

Einige Probleme psychoanalytischer Traumatheorie

1. Die Entwicklung unterschiedlicher Traumamodelle

1.1 Sigmund Freud und die Entwicklung eines psycho-ökonomischen Modells des Traumas

Die Psychoanalyse begann bekanntlich als Traumatheorie. In der Frühzeit seiner Praxis war Freud bei Patientinnen, die hysterische Symptome ausgebildet hatten, mit sexuellen Verführungserlebnissen in der postpubertären Entwicklungsphase konfrontiert. Als determinierende Kraft reichten ihm diese Erlebnisse aber zur Erklärung der Erkrankung nicht aus. Berichte seiner Patientinnen über sexuelle Verführungen in ihrer Kindheit ließen ihn ein präpubertäres sexuelles Trauma annehmen, eine genitale Stimulation des Kindes durch einen Erwachsenen, die es aber nicht als sexuell erleben konnte. Erst durch eine zweite Verführung nach der Pubertät und durch die zwischenzeitlich eingetretene sexuelle Reifung und Erlebnisfähigkeit erhält das frühe Erlebnis nun nachträglich seine Bedeutung. Durch assoziative Verknüpfung mit dem akuten Erleben und durch die einsetzende Reizüberflutung erhält dieses erste Erlebnis seine traumatische Kraft, was die Abwehr der Erinnerung erzwingt und es unbewußt macht. Mißlingt dieser Abwehrvorgang, eröffnet sich als Ausweg eine hysterische Symptombildung. 1897 gab Freud seine Verführungstheorie auf. Was wie ein plötzlicher Widerruf erscheint, war keinesfalls eine scharfe Kehrtwendung gewesen. Freuds theoretisches Denken gleicht eher einem Serpentinengang, den er im Verlauf von 20 Jahren nur mit großen Schwierigkeiten begehen konnte (Blass u. Simon 1994). Freud hat sich mit dem Problem, ob eine Verführung tatsächlich stattgefunden hat, noch lange auseinandergesetzt. Es gab für ihn eine Reihe von Gründen, die ihn bewogen haben, seine Verführungstheorie aufzugeben. So sah er sich zur Annahme gezwungen, daß es sich bei den Erzählungen seiner Patientinnen nicht um wirkliche Erlebnisse, sondern um Phantasien handele. Gemeinhin wird angenommen, dass diese Wende in der Theorie durch die Entdeckung des Ödipus-Komplexes und der unbewußten Phantasien erfolgte. Blass und Simon (1994) präzisieren allerdings zurecht, daß entgegen dieser allgemein vertretenen Annahme nicht die Entdeckung ödipaler Phantasien der entscheidende Grund war, sondern die Erkenntnis, daß es möglich ist, eine Phantasie als Realität wahrzunehmen, und daß uns Phantasien auf dieselbe

Weise wie reale Ereignisse beeinflussen können. Freud war dadurch gezwungen, von einer ziemlich komplexen Interaktion von Evidenz, Theoretisieren und Phantasie sowohl bei sich selbst als auch bei seinen Patienten auszugehen. Freuds Abwendung von der Rolle der Verführung öffnete den Weg zu einer komplexeren Traumatheorie, die deren innere Aspekte betonte, aber dennoch nicht die Realität traumatischer Situationen in Abrede stellte.

Der erste Weltkrieg zwang Freud und seine Schüler, sich erneut mit der traumatischen Neurose und der pathogenen Wirkung von Außenweltfaktoren zu beschäftigen. Ein psycho-ökonomischer Aspekt trat in den Vordergrund: "Es ist so, als ob diese Kranken mit der traumatischen Situation nicht fertig geworden wären, als ob diese noch als unbezwungene aktuelle Aufgabe vor ihnen stände, und wir nehmen diese Auffassung in allem Ernst an; sie zeigt uns den Weg zu einer... ökonomischen Betrachtung der seelischen Vorgänge" (1916-17a, S. 284). In "Jenseits des Lustprinzips" (1920g) entwickelte er diese Auffassung durch das Konzept des Reizschutzes weiter¹. Dieser wird im traumatischen Erleben durchbrochen, die anstürmenden Quantitäten von Erregung sind zu groß, um gemeistert und psychisch gebunden zu werden. Der psychische Apparat regrediert auf primitivere seelische Reaktionsweisen. Der Wiederholungszwang aktualisiert das traumatische Erlebnis wieder, in der Hoffnung, die Erregung auf diese Weise abzureagieren oder psychisch zu binden und damit das Lustprinzip wieder in Kraft zu setzen. Das Trauma ist aber nicht nur eine Störung der libidinösen Ökonomie, sondern es bedroht die Integrität des Subjektes auf radikalere Weise (Laplanche u. Pontalis, 1973, 518). In "Hemmung, Symptom und Angst" (1926d) beschreibt Freud das Ich angesichts einer unerträglichen Erregung in der traumatischen Situation als absolut hilflos. Das Ich, das normalerweise bei Gefahr ein Angstsignal entwickelt, wird jetzt von automatischer Angst überflutet. Eine traumatische Situation kann sowohl durch innere übermäßige Triebregungen als auch durch äußere, reale Erlebnisse entstehen. Die Beziehung zwischen dem äußeren Ereignis und den

