



Die Psychodynamik bei Traumafolgestörungen in den psychoanalytisch begründeten Psychotherapieverfahren – eine heuristische Systematik

Ingo Jungclaussen

Die 7-schrittige Heuristik ist eine systematische und richtlinienkonforme Darstellung der inhaltlich-methodischen Anforderungen der Psychodynamik von Traumafolgestörungen

Zusammenfassung

In der PT-Richtlinie sind Traumabehandlungen i. S. von Typ-I-Traumatisierungen gut etabliert. Die Behandlung komplexer Traumafolgestörungen nach Typ-II ist in den psychodynamischen Verfahren nur bei Darstellung eines psychodynamischen Störungsverständnisses möglich. Neue Anforderungen an die Darstellung der Psychodynamik ergeben sich durch die Richtlinien-Reform 2017. Der Beitrag liefert vor diesem Hintergrund eine heuristische Systematik für die Psychodynamik beider Typen.

Schlüsselwörter

Traumafolgestörung, Psychotherapie-Richtlinien, Didaktik, Gutachterverfahren, Posttraumatische Belastungsstörung, PTBS

The psychodynamics of disorders resulting from trauma in the psychoanalytically based psychotherapy treatment – a heuristic classification

Summary

In the meantime, treatment of trauma for verified PTSD i. S. acute I traumatization is well established in the Psychotherapy Directive. In psychodynamics procedure, treatment of Type II complex disorders resulting from trauma is only possible when psychodynamic types of disorders are displayed. New requirements for the display of the psychodynamics arise from the guidelines reform of 2017. Against this background the article delivers a heuristic classification for the psychodynamics of both types of disorders resulting from trauma, whereby a didactic processing guide is given for the description of cases conforming to the guidelines.

Keywords

psychodynamics, disorders resulting from trauma, psychotherapy directive, didactics, procedure for requesting expert opinion, PTSD, post-traumatic stress disorder

Die Psychodynamik bei Traumafolgestörungen

Ingo Jungclaussen

Ausgangssituation und Ziel des Beitrags

Die Behandlung von Traumafolgestörungen in der ambulanten Richtlinien-Psychotherapie war – trotz der Anforderungen aus der klinischen Praxis – vor 2011¹ in Deutschland offiziell nicht richtlinienkonform (Diskussion s. Jungclaussen, 2013). Ausführungen zur Notwendigkeit traumaadaptierter Behandlungen in den psychoanalytisch begründeten Psychotherapieverfahren (TP/Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie TP ; AP/Analytische Psychotherapie) finden sich bei Fischer, Reddemann, Barwinski Fäh und Bering (2003), Barwinski (2006) sowie bei Ermann (2004).

Seit 2011, dem 9. Faber/Haarstrick-Kommentar der Psychotherapie-Richtlinie (Rüger et al., 2011), hat sich die Behandlungssituation für akute Traumafolgestörungen in der Richtlinien-Psychotherapie, zunächst nur für die TP, schrittweise verbessert (Übersicht bei Jungclaussen, 2012a, 2012b, 2012c). Seit 2018, dem 11. Faber/Haarstrick-Kommentar (Dieckmann, Dahm & Neher, 2018) wurde die Zulässigkeit „traumamodifizierter Behandlungen“ dann auf alle 3 Verfahren (TP, AP, VT/

Verhaltenstherapie) ausgeweitet. Die genauen Voraussetzungen, zu denen u.a. eine gesicherte PTBS-Diagnose und für die TP/AP die Einbettung traumaspezifischer Vorgehensweisen in ein psychodynamisches Gesamtkonzept gehören, finden sich bei Dieckmann et al. (2018, S. 25f.).

Für den Bereich der TP hat sich für die traumaadaptierte Behandlung von Traumafolgestörungen seit Ermann (2004) und dem 9. Faber/Haarstrick-Kommentar (Rüger et al., 2011) der neue Begriff der „modifizierten TP“ inzwischen schrittweise etabliert (Diskussion hierzu s. Jungclaussen, 2013). Zudem sind die Anforderungen an die Verschriftlichung der Psychodynamik durch eine höhere Ver-

dichtung im Bericht an den Gutachter im Zuge der Richtlinien-Reform 2017 gestiegen. Mit Blick auf diese veränderte Situation ermangelt es innerhalb der TP/AP für Traumafolgestörungen an adäquaten systematischen Darstellungen zur entsprechenden Fallformulierung im Rahmen der Psychodynamik. Der vorliegende Beitrag befasst sich mit der systematischen Darstellung der inhaltlich-methodischen Anforderungen für das Verfassen der Psychodynamik einer Traumafolgestörung. Als Methode der Darstellung wird die Systematik einer Heuristik verwendet: Es werden im vorliegenden Kontext der Psychodynamik sieben methodische Denkschritte formuliert. Diese transformieren implizite Denkschritte zum Verfassen der Psychodynamik in explizite kognitive Arbeitsschritte. Die sieben Schritte stehen im Einklang mit den gültigen Psychotherapie-Richtlinien. Die Schritte können, müssen aber nicht zwingend chronologisch verfasst werden. Die Trennung in 7 Schritte folgt didaktischen Zwecken. Entscheidend ist vielmehr, dass zu allen 7 Punkten auf direkte oder indirekte Weise entsprechende inhaltliche Angaben gemacht werden. Das

Es mangelt innerhalb der TP/AP für Traumafolgestörungen an adäquaten systematischen Darstellungen zur entsprechenden Fallformulierung im Rahmen der Psychodynamik

(didaktische) Ziel dieser Heuristik besteht zum einen in der Komplexitätsreduktion sowie zum anderen in der Konkretisierung der inhaltlich-methodischen Anforderungen zum richtliniengetreuen Verfassen der Psychodynamik, so wie diese auch von Sasse (2001) in der Diskussion um das Gutachterverfahren gefordert wurde.

Während der Psychodynamik-Leitfaden bereits für Konflikt- und Strukturstörungen konzipiert wurde (ausführlich Jungclaussen, 2013, S. 104-171), wird dieser im vorliegenden Beitrag für Traumafolgestörungen erstmals vorgelegt. Dabei wird in der Heuristik zwischen Trauma Typ 1 und Typ 2² unterschieden (Terr, 1991).

Während der Psychodynamik-Leitfaden bereits für Konflikt- und Strukturstörungen konzipiert wurde (ausführlich Jungclaussen, 2013, S. 104-171), wird dieser im vorliegenden Beitrag für Traumafolgestörungen erstmals vorgelegt. Dabei wird in der Heuristik zwischen Trauma Typ 1 und Typ 2² unterschieden (Terr, 1991).

Die Psychodynamik bei Traumafolgestörungen

Ingo Jungclaussen

Zur Rolle der Prädisposition im Krankheitsverständnis der Psychotherapie-Richtlinie

Nach ICD-10 ist ein Trauma ein Ereignis, das bei fast jedem (!) Menschen eine tiefe Verzweiflung, Not und Symptomatik auslösen würde. Eine hieraus erwachsene Traumafolgestörung bedarf aus dieser ICD-10-Logik heraus nicht zwingend einer Prädisposition. Dies ist in der Richtlinienpsychotherapie anders: Für alle drei Verfahren (TP, AP, VT) wird vor allem in § 2 (3) der Psychotherapie-Richtlinie betont, dass „seelische Krankheiten“ bzw. „seelische Strukturen“ als „anlagemäßig disponierende und lebensgeschichtlich erworbene Grundlagen seelischen Geschehens“ verstanden werden (Ausführlich zum Störungsverständnis, s. auch Faber/Haarstrick-Kommentar: Dieckmann et al., 2018). Demnach müssen nach den Richtlinien Traumafolgestörungen, wie jede andere psychische Störung auch anhand der individuellen (!) Prädisposition des Patienten ätiologisch hergeleitet und erklärt werden.

