch zerstörerische Erfahrungen mit den Elternfiguren kann die Durcharbeitung negativer und ambivalenter Gefühle gegenüber dem Einzeltherapeuten – die eine Loslösung von ihm erleichtern würde – sehr stark erschwert werden. Solche Spaltungstendenzen gegenüber dem Therapeuten lassen sich hingegen in der Gruppentherapie durch die multilateralen Gruppenprozesse und die daraus entstehenden, facettenreichen und differenzierten Bilder aller Beteiligten leichter korrigieren (Segalla et al. 2000). Das multiple Übertragungsangebot in der Gruppe entlastet zudem den Therapeuten und

kann bis zu einem gewissen Grade auch vor schwer handhabbaren, affektiven Zuspitzungen in der Arbeitsbeziehung schützen.

In der Gruppentherapie ist es für die Patienten längerfristig schwerer in einer passiven Rolle zu verharren, so können sie leichter die ich-stärkende Erfahrung machen, dass nicht allein der Therapeut Kompetenzen hat, unterstützend und hilfreich bei anderen zu wirken, sondern auch sie selbst (Segalla et al. 2000). Selbstobjekterfahrungen, Gefühle der Selbstwirksamkeit, Selbstvertrauen, Effizienz und Kompetenz werden in der Gruppentherapie häufig stärker gefördert als in der Einzeltherapie. Die bei Traumaopfern oft vorhandene Tendenz, sich nur noch aus der Opferperspektive wahrzunehmen, wird durch die unterschiedlichen identifikatorischen Prozesse und Rollenübernahmen der Gruppenmitglieder innerhalb von „Modellszenen" (Lichtenberg 1989) relativierend beeinflusst. Dies unterstützt die Entwicklung der „therapeutischen Ich-Spaltung" (Sterba 1934) und damit die Möglichkeit zur inneren Distanzierung.

Gruppentherapie bei Traumaopfern sehen Goodmann und Weiss in folgenden Fällen indiziert: „(1) Die Traumabearbeitung droht den ursprünglichen Behandlungsfokus einer Einzelbehandlung zu überfluten, welcher möglicherweise nicht einmal das Trauma selbst ist, so dass eine weiteres Setting gebraucht wird, um das Trauma zu bearbeiten; (2) der Patient wünscht eine tiefergehende, traumafokussierende Erfahrung; (3) der Patient möchte eine vollständigere Erinnerung an das traumatische Ereignis; (4) der Patient bedarf einer Auseinandersetzung mit seiner sozialen Isolation, mit Schamgefühlen und mit seinen, aus dem Trauma herrührenden, selbstabwertenden Tendenzen; und/oder (5) der Patient hat das Bedürfnis durch die traumatische Erfahrung zerbrochenen, zwischenmenschlichen Beziehungen wiederherzustellen" (Goodman u. Weiss 2000, S. 48, übersetzt D. K.).

Eines der entscheidenden Argumente in der Kontroverse um die Bearbeitung traumatischer Erfahrungen in der psychoanalytisch orientierten Gruppentherapie bringt Reddemann auf den Punkt: „Eine Arbeit am Trauma sollte so wenig retraumatisierend wie möglich sein. Meines Erachtens sollten Therapeuten aller Therapieschulen ihre Interventionstechniken daraufhin überprüfen" (Reddemann 2000, S. 124). Die oben aufgelisteten Punkte eins, zwei und drei von Goodman und Weiss, aber auch viele Ansätze anderer Gruppentherapeuten, sind auf dieses Argument hin kritisch zu überdenken.

Meinem Eindruck nach beruht die gesamte Kontroverse zum Teil auf einem Missverständnis: Häufig wird nicht ausreichend nach der Schwere, dem Zeitpunkt und der Dauer der traumatischen Erfahrungen differenziert, stattdessen beziehen sich unterschiedliche Behandler unreflektiert auf ein unterschiedlich schwer traumatisiertes Klientel. So kann es

gerade bei schweren, früh und langjährig geschädigten, sprich komplex traumatisierten Patienten zunächst indiziert sein, in individuell abgestimmter Weise mit einer fokussierenden, modernen Traumakonfrontationsmethode zu arbeiten. Moderne Traumabearbeitungsverfahren wie EMDR (Hofmann 1999; Lamprecht 2000; Shapiro 1998), die Bildschirmtechnik (Cardena et al. 2000; Reddemann 2001; Sachsse et al. 1998; Spiegel 1989, 1996) oder kognitiv-behaviorale Verfahren (Rothbaum u. Foa 2000) können hier oft zielgerichteter, schonender und effektiver eingesetzt werden als eine Behandlung in der Gruppe. Diese Art des Vorgehens ist in der Regel individuell auch besser steuerbar, als die Bearbeitung innerhalb der unvorhersehbaren und wechselhaften Gruppenprozesse.

Anders ist die Situation bei weniger klar eingrenzbaren und/oder weniger schweren Traumatisierungen, z. B. solchen, die nicht durch Erfahrungen chronischer physischer Gewalt jedweder Form geprägt sind, sondern u. a. auf schädliche Bindungs- und Beziehungserfahrungen zurückgehen. Bei Erfahrungen wie massiver Ablehnung und Zurückweisung, chronischer Entwertungen, Beziehungsabbrüche, Verluste und Trennungen usw. können Gruppen überaus hilfreich sein, die zugehörigen inneren Bilder, Affekte, Gedanken und Körpergefühle in authentischer und umfassender Weise zu reaktivieren, um sie dann effektiv mit Unterstützung der Gruppe durchzuarbeiten. Gerade, wenn Erfahrungen nicht primär dissoziativ verarbeitet wurden, ihre Bedeutung jedoch nicht wirklich wahrgenommen, gefühlt und verstanden wird, kann die validierende Funktion der Gruppe enorm hilfreich sein, indem sie dem Betroffenen zu einem klareren und tieferen Verständnis für die Bedeutung und Auswirkungen traumatischer Erfahrungen verhilft. Auch der häufig unbewusst steuernde Charakter traumatischer Erfahrungen kann dadurch verstanden und verringert werden. Die haltende und unterstützende Funktion der Gruppe kann im weiteren Verlauf die vollständige Bearbeitung traumatischer Erfahrungen ermöglichen.