¹ Freuds Konzept des Reizschutzes, in dem sich biologische und psychologische Annahmen miteinander verschränken, ist insbesondere von der neueren Säuglingsforschung einer grundlegenden Revision unterzogen worden. An die Stelle eines passiven Reizschutzes ist ein aktiv-regulierender Umgang des Säuglings mit seiner Umwelt getreten. Auch wird die Rolle der Mutter als Puffer und Reizschutz hervorgehoben. Vgl. Esman, 1983; Stern, 1985, S. 324ff.; Krystal, 1988, S.200ff

inneren Vorgängen wurde von Freud aber nie genau festgelegt. Entscheidend war das Zuviel an Erregung und ein gelähmtes Ich, das nicht imstande war, den seelischen Spannungszuwachs abzuführen oder psychisch zu binden.

Wie soeben beschrieben, kommt Freud nun dazu, die grundlegende traumatische Situation in der Hilflosigkeit des Ichs zu finden. Damit taucht die Erfahrung eines inneren Objektverlustes auf, die diese Hilflosigkeit des Ichs auslöst. Diese Art von Verlusterfahrung steht im Mittelpunkt eines anderen Traumamodells.

1.2 Die Entwicklung eines Objektbeziehungsmodells des Traumas.

Mit der Entwicklung der Objektbeziehungstheorien kamen andere Modellvorstellungen in die Diskussion. Die sogenannte Ein-Personen-Psychologie und rein quantitative Erwägungen über eine unerträgliche Erregungsmenge, die das Ich überflutet, wurden verworfen. Nicht mehr ein einmaliges Ereignis wie ein Unfall ist das Paradigma, sondern die Objektbeziehung wird zur Basis der Traumatheorie. Sandor Ferenczi hat viele spätere Einsichten, die in der Traumaforschung gewonnen wurden, vorweg genommen. Balint (1969) war der erste, der ihm darin folgte. Ob ein Ereignis oder eine Situation traumatisch wirkt, hängt davon ab, ob zwischen dem Kind und dem traumatogenen Objekt eine intensive Beziehung bestanden hat. Die Objektbeziehung selbst erhält damit traumatischen Charakter. Diese Auffassung vom Entstehen kindlicher Traumen erwies sich als sehr fruchtbar. Wie spätere Untersuchungen (Steele 1994) bestätigten, sind es bei der Mißhandlung oder dem Mißbrauch nicht in erster Linie die physischen Verletzungen des Kindes, die die seelische traumatische Störung verursachen, das pathogenste Element ist vielmehr die Mißhandlung oder der Mißbrauch durch die Person, die man eigentlich für Schutz und Fürsorge braucht. Außerdem eröffnete dieser objektbeziehungstheoretische Ansatz den Blick darauf, daß bei einer schweren Traumatisierung nicht nur die innere Objektbeziehung beschädigt wird oder zusammenbricht, sondern auch die innere, schützende, Sicherheit gebende Kommunikation zwischen Selbst- und Objekt-Repräsentanzen. Dadurch entstehen Inseln traumatischer Erfahrungen, die von der inneren Kommunikation abgekapselt bzw. abgespalten sind.

Dieser objektbeziehungstheoretische Ansatz der Traumatheorie wurde durch die Erforschung von extremen Traumatisierungen wie den Holocaust weiterentwickelt. Eine zentrale traumatische Erfahrung im Holocaust war der Zusammenbruch des

empathischen Prozesses. Die kommunikative Dyade zwischen dem Selbst und seinen guten inneren Objekten bricht dabei auseinander, was absolute innere Einsamkeit und äußerste Trostlosigkeit zur Folge hat. Die traumatische Realität zerstört den empathischen Schutzschild, den das verinnerlichte Primärobjekt bildete² und destruiert das Vertrauen auf die kontinuierliche Präsenz guter Objekte und die Erwartbarkeit mitmenschlicher Empathie, nämlich daß andere die grundlegenden Bedürfnisse anerkennen und auf sie eingehen. Im Trauma verstummt das innere gute Objekt als empathischer Vermittler zwischen Selbst und Umwelt (Cohen, 1985; Kirshner 1993, Laub u. Podell 1995, Laub 1999).

Diese Konzeption des Traumas hilft uns den Kern der Erfahrung bei massiven Traumatisierungen besser zu erfassen. Er besteht aus einer Zone nicht mitteilbarer und nicht formulierbarer Erfahrung: eine katastrophische Einsamkeit, ein inneres Aufgeben und eine Annihilierung des Selbst mit seinen Handlungsmöglichkeiten, getränkt mit Hass, Angst, Scham und Verzweiflung. Oder wie Sue Grand (2000)es formuliert: eine tote, quasi autistische Zone eines Nicht-Selbst entsteht ohne das Vorhandensein eines einfühlungsfähigen Anderen.

Dies bringt uns zu einem anderen pathologischen Aspekt schwerer Traumatisierungen. Der innere Verlust jeglichen empathischen, Bedeutung gebenden Objekts in der traumatisierenden Situation führt zur Projektion des Empathiebedürfnisses auf den Täter und zu dessen maligner Internalisierung. Amati-Sass (1990) hat diesen Vorgang für Folteropfer beschrieben: der Folterer halte die innere Welt des Patienten dauernd besetzt. Das maligne verfolgende Objekt tritt an die Stelle der inneren Objekte und bestimmt den inneren Dialog. Ihm sucht der Traumatisierte später zu entkommen, um wieder frühere prätraumatische Objekte an diese Stelle zu setzen.

Diese objektbeziehungstheoretischen Konzeptionen des Traumas stellen einen großen Fortschritt dar um die traumatische Erfahrung angemessen zu verstehen. Aber ich möchte an dieser Stelle eine wichtige Kritik nicht unerwähnt lassen. Diese Modelle bringen die Objekte und die Beziehung zu ihnen in das Zentrum der Aufmerksamkeit, was jedoch den Traumabegriff der Gefahr aussetzt, im Übermaß

² vorbereitet durch die neuere Säuglingsforschung wird hier das Konzept des Reizschutzes aus dem psychoökonomischen Modell in Objektbeziehungsbegriffen reformuliert

ausgeweitet und auf alle möglichen Defizite, besonders in der Mutter-Kind-Beziehung, angewandt zu werden. Für Baranger u.a. (1988) laufen diese neueren Theorien Gefahr, die Verbindung zwischen der traumatischen Situation und der Angst aufzulösen. Deshalb setzen die Autoren den ökonomischen Aspekt der Angst wieder als zentrales Faktum des Traumas ein. Die Angst ist der Prüfstein, der hilft zu unterscheiden, was traumatisch wirkt oder was nur pathogen ist. Sie greifen auf Freuds Begriff der "automatischen Angst" zurück. Im Unterschied zur Signalangst ist der Einzelne hier einer namenlosen, nicht zu lokalisierenden Gefahr ausgeliefert, deren Natur ihm nicht bekannt ist. Diese Angst ist so primitiv, daß sie nur in ökonomischen Termini beschrieben werden kann. Die Reizschranke wird durchbrochen und nicht verarbeitbare Mengen von Erregung rufen eine seelische Desorganisation hervor und eine vollständige Hilflosigkeit. Diese Situation bezeichnen sie als das "reine Trauma". Der Traumatisierte versucht das reine Trauma zu zähmen und zu mildern, indem er ihm einen Namen gibt und es einfügt in ein verstehbares kausales Handlungssystem. Paradox ist, daß das Trauma eigentlich inzidentell und fremd ist, aber solange es fremd bleibt, wird es wiederbelebt und bricht in Wiederholungen ein, ohne daß es begriffen werden kann. Da der Mensch ganz allgemein nicht ohne Erklärungen leben kann, versucht er dem Trauma einen individuellen Sinn zu geben und es in dieser Absicht zu historisieren. Diese nachträglichen Historisierungen sind zumeist Deckerinnerungen. Es ist Aufgabe des analytischen Prozesses, diese Deckerinnerungen als solche zu erkennen und die authentische Geschichte zu rekonstruieren, wobei die Historisierung nach vorne offen ist, prinzipiell endlos.

Ich möchte zum Schluß dieses Abschnittes betonen, dass die psychoanalytische Traumatheorie beide Modelle braucht, das hermeneutisch-objektbeziehungstheoretische ebenso wie das psychoökonomische Modell. Die massive traumatische Erfahrung zerbricht die Basis des Erwartbaren, indem sie das Vertrauen in die gemeinsame symbolisch vermittelte Welt, die uns vorbewußt verbindet und die wir in allen Interaktionen voraussetzen, zerstört. Das Trauma stellt insofern eine Crux für alle hermeneutisch-narrativen und konstruktivistischen Theorien dar. Was diese vor allem bei massiven traumatischen Erfahrungen nicht mehr erfassen können, ist der Zusammenbruch des Konstruktionsprozesses selbst,

mit dem wir Bedeutungen generieren.³ Das destruktive Element, die unmittelbare traumatisierende Gewalt, entzieht sich der Bedeutungsgebung. Es bleibt ein Zuviel, ein massiver Überschuß, der die seelische Struktur durchbricht und nicht durch Bedeutung "contained", d.h. nicht psychisch gebunden werden kann. Deshalb bedarf es neben einer objektbeziehungstheoretischen auch einer psycho-ökonomischen Begrifflichkeit.

2. Das Verhältnis von äußerer und psychischer Realität am Beispiel der Borderline-Persönlichkeitsstörung

Wie wir anhand der Modelle gesehen haben, handelt es sich beim Trauma um ein Konzept, das ein äußeres Ereignis oder allgemeiner gesprochen Einwirkungen der Außenwelt mit dessen spezifischen Folgen für die innere psychische Realität verknüpft. In dieser doppelten Bezogenheit liegt einerseits die Komplexität des psychoanalytischen Traumabegriffs, aber auch seine Unschärfe begründet. So wird in der klinischen Praxis oft nicht genügend differenziert zwischen dem äußeren Ereignis, dem Prozess der Traumatisierung, dem traumatischen Zustand und den bleibenden pathologischen Veränderungen (Sandler, Dreher, Drews 1991). Das Verhältnis zwischen Innen und Außen muss genauer definiert werden, um der Auflösung des Traumabegriffs entgegenzuwirken. Ich plädiere deshalb für eine restriktive Fassung des Begriffs, die rein innere Ursachen, wie etwa ein endogenes Trauma (Britton 2005), aber auch allgemeine Entwicklungsdefizite ausschließt. Ich schließe mich Arnold Cooper an, der in Anlehnung an Freud Trauma folgendermassen definiert: "Ein psychisches Trauma ist ein Ereignis, das die Fähigkeit des Ichs abrupt überwältigt, für ein minimales Gefühl der Sicherheit und integrativen Vollständigkeit zu sorgen und führt zu einer überwältigenden Angst oder Hilflosigkeit oder dazu, daß diese droht und es bewirkt eine dauerhafte Veränderung der psychischen Organisation"(1986, S. 44). Die traumatische Erfahrung konfrontiert das Ich mit einem "fait accompli" (Furst 1977, S.349). Die Reaktionen des Ichs kommen zu spät. Sie erfolgen nicht als Antwort auf eine drohende Gefahr, sondern nachdem diese Realität geworden ist und das Ich ihr durch den Zusammenbruch seiner Abwehrfunktionen passiv ausgeliefert war.

Ich möchte nun dieser Frage nach dem Verhältnis von äußerer und psychischer Realität am Beispiel der aktuellen Diskussion um Entstehung und Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen nachgehen. Hier nimmt derzeit die Frage,

³ eine interessante Möglichkeit, dieses Problem innerhalb konstruktivistischer Theorien zu lösen, bietet Moore (1999).

welche Rolle Realtraumatisierungen spielen einen breiten Raum ein. Empirische Untersuchungen, seit Mitte der achtziger Jahre durchgeführt, weisen auf eine hohe Häufigkeit von Kindheitstraumata bei Borderline-Patienten hin, vor allem von sexuellem Mißbrauch und Mißhandlung. Untersuchungen belegen, dass zumindest bei einem Drittel der Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung in der Kindheit schwerer sexueller Missbrauch bzw. Mißhandlung stattgefunden hat (Dulz u. Jensen 2000). Obwohl diese Traumatisierungen schon in früheren Fallberichten in der Genese von Borderline-Patienten erwähnt worden waren, hat das Faktum des sexuellen Mißbrauchs damals nicht die Aufmerksamkeit der Wissenschaftler erhalten, die es heute findet. Es war nicht allein ein psychoanalytischer blind spot, sondern ein umfassenderes gesellschaftliches Tabu und wissenschaftlich eine terra incognita.

Ausgehend von dieser Tatsache massiver Traumatisierungen stieß die Forschung auf eine Ähnlichkeit der Symptome bei Borderline-Störungen und bei posttraumatischen Belastungsstörungen. Bei beiden Störungsbildern finden wir wiederholtes suizidales oder selbstverletzendes Verhalten, inadäquate Wut, Impulsivität, affektive Instabilität, durch Belastung ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome. Diese Sachlage hat eine Richtung der Traumaforschung dazu veranlaßt, Traumatisierung als den entscheidenden Faktor in den Entstehungsbedingungen einer Borderline-Störung anzusehen und in diesen Fällen nicht von Borderline-Störung, sondern von einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung zu sprechen (Herman u. van der Kolk 1987; Reddemann u. Sachsse 2000). Diese Forscher erkennen das Hauptproblem der Borderline-Störung darin, dass die überwältigende Realität von traumatischen Erfahrungen seelisch nicht integriert werden kann. Daraus resultierende Gefühle, Verhaltensweisen, physiologische Zustände und interpersonalen Beziehungen werden als Versuche angesehen, mit posttraumatischen Zuständen, die sich chronifiziert haben, fertig zu werden. Das gesamte Spektrum der Borderline-Symptomatik wird in diesem Sinne als ein Ensemble von Coping-Strategien zur Bewältigung der traumatischen Erfahrung verstanden (Reddemann u. Sachsse 2000).

Auf dieser Linie hat van der Kolk (1996;1999) eine Alternativhypothese zu den gängigen Theorien der Entstehung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen formuliert, deren entscheidender ätiologischer Faktor die Traumapathologie ist. Selbstverletzendes Verhalten stellt nun eine Möglichkeit der Selbstregulation des psychischen und biologischen Gleichgewichts dar, weil die üblichen Wege durch Traumatisierung zerstört worden sind. Die Spaltung des Selbst und der Objekte ist die Folge eines Entwicklungsstillstandes und einer Fixierung auf frühe Modalitäten, Wahrnehmung zu organisieren. Psychotische Episoden können als flashbacks

verstanden werden, in denen traumatische Erinnerungen intrusiv im Bewußtsein auftauchen. Die Dissoziation stellt einen Weg dar, wie posttraumatisch schwerer Stress bewältigt werden kann.

So sehr man gegen diese klinisch theoretische Konzeption Einwände haben kann, so ist doch nicht zu bestreiten, dass sie mit Freuds psychoökonomischer Erklärung des Traumas (1921) kompatibel ist. Allerdings erscheint vielen Psychoanalytikern diese stringente Rückführung der Borderline-Störung auf traumainduzierte pathologisch wirkende Erfahrungen als zu einlinig. Traumata als äußere Ereignisse verursachen für sich genommen noch keine Persönlichkeitsstörungen und die Risikofaktoren dieser Störung sind eher in multiplen stressreichen Ereignissen bzw. chronisch traumatisierenden Eltern-Kind Interaktionen im Verlauf der gesamten Entwicklung zu sehen (Paris 2000). Kernberg (2000) kritisiert bei der diagnostischen Einordnung der Borderline-Persönlichkeitsstörung als eine chronifizierte komplexe posttraumatische Belastungsstörung, daß hier der Unterschied zwischen Trauma und chronischer primitiver Aggression verwischt wird. Letztere sieht er als den entscheidenden ätiologischen Faktor in der Entwicklung von Borderline-Störungen an. Aber in seinem Bestreben die psychopathologischen Folgen schwerer Traumen und die Ursachen von Persönlichkeitsstörungen auseinanderhalten, um deren Unterschiedlichkeit und Spezifität nicht einzuebnen, verwischt Kernberg dann umgekehrt wieder die Differenzen, indem er bei beiden Störungsformen die chronische Aggression als entscheidenden pathologischen Faktor annimmt. Beim Trauma des Missbrauchs fokussiert er auf die reale Erfahrung des sadistischen Verhaltens eines Objektes, vom dem das Kind abhängig ist. Einerseits formen sich Schmerz und Wut in Hass um, andererseits kommt es zu einer Desintegration der Überich-Strukturen, da der Erwachsene für das Kind Überich-Gebote repräsentiert. Beide, der Haß und die beschädigte Überich-Integration, aktivieren oder erzeugen eine primitive in verfolgende und idealisierte Repