
Psychotherapie: Praxis

Die Reihe Psychotherapie: Praxis unterstützt Sie in Ihrer täglichen Arbeit – praxisorientiert, gut lesbar, mit klarem Konzept und auf dem neuesten wissenschaftlichen Stand.

Christian Dürich

Psychodynamische Traumatherapie

Theorie und Praxis: ambulante,
tagesklinische und stationäre
Behandlung

Christian Dürich
Psychosomatik des Katholischen
Krankenhauses Hagen gGmbH
Iserlohn, Nordrhein-Westfalen, Deutschland

ISSN 2570-3285 ISSN 2570-3293 (electronic)
Psychotherapie: Praxis
ISBN 978-3-662-70908-5 ISBN 978-3-662-70909-2 (eBook)
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-70909-2>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnetet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <https://portal.dnb.de> abrufbar.

© Der/die Herausgeber bzw. der/die Autor(en), exklusiv lizenziert an Springer-Verlag GmbH, DE, ein Teil von Springer Nature 2025

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jede Person benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des/der jeweiligen Zeicheninhaber*in sind zu beachten.

Der Verlag, die Autor*innen und die Herausgeber*innen gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autor*innen oder die Herausgeber*innen übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Planung/Lektorat: Monika Radecki
Springer ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer-Verlag GmbH, DE und ist ein Teil von Springer Nature.
Die Anschrift der Gesellschaft ist: Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin, Germany

Wenn Sie dieses Produkt entsorgen, geben Sie das Papier bitte zum Recycling.

Geleitwort

„Birds sing after a storm; why shouldn't people feel as free to delight in whatever sunlight remains to them?“

Rose Fitzgerald Kennedy

Der Beginn der psychodynamischen Traumatherapie kann in den Forschungsarbeiten Pierre Janets¹ zu dissoziativen Symptomen angesiedelt werden. Nicht zuletzt aber stellte Sigmund Freud in seinem Vortrag vom 21. April 1896 den ätiologischen Zusammenhang von Hysterie und sexuellem Kindesmissbrauch dar.² Bedingt durch den gesellschaftlichen Druck widerrief er – der bis heute wechselnde Rhythmus von Wiederentdecken und Verdrängung der Gewalteinflüsse auf Psychotraumata wurde geboren. Das immer wiederkehrende erneute Entdecken beinhaltete aber auch eine Ausweitung der ätiologischen Forschung: So trugen u. a. die Arbeiten zu den „Kriegszitterern“ nach dem Ersten Weltkrieg oder die psychotraumatologische Forschung in den USA nach dem Vietnamkrieg zu einem besseren Verständnis von Traumafolgestörungen bei.

Heute ist der Erkenntnisgewinn weiter angewachsen, es gibt bereits die Möglichkeit zu einer fundierten Diagnostik mit gut validierten Diagnoseinstrumenten (z. B. das International Trauma Questionnaire ITQ nach ICD 11 oder die Clinician-Administered PTSD Scale CAPS nach DSM V). Auch gibt es mittlerweile gut erforschte Behandlungsmöglichkeiten von Traumafolgestörungen (u. a. Posttraumatische Belastungsstörung PTBS und komplexe Posttraumatische Belastungsstörung kPTBS), dargestellt in der S3 Leitlinie PTBS und kPTBS, die aber noch längst nicht alle Betroffenen erreichen. Dies liegt nicht nur an einem unzureichenden Zugang zu Traumaspezialistinnen und Spezialisten in jedwedem psychotherapeutischen Richtlinienverfahren (in der Regel arbeiten diese in ihrem jeweiligen Verfahren integrativ oder interdisziplinär). Neben mangelnden ambulanten und stationären Therapieplätzen ist auch eine Entwicklung in der universitären Psychotraumaforschung mit Sorge zu beobachten: die gesellschaftlich-marktwirtschaftliche Maxime des „Höher, schneller, weiter!“, die knappen

¹ Janet, P. (1904). *L'Amnésie et la dissociation des souvenirs par l'émotion. Journal de psychologie normale et pathologique*, 4, 417–453.

² Sachsse, U. (2004). *Traumazentrierte Psychotherapie*. Schattauer, S. 6.

Kassen in der Gesundheitsversorgung, die verhaltenstherapeutische Forschungsübermacht an den deutschen Universitäten scheinen ein möglichst schnelles Konfrontieren aller Gruppen von Patientinnen und Patienten mit den traumatischen Erinnerungen zu priorisieren – whatever it takes? Durch die beinahe ausschließliche Forschungsorientierung an den DSM V- und ICD 10-Kriterien und eine standardisierte Manualisierung – und damit Vernachlässigung psychodynamischer Kriterien wie Bindungsfähigkeit, Strukturniveau oder Mentalisierung – wird eine schnell realisierbare Durchführung von RCT-Studiendesigns ermöglicht; nicht passend erscheinende Patient*innengruppen werden häufig ausgeschlossen, was ein Research-practice Gap³ vertiefen könnte. Schon scheint so mancher Gesundheitspolitiker auf eine kostengünstige und gleichzeitig nachhaltige Behandlung von Betroffenen innerhalb kürzester Zeit zu hoffen, auch die Förderstrukturen und Leitlinienkommissionen bevorzugen auf dieser Kommunikationsbasis standardisierbare Studiendesigns und Behandlungstechniken sowie daraus abgeleitete Evidenzbelege; die psychodynamische Therapie, die häufig mit chronischen, komplexen und komorbidien Störungsbildern arbeitet und ein hochkomplexes Forschungsdesign⁴ erfordert, wird aufgrund der resultierenden Schieflage des Research-practice Gaps und Forschungsoutputs weiter an den Rand gedrängt. Die vorrangig verhaltenstherapeutischen Forschungsansätze lassen aber oft einen sehr wichtigen Aspekt außer Acht: Auch wenn Therapieansätze wie die traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie oder das EMDR sehr hilfreich sein können, profitieren viele Patient*innen nicht ausreichend oder auch gar nicht davon. Diese sogenannten Non-Responder sind häufig Männer, alte Menschen, Flüchtlinge oder Veteranen⁵ oder die o. g. hochkomplexen, dissoziativen und komorbidien Betroffenen. Gerade für diese kann die Psychodynamische Psychotherapie besonders hilfreich sein.⁶

Hier setzt das Buch von Christian Dürich an: Er beschreibt in Kap. 1 Traumafolgestörungen aus psychodynamischer Sicht und erklärt, wie Psychodynamiker*innen anhand von szenischem Verstehen, durch die Arbeit mit Übertragung

³ Paintain, E. & Cassidy, S. (2018). First-line therapy for post-traumatic stress disorder: A systematic review of cognitive behavioural therapy and psychodynamic approaches. *Counselling And Psychotherapy Research*, 18(3), 237–250.

⁴ Leichsenring, F., Steinert, C., Beutel, M. E., Feix, L., Gundel, H., Hermann, A., ... & Hoyer, J. (2020). Trauma-focused psychodynamic therapy and STAIR Narrative Therapy of post-traumatic stress disorder related to childhood maltreatment: Trial protocol of a multicentre randomised controlled trial assessing psychological, neurobiological and health economic outcomes (ENHANCE). *BMJ Open*, 10(12), e040123. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-040123>.

⁵ Semmlinger, V., Leithner, C., Klöck, L. M., Ranftl, L., Ehring, T., & Schreckenbach, M. (2024). Prevalence and Predictors of Nonresponse to Psychological Treatment for PTSD: A Meta-Analysis. *Depression and Anxiety*, 2024(1), 9899034.

⁶ Leichsenring, F., Abbass, A., Heim, N., Keefe, J. R., Kisely, S., Luyten, P., Rabung, S., & Steinert, C. (2023). The status of psychodynamic psychotherapy as an empirically supported treatment for common mental disorders – an umbrella review based on updated criteria. *World Psychiatry*, 22(2), 286–304.

und Gegenübertragung und Symbolisierung gemeinsam mit den Patient*innen ein psychodynamisches Verständnis der Traumafolgestörung entwickeln können. Ebenso betont er die Wichtigkeit für Behandler und Behandlerinnen, einer Wiedergutmachungsfalle und Sekundärtraumatisierung entgegenzuwirken. In Kap. 2 zeigt Christian Dürich anhand der verschiedenen klassischen und modernen psychodynamischen Theorien Möglichkeiten auf, die Psychodynamik der Patientinnen und Patienten zu verstehen. In Kap. 3 beschreibt Christian Dürich psychodynamische ambulante Behandlungsansätze, in Kap. 4 gruppendifynamische Behandlungsmöglichkeiten und in Kap. 5 stationäre psychodynamische Behandlungsansätze von Traumafolgestörungen, in allen drei Kapiteln aus tiefenpsychologischer und analytischer Sicht.

Herausragend ist die kontroverse Diskussion der historischen und aktuellen Evidenzlage der psychodynamischen Psychotraumatherapie in Kap. 6, in der der Autor auf Errungenschaften der Psychodynamischen Psychotherapie, auf die heutigen Forschungsbias zugunsten der Verhaltenstherapie, aber auch auf mögliche Schwierigkeiten und methodische Herausforderungen für die Evidenz- und Psychotherapieforschung psychodynamischer Traumatherapien hinweist. Diese methodenkritische Diskussion überführt Christian Dürich in mögliche Forschungsansätze und Lösungen, die einerseits den modernen Wissenschaftskriterien wie GRADE und der internen Validität von RCTs genügen, aber andererseits naturalistische und daher extern valide Forschung berücksichtigen. In Kap. 7 fasst der Autor die wichtigsten Punkte des Buches dann noch einmal zusammen.

Christian Dürich denkt in diesem Buch die Psychotraumatherapie als Psychodynamiker mit den Patient*innen im Fokus: Er sieht diese als kompetent für ihren Behandlungsweg und betont die Wichtigkeit einer individuellen Psychotherapie, die in der therapeutischen Beziehung zwischen Patient*innen und Behandler*innen entsteht. Das Vertrauen der Patient*innen in die Behandler*innen, ihre Behandlungsmethode und Hoffnung auf Veränderungen sind wichtige Wirkfaktoren⁷ der Psychodynamischen Psychotherapie.⁸ Auf dieser Basis beschreibt Christian Dürich die Psychodynamische Psychotherapie – nicht zuletzt durch die Methodik „klarifizieren, konfrontieren, deuten und durcharbeiten“ – als Psychotraumatherapie per se. Die psychodynamische Haltung und Psychotherapie sollen dazu dienen, das seelische Leiden der Betroffenen zu lindern und ihnen zu helfen, vom Überleben einen Weg zurück ins Leben zu finden. Neue Forschungsansätze sollten nicht nur der internen, sondern auch der externen Validität und somit der Realität der psychotherapeutischen Praxis umfassend gerecht werden. So wird es psychodynamischen Behandler*innen ermöglicht, den Anforderungen einer

⁷ Wampold, B. E., Imel, Z. E. & Flückinger, C. (2018). *Die Psychotherapiedebatte – was Psychotherapie wirksam macht*. Hogrefe.

⁸ Shedler, J. (2011). Die Wirksamkeit Psychodynamischer Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 56, 265–277.

wissenschaftlich fundierten Heilkunde reflektiert nachzukommen – ganz im Sinne Rudolfs⁹ stützend hinter, begleitend neben oder konfrontierend gegenüber den Patient*innen. Denn: Beziehung heilt!

Darmstadt
den 25.03.2025

Dipl.-Psych. Antje Orwat-Fischer
Psychotraumatologin (DeGPT),
Vizepräsidentin DFT e. V.

⁹ Rudolf, G. (2013). *Strukturbezogene Psychotherapie: Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen*. Schattauer.

Vorwort

Bis ins dritte Glied wird die Missetat der Väter heimgesucht, heißt es im 2. Buch Mose 20, Vers 5, was heute als ein Sinnbild für die transgenerationale Traumaweltergabe verwendet wird. Als drittes Glied der Generationenfolge derer, deren Großväter im Zweiten Weltkrieg waren, schreibe ich diese Zeilen und dieses Buch, und sicherlich bildet sich darin auch eine Niederschrift über die Reflexion der rätselhaften unbewussten Botschaften, die ich in mir und anderen zu verstehen strebe, ab. Gewalt verändert Menschen, und verleugnetes Unrecht zerstört Seelen, kann man feststellen, wenn man sich mit Traumatisierungen und ihren Folgen auseinandersetzt. Tragischerweise münden diese psychischen Verletzungen regelhaft in Zyklen der Traumaweltergabe, sei es durch unbewusste Kommunikation oder handelnde Wiederherstellung traumatischer Szenen an unbeteiligten Dritten. Nicht selten sind es die Familien, in denen solche Dynamiken stattfinden, wodurch Kinderseelen vergiftet werden und Ehepaare sich gegenseitig vernichten. Die Folge dessen ist eine verheerende Pandemie psychischer Erkrankungen unterschiedlichen Ausmaßes, die sich durch unbewusste Wiederholungszwänge selbst aufrechtzuerhalten droht. Die Spuren solcher Traumata verschwinden nicht einfach mit dem Ende eines Krieges – sie graben sich tief in die Seelen von Familien und Gesellschaften ein, wo sie über Generationen weiterwirken. Was einst im Verborgenen begann, wird so schließlich zur kollektiven Hypothek: in familiären Dynamiken, kulturellen Narrativen und gesellschaftlichen Spannungen.

Verheerende Kriege finden derweil in unserer unmittelbaren Nähe statt: so z. B. der nunmehr seit über drei Jahren dauernde Krieg in der Ukraine, der seit 2011 bestehende Konflikt in Syrien sowie die kriegerische Auseinandersetzung zwischen Israelis und Palästinensern. Hass und Desinformation schüren Opfer-Täter-Denken zwischen Menschen, was zu Frontenbildung und Vernichtungswillen führt. Auch hiervon sind Familien betroffen, daneben Soldaten und Soldatinnen und weitere unschuldige Opfer brutaler Angriffsstrategien – wie leicht ist doch die menschliche Natur zu Gewalt verführbar. Eine kategorische Einteilung in Gut und Böse ist dabei oft schwer, je mehr man die individuellen Hintergründe und Geschichten kennt. Verständnis relativiert einseitige Sichtweisen und Schwarz-Weiß-Denken, eindeutig böse Menschen mit rein sadistischen Tendenzen scheinen selten zu sein. Kann der Verführung zum Bösen etwas entgegengesetzt werden? Kann eine Kultur von Empathie und Reflexion den Rachegelüsten, Wiedergutmachungswünschen und Wiederholungszwängen eine Transformation zum Guten ermöglichen?

Können Anteilnahme und Zeugenschaft dem zerrütteten Erleben menschlichen Grundvertrauens, dem Unbehagen in der Kultur ein Heilmittel bieten?

„Et in terra pax hominibus bonae voluntatis“ – „Und auf Erden Friede den Menschen guten Willens“, hat mein Chor im Dezember 2024 als Teil der Bachkantate 191 gesungen. Die Sehnsucht nach Frieden ist den allermeisten Menschen zutiefst innwohnend und Urgrund ihrer Lebensorientierung. Ich glaube, dass eine verstehende Psychotherapie einen wesentlichen Beitrag zur Linderung traumatischer Seelenverletzungen, zum Durchbrechen transgenerationaler Traumawertergabe und zur Förderung gruppalen Zusammenhalts zwischen Menschen leisten kann. Dies sind allesamt Bausteine, die Hass und Zerstörung, ob in Form von seelischer, körperlicher oder sexueller Gewalt, entgegenwirken und dem traumatisch bedingten Bösen seine Wurzeln entziehen können. Hierbei geht es um mehr, als durch Psychotechniken Seelenmanipulation zu betreiben, es geht um eine Heilkunst im Sinne humanistischer und aufklärerischer Werte, die aufbauend auf Tradition und wissenschaftlicher Grundlagen die Entwicklung zwischenmenschlicher Beziehungen antreibt sowie die Beweisführung mitführender Verbundenheit als Ausweg vom *Homo homini lupus est* antritt.

Dieses Buch ist aus der Überzeugung heraus entstanden, dass wir unsere unbewussten Prozesse nicht nur verstehen, sondern auch bearbeiten müssen – sei es in der therapeutischen Arbeit mit Patientinnen und Patienten oder in unserer Gesellschaft als Ganzes. Ich möchte es meinen Kindern widmen, in der Hoffnung, dass ihnen und allen anderen Kindern dieser Welt ein Leben ohne Hass, Gewalt oder Missetaten möglich wird.

Mein persönlicher Dank gilt dem Springerverlag und insbesondere Frau Monika Radecki und Herrn Amose Stanislaus für das Vertrauen in dieses Buchprojekt sowie die ermutigende Unterstützung und Begleitung.

Dortmund
den 31.03.2025

Dr. med. Christian Dürich

Competing Interests Der/die Autor*in hat keine für den Inhalt dieses Manuskripts relevanten Interessenkonflikte.

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|----------|
| 1 Traumafolgestörungen: Symptomatik, Diagnostik, Beziehungsdynamik | 1 |
| 1.1 Formen von Traumafolgestörungen | 2 |
| 1.1.1 Zur Definition und Typologie psychischer Traumata. | 2 |
| 1.1.2 Risikofaktoren für die Entwicklung von Traumafolgestörungen und die Bedeutung sicherer Bindung | 3 |
| 1.1.3 Traumafolgestörungen in ICD und DSM | 4 |
| 1.1.4 Komorbiditäten, atypische PTBS und das Spektrum der Traumafolgestörungen | 5 |
| 1.1.5 Traumasensitivität und diagnostische Verantwortung | 6 |
| 1.2 Typische und atypische Posttraumatische Belastungsstörung | 8 |
| 1.3 Posttraumatische Persönlichkeitsstörung und Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung | 12 |
| 1.4 Diagnostik | 16 |
| 1.4.1 Anamnesegespräch | 16 |
| 1.4.2 Reflexion von Übertragung, Gegenübertragung und Projektion | 17 |
| 1.4.3 Reflexion der Szene | 19 |
| 1.4.4 Ergänzende testpsychologische Instrumente | 20 |
| 1.4.5 Zeitfenster und ihre Bedeutung im Rahmen des Erstgespräches | 21 |
| 1.5 Übertragung, Gegenübertragung und die Begegnung mit dem Bösen | 22 |
| 1.5.1 Übertragungsbeziehung, Intersubjektivität und Abstinenz | 22 |
| 1.5.2 Symbolisierungsniveau und Übertragung | 23 |
| 1.5.3 Traumatisierende Übertragung | 25 |
| 1.5.4 Sekundäre Traumatisierung | 26 |
| 1.5.5 Grenzen des Containments und Grenzen des Externalisierens | 27 |
| 1.6 Opfer, Täter, Helfer: im Dramadreieck zwischen Rache und Wiedergutmachung | 29 |
| 1.6.1 Das Täterintrojekt | 29 |

| | | |
|---------------------|--|-----------|
| 1.6.2 | Das Dramadreieck | 30 |
| 1.6.3 | Die Rache-Kollusion | 31 |
| 1.6.4 | Die Wiedergutmachungsfalle | 32 |
| 1.7 | Exkurs: Leitlinienempfehlungen und VT-Verfahren | 33 |
| Literatur | | 35 |
| 2 | Psychodynamik der Traumafolgestörungen | 39 |
| 2.1 | Einführung: Psychoanalyse ist Traumatherapie | 40 |
| 2.2 | Trauma-Affekt-Modell: Sigmund Freud, Josef Breuer und die Anfänge der Psychoanalyse | 42 |
| 2.2.1 | Traumatisierte leiden an Reminiszenzen | 42 |
| 2.2.2 | Katharsis und Erinnerung | 43 |
| 2.2.3 | „Talking Cure“ und Freie Assoziation | 43 |
| 2.2.4 | Erregung, Abwehr und das Unbewusste | 44 |
| 2.2.5 | Symbolisierung und Verdrängung | 45 |
| 2.2.6 | Wiederholungszwang und Todestrieb | 46 |
| 2.2.7 | Es, Ich und Über-Ich: das Instanzenmodell | 46 |
| 2.2.8 | Fazit: die Freud'sche Psychoanalyse als Fundament einer modernen Traumatherapie | 47 |
| 2.3 | Objektbeziehungstheorie – wie aus belastenden Beziehungserfahrungen Traumafolgesymptome werden | 47 |
| 2.3.1 | Melanie Klein, die Paranoid-schizoide und die Depressive Position | 48 |
| 2.3.2 | Wilfred R. Bion und das Container-contained-Modell | 50 |
| 2.3.3 | Donald Winnicott und die Zerstörung des Objekts | 51 |
| 2.3.4 | Sándor Ferenczi, das Täterintrojekt und die Identifikation mit dem Aggressor | 53 |
| 2.3.5 | Objektbeziehungstheorie nach William R. D. Fairbairn | 54 |
| 2.3.6 | Fazit: traumatisierende Beziehungserfahrungen werden verinnerlicht | 55 |
| 2.4 | Ich-Psychologie: Abwehrmechanismen, Ich-Funktionen, Ich-Zustände und deren Integration | 55 |
| 2.4.1 | Heinz Hartmann: seelische Autonomie und die Ich-Funktionen | 57 |
| 2.4.2 | Anna Freud: psychische Gesundheit gründet auf gelingenden Abwehrmechanismen | 58 |
| 2.4.3 | Pierre Janet und die Geschichte der Dissoziation | 59 |
| 2.4.4 | Van der Hart, Nijenhuis und Steele: strukturelle Dissoziation als besondere Form der Abwehr | 60 |
| 2.4.5 | John und Helen Watkins: Ich-Zustände und die Ego-State-Therapie | 61 |
| 2.4.6 | Fazit: Traumata beeinflussen Entwicklung, Kohäsion und Funktionalität des Ichs | 62 |

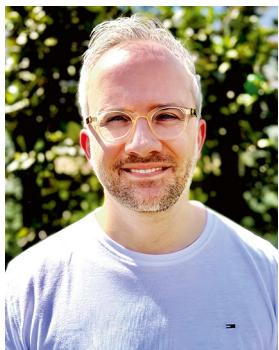
| | | |
|----------|--|-----------|
| 2.5 | Selbstpsychologie: Heinz Kohut und die Selbstkohäsion | 62 |
| 2.5.1 | Die Entwicklung des Selbst und seine Störungen | 63 |
| 2.5.2 | Selbstobjekte und Selbstobjektübertragungen | 65 |
| 2.5.3 | Empathie, Resonanz und ihre Unterbrechung | 66 |
| 2.5.4 | Fazit: Traumatisierungen beeinträchtigen die Kohäsion des Selbst, die Fähigkeit zu Selbstobjektbeziehungen und die Regulation des Selbstwertes | 66 |
| 2.6 | Intersubjektive Psychoanalyse: Jessica Benjamin, Jean Laplanche und die Fähigkeit des Mentalisierens | 67 |
| 2.6.1 | Jessica Benjamin: Anerkennung, Herrschaft und Unterwerfung in Beziehungen | 68 |
| 2.6.2 | Jean Laplanche, rätselhafte Botschaften und die Revision der Verführungstheorie | 69 |
| 2.6.3 | Die Mentalisierungstheorie | 70 |
| 2.6.4 | Fazit: Anerkennung und Mentalisierung subjektiven Erlebens ist ein zentraler Bestandteil von Traumatherapie | 72 |
| 2.7 | Gruppenanalytische Perspektiven: Transgenerationalität, Mobbing, Fremdenhass | 72 |
| 2.7.1 | Bion und die Regression der Gruppe, Foulkes und die Gruppenmatrix | 73 |
| 2.7.2 | Horst-Eberhard Richter und die Dynamiken der Familie | 73 |
| 2.7.3 | Transgenerationale Traumatisierungen als innerfamiliäre Reinszenierungen | 74 |
| 2.7.4 | Mobbing und Fremdenhass als destruktive Gruppendynamiken | 75 |
| 2.7.5 | Fazit: Gruppendynamiken und der soziale Kontext von Traumatisierungen sind für Traumatherapien von Bedeutung | 76 |
| 2.8 | Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik und Traumafolgestörungen | 76 |
| 2.8.1 | Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD-3) | 77 |
| 2.8.2 | Manual zur Ereignis- und Traumaverarbeitung | 78 |
| 2.9 | Zusammenfassung: Psychodynamik des Traumas | 79 |
| | Literatur | 80 |
| 3 | Psychodynamische Traumatherapie im ambulanten Einzelsetting | 83 |
| 3.1 | Settings und Indikationsstellung | 83 |
| 3.1.1 | Tiefenpsychologisch fundierte Traumatherapie | 83 |
| 3.1.2 | Analytische Traumatherapie | 85 |
| 3.1.3 | Indikationsstellung und Behandlungsziele | 87 |

| | | |
|----------|---|------------|
| 3.2 | Fallkonzeption | 90 |
| 3.2.1 | Psychodynamischer Befund | 90 |
| 3.2.2 | Tiefenpsychologisch fundierte Traumatherapie | 93 |
| 3.2.3 | Analytische Traumatherapie | 99 |
| 3.2.4 | Fazit: Gemeinsamkeiten und Unterschiede Analytischer und Tiefenpsychologisch fundierter Traumatherapie..... | 107 |
| 3.3 | Beziehungsgestaltung und Interventionen | 108 |
| 3.3.1 | Beziehungsgestaltung in Psychodynamischen Traumatherapien | 108 |
| 3.3.2 | Verfahrensspezifische Interventionen | 109 |
| 3.3.3 | Störungsspezifische Interventionen | 115 |
| 3.4 | Umgang mit Krisen | 121 |
| 3.4.1 | Dekompensation | 121 |
| 3.4.2 | Dissoziation | 122 |
| 3.4.3 | Suizidalität und Fremdgefährdung | 123 |
| | Literatur | 124 |
| 4 | Psychodynamische Traumatherapie im Gruppensetting | 127 |
| 4.1 | Psychodynamische Gruppenpsychotherapie als eigenständiges Verfahren | 127 |
| 4.1.1 | Psychodynamische Gruppenpsychotherapie stellt ein eigenständiges Verfahren mit eigener Methodik dar | 127 |
| 4.1.2 | Zur Theorie der Psychodynamischen Gruppenpsychotherapie | 129 |
| 4.1.3 | Evidenz und Wirkfaktoren der Gruppenpsychotherapie | 130 |
| 4.2 | Indikation und Setting | 132 |
| 4.2.1 | Grundsätzliche Indikation zur Gruppenpsychotherapie | 132 |
| 4.2.2 | Indikation bei Traumafolgestörungen | 134 |
| 4.2.3 | Vorbereitung der Gruppe, Setting und Rahmen- bedingungen | 137 |
| 4.3 | Praxis der Psychodynamischen Traumatherapie im Gruppensetting | 139 |
| 4.3.1 | Symbolisierung und Deutung in der Gruppe | 139 |
| 4.3.2 | Wiederholungswänge und Reinszenierungen in Gruppen | 142 |
| 4.3.3 | Umgang mit Krisen | 143 |
| 4.4 | Kombinationsbehandlung von Einzel- und Gruppentherapie | 145 |
| 4.4.1 | Kombinationsbehandlung im Rahmen der ambulanten Richtlinienpsychotherapie | 145 |
| 4.4.2 | Inhalte für Gruppe, Inhalte für Einzel | 146 |

| | | |
|---------------------|---|-----|
| 4.4.3 | Triangulierungsmöglichkeiten der Kombinationsbehandlung | 147 |
| 4.5 | Transgenerationale Traumawertergabe und Soziales Trauma | 149 |
| 4.5.1 | Innerfamiliäre Traumata und die transgenerationale Traumawertergabe | 149 |
| 4.5.2 | Soziale Traumata und ihre Relevanz für die Psychotherapie | 150 |
| Literatur | | 151 |
| 5 | Psychodynamische Traumatherapie im tagesklinischen und vollstationären Setting | 153 |
| 5.1 | Psychodynamische Psychotherapie im multiprofessionellen Setting | 153 |
| 5.1.1 | Multiprofessionelle Psychotherapie als eigenes Setting | 153 |
| 5.1.2 | Überblick verschiedener multiprofessioneller Settings | 155 |
| 5.1.3 | Reflektierte Methodenintegration im multiprofessionellen Setting | 158 |
| 5.2 | Tagesklinische und stationäre Psychodynamische Psychotherapie | 160 |
| 5.2.1 | Das Integrative Modell (teil-)stationärer Psychodynamischer Psychotherapie | 160 |
| 5.2.2 | Praxis Stationärer Psychodynamischer Psychotherapie | 162 |
| 5.2.3 | Indikation zur Stationären Psychotherapie | 164 |
| 5.2.4 | Geschichte und Konzepte der tagesklinischen Psychotherapie | 166 |
| 5.2.5 | Praxis tagesklinischer Psychotherapie | 168 |
| 5.2.6 | Indikation zur tagesklinischen Psychotherapie | 170 |
| 5.3 | Behandlung von Traumafolgestörungen in Tagesklinik und auf Station | 171 |
| 5.3.1 | Spezielle Indikationsstellung für Tagesklinik und Station | 171 |
| 5.3.2 | Stabilisierung und Traumakonfrontation | 173 |
| 5.3.3 | Durcharbeitung von Übertragung und Reinszenierung | 175 |
| Literatur | | 177 |
| 6 | Evidenz der Psychodynamischen Traumatherapie | 179 |
| 6.1 | Historische Entwicklung und aktuelle Studienlage | 179 |
| 6.1.1 | Einführung der PTBS und Studienlage zur Psychodynamischen Traumatherapie | 179 |
| 6.1.2 | Zentrale Ergebnisse aktueller Vergleichsstudien | 181 |

| | | |
|-------|--|-----|
| 6.1.3 | Befunde aus Metaanalysen und systematischen Reviews | 182 |
| 6.2 | Kritische Bewertung der Evidenz | 183 |
| 6.2.1 | Stärken und Limitationen Psychodynamischer Psychotherapie | 183 |
| 6.2.2 | Methodische Herausforderungen und bestehende Evidenzlücken | 185 |
| 6.2.3 | „Absence of evidence is not evidence of absence“ – methodenkritische Diskussion | 186 |
| 6.3 | Einseitigkeit in der Psychotraumatologie und Perspektiven | 187 |
| 6.3.1 | Dominanz kognitiv-behavioraler Verfahren und ihre Ursachen | 187 |
| 6.3.2 | Traumatherapie in der Praxis: wenn die Realität Abweichungen hervorbringt | 188 |
| 6.3.3 | Auswege aus dem Forschungsbias – Wege zu einer integrativen Evidenzbasis | 190 |
| | Literatur | 191 |
| 7 | Fazit für die Praxis | 193 |
| 7.1 | Indikation, Intervention und Integration | 193 |
| 7.1.1 | Indikationsstellung für die verschiedenen Settings der Psychodynamischen Traumatherapie | 193 |
| 7.1.2 | Übersicht über die störungsspezifischen Interventionen | 196 |
| 7.1.3 | Getting it all together: Verbindung von Verfahren, Störungsorientierung und Settings | 202 |
| 7.2 | Psychohygiene | 203 |
| 7.3 | Abschließende Gedanken | 204 |
| | Literatur | 206 |

Über den Autor



Dr. med. Christian Dürich geboren 1982, begann seine akademische Karriere in der Medizin an der Universität Witten/Herdecke. Nach seinem Medizinstudium absolvierte er die Facharztweiterbildung in Psychosomatischer Medizin und Psychotherapie. Seine Ausbildung vertiefte er durch die Institutsweiterbildung zum Psychoanalytiker sowie die Zusatzqualifikation „Psychotherapie der Traumafolgestörungen“ an der Köln-Bonner Akademie für Psychotherapie und die Weiterbildung zum Gruppenanalytiker bei der Internationalen Arbeitsgemeinschaft für Gruppenanalyse (D3G).

In seiner ärztlichen Weiterbildung erlangte Dr. Dürich wertvolle Erfahrungen in der Psychiatrie, Psychosomatik und Inneren Medizin. Er war als Oberarzt am Klinikum Westfalen Dortmund tätig und ist seit 2018 Chefarzt der Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Katholischen Krankenhaus Hagen gGmbH. Sein Engagement in der Fachgemeinschaft zeigt sich auch in seinen Rollen als Vorsitzender der Westfälischen Arbeitsgemeinschaft für Psychosomatik, Psychotherapie und Psychoanalyse e. V. sowie als Vorstandsmitglied der Deutschen Fachgesellschaft für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie / Psychodynamische Psychotherapie (DFT) e. V.

Dr. Dürichs Arbeitsschwerpunkte liegen in der Psychodynamischen Psychotherapie, Psychoanalyse und Gruppenanalyse, wobei er in verschiedenen Behandlungssettings tätig ist. Das vorliegende Buch markiert seine zweite umfangreiche Publikation.

Neben seiner medizinischen Tätigkeit ist Dr. Dürich auch im musikalischen Bereich aktiv. Er studierte Kirchenmusik an der Robert-Schumann-Hochschule

Düsseldorf und ist als Chorleiter und Organist tätig. Als Gründer und Leiter des Ärztechors Ruhr bringt er seine musikalischen und beruflichen Interessen zusammen.

Für Kontakt und weitere Informationen ist Dr. Dü-
rich unter der E-Mail-Adresse c.duerich@khh-hagen.de
erreichbar.