Das entscheidende Kriterium, ob eine Traumakonfrontation heilsam ist oder nicht, ist nach Reddemann die Frage, ob mittels des therapeutischen Prozesses die Integration von Kognition, Perzeption, Affekt und Körpererleben erzielt wird oder im Gegenteil dissoziative Verarbeitungsmuster zunehmen und sich verfestigen. Dieses Kriterium sollte auch für Gruppentherapeuten eine conditio sine qua non sein. Es kann darüber hinaus eine Richtschnur für die optimale Steuerung des Gruppenprozesses sein. So kann der Therapeut in Gruppensituationen, in denen traumatisches Erleben angesprochen wird, überprüfen, ob bei betroffenen Patienten Kognitionen, Affekte, Perzepte und Körpergefühle zusammenwachsen oder ob sie etwa nur indifferent affektiv überflutet werden. „Unvollständiges Wiedererleben von perzeptiven und affektiven Elementen des Traumas verhindert den Aufbau einer integrierten Erinnerung – einer Erinnerung, die nicht mehr als Auslöser konditionierter Reaktionen fungiert" (van der Hart u. op den Velde 1991, übersetzt, van der Kolk et al. 2000). Es ist eben nicht so wie viele tiefenpsychologisch ausgerichtete Psychotherapeuten annehmen, dass primär die wiedergewonnene Symbolisierungsfähigkeit gegenüber traumatischen Erfahrungen zur Bewältigung des Traumas führt. So weist van der Kolk gerade daraufhin, dass die Erfahrung im Gegenteil zeigt, dass die primäre Quelle des Leidens infolge traumatischer Erfahrungen, nämlich die schweren intrusiven Symptome, durch eine neu- oder wiedererlangte Symbolisierungshäufigkeit sehr oft nicht beseitigt wird, sondern bestehen bleibt und der Patient sich weiterhin sehr stark belastet fühlt (van der Kolk 2000, S. 232). Die Erlangung der Symbolisierungsfähigkeit ist ein notwendiger, aber nicht hinreichender Bestandteil effektiver Traumabearbeitung. Dies macht deutlich, dass das therapeutisch unterstützte Durchleben des Traumas – zwar dosiert, aber in toto – für eine wirkliche Auflösung der traumatischen Matrix unerlässlich ist. In der Praxis kann der Therapeut dies fördern, indem er je nach Verlauf der Bearbeitung gegebenenfalls die unterrepräsentierten Modi – Kognitionen, Affekte, Perzepte oder Körpergefühle – durch geeignete Interventionen stärker integriert. Oder, wenn dies nicht gelingt und z. B. eine zu massive Affektüberflutung droht, den Patienten wieder mehr in das Hier und Jetzt zurückführt und seine Abwehr unterstützt. So kann er mit wachsender Erfahrung einen flexiblen, die Verarbeitung der Patienten nicht überfordernden, Interventionsstil entwickeln.

2.3 Vermeidung von traumabedingten, dysfunktionalen Gruppenprozessen

Meiner Erfahrung nach ist das zentrale Kriterium, ob Traumabearbeitung in der analytisch orientierten Gruppentherapie sinnvoll ist oder nicht, die Frage der Dissoziationsneigung der beteiligten Patienten. Neigen Gruppenmitglieder erkennbar zu dissoziativen Verarbeitungsmustern, dass heißt zur Desintegration von Affekt, Kognition und Körpererleben, tranceartigem Wegdriften oder gar selbstverletzendem oder selbstschädigendem Verhalten, ist eine Bearbeitung traumatischer Erfahrungen in der Gruppe kontraindiziert!

Um durch geeignete Steuerung des Gruppenprozesses die Gefahr unkontrollierten „Ansteckens" der Gruppenmitglieder untereinander mit überfordernden und überflutenden Erinnerungen zu verhindern, ist es u. a. nötig, die Gruppenteilnehmer einigermaßen zuverlässig einschätzen zu können.

Gerade bei der Arbeit mit schwer- und schwerstgestörten Patienten kommt deshalb dem individuellen Gruppenvorgespräch eine zentrale Bedeutung zu. Hier sollte man versuchen, sich ein Bild zu machen über das individuelle Strukturniveau, Ich-Funktionen, Copingstrategien, Ressourcen, Substanzmissbrauch und weitere Komorbidität, Reflexions- und Introspektionsvermögen, Therapieziele, Therapie- und Änderungsmotivation und Gruppenerfahrungen, auch aus dem nicht-therapeutischen Kontext usw. (Goodman u. Weiss 2000, S. 54; Piper u. Perrault 1989). Dazu gehört natürlich eine sorgsame Erhebung der traumatischen Vorgeschichte und ihrer Symptome (Kunzke u. Güls 2003; Wilson u. Keane 1997). Es sollte routinemäßig nach besonders belastenden Erfahrungen gefragt werden. Dabei ist allerdings Vorsicht am Platz, um nicht durch zu forciertes Nachfragen intrusive Symptome und potentiell retraumatisierendes Wiedererleben zu provozieren. Man sollte dem Patienten deshalb anbieten, bei sehr belastenden und triggernden Erinnerungen lediglich vorsichtige Andeutungen zu machen. Bei Verdacht auf eine PTSD oder gar eine dissoziative Störung sind ergänzende Screening-Verfahren zu empfehlen (vgl. Kunzke u. Güls 2003), um den Schweregrad der traumatisch bedingten Störung besser bewerten zu können. Bei erkennbarer Intrusionsneigung oder dem Vorliegen dissoziativer Störungen ist eine Traumakonfrontation in der Gruppe, aber auch in der Einzeltherapie, zunächst absolut kontraindiziert!

Generell ist es eine wesentliche Aufgabe des Therapeuten in der Arbeit mit traumatisierten Patienten den Prozess der Selbstöffnung so zu regulieren, dass es weder zum affektlosen Reproduzieren traumatischer Erfahrungen noch zu einer Überflutung kommt (Goodman u. Weiss 2000, S. 58). Letztere kann für den primär betroffenen Patienten, aber auch für die anderen Gruppenteilnehmer in erheblichem Maße retraumatisierend sein.

Um die Gefahr der eskalierenden „Ansteckung durch traumatisches Wiedererleben" der Gruppenmitglieder untereinander (Klein u. Schermer 2000b, S. 26) zu verringern, bieten sich meiner Meinung nach heterogene Gruppen eher an als reine Trauma-Patienten-Gruppen. Allerdings hängt auch in heterogenen Gruppen viel von der Anzahl der traumatisierten Gruppenmitglieder ab und davon, welche Bewältigungsmöglichkeiten und Ich-Funktionen den Einzelnen zur Verfügung stehen. Leider kann es einem auch als erfahrenem Gruppentherapeuten passieren, dass in ungünstigen Gruppenkonstellationen durch das Thematisieren lebensgeschichtlich belastender Erfahrungen zusätzlich bei anderen Patienten traumatische Erfahrungen mobilisiert werden und dies sich in der ganzen Gruppe ausbreitet, so dass man nicht mehr weiß, wie man wieder Herr der Lage werden soll. Die folgende Vignette zeigt eine etwas anders geartete Variante eines dysfunktional verlaufenden Gruppenprozesses; hier zeigt sich die Überforderung der Gruppe und des betroffenen Patienten etwas verdeckter.

In einer psychoanalytisch orientierten Gruppensitzung mit alkoholkranken Patienten exploriert die Gruppe das Verhalten eines Gruppenmitglieds in einer vorangegangenen Rollenspielgruppe. Als deutlich wird, dass der Patient generell ausgeprägt konflikt- und aggressionsvermeidende Verhaltensweisen hat, frage ich ihn: Kennen Sie den Grund für ihre Zurückhaltung, wenn es um den Ausdruck von Ärger geht? Der Patient spricht von dauernden Streitereien seiner Eltern untereinander, blickt plötzlich starr zu Boden und beginnt unter Weinen zu erzählen, dass er Zeuge wurde, wie der Vater seine Mutter in einem Streit mit einem Jagdgewehr in der Küche erschossen hat. Der Patient ist einige Zeit überhaupt nicht ansprechbar und weint, andere Gruppenmitglieder starren zu Boden oder schauen hilfesuchend auf mich und die Cotherapeutin, andere geben intellektualisierende Kommentare, grinsen sogar dabei. Als der Patient wieder „auftaucht" aus seiner Erinnerung, beginnt er recht schnell zu bagatellisieren, was wiederum Ärger bei anderen Gruppenmitgliedern weckt.

In dieser Gruppensitzung war eine Integration der Erfahrung nicht zu erreichen, der Patient konnte unter der Wucht dieser Erinnerung seine affektive Überflutung nur durch Bagatellisierung und Intellektualisieren bewältigen, auch die übrigen Gruppenmitglieder waren sichtbar mitgenommen, eine Klärung und affektive Restitution konnte nicht vollständig erreicht werden.

Für den Fall, dass es in der Gruppe unerwartet zu Überflutungen durch traumatische Erfahrungen kommt oder Patienten durch das in der Gruppe aufgeworfene Material erheblich destabilisiert erscheinen, werden mittlerweile auch innerhalb der analytischen Gruppentherapie aktiv selbstberuhigende und stabilisierende Techniken der Traumatherapie (u. a. imaginative oder körpertherapeutische Übungen) empfohlen (vgl. z. B. Ott 2001, S. 57). Eine anderes Mittel der Bremsung und Beruhigung bei sich aufschaukelnden Prozessen ist eine besondere Form der Blitzlichttechnik, bei der der Therapeut aktiv maligne Prozesse der Ausbreitung, Ansteckung und Überflutung durch traumatisches Material unterbindet und jeden Einzelnen fragt, wie er gerade mit dem Gehörten umgeht (Goodman u. Weiss 2000, S. 58).

2.4 Homogene Gruppen mit Traumaopfern – Für und Wider

Segalla et al. (2000) plädieren in dieser Debatte gegen homogene Trauma-Opfergruppen und favorisieren heterogene Gruppen, da von Patienten, die nicht von schwersten innerfamiliären Traumatisierungen betroffen sind, erfahrungsgemäß wichtige Aspekte, Rückmeldungen und Positionen beigesteuert werden, die in reinen Trauma-Opfer-Gruppen eher unterrepräsentiert sind, z. B. das Ansprechen der aktuellen Beziehungsgestaltung nach dem Täter-Opfer-Prinzip und andere selbstschädi-

gende Reinszenierungen, Identifikationen mit den Tätern, Vermeidungsverhalten etc. Außerdem kann das Selbstbild – traumatisiert zu sein – auch die Funktion einer partiellen Ersatzidentität erhalten, die Abwehrcharakter gegen Weiterentwicklung und Nachreifung und der Überwindung eines reduzierten Selbstkonzeptes hat. Die übermäßige Solidarisierung der Gruppenmitglieder in einer homogenen Gruppe auf der Basis, Traumaopfer zu sein, kann dieses Muster noch verschärfen (Buchele 2000, S. 184). In ähnlicher Weise argumentieren auch Nicholas und Forrester (1999, S. 330), sich van der Kolk anschließend, betonen sie, dass homogene Gruppen zwar helfen, die meist gravierende Schuld- und Schamproblematik und das anfängliche Misstrauen untereinander zu überwinden; später jedoch kann eine einseitig wohlwollende und verständnisvolle Haltung – einhergehend mit der tendenziellen Vermeidung von Konflikten, Abgrenzung, Individuation, Entidealisierung in der Gruppe zum ernsten Entwicklungshindernis werden. Darüber hinaus repräsentieren nicht schwer traumatisierte Patienten in heterogenen Gruppen während der Traumabearbeitung häufig die Außenwelt und werden eher als unvoreingenommen wahrgenommen. Deshalb können gerade ihre Reaktionen und ihre Zeugenfunktion helfen, das Gefühl der Unwirklichkeit gegenüber dem Trauma zugunsten eines steigenden Evidenzgefühls zurücktreten zu lassen (Miller 1991; Segalla et al. 2000, S. 352).

Segalla et al. (2000) fügen diesen Bedenken noch das Argument hinzu, dass in homogenen Gruppen, bei denen alle Mitglieder besonderer therapeutischer Aufmerksamkeit und Zuwendung bedürfen, die Patienten sich untereinander schwerer ihre Aufmerksamkeit und Empathie schenken können und in solchen Gruppen weniger gut stabilisierende und aufrichtende Selbstobjekt-Erfahrungen (Lichtenberg 1991) machen können (Segalla et al. 2000, S. 353). Die Förderung von stärkenden Selbstobjekt-Erfahrungen kann in homogenen Trauma-Gruppen leicht ausschließlich zur Aufgabe des Therapeuten werden und damit Burn-out bei den Behandlern begünstigen. Außerdem sind Segalla et al. der Ansicht, dass maligne Regression in heterogenen Gruppen weniger wahrscheinlich ist (Segalla et al. 2000, S. 351.).

Goodmann und Weiss (2000, S. 52) dagegen plädieren zumindest in frühen Behandlungsphasen eher für homogene Gruppen, da eine solche Konstellation Bindungen und die Kohäsion in der Gruppe fördert, was gerade bei Traumaopfern oft eine erhebliche Schwierigkeit darstellt.

2.5 Besondere Schwierigkeiten in der psychoanalytisch orientierten Gruppentherapie mit Traumaopfern

In psychoanalytisch orientierten Gruppen mit einem hohen Anteil schwer traumatisierter Patienten sind erfahrungsgemäß – neben den bereits genannten – besondere Probleme und Erschwernisse zu erwarten (Näheres bei Ganzarain 2000; Hegeman u. Wohl 2000; Klein u. Schermer 2000b), auf die ich hier kurz eingehen möchte.

Beim Start einer neuen Gruppe oder beim Hinzukommen neuer Mitglieder besteht bei traumatisierten Patienten in besonderem Maße das Problem der Angst und des generellen Misstrauens. Dies kann das Eingehen emotionaler Beziehungen untereinander völlig blockieren (Ganzarain 2000, S. 96). Hegeman und Wohl gehen sogar soweit zu sagen: „Vertrauen ist unzweifelhaft die größte emotionale Schwierigkeit für Traumaüberlebende, besonders wenn sie sich an das chronische Trauma gewöhnt haben. Für viele hat die Furcht vor Verletzbarkeit und das Bedürfnis, Vertrauen zu zerstören, das Ausmaß einer Bindungsstörung erreicht. Wir können sicher sagen, dass für viele Vertrauen den Abschluss der therapeutischen Arbeit markiert" (Hegeman u. Wohl 2000, S. 82, übersetzt D. K.). Der schleppende und von vielen Rückschlägen durchzogene Prozess der Etablierung einer einigermaßen vertrauensvollen Gruppenatmosphäre kann für den Therapeuten durchaus einen zermürbenden Charakter bekommen. Hilfreich sind klare Gruppenregeln, das beherzte Aufgreifen der Vertrauens-/Misstrauensproblematik im Gruppenkontext und eine verlässliche, konstante therapeutische Haltung (Klein u. Schermer 2000b, S. 23). Häufig widmet sich die Gruppe zu Beginn über einen mehr oder weniger langen Zeitraum der intensiven Erforschung des Therapeuten, um sich über potentielle Gefahren, die von ihm ausgehen könnten, klar zu werden, aber auch um sich ein Bild seiner positiven Eigenschaften und Fähigkeiten zu machen (Klein u. Schermer 2000b).

Ganzarain (2000) betont, dass in Gruppen mit Traumaopfern besonders starke Spaltungstendenzen und ausgeprägte projektiv-identifikatorische Prozesse zu erwarten sind. Das bedeutet, dass Täteraspekte, Täterintrojekte und Identifikationen sehr stark auf Personen außerhalb der Gruppe, „Sündenböcke" in der Gruppe oder auf den Therapeuten projiziert werden, da die Gruppe ansonsten als zu bedrohlich erlebt würde und das Ich von akuten Vernichtungsängsten überwältigt werden könnte.

Ein häufiges Problem bei traumatisierten Patienten ist auch selbstverletzendes Verhalten oder andere Formen selbstschädigenden Agierens. Sollte es im direkten Zusammenhang mit der Gruppentherapie

auftreten, so ist es fast immer als Zeichen einer Überforderung oder gar einer Überflutung durch mobilisiertes traumatisches Material zu interpretieren. Dies ist im gegebenen Fall zu explorieren, um dann zu überlegen, in welcher Form die Patientin oder der Patient besser geschützt werden kann. Solch eine Form des Agierens ist fast immer ein Indikator dafür, dass die oder der Betroffene für eine traumabearbeitende Gruppe und/oder psychoanalytisch orientierte Gruppentherapie zu diesem Zeitpunkt noch nicht geeignet ist. Grundsätzlich trägt der Therapeut mit der Indikationsstellung für die Gruppentherapie die Verantwortung für Folgen dieser Entscheidung.

Ein weiteres Problem ist der Umgang mit Dissoziation (z. B. in Form tranceartigen Wegdriftens, vorübergehender Verlust der Ansprechbarkeit, Überflutung durch traumatisches Material). Hier geht es darum, wieder in das Hier und Jetzt zurückzuführen, indem man die Aufmerksamkeit gezielt auf das Hier und Jetzt lenkt, z. B. durch deutliches, gut vernehmliches und klares Ansprechen oder aber Fragen, die sich auf die Tageszeit, den Ort, die Gruppe beziehen und die Aufmerksamkeit auf diese Dinge lenken. Ist der dissoziative Zustand vorüber, kann es hilfreich sein, in der Gruppe die auslösenden Trigger zu explorieren. Bei Überflutungen durch traumatisches Material sind imaginative Techniken, wie sie z. B. Luise Reddemann empfiehlt (2001), sehr hilfreich.

Andere Probleme, die gerade für Traumagruppen markant sind, können in diesem Rahmen nicht oder nicht ausreichend besprochen werden, sind aber unter anderem gut in dem von Klein und Schermer herausgegebenen Buch. „Group Psychotherapy for Psychological Trauma" (2000a) behandelt. Zu diesen Problemen gehören u. a. chronische Verzweiflung, traumatische Übertragungen und Reinszenierungen, exzessive Wut, Verlust der Selbstkohäsion, selbstverletzendes Verhalten, schwere dissoziative Zustände und Störungen, massive narzisstische Verwundbarkeit, Zerstörung vs. Erhaltung des therapeutischen Raumes.

3 Fazit

Orientiert man sich an dem gängigen, dreistufigen Therapiemodell der Traumabehandlung (Herman 1992b; Janet 1925) – 1. Stabilisierung, 2. Traumakonfrontation und 3. Integration –, so zeigt die Praxis, dass für die erste Behandlungsphase Gruppentherapie sinnvoll ist, jedoch weniger ein analytisches, an Deutungen orientiertes, sondern ein mehr klärendes, informierendes und auf Stabilisierung und Coping ausgerichtetes Vorgehen, in welches bei Bedarf auch Elemente der imaginativen Verfahren oder der Körpertherapie integriert werden. Ist diese Stabilisierungsphase erfolgreich abgeschlossen, so kann man überlegen, ob es

sinnvoll ist, mit einzelnen, stabileren und verarbeitungsfähigeren Patienten bestimmte traumatische Erfahrungen in der Gruppe durchzuarbeiten. Hier sollte man jedoch Nutzen und Risiken sorgfältig gegeneinander abwägen: Was spricht wirklich für eine Bearbeitung in der Gruppe und welchen Belastungen setzt man die anderen Gruppenmitgliedern damit aus, bzw. inwiefern können die anderen Gruppenmitglieder dadurch möglicherweise wertvolle Anstöße für ihren eigenen Prozess erhalten. Es sollte grundsätzlich erwogen werden, ob bei schwereren Störungsbildern – vor allem aber bei komplexen Traumatisierungen – nicht andere Verfahren der modernen Traumatherapie[2] vorgezogen werden sollten, die hier u. U. ein schonenderes, fokussierteres und effektiveres Vorgehen gestatten. Andere, weniger klar umschriebene traumatische Erfahrungen können häufig gerade erst in der Gruppentherapie herausgearbeitet, geklärt und bearbeitet werden. Insbesondere komplexe zwischenmenschliche Beziehungssysteme aus der traumatischen Vorgeschichte können in der Gruppe oft vollständiger im Gedächtnis reaktiviert und bearbeitet werden. Auch für die dritte Phase, die der Integration, stellt die Gruppe, ein besonders hilfreiches Setting dar. Selbst wenn die wesentlichen traumatischen Erfahrungen hinreichend verarbeitet sind, finden sich in der Regel weiterhin aktive interpersonale Schemata (Horowitz 1994) traumatischer Herkunft, die den zwischenmenschlichen Kontakt unbewusst steuern, was sich u. a. in Form von Selbstreviktimisierungen und selbstschädigenden Beziehungsarrangements zeigen kann. Die bei Traumaopfern häufige Tendenz zur einseitigen Selbstsicht aus der Opferperspektive, mangelnde Initiative und Selbstverantwortung sind ebenfalls wichtige Aspekte einer vollständigen Traumatherapie. Gegenüber diesen Aspekten kann die Gruppe mit ihren vielfältigen Beziehungsinszenierungen und Beziehungsepisoden aufdeckend, bewusstmachend, klärend und korrigierend wirken. Ein weiterer wesentlicher Aspekt dieser letzten Behandlungsphase ist auch die Aussöhnung mit dem Trauma und dem eigenen Schicksal und daran anschließend die Neuorientierung und der Neubeginn. Auch hier ist der Ressourcenreichtum einer Gruppe oft eine unschätzbare Unterstützung.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass psychoanalytisch orientierte Gruppentherapie auch für Traumaopfer eine geeignete und effektive Behandlungsform darstellt, sofern sie an die besonderen Erfordernisse dieses Störungsbildes angepasst wird, wie das andere Autoren mittlerweile auch für die tiefenpsychologisch fundierte und analytische Einzelpsychotherapie fordern und beschreiben (Fischer et al. 2003).

[2] U. a. EMDR (Hofmann 1999; Shapiro 1998); Psychodynamisch-Imaginative Traumatherapie (PITT) nach Reddemann (2001) oder die hypnotherapeutische Screentechnik (Cardena et al. 2000; Sachsse 1998; Spiegel 1996).

Zum Schluss möchte ich den mit schwerst traumatisierten Patienten arbeitenden Psychoanalytiker Léon Wurmser zitieren, der die Voraussetzung für das Gelingen jeder Traumatherapie sehr schön zusammenfasst: „Es ist die Aufgabe der Psychoanalyse, die versuchten Konfliktlösungen, die sich in (...) Szenenabfolgen ausdrücken, in ihrer inneren Widersprüchlichkeit und ihrem Wiederholungszwang allmählich bewusst zu machen und traumatogene Affektstürme in Worte zu bannen. Wortgebung bedeutet aber Distanz und damit Befreiung" (2000, S. 373).

Literatur

Alexander, P.C.; Neimeyer, R.A.; Follette, V.M.; Moore, M.K.; Harter, S. (1989): A comparison of group treatments of women sexually abused as children. J. Consult. Clin. Psychol. 57 : 479–483.

Allen, S.N.; Bloom, S.L. (1994): Group and family treatment of post-traumatic stress disorder. Psychiatr. Clin. North. Am. 17: 425–437.

Benjamin, L.R.; Benjamin, R. (1995): A therapy group for mothers with dissociative disorders. Int. J. Group. Psychother. 45: 381–403.

Bonney, W.C.; Randall, D.A.; Cleveland, J.D. (1986): An analysis of client-perceived curative factors in a therapy group of former incest victims. Small Group Behav. 17: 303–321.

Brenneis, C.B. (1998): Gedächtnissysteme und der psychoanalytische Abruf von Trauma-Erinnerungen. Psyche 52: 801–823.

Buchele, B.J. (2000): Group Psychotherapy for Survivors of Sexual and Physical Abuse. In: Klein, R.H.; Schermer, V.L. (Hg.): Group Psychotherapy for Psychological Trauma. New York: Guilford, S. 170–187.

Carbonell, D.M.; Parteleno Barehmi, C. (1999): Psychodrama groups for girls coping with trauma. Int. J. Group. Psychother. 49: 285–306.

Cardena, E.; Maldonado, J.; van der Hart, O.; Spiegel, D. (2000): Hypnosis. In: Foa, E.B. (Hg.): Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. New York: Guilford Press, S. 350–353.

Cloitre, M.; Koenen, K.C. (2001): The Impact of borderline personality disorder on process group outcome among women with posttraumatic stress disorder related to childhood abuse. Int. J. Group. Psychother. 51: 379–398.

Cole, P.M. (1985): A group design for adult female survivors of childhood incest. Women and Therapy 4: 71–82.

Damm, S. (1995): Mehrphasentherapie – Eine Methodenkombination für die psychotherapeutische Praxis. München: Pfeiffer.

DiNunno, J.H. (2000): Long-term group psychotherapy for women who are survivors of childhood abuse. Psychoanal. Inq. 20: 330–349.

Donaldson, M.A.; Cordes-Green, S. (1994): Group Treatment of Adult Incest Survivors. Thousands Oaks, CA: Sage Publications.

Ehlert-Balzer, M. (1996): Das Trauma als Objektbeziehung. Forum. Psychoanal. 12: 291–314.

Fine, C.G.; Madden, N.E. (2000): Group Psychotherapy in the Treatment of Dissociative Identity Disorder and Allied Dissociative Disorders. In: Klein, R.H.; Schermer, V.L. (Hg.): Group Psychotherapy for Psychological Trauma. New York: Guilford, S. 298–325.

Fischer, G.; Reddemann, L.; Barwinski-Fäh, R.; Bering, R. (2003): Traumaadaptierte tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie – Definition und Leitlinien. Psychotherapeut 48: 199–209.

Fischer, G.; Riedesser, P. (1999): Lehrbuch der Psychotraumatologie. München: Reinhardt.

Gallagher, R.E.; Kibel, H.D. (2000): Group Treatment of Severe Clinical Disorders, Personality Disorders, and Substance Use Problems. In: Klein, R.H.; Schermer, V.L. (Hg.): Group Psychotherapy for Psychological Trauma. New York: Guilford, S. 326–354.

Ganzarain, R. (2000): Group-as-a-Whole Dynamics in Work with Traumatized Patients: Technical Strategies, their Rationales, and Limitations. In: Klein, R.H.; Schermer, V.L. (Hg.): Group Psychotherapy for Psychological Trauma. New York: Guilford Press, S. 89–115.

Ganzarain, R.; Buchele, B.J. (1988): Fugitives from Incest: A Perspective from Psychoanalysis and Groups. Madison, CT: International Universities Press.

Ganzarain, R.; Buchele, B.J. (1990): Incest perpetrators in group therapy: a psychodynamic perspective. Bull. Menninger Clin. 54: 295–310.

Ganzarain, R.; Buchele, B.J. (1993): Group Psychotherapy for Adults with a History of Incest. In: Kaplan, H.I.; Sadock, B.J. (Hg.): Comprehensive Group Psychotherapy. 3. Aufl. Baltimore: Williams & Wilkins, S. 515–525.

Gold-Steinberg, S.; Buttenheim, M.C. (1993): „Telling one's story" in an incest survivor group. Int. J. Group. Psychother. 43: 173–189.

Goodman, M.; Weiss, D. (2000): Initiating, screening, and Maintaining Psychotherapy Groups for Traumatized Patients. In: Schermer, V.L. (Hg.): Group Psychotherapy for Psychological Trauma. New York: Guilford Press, p. 47–63.

Goodwin, J.M.; Talwar, N. (1989): Group psychotherapy for victims of incest. Psychiatr. Clin. North. Am. 12: 279–292.

Hazzard, A.; Rogers, J.H.; Angert, L. (1993): Factors affecting group therapy outcome for adult sexual abuse survivors. Int. J. Group. Psychother. 43: 453–468.

Hegeman, E.; Wohl, A. (2000): Management of Trauma-related Affect, Defenses, and Dissociative States. In: Klein, R.H.; Schermer, V.L. (Hg.): Group Psychotherapy for Psychological Trauma. New York: Guilford, S. 64–88.

Heigl-Evers, A.; Ott, J. (2000): Gruppenpsychotherapie. In: Egle, U.T.; Hoffmann, S.O.; Joraschky, P. (Hg.): Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Therapie psychischer und psychosomatischer Folgen früher Traumatisierungen. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer, S. 390–404.

Herman, J.L. (1992a): Complex PTSD: A syndrom in survivors of prolonged and repeated trauma. J. Traumatic Stress 5: 377–391.

Herman, J.L. (1992b): Trauma and Recovery. New York: Basic Books.

Herman, J.L. (1997): Trauma and Recovery. Überarb. Aufl. New York: Basic Books.

Herman, J.L.; Schatzow, E. (1984): Time-limited group psychotherapy for women with a history of incest. Int. J. Group. Psychother. 34: 605–616.

Hirsch, M. (1993): Zur narzißtischen Dynamik sexueller Beziehungen in der Therapie. Forum Psychoanal. 9: 303–317.

Hirsch, M. (1995): Sexuell mißbrauchte Patienten in der Gruppenpsychotherapie. Gruppenpsychother. Gruppendynamik 31: 301–314.

Hofmann, A. (1999): EMDR in der Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome. Stuttgart: Thieme.

Hopper, E. (1997): Traumatic experience in the unconscious life of groups: A fourth basic assumption. Group Analysis 30: 439–470.

Horowitz, L.M. (1994): Personenschemata, Psychopathologie und Psychotherapieforschung. Psychotherapeut 39: 61–72.
Hüther, G. (1997): Biologie der Angst: Wie aus Streß Gefühle werden. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
Janet, P. (1925): Psychological Healing. New York: Macmillan.
Johnson, D.R.; Lubin, H. (2000): Group Psychotherapy for the Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder. In: Klein, R.H.; Schermer, V.L. (Hg.): Group Psychotherapy for Psychological Trauma. New York: Guilford, S. 141–169.
Kanas, N. (1999): Trauma-focused group therapy for patients with post-traumatic stress. Int. J. Group. Psychother. 49: 540–543.
Klein, R.H.; Schermer, V.L. (Hg.) (2000a): Group Psychotherapy for Psychological Trauma. New York: Guilford.
Klein, R.H.; Schermer, V.L. (2000b): Introduction and Overview: Creating a Healing Matrix. In: Klein, R.H.; Schermer, V.L. (Hg.): Group Psychotherapy for Psychological Trauma. New York: Guilford, S. 3–46.
Koller, P.; Marmar, C.R.; Kanas, N. (1992): Psychodynamic group treatment of posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. Int. J. Group. Psychother. 42: 225–246.
Kunzke, D.; Güls, F. (2003): Diagnostik einfacher und komplexer posttraumatischer Störungen im Erwachsenalter: Eine Übersicht für die klinische Praxis. Psychotherapeut 48: 50–70.
Lamprecht, F. (Hg.) (2000): Praxis der Traumatherapie. Was kann EMDR leisten? Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
Lichtenberg, J.D. (1989): Modellszenen, Affekte und das Unbewußte. In: Wolf, E.S.; Ornstein, A.; Ornstein, P.; Lichtenberg, J.D.; Kutter, P. (Hg.): Selbstpsychologie. München: Verlag Internationale Psychoanalyse, S. 73–106.
Lichtenberg, J.D. (1991): What is a selfobject? Psychoanal. Dialog. 1: 455–479.
Lindbom Jakobson, M.; Lindgren, L. (1997): The framework of psychoanalytically oriented psychotherapy with traumatised patients and the institution. International Forum of Psychoanalysis 6: 217–224.
Markowitsch, H.J. (1998): The mnestic block syndrome: environmentally induced amnesia. Neuro. Psychiat. Brain Res. 6: 73–80.
Mennen, F.E.; Meadow, D. (1992): Process to recovery: in support of long-term groupps for sexual abuse survivors. Int. J. Group. Psychother. 42: 29–44.
Miller, A. (1991): Der gemiedene Schlüssel. Frankfurt a. M.: Suhrkamp Taschenbuch.
Morgan, T.; Cummings, A.L. (1999): Change experienced during group therapy by female survivors of childhood sexual abuse. J. Consult. Clin. Psychol. 67: 28–36.
Mueser, K.T.; Goodman, L.B.; Trumbetta, S.L.; Rosenberg, S.D.; Osher, F.C.; Vidaver, R.; Auciello, P.; Foy, D.W. (1998): Trauma and posttraumatic stress disorder in severe mental illness. J. Consult. Clin. Psychol. 66: 493–499.
Muller, U.; Barash Kishon, R. (1998): Psychodynamic-supportive group therapy model for elderly Holocaust survivors. Int. J. Group. Psychother. 48: 461–475.
Nicholas, M.; Forrester, A. (1999): Advantages of heterogeneous therapy groups in the psychotherapy of the traumatically abused: Treating the problem as well as the person. Int. J. Group. Psychother. 49: 323–342.
Ott, J. (2001): Die psychoanalytisch-interaktionelle Gruppentherapie – ein Behandlungsangebot für Patienten mit strukturellen Störungen. Psychotherapie im Dialog 2: 50–58.
Özkan, I.; Sachsse, U.; Streeck-Fischer, A. (2000): Körper – Seele – Trauma. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Pines, M. (2001): „Difficult patients in group analysis: The personification of (ba) I:A/M": Discussion of Hopper's paper. Group 25: 191–194.
Piper, W.; Perrault, F. (1989): Pretherapy preparation for group members. Int. J. Group. Psychother. 39: 17–34.
Rachman, A.W. (1981): Humanistic analysis in groups. Psychotherap. Theor. Res. Pract. 18: 457–477.
Rachman, A.W. (1988): Liberating the creative self through active combined psychotherapy. In: Slavinska-Holy, N. (Hg.): Borderline and narcissistic patients in therapy. Madison, CT, S. 309–340.
Rachman, A.W. (1999): Sandor Ferenczi's ideas and methods and their relevance to group psychotherapy. Group 23: 121–144.
Raubolt, R.R. (1999): Trauma, regression, and the intensive group experience. Group 23: 157–171.
Reddemann, L. (2000): Zur Behandlung komplexer posttraumatischer Störungen im (teil–) stationären Setting. Gruppenpsychother. Gruppendynamik 36: 119–132.
Reddemann, L. (2001): Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
Reddemann, L.; Sachsse, U. (1998): Welche Psychoanalyse ist für Opfer geeignet? Einige Anmerkungen zu Martin Ehlert-Balzer: Das Trauma als Objektbeziehung. Forum. Psychoanal. 14: 289–294.
Reddemann, L.; Sachsse, U. (1999): Trauma first! Persönlichkeitsstör. Theor. Ther. 3: 16–20.
Reddemann, L.; Sachsse, U. (2000): Traumazentrierte Psychotherapie der chronifizierten, komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung vom Phänotyp der Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: Kernberg, O.F.; Dulz, B.; Sachsse, U. (Hg.): Handbuch der Borderline-Störungen. Stuttgart: Schattauer, S. 555–571.
Rosenheim, E.; Elizur, A. (1977): Group therapy for traumatic neuroses. Current Psychiatric Therapies 17: 143–148.
Rothbaum, B.O.; Foa, E.B. (2000): Kognitiv-behaviorale Therapie der posttraumatischen Belastungsstörung. In: van der Kolk, B.A.; McFarlane, A.C.; Weisaeth, L. (Hg.): Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Paderborn: Junfermann, S. 341–357.
Sachsse, U. (1996): Selbstverletzendes Verhalten. Psychodynamik – Psychotherapie. Das Trauma, die Dissoziation und ihre Behandlung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
Sachsse, U. (1998): Traumaexpositionstechniken: Die Bildschirm-Technik. Persönlichkeitsstör. Theor. Ther. 2: 77–84.
Sachsse, U.; Schilling, L.; Tumani, V. (1998): Stationäre Psychotherapie von traumatisierten Patientinnen mit selbstverletzendem Verhalten auf einer Spezialstation. In: Weig, W.; Cording, C. (Hg.): Der „schwierige" Patient im Psychiatrischen Krankenhaus. Regensburg: Roderer, S. 53–69.
Segalla, R.; Wine, B.; Silvers, D. (2000): Response to DiNunno's „Long-term group psychotherapy for women who are survivors of childhood abuse". Psychoanal. Inq. 20: 350–358.
Shapiro, F. (1998): EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing). Grundlagen und Praxis. Handbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen. Paderborn: Junfermann.
Solomon, Z.; Bleich, A.; Shoham, S.; Nardi, C.; Kotler, M. (1992): The Koach project for the Treatment of combat related PTSD: Rationale, aims and methodology. J. Traumatic Stress 5: 175–194.

Spiegel, D. (1989): Hypnosis in the treatment of victims of sexual abuse. Psychiatr. Clin. North. Am. 12: 295–305.
Spiegel, D. (1996): Hypnosis in the treatment of posttraumatic stress disorder. In: Lynn, S.J. (Hg.): Casebook of clinical hypnosis. Washington, DC: American Psychological Association, S. 99–111.
Sterba, R. (1934): Das Schicksal des Ichs im therapeutischen Verfahren. Int. Z. Psychoanal. 20: 66–73.
Stevenson, J. (1999): The treatment of the long-term sequelae of child abuse. J. Child. Psychol. Psychiatry 40: 89–111.
Talbot, N.L.; Houghtalen, R.P.; Cyrulik, S.; Betz, A.; Barkun, M.; Duberstein, P.R.; Wynne, L.C. (1998): Women's safety in recovery: group therapy for patients with a history of childhood sexual abuse. Psychiatr. Serv. 49: 213–217.
Trimborn, W. (1983): Die Zerstörung des therapeutischen Raumes. Das Dilemma stationärer Psychotherapie bei Borderline-Patienten. Psyche 37: 204–236.
Tsai, M.; Wagner, N.N. (1978): Therapy groups for women sexually molested as children. Archive of Sexual Behavior 7: 417–427.
Tyson, A.A.; Goodman, M. (1996): Group treatment for adult woman who experienced childhood sexual trauma: Is telling the story enough? Int. J. Group. Psychother. 46: 535–542.
van der Hart, O.; op den Velde, W. (1991): Traumatische herinneringen. In: van der Hart, O. (Hg.): Trauma, dissociatie en hypnose. Lisse: Swets & Zeitlinger; S. 1–91.
van der Kolk, B.A. (1993): Group Psychotherapy with Posttraumatic Stress Disorder. In: Kaplan, H.I.; Sadock, B.J. (Hg.): Comprehensive Group Psychotherapy. 3. Aufl. Baltimore: Williams & Wilkins, S. 550–559.
van der Kolk, B.A. (1998): Zur Psychologie und Psychobiologie von Kindheitstraumata. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiatr. 47: 19–35.
van der Kolk, B.A. (2000): Trauma und Gedächtnis. In: van der Kolk, B.A.; McFarlane, A.C.; Weisaeth, L. (Hg.): Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Paderborn: Junfermann, S. 221–240.
van der Kolk, B.A.; Burbridge, J.A.; Suzuki, J. (1998): Die Psychobiologie traumatischer Erinnerungen. Klinische Folgerungen aus Untersuchungen mit bildgebenden Verfahren bei Patienten mit Posttraumatischer Belastungsstörung. In: Streeck-Fischer, A. (Hg.): Adoleszenz und Trauma. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 57–78.
van der Kolk, B.A.; McFarlane, A.; van der Hart, O. (2000): Ein allgemeiner Ansatz zur Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung. In: van der Kolk, B.A.; McFarlane, A.C.; Weisaeth, L. (Hg.): Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Paderborn: Junfermann, S. 309–330.
Wessa, M.; Flor, H. (2002): Posttraumatische Belastungsstörung und Traumagedächtnis – eine psychobiologische Perspektive. Z. Psychosom. Med. Psychother. 48: 28–37.
Wilson, J.P.; Keane, T.M. (Hg.) (1997): Assessing Psychological Trauma and PTSD. New York: Guilford.
Wilson, J.P.; Raphael, B. (Hg.) (1993): International Handbook of Traumatic Stress Syndromes. New York: Plenum Press.
Wolfsdorf, B.A.; Zlotnick, C. (2001): Affect management in group therapy for women with posttraumatic stress disorder and histories of childhood sexual abuse. J. Clin. Psychol. 57: 169–181.
Wurmser, L. (2000): Psychoanalytische Behandlung – Trauma, Konflikt und „Teufelskreis". In: Egle, U.T.; Hoffmann, S.O.; Joraschky, P. (Hg.): Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung. Erkennung und Therapie psychischer und psychosomatischer Folgen früher Traumatisierungen. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer, S. 361–374.

Zaidi, L.Y. (1994): Group treatment of adult male inpatients abused as children. J. Traumatic Stress 7: 718–727.
Zimmerman, M.; Mattia, J.I. (1999): Is Posttraumatic Stress Disorder Underdiagnosed in Routine Clinical Settings? J. Nerv. Ment. Dis. 187: 420–428.
Zlotnick, C.; Shea, T.M.; Rosen, K.; Simpson, E.; Mulrenin, K.; Begin, A.; Pearlstein, T. (1997): An affect-management group for women with posttraumatic stress disorder and histories of childhood sexual abuse. J. Traumatic Stress 10: 425–436.

Korrespondenzadresse: Dipl.-Psych. Dieter Kunzke, Fuhlrottstr. 15, 40699 Erkrath; E-Mail: Kunzke.de@t-online.de