

Psychotherapie: Praxis

Christian Dürich

# Stationäre Psychodynamische Psychotherapie

Ein Leitfaden  
für Theorie und Praxis

 Springer

---

# 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

# Stationäre Psychodynamische Psychotherapie

Ein Leitfaden für Theorie und Praxis

Christian Dürich  
Psychosomatik  
Katholisches Krankenhaus Hagen  
Hagen, Deutschland

Geleitwort von  
Paul L. Janssen  
Meerbusch, Deutschland

ISSN 2570-3285  
Psychotherapie: Praxis  
ISBN 978-3-662-68113-8  
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-68114-5>

ISSN 2570-3293 (electronic)  
ISBN 978-3-662-68114-5 (eBook)

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet 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 2024

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 jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autoren oder die Herausgeber 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

Das Papier dieses Produkts ist recycelbar.

---

## Geleitwort

Die stationäre Psychodynamische Psychotherapie ist eine Anwendung von Behandlungsmethoden der Psychoanalyse und Gruppenanalyse im Krankenhaus-Setting. In der fast 100-jährigen Geschichte erreicht diese zurzeit einen Höhepunkt. Denn die unabhängig besetzte Regierungskommission für die moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung kommt in ihrer 8. Stellungnahme vom 29.09.2023 nicht nur zu einer Bestandsaufnahme der Krankenhausversorgung in der Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie, sondern auch zu einer Bewertung der Stellung der psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgung. Die Auffassungen dieser Kommission können eine große Bedeutung für die strukturelle und finanzielle Neuordnung des Krankenhauswesens haben.

Eine Neuordnung der Krankenhäuser für die stationäre Versorgung mit ihren 74.000 vollstationären Betten, davon allein 56.000 in der Erwachsenenpsychiatrie, wird auch Einfluss auf die stationäre Psychotherapie haben. Denn seit der Änderung der Weiterbildungsordnung 1992 habe alle drei P-Gebiete die wissenschaftlich und sozialrechtlich anerkannten Psychotherapieverfahren integriert. Sie müssen also innerhalb einer Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten sowie Psychologinnen und Psychologen im Krankenhaus vermittelt werden.

Besonders gewachsen sind die bettenführenden Kliniken und Abteilungen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Sie hatten mit der Einführung in die Weiterbildungsordnung ab 1992 bundesweit im Akutbereich 100 Abteilungen mit insgesamt 1253 Betten, die überwiegend eine psychodynamisch begründete Psychotherapie anboten. Jetzt (2022) gibt es 256 Kliniken und Abteilungen mit insgesamt 12.600 Betten. Im Rehabilitationsbereich waren es vor 30 Jahren 7046 Betten, jetzt sind es ca. 17.000 Betten. Die stationäre Psychosomatische Medizin ist also ein Erfolgsmodell. Viele dieser Kliniken und Abteilungen praktizieren die stationäre Psychodynamische Psychotherapie, zumindest als Basiskonzept der Behandlung. Denn Psychosomatische Medizin ist Beziehungsmedizin und als solche versucht sie, den kranken Menschen und seine verkörperten Emotionen zu verstehen, ihn auf den Weg der Veränderung zu bringen und zu begleiten.

Die stationäre Psychodynamische Psychotherapie als multimodale Therapie ist neben der Verhaltenstherapie und weiteren Methoden ein Strang der gesamten stationären psychotherapeutischen Versorgung. Eine lange Zeit war sie auch in Deutschland das zumeist angewandte Verfahren. Abgeleitet wurden das stationär angewandte psychodynamische Verfahren aus der ambulant praktizierten

Psychoanalyse und Gruppenanalyse. Es war ein langer Weg, den manche Psychoanalytiker gehen mussten, bis psychodynamische Einzel- und Gruppenpsychotherapien auch ihren Eingang fanden in eine selbstständige, integrative, multimodale und multiprofessionelle Psychodynamische Psychotherapie im Krankenhaus. Die institutionellen Besonderheiten einer Krankenhausbehandlung mussten mit den essenziellen psychoanalytischen Behandlungsmethoden verbunden werden. Die Konzepte der Gruppenanalyse halfen dabei, die Krankenhaussituation als Mehr-Personen-Situation, als Großgruppe, zu verstehen. Auf diesem konzeptionellen Hintergrund konnten spezielle Behandlungssettings wie Gruppen- und Einzelpsychotherapie, therapeutische Gemeinschaft, Kunst-, Musik- und Bewegungstherapie u. a. in ein stationäres Setting integriert werden. Die multiprofessionelle Teamarbeit wurde als Arbeit mit der Gegenübertragung für eine Erfassung der unbewussten, verbalen und handelnden Inszenierungen der schwergestörten Patientinnen und Patienten methodisch unverzichtbar.

Herr Dürich knüpft in seinem Buch an dieser Entwicklung an. Er schreibt damit eine Tradition fort, die sich besonders in Deutschland, mehr als in anderen Ländern Europas und in den USA, lebendig und wegweisend entwickelt hat. Er versteht das Angebot des stationären, therapeutischen Raumes als „Wiedergutmachung“ für familiale und gesellschaftliche Traumatisierungen, die das Individuum krank gemacht haben. Eine verstehende Psychodynamische Psychotherapie kann diesem hohen Anspruch gerecht werden: Die modernen Behandlungskonzepte der intersubjektiven Psychoanalyse und Gruppenanalyse werden mit denen der Psychotraumatologie und der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) verbunden. Auf der Basis eines psychodynamischen Gruppenverständnisses ist die Integration anderer therapeutischer Methoden z. B. aus der somatischen Medizin, aus der Pharmakotherapie, aus der Verhaltenstherapie, der Hypnotherapie, der Psychoedukation u. a. möglich. Darin liegt keine Polypragmasie, sondern eine flexible Anwendung von somatischen und psychotherapeutischen Methoden zum Nutzen der Entwicklung der Patientinnen und Patienten.

Herr Dürich stellt in diesem Buch ein integratives, somatopsychisches und psychosomatisches, psychodynamisch begründetes, gruppenzentriertes, stationäres Therapiemodell vor. Patientinnen und Patienten mit schweren psychischen und psychosomatischen Störungen, die in der ambulanten Praxis keinen Behandlungsplatz finden, können in diesem Modell auf dem Weg der Veränderung, der Überwindung der Körperstörung und der Mentalisierungsstörungen gebracht werden. Bedingung ist, dass auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sich mit diesem Konzept identifizieren und in der Teamarbeit diesen Weg teilnehmend und nicht hemmend begleiten.

Ich wünsche diesem therapeutischen Modell sowie diesem Buch im Sinne der psychosomatischen Beziehungsmedizin eine weite Verbreitung.

Paul L. Janssen

---

## Vorwort

Dieses Buch ist in einer Zeit der Krisen geschrieben worden: drei Jahre lang hatte die Corona-Pandemie die Welt im Griff, seit über einem Jahr bedroht der russische Angriffskrieg gegen die Ukraine die demokratische Weltordnung, und seit Oktober 2023 belastet eine brutale Eskalation der Spannungen zwischen Palästinensern und Israelis die Sicherheit in Nahost. Soziale Medien lassen die Menschen hautnah und live an diesen Vorfällen Anteil haben, wodurch sie im Seelenraum aller präsent sind, statt nur fernes Geschehen printmedialer Selektivdarstellungen zu sein. Vielleicht war unser zwischenmenschliches Verwobensein noch nie so offensichtlich und dicht wie in dieser Zeit, was ein Gewahrsein für die Relevanz psychosozialer Belastungen wecken könnte. Entstammen psychische und psychosomatische Erkrankungen wirklich nur den Ungleichgewichten von Neurotransmittern oder Fehlverknüpfungen neuronaler Prozesse? Oder spielen beziehungs-dynamische Einflüsse der Zwangsläufigkeit menschlichen Miteinanders eine wesentlichere Rolle, als uns die biomechanisch zu vereinseitigen drohende Medizin annehmen lässt? Die Psychoanalyse als Mutterwissenschaft der Psychodynamischen Psychotherapie hat ihrerseits mehrere Kriege mitgemacht und von kriegstraumatisierten Patienten vieles gelernt. Insbesondere die Gruppenanalyse und die stationäre Psychodynamische Psychotherapie haben sich diesen Patienten anpassen müssen, da sie sich nach beiden Weltkriegen in der Versorgungsverantwortung für sie wiederfanden. Mit ihrem psychosozialen Fokus und einem Blickwinkel, der historische Einflüsse mit gegenwärtigen Belastungen verbindet, ermöglichen sie dabei verinnerlichtes Leid, das zum Teil stumm über Generationen weitergegeben wird, zu versprachlichen und zu lindern. Neben ihrer kurativen Verantwortung tragen sie damit auch zur Verarbeitung sozialer Traumata und gesellschaftlicher Missstände bei, fördern letztlich Demokratie und Emanzipation. „You’ll never walk alone“ singt der Fußballverein der Heimatstadt des Autors und stellt damit ein Gegenbild zu sozialen Traumatisierungen dar. Gruppenprozesse prägen unser Leben, im Guten wie im Schlechten, und dies mit einer Wirkmacht, die ein eigenes Behandlungsformat erfordert. Die stationäre Psychodynamische Psychotherapie stellt dieses auf eine einmalige Weise zur Verfügung, indem sie ihr Mehrpersonensetting konzeptionell zum Wirkmedium erklärt. Dass sie hiermit eine kurative Potenz entfaltet, die weit über der psychopharmakologischen Behandlung liegt, hebt ihre Bedeutung essenziell hervor. Als starkes Register psychosomatischer, psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlung muss sie der



Krankenbehandlung zwingend erhalten bleiben und dem Gesundheitspersonal, das sie umsetzt und mit Leben füllt, professionell vermittelt werden. Dieses Buch möchte zu beidem einen Beitrag leisten. Ich hoffe, bei aller Komplexität hinreichend verständliche Worte gefunden zu haben, sodass alle Interessierten von diesem Buch profitieren können. Da die Psychodynamische Psychotherapie auch ein Kunsthandwerk darstellt, in das man schrittweise hineinwächst, möchte ich zu Neugier und Geduld ermutigen. Ich würde mich sehr freuen, wenn sich Krankenhausabteilungen von den vorgestellten Konzepten und Modellen inspirieren lassen können und ihre eigenen Wege finden, Patienten damit zu helfen.

Ich selbst möchte mich an dieser Stelle bei all den Menschen bedanken, die meine Entwicklung zum Psychoanalytiker und Gruppenanalytiker begleitet, gefördert und ermöglicht haben. Dies sind – neben meiner Frau und meinen Kindern – vor allem Konrad Oelmann, Prof. Dr. Angela Utermann, Wolfgang Hekele, Dr. Ute Moini-Afchari, Prof. Dr. Michael Hayne, Prof. Dr. Jutta Menschik-Bendele und alle meine Freund:innen der Internationalen Arbeitsgemeinschaft für Gruppenanalyse Altaussee. Prof. Dr. Paul L. Janssen gilt darüber hinaus mein tiefer Dank für die unverzichtbare Unterstützung bei der Umsetzung des Integrativen Modells in meiner Klinik und der Erstellung dieses Buches. Schließlich danke ich von Herzen meinem Team und allen Patient:innen, von und mit denen ich viel gelernt habe, vor allem im Goethe'schen Sinne, dass das eigentliche Studium der Menschheit der Mensch ist.

Dem Springer-Verlag und insbesondere Frau Monika Radecki, Herrn Amose Stanislaus sowie Frau Omika Mohan gilt mein tiefer Dank für die Ermutigung und Begleitung zu diesem Buchprojekt, das ohne sie nicht entstanden wäre. Auch danke ich der Geschäftsführung des Katholischen Krankenhauses Hagen, die unsere Arbeit ermöglicht und fördert. Es berührt mich sehr, dass ein Wert in dieser Kultur sprechender Medizin gesehen wird. Vielen Dank.

Dortmund  
im Dezember 2023

Dr. Christian Dürich  
Facharzt für Psychosomatische  
Medizin und Psychotherapie,  
Psychoanalyse, Gruppenanalytiker (D3G)

---

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Beziehung als Pathologie und Therapie: Einführung in Psychodynamische Psychotherapie</b>	<b>1</b>
1.1	Das Ich wird am Du: Eine Einführung in Intersubjektivität und beziehungs-dynamisches Denken	1
1.1.1	Das Spannungsfeld von Ich und Wir	2
1.1.2	Menschen sind „physiologische Frühgeburten“	2
1.1.3	Kein Kind ohne Mutter: „There is no such thing as an infant“	3
1.1.4	Zugehörigkeit, Macht und Nähe	3
1.1.5	Gruppenkohäsion: zentrifugale und zentripetale Kräfte in Gruppen	4
1.1.6	Familie als Gruppe	4
1.1.7	Verachtung und Scham erzwingen Konformität und Selbstentfremdung	5
1.1.8	Familiäre Traumatisierungen werden verinnerlicht und reinszeniert	6
1.1.9	Transgenerationale Traumatisierungen: Unverarbeitete Traumata werden weitergegeben	6
1.1.10	Gesellschaft als Großgruppe	7
1.1.11	Schuld, Schuldgefühle und die Großgruppe	7
1.1.12	Mobbing und Fremdenfeindlichkeit	8
1.1.13	Erosion der Gruppe infolge abnehmenden epistemischen Vertrauens	9
1.1.14	Soziales Trauma und kollektive Mentalisierungsstörungen	9
1.1.15	Das Menschenleben wird durch Beziehungen geprägt	10
1.1.16	Bezogenheit als Grundlage psychischen Geschehens	10
1.1.17	Das Selbst entsteht in Prozessen gegenseitiger Anerkennung	11
1.1.18	Laplanches Verführungstheorie	11
1.1.19	Beziehungsmodelle der Psychoanalyse im Wandel	12

1.1.20	Der Leib-Seele-Konflikt und die Bedeutung psycho- sozialen Geschehens . . . . .	12
1.1.21	Ökologie des intersubjektiven Gehirns . . . . .	13
1.1.22	Epigenetik und die Transgenerationalität des Körpers . . .	14
1.1.23	Biopsychosoziales Modell . . . . .	14
1.1.24	Fazit . . . . .	14
1.2	Abriss psychoanalytischer Konzepte . . . . .	15
1.2.1	Psychoanalyse begann als Traumatherapie . . . . .	15
1.2.2	Affekt-Trauma-Modell, Katharsis und Erinnerung . . . . .	16
1.2.3	Lust-Unlust-Prinzip . . . . .	17
1.2.4	Verdrängung und Widerstand. . . . .	17
1.2.5	Topisch-dynamisches Modell . . . . .	18
1.2.6	Symbolisierung, Primärprozess und Sekundärprozess . . . . .	18
1.2.7	Traumdeutung und Triebtheorie . . . . .	19
1.2.8	Triebe und Triebchicksale . . . . .	20
1.2.9	Wiederholungszwang und Übertragung . . . . .	21
1.2.10	Innere Konflikte und das Instanzenmodell . . . . .	22
1.2.11	Ich-Psychologie . . . . .	23
1.2.12	Abwehrmechanismen . . . . .	24
1.2.13	Ich-Funktionen und Strukturniveau . . . . .	24
1.2.14	Objektbeziehungstheorie . . . . .	25
1.2.15	Melanie Klein: die Paranoid-schizoide und die Depressive Position. . . . .	26
1.2.16	Wilfred R. Bion und das Container-contained-Modell . . . . .	27
1.2.17	Donald Winnicott und das Überleben des Objekts . . . . .	28
1.2.18	Sándor Ferenczi und die Introjektion des Aggressors . . . . .	29
1.2.19	William R. D. Fairbairn und die inneren Objekte . . . . .	30
1.2.20	John Bowlby und die Bindungstheorie . . . . .	31
1.2.21	Heinz Kohut und die Selbstpsychologie . . . . .	32
1.2.22	Mentalisierungstheorie nach Fonagy und Target . . . . .	33
1.2.23	Übertragung und Gegenübertragung im Wandel . . . . .	34
1.2.24	Übertragungsformen und Strukturniveau . . . . .	35
1.2.25	Psychodynamik einer Störung . . . . .	36
1.2.26	Fazit . . . . .	37
1.3	Konflikt, Struktur und Trauma . . . . .	38
1.3.1	Konfliktpathologien . . . . .	38
1.3.2	Konflikte und Struktur . . . . .	39
1.3.3	Grundkonflikte und ihre Bewältigung . . . . .	39
1.3.4	Fallbeispiel zur Konfliktpathologie . . . . .	40
1.3.5	Strukturpathologien . . . . .	42
1.3.6	Strukturelle Fähigkeiten und ihre Beeinträchtigungen . . . . .	42

1.3.7	Fallbeispiel zur Strukturpathologie . . . . .	43
1.3.8	Traumafolgestörungen . . . . .	45
1.3.9	Psychodynamik von Traumafolgestörungen . . . . .	45
1.3.10	Traumafolgestörungen, Symbolisierung und Beziehung . . . . .	47
1.3.11	Fallbeispiel zur Traumapathologie. . . . .	50
1.3.12	Operationalisierung und Individualität . . . . .	51
1.3.13	Fazit . . . . .	51
1.4	Psychodynamischer Befund und Fokusbildung . . . . .	52
1.4.1	Formulierung einer beziehungs-dynamischen Hypothese (Achse 2 der OPD) . . . . .	52
1.4.2	Formulierung einer konflikt-dynamischen Hypothese (Achse 3 der OPD) . . . . .	53
1.4.3	Formulierung einer strukturellen Einschätzung (Achse 4 der OPD). . . . .	54
1.4.4	Formulierung traumatisch bedingter Folgestörungen. . . . .	54
1.4.5	Psychodynamischer Fokus. . . . .	54
1.4.6	Fokussatz nach Wöller/Kruse . . . . .	55
1.4.7	Fallbeispiele mit Erläuterungen. . . . .	55
1.5	Einsicht und therapeutische Beziehungsarbeit. . . . .	57
1.5.1	Wirkfaktoren psychotherapeutischer Behandlungen . . . . .	57
1.5.2	Wirksamkeit Psychodynamischer Psychotherapie. . . . .	58
1.5.3	Medizinisches und Kontextuelles Modell . . . . .	59
1.5.4	Therapeutisches Beziehungsangebot als Wirkmedium der Behandlung . . . . .	60
1.5.5	Spezifische Wirkmechanismen Psychodynamischer Psychotherapien . . . . .	61
1.5.6	Negative therapeutische Reaktion und Desobjektalisierung . . . . .	64
1.5.7	Anwendungsformen der Psychodynamischen Psychotherapie. . . . .	65
	Literatur. . . . .	66
<b>2</b>	<b>Grundprinzipien stationärer Psychodynamischer Psychotherapie. . . . .</b>	<b>69</b>
2.1	Die Psychoanalyse von Paar, Gruppe und Gesellschaft. . . . .	69
2.1.1	Sigmund Freud, die Urhorde und die Massenpsychologie . . . . .	70
2.1.2	Carl Gustav Jung und das Kollektive Unbewusste . . . . .	71
2.1.3	Alfred Adler und das Gemeinschaftsgefühl. . . . .	72
2.1.4	Erich Fromm und das Gesellschaftliche Unbewusste . . . . .	73

2.1.5	Herbert Marcuse und das verinnerlichte Unterdrückungssystem . . . . .	74
2.1.6	Jessica Benjamin, Anerkennung und die feministische Revision der Psychoanalyse . . . . .	75
2.1.7	Horst-Eberhard Richter und die Psychosoziale Krankheit . . . . .	76
2.1.8	Jürg Willi und die Kollusion in der Paarbeziehung . . . . .	77
2.1.9	Trigant Burrows erste Anwendung der Psychoanalyse in Gruppen. . . . .	78
2.1.10	Wilfred Bion und die Grundannahmengruppen. . . . .	79
2.1.11	Sigmund Heinrich Foulkes und die Gruppenmatrix . . . . .	80
2.1.12	Irvin Yalom, das Hier-und-Jetzt der Gruppe und die Wirkfaktoren der Gruppenpsychotherapie. . . . .	80
2.1.13	Morris Nitsun, die Gruppe als Objekt des Begehrens und die Antigruppe. . . . .	82
2.1.14	Gruppentherapie und ihre Wirksamkeit. . . . .	83
2.1.15	Fazit: Gruppenanalyse ist gelebte soziale Beziehung in Reflexion . . . . .	84
2.2	Praxis der Gruppenanalyse . . . . .	86
2.2.1	Rahmenbedingungen der Psychodynamischen Gruppenpsychotherapie . . . . .	86
2.2.2	Grundprinzipien der Psychodynamischen Gruppenpsychotherapie . . . . .	88
2.2.3	Ebenen der Psychodynamischen Gruppenpsychotherapie . . . . .	89
2.2.4	Interventionen und Aufgaben der Leitung. . . . .	90
2.2.5	Phasen des gruppenpsychotherapeutischen Prozesses . . . . .	91
2.2.6	Dokumentation und Evaluation . . . . .	93
2.2.7	Besondere Herausforderungen in der Gruppenpsychotherapie . . . . .	93
2.2.8	Fallbeispiele . . . . .	95
2.3	Geschichte der stationären Psychodynamischen Psychotherapie . . . . .	99
2.3.1	Georg Groddeck und die Villa Marienhöhe in Baden-Baden . . . . .	99
2.3.2	Ernst Simmel und das Sanatorium Schloss Tegel in Berlin . . . . .	100
2.3.3	Frieda Fromm-Reichmann und das Therapeutikum in Heidelberg . . . . .	101
2.3.4	Entwicklungen in England um den 2. Weltkrieg: Thomas Forrest Main und die Therapeutische Gemeinschaft . . . . .	102
2.3.5	Geschichte der stationären Psychotherapie in Deutschland nach dem Zweiten Weltkrieg . . . . .	103

2.3.6	Modelle stationärer Psychodynamischer Psychotherapie . . . . .	104
2.4	Grundprinzipien des Integrativen Modells der stationären Psychodynamischen Psychotherapie . . . . .	107
2.4.1	Therapeutische Haltung in der stationären Behandlung . . . . .	107
2.4.2	Fokus auf Reinszenierungen und multipersonelle Übertragungen . . . . .	108
2.4.3	Regression in der stationären Behandlung . . . . .	109
2.4.4	Ebenen des stationären Beziehungsfeldes . . . . .	110
2.4.5	Interventionen in der stationären Behandlung . . . . .	112
2.4.6	Multimodalität . . . . .	113
2.4.7	Übertragungs- und Gegenübertragungsanalyse im Team . . . . .	114
2.4.8	Regeln für die Teamarbeit . . . . .	115
2.4.9	Rahmenvereinbarungen und disziplinarische Maßnahmen . . . . .	116
2.5	Methodenintegration in der stationären Psychodynamischen Psychotherapie . . . . .	117
2.5.1	Voraussetzungen für Methodenintegration . . . . .	117
2.5.2	Einsatzmöglichkeiten der Methodenintegration . . . . .	118
2.5.3	Störungsspezifische Methodenintegration . . . . .	119
2.5.4	Stabilisierung . . . . .	120
2.5.5	Konfrontation . . . . .	121
2.5.6	Exposition . . . . .	122
2.5.7	Entspannungsverfahren . . . . .	123
2.5.8	Hypnotherapie . . . . .	124
2.5.9	Kreativtherapeutische Angebote . . . . .	124
2.5.10	Ergänzende Gruppenangebote . . . . .	125
	Literatur . . . . .	126
<b>3</b>	<b>Praxis stationärer Psychodynamischer Psychotherapie . . . . .</b>	<b>129</b>
3.1	Behandlungsschritte im Überblick: von Aufnahme bis Entlassung . . . . .	129
3.1.1	Vorgespräch . . . . .	130
3.1.2	Aufnahme . . . . .	131
3.1.3	Diagnostik . . . . .	133
3.1.4	Strukturstabilisierung . . . . .	134
3.1.5	Durcharbeiten von Übertragung und Reinszenierung . . . . .	135
3.1.6	Symptomfokussierung mittels störungsorientierter Interventionen . . . . .	136
3.1.7	Einbezug der äußeren Realität . . . . .	137
3.1.8	Therapietransfer und Entlassungsplanung . . . . .	138
3.1.9	Ambulante Weiterbehandlung . . . . .	140

	3.1.10	Arztbriefe . . . . .	141
3.2		Praxis der psychodynamischen Teamarbeit . . . . .	142
	3.2.1	Durchführung von Teamsitzungen . . . . .	142
	3.2.2	Einüben beziehungsreflexiver Praxis . . . . .	143
	3.2.3	Aufgaben der Teamleitung . . . . .	144
	3.2.4	Regression im Team . . . . .	146
	3.2.5	Mentalisierungsstörungen bei Teammitgliedern . . . . .	147
	3.2.6	Holding und Containment als Grundhaltung . . . . .	149
	3.2.7	Pflege und Körpermedizin . . . . .	150
	3.2.8	Gefühlswahrnehmung und Affektregulation . . . . .	151
	3.2.9	Mentalisieren und Deuten . . . . .	153
	3.2.10	Realitätsprüfung und Problembewältigung . . . . .	154
	3.2.11	Therapieplan und Therapieangebote im Überblick . . . . .	155
3.3		Das Krankenhaus als Rahmen . . . . .	156
	3.3.1	OPS-Prozeduren und Behandlungsvorgaben . . . . .	156
	3.3.2	PPP-RL und Personalschlüssel . . . . .	157
	3.3.3	Indikationsstellung zur psychotherapeutischen Krankenhausbehandlung . . . . .	159
	3.3.4	Ausschlusskriterien für eine psychotherapeutische Krankenhausbehandlung . . . . .	160
	3.3.5	Behandlungsentgelt, Kostenträger und Kostenübernahme . . . . .	161
	3.3.6	Behandlungsdauer und Therapieziele . . . . .	162
	3.3.7	Verlängerungsanzeigen und Begründungen der Behandlungsnotwendigkeit . . . . .	162
	3.3.8	Psychosomatische und psychiatrische Kliniken . . . . .	163
	3.3.9	Akutkliniken und Rehakliniken . . . . .	164
	3.3.10	Dokumentationspflichten im stationären Setting . . . . .	165
3.4		Somatische und psychische Krisen . . . . .	166
	3.4.1	Der Psyche mehr, nicht dem Körper weniger Aufmerksamkeit schenken . . . . .	167
	3.4.2	Somatisch, psychisch, psychosomatisch und somatopsychisch . . . . .	168
	3.4.3	Kategorienfehler verhindern: mit beiden Augen schauen . . . . .	169
	3.4.4	Zuständigkeiten für Psyche und Soma . . . . .	170
	3.4.5	Akute körpermedizinische Erkrankungen . . . . .	171
	3.4.6	Medikamentenüberdosierungen und Suchtmittelabusus . . . . .	172
	3.4.7	Aggressives Verhalten und Grenzüberschreitungen . . . . .	173
	3.4.8	Selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität . . . . .	174
	3.4.9	Paranoide Dekompensationen und Manien . . . . .	176
	3.4.10	Behandlungsabbrüche . . . . .	177
3.5		Intervision und Supervision . . . . .	178

3.5.1	Keine stationäre Psychotherapie ohne Rituale der Reflexion . . . . .	178
3.5.2	Teamsitzungen als Container und Reflexionsraum . . . . .	179
3.5.3	Interne und externe Supervision . . . . .	180
3.5.4	Interne Fallbesprechung . . . . .	182
3.5.5	Interne Einzelsupervision . . . . .	182
3.5.6	Interne Gruppensupervision. . . . .	183
3.5.7	Externe Fallsupervision . . . . .	183
3.5.8	Externe Teamsupervision. . . . .	184
	Literatur. . . . .	184
<b>4</b>	<b>Störungsorientierte Perspektiven. . . . .</b>	<b>187</b>
4.1	Affektive Störungen . . . . .	187
4.1.1	Krankheitsbilder . . . . .	187
4.1.2	Diagnostik . . . . .	188
4.1.3	Psychodynamik . . . . .	189
4.1.4	Übertragung und Gegenübertragung . . . . .	191
4.1.5	Störungsspezifische Aspekte . . . . .	192
4.1.6	Leitlinien . . . . .	193
4.1.7	Medikation. . . . .	193
4.1.8	Fallbeispiel. . . . .	195
4.2	Angst- und Zwangsstörungen . . . . .	196
4.2.1	Krankheitsbilder . . . . .	196
4.2.2	Diagnostik . . . . .	197
4.2.3	Psychodynamik . . . . .	198
4.2.4	Übertragung und Gegenübertragung . . . . .	199
4.2.5	Störungsspezifische Aspekte . . . . .	201
4.2.6	Leitlinien . . . . .	202
4.2.7	Medikation. . . . .	203
4.2.8	Fallbeispiel. . . . .	203
4.3	Somatoforme, dissoziative und funktionelle Erkrankungen . . . . .	204
4.3.1	Krankheitsbilder . . . . .	204
4.3.2	Diagnostik . . . . .	205
4.3.3	Psychodynamik . . . . .	206
4.3.4	Übertragung und Gegenübertragung . . . . .	208
4.3.5	Störungsspezifische Aspekte . . . . .	209
4.3.6	Leitlinien . . . . .	210
4.3.7	Medikation. . . . .	210
4.3.8	Fallbeispiel. . . . .	211
4.4	Traumafolgestörungen . . . . .	212
4.4.1	Krankheitsbilder . . . . .	212
4.4.2	Diagnostik . . . . .	213
4.4.3	Psychodynamik . . . . .	214
4.4.4	Übertragung und Gegenübertragung . . . . .	216
4.4.5	Störungsspezifische Aspekte . . . . .	217



4.4.6	Leitlinien	218
4.4.7	Medikation	219
4.4.8	Fallbeispiel	219
4.5	Persönlichkeitsstörungen	221
4.5.1	Krankheitsbilder	221
4.5.2	Diagnostik	222
4.5.3	Psychodynamik	222
4.5.4	Übertragung und Gegenübertragung	224
4.5.5	Störungsspezifische Aspekte	226
4.5.6	Leitlinien	226
4.5.7	Medikation	227
4.5.8	Fallbeispiele	227
4.6	Abhängigkeitserkrankungen	228
4.6.1	Krankheitsbilder	228
4.6.2	Diagnostik	230
4.6.3	Psychodynamik	230
4.6.4	Übertragung und Gegenübertragung	232
4.6.5	Störungsspezifische Aspekte	233
4.6.6	Leitlinien	234
4.6.7	Medikation	235
4.6.8	Fallbeispiel	235
4.7	Essstörungen	237
4.7.1	Krankheitsbilder	237
4.7.2	Diagnostik	238
4.7.3	Psychodynamik	239
4.7.4	Übertragung und Gegenübertragung	240
4.7.5	Störungsspezifische Aspekte	242
4.7.6	Leitlinien	242
4.7.7	Medikation	243
4.7.8	Fallbeispiel	243
4.8	ADHS, ADS und Autismus-Spektrum-Störungen	245
4.8.1	Krankheitsbilder	245
4.8.2	Diagnostik	246
4.8.3	Psychodynamik	247
4.8.4	Übertragung und Gegenübertragung	248
4.8.5	Störungsspezifische Aspekte	249
4.8.6	Leitlinien	249
4.8.7	Medikation	250
4.8.8	Fallbeispiel	250
	Literatur	251
<b>5</b>	<b>Indikation, Evaluation und Evidenz</b>	<b>255</b>
5.1	Indikation	255
5.1.1	Formale und inhaltliche Indikationskriterien	255
5.1.2	Settingvariablen als Indikation	256

---

5.1.3	Behandlungsziele als Indikation . . . . .	257
5.1.4	Psychische Indikationsaspekte. . . . .	258
5.1.5	Somatische Indikationsaspekte . . . . .	259
5.1.6	Soziale Indikationsaspekte. . . . .	260
5.1.7	Intervallbehandlung als Indikation . . . . .	261
5.1.8	Vernetzte Behandlung . . . . .	262
5.1.9	Fallbeispiele. . . . .	263
5.1.10	Stationäre Psychodynamische Psychotherapie als eigene Säule psychotherapeutischer Versorgung . . . . .	264
5.2	Evaluation und Evidenz . . . . .	265
5.2.1	Basisdokumentation in der Psychotherapie. . . . .	265
5.2.2	Symptombelastung, Persönlichkeit und Strukturniveau . . . . .	266
5.2.3	Psychosoziales Funktionsniveau . . . . .	268
5.2.4	Somatische Abklärung. . . . .	269
5.2.5	Psychodynamische Fokusdurcharbeitung . . . . .	270
5.2.6	Zufriedenheit mit der Behandlung. . . . .	271
5.2.7	Katamnese . . . . .	272
5.2.8	Zusammenfassung der vorliegenden Evidenz . . . . .	273
5.2.9	Ökonomische Aspekte . . . . .	273
5.3	Gedanken zur Umsetzung . . . . .	274
5.3.1	Das Integrative Modell als Rahmenkonzept . . . . .	274
5.3.2	Die Partizipationsfrage . . . . .	275
5.3.3	Aus- und Weiterbildung. . . . .	276
5.3.4	Zwischen Ideal und Realität . . . . .	277
5.3.5	Abschließende Gedanken des Autors . . . . .	278
	Literatur. . . . .	278

---

## 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 erste 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. Dürrich unter der E-Mail-Adresse [c.duerich@kkh-hagen.de](mailto:c.duerich@kkh-hagen.de) erreichbar.



# Beziehung als Pathologie und Therapie: Einführung in Psychodynamische Psychotherapie

1

- Dieses Kapitel bietet einen Einblick in psychodynamisches und beziehungs-dynamisches Denken. Es zeigt, wie die Psychodynamische Psychotherapie unbewusste Prozesse in Einzelpersonen, zwischenmenschlichen Beziehungen und Gruppen versteht, basierend auf über 100 Jahren Psychoanalyse. Verschiedene psychoanalytische Konzepte werden vorgestellt, gefolgt von einer Einführung in die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik, wonach Konflikte, Strukturen und Traumata als Grundpfeiler für psychodynamische Befunde ausformuliert werden. Das Kapitel schließt mit einer Erörterung der Wirkmechanismen psychodynamischer Therapieansätze durch Beziehungsarbeit und konkrete Interventionen sowie deren Effektstärken.

## 1.1 Das Ich wird am Du: Eine Einführung in Intersubjektivität und beziehungs-dynamisches Denken

### Einführung

Die Psychodynamische Psychotherapie fokussiert den Menschen mit seinen bewussten und unbewussten psychischen Wirkmächten, die sich u. a. in seinen Symptomen manifestieren. Ein zentraler Blickwinkel ist dabei sein Leben und Erleben in Beziehungen unter Berücksichtigung biografischer, familiengeschichtlicher und gesellschaftlicher Einflüsse. Vor diesem Hintergrund ist ein Verständnis von Zweier- und Gruppenbeziehungen mitsamt ihren Dynamiken erforderlich, um psychische Phänomene psychodynamisch einordnen zu können. Dieser Abschnitt führt in Beziehungsdynamiken sowie in die zentralen Konzepte der Mentalisierung, Triangulation und Intersubjektivität ein.

### 1.1.1 Das Spannungsfeld von Ich und Wir

„Das Ich ist vor allem ein Körperliches ...“ (Freud 2017, S. 13), wird Freud oft zitiert, insbesondere im Zusammenhang mit psychosomatischen Fragestellungen. Das Zitat entstammt seinen triebpsychologischen Konzeptualisierungen des Seelenlebens und der biologisch begründeten Entstehung des Ichs aus dem Es. Andere Menschen – Mutter, Vater, Familie, soziales Umfeld – haben dabei zunächst vor allem als versagende oder befriedigende Objekte für den Verlauf der sog. Triebchicksale eine Bedeutung, der Fokus liegt auf dem Lustprinzip und seinen Konflikten mit der Realität. „Wir können kurzerhand sagen, dass alles, was mental ist, von Anfang an eine Angelegenheit von mehr als einer individuellen Person und eines Gehirns ist“ (Foulkes 2004, S. 111), stellt hingegen S. H. Foulkes, einer der Begründer der Gruppenanalyse, fest. Wo die Psychoanalyse, entsprechend ihrem therapeutischen Setting, mehr die Zweierbeziehung und ihre Konflikte in den Mittelpunkt stellt – mit dem Ödipuskomplex wird diese noch auf eine spezifische Dreierbeziehung weitergedacht –, betont die Gruppenanalyse das Primat der Gruppe für Entwicklung und Schicksal des Einzelnen. Einzelner und Gruppe bilden wie Psychoanalyse und Gruppenanalyse ein aufeinander bezogenes Spannungsfeld, das den Rahmen dieses Abschnitts spannen soll.

### 1.1.2 Menschen sind „physiologische Frühgeburten“

Zum Zeitpunkt der Geburt ist der Mensch völlig hilflos und auf die Fürsorge anderer angewiesen; relative Autonomie erreicht er erst Jahre später, und Schicksalsschläge oder das Alter können ihn wieder hilflos werden lassen. Die Entwicklung der eigenen Kräfte, Begabungen und Ambitionen stellt eine wichtige Lebensaufgabe dar, für die das Eingebundensein in fördernde Beziehungen eine *Conditio sine qua non* ausmacht. Auf der anderen Seite spielt die fortwährende Bewältigung von immer wieder neu auftretender Hilflosigkeit und Verunsicherung eine lebenslange Rolle, für die der sich entwickelnde Verstand auslösende Situationen zunehmend antizipiert und sie so schon vor ihrem Entstehen in der Fantasie durchdenkt – was mitunter erst recht angstaussendend ist. Vor diesem Hintergrund haben Menschen ein naturgegebenes Grundbedürfnis nach sicherer Bindung. Das Vorhandensein einer Person, die als sichere Basis dienen kann, und die Befähigung des Individuums eine wechselseitige und dauerhafte Beziehung mit einer solchen einzugehen sieht J. Bowlby (2019), Begründer der Bindungstheorie, als entscheidend für die Entwicklung der Persönlichkeit an; eine sichere Bindung ist das zentrale Medium der Angstlinderung, von der ausgehend dem Leben wieder im Zustand der Lust begegnet werden kann. Im späteren Leben wiederum stellt der entstandene Bindungstyp die Weichen für gelingende oder misslingende Verarbeitung von Stress und Belastungserfahrungen durch menschliche Beziehungen, was inzwischen als zentral für seelische Gesundheit angesehen wird.

### 1.1.3 Kein Kind ohne Mutter: „There is no such thing as an infant“

Ohne mütterliche Fürsorge gibt es kein Kind, hat D. Winnicott (2018, S. 39) mal gesagt, Mutter und Kind bilden zu Lebensbeginn eine Einheit, aus der sich das Kind zunehmend zum Individuum herausdifferenziert. Damit dies gelingt, braucht es laut Winnicott eine „ausreichend gute Mutter“ als sichere Basis, die einerseits eine fördernde Umwelt bietet und sowohl Reizschutz als auch Bindeglied zur Welt darstellt, andererseits ein erträgliches Maß an Frustration ermöglicht, um Anreize zur Entwicklung der eigenen Autonomie zuzulassen. Der Weg zur Autonomie verläuft über die Toleranz und Bewältigung von Trennungsmomenten, für die sog. Übergangsobjekte von Bedeutung sind: Kuscheltiere z. B., die mit den eigenen Fantasien und Bedürfnissen aufgeladen werden können und so den erlebten Verlust und die entstandene Leere kompensieren. Aber auch die Dritten, z. B. der Vater, gewinnen in diesem Prozess an Bedeutung, da sie gleichermaßen verwendet und besetzt werden können. Hierdurch wird der Prozess der Triangulierung angestoßen, der einerseits Symbole im Innenraum des Kindes entstehen lässt, andererseits innere Objekte (sog. Introjekte), die als Repräsentanzen konkreter Bezugspersonen deren Abwesenheit tolerabel machen. Damit geht auch die Entwicklung der Fähigkeit zum Mentalisieren einher, d. h. eigene und fremde innere Vorgänge zu verstehen und sich darauf zu beziehen, die entlang verschiedener Modi (vgl. Abschn. 1.2.22) reift. Triangulierung und Mentalisieren schaffen so schließlich die Voraussetzungen für Sprache, menschliche Beziehungen und Kultur.

### 1.1.4 Zugehörigkeit, Macht und Nähe

Mit der Triangulierung entsteht eine Erweiterung der Bindungsmöglichkeiten des Kindes in Richtung mehrerer paralleler Zweierbeziehungen (triadische Beziehungsstrukturen), darauf aufbauend schließlich die Fähigkeit, sich als Teil eines Mehrpersonensystems zu identifizieren (trianguläre Beziehungsstrukturen). Wo in dyadischen Beziehungen, d. h. Zweierbeziehungen – die Mutter-Kind-Beziehung ist aufgrund der Intensität der „Brutpflege“ des lange unreifen Menschen der Prototyp eines Zweipersonensystems –, immer Bindungsverlustangst eine Rolle spielt, kommt in Mehrpersonensystemen, d. h. Gruppen, nun die Angst ausgeschlossen zu werden hinzu. Das Grundbedürfnis nach sicherer Bindung wird so um ein Grundbedürfnis nach Zugehörigkeit erweitert, das durch die Grenzziehung innerhalb vs. außerhalb der Gruppe bedingt wird. Wie in Zweierbeziehungen stellt sich in Gruppen aber auch die Frage nach Einfluss in der Beziehung bzw. in den Beziehungen, sodass außerdem ein Bedürfnis nach Macht besteht, das i. d. R. über die Ausbildung von Hierarchien bedient wird. Darüber hinaus entwickeln die Gruppenmitglieder auch Wünsche nach Intimität, die allerdings nicht in alle

Richtungen gleich ausgeprägt sind, was insbesondere in der ödipalen Situation aufgrund der exklusiven Beziehung der Eltern von Bedeutung ist. Somit existieren unterschiedliche Nähewünsche nebeneinander, die ebenso wie unterschiedliche Ansprüche bzgl. Macht und Zugehörigkeit Grundlage für Konfliktspannungen in der Gruppe sein können. Hierdurch können Gruppen dynamisch unter Druck geraten und potenziell auseinanderfallen.

### **1.1.5 Gruppenkohäsion: zentrifugale und zentripetale Kräfte in Gruppen**

Gruppen werden aufrechterhalten durch die Entwicklung sozialer Normen, d. h. Erwartungen, wie sich Gruppenmitglieder verhalten sollen. Normen sollen Konfliktspannungen in Gruppen reduzieren und schaffen die Voraussetzungen für befriedigende Interaktionen der Gruppenmitglieder. Gruppen erfordern für ihren Zusammenhalt das Herstellen und Aufrechterhalten von Gruppenkohäsion, die besteht, wenn für die Mitglieder – zumindest vorübergehend – die Innenbeziehungen wichtiger sind als die Außenbeziehungen. In diesem Fall überwiegen die „zentripetalen“ Kräfte der Gruppenmitglieder, deren Verhalten auf eine Kohäsion der Gruppe hinwirkt, auf ein Wir-Gefühl. Überwiegt hingegen dauerhaft die Bedeutung der Außenbeziehungen, weil z. B. die Gruppennormen keine hinreichende Bedürfnisbefriedigung verschiedener Mitglieder ermöglichen, herrschen zentrifugale Kräfte vor, und ein Zerfall oder eine Auflösung der Gruppe drohen. Können die durch divergierende Interessen bedingten „zentrifugalen“ Bewegungen aber durch eine Differenzierung der Gruppennormen integriert werden, entwickelt sich die Gruppe und die Gruppenkohäsion wird wiederhergestellt. Gelingende Gruppenprozesse werden daher als Wechselspiel von Differenzierung und Integration beschrieben, von Individualisierung und immer wieder neu hergestellter Kohäsion (vgl. Antons 2018).

### **1.1.6 Familie als Gruppe**

Der Prototyp eines Mehrpersonensystems ist die Familie, die per Definition aus dem Vorhandensein mindestens zweier Generationen, charakteristischen Beziehungs- und Solidaritätsverhältnissen und einer biologischen/sozialen Elternschaft besteht (vgl. Baur et al. 2008). Familien bieten ihren Mitgliedern Schutz und emotionalen Beziehungsraum und stehen unter dem Einfluss der Anforderungen von innen und außen. Familienstrukturen unterliegen einem historischen und sozialen Wandel, so z. B. durch die Trennung von Wohn- und Arbeitsraum im Rahmen der Industrialisierung oder die Etablierung gleichgeschlechtlicher Elternschaften. In der Regel gehören Menschen in ihrem Lebenslauf zu zwei Familien: zur Herkunftsfamilie und zur Zeugungsfamilie, die im Erwachsenenalter selbst gegründet wurde. Beide Systeme durchlaufen ihrerseits durch z. B. Geburt, Tod, Krankheit oder Trennung unausweichliche Veränderungen. Mit ihrem emotiona-



len Beziehungsraum sind Familien Kulminationspunkte intensiver Beziehungserfahrungen, die als innere Referenz zum Koordinatensystem der weiteren Lebensführung werden. Dieser Prägung unterliegen u. a. Affekte, Bedürfnisse, Rollenbilder und Wertesysteme. Hieraus kann Persönlichkeitsentwicklung, aber auch die Entstehung unbewusster Störungsquellen resultieren; Letztere können im weiteren Lebenslauf zu psychischer Erkrankung führen. Hierbei spielen Verlust- und Verstoßungsängste eine bedeutende Rolle, was im Folgenden am Beispiel von Beschämungserfahrungen und Traumatisierungen verdeutlicht werden soll.

### **1.1.7 Verachtung und Scham erzwingen Konformität und Selbstentfremdung**

Herkunftsfamilien sind für Kinder keine selbst gewählten Gruppen, sondern „Zwangsgemeinschaften“, auf deren Wohlwollen und Funktionieren sie angewiesen sind. Gleichzeitig sind Familien als Gruppen verschiedenen Kohäsionsbedrohungen ausgesetzt (z. B. Konflikten, sozialen Krisen oder Schicksalsschlägen), sodass i. d. R. ein höherer Kohäsionsdruck als in freien Interessensgemeinschaften besteht. Daher werden zentrifugale Kräfte oder Individualinteressen in Familien durch eine normangleichende Gruppenaggression mitunter schärfer sanktioniert, wozu manchmal Verachtung und Scham als regulierende Affekte instrumentalisiert werden. Aus psychoanalytischer Sicht entsteht Scham, wenn das erlebte Ich vom Ich-Ideal, eine Teilstruktur des Über-Ichs (vgl. Abschn. 1.2.10), abweicht; das Ich-Ideal wiederum entsteht aus Identifikationen mit idealisierten Bezugspersonen, woraus in der weiteren Entwicklung schließlich depersonifizierte Werte und Moralvorstellungen werden. Evolutionspsychologisch diente die Kette Verachtung – Beschämung – Scham, um kohäsionsschädliches Verhalten – die Abweichung des Ichs vom Wir-Ideal, der Gruppennorm – zu sanktionieren und dadurch mit potenziellem Ausschluss zu drohen, dem sozialen Tod, der über lange Strecken der Menschheitsgeschichte mit dem biologischen Tod gleichbedeutend war (vgl. Schonneck 2019). Scham sichert als Warnsignal so die Bindung in der Dyade und die Zugehörigkeit in der Gruppe. Für Kinder bedeuten Bindungsverlust und Gruppenausschluss nach wie vor eine existenzielle Bedrohung, sodass Scham für sie prägend auf Selbstbild und Verhalten einwirken kann. Kritisch sind hierbei insbesondere Beschämungen in der vorwiegend dyadischen Lebensphase, die mangels alternativer Bindungen als so zentral erlebt werden können, dass sie sich traumatisch auswirken können und nachhaltige Verunsicherungen in Hinblick auf Selbst(wert-)erleben, Glauben an die eigene Liebeshwürdigkeit sowie fraglose Zugehörigkeit hinterlassen. Wo hierdurch die Beziehung zu sich selbst und anderen im Kern beschädigt und so die Symptomatik einer Persönlichkeitsstörung begünstigt werden kann, verbinden sich weniger bedrohliche Ablehnungserfahrungen mehr mit dem Expansionsdrang und Wunsch-erleben, sodass betroffene Impulse (z. B. Aggression, Lust, Sehnsucht) gehemmt und ins Unbewusste verdrängt werden.

### **1.1.8 Familiäre Traumatisierungen werden verinnerlicht und reinszeniert**

Gruppenausschluss gilt für gewöhnlich den Gruppenmitgliedern, die gegen die zentrale Norm der Gruppe verstoßen; bei Familien ist dies vor allem der Schutz der Mitglieder, insbesondere der Kinder. In der Untersuchung einer Bevölkerungsstichprobe (n=2531) gaben allerdings 43,7 % der Teilnehmer an, mindestens ein belastendes Kindheitserlebnis erfahren zu haben, darunter 9,1 % körperliche und 4,3 % sexuelle Gewalt (vgl. Witt et al. 2019). Die Auswirkungen innerfamiliärer Traumata sind besonders verstörend für ein Kind, da sie von den Menschen ausgehen, von denen es Schutz erwartet und an die es sich wendet, wenn es belastet ist. Die Konfrontation mit dem Bösen in der Familie bedeutet somit immer Verlust sicherer Bindung, oft auch Angst vor Ausschluss aus der Gruppe, wenn innere oder äußere (z. B. Herausnahme durch das Jugendamt) Instanzen dies androhen. Zusätzlich verschlimmernd wirkt dabei, wenn dem Täter kein Ausschluss widerfährt und er sogar von der Gruppe gebilligt oder gedeckt wird. Unter dem Druck dieser verheerenden Situation setzen nun psychische Mechanismen ein, um die Beziehung zum Täter(-system) wiederherzustellen und das Geschehene notdürftig zu verarbeiten, so vor allem Dissoziation (Abspaltung), Introjektion (Verinnerlichung) des Täters und Identifikation mit dem Aggressor (vgl. Abschn. 1.2.18). Darauf aufbauende Beziehungsmuster tendieren dazu, die traumatische Situation immer wieder neu herzustellen – verbunden mit der unbewussten Hoffnung auf eine gute Auflösung –, was das Leiden aber zunächst dauerhaft am Leben erhält. Dies wird als Reinszenierung bezeichnet, die zumeist auf der Handlungsebene stattfindet und sowohl aus der Opfer- als auch aus der Täterposition heraus erfolgen kann.

### **1.1.9 Transgenerationale Traumatisierungen: Unverarbeitete Traumata werden weitergegeben**

Solche unverarbeiteten Belastungen, die nicht im Rahmen einer erfolgreichen Bewältigung vom Betroffenen in die Konstruktion eines lebensgeschichtlichen Sinnzusammenhangs eingebettet wurden, haben in der Folge auch die Tendenz, an die nächste Generation weitergegeben zu werden, wobei insbesondere unbewusste Kommunikation wie z. B. projektive Identifizierung und unbewusste Reinszenierungen eine Rolle spielen (vgl. Moré 2012). Hierdurch findet eine familiäre Tradierung von Traumata statt, bei der in der Generationenfolge keine naturgemäße Abschwächung stattfindet; grundsätzlich zeigt sich vielmehr, dass Belastungen, die nicht verarbeitet wurden, eine starke Neigung zur Wiederholung (gem. Freud als „Wiederholungszwang“) haben. Dies bedeutet für die nachfolgenden Generationen, dass sie unbewusste Affektmuster und Verhaltensweisen „erben“, die im Zusammenhang mit der Primärtraumatisierung der Betroffenen stehen, für sie aber völlig aus dem eigenen Lebenskontext fallen und ihnen wie ein Fremdkörper im eigenen Selbst vorkommen. In der Folge können

psychische Beschwerdebilder wie Angststörungen oder Depressionen bis hin zu Posttraumatischen Belastungsstörungen auftreten. Die Befähigung zum Mentalisieren, die auf sicheren Bindungserfahrungen fußt, unterliegt ebenfalls transgenerationalen Einflüssen: Traumatisierte Bezugspersonen haben i. d. R. Schwierigkeiten, ein sicheres und emotional responsives Bindungsangebot zur Verfügung zu stellen, was sich nachteilig auf das Mentalisieren ihrer Kinder auswirkt. Transgenerationale Traumatisierungen zu durchbrechen, ist somit eine wichtige psychotherapeutische wie auch gesamtgesellschaftliche Herausforderung, zu der spezielle Behandlungs-, Präventions- und Unterstützungsangebote, aber auch die Konfrontation und Bestrafung der Täter gehören.

### **1.1.10 Gesellschaft als Großgruppe**

Wo die Familie als Kleingruppe die Mutter-Kind-Dyade trianguliert, trianguliert die Gesellschaft als Großgruppe die Familie. Sie stellt die Familie in einen erweiterten beziehungsdynamischen Kontext, der durch Gesetzgebung, soziale Strukturen und alternative Beziehungsangebote einen modulierenden Einfluss auf ihre Normen und Binnendynamiken ausübt. So kann die Gesellschaft Täter zur Rechenschaft ziehen, über das Jugendamt die Eltern-Kind-Beziehung kontrollieren, und mit außerfamiliären Interaktionspartnern können Familienmitglieder neue Beziehungserfahrungen machen. Andererseits belasten soziale Krisen das familiäre Wohlergehen, Kriminalität demoralisiert heranwachsende Familienmitglieder und Kriege führen zu generationenübergreifenden sozialen Traumata. Gleichzeitig hat die Gesellschaft zur Heilung ihrer Wunden aber z. B. das Gesundheitswesen und verschiedene psycho-/soziotherapeutische Angebote hervorgebracht. Diese Angebote können als Integrationsleistung im Dienste der (Groß-)Gruppenkohäsion, aber auch als (unbewusste) Wiedergutmachungsbemühung für die archaische Gewalt, die den Mitgliedern einer Gesellschaft widerfährt, verstanden werden. Wiedergutmachung ist eine Bewältigungsmöglichkeit von Schuldgefühlen, die Täter auf sich laden und ebenfalls, sofern unbewältigt, transgenerational weitergeben können. Andere Gruppenmitglieder können in diesem Zusammenhang stellvertretend für die nicht bewältigte Schuld der Täter Wiedergutmachungsimpulse entwickeln, aus denen schließlich Ersatzhandlungen, z. B. ein Helfersyndrom, resultieren. Dies würde in einem Versuch der Bewältigung der Schuld(-gefühle) münden; Gruppenmitglieder können aber auch in eine Situation geraten, aus der heraus sie die Schuld wieder neu herstellen.

### **1.1.11 Schuld, Schuldgefühle und die Großgruppe**

Die (unbewusste) Wiederherstellung traumatischer und schuldhafter Szenen kann nämlich nicht nur aus der Position des Opfers, sondern auch aus der des Täters heraus erfolgen. Menschen können durch Identifikation mit oder Introjektion von Täterfiguren (vgl. Hirsch 2017) – ob inner- oder außerfamiliär – deren

Überzeugungen, Verhalten und Taten reproduzieren, wodurch Einzelne und ganze Gruppen handelnd immer wieder neu Schuld auf sich laden. Schuldgefühle wiederum sind ein Affekt der Großgruppe: Evolutionspsychologisch entstanden sie zur Binnenregulation von Großgruppen und wurden bei wachsender Gruppengröße und damit einhergehend wachsender Mentalisierungsfähigkeit möglich, um abstraktere Regeln, die als Normen größere Menschenverbände zusammenhalten sollen, durchzusetzen (vgl. Schonnebeck 2019). Recht und Unrecht sind deshalb i. d. R. auch Werturteile der Großgruppe (vertreten z. B. durch Legislative, Judikative und Exekutive der Gesellschaft). Intrapsychisch entstehen Schuldgefühle als Produkt des Über-Ichs, das vormals gegen den anderen gerichtete Aggression nach innen wendet, um einen Konflikt mit gleichzeitig bestehenden empathischen Wahrnehmungen und gutartigen Impulsen aufzulösen (vgl. Abschn. 1.2.15). Schuldgefühle können angemessen sein und so eine lebens-/beziehungserhaltende Funktion ausüben, sie können aber auch irrational, pathologisch und Kernaspekt seelischer Störungen, z. B. melancholischer Depressionen oder Zwangsstörungen, sein. Das Über-Ich als intrapsychische Instanz kann somit verschiedene Qualitäten annehmen, von quälend-verfolgend bis unterstützend und Orientierung stiftend. Es kann aber auch defizitär ausgebildet sein und nur in Gegenwart strafender Instanzen ersatzweise zur Verfügung stehen. Menschen mit defizitärem Über-Ich und verinnerlichten Täteranteilen wiederum können sich zu eigenen Gruppierungen zusammenfinden, die ihrerseits dann problematische Dynamiken entfalten.

### 1.1.12 Mobbing und Fremdenfeindlichkeit

Gruppendynamiken können nämlich auch pathologisch werden, am deutlichsten zeigt sich dies bei Mobbing oder Fremdenfeindlichkeit. Im Mobbinggeschehen entwickelt sich eine Gruppendynamik, in der die eigene Gruppenkohäsion durch Bündelung der Konfliktaggressionen auf ein ausgewähltes Opfer stabilisiert wird. Anfällig hierfür sind insbesondere labile, oft leiterlose/unstrukturierte Gruppen, deren Befähigung zur Differenzierung der eigenen Gruppennormen und Integrierung der unterschiedlichen Mitgliederinteressen mangelhaft ausgeprägt ist. Hierdurch entstehen Frustrationsaggressionen, aber auch latente Ängste vor Zerfall und Ausschluss, die schließlich über den Mobbingakt abgeführt und so dysfunktional reguliert werden. Die Täterseite verweigert dabei oft eine Triangulierung durch vermittelnde Dritte, die die gruppenspezifisch prekäre Situation durch alternative Perspektiven infrage stellen könnten (vgl. Pflichthofer 2016). Wo sich bei Mobbingdynamiken die Aggressionen i. d. R. auf Einzelpersonen richten, richtet sich die Aggression bei Fremdenfeindlichkeit auf ganze Gruppen. Fremdenfeindlichkeit zählt zum „Syndrom gruppenbezogener Menschenfeindlichkeit“ und dient ebenfalls dazu, die Kohäsion und Identität von labilen Gruppen zu stabilisieren. Im Weiteren liegt Fremdenfeindlichkeit eine verminderte Befähigung zum Mentalisieren (vgl. Brauner et al. 2018) sowie eine Abspaltung und Projektion eigener konflikthafter Anteile, die an Fremden bekämpft werden (vgl. Vogel 2018), zugrunde.

### **1.1.13 Erosion der Gruppe infolge abnehmenden epistemischen Vertrauens**

Ein zentrales Element für das Gelingen von Beziehungen und Gruppenprozessen wiederum ist das Bestehen zwischenmenschlichen Vertrauens. Vertrauen gründet in den Annahmen, dass Wort und Tat übereinstimmen (werden) und dass kommende Ereignisse wahrscheinlich positiv ausgehen werden. Eine besondere Form zwischenmenschlichen Vertrauens ist das epistemische Vertrauen, ein zentrales Konzept der Mentalisierungstheorie, demgemäß anderen vertraut wird, dass ihre Informationen vertrauenswürdig, generalisierbar und relevant sind. Epistemisches Vertrauen und sichere Bindung sind die Grundvoraussetzungen für Entwicklung und Funktionieren des Mentalisierens, der Befähigung, eigene und fremde innere Zustände zu verstehen und sich auf diese beziehen zu können. Die Mentalisierungsfähigkeit schließlich ist ein wichtiger Bestandteil des gesellschaftlichen Zusammenhalts (vgl. Hamburger et al. 2022). Der Verlust epistemischen Vertrauens in Gruppenleiter hingegen schwächt die Gruppenkohäsion enorm und führt zur Ausbildung zentrifugaler Gruppenkräfte. Dies kann im weiteren Verlauf – im dysfunktionalen Bewältigungsfall – die Ausprägung autoritärer Führungsstile und/oder Aufbegehren gegen die Leitung begünstigen. Gesamtgesellschaftlich können solche Prozesse schließlich Politikverdrossenheit und Erosion des demokratischen Prozesses nach sich ziehen (vgl. Westerberger-Breuer 2022).

### **1.1.14 Soziales Trauma und kollektive Mentalisierungsstörungen**

Das Vorkommen individueller Traumafolgestörungen (z. B. in Form einer PTBS) ist inzwischen auch im Zusammenhang mit sozialen Ereignissen untersucht worden, woraus das Konzept des sozialen Traumas herausgearbeitet wurde. Hierunter werden einerseits Traumafolgestörungen verstanden, die durch gesellschaftliche oder interkulturelle Gewalt verursacht wurden, andererseits deren nachfolgende soziokulturelle Auswirkungen. Ein Kernmerkmal des sozialen Traumas ist letztlich, dass in ihm die individuelle, transgenerationale und soziale Ebene miteinander verwoben sind (vgl. Hamburger et al. 2022). Die transgenerationale Weitergabe erfolgt hierbei auch über das Erzählen und Nicht-Erzählen der Familien- und Gruppenmitglieder, was sich wegen einer potenziell problematischen Narrativbildung über das ursprüngliche Ereignis negativ auf die Mentalisierung auswirkt, da das epistemische Vertrauen gegenüber Angehörigen belastet wird (Worte, Gefühle und anderweitige Wahrnehmungen passen nicht mehr zusammen). Das Selbst- und Weltverständnis kann infolge sozialer Traumata schließlich so schwerwiegend verstört sein, sodass der Glaube an die Möglichkeit eines gutartigen In-der-Welt-Seins nachhaltig zerstört wird, was atmosphärisch eine schwere Belastung für die ganze Gruppe sein kann. In Psychotherapien müssen daher die Besonderheiten sozialer Traumata berücksichtigt werden, die nicht nur als Individualpathologie verstanden werden dürfen, sondern auch von