

Mathias Hirsch

Trauma

Viele Begriffe, die wir aus der Psychoanalyse kennen, blicken auf eine lange Geschichte zurück und waren zum Teil schon vor Freuds Zeit ein Thema. Einige Begriffe haben längst den Weg aus der Fachwelt hinaus in die Umgangssprache gefunden. Alle diese Begriffe stellen heute nicht nur für die Psychoanalyse, sondern auch für andere Therapieschulen zentrale Bezugspunkte dar.

Die Reihe »Analyse der Psyche und Psychotherapie« greift grundlegende Konzepte und Begrifflichkeiten der Psychoanalyse auf und thematisiert deren jeweilige Bedeutung für und ihre Verwendung in der Therapie. Jeder Band vermittelt in knapper und kompetenter Form das Basiswissen zu einem zentralen Gegenstand, indem seine historische Entwicklung nachgezeichnet und er auf dem neuesten Stand der wissenschaftlichen Diskussion erläutert wird.

Alle Autoren sind ausgewiesene Fachleute auf ihrem Gebiet und können aus ihren langjährigen Erfahrungen in Klinik, Forschung und Lehre schöpfen. Die Reihe richtet sich in erster Linie an Psychotherapeuten aller Schulen, aber auch an Studierende in Universität und Therapieausbildung.

Unter anderem sind folgende Themenschwerpunkte in Planung:
Geschwisterdynamik | Psychose | Infantile Sexualität
Soziale Ängste | Suizidalität | Borderline-Störungen
Depression | Triangulierung | Übertragung/Gegenübertragung
Adoleszenz | Fetischismus

Mathias Hirsch

Trauma

Psychosozial-Verlag

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im
Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Originalausgabe

© 2011 Psychosozial-Verlag

Walltorstr. 10, D-35390 Gießen

Fon: 06 41 - 96 99 78 - 18; Fax: 06 41 - 96 99 78 - 19

E-Mail: info@psychosozial-verlag.de

www.psychosozial-verlag.de

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form
(durch Fotografie, Mikrofilm oder andere Verfahren) ohne schriftliche
Genehmigung des Verlages reproduziert oder unter Verwendung elektroni-
scher Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Umschlaggestaltung & Layout: Hanspeter Ludwig, Gießen

www.imaginary-art.net

Satz: Andrea Deines, Berlin

Druck: Fuldaer Verlagsanstalt GmbH & Co. KG

www.fva.de

Printed in Germany

ISBN 978-3-8379-2056-7

Inhalt

Vorwort	7
Einleitung	9
Zur Geschichte psychoanalytischer Traumakonzepte	17
Der frühe Freud	17
Das ich-psychologische Traumakonzept	21
Der Pionier der psychoanalytischen Psychotraumatologie: Sándor Ferenczi	31
Der Begriff »Trauma« in der heutigen Psychoanalyse	41
Akuttraumatisierung im Gegensatz zu chronisch-familiären Traumata	41
Zerstörung der Symbolisierungsfähigkeit durch familiäre Traumatisierung	45
Transgenerationale Weitergabe traumatischer Erfahrungen	48
Dissoziationen	56
Psychoanalytische Therapie mit traumatisierten Patienten .	63
Phasenverlauf der Therapie traumatisierter Patienten	71
Das Trauma in der Übertragung	75
Übertragung und Gegenübertragung in der Traumatherapie .	79
Intersubjektivität	79
Enactment	82
Sexualisierung und Liebe	83

Aktive Psychotherapie mit traumatisierten Patienten	91
Benennung der Realität – der »Supervisionsaspekt« der Therapie . . .	91
Schuldgefühldifferenzierung	93
Metaphorische Deutungen	95
Psychodramatisches Mitagieren	105
Aggression in der Gegenübertragung	108
Grenzen setzen	111
Traumatisierte Patienten	
in der analytischen Gruppenpsychotherapie	117
Die Gruppe als Container	120
Triangulierung und Zeugenschaft	121
Übertragungsspaltung	122
Kreuzidentifikation von Tätern und Opfern	123
Kombinierte Einzel- und Gruppenpsychotherapie	125
Schlussbemerkung	127
Literatur	129

Vorwort

Anscheinend bedarf es der Entwicklung eines gesellschaftlichen Bewusstseins, hinsehen und anerkennen zu können, dass Menschen, insbesondere Kinder in ihren Familien, durch traumatisierende Gewalterfahrungen akute und auch lang dauernde psychische Schäden davontragen. Erst 1962 »entdeckte« der Kinderarzt C. Henry Kempe und Kollegen ein neues »Krankheitsbild« mit seinen typischen Symptomen: Kindesmisshandlung (»battered child syndrome«).

Seit Mitte der achtziger Jahre des 20. Jahrhunderts konnte überhaupt erst (wieder) sexueller Missbrauch in der Familie gesehen, erkannt und von den Betroffenen auch berichtet werden (vgl. Hirsch 1987). Wie sehr die Augen verschlossen bleiben können und sich plötzlich aus einem nicht erkennbaren Grund öffnen, sehen wir zuletzt durch das Öffentlichmachen der massenhaften Missbrauchsfälle in katholischen und reformpädagogischen Institutionen, die bis dahin von Tätern, Mitwissern und auch von den Opfern nicht benannt werden konnten.

Die Psychoanalyse begann als Theorie der sexuellen Traumatisierung von Kindern und ihren Langzeitfolgen. In treuer Gefolgschaft haben aber die Vertreter des Mainstreams der Psychoanalyse jahrzehntelang Freuds Dogma vom Primat des ödipalen Triebkonflikts gelten lassen, und erst heute kann man aufgrund der Entwicklungen der letzten zwanzig Jahre eine Umkehr sehen (»intersubjective turn«). Gute und

schlechte Erfahrungen des sich entwickelnden Kindes in Beziehungen, im Extremfall eben traumatisierende, werden heute konzeptionell in den Vordergrund gestellt und Schicksale als Zusammenspiel von Innen und Außen, Trieb und Beziehungseinflüssen verstanden.

Ansätze dafür gab es schon lange, oft den »Dissidenten« der psychoanalytischen Bewegung geschuldet wie Otto Rank, besonders auch Sándor Ferenczi. In dessen Nachfolge sind Michael Balint und durchaus auch Donald W. Winnicott zu sehen. Die Psychoanalyse als Beziehungswissenschaft wird sich eher der Dynamik und den Folgen von Traumatisierungen in Beziehungen (»komplexes Trauma«) zuwenden. So stehen auch die Schicksale verschiedener Traumatisierungen von sich entwickelnden Kindern in ihren Familien, die Abwehrdynamik von Dissoziation, insbesondere Internalisierung von Gewalt, sowie die Folgeerscheinungen im Mittelpunkt des vorliegenden Bandes (siehe auch Hirsch 1997, 2004 und 2010).

Eine Bemerkung zur Sprachregelung: Es ist üblich geworden, von »sexuellem Missbrauch« eines Kindes zu sprechen. Das impliziert, genau genommen, dass es auch einen korrekten »Gebrauch« von Kindern geben müsse. Eigentlich handelt es sich also um einen Missbrauch von *Macht*, die ein Erwachsener über ein Kind hat. Es wirkt aber künstlich, sich stets gegen den Sprachgebrauch zu stemmen, also spreche auch ich meist von sexuellem Missbrauch.

Ich danke wieder Bianca Grüger, die den Text und seine vielfältigen Korrekturen wie immer unermüdlich in den Computer geschrieben hat. Ich danke auch den Patientinnen und Patienten, die mir am Beginn ihrer Therapie jeweils pauschal ihre Zustimmung zu einer eventuellen Veröffentlichung ihres »Materials« gegeben haben.

Einleitung

Von der Schwierigkeit der »Bearbeitung«

Seit vielleicht 25 Jahren ist das »Trauma« in den verschiedensten Bereichen von Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychiatrie und Sozialarbeit ein geradezu inflationär gebrauchter Begriff. Er bedeutet immer – wie verschieden er auch verstanden wird – das massive Einwirken von außen auf die Psyche des Individuums, mit zerstörerischen, psychisch nicht zu integrierenden Folgen, das Notmaßnahmen erfordert.

Wir Menschen scheinen nicht immer in der Lage zu sein, zerstörerische Aggressionen gegen unser eigenes Selbst klar genug zu sehen und dann bearbeiten zu können. Immerhin aber ist es heute entsprechend der Entwicklung des gesellschaftlichen Bewusstseins möglich, psychische Störungen und Erkrankungen auf reale destruktive, also traumatisierende Einflüsse auf sich entwickelnde Kinder zurückzuführen. Viel zu lange sah sich die Psychoanalyse als Wissenschaft des intrapsychischen Konflikts (zwischen Trieb und sozialer Umwelt), als »Ein-Personen-Psychologie«, die das Individuum konzeptionell von seiner komplexen Beziehungsrealität isolierte. Und die Psychiatrie ist leider noch heute (oder heute wieder) in großem Ausmaß von biologischen, also genetischen und Stoffwechselkonzepten beherrscht. Sie reduziert den Patienten allzu häufig auf seine Gehirnphysiologie und sieht ihn nicht als Produkt komplexer lebenslanger sozialer (Beziehungs-)Einflüsse, die auf eine genetische Matrix, auf ein Entwicklungspotenzial einwirken.

Der Begriff »Trauma« ist eigentlich eine Kurzformel für ein sehr komplexes Prozessgeschehen. Ein überwältigendes Ereignis überrollt den psychischen Apparat und durchbricht den Reizschutz des Ichs, das die Gewalterfahrung nicht integrieren kann. Es ist vielmehr gezwungen, Notmaßnahmen zu ergreifen, insbesondere die der beiden vorherrschenden Bewältigungsversuche: Dissoziation und Internalisierung der Gewalt. Sándor Ferenczi hat dies als Erster als Introjektion und Identifikation mit dem Aggressor beschrieben.

Diese kaum gelingenden Abwehrmechanismen haben wiederum Folgen, die uns als Symptome der Traumatisierten begegnen: dissoziative Zustände, Intrusionen, unbeeinflussbares Wiederherstellen der traumatischen Situation, Angststörungen als Äquivalente der Dissoziation. Allerdings erzeugt die Internalisierung lang dauernde schwere Schuldgefühl- und Selbstwertprobleme, Beziehungsstörungen, Depressionen und Suizidalität, verfehlte Identitätsentwicklung und Lebensverläufe, aber auch dissoziales, gewalttätiges Verhalten in einer Täter-Opfer-Umkehr aufgrund einer Täter-Identifikation.

Ein »Trauma« ist also ein *Prozess*, in dem einer Gewalteinwirkung (traumatisches Ereignis) die direkte Abwehrreaktion des Opfers in der Gewaltsituation folgt und sich schließlich Langzeitfolgen einstellen. Diesen Prozesscharakter gibt der Begriff »Traumatisierung« besser wieder als die Kurzformel »Trauma«. Das »Trauma« kann also nie als ein wenn auch noch so furchtbares Ereignis allein dastehen. Und nicht jedes Ereignis wirkt auf alle gleich. Ähnliche Einwirkungen und Situationen haben auf verschiedene Individuen ganz unterschiedliche traumatische Einflüsse.

Internalisierung von Gewalterfahrung und Dissoziation markieren die beiden Pole, die das Traumaspektrum umgrenzen. Sie lassen sich den beiden grundsätzlich zu unterscheidenden Bereichen im Prinzip zuordnen: einerseits lang andauernde komplexe Beziehungstraumata, meist in der Kindheit, also in der Familie, die eher durch Internalisierung zu bewältigen versucht werden; andererseits Extremtraumatisie-

rungen, meist im Erwachsenenalter, durch Gewalteinwirkung von Personen, zu denen vorher keine bedeutsame Beziehung bestanden hatte. Letzteres trifft umso mehr auf nicht von Menschen hervorgerufene traumatische Einwirkungen wie Naturkatastrophen zu.

Die unmittelbaren Folgen der plötzlichen extremen Gewalteinwirkung, die den psychischen Apparat überrollt (das ist das »psychoökonomische Prinzip«), sind der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) zuzuordnen. Sie sind vorrangig Gegenstand der verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Schulen, die sich auch der »neuen Traumatherapietechniken« bedienen und die zunehmend eine Verbindung zu neurobiologischen Forschungen zu den Veränderungen der Hirnstrukturen durch traumatische Einwirkungen herstellen können.

Die Folgen chronischer familiärer Beziehungstraumata sind ganz andere und beruhen überwiegend auf Internalisierung, insbesondere auf verschiedenen Formen der Identifikation mit dem Täter bzw. dem Gewaltsystem.

Beide Traumabereiche sind nicht ganz voneinander zu trennen, denn es gibt durchaus auch in Familien entsetzliche Durchbrüche von kaum vorstellbarer Gewalt gegen Kinder, die zu Dissoziationsphänomenen führen. Ebenso existieren bei der Extremtraumatisierung Beziehungs- und Identifikationsanteile. Doch auch wenn sich beides nicht exakt trennen lässt, so halte ich es für nicht angemessen, die für Extremtraumatisierung gefundenen und wertvollen Mittel der »neuen Traumatherapien« (Übungen, Imagination, EMDR, Traumaexposition, Ausschließung von vergangenen und aktuellen Beziehungsanteilen) undifferenziert auf in der Kindheit traumatisierte, persönlichkeitsgestörte Patienten anzuwenden.

Chronisch familiäre Traumata finden immer in Beziehungen statt, mehr noch: Das traumatische Ereignis kann geradezu erst durch Beziehungsanteile zum Trauma werden: Verlustdrohung, Verrat, unterlassener Schutz durch Verweigerung der Zeugenschaft. Solche Internalisierungen gehen auch transgenerational vonstatten, das Trauma der Eltern bildet

traumatische Introjekte in den Folgegenerationen. Das Introjektkonzept wirft auch ein Licht auf klinische Erscheinungen wie negative therapeutische Reaktion und Wiederholungszwang. Es ist zudem für Phänomene der außergewöhnlichen Kreativität verantwortlich wie auch für ihre Hemmung.

Für die Konzepte des therapeutischen Vorgehens in der Therapie traumatisierter Personen halte ich es also für unbedingt notwendig, zwischen chronischen familiären Traumata, die eher zu Persönlichkeitsstörungen führen, und akuten, einmaligen Extremtraumatisierungen jeden Lebensalters, die eher zu Posttraumatischen Belastungsstörungen führen, zu unterscheiden. Auf die Notwendigkeit dieser Differenzierung weist auch Otto F. Kernberg (1999) hin.

Die erste Traumaform findet in langjährigen, für das Kind lebensnotwendigen Beziehungen statt, wie es bereits Ferenczi (1933, 1985) drastisch beschrieben hat, sodass die traumatische Einwirkung, die sich überdies über die Jahre mehrfach wiederholt, nicht von den pathogenen Beziehungen und Strukturen der Familie getrennt werden kann.

Ganz anders bei Extremtraumatisierungen im Erwachsenenalter, die nur insofern Beziehungstraumata sind, als dem Täter, zum Beispiel dem Folterer, in der traumatischen Regression vom Opfer, das sich als lebensunfähiges Kind erlebt, in einer Art Übertragung Qualitäten von übergroßer elterlicher, paradoxerweise gar rettender Macht verliehen werden. Insofern halte ich es für ebenso einfach wie zwingend, dass die heute propagierten Techniken der Traumatherapie eher für extrem traumatisierte Erwachsene geeignet sind, während die Folgen langjähriger chronischer Beziehungstraumata eben im Prinzip nur durch eine langjährige Beziehungstherapie, insbesondere eine modifizierte psychoanalytische Therapie wirklich an der Wurzel zu packen sind. Die wichtige Aufgabe ist, eine sorgfältige Indikation zu erstellen, für welchen Patienten welche Behandlungsform optimal ist.

Ähnlich wie Beziehungserfahrungen grundsätzlich vom psychoanalytischen Denken lange nicht berücksichtigt wurden

(bestenfalls als »akzidentelle« Einwirkung, zusätzlich zum Triebkonflikt), wurde lange Zeit der für uns heute selbstverständliche Zusammenhang von traumatisierenden Erfahrungen und Persönlichkeitsstörung insbesondere bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen nicht gesehen.

Wie in einer Ironie der Wissenschaftsgeschichte genau hundert Jahre nach dem Aufgeben der »Verführungstheorie« durch Sigmund Freud 1897 (Freud 1985, S. 283f.) konnte Kernberg (1999) feststellen, dass an der Wurzel der Persönlichkeitsstörung, zumindest in einem großen Teil der Fälle, Gewalterfahrungen, insbesondere Missbrauchserfahrungen, in der Kindheit lagen. Dabei wurde jahrzehntelang die weitgehende Überschneidung der Symptome bei persönlichkeitsgestörten und bei traumatisierten Patientinnen und Patienten übersehen. Eine Ursache dafür mag darin liegen, dass »Persönlichkeitsstörung« als klinisches Phänomen aus einer gewissen Distanz beschrieben werden kann, während ein Traumakzept schwerer psychischer Störungen und Persönlichkeitsveränderungen ein ätiologisches Konzept darstellt. Dieses fordert schnell zu einer Identifikation mit dem Opfer heraus, wobei die Gefahr besteht, sich als Therapeutin oder Therapeut zu sehr hineinziehen zu lassen und sich selbst so zu schwächen, also selbst als Opfer zu empfinden, und die Identifikation zu verweigern. Dafür hat Hans Holderegger (1993) den Begriff der »traumatisierenden Übertragung« verwendet, deren Opfer der Therapeut werden könne und die letztlich auf projektiver Identifikation beruhe.

In den letzten Jahren ist jedoch eine weitgehende Übereinstimmung dieses Zusammenhangs von Traumatisierung und späterer Störung erreicht worden. Heute ist der Gedanke nicht mehr fremd, dass schwer und früh gestörte Patienten oder welche mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung alle massive Traumata erlitten haben (vgl. Rohde-Dachser 1991; Sachsse 1995; Eckert u. a. 2000; Paris 2000). In einer Untersuchung fanden Birger Dulz und Maren Jensen (2000) bei 82 Prozent der stationär behandelten Borderline-Patientinnen

und -Patienten körperliche Misshandlung und/oder sexuellen Missbrauch. Unter Einbeziehung schwerer Vernachlässigung stieg der Anteil sogar auf 100 Prozent.

Während Traumata in der Wiederannäherungsphase im Kleinkindalter eher mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung zu tun haben, hängen narzisstische Persönlichkeitsstörungen vorrangig mit Deprivationstraumata des Säuglingsalters zusammen (etwa Modell 1976, S. 303). Damit haben wir schon die der Persönlichkeitsstörung zugrunde liegenden Traumaformen benannt; Otto F. Kernberg (1999) fügt mit Kroll (1993) noch das Miterleben körperlicher und sexueller Gewalt anderen Personen gegenüber hinzu.

Modifikationen der psychoanalytischen Psychotherapie wurden seit Langem entwickelt, auch ohne dabei unbedingt die Vorstellung der traumatisierenden Beziehungserfahrungen in der Ätiologie zu berücksichtigen. Wenn man Beziehungserfahrungen, im Extremfall eben auch traumatisierende, für die Ätiologie in den Vordergrund stellt, dann folgt daraus, dass auch das Therapiekonzept die Beziehung als Hauptmedium des therapeutischen Prozesses versteht.

Eine zeitgenössische Hauptströmung der Psychoanalyse verwendet das Konzept der Intersubjektivität. Das zu Verstehende ist nicht mehr der Patient in seinen unbewussten und unintegrierten Anteilen, sondern das von Analytiker und Analysand gemeinsam hergestellte »analytische Dritte« (Ogden 1997). Übertragung und Gegenübertragung sind nur noch das jeweils verschiedene Erleben dieses Dritten von Analysand (»Übertragung«) und Analytiker (»Gegenübertragung«). Auffällig ist es, in welchem Ausmaß sich eine solche moderne psychoanalytische »Technik« (die keine mehr ist) auf die psychoanalytische Kindertherapie bezieht. Donald W. Winnicott, dessen »Spielraum«, in dem sich beide, Analytiker und Analysand, bewegen und etwas Gemeinsames schaffen, ganz auf die psychoanalytische oder psychotherapeutische Beziehung angewendet wird. Insofern ist es für mich nicht übertrieben, dass auch auf der therapeutischen Ebene ein

Anschluss an Ferenczis (1931) *Kinderanalysen mit Erwachsenen* erreicht wurde.

Eine psychoanalytische Psychotherapie Traumatisierter wird heute die Wiedergewinnung der Symbolisierungsfähigkeit, die das Trauma beeinträchtigt oder zerstört hatte, in das Zentrum rücken. Dadurch erhält die therapeutische Beziehung Qualitäten der entwicklungsfördernden frühen Mutter-Kind-Beziehung, mit der eine haltende Umgebung (Winnicott) und eine Symbolisierung mit dem Konzept des Containings verbunden wird: Nichtsymbolisierte Inhalte und insbesondere Affekte werden modifiziert und benannt an den Patienten zurückgegeben. Eingefrorene oder verschüttete, aber auch impulsartig unkontrollierte Affekte werden in der therapeutischen Beziehung wiedererlebt und können so nach und nach unter Ich-Kontrolle gebracht werden. Der Therapeut wird Hilfs-Ich-Funktionen übernehmen, besonders in Form des Grenzensetzens, aber auch beim Aufrichten von inneren Grenzen, nämlich den bei traumatisierten Patienten immer gestörten Selbst-Objekt-Grenzen.

Die Realität des Traumas, aber auch alltäglicher unbewältigter Lebenssituationen werden aktiv benannt, bis hin zum Coaching von interpersonellen Bereichen des Patienten. Neben Techniken der Verwendung von Bildern und Metaphern werden auch spontan psychodramatische Elemente angewandt, um ein affektives Erleben in der therapeutischen Beziehung zu fördern. Persönlichkeitsgestörte bzw. traumatisierte Patienten profitieren sehr von einer analytischen Gruppenpsychotherapie, in der gegenseitige Identifikationen, aber auch direktere Konfrontationen, auch die Möglichkeit der Übertragungsspaltung, einen fördernden Charakter auf die Persönlichkeitsentwicklung ausüben können.

Wenn heutzutage das Trauma bzw. genauer die Traumatisierung als prozesshaft auf die Psyche einwirkendes, destruktives Beziehungsgeschehen in den Sozialwissenschaften und der Psychoanalyse hochaktuell ist, dann darf nicht vergessen werden, dass in den 1960er und 1970er Jahren

bereits aus ich-psychologischer Sicht eine lebhaft Diskussions stattfand, sodass man heute eher von einer Renaissance der Traumadiskussion sprechen sollte. Das verdienstvolle Buch von Sidney S. Furst (*Psychic Trauma*), in dem namhafte psychoanalytische Autoren Aufsätze zur Traumatheorie beitrugen, ist bereits 1967 erschienen. Sowohl im Bereich der therapeutischen Technik als auch in dem der Theorie hatte die Psychoanalyse das »Trauma« immer im Blick, auch wenn sie, zugegeben, in der Nachfolge Freuds lange Zeit die Bedeutung der Beziehungserfahrungen zugunsten der Tribschicksale vernachlässigte.