

## **Trauma, Bindung und Persönlichkeitsentwicklung aus Sicht der Dynamischen Psychiatrie**

Maria Ammon (Berlin/München)

### Trauma

Die traumatischen Erfahrungen haben schon immer die Psychoanalyse und Psychotherapie in Verständnis und Behandlung beschäftigt, sei es in der frühen Kindheit als Beziehungs- und Bindungstraumata erfahren oder durch spätere Kriegs- und andere Traumata. So äußert sich bereits Janet (1889) dazu, dass für diese Patienten: „It is ... as if their personality development has stopped at a certain point and cannot enlarge any more by addition of new elements.“

Fenichel (1937) stellt im Zusammenhang mit den „traumatischen Neurosen“ fest, dass im Falle eines traumatischen Erlebens eine Notsituation eintreten würde, in dem das Ich die ausströmenden Erregungsmengen nicht mehr bewältigen kann. Es entsteht eine narzisstische Kränkung. Die Psychoanalyse ging von Anfang an von frühen traumatischen Erlebnissen in der kindlichen Entwicklung aus, die mit Beziehungsaspekten zusammenhängen. Hier kann es sich sowohl um Mangel an Versorgung als auch um Überstimulierung handeln. Nach Winnicott (1965) entwickelt das Kind ein „falsches Selbst“, das es von seinem „wahren Selbst“ abspalten muss. Khan geht davon aus, dass, wenn die Mutter die Bedürfnisse des Kindes nicht adäquat erfüllen kann, es zu einem „kumulativen Trauma“ kommt. Nach Ferenczi (1933) überrollt das traumatische Ereignis die Ich-Grenzen und wirkt paralyisierend auf das Ich und zudem wird die Beziehung zum notwendigen Objekt zerstört (vgl. Hirsch 2004). Fischer (1986) sagt hierzu: „Ein Ereignis wird „traumatisch“ nur in der und durch die Beziehung auf ein empfindendes und handelndes Subjekt“.

Ich möchte nun zur Definition des Traumabegriffes kommen:

Definitiv unterscheidet man in der Traumaliteratur zwischen 2 Traumtypen, d. h. zwischen einer Traumatisierung im Sinne einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTB) und langanhaltende sogenannte komplexe meist Bindungs-Traumatisierungen, die sich durch folgende Symptome deutlich macht: Somatisierung, Dissoziation, Affektregulation, Beziehungsfähigkeit. Langanhaltende Traumatisierungen wirken sich auf die Identität durch Abwertung und Selbstwertzerstörung aus mit Gefühlen von Schuld und Scham. Je früher die Misshandlungen stattfinden, desto traumatischere Folgen haben sie (Cicchetti 1987, Engfer

1995). Es handelt sich dabei um existenzielle Erfahrungen von Ohnmacht und Bedrohung, einhergehend mit Kontrollverlust und Lebensgefährdung.

In der Bindungstheorie wird die Traumaerfahrung im Zusammenhang mit der Bindung, die das Kind zu seiner Beziehungsperson hat, gesehen. Trauma bedeutet hier, dass das „affektive Band durch längere oder häufige Trennungen unterbrochen wird oder durch den Tod einer Bindungsfigur dauerhaft verloren geht“ (Hauser 2001, S. 227). Wichtig ist, dass sexuelle und aggressive Übergriffe auf das Kind durch die Bindungsperson traumatisierend wirken. Sexueller Missbrauch wird dann konstatiert, wenn ein Kind durch eine erwachsene Bindungsperson dazu verführt wird, sexuelle Handlungen mitzumachen oder ihm diese aufgezwungen werden. Von körperlicher Misshandlung ist die Rede, wenn das Kind geschlagen wird, so dass es deutliche Ängste davor entwickelt. Neben dem Schlagen gelten aber auch Furcht erregende Wutausbrüche gegen das Kind oder auch Drohungen als Misshandlung. Ausschlaggebend ist immer, dass das Kind Angst vor dem Verhalten der Erwachsenen entwickelt hat (vgl. Hauser 2001).

Bei meiner qualitativen Untersuchung mit sog. Schizophrenen Patienten und deren Familienmitgliedern (M. Ammon 2001) stellten sich die traumatischen Erfahrungen, denen die untersuchten Patienten in ihrer Kindheit und auch schon pränatal ausgeliefert waren, folgendermaßen dar. Alle sechs untersuchten Patienten wurden

- in eine stressvolle Familiensituation hineingeboren.

So waren bei allen Patienten

- die Ehen der Eltern problematisch und aggressions- und angstbeladen.

Die Kinder wurden entweder mit

- Kontaktabbruch,
- Selbstmorddrohungen oder
- Misshandlungen bestraft.

Außerdem erlitten sie Verluste von ihnen wichtigen Beziehungen durch Umzug, Tod der Mutter oder des geliebten Großvaters. Von Beginn an waren existenzielle Ängste gegeben. Zwei der Patientinnen erlebten sexuelle Übergriffe durch die Großväter.

Einhergehend mit der Traumaforschung konnte sich die Hirnforschung, besonders durch die bildgebenden Verfahren entwickeln. Psychische Traumatisierung führt zu Überaktivität der Amygdala, den Stresshormonen, der rechten Hirnhemisphäre insgesamt. Es kommt zu unkontrollierter Aktivierung stresssensitiver kortiko-limbischer Netzwerke und neuroendokriner Regelkreise mit fortschreitender Destabilisierung bereits etablierter komplexer Verschaltungsmuster, insbesondere im Hippo-Campus mit einem vermutlichen Fehlen eines Transfers zwischen rechter und linker Hirnhemisphäre. Die Hirnentwicklung des Kindes ist ein von Aufbau beeinflussbarer und daher sehr störbarer Prozess. Diese beginnt bereits pränatal und alle nach der Geburt stattfindenden Strukturierungs- und Reifungsprozesse sind das Ergebnis der Interaktion zwischen den bis dahin bereits etablierten und stabilisierten Verschaltungen.

Durch Aktivierung der emotionalen Zentren können neue Erfahrungen gemacht und verankert werden. Die bedrohlichste und massivste Störung, die ein sich entwickelndes Gehirn erfahren kann, ist das plötzliche Verschwinden der Mutter für ein Kleinkind, da eine enorme unspezifische Erregung im Hirn besonders in den emotionalen Zentren ausgelöst wird durch den Verlust der Sicherheit bietenden Bezugsperson (Gunnar 1998). Je früher die Trennung erfolgt, desto globaler ist die Retardierung des Gehirns auch noch im erwachsenen Zustand. Am stärksten wird diejenige Hirnregion betroffen, die zum Zeitpunkt des Verlustes der Mutter in einer sogenannten „groth spurt“ Phase ist. Nachfolgend wird auch die Entwicklung all derjenigen Strukturen und Subsysteme beeinträchtigt, die erst später reifen im frontalen Cortex und monoaminerge Systeme. Das Ausmaß der Aktivierung der emotionalen Zentren hängt von der subjektiven Bewertung der betreffenden Belastung ab. Diese wird von den entwickelten Kompetenzen, psychosozialer Unterstützung und von haltbietenden inneren Leitbildern und Orientierungen bestimmt (Hüther 1997, Gebauer und Hüther 2001, 2002).

Bessel van der Kolk (1996) spricht von einer tiefen Verunsicherung mit einer dauernden Alarmbereitschaft oder einem Sich-Verschließen vor emotionierenden Reizen, die sie unterschiedslos als potentielle Gefährdung erleben. Man spricht hier von „emotionaler Entdifferenzierung“. Bei traumatisierten Kindern kommt es zu einer kognitiv-emotionalen Unterentwicklung, die sich später in psychiatrisch und psychosomatischen Symptomen äußern. Dies bedeutet, einer mangelhafte Ausdifferenzierung im Kindesalter könnte beim Erwachsenen eine Entdifferenzierung folgen. (Galley, Fischer, Hofmann 2000).

Bezieht man das Traumaverständnis von dem Einzelnen auf das soziale und gesellschaftliche Leben, so hat es hier noch komplexere und gravierendere Auswirkungen. Auf die erfahrenen Traumata in der Gesellschaft wird generell mit Sprachlosigkeit reagiert. Dies hat unterschiedliche Beweggründe. Oft ist der unvorstellbare Terror nicht in Sprache auszudrücken. So können misshandelte und missbrauchte Kinder oft auch nicht sprechen, um ihre einzigen Bindungen nicht zu verlieren und oft, weil sie keine Möglichkeit haben, ihre Notlage überhaupt zu erkennen.

## Bindungstheorie und Persönlichkeitsentwicklung

Durch die Resilienzforschung ist ebenfalls bekannt, dass nicht alle traumatisierten Kinder im Erwachsenenalter psychopathologisch reagieren. Hier kommt besonders der Familie und der primären Bezugsperson eine wichtige Bedeutung zu. Eine sichere Bindung und Bindungsrepräsentation sind eine notwendige Voraussetzung für die kindliche Entwicklung im Hinblick auf die Ausbildung von stabilen und sicheren Arbeitsmodellen und für die Entwicklung eines autonomen Selbst. In der Bindungstheorie gelten folgende Postulate:

1. Bindung und Bindungsverhalten haben eine primäre Überlebensfunktion und sind evolutionsgeschichtlich entstanden.
2. Bindungsverhalten wird aufgrund eines biologisch angelegten Informationssystems in Stress- und Gefahrensituationen aktiviert und gesteuert.

Bowlby und seine Schülerin Mary Ainsworth konnten 3 Bindungsstile feststellen: sichere Bindung, unsicher-vermeidend, unsicher-ambivalent; in weiteren Untersuchungen wurde noch die desorganisierte, desorientierte Bindung herausgefunden. Besonders bei Persönlichkeitsstörungen kommen ablehnend/entwertende und unsicher-verstrickte Stile vor, dies geht mit der gestörten Beziehungsfähigkeit dieser Menschen einher. In der Kindheit war bei diesen Menschen eine frühe Verlassenheit/Vernachlässigung, Verängstigung und körperlich oder sexuelle Misshandlung vorherrschend, es herrscht eine desorganisierte unsichere Bindung vor (vgl. Huber 2003).

Kinder mit unsicheren oder gar desorganisierten Bindungen können nur schwer eigene Handlungskompetenzen, Gestaltungsfähigkeit und eigene Bedeutsamkeit entwickeln. Sie sind schutzlos Ängsten ausgeliefert. Unsicherheit und Angst stören die Integration und Organisation komplexer Wahrnehmungen und Reaktionsmuster. Diese Leistungen werden

normalerweise im Frontalhirn erbracht, können aber wegen der Desorganisation nicht geleistet werden.

Carlson et. al. (1989) fanden diesen Bindungstyp bei 80% von traumatisierten Säuglingen. Spangler und Grossmann (1999) stellten fest, dass Kinder mit diesem Bindungstyp eine höhere Herzaktivität zeigen und die höchste Alarmreaktion in fremden Situationen. Sie zeigen einen höheren Cortisol Spiegel und das größte Risiko für Stressreaktion als alle anderen Bindungsklassifikationen (Hertsgaard et al. 1995). Main und Solomon (1986) schließen daraus, dass diese Kinder die geringste Stresstoleranz haben.

Die Zusammenhänge von Bindungsrepräsentanzen für die Persönlichkeitsentwicklung und Psychopathologie wurde von den verschiedensten Forschern untersucht und nachgewiesen, wie Pilkonis 1988 für Depression, Fonagy et al. 1997, Melges und Swartz 1989, Serling et al. 1991 für die Borderline-Erkrankung, Liotti 1992 für dissoziative Störungen u. a.

Fonagy et al. 1997 schreiben hierzu „individuals with experience of severe maltreatment in childhood who respond to this experience by an inhibition of reflective self function are less likely to resolve this abuse and are more likely to manifest borderline psychopathology“.

Persönlichkeitsstörungen gehen einher mit Misshandlungserfahrungen in der frühesten und frühen Kindheit gehen einher, denn durch die traumatischen Erfahrungen konnten sich keine adäquaten sicheren Beziehungs- und Selbstrepräsentanzen aufbauen.

### Persönlichkeitsentwicklung und Psychopathologie

Nachgewiesen ist, dass der Entwicklungsprozess des Kindes am meisten behindert wird, wenn die Bezugsperson für das Trauma verantwortlich ist, da das Kind wegen der bedrohlichen und traumatisierenden Umwelt keine Unterscheidungen zwischen Innen und Außen entwickeln kann. Es muss sich zentral auf die bedrohliche Außenwelt konzentrieren und misstrauisch auf die innere Welt reagieren, da die Welt des Objektes mit Unverständnis und Schmerz verbunden ist durch das beängstigende Verhalten der Bezugsperson. Vernachlässigung des Kindes ermöglicht keine Reflexion und Mentalisierung (vgl. Fonagy et al. 1997). Es entsteht die Neigung, das Trauma immer wieder zu wiederholen und der Umgang mit Gefühlen, Phantasien und Gedanken bleibt eingeschränkt. Dies führt zu einer Rigidität des Selbsterlebens, der inneren Erfahrungen und den Beziehungen zu anderen

Menschen. Diese Abwehrmuster bilden einen schwierigen Widerstand für therapeutische Veränderungsprozesse.

Aufgabe der Therapie bei den frühgestörten archaischen psychischen Erkrankungen wird die Erweiterung und Differenzierung der weitgehend unflexiblen und eingeschränkten kognitiv-emotionalen Bewältigungsmechanismen sein durch ein mehrdimensionales Konzept wie dies die Dynamische Psychiatrie von G. Ammon entwickelt wurde.

Frühtraumatisierungen, Persönlichkeitsentwicklung und Bedeutung eines Beziehungsnetzes für die Behandlung aus dynamisch-psychiatrischer Sicht

Schon während seiner psychoanalytischen Ausbildung am Karl-Abraham-Institut in Berlin in den 50er Jahren stellte Ammon fest, dass bei der schizophrenen Patientin „Juanita“, die er in Behandlung hatte, frühe kontinuierliche Traumatisierungen stattgefunden hatten. Er stellte weiter fest, dass hier die orthodoxe psychoanalytische Behandlungsmethodik nicht ausreichend war, die speziell für neurotische Erkrankungen anzuwenden ist. Aus diesem Grund ging er für 10 Jahre als Psychiater und Psychoanalytiker an die Menninger Foundation in Topeka/USA, um hier die Integration von Psychoanalyse in die Psychiatrie zu studieren und ein Behandlungskonzept für früh traumatisierte und psychiatrische Patienten mitzuentwickeln. Davon ausgehend entwickelte er nach seiner Rückkehr 1965 nach Deutschland sein eigenes ganzheitliches Persönlichkeitsverständnis, das er als Humanstrukturkonzept als ein menschliches Entwicklungskonzept versteht, das in ständiger Interdependenz mit der umgebenden Gruppe in Bezug auf Beziehungs- und Bindungspersonen, aber auch als eine wichtige gruppenspezifische energetische Atmosphäre, die jeden Menschen umgibt, versteht.

Die Bedeutung dieser umgebenden Primärgruppe, mit dem Einwirken an Beziehungserfahrung im Konstruktiven, Destruktiven oder Defizitären bestimmt die Persönlichkeitsentwicklung. In sein Humanstrukturkonzept bezieht er auch die neue Hirnforschung mit ein und versteht die rechte Hirnhemisphäre als den Ort der Niederschläge von emotionalen, kreativen und unbewussten Erfahrungen und die linke Hemisphäre als Repräsentanz des sekundären oder Verhaltensbereichs des Menschen mit den praktischen, logischen und technischen Ausprägungen. (vgl. Ammon 1982)

Nach Ammon beginnt die Persönlichkeitsentwicklung bereits im pränatalen Bereich. Hier entwickeln sich bereits die unbewussten Humanstruktur-Kerne, die die Basis für die somatischen und zentralen unbewussten Humanfunktionen bilden. Er sieht die frühkindliche

rudimentäre Ich- und Identitätsbildung immer in Abhängigkeit von der gruppendynamischen Umgebung. Die unbewusste Ablehnung eines Kindes führt von diesem Verständnis aus bereits zu intrauterinen Entwicklungsstörungen mit einer Schädigung der primären neurophysiologischen und Persönlichkeitsanlagen. Viele Forschungen in den 70er und 80 Jahren konnten dies bestätigen wie M. Liley 1969, Rottmann 1973., W. Schindler 1973 u. a.

Nach diesem Verständnis können traumatische Erfahrungen bereits pränatal auf die Entwicklungen des Kindes einwirken. Dies konnte Rottmann bereits 1973 bestätigen, dass eine offen feindselige Einstellung der Mutter während der Schwangerschaft gegenüber dem Kind, diese in normalen postnatalen Stresssituationen erhöht mit psychosomatischer Desorganisation reagieren. Steht die Mutter unter Ängsten und Stress und ist selbst traumatischen Erfahrungen ausgesetzt, wirkt sich auch dies durch erhöhte Herzfrequenz heftige Erregung auf den Fötus aus (Clauser 1971). Ammon sagt hierzu 1979: „Insofern halte ich es auch durchaus für möglich, dass eine psychovegetativ vermittelte unbewusste Ablehnung des ungeborenen Kindes durch die Mutter für den Fötus eine Situation hervorrufen kann, die Han (1973) treffend als „intrauterinen Hospitalismus“ bezeichnet hat.“ So ist nicht nur das bewusste Verhalten von Mutter und Primärgruppe, der körperliche Kontakt und die Pflege gegenüber dem Kind wesentlich, sondern auch die unbewussten Einstellungen und Phantasien. Angien (1971) sieht diese ebenfalls als interpersonelle Realität. Die gruppendynamischen Einwirkungen auf die Mutter und deren Einstellungen und Befindlichkeiten gegenüber dem Kind sind auch für die postnatale Entwicklung, in der die weitere Ausreifung des Gehirns stattfindet, besonders wesentlich.

Die Mutter ist - in ihrem Bezug und Verhalten zum Kind - immer eingebettet in ihren gruppendynamischen Kontext zu verstehen, in dem sie selbst in ihrer Persönlichkeit verstanden und unterstützt oder missachtet und entwertet wird. Das feine sozialenergetische Gewebe, das ein Kräftefeld bildet von unbewussten und bewussten Interaktionen, wirkt atmosphärisch durch die Mutter auf das Kind ein und führt so zu einer Entwicklung mit guter Beziehung und sicherer Bindung oder zu einer destruktiven mit desorganisierter Bindung oder zu einer defizitären mit ängstlich vermeidender.

In den ersten 3 Lebensjahren erfahrene Beziehungstraumata von Ablehnung, Verlassenwerden, Erfahrungs- und Kontaktunfähigkeit bis hin zu offener Feindseligkeit von Mutter und Primärgruppe führen zu schweren Entwicklungsstörungen des Kindes. Es erfährt die Ablehnung der Mutter als eine existenzielle Verlassenheitsangst und Vernichtungsdrohung. Seine schwachen Ich-Grenzen werden mit inneren und äußeren Nicht-Ich-Inhalten und stressvollen Ängsten bedroht. Eine flexible Abgrenzung nach Innen

und Außen und eine Bindung von konstruktiver Sozialenergie für die Humanstruktur kann nicht stattfinden, stattdessen findet eine Verleugnung des entsprechenden Bereiches in der äußeren Realität statt und ein reales Erfahrungsdefizit. Diese Erfahrungsunfähigkeit muss als ich-fremd verleugnet werden und geht mit der Erfahrungsunfähigkeit der Mutter und der Gruppe einher. Es entsteht ein Defekt in der Abgrenzung und damit ein Defekt in der Humanstruktur, den Ammon (1974) als das „Loch im Ich“ bezeichnet, denn wenn sich keine Abgrenzung wegen überflutender Angst bilden kann, kann sich auch keine Struktur bilden. Die einhergehenden Gefühle von Aggression und Angst müssen abgespalten oder verleugnet werden und bilden später die unbewusste Ursache für die destruktive Aggression bis hin zu Suizidalität. In der weiteren Entwicklung kann sich die Identitäts- oder Persönlichkeitsstruktur zwar weiter ausbilden und differenzieren, aber die Integration kann durch die verletzten Grenzen für die Identitäts- und Persönlichkeitsentwicklung nicht wirklich gelingen, sie bleibt gestört. Der Mensch bleibt dadurch mit seinen unintegrierten Erfahrungsbereichen in einer diffusen Abhängigkeit mit einer Abwehr durch Verleugnung von seinen archaischen Vernichtungs- und Verlassenheitsgefühlen. Ammon bezeichnet Humanstruktur- oder Persönlichkeitsentwicklungsdefizite als Archaische Ich-Krankheiten, die auf frühe Beziehungstraumatisierungen in einer Primärgruppe zurückzuführen sind, die unfähig war, das Kind in seiner Entwicklung zu fördern und zu unterstützen.

Das reale Struktur-Defizit korrespondiert immer mit einem realen Beziehungsdefizit. Zu den Archaischen Ich- oder Humanstrukturkrankheiten zählt er die psychotischen Erkrankungen, die Borderline- und Persönlichkeitsstörung, die Psychosomatik, Sucht, Depression und destruktive Sexualität (Perversion).

Das Symptom bildet hier den Ersatz für das Persönlichkeitsdefizit. Es ersetzt die Kommunikation für einen nicht integrierbaren Erfahrungsbereich mit immer wieder fehlschlagender, gegen sich gerichteter Aggression und bildet einen nicht gelungenen Ersatz für ein Gefühl von Identität und Abgrenzung. Michaela Huber (2004) sagt zu der Misshandlung von Kindern durch die Eltern, dass diese immer wieder ihr Überleben bedroht haben, indem sie sie plötzlich im Stich ließen, sie vernachlässigten und/oder ihnen Gewalt antaten. Diese Kinder werden in ständiger Anspannung sein, darauf zu achten, was die Täter tun und können sich selbst nicht entwickeln.

Die Genese und Psychodynamik der Persönlichkeitsstruktur des sogenannten Täters sieht Ammon in einer eklatanten Verlassenheitstraumatisierung in der Primärgruppe:



1. eine identitätslose Mutter, die das Kind für ihre eigenen strukturellen Defizite narzisstisch ausbeutet.
2. Das Kind lebt in einer ständigen Bedrohung, im Stich gelassen zu werden und ist archaischen Vernichtungsängsten ausgesetzt.
3. Es kommt kontinuierlich zu traumatischen Kontaktabbrüchen mit extremer Gewalttätigkeit zwischen Primärgruppe und Kind. Um eine Ich-Desintegration zu verhindern, wird eine äußere Zuwendung allerdings gewährleistet, die eine Als-Ob-Persönlichkeit ermöglicht. Die innere Leere wird abgewehrt. Die schwach entwickelten Identitätsgrenzen des Täters werden bei Enttäuschungen und dem Ausbleiben von narzisstischen Zuwendungen oder gar Trennung bedroht, dies löst Verlassenheitsängste aus, die zu einer Überflutung von innerer Vernichtungsangst bis hin zu Mordimpulsen führen kann. Es kommt zu abrupten Durchbrüchen von destruktiver Aggression, die die tödliche Vernichtungsangst abwehren. Es treten Depersonalisationsgefühle und psychotische Ausnahmezustände ein. So versteht Ammon auch die Kindesmisshandlung.

Die Kindesvernachlässigung passiert in einer Gruppendynamik, in der sich die Familienmitglieder gegenseitig ständig verlassen und keine Unterstützung geben, oft zu Suchtmitteln flüchten. Das Kind wird als vernachlässigend und nicht unterstützend erlebt, da es sich in die defizitäre Dynamik nicht aktiv einbringen kann und wird von Täter und Gruppe mit Vernachlässigung bestraft. Diese Familiengruppe hat gegenüber der destruktiv traumatisierenden Gruppe eine diffusere und brüchigere Kontaktebene mit einem größeren symbiotischen Sog. Es finden keine Auseinandersetzungen statt – der Kontakt bleibt nonverbal verschwommen, Abgrenzung ist nicht erlaubt. Die Vernachlässigung des Kindes ist Ausdruck der starken selbstdestruktiven Ausprägungen aller Familienmitglieder. Angst wird nicht adäquat gespürt, dadurch kann der Misshandler die reale Gefahr seines Handelns nicht einschätzen und wahrnehmen. Die körperlichen Bedürfnisse und der Zustand des Kindes werden nicht adäquat wahrgenommen. Dies führt beim Kind zu einer Mangelentwicklung seines Körper-Ichs.

#### Sozialenergie und dynamisch psychiatrische Behandlung

Ammon versteht die Sozialenergie als eine gruppendynamische Kraft, die Persönlichkeitstrukturentwicklung ermöglicht und sich auf hirnhysiologische Prozesse

auswirkt, so dass neue Erfahrungen sich in neuer Synapsenbildung niederschlägt. So bewirken Realitäts- und Leistungsanforderungen an den Menschen, aber auch Umgang mit Gefühlen und Ausdruck in Sprache ständig neue Aktivierungen im Gehirn mit Synapsenbildung und Neubesetzungen von Nervenbahnen. Ist der Mensch durch seine frühen Beziehungstraumatisierungen in seiner Humanstruktur mit seinem Gefühlsausdruck, Wahrnehmung, Denken, Intelligenz und Selbstwertgefühl eingeschränkt, kann er viele Bereiche seiner Hirnstrukturen nicht nutzen. (vgl. Ammon 1982). Für den archaisch-ich-kranken-Menschen heißt es, Methoden in der Psychotherapie zu entwickeln, die sozialenergetisch durch nonverbale und verbale Methoden die Ich-Strukturen und deren funktionale Differenzierung mit ihren integrativen und regulativen Prozessen und die ihren Niederschlag in den funktionalen neurophysiologischen Systemen haben, um die Hirnbahnen zu verändern und zu einem Synergismus von Bewusstem und Unbewusstem führen.

Hirsch (2004) sieht für die Therapie von früh traumatisierten Patienten als aktive Elemente die metaphorische Deutung, die Personifizierung des traumatischen Introjekts, die Identifikation des Therapeuten mit dem traumatisierten Kind; Gegenentwürfe zu den transgenerational vermittelten Bildern. Als wichtig sieht er an, dass die Aggression, die in der Gegenübertragung wahrgenommen wird und die er im Containment angenommen hat, hervorgeholt und bearbeitet wird, damit sich der Patient abzugrenzen lernt. Den Phasenverlauf der Therapie von schwer gestörten traumatisierten Patienten sieht er folgendermaßen:

1. Phase: holding, containing, mit idealisierter Mutterübertragung
2. Phase: negative, paranoide Mutterübertragung,
3. Phase: Durcharbeitung,
4. Phase: Trennung.

Wichtig ist dabei, die Übertragung und Gegenübertragungsarbeit mit Intersubjektivität, projektiver Identifikation, Inactment und Agieren und Mitagieren. Vom Konzept der Bindungstheorie aus ist für die früh traumatisierten Patienten, besonders der Persönlichkeitsstörung die sichere Bindung in der Therapeut-Patienten-Beziehung als Basis zentral. Für das therapeutische Vorgehen schlägt Bowlby (1998) folgendes Modell vor:

- a) sichere Basis zum Erkunden,
- b) „nach“denken über die gegenwärtigen Beziehungen,
- c) Untersuchung der Beziehung zum Therapeuten,
- d) frühere Grundlagen der gegenwärtigen Wahrnehmungen und Erwartungen
- e) Erkennen der (Un-)angemessenheit der inneren Arbeitsmodelle von sich selbst und von anderen.

Zusammenfassend kann zur psychoanalytisch orientierten Traumatherapie gesagt werden, dass grundlegend die sichere vertrauensvolle therapeutische Beziehung ist, des Weiteren die Durcharbeitung des Traumas, die mit intensiver Widerstandsbearbeitung einhergeht und immer mit der Drohung von psychischer und physischer Desintegration. Gegenübertragungs- und Übertragungsdynamiken zu berücksichtigen, das Geschehen erfahrbar, verarbeitbar und verbalisierbar zu machen und ein Handeln zu ermöglichen, das über Hilflosigkeit und Verzweiflung symbolisch triumphiert. Die Affektbearbeitung von Wut, Angst und Schuldgefühlen steht bei der Durcharbeitung im Zentrum (vgl. Hirsch 2004).

Auf dem internationalen Gruppenpsychotherapiekongress 2003 in Istanbul wurde besonders auf die Bedeutung der Gruppentherapie für die Traumabehandlung hingewiesen, da hier der Vorteil darin liegt, dass eine sichere Umgebung angeboten werden kann und mehr Möglichkeiten gegeben sind mit regressiven Abwehrmechanismen zu arbeiten. Die Zugehörigkeit zu einer „Community“ ist für den Aufbau des Selbstbewusstseins sehr hilfreich.

Den stationären traumatherapeutischen Ansätzen ist gemeinsam, besonders auf die Stabilisierung in der Anfangsphase zu achten und hier die salutogenetischen Aspekte mit Ressourcenstärkung einzubeziehen, bevor mit traumatherapeutischen Techniken wie EMDR oder anderen gearbeitet wird (vgl. Lempa 2000, Reddemann und Sachse, 1999). Fiedler (2004) sieht die ressourcenorientierte Psychotherapie, besonders bei Persönlichkeitsstörungen, als notwendig an. Hüther (2002) weist darauf hin, dass die frühen Traumatisierungen schon im Kindes- und Jugendlichenalter erkannt und behandelt werden sollten, denn je früher die Therapie, desto besser die Erfolgsaussichten. Der wichtigste Ansatzpunkt für eine gelingende Therapie von früh traumatisierten Patienten ist nach ihm,

wenn es ihnen gelingt, neue positive Erfahrungen über die „Verlässlichkeit von Beziehungen, die Nützlichkeit erworbener Kompetenzen und den Wert innerer Orientierungen zu machen“.

Hüther wies auch 1999 auf die Bedeutung von neuen Erfahrungen für die Hirnentwicklung hin, die Hirnforscher „experience dependent plasticity“ nennen. So sagt er: „Wir wissen heute, dass unser Verhalten ein neurobiologisches Substrat hat, Verschaltungen, die unser Fühlen, Denken und Handeln lenken. Dass diese Verschaltungen selbst wieder beeinflusst werden von psychischen und psychosozialen Erfahrungen“ (Hüther 1999).

Günter Ammon entwickelte für die Behandlung von früh traumatisierten Patienten ein multidimensionales Behandlungskonzept, aufbauend auf seinem Humanstrukturellen Persönlichkeitskonzept im Sinne einer nachholenden Persönlichkeitsentwicklung. Der Mensch wird ganzheitlich verstanden mit seinen gesunden, aber auch mit seinen kranken, nicht erfahrbaren, traumatisierten Bereichen, die sein Persönlichkeitsdefizit darstellen., die Arbeit an den ichstärkenden stabilisierenden Ressourcen der Menschen, die Ermöglichung einer nachholenden Persönlichkeitsentwicklung und die Arbeit mit einem bindungsfähigen Team, das mit verbalen und nonverbalen Therapiemethoden ein sozialenergetisches gruppenspezifisches Behandlungsnetz zur Verfügung stellt. Die Verbündung mit den sogenannten gesunden und konstruktiven Bereichen der Persönlichkeit steht am Anfang im Mittelpunkt der therapeutischen Arbeit. Dafür hat Ammon eine eigene Diagnostik, die sogenannte „Gesundheitsdiagnostik“ entwickelt.

Ammon sagt 1992 zu der Anfangsphase der Therapie mit Beziehungs- und Bindungsgestörten früh traumatisierten Patienten im Spektrum der archaischen Ich-Erkrankungen: Zunächst kommt es einmal darauf an, dem Patienten das verlorengegangene äußere Stützgewebe zu ersetzen. Die Therapie muss dem Patienten ... ein Gerüst anbieten, mit dessen Hilfe er sich stabilisieren kann. Der Therapeut muss dem Patienten direkt Beistand geben und analysierende Interpretationen unterlassen. Es geht um keine direkte analytische Bearbeitung des Symptoms, sondern erst mal um die Aufrechterhaltung seiner „extrem bedrohten Ich-Integration“, mit den damit einhergehenden Abwehrformationen. Interpretationen würde der Patient als erneutes Verlassenwerden erleben und noch stärkere Ängste entwickeln.

Die existenzielle Angst des Patienten ist von dem Therapeuten im Sinne des Containing anzunehmen und zu verstehen als , pränatale, präödpale Verlassenheit, als eine reale Entbehrung und tatsächliches Defizit in der Kindheit. In der Initialphase des therapeutischen Prozesses der humanstrukturellen psychoanalytischen Behandlung geht es deswegen um

eine stabilisierende Notfalltherapie. Für die stabilisierende stützende Arbeit wird mit den nonverbalen kreativen Behandlungsmethoden der Humanstrukturologie gearbeitet wie Mal-, Musik- Tanz-, Theater, Reit- und Sporttherapie und der Arbeit in Interessengruppen wie Literaturseminaren, Film- und Sprachgruppen etc. Diese Methoden werden für jeden Patienten individuell angewandt und bilden mit den späteren angewandten verbalen Therapien ein mehrdimensionales und integriertes Behandlungsnetz wie wir dies in unserer Klinik Mengerschwaige, die Ammon vor nun fast 30 Jahren mit seinen Mitarbeitern aufgebaut hat, der Fall ist. Die Herstellung eines vertrauensvollen therapeutischen Bündnisses mit einem Therapeuten im Sinne einer festen Bezugsperson ist ebenfalls Aufgabe der Anfangsphase. Wichtig dabei ist, die Symptome zu umgehen, vielmehr im weiteren Verlauf, die verborgenen Ängste und Konflikte zu erreichen. Die symbiotische Übertragungsdynamik ist von Anfang an ebenfalls zu berücksichtigen, die nach Ammon das frühkindlich erworbene narzisstische sozialenergetische Defizit im Sinne von destruktiver und defizitärer Vernachlässigung und Misshandlung widerspiegelt, die die gesamte psychische Entwicklung arretiert hat. D. h. die Therapie muss eine nachholende Identitätsentwicklung zur Verfügung stellen, in der psychische Strukturen und neue Funktionen gebildet werden können. Es geht in diesem Sinne bei Ammon nicht wie bei Freud (1914) um „Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten“, sondern um „Wiederholen, Wiedergutmachen, Erinnern und Durcharbeiten“. Der symbiotische Widerstand, der mit der symbiotischen Übertragung einhergeht, stellt ein zentrales Moment in der weiteren therapeutischen Arbeit dar. Der symbiotische Widerstand wehrt immer Identitäts- und Persönlichkeitsentwicklung ab und ist sozialenergetisch als defizitär zu verstehen. Er stellt ein Widerstandsdreieck von schwerem destruktiven Narzissmus, destruktiver Aggression und destruktiver Angst dar und geht mit größter Verlassenheitsangst bis hin zu Vernichtungsangst einher.

Wichtig ist für die Widerstandsbearbeitung ein sukzessives Heraustreten aus der verinnerlichten destruktiven Gruppendynamik der Primärgruppe hin zu einer eigenen Identitätsentwicklung. In diesem Sinne versteht sich die humanstrukturelle dynamische Psychiatrie als Identitätstherapie. D. h. nicht Symptome zu behandeln, sondern den Menschen zu verstehen in seinen Vernichtungs- und Verlassenheitsängsten und ihm eine nachholende Entwicklung für seine gesamte Persönlichkeit zu ermöglichen. D. h. weiter, seine konstruktiven Humanfunktionen zu stärken und zu fördern und erst dann geht es darum, die desintegrierten, abgespaltenen zentralen Humanstrukturen, das sogenannte „Loch im Ich“, zu erreichen mit den Ängsten und Aggressionen und diese zu bearbeiten. Diese Arbeit an den Humanstrukturen bedeutet immer auch, dem Patienten – je mehr die Widerstandsformationen ausgelöst werden, etwas Besseres anzubieten. Im Zentrum der therapeutischen Arbeit ist der Umgang mit der destruktiven Aggression. Hier wird gleichzeitig

das Bündnis mit den konstruktiven Bereichen der Persönlichkeit für das gemeinsame Durchstehen wichtig, genauso wie die Bewusstwerdung der Übertragung.

Bei der Bearbeitung der Angst und Wut geht es um die Ebene der Vergangenheit. In der therapeutischen Beziehung wird der versagende und missbrauchende Erwachsene der Kindheit wiedererlebt und erinnert. Es ist das real Erlittene, das diese Menschen in die Verzweiflung treibt. Die defizitäre und eingeengte Entwicklung muss nachgeholt werden, unstrukturierte Persönlichkeitsanteile eine neue Strukturierung bekommen. Die freiwerdende durchzulebende Angst und Aggression kann oft nur in einer stationären therapeutischen Klinik, wie dies in unserer Klinik der Fall ist, getragen werden durch das Netz von Kontakten zu Mitarbeitern und Patienten, so dass er real nicht allein zu sein braucht. Erst dann kann es um eine Korrektur von Störungen der Wahrnehmung, des Denkens und der Affekte gehen. Die real stattgefundenen Vernachlässigungen und Destruktionen mit tatsächlichen narzisstischen Defiziten lassen dann eine Wiedergutmachung und einem Strukturaufbau zu, wenn dem Patienten etwas Besseres als sein Symptom angeboten wird, nämlich die Möglichkeit, in eigenem Recht sein Leben in erfahrungsfähigen Gruppen zu bestimmen.

Der Wendepunkt der Therapie stellt sich her, wenn der Patient seine Übertragung erkennen kann.

Für die nachholende humanstrukturelle psychotherapeutische Entwicklung der Hirnstrukturen bedeutet dies eine stabilisierende beruhigende sozialenergetische Einwirkung auf die reizüberflutenden Areale eine langsame Aufhebung der abgespaltenen Bereiche mit neuer Strukturierung und neuer Synapsenbildung und damit eine Integration und ein Synergismus der verschiedenen Areale.