

International Psychoanalytic University

Verschriftlichung des Referates

„Trauma“

gehalten am 28. Januar 2014

bei Prof. Dr. Heinrich Deserno

im Modul 4: *Allgemeine und spezielle Störungslehre*

von

Dipl.-Ing. Nils Svensson B.Sc.

Matrikelnummer 1863

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	2
1. Geschichte.....	3
2. Begriffseingrenzung und Typologien.....	5
3. Gedächtnispsychologie.....	8
4. Neurobiologische und endokrinologische Erkenntnisse.....	9
5. Kognitive und verhaltenstherapeutische Theorien.....	9
5.1. Emotional Processing Theory (Foa & Rothbaum, 1998).....	9
5.2. Das kognitive Modell der PTBS (Ehlers & Clark, 2000).....	10
6. Psychodynamische Theorien.....	10
6.1. Allgemeine Beschreibung.....	10
6.2. Sigmund Freud: Drei Phasen der Entwicklung einer Traumatheorie.....	11
6.3. Sandor Ferenczi.....	11
6.4. Michael Balint.....	12
6.5. Mentalisierung 1.....	12
6.6. Mentalisierung 2.....	12
6.7. Unterschiede zwischen psychoanalytischer Neurosen- (NP) und Traumapsychologie (TP) 13	
7. Therapeutische Ansätze.....	13
Literaturverzeichnis.....	16
Erklärung.....	18

1. Geschichte

Nach Seidler (2012) gab es schon immer traumatische Erfahrungen. In der Mitte des 19. Jh. wurden Erklärungen zu den heftigen Reaktionen auf Eisenbahnunfälle, das sog. „railway-spine“, gesucht. Als mögliche Erklärung wurde damals eine Situation von mentaler oder moralischer Bewusstlosigkeit in Betracht gezogen, die durch das Entsetzen des Unfalls hervorgerufen wurde und zu einem Zusammenbruch der Kontrollfunktionen des Gehirns führen könnte.

1883 betont Page die Wirkung von Angst und Schreck und führte 1891 den Begriff des „general nervous shock“ (genereller Nervenschock) ein, der als „Schreckneurose“ von Kraepelin weiter tradiert wurde. Page (1891, zit. nach Seidler, 2012, S. 22) schreibt: „The thing essential for suggestion to have any influence is the special psychic state, induced immediately by nervous shock“.

In Deutschland bezieht der Neurologe Hermann Oppenheim Betroffene von Arbeitsunfällen in seine Arbeiten mit ein. Nachdem in Deutschland 1884 eine gesetzliche Unfallversicherung wirksam geworden war und Nervenärzte Unfallfolgen zu begutachten hatten. In seinem Werk "Die traumatischen Neurosen" schreibt Oppenheim (1889, zit. nach Seidler, 2012, S. 23): „Die Hauptrolle spielt das psychische: der Schreck, die Gemüthserschütterung. [...] Die im Moment des Unfalls eintretende schreckhafte Aufregung ist meistens so bedeutsam, daß sie eine dauernde psychische Alteration bedingt.“ Im Zuge der Erstattungen für Traumaopfer durch die Reichsversicherungskammer kommt es zu Diskreditierungen der Opfer unter der Diagnose „pathologisches Rentenbegehren“ und zu Diffamierung von Oppenheim.

Der erste Weltkrieg stellt einen weiteren Einschnitt in der Geschichte des Traumabegriffs dar. Allein auf deutscher Seite haben mindestens 600.000 Soldaten das erlitten, was wir heute als Traumafolgestörung bezeichnen würden. Damals wurden die Opfer umgangssprachlich als „Kriegszitterer“ oder „Schüttler“ bezeichnet. Wissenschaftliche Bezeichnungen zu dieser Zeit lauteten „Kriegsneurose“, „traumatische Neurose“, „Zweck- oder Schreckneurose“ oder im Englischen „shell shock“, „war strain“, „gas neurosis“, „buried alive neurosis“, „soldier's heart“, „war neurasthenia“ oder „anxiety neurosis“. Ab Juni 1917 durfte die Diagnose von britischen Ärzten nicht mehr vergeben werden. An deren Stelle trat der Eintrag „NYD(N)“ in den Krankenakten, was für „Not Yet Diagnosed (?Nervousness)“

Zur Zeit des ersten Weltkriegs hat sich eine Gewaltfolgenlehre (= Psychotraumatologie) nicht entwickelt, da die Ursachen für die Symptome der Soldaten nicht in der Gewalteinwirkung, sondern in der (psychischen) Schwäche der Opfer gesehen wurde und gesehen werden sollte. Auch heute noch gilt: Je entsetzlicher eine Gewalttat, umso stärker die Skepsis gegenüber ihrer Realität. So galt in der Zeit des Ersten Weltkrieges auch die sozialdarwinistische Auffassung, nach der die Starken im Kampfe gefallen seien und nur die – natürlich vorher schon – Schwachen überlebt hätten (Seidler, 2012, S. 25).

Mit diversen Maßnahmen wurde versucht, den Traumafolgestörungen als Ausdruck von Simulation und Willensschwäche Herr zu werden. Die „Behandlung“ sollte entsetzlicher sein als der Fronteinsatz und die Betroffenen sollten deshalb in den Krieg zurückkehren wollen. Nach Seidler (2012, S. 25) zählten zu den Maßnahmen unter anderem elektrische Stromstößen als Übertrennungsmaßnahme, Röntgenbestrahlungen in Dunkelkammern, wochenlange Isolationsfoltern oder die Provokation von Erstickungstodesangst durch Kehlkopfsonden oder –kugeln. Die Psychoanalyse und die Hypnose boten als Alternativverfahren erste humane Modelle zur Behandlung.

Die Traumatisierung der Zivilbevölkerung fand zu dieser Zeit generell keine Beachtung. Erst nach dem Zweiten Weltkrieg thematisierte Alexander Mitscherlich in seinen Büchern „Die vaterlose Gesellschaft“ (1963) und „Die Unfähigkeit zu Trauern“ (1967) die Traumatisierung der Gesellschaft. Die Finanzierung der Behandlung seelischer Krankheiten wurde 1967 in Deutschland revolutioniert, als die Psychotherapierichtlinien in Kraft gesetzt wurden.

Allerdings wurde auch zu dieser Zeit die Anerkennung von Traumafolgestörungen durch ein mangelndes Verständnis der psychischen Abläufe erschwert. So galt auch zu dieser Zeit noch: „Äußere Belastungsfaktoren, seien sie auch in der allgemeinen Erfahrung von großem Gewicht, machen den Patienten nicht ohne weiteres seelisch krank“ (Faber et al. 1999, S. 15). Auch in psychodynamischen Verfahren wurde zu dieser Zeit noch nach einem inneren Konflikt bei Traumatisierten gesucht.

Schließlich führen drei Linien zur Anerkennung von Traumafolgen: (1) Folgen von technischen Unfällen und Katastrophen, (2) Folgen von Kriegseinwirkungen und (3) die Frauenbewegung der 60er und 70er Jahre (mit der verstärkten Beschäftigung mit der Vergewaltigung in der Ehe und dem sexuellen Missbrauch von Kindern). Daraus lassen sich drei Gruppen von Ursachen für Traumafolgestörungen ableiten: (1) Naturkatastrophen, (2)

Unfälle und Katastrophen, die durch technisches Versagen ausgelöst werden und (3) von Menschen anderen Menschen zugefügte Schädigungen.

2. Begriffseingrenzung und Typologien

Der Begriff Trauma

Der Gegenstand der Psychotraumatologie ist ein System, kein einzelnes Element: Es geht um den Menschen in einer gefährlichen und gefährdeten Umwelt, von der er ein Teil ist, auf die er aber auch einwirkt. Daher ist ein ökologischer Ansatz nötig. Die traumatische Situation ist die elementare Beobachtungseinheit der Psychotraumatologie (Fischer & Riedesser, 2009, S. 69). Traumatisierung kann als Grenzverletzung zwischen außen und innen gesehen werden, d.h. für ein Verständnis der traumatischen Geschehnisse ist eine gleichzeitige Betrachtung des äußeren Geschehen und des inneren subjektiven Erleben nötig.

Typologien

Nach Fischer und Riedesser (2009, Kapitel 3.3.1) lassen sich traumatisierende Situationen anhand von sechs Merkmalen typologisieren: (1) nach dem Schweregrad der traumatogenen Faktoren, (2) nach der Häufung traumatischer Ereignisse und deren zeitliche Verlaufsstruktur, (3) nach der Art der Betroffenheit des traumatisierten Subjekts (mittelbar oder unmittelbar), (4) nach der Verursachung und diversen Verursachungsfaktoren, (5) nach der Beziehung zwischen Opfer und Täter (Familie, Bekannte oder Fremde) und (6) nach der klinischen Situationstypologie.

Zu (1): Der Schweregrad der Traumatisierung lässt sich beispielsweise anhand der Skalen der Schwere der psychosozialen Belastungsfaktoren bei Kindern und Heranwachsenden oder bei Erwachsenen aus dem DSM III-R beschreiben. Dort gibt es die Abstufungen 1 (keine), 2 (leicht), 3 (mittel), 4 (schwer), 5 (sehr schwer, extrem) und 6 (katastrophal).

Zu (2): Nach Häufung unterscheiden Fischer und Riedesser (2009) Traumata in Typ I (singuläre Traumata, Monotraumatisierung in Form von einmalig auftretenden Extremerfahrungen) und Typ II (prolongierte oder persistierende Traumata, Polytraumatisierung in Form von Extrembelastungen, die über längere Zeiträume intermittierend oder mit andauernder Wirkung das Individuum unter traumatischen Stress bringen). Zu den Typ II Traumatisierungen zählen auch die von Masud Khan (1963, zit. nach Fischer und Riedesser, 2009) definierten *kumulativen Traumata* als langfristige Wiederholung

von Gewalteinwirkungen, die einzeln subliminal bleiben, aber durch die wiederholte Unterbrechung der Erholungsphasen zu schweren Traumatisierung, besonders in Beziehungen, führen können, sowie die von Keilson (1979, zit. nach Fischer und Riedesser, 2009) definierte *sequentielle Traumatisierung*, wenn ein immer wieder ähnlicher Verlauf eines Gewalterlebens dazu führt, dass eine durchgängige Gewalteinwirkung erlebt wird (berichtet nach Verfolgungswellen der Nazis in Holland: Bei jeder neuen Welle brechen alte Wunden auf, so wird subjektiv eine durchgängige Verfolgung erlebt).

Zu (4): Nach Fischer und Riedesser (2009) handelt es sich hierbei um Faktoren, „die jeder für sich oder in ihrer Kombination sehr wahrscheinlich eine psychotraumatische Wirkung entwickeln.“ Green (1993, zit. nach Fischer und Riedesser, 2009) hat die folgenden acht Faktoren ermittelt: (1) Bedrohung für Leib und Leben, (2) Schwerer körperlicher Schaden oder Verletzung, (3) absichtlicher Verletzung oder Schädigung ausgesetzt zu sein, (4) Konfrontation mit verstümmelten menschlichen Körpern („exposal to the grotesque“), (5) Gewaltsamer oder plötzlicher Verlust einer geliebten Person, (6) Beobachtung von Gewalt gegen eine geliebte Person oder Information darüber, (7) die Information, dass man einem schädlichen Umweltreiz ausgesetzt ist oder war, (8) Schuld haben am Tod oder an schwerer Schädigung anderer.

Zu (6): Unter klinisch relevanten Situationsdynamiken verstehen Fischer und Riedesser (2009, S. 153) „situative Konstellationen, die eine besondere Dynamik entfalten, spezifische Reaktionen hervorrufen und damit unmittelbar von klinischer Relevanz sind“. Dazu zählen sie: (1) Negative Intimität (das Eindringen in die Privatsphäre oder in die Person selbst erzeugt Ekel), (2) Beraubung (plötzlicher Verlust nahestehender Personen), (3) Victimisierung (das Opfer fühlt sich als Verlierer, erniedrigt und/oder beleidigt), (4) Angst und Erregung (können als physiologische Komponenten konditioniert werden) und (5) Todesnähe (diese führt später im Leben oft zu der Erwartung, dass der Tod jederzeit bevorstehen kann).

Aus den o.g. Faktoren entwickeln Fischer und Riedesser (2009, S. 183 ff.) verschiedene Modi des Traumas: (a) das viktimisierende Trauma (z.B. Gewalt in lebensbedrohlichem Ausmaß), (b) das deprivative Trauma (z.B. deprivative Lebenserfahrungen in den ersten zehn Lebensjahren), (c) das partizipative Trauma (z.B. das Beobachten oder das unmittelbare Beteiligt sein an den verschiedenen Formen von Traumatisierungen), (d) das kollektive Trauma (z.B. Extremerfahrungen bei

Gruppenentführungen, partizipative Gewalterfahrungen bei Folter, Kriegserfahrungen, das Erleben von Genozid-Handlungen), (e) das sekundäre Trauma (indirekte traumaforme Belastung, z.B. die psychischen Belastungen der Helfer von Traumatisierten, die nach einiger Zeit ähnliche Symptombilder wie partizipativ Traumatisierte entwickeln).

Risikofaktoren

Traumaerfahrungen müssen in ihrer ganzen Vielfalt im Zeitkontinuum und im Lebensverlauf der Opfer als kontextuelle und sequentielle Einflussfaktoren betrachtet werden (Petzold, Wolf, Landgrebe, Josic & Steffan, 2000, S. 479 f.). Dazu unterscheiden Petzold et al. (2000) (1) prätraumatische Faktoren, die unabhängig vor der Gewalteinwirkung existieren (Lebensalter, Entwicklungsverlauf, Sozialisationseinflüsse, Krankheitsgeschichte, Stile des Copings und Creatings, Resilienzen, Ressourcenlage, Netzwerksituation), (2) peritraumatische Faktoren, die während des Gewalterlebens wirken (Typ des Traumas, Ressourcenlage, Copingkapazität, Risiken, protektive Interventionen, kognitive und emotionale Ereignisbewertung usw.), (3) faktuale posttraumatische Faktoren, die direkt nach der Gewalteinwirkung verfügbar sind (unmittelbar verfügbare Hilfe und Unterstützung, aktuelle Netzwerksituation, Ressourcenzufuhr, kognitive und emotionale Ereignisbewertung, Verarbeitungsbemühungen, Reorientierungserfolge/-misserfolge, unmittelbare Nach- und Auswirkungen) und (4) prolongierte posttraumatische Einflussfaktoren, also die längerfristigen Entwicklung der faktualen posttraumatischen Faktoren.

In zwei Metaanalysen (Brewin, Andrews & Valentine, 2000; Ozer, Best, Lipsey & Weiss, 2003) wurden diese Risikofaktoren untersucht mit dem Ergebnis, dass die verfügbare soziale Unterstützung den größten Einfluss auf die Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) hat, gefolgt von den peritraumatischen Faktoren der Intensität der Einwirkung. Dann folgen lebensgeschichtlich frühere traumatische Erfahrungen und Vorprägungen und schließlich die demografischen (weibliches Geschlecht) und sozioökonomischen Faktoren.

Aus all diesen Zusammenhängen haben Fischer und Riedesser (2009, S. 84) eine Definition erarbeitet: Trauma ist ein „vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt.“

3. Gedächtnispsychologie

Unter traumatischen Einflüssen kann es zu extrem erhöhter oder verminderter Merkfähigkeit kommen. Die traumatischen Erfahrungen können mit starker ‚Vividness‘ erinnert werden oder völlig resistent gegenüber einer Integration ins autobiografische Gedächtnis sein (Kirsch, Michael & Lass-Hennemann, 2013). In vielen Fällen berichten Personen von Kombinationen dieser Formen der Erinnerung. Um mit überfordernden Erinnerungen umgehen zu können wird die Dissoziation als Schutzmechanismus der Psyche eingesetzt. Kirsch et al. (2013) unterscheiden dabei zwischen primärer, sekundärer und tertiärer Dissoziation.

Primäre Dissoziation:

Eine Person, die mit einer überwältigenden Bedrohung konfrontiert wurde, ist nicht in der Lage, die Ganzheit dessen, was sich ereignet hat, in ihr Bewusstsein zu integrieren. Sensorische und emotionale Elemente des Ereignisses können nicht in das persönliche Gedächtnis und die Identität integriert werden und verbleiben isoliert von den normalen Bewusstseinsinhalten. Die Erfahrung ist in isolierte, somatosensorische Elemente gesplittet, ohne Integration in ein persönliches Narrativ.

Sekundäre Dissoziation:

Es kann eine weitere Beeinträchtigung der Integration von Elementen der persönlichen Erfahrung auftreten, wenn sich die Person in einem durch die Traumatisierung hervorgerufenen, dissoziierten Bewusstseinszustand befindet. Eine »dissociation between observing ego and experiencing ego« (van der Kolk, McFarlane & Weisaeth, 1996) wird von traumatisierten Personen, etwa Inzestopfern, Unfallopfern oder Kriegsveteranen, berichtet. Diese traumatisierten Personen geben an, im Moment der Traumatisierung ihren Körper mental zu verlassen und aus der Distanz das Geschehen zu beobachten. Diese Distanzierung erlaubt es den Personen den Schmerz oder die Angst zu begrenzen. Die sekundäre Dissoziation fungiert also vergleichbar einem Anästhetikum.

Tertiäre Dissoziation:

In dieser Form entwickeln sich unterschiedliche Ich-Zustände, die traumatische Erinnerungen beinhalten. Diese Ich-Zustände bestehen aus komplexen Identitäten mit unterschiedlichen kognitiven, affektiven und behavioralen Mustern (van der Kolk et al., 1996).

Einige dieser Ich-Zustände können die Angst, den Schmerz oder die Aggression, die mit spezifischen traumatischen Erfahrungen in Verbindung stehen, repräsentieren, während in anderen Ich-Zuständen das Trauma und die begleitenden Affekte unbewusst bleiben.

4. Neurobiologische und endokrinologische Erkenntnisse

Aktuelle Untersuchungen zeigen Zusammenhänge zwischen der Entwicklung einer PTBS-Symptomatik und den Werten gewisser neurobiologischer Marker. Dies könnte zur Entwicklung von psychopharmakologischen Therapien führen. Zwei Beispiele werden hier aufgeführt:

Eine Studie von Pervanidou und Chrousos (2010) zeigte, dass die erstmalige Exposition mit einem traumatischen Ereignis zu einem unmittelbaren Anstieg von Cortisol in der Peripherie führte. Einen Monat später, mit Beginn der PTBS-Symptomatik, sind die Cortisolwerte weiter erhöht oder auf Normalniveau abgesunken, während die Ausschüttung von Noradrenalin langsam ansteigt. Die zunehmende Divergenz zwischen der Cortisol- und NoradrenalinKonzentration im Zeitverlauf ist möglicherweise verantwortlich für die Entwicklung und Aufrechterhaltung einer chronischen PTBS-Symptomatik.

Zentrale neuroendokrine Korrelate insbesondere der chronischen PTBS beinhalten erniedrigte Cortisolspiegel und eine erhöhte negative Feedback-Sensitivität der HHNA (Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse) bei gleichzeitiger Hyperaktivität des noradrenergen Systems (Schlosser, Wingefeld, Spitzer & Driessen, 2013).

Erste Ergebnisse aus Therapiestudien ergaben, dass die Verabreichung von Hydrocortison unmittelbar nach der Traumaexposition die Entwicklung einer PTBS verhindert und eine Hydrocortison-Behandlung bei bereits bestehender PTBS die Symptomatik erfolgreich verbessert (Heim & Nemeroff, 2009 zit. nach Schlosser et al., 2013).

5. Kognitive und verhaltenstherapeutische Theorien

5.1. Emotional Processing Theory (Foa & Rothbaum, 1998)

Diese Theorie arbeitet auf der Grundlage der neuronalen Begriffsnetze. Vor der Traumatisierung sind viele verschiedene Einzelbegriffe in gesunder und hilfreicher Art miteinander logisch verknüpft. Durch die Traumatisierung werden Begriffe durch Angstverknüpfungen verbunden, die zuvor unverbunden waren. Die zentrale Annahme dieser

Theorie besagt also, dass Menschen mit einer PTBS eine netzwerkartige Furchtstruktur aufweisen, die extreme Reaktionselemente (z. B. Panik, intensive physiologische Reaktionen) umfasst, sehr umfangreich und dadurch leicht zu aktivieren ist und unrealistische und unangemessene Verbindungen enthält. Wird die Furchtstruktur durch strukturell ähnliche Stimuli aktiviert, entstehen PTBS-Symptome.

5.2. Das kognitive Modell der PTBS (Ehlers & Clark, 2000)

Diese Theorie beschäftigt sich mit der Frage, warum bei einer chronischen PTBS immer noch ein Gefühl aktueller Bedrohung entsteht, obwohl das Trauma doch Teil der Vergangenheit ist. Das kognitive Modell der PTBS postuliert, dass bestimmte Merkmale des Traumagedächtnisses und eine problematische Interpretation des Traumas und/oder seiner Konsequenzen zu einer wahrgenommenen gegenwärtigen Bedrohung führen. Ungünstige Verhaltens- und Denkweisen verhindern eine Modifikation dieser Prozesse und erhalten die posttraumatische Symptomatik damit aufrecht.

6. Psychodynamische Theorien

6.1. Allgemeine Beschreibung

Ehlert-Balzer (2000) schreibt: „Das Trauma bezeichnet in der Psychoanalyse ein Erlebnis, das von solcher Intensität ist, dass es die psychischen Verarbeitungsmöglichkeiten des Betreffenden überschreitet.“ Dabei gibt es zwei Perspektiven, die äußere Seite (die objektive Qualität des Ereignisses) und die innere Seite (subjektive Verarbeitungskapazitäten). Zunächst brechen durch die Überschreitung der subjektiven Verarbeitungskapazitäten die zentralen Ich-Funktionen zusammen und schließlich kommt es zu einer basalen Erschütterung des psychischen Apparates.

Restitutionsversuche des Ichs sind nach psychoanalytischem Verständnis für die typischen posttraumatischen Symptome verantwortlich, die im Kern in einer zwanghaften Wiederholung des traumatischen Geschehens z.B. im Traum oder in unwillkürlichen Flashbacks und in einer Interessensverarmung (insbes. libidinös) bestehen (Ehlert-Balzer, 2000).

6.2. Sigmund Freud: Drei Phasen der Entwicklung einer Traumatheorie

Peichl (2013) beschreibt die Phasen der Entwicklung bei Freud folgendermaßen:

Erste Phase: die Hypnoid-Theorie

Ereignisse mit großer Heftigkeit und Plötzlichkeit, die in keinem kausallogischen Verhältnis zur Lebensbiografie des Menschen stehen, führen zu hysterischen Symptomen (Anna O.). In affektiven und hypnoiden Zuständen hat in Zusammenhang mit dem Ereignis auf weitgehend zufälligem, assoziativem Wege eine Symptombildung stattgefunden; mit Wiederbelebung des entsprechenden Affekts oder einer geeigneten Assoziation im hypnoiden Zustand, treten die Symptome wieder auf und festigen sich langsam, bis sie in Dauersymptome übergehen.

Zweite Phase: das infantile Sexualtrauma

Nur die in der Kindheit erlittenen Sexualtraumata sind in der Entstehungsgeschichte der Neurosen von Bedeutung, nicht irgendwelche sonstigen Traumata der Lebensgeschichte: „Es müssen vielmehr diese sexuellen Traumata der frühen Kindheit (der Lebenszeit vor der Pubertät) angehören, und ihr Inhalt muss in wirklicher Irritation der Genitalien (koitusähnlichen Vorgängen) bestehen“ (Freud, 1893-1895, S. 380). Das Trauma durchbricht also den Reizschutz und der Wiederholungszwang wird mobilisiert.

Dritte Phase: vom Traumamodell zum Triebmodell

Freud verlegt die Verführung weg von der äußeren Wirklichkeit des Kindes in den inneren Wunschraum: „Man empfängt keinen anderen Eindruck, als dass solche Kinderbegebenheiten irgendwie notwendig verlangt werden, zum eisernen Bestand der Neurose gehören. Sind sie in der Realität enthalten, dann ist es gut; hat sie die Realität verweigert, so werden sie aus Andeutungen hergestellt und durch die Fantasie ergänzt. Das Ergebnis ist das gleiche, und es ist uns bis heute nicht gelungen, einen Unterschied in den Folgen nachzuweisen, wenn die Phantasie oder die Realität den größeren Anteil an diesen Kinderbegebenheiten hat“ (Freud, 1916-1917, S. 385). Das Trauma ist nach Freud also kein äußeres Ereignis, sondern eine durch die betreffende Person innerpsychisch erzeugte Fantasie, die durch die Triebnatur des Menschen ausgelöst wird.

6.3. Sandor Ferenczi

Ferenczi (1933) erweitert die Traumadiskussion um die Bedeutung der Objektbeziehungen und damit um die Einbettung des traumatischen Geschehens in eine Beziehungsmatrix. Das

Trauma beschreibt er als das Ausbleiben einer empathischen Antwort des traumatisierenden Täterobjekts in Anbetracht der Hilflosigkeit und Todesangst des traumatisierten Selbst. Die folgenden Schritte beschreibt Ferenczi: (1) Das Kind hat Sehnsucht nach Liebe und Zärtlichkeit. (2) Das Kind erfährt Sexualität und Überwältigung durch einen inzestuösen Erwachsenen (Vater). (3) Die Mutter schützt das Kind nicht und somit bleibt eine Übersetzungshilfe für das Unverständliche und Unaussprechliche aus. (4) Da das Kind keinen Dritten findet, der die Tat und das Leid bezeugt, muss das Kind die Sichtweise des Täters übernehmen. Der Täter etabliert sich als traumatisches Introjekt im Über-Ich.

Ferenczi versteht das Trauma also als Beziehungstrauma: das Kind wird von Vater und Mutter verraten und die Triebwünsche des Kindes dürfen keine Rolle spielen.

6.4. Michael Balint

Balint (1968) unterscheidet zwischen dem Traumaereignis und dem Traumaerlebnis. Er beschreibt drei Phasen der Traumaentstehung: (1) Das unreife Kind ist vom Erwachsenen abhängig, die Beziehung ist trotz möglicher Irritationen im Wesentlichen vertrauensvoll. (2) Der Erwachsene unternimmt einmal oder wiederholt ganz gegen die Erwartungen des Kindes etwas höchst Aufregendes, Erschreckendes oder Schmerzhaftes. (3) Wenn sich das Kind wieder dem Erwachsenen annähert, weil es sich eine Fortsetzung, Beachtung oder Trost wünscht, weist der Erwachsene das Kind ab. Traumatisierend wirkt hier das Verhalten des Erwachsenen, als habe sich eigentlich nichts ereignet.

6.5. Mentalisierung 1

Nach der Mentalisierungstheorie (Person & Klar, 1997) unterbleibt schon bei der Encodierung traumabezogener Wahrnehmungen die semantische Verknüpfung. Die traumatische Erfahrung wird aufgrund von Hyperarousal als sensomotorisches, visuelles und affektives Erinnerungsbruchstück gespeichert, nicht aber als symbolisch-linguistischer Kode in Form eines Narrativs. Deshalb kann die traumatische Erfahrung nicht in die Bedeutungsstrukturen des Individuums integriert werden und ist schwer erinnerbar.

6.6. Mentalisierung 2

Eine zweite Theorie nach Seidler (2012, S. 47) aus der Mentalisierungsschule postuliert, dass das Subjekt während und durch das Traumaereignis qua Verdinglichung seiner Funktionsmöglichkeiten beraubt wird. Dadurch wird das Subjekt selbst beseitigt, der Mensch wird zur Sache degradiert, mit ihm wird nur noch gemacht, er ist entmachtet und wirkungslos.

Damit fehlt die integrierende Funktion des Selbst und die abzuspeichernden Wahrnehmungen finden keinen „Besitzer“ vor, dem sie zur Verfügung stehen könnten. Damit gibt es vorübergehend auch kein Subjekt, in dessen Bedeutungsstrukturen sie einen Sinn erhalten würden. Diese „subjektlosen“ Erinnerungsbruchstücke werden als „Intrusionen“ durch einen Ähnlichkeitsreiz getriggert.

6.7. Unterschiede zwischen psychoanalytischer Neurosen- (NP) und Traumapsychologie (TP)

Nach Seidler (2012, Kap. 1.2.2) geht die NP als Krankheitsursache von einem inneren Konflikt aus, während die TP von einem Missverhältnis zwischen äußerer Noxe und inneren Verarbeitungsmöglichkeiten ausgeht.

In der NP ist ein Konflikt symbolisierbar, während die TP von Abläufen auf der physiologischen Ebene ausgeht, d.h. die Symbolisierungsfähigkeit ist überfordert oder zerstört.

In der NP wird von einem breiten Spektrum von Abwehrmechanismen ausgegangen, besonders wichtig ist die Verdrängung, die den Konflikt unbewusst werden lässt. Im Gegensatz dazu spielt in der TP nur die Dissoziation als Abwehr eine Rolle, da Unaushaltbares abgetrennt werden muss.

In der NP wird von einer Psychodynamik innerhalb einer Person ausgegangen. Dort wirken Trieb, Abwehr und Konflikt. In der Traumadynamik der TP hat oder ist eine Person mehrere getrennte „States“, die durch Außenreize getriggert werden können.

7. Therapeutische Ansätze

Viele therapeutische Schulen bieten Ansätze zur Arbeit mit traumatisierten Patienten, die sich erstaunlich ähnlich sind und lediglich verschiedene Schwerpunkte in der Abfolge der Arbeitsschritte legen. Grundsätzlich gilt, dass zunächst eine Stabilisierung des Patienten im Fokus der therapeutischen Arbeit stehen sollte (Reddemann, 2012). Es erfolgt dann eine Psychoedukation, um Schuld- und Schamgefühle einordnen und um die Verantwortung richtig zuordnen zu können. Wenn der Patient stabil genug ist folgt eine Exposition mit den traumatischen Erinnerungen in sensu und mit verschiedenen Dissoziationsgraden. Hier bietet sich etwa die „Kino- oder Bildschirmtechnik“ (Reddemann, 2012) an, die ermöglichen soll, dass Gedächtnisinhalte aus dem sensorischen in das Langzeitgedächtnis umgeschrieben werden können.

Spezielle Traumatherapien, die auch mit mehrfach und komplex traumatisierten Patienten angewendet werden können, sind das Eye-Movement-Desensitization-and-Reprocessing EMDR (Shapiro, 2012), die Ego-State-Therapy (Peichl, 2013; Watkins & Watkins, 2003) oder das „Innere-Kind-Retten“ (Kahn, 2011) für mehrfach komplex traumatisierte Patienten.

Für die psychodynamischen Therapien ergeben sich nach Seidler (2012, S. 45) einige therapeutische Besonderheiten aus dem Unterschied zwischen Neurosenpsychologie (NP) und Traumapsychologie (TP):

Als Therapieziel gilt in der NP das bewusst machen und erinnern können. Deshalb wird Altes aktualisiert und ein Konfliktraum geboten. Die Vergangenheit wird in die Gegenwart gezogen. Dabei steht das Subjekt in seiner Selbstwirksamkeit im Fokus der Therapie, es gestaltet sein Schicksal und ist für dieses verantwortlich.

Im Gegensatz dazu ist das Ziel der traumapsychologischen Arbeit die Versprachlichung der nicht integrierbaren Erinnerungen, damit diese verstanden und dann eventuell vergessen werden können. Das bedeutet, dass das Hauptmerkmal auf der äußeren Sicherheit des Patienten liegt, um zusätzliche und erneute Traumatisierungen zu vermeiden. Die Vergangenheitssplitter sollen in der Gegenwart der Vergangenheit zugeordnet werden. Der Mensch wird als Objekt und Teil einer gefährlichen und gefährdeten Umwelt gesehen. Dies erfordert einen ökologischen Ansatz. Damit ist das Subjekt zwar dafür verantwortlich, was es aus seinem Schicksal macht, aber nicht für alles, was ihm widerfahren ist.

Schwerer Schaden kann angerichtet werden, wenn die Inhalte von Intrusionen nicht traumapsychologisch, sondern neurosenpsychologisch bearbeitet werden und auf einen „unbewussten Sinn“ hin interpretiert werden, wie folgendes Beispiel zeigt (Seidler, 2012, S. 47):

„Einem auch als Notarzt arbeitenden Handchirurgen stellten sich beim Operieren quälende Intrusionen von einer im Straßengraben liegenden abgetrennten Hand ein, deren Finger sich bewegten. Hintergrund war ein Einsatz als Notarzt, bei dem er schrecklich zerfetzte Leichen gesehen hatte. Sein vom Selbstverständnis her psychoanalytisch orientierter Therapeut interpretierte ihm dieses Traumasymptom ‚Sehen Sie, da will jemand mit Ihnen Kontakt aufnehmen!‘ Dem Notarzt ging es nach jeder Sitzung schlechter, bis er die Therapie bei diesem Therapeuten beendete. Der

Therapeut hatte mit seiner Interpretation versucht, eine — nicht gegebene — Verknüpfung zu der Wunsch-, Angst- und Triebwelt des Patienten herzustellen, was insofern wirksam geworden war, als dass der Notarzt sich das Desaster zunehmend ‚unbewusst‘ als von ihm verursacht zuschrieb. Nach zwei EMDR-Sitzungen à 90 Minuten Dauer hatten die intrusiven Erinnerungsbruchstücke — als ‚Erinnerung an einen sehr belastenden Einsatz‘ — ihren Platz in der Vergangenheit seiner beruflichen Tätigkeit gefunden, und er war beschwerdefrei.“

Literaturverzeichnis

- Balint, M. (1968). *Therapeutische Aspekte der Regression. Die Theorie der Grundstörung*. Reinbek: Rowohlt.
- Brewin, C. R., Andrews, B. & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748-766.
- Ehlers, A. & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*(38), 319-345.
- Ehlert-Balzer, M. (2000). Trauma. In W. Mertens & B. Waldvogel (Hrsg.), *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe*. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.
- Ferenczi, S. (1933). Sprachverwirrung zwischen dem Erwachsenen und dem Kind. *Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse*(19), 5-15.
- Fischer, G. & Riedesser, P. (2009). *Lehrbuch der Psychotraumatologie* (4. Auflage). Stuttgart: UTB für Wissenschaft.
- Foa, E. B. & Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape*. New York: Guilford Press.
- Freud, S. (1893-1895). *Studien über Hysterie. GW I*. Frankfurt a. M: S. Fischer.
- Freud, S. (1916-1917). *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. GW XI*. Frankfurt a. M: S. Fischer.
- Kahn, G. (2011). *Das Innere-Kinder-Retten: Sanfte Traumaverarbeitung bei Komplextraumatisierung*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Kirsch, A., Michael, T. & Lass-Hennemann, J. (2013). Trauma und Gedächtnis. In G. H. Seidler, H. J. Freyberger & A. Maercker (Hrsg.), *Handbuch der Psychotraumatologie*. Stuttgart: Klett-Cotta.

- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L. & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129(1), 52-73.
- Peichl, J. (2013). *Die inneren Trauma-Landschaften*. Stuttgart: Schattauer.
- Person, E. S. & Klar, H. (1997). Diagnose Trauma: Die Schwierigkeit der Unterscheidung zwischen Erinnerung und Phantasie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie (PPmP)*(47), 97-107.
- Pervanidou, P. & Chrousos, G. P. (2010). Neuroendocrinology of post-traumatic stress disorder. *Progress in Brain Research*(182), 149-160.
- Petzold, H. G., Wolf, H. U., Landgrebe, B., Josic, Z. & Steffan, A. (2000). Integrative Traumatherapie – Modelle und Konzepte für die Behandlung von Patienten mit „post-traumatischer Belastungsstörung“. In B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane & L. Weisaeth (Hrsg.), *Traumatic Stress* (S. 445-579). Paderborn: Junfermann.
- Reddemann, L. (2012). *Imagination als heilsame Kraft*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Schlosser, N., Wingefeld, K., Spitzer, C. & Driessen, M. (2013).
Psychoneuroendokrinologische Befunde zum Verständnis der Posttraumatischen Belastungsstörung. In G. H. Seidler, H. J. Freyberger & A. Maercker (Hrsg.), *Handbuch der Psychotraumatologie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Seidler, G. H. (2012). *Psychotraumatologie. Das Lehrbuch*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Shapiro, F. (2012). *EMDR - Grundlagen und Praxis: Handbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen*. Paderborn: Junfermann.
- van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C. & Weisaeth, L. (1996). *Traumatic stress*. New York: Guilford Press.
- Watkins, J. G. & Watkins, H. H. (2003). *Ego-States. Theorie und Therapie*. Heidelberg: Carl-Auer.

Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende schriftliche Ausarbeitung selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe.

Nils Svensson

Datum: 30.09.2014

Unterschrift:

A handwritten signature in blue ink that reads "Nils Svensson" followed by a long horizontal line.