Mit Prädisposition ist vor allem aus Sicht des analytischen Krankheitsverständnisses gemeint, dass bei jeder Art der psychischen Krankheitsentstehung von einer bereits bestehenden gewordenen psychischen Struktur („passive Matrix“) ausgegangen wird, auf de-

individuellen prädisponierenden Boden die Verarbeitung des Traumaereignisses fällt.

Dieses Krankheitsverständnis der Richtlinie bzw. Psychoanalyse kann aus Sicht der Traumaforschung kritisch diskutiert werden. Eine ausführliche Diskussion dieses Dilemmas findet sich bei Jungclaussen (2009, 2012a, 2012b, 2013).

Psychodynamik-Heuristik für Trauma-Typ I (Monotrauma/PTBS)

Eine Traumastörung von Typ I wird wie folgt definiert (Wöller, 2013, nach Terr 1991):

Ein plötzliches, unvorhergesehenes, einmaliges Ereignis (auch Monotrauma oder Schocktrauma genannt). Man unterscheidet in diesem Kontext ein von Menschen gemachtes („personales“) und ein nicht von Menschen gemachtes („apersonales“) Typ-I-Trauma. Personale Typ-I-Traumata sind z.B. Vergewaltigung, Überfall, plötzlicher Verlust einer wichtigen Person. Apersonale Typ-I-Traumata sind z.B. Naturkatastrophen, Verkehrsunfälle³.

Auf Symptomebene handelt es sich meistens um eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), als ICD-10 Diagnose F43.1.

Es folgt die 7-schrittige Psychodynamik-Heuristik für Typ-I-Trauma, wie sie z.B. im Gutachterverfahren in den psychoanalytisch begründeten Richtlinienpsychotherapien (TP/

Die erfolgreiche Beantragung einer traumamodifizierten TP oder AP hängt in den psychoanalytisch begründeten Verfahren entscheidend von der überzeugenden Begründung ab

ren vulnerablen Basis ein auslösendes Ereignis im Leben des Patienten („aktive Matrix“), z.B. ein Traumaereignis, verarbeitet wird. Die durch die Prädisposition bzw. Vulnerabilität bestimmte innerpsychische Verarbeitung entscheidet, ob und wie eine Störung erwächst. Die erfolgreiche Beantragung einer traumamodifizierten TP oder AP (und das gilt vor allem für das Mono-Trauma im Rahmen einer PTBS) hängt also in den psychoanalytisch begründeten Verfahren entscheidend von der überzeugenden Begründung ab, auf welchen

AP) konkret anwendbar ist (s. Gliederungspunkt 4 im Bericht an den Gutachter, nach dem gültigen Formblatt PTV 3, G-BA, 2017):

Schritt 1: Prägnante psychogenetische Rekonstruktion der (frühen) Biografie zur Erläuterung der vulnerablen Strukturen (als Hypothese)

In Schritt 1 der dargestellten Systematik wird die frühe Biografie des Patienten prägnant beschrieben. Diese ist weniger beeinträchtigt als bei komplexen oder extremen Traumastö-

rungen bzw. Beziehungstraumata in der Frühgenese (s. Typ-II-Trauma). Biografische Angaben dienen im Sinne der psychogenetischen Rekonstruktion (Freud, 1937; Mertens, 2004; Ermann, 1993) später dazu, die Störungsprädisposition (für den Gutachter) biografisch nachvollziehbar zu machen.

Schritt 2: Nennung des Mono-Traumas

In Schritt 2 ist das einzelne Mono-Trauma zu benennen, z.B. Unfall, Vergewaltigung, Banküberfall, das der Symptombildung zugrunde liegt. Barwinski (2010, 2011, 2017) hat dabei auf die Bedeutung der potentiell traumatischen Erfahrung von (Langzeit-) Erwerbslosigkeit hingewiesen.

Schritt 3: Erklärung, warum es zu einer nicht gelingenden Bewältigung des Mono-Traumas kam

Im Falle der Ausbildung krankheitswertiger Symptome ist die Antwort auf die Frage relevant, warum der Patient das Mono-Trauma nicht bewältigt hat, also z.B. eine PTBS ausbildete und eine psychotherapeutische Behandlung benötigt. In den psychoanalytisch begründeten Therapieverfahren (TP und AP) wird diese Frage – wie eingangs betont – wie folgt zu beantworten versucht: Aufgrund welcher persönlich gewachsenen Prädisposition und Vulnerabilität kann der Patient das Mono-Trauma nicht vollständig selbst verarbeiten?⁴

Ohne diesen richtliniengemäßen Einbezug einer dispositionellen vulnerablen Struktur, vor deren Hintergrund ein Trauma innerpsychisch verarbeitet wird, kann kein psychoanalytisch begründeter Krankheitsvorgang im Sinne der Richtlinien vorliegen und keine ambulante Richtlinien-Therapie befürwortet werden. Dies folgt dem gleichen Grundgedanken wie auch bei klassischen neurotischen Konfliktstörungen. Die Beschreibung der Prädisposition kann aus Sicht der unterschiedlichen psychoanalytischen Metatheorien, aus triebpsychologischer, ich-psychologischer⁵, objektbeziehungstheoretischer sowie selbstpsychologischer Sicht beschrieben werden

(Übersicht bei Pine 1990; Jungclaussen, 2013). Dabei spielt im Verständnis vor allem das Zusammenspiel von bereits bestehenden unbewussten inneren (Grund-)Konflikten in der Psychoanalyse von jeher eine große Rolle (zum Verhältnis von Trauma und Konflikt siehe auch Barwinski Fähr, 2001). Seit Rudolf (2004) rückt zudem immer mehr die Bedeutung der strukturellen Vulnerabilität bei der Verarbeitung des Traumaerlebnis in den Fokus.

Schritt 4: Beschreibung der vergeblichen Versuche des Patienten, mithilfe (pathogener) Kompensation und Ressourcen das Mono-Trauma zu bewältigen

Der nächste erforderliche psychodynamische Aspekt ist die Beschreibung, mithilfe welcher Abwehr-, Bewältigungsversuche oder Schutz- und Kompensationsmechanismen der Patient (bislang) versucht hat, sich an das (verfestigte) Mono-Trauma anzupassen bzw. dieses zu bewältigen (z.B. mittels Dissoziationen, Affektabsplattungen/-Isolierungen, Depersonalisationen, Rückzug). Die Kompensationsmechanismen sind beschreibbar mithilfe des Traumakompensatorischen Schemas (TKS) nach Fischer und Riedesser (2003). Dieses TKS kann übersetzt werden als persönlichkeitspezifische Abwehr- und Bewältigungsstrategie(n) bzw. als dysfunktionale Anpassung an die unerträgliche Erfahrung des Traumas. Zu den o. g. Kompensationsversuchen gehören auch Ressourcen (Spangenberg, 2017; Peichl, 2018; Butollo & Karl, 2016).

Schritt 5: Benennung des Entstehungswegs der aktuellen Störung

Für die Entstehung des klinischen Bildes einer Traumafolgestörung nach einem Mono-Trauma können aus psychodynamischer Sicht vier Varianten unterschieden werden:

- a) Verfestigung aufgrund fehlender Bewältigung,
- b) Kompensationsverlust/Erliegen der Abwehr,
- c) retraumatisierende Auslöser („Trigger“),
- d) wiederholtes Traumaereignis.

Die Psychodynamik bei Traumafolgestörungen

Ingo Jungclaussen

a) Verfestigung aufgrund fehlender Bewältigung

Mit einer Verfestigung ist gemeint, wenn die posttraumatischen Belastungsreaktionen ohne Auslöser/Trigger im klinischen Bild ab einem gewissen Punkt selbst symptom- bzw. krankheitswertig werden, weil sich diese per se verfestigen⁶ (viele Symptome, z.B. Flashbacks, Vermeidung und Hyperarousal, verfestigen sich mit hohem Leidensdruck und Symptomwert). Ob sich eine PTBS entwickelt bzw. verfestigt, hängt neben der o.g. Prädisposition auch noch von anderen Faktoren ab. Nach Leonhardt und Foerster (2003) spielen hierbei auch prätraumatische (z.B. Resilienz) und peritraumatische Faktoren⁷ eine große Rolle. Hier hängt es davon ab, ob der Betroffene nach der traumatischen Erfahrung Umstände vorfindet, die einer raschen psychosozialen Erholung förderlich sind. Besonders wichtig sind hier das Ausmaß der sozialen Unterstützung und der Schutz vor zusätzlichen Belastungen (z.B. der Schutz vor traumabedingten körperlichen Funktionseinschränkungen oder anhaltenden Schmerzen).

b) Wegfall von Kompensation/Erliegen der Abwehr

Neben der o.g. Verfestigung können ferner der Wegfall von (pathogener) Kompensation bzw. das Erliegen oder die Labilisierung der Abwehr als störungsverursachend unterschieden werden. Z.B. können äußere psychosoziale Konflikte die Abwehr labilisieren; ebenso kann es im Seniorenalter zu einer altersbedingten Labilisierung der Abwehr kommen (Barwinski & Fischer, 2010). Ein Erliegen der Abwehr kann ferner bedeuten, dass eine einmal notwendige und stabilisierende Abwehr (z.B. in Form von „Funktionieren-Müssen“ im Alltag) nach einer Zeit nicht mehr möglich ist.

c) Retraumatisierung durch Auslöser und/oder Trigger

Von den beiden o.g. Wegen zu unterscheiden ist der Störungsweg über einen Auslöser bzw. Trigger. Hiermit ist gemeint, dass es

durch das Dazutun von aktuellen Auslösern und Triggern zur erneuten Traumatisierung („Retraumatisierung“) kommt. Hier ist die Beschreibung erforderlich, wie der Auslöser und die hereinfliegenden Triggerreize störungsauslösend wirken und zur präsymbolischen Erinnerung an das Mono-Trauma führen. Triggerreize lösen die Erinnerung bzw. Intrusionen/Flashbacks aus.

d) Wiederholtes Trauma-Ereignis

Die psychische Dekompensation aufgrund eines wiederholten Traumas ist häufig dann der Fall, wenn z.B. Zugführer der Deutschen Bahn einen Suizid auf den Gleisen noch haben verarbeiten können, dann aber dekompensieren, wenn sie einen zweiten Vorfall dieser Art erleiden müssen.

Schritt 6: Benennung der Art der Dekompensation

In Schritt 6 der heuristischen Systematik stoßen die psychodynamisch wirksamen Kräfte aufeinander. Es können analog zu oben 4 Varianten systematisch unterschieden werden:

a) Störungsverfestigung

Wenn eine Verfestigung der traumabezogenen Symptomatik in Form einer PTBS vorliegt (s. Schritt 5a), wird an dieser Stelle in der Heuristik bei Schritt 6 keine weitere Stufe benötigt, da das verfestigte Trauma per se bereits krankheits- und symptomwertig ist. Trotzdem ist es erforderlich, die in der Regel auch prädisponierend verantwortlichen Anteile beim Namen zu nennen, die dafür verantwortlich sind, dass der Patient nicht wieder gesundet, sondern sich das Trauma verfestigt.

b) Wegfall von Kompensation/Erliegen der Abwehr

Hiernach kommt es zur Dekompensation, wenn eine wichtige Kompensation (z.B. Partnerschaft, Familie, Beruf) aufgrund einer Lebensveränderung verloren geht oder die Abwehr zum Erliegen kommt bzw. sich erschöpft oder gänzlich verloren geht. Da ge-



Michaela Huber, Elisabeth Kernen & Thorsten Becker (Hrsg.)

Integration des Fremden?!

Trauma, Dissoziation und Migration
Was bedeutet es, in ständiger Bedrohung zu leben?

Die Tagung „Integration des Fremden?!“ wurde gemeinsam durchgeführt von einer Fachgesellschaft für komplexe Traumafolgestörungen, der DGTD, und von einer Institution, die sich um Geflüchtete kümmert, dem Psychosozialen Zentrum für Flüchtlinge.

In diesem Buch sind die Beiträge der Tagung versammelt. In ihnen allen findet sich eine Verbindung der Themen Komplexes Trauma und Flucht. Es zeigen sich dabei Ähnlichkeiten zwischen der Flucht aus unerträglichen Familienverhältnissen oder destruktiven, ausbeuterischen Gruppierungen und der Flucht aus Kriegs- und Krisengebieten.

Mit Beiträgen von: Mina Ahadi, Frauke Baller, Udo Baer, Janina Becker, Thorsten Becker, Julia Bialek, Stefanie Burmester, Claudia Fischer, Gabriele Frick-Baer, Cinur Ghaderi, Kerstin Hartung, Michaela Huber, Elisabeth Kernen, Anita Neumann, Ibrahim Özkan, Katja Paternoga, Luise Reddemann, Eva van Keuk, Dima Zito.

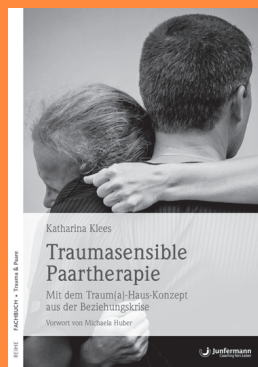
192 Seiten, kartoniert • € (D) 27,00 • ISBN 978-3-95571-801-5

Weitere Neuerscheinungen:

Katharina Klees
Traum sensible Paartherapie
ISBN 978-3-95571-723-0

Dietmar Mitzinger
**Der Pranayama-Effekt
in der Trauma-Arbeit**
ISBN 978-3-95571-680-6

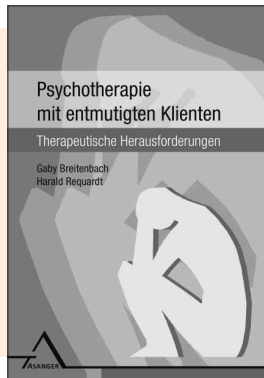
www.junfermann.de



Gaby Breitenbach,
Harald Requardt

Psychotherapie mit entmutigten Klienten – therapeutische Herausforderungen

5. Aufl., 250 S., 29,- €
ISBN 978-3-89334-438-1



Katrin Boege, Rolf Manz (Hg.)

Traumatische Ereignisse in einer globalisierten Welt

Interkulturelle Bewältigungsstrategien, psych. Erstbetreuung und Therapie.
172 S., 15,- €
ISBN 978-3-89334-483-3



„Ein engagiertes und fachkompetentes Plädoyer für die Arbeit mit einem Klientel, das durch die Maschen des psychotherapeutischen Netzes fällt.“ (Zeitschrift für Systemische Therapie)

„Empfehlenswert auch für den ganz normalen Alltag der Beratung.“ (Beratung aktuell)

... durch beispielhafte Schilderungen aus der Praxis gut lesbar ... insgesamt sehr praxisbezogen ... Die Autoren verstehen therapeutisches Arbeiten nicht nur als Herausforderung an die notwendigen therapeutischen Kompetenzen, sondern auch als Herausforderung an Kreativität und Humor (Dr. Barbara Stosiek-ter Braak, in Sozialnet 2007)

Ob Unfälle oder Gewalt am Arbeitsplatz, ob Naturkatastrophen und Großschadensereignisse – das Thema traumatische Ereignisse hat an Bedeutung gewonnen. In einer globalisierten Welt sind hierbei immer häufiger Menschen aus verschiedenen Kulturkreisen betroffen. Für Betroffene und Helfer stellen die interkulturellen Besonderheiten eine hohe Zusatzbelastung dar.

„Ein hilfreicher Denk- und Handlungsanlass für alle, die mit Menschen anderskultureller Herkunft beruflich umgehen; ein Schlüssel für eine Tür, die nicht offen steht, sondern geöffnet werden muss, mit Empathie und der Fähigkeit zum interkulturellen Dialog und zur interkulturellen Kompetenz, weil wir alle in einer multikulturellen Gesellschaft leben.“ (Jos Schnurer, socialnet)

Angelika Birck

Traumatisierte Flüchtlinge

Wie glaubhaft sind ihre Aussagen?

4. Aufl., 164 S., 17,- €
ISBN 978-3-89334-376-8



Beatrix Weber Bertschi,
Graciela Greco

Psychotherapie nach Migration und Flucht

Bilder, Geschichten und Symbole in der Therapie mit Kindern und Erwachsenen.
120 S., 30 Zeichnungen, Fotos und Bilder, 29,50 €
ISBN 978-3-89334-600-4



„Eine bedeutsame Hilfe für Juristen, die im Ausländerrecht tätig sind, sowie für alle Organisationen, in denen Psychologen und Mediziner mit Flüchtlingen arbeiten.“ (Horst E. Theis, ZAR-Rezensionen)

„Wichtig für Beratungsstellen, Rechtsanwältinnen, Richterinnen und AnhörerInnen sowie alle, die mit traumatisierten Flüchtlingen zu tun haben.“ (Der Schlepper, Flüchtlingsrat Schleswig-Holstein)

„Verhilft zu einem besseren Verständnis der Probleme und Missverständnisse, die immer wieder zwischen Unterstützern und Betreuten auftreten und es liefert Argumente für die Auseinandersetzung mit Behörden und Gerichten“ (Flüchtlingsrat, Zeitschrift f. Flüchtlingspolitik in Niedersachsen)

Besonders wertvoll ist dieses Buch, weil im Vordergrund die Besonderheiten der therapeutischen Beziehung bei unterschiedlichem kulturellem Hintergrund von Therapeutinnen und Patient stehen. Je mehr sich Psychotherapeuten auf die Herkunft, die Kultur und die Werte ihrer Patienten und deren Flucht- bzw. Migrationsweg einlassen können, umso besser verstanden und aufgehoben können sich diese fühlen.

„Insgesamt ein sehr anregend-informatives Buch, das allen Psychotherapeuten empfohlen werden kann, die mit Migranten arbeiten und die besondere Lebenssituation von Menschen zwischen verschiedenen Welten und Kulturen besser verstehen und dabei auch über sich selbst etwas lernen wollen.“ (Trauma – Zeitschrift für Psychotraumatologie)

Die Psychodynamik bei Traumafolgestörungen

Ingo Jungclaussen

rade die Erwerbstätigkeit sowie das Gefühl sozialer Verantwortung wichtigen kompensierenden Charakter haben, spielt die intrapsychische Verarbeitung des Verlustes der Erwerbstätigkeit ebenso eine wichtige Rolle (Barwinski Föh, 1990, 1992, 1993).

c) Retraumatisierung

Bei einer Retraumatisierung ist zu beschreiben, wie unter dem Druck des Auslösers bzw. Triggers (s. Schritt 5) das Mono-Trauma innerpsychisch im Erleben wieder reaktualisiert wird. In diese Verarbeitung spielt die persönliche Disposition/Vulnerabilität (z. B. als Persönlichkeitsstruktur/Neurosenstruktur) hinein, zu der auch wie o. g. die früheren Konflikte bzw. das Strukturniveau etc. gehören können (s. o.).

d) Dekompensation aufgrund wiederholten Traumas

In diesem Fall überfordert das 2. Traumaereignis die Verarbeitungsmöglichkeiten des Betroffenen, so dass es zur Dekompensation kommt.

In der Traumapsychopathologie nach Fischer und Riedesser (2003) gibt es analog zum Wunsch-Abwehr-Modell von Freud das Modell, dass das Trauma, genauer gesagt, das Traumaschema (TS) und seine Kompensation (TKS, s. vorherige Schritte 3 und 4), im Konflikt zueinander stehen. Das TKS wird somit zum Gegenspieler des Traumaschemas (TS, vgl. Schritt 3), und es kommt im Sinne einer Kompromissbildung zu Symptomen (analog zur neurotischen Wunsch-Abwehr-Konflikt-Dynamik). Wenn das TKS Symptome erzeugt, dann ist das Individuum dysfunktional „kompensiert.“ Wenn es kein wirksames TKS gibt, zeigt sich das TS. Je nach Prädisposition ist psychodynamisch dann entscheidend, wie dieser Konflikt ausgeht und wie die Auflösung der Symptomatik durch Stärkung und Differenzierung der funktionalen Anteile des TKS gelingt. In diese Verarbeitung spielt nach Fischer und Riedesser (2003) die persönliche Disposition/Vulnerabilität hinein, zu

der auch wie o. g. die früheren Konflikte bzw. das Strukturniveau etc. gehören.

Schritt 7: Beschreibung des Symptombildes (meist PTBS)

Beim letzten Schritt der Psychodynamik ist die Traumasymptomatik zu nennen. Im Kontext eines Mono-Traumas im Sinne eines Typ-I-Traumas wird als häufigste Symptombildung eine PTBS⁸ zu konstatieren sein. Für eine trauma-modifizierte TP/AP im Rahmen der Psychotherapie-Richtlinie ist es notwendig, dass auf Symptomebene dezidiert eine PTBS diagnostiziert wurde (Dieckmann et al., 2018).

Psychodynamik-Heuristik für Trauma-Typ II (Komplex-Traumatisierungen/Komplexe PTBS)

Das Typ-II-Trauma ist definiert als „eine länger andauernde und sich wiederholende traumatische Situation. Hierunter versteht man meist jahrelange (frühe/in der Kindheit) sexuelle oder körperliche Kindesmisshandlung oder Vernachlässigung, sowie auch im Bereich politischer Gewalt Krieg, Folter, Geiselnahme, Konzentrationslager. Transgenerationale Traumatisierung: Unter Typ II lassen sich auch die Beziehungstraumata bzw. Bindungstraumata in Form der transgenerationalen Weitergabe von traumatischen Erfahrungen einordnen.“ (Wöller 2013, nach Terr 1991).

Schore (2001) hat in der Tradition der Londoner Objektbeziehungstheorie im englischen Sprachraum in diesem Kontext den zentralen Begriff Bindungstrauma bzw. Beziehungstrauma geprägt, um den Aspekt zu betonen, dass diese Art Trauma oft im Rahmen einer (frühen) traumatisierenden Beziehung bzw. Bindung erfolgt. Die Begriffe „Bindungstrauma“/„Beziehungstrauma“ finden sich im deutschen Sprachraum auch bei Barwinski (2018), Fischer und Riedesser (2003), Wöller (2014) sowie bei Sachsse und Roth (2008).

Eine Kodierung der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung ist mit ICD-10

Die Psychodynamik bei Traumafolgestörungen

Ingo Jungclaussen

nicht möglich. Im ICD-11 ist dafür eine eigene Kategorie vorgesehen (Hecker & Maercker, 2015).

Komplexe Mischätiologie – TP oder AP? (Differenzialindikation)

Mit Blick auf die ätiologische Einteilung nach Rudolf, der zwischen Trauma-, Struktur- und Konfliktätiologie unterscheidet (2010), liegt bei komplexen Traumafolgestörungen aus ätiopathogenetischer Sicht häufig eine Mischätiologie vor, in der sich trauma-, struktur- sowie konfliktbedingte Störungsanteile miteinander mischen. Ob bei diesen Komplextraumatisierungen eine modifizierte⁹ AP oder eine modifizierte TP indiziert ist, hängt zum einen in hohem Maße von den Möglichkeiten und Anforderungen im Bereich der Versorgungslage ab. Zum anderen ist dies aber auch davon abhängig, was der Patient möchte bzw. kann und wie die Störung psychodynamisch gelagert ist. Eine modifizierte AP ist eher dann indiziert, wenn eine längerfristige grundlegende Behandlung der Gesamtpersönlichkeit erforderlich ist sowie etwaige negative Übertragungstendenzen in einer TP nicht hinreichend aufgefangen und bearbeitet werden können (Dieckmann et al., 2018). Bei akuter Symptombildung ist bei fokaler Behandlungszielsetzung (z.B. dringlicher Stabilisierung) eher eine TP indiziert. (ebd.).

Bei komplexen Traumafolgestörungen liegt aus ätiopathogenetischer Sicht häufig eine Mischätiologie vor

Nach dieser Ausgangssituation von Trauma Typ II Störungen folgt nun die Darstellung der heuristischen 7 Schritte.

Schritt 1: Prägnante psychogenetische Rekonstruktion der frühen Biografie, die dem Komplex-Trauma zugrunde liegt (als Hypothese)

Erforderlich ist hier die (meist nur hypothetisch mögliche) Beschreibung der mitunter langanhaltenden frühen schweren kom-

plexen körperlichen, sexuellen oder emotionalen traumatischen Einflüsse oder Vernachlässigungen in der Frühgenese (häufig langandauernder früher sexueller Missbrauch, manchmal aber auch „leisere“ Formen traumatisierender Beziehungsangebote). Hier handelt es sich oft um eine Serie miteinander verknüpfter Ereignisse oder ein lang andauerndes traumatisches Ereignis. Beispiel: In der Regel zwischen 0.–3. bzw. 4.–5. Lebensjahr durch Menschenhand intendierte frühe Schädigung, wie wiederholte sexuelle oder körperliche Misshandlungen in der Kindheit, Geiselhaf, Gewalterfahrungen in der Partnerschaft, Kriegserfahrungen.

Das Opfer ist nicht in der Lage, aus eigener Kraft die Traumatisierung zu beenden oder zu verhindern. Da diese Ereignisse lange zurückliegen oder oft nicht erinnert oder nur indirekt erschlossen werden können, ist der Anteil der Hypothesenbildung an der psychogenetischen Rekonstruktion sehr hoch.

Schritt 2: Benennung der ätiopathogenetischen Anteile aus Trauma, Struktur und Konflikt

Da wie eingangs bereits angerissen diese Störungsart in der Regel aus unterschiedlichen („ätiopathogenetischen“) Störungsanteilen besteht, sich also Traumaanteile mit Konflikt- und Strukturstörungsanteilen vermischen, sollten die unterschiedlichen Anteile und dynamischen Wirkrichtungen der Mischätiologie so gut wie möglich benannt werden, was häufig nicht immer leicht ist.

Schritt 3: Beschreibung der pathologischen prädisponierenden Struktur und ihre negative Rolle bei nachfolgenden Entwicklungsaufgaben sowie der Verarbeitung weiterer Krisen oder Lebensanforderungen

Schritt 3 ist, wie bei den Psychodynamik-Leitfäden für Konflikt- und Strukturstörungen auch (Jungclaussen, 2013), in erster Linie der Schritt, bei dem Aussagen über die Prädisposition als gewordene Struktur getroffen

werden. D. h., hier sollte beschrieben werden, wie (im Sinne einer Prädisposition) die gewordene Struktur/Persönlichkeitsstruktur in der Regel fundamental zerrüttet bzw. erschüttert wurde, da eine Erholung nach den Traumatisierungen nicht möglich war.

Es ist unmittelbar nachvollziehbar, dass eine früh beeinträchtigte Struktur eine negative Rolle bei der Meisterung nachfolgender Phasen und ihrer Entwicklungsaufgaben (wie Autonomie- oder Identitätsentwicklung) einnimmt. Darüber hinaus beeinträchtigt eine geschädigte Struktur auch im Erwachsenenalter die Verarbeitung weiterer Krisen und wichtiger Lebensanforderungen. Je früher traumatische Einflüsse auf die Struktur einwirken, desto schwerwiegender ist ihre Beeinträchtigung.

Eine früh beeinträchtigte Persönlichkeitsstruktur spielt bei der Meisterung nachfolgender Entwicklungsaufgaben eine negative Rolle

Mit Blick auf den Aspekt des Zusammenbruchs oder der Nicht-Ausbildung entsprechender Ich-Funktionen wird der Bezug zur Strukturätiologie besonders deutlich (Rudolf, 2010). Typisch zur Struktur gehörende Merkmale sind z.B.:

- Dissoziationen,
- unmentalisierte Affekte,
- überwiegend negative, oft verfolgende Beziehungsfantasien als implizite ständige Beziehungserwartungen, Wiederholung der Opferrolle,
- abgespaltene „emotionale Anteile“

Die Struktur des Patienten ist also auch anfällig für erneute Traumatisierungen. Das klinische Bild dieser gewordenen Struktur lässt sich gut beschreiben als schwer gestörte komplexe Persönlichkeitsstörung bzw. als gering oder sogar desintegriertes¹⁰ Strukturniveau nach OPD. Mit van der Hart et al. (2008) kann von einer „strukturellen Dissoziation“ bzw. einem verfolgten Selbst gesprochen werden. Bei Fischer und Riedesser (2003) findet sich das Modell des „zentralen traumatischen Situationsthemas“ (ZTST).

Schritt 4: Beschreibung der (pathogenen) Kompensation

Hier wird die Beschreibung erforderlich, mit welchen Bewältigungsversuchen bzw. (pathogenen) Kompensationsmechanismen der Patient versucht hat, sich an die komplexe Störung anzupassen. Diese Patientengruppe ist häufig über komplexe und bis zum Pathogenen hinübergehende zahlreiche Prozesse kompensiert, wie z.B. durch Süchte, Dissoziationsneigungen, destruktive regressiven Entwicklungen, interpersonelle Abwehr (z.B. projektive Identifizierung), sado-masochistische Beziehungsformen, Wiederholungszwänge. Die Grenzen zwischen Kompensation und pathogener Entwicklung bzw. Abwehr und destruktiven Beziehungsgestaltungen sind oft fließend.

Unerwähnt sollen dabei nicht konstruktive positive Formen der Kompensation sein, wie Kompensation durch Kunst, die Gründung von Selbsthilfegruppen und anderem häufig zu beobachtenden sozialen oder gesellschaftlichen Engagement.

Schritt 5: Benennung des Entstehungswegs der (aktuellen) Störung

In Anlehnung an den vorherigen Schritt 5 für Typ-I-Trauma können aus psychodynamischer Sicht fünf Varianten zur (auslösenden) Entstehung des Symptoms beim Typ-II-Trauma unterscheiden werden:

- a) Symptomwert durch chronisch-kumulative Prozesse,
- b) Wegfall von Kompensation oder Erliegen der Abwehr,
- c) Retraumatisierung durch Auslöser und Trigger,
- d) Lebensereignisse mit auslösendem Charakter,
- e) wiederholtes Trauma.

Eine Besonderheit bei Komplextraumatisierten ist, dass diesbezüglich eine besondere Vielzahl an Faktoren denkbar ist, durch die eine Symptombildung ausgelöst werden kann. Folgende Beispiele können besonders störungsauslösend sein:

Die Psychodynamik bei Traumafolgestörungen

Ingo Jungclaussen

- biografische Schwellensituationen als „Sollbruchstellen“ (z.B. Auszug aus dem Elternhaus bzw. Kinder sind aus dem Haus, Rollenwechsel nach Berentung),
- sich verändernde Situationen bzw. Lebensumstände (z.B. berufliche Perspektive oder Versorgungsbereitungen brechen weg),
- kumulative (= sich aufsummierende) Ketten von Triggern,
- „Kleinigkeiten“ (z.B. eine Geste, Stimme oder Gerüche) im Sinne eines Triggers,
- Nachlassen der Abwehrkraft im hohen Alter (z.B. Wiedererinnerung an Kriegstraumatisierungen; Barwinski & Fischer, 2010).

Schritt 6: Benennung der Art der Dekompensation

In diesem Schritt geht es um die genaue Darstellung der (aktuellen) Dekompensation auf der Basis der ätiopathogenetischen Anteile und auslösenden Faktoren. Es können mehrere Arten der Dekompensation bzw. Störungsentstehung unterschieden werden – die Entstehung der Störung

- a) aufgrund kumulativ-chronischer Belastungs- und Dekompensationsprozesse (langbestehender Kompensationsmechanismus wird per se symptom- und krankheitswertig; z.B. durch schwere, immer mehr zunehmende Somatisierungen oder Süchte),
- b) durch den Wegfall von Kompensation oder durch eine zum Erliegen kommende wichtige intrapsychische oder interpersonelle Abwehr,
- c)+d) aus einer konkreten Re-Retraumatisierung aufgrund eines „Triggers“ oder Auslösers,
- e) durch ein neues Traumaereignis.

Schritt 7: Beschreibung des Symptombildes (Komplexe PTBS oder andere)

Es können in der Darstellung im Kontext eines Komplex-Traumas im Sinne eines Typ-II-Traumas folgende häufige Störungsbilder unterscheiden werden:

- Komplexe PTBS¹¹,
- Borderline-Persönlichkeitsstörung und Dissoziale Persönlichkeitsstörung,
- andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung,
- Multiple Persönlichkeitsstörung/Dissoziative Identitätsstörung,
- Somatisierungen bzw. somatoforme (Schmerz-)Störungen verschiedener Arten (auch Fibromyalgie), körperliche Störungen (somatoforme Dissoziation; Nijenhuis & Matthes, 2006),
- Suchtstörungen,
- dissoziative Störungsbilder, auch dissoziative Anfälle: Krampf, Zittern, Freeze sowie dissoziative Fugue,
- Panikstörung oder andere Angststörungen,
- manchmal Zwangsstörungen,
- auch Delayed-Onset-Trauma¹² beim Bild einer unvollständigen PTSD,
- bei Kindern/Jugendlichen: mitunter Ängste, Depressionen; ADHS, Einnässen tagsüber, aggressives Verhalten.

Fazit und Ausblick

Die 7-schrittige Heuristik stellt eine systematische, komplexitätsreduzierende, in der Praxis angewandte¹³ und richtlinienkonforme Darstellung der inhaltlich-methodischen Anforderungen der Psychodynamik von Traumafolgestörungen dar¹⁴. Neben der eingangs erwähnten didaktischen Zielsetzung für die Praxis stellt das Konzept durch seine systematische Ausleuchtung des Psychodynamik-Konzepts einen Beitrag zur psychoanalytischen Konzeptforschung in einem weiteren Sinne dar (Dreher, 2004; Leuzinger-Bohleber & Fischmann, 2006).

Für die Zukunft wäre es im vorliegenden Kontext wünschenswert, wenn in künftigeren Ausgaben des Faber/Haarstrick-Kommentars der Psychotherapie-Richtlinie das „Regelungsvakuum“ für Komplextraumatisierte dahingehend besser gelöst würde, indem diese Störungsgruppe klarer in den Indikationsbereich der modifizierten AP zugeordnet würde.

Die Psychodynamik bei Traumafolgestörungen

Ingo Jungclaussen

Insbesondere bei der Behandlung von Traumafolgestörungen in der Richtlinien-Psychotherapie wäre es für die Zukunft ebenso wünschenswert, wenn das nach wie vor bestehende Spannungsverhältnis zwischen dem Ätiologie-Verständnis der Richtlinie (vgl. zwingende Prädisposition) auf der einen und den Erkenntnissen der Traumaforschung auf der anderen Seite in den Folgeausgaben des Faber/Haarstrick-Kommentars zugunsten der Traumabehandlungen künftig genauer austariert werden würde.

Die sieben Punkte stellen darüber hinaus eine Kriteriensammlung bzw. eine Sammlung von Kernbegriffen dar, die sich zur Inhaltsanalyse von Psychodynamiken und somit zu Forschungszwecken eignen.

Literatur

- Barwinski Fäh, R. (1990). Die seelische Verarbeitung der Arbeitslosigkeit. *Soziale Medizin*, 12, 57.
- Barwinski Fäh, R. (1992). Schwangerschaft hinter der Couch – Reaktionen von Patientinnen auf die Schwangerschaft der Psychoanalytikerin. In Camenzind, E. & Knüsel, K. (Hrsg.), *Starke Frauen – zänkische Weiber? Frauen und Aggression* (S. 203-220). Zürich: Kreuz-Verlag..
- Barwinski Fäh, R. (1993). Arbeitslosigkeit macht krank. *Widerspruch*, 25, 165-174.
- Barwinski Fäh, R. (2000). Psychisches Trauma – ein „unmögliches Konzept.“ *Online Zeitschrift www.thieme.de/Fachzeitschriften/Psychotraumatologie*, Heft 1, 02.
- Barwinski Fäh, R. (2001). Trauma und Konflikt. *Rebus. Blätter zur Psychoanalyse*, Nr.18, 1, S. 163-183.
- Barwinski, R. (2006). Traumabearbeitung in psychoanalytischen Langzeitbehandlungen. *Psychotherapie im Dialog*. 7(4), S. 358-363.
- Barwinski, R. (2008). Stufen der Abwehr im Integrationsprozess traumatischer Erfahrungen. *Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft und Psychologische Medizin*, 1, S. 27-34.
- Barwinski, R. (2010) (Hrsg.). *Erwerbslosigkeit als traumatische Erfahrung. Psychosoziale Folgen und traumatherapeutische Interventionen*. Kröning: Asanger.
- Barwinski, R. (2011). Erwerbslosigkeit als psychisches Trauma. In Seidler, G, Maercker, A, & Freyberger, G. (Hrsg.), *Handbuch der Psychotraumatologie* (S. 348-359). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Barwinski, R. (2017). Erwerbslosigkeit und Trauma – ein Beratungskonzept für den Umgang mit traumatisierten Erwerbslosen. *Trauma*, 1, S. 78–92.
- Barwinski, R. (2018). Opfer-Täter-Bindung bei Beziehungstraumata. *Trauma*, 1, S. 16-25.
- Barwinski, R. & Fischer, G. (2010). Erinnerung und traumatischer Prozess im Alter. *Zeitschrift für Psychotraumatologie, Psychotherapiewissenschaft und Psychologische Medizin*, 4, S. 9-22.
- Barwinski, R. & Frank, B. (2014). Stationäre Traumatherapie – Interdisziplinäre Zusammenarbeit als Voraussetzung und Konzept der Behandlung. *Trauma*, 12, Heft 1.
- Butollo, W. & Karl, R. (2016). *Dialogische Traumatherapie: Manual zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Dieckmann, M., Dahm, A., Neher, M. (2018). *Faber/Haarstrick. Kommentar Psychotherapie-Richtlinien* (11. Aufl.). München: Urban u. Fischer.
- Dilling, H. & Freyberger, H. J. (Hrsg.). (2012). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen: Mit Glossar und Diagnostischen Kriterien sowie Referenztabellen ICD-10 vs. ICD-9 und ICD-10 vs. DSM-IV-TR*. Bern: Hans Huber.
- Dreher, A. U. (2004). Was kann Konzeptforschung leisten? In Leuzinger-Bohleber, M., Deserno, H. & Hau, S. (Hrsg.), *Psychoanalyse als Profession und Wissenschaft. Die psychoanalytische Methode in Zeiten wissenschaftlicher Pluralität* (S. 115-127). Stuttgart: Kohlhammer.
- Ermann, M. (1993). Rekonstruktion des Früheren – Konstruktion im Hier und Jetzt: Der Ansatz der heutigen Psychoanalyse. In Buchheim, P, Cierpka, M., Seifert, T. (Hrsg.), *Lindauer Texte: Beziehung im Fokus. Weiterbildungsforschung* (S. 21-30.). Berlin: Springer.
- Ermann, M. (2004). Die tiefenpsychologisch fundierte Methodik in der Praxis. Die Spezifizierung des psychodynamischen Ansatzes in der Richtlinienpsychotherapie. *Forum Psychoanal*, 20, S. 300–313.
- Fischer, G., Reddemann, L., Barwinski-Fäh, R. & Bering, R. (2003). Traumaadaptierte tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie. *Definition und Leitlinien. Psychotherapeut*, 48(3), S. 199–209.
- Fischer, G. & Riedesser, P. (2003). *Lehrbuch der Psychotraumatologie* (3. Aufl.). München: UTB Ernst Reinhardt.
- Freud, S. (1937). Konstruktion in der Analyse. In *Gesammelte Werke*, Band 16 (S. 43-56). Frankfurt am Main: Fischer.
- G-BA/ Gemeinsamer Bundesausschuss (2017). *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie)*. URL: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1266/PT-RL_2016-11-24_iK-2017-02-16.pdf
- Hecker, T. & Maercker, A. (2015). Komplexe posttraumatische Belastungsstörung nach ICD-11. Beschreibung des Diagnosevorschlags und Abgrenzung zur klassischen posttraumatischen Belastungsstörung. *Psychotherapeut*, 60(6), S. 547-562.
- Jungclaussen, I. (2009). Schwierigkeiten und Hilfen bei der Antragstellung im Zusammenhang mit Traumapatienten. In Boessmann, U. & Jungclaussen, I.,

Die Psychodynamik bei Traumafolgestörungen

Ingo Jungclaussen

- Bericht abgelehnt – was nun? Praxis-Ratgeber zu den wichtigsten Ablehnungsgründen mit zahlreichen Antrags-Beispielfällen für tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (S. 237-245). Berlin: Deutscher Psychologen Verlag.
- Jungclaussen, I. (2012a). Willkommene Modifikation – Im neuen Richtlinien-Kommentar steckt eine kleine Revolution. Traumatherapeutische Interventionen sind jetzt in einer tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie zulässig. *Projekt Psychotherapie*, 1, S. 14–15. Auch online unter www.psy-dak.de
- Jungclaussen, I. (2012b). Aktueller Faber/Haarstrick Kommentar: Stille Öffnung der Tiefenpsychologie zugunsten traumatisierter Patienten. Artikel in: *VPP Aktuell Juni 2012*. Auch online unter www.psy-dak.de
- Jungclaussen, I. (2012c). Aktuelle Neuerungen im 9. Faber-Haarstrick: modifizierte tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie jetzt richtlinienkonform bei PTBS. Vortrag Fachtag Emdria Köln, 2.6.2012. Auch online unter www.psy-dak.de
- Jungclaussen, I. (2013). Handbuch Psychotherapie-Antrag. Psychodynamisches Verstehen und effizientes Berichtschreiben in der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer.
- Kunzke, D. & Güls, F. (2003). Diagnostik einfacher und komplexer posttraumatischer Störungen im Erwachsenenalter: Eine Übersicht für die klinische Praxis. *Psychotherapeut*, 48, S. 50–70.
- Leonhardt, M. & Foerster, K. (2003). Probleme bei der Begutachtung der Posttraumatischen Belastungsstörung. *Med. Sach.* 99(5), S. 150–155.
- Leuzinger-Bohleber, M. & Fischmann, T. (2006). What is conceptual research in psychoanalysis? *Int. J. Psychoanal.*, 87, S. 1355–1386.
- Mertens, W. (2004). Von der Theorie zur Praxis: Operationalisierung und die Tiefe von Bedeutungen am Beispiel der OPD-Konfliktachse. In Dahlbender R. W., Buchheim P. & Schüßler G. (Hrsg.), *Lernen an der Praxis. OPD und die Qualitätssicherung in der psychodynamischen Psychotherapie* (S. 163-180). Göttingen: Huber.
- Nijenhuis, E. R. S. & Matthess, H. (2006). Traumabezogene strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit. *Psychotherapie im Dialog*, 4, S. 393–398.
- Peichl, J. (2018). *Integration in der Traumatherapie: Vom Opfer zum Überlebenden*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Pine, F. (1990). Die vier Psychologien der Psychoanalyse und ihre Bedeutung für die Praxis. *Forum der Psychoanalyse*, 6, S. 232–249.
- Psy-Dak – Psychodynamische Didaktik- Fortbildungseinrichtung von Ingo Jungclaussen. URL: www.psy-dak.de
- Rudolf, G. (2004). *Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Rudolf, G. (2010). *Psychodynamische Psychotherapie. Die Arbeit an Konflikt, Struktur und Trauma*. Stuttgart: Schattauer.
- Rüger, U., Dahm, A. & Kallinke, D. (2011). *Faber/Haarstrick. Kommentar Psychotherapie-Richtlinien* (9. Aufl.). München: Urban u. Fischer.
- Sachsse, U. & Roth G. (2008). Die Integration neurobiologischer und psychoanalytischer Ergebnisse in der Behandlung Traumatisierter. In Leuzinger-Bohleber M., Roth G. & Buchheim A. (Hrsg.), *Die inneren Trauma-Landschaften. Borderline – Ego-State – Täter-Introjekt* (S. 66-99). Stuttgart: Schattauer.
- Sasse, H. (2001). Das Gutachterverfahren in der psychotherapeutischen Versorgung. Aktuelle Konflikte und notwendige Weiterentwicklungen. *Psychotherapeut*, 46, S. 278–285.
- Schore, A. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Inf Ment Health J*, 22, S. 201–269.
- Spangenberg, E. (2017). Behutsame Trauma-Integration (TRIMB): Belastende Erfahrungen lösen mit Atmung, Bewegung und Imagination. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Terr, L. (1991). Childhood trauma: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, S. 10–20.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. & Steele, K. (2008). *Das verfolgte Selbst. Strukturelle Dissoziation. Die Behandlung chronischer Traumatisierungen* (Originaltitel: *The Haunted Self. Structural Dissociation an the Treatment of Chronic Traumatization*). Paderborn: Junfermann.
- Wöller, W. (2013). *Trauma und Persönlichkeitsstörungen. Ressourcenbasierte Psychodynamische Therapie (RPT) traumabedingter Persönlichkeitsstörungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Wöller, W. (2014). *Bindungstrauma und Borderline-Störung: Ressourcenbasierte Psychodynamische Therapie (RPT)*. Stuttgart: Schattauer.

Endnoten

- 1 Aufgrund der bis dahin in Deutschland gültigen 8. Faber/Haarstrick-Kommentar der PT-Richtlinie (Rüger, Dahm & Kallinke, 2009), nach dem Traumafolgestörungen nicht zum Indikationsbereich der Richtlinien-Therapie gehörte.
- 2 Hilfen zur Unterscheidung zwischen Trauma Typ I und II finden sich bei Kunzke und Güls (2003). Barwinski Fäh (2000) betont vor allem die Wichtigkeit das Trauma als nosologische Einheit (Traumafolgestörung) vom Trauma als psychische Verletzung, als reales Ereignis und als Erlebnis zu unterscheiden.
- 3 Die Unterscheidung erfolgt bei Maercker (2009) entsprechend nur mit anderen Begrifflichkeit, so heißt es da, menschlich verursacht vs. zufällig sowie kurz (Typ I) vs. langfristig (Typ II). Personal wird oft auch „man-made“ genannt.
- 4 Dieses Denken in Prädispositionen folgt dem grundsätzlichen psychoanalytischen Krankheitsverständnis, wie es in der Psychotherapie-Richtlinie (G-BA, 2017) sowie im Faber-Haarstrick-Kommentar für alle psychodynamisch zu behandelnden Störungen beschrieben ist (Dieckmann et al., 2018).

Die Psychodynamik bei Traumafolgestörungen

Ingo Jungclaussen

- 5 Zu Stufen der Abwehr im Integrationsprozess traumatischer Erfahrungen s. Barwinski (2008)
- 6 Dieses Krankheitsverständnis ohne Trigger/Auslöser unter Punkt a) folgt im Übrigen eher der ICD-10-Logik, nach der ein Trauma eine Situation ist, die bei fast jedem eine tiefe Verzweigung auslösen würde und in der weiteren Folge klinisch relevante psychische Symptome hervorrufen kann.
- 7 Z. B. objektiver Schweregrad des Traumas, subjektiv erlebte Bedrohung, peritraumatische Dissoziation
- 8 Hierunter werden nach den ICD-10 primär die drei wichtigen Kriterien verstanden (Dilling & Freyberger, 2012): 1) Flashbacks/Intrusionen, bzw. Dissoziationen, 2) Gereiztheit, Hyperarousal/Hypervigilanz, 3) Vermeidungsverhalten.
- 9 Eine AP nach traditionellem Setting im Liegen ist bei Komplextraumatisierten in den allermeisten Fällen aufgrund der Gefahr einer malignen Regression in der Regel kontraindiziert
- 10 Bei desintegriertem Strukturniveau ist nicht selten der Rahmen einer ambulanten Behandlung überschritten und die Indikation einer stationären Behandlung gegeben (Barwinski & Frank, 2014).
- 11 6B41 nach ICD-11; im ICD-10 hilfsweise durch mehrere miteinander kombinierte Diagnosen
- 12 Delayed Onset meint ein verzögertes, verspätetes Aufkommen von posttraumatischen Symptomen, auch nach vielen Jahren/Jahrzehnten nach dem Trauma. Diese muss nicht das Vollbild einer PTBS haben (z.B. alte Kriegstraumatisierungen, die erst heute „hochkommen“)
- 13 Seit ca. 2014 wird dieser in psychotherapeutischen Fortbildungen für die Praxis vom Autor vermittelt und fortwährend weiterentwickelt. (www.psy-dak.de)
- 14 Weitere Ausführungen zur genauen differenzial-indikatorischen Trennlinie zwischen TP und AP finden sich bei Jungclaussen (2013).



Ingo Jungclaussen

Diplom-Psychologe, Sonderpädagoge, Fachhochschule (FHM) in Köln. Gründer des Seminar- und Fortbildungsangebotes für Psychotherapeuten www.psy-dak.de (Psychodynamische Didaktik). Gast-Dozent an bundesdeutschen Ausbildungsinstituten sowie in freier Praxis in Köln tätig.
E-Mail: info@psy-dak.de



www.asanger.de

Gaby Breitenbach, Harald Requardt

Komplex-systemische Traumatherapie und Traumapädagogik

2. Aufl., 308 S., Festeinband, 39,- €
ISBN 978-3-89334-547-2

Die verstärkte Beschäftigung mit Traumata in den Medien geht damit einher, die Dissoziation als Erfahrung zu leugnen und einer Mode zuzuordnen. Die Autoren hingegen gehen davon aus: „Wo Trauma ist, ist Dissoziation – und wo Dissoziation ist, ist Trauma.“ In diesem Handwerksbuch aus der Praxis für die Praxis werden zentrale Fragen beantwortet, wie z.B.: Wie kann man echte Dissoziation bzw. echtes Traumaerleben von Behauptungen unterscheiden?

„Kapitel für Kapitel fasziniert und regt zum Nachdenken und Nachfühlen an – und dazu, sich als TherapeutIn und Mensch zum Thema Gewalt gegen Menschen zu positionieren. Ein politisches und wegweisendes Buch, das ich jedem empfehlen möchte, der sich mit dem Thema Traumatisierung von Menschen durch Menschen auseinandersetzen muss und/oder will“ (Trauma und Gewalt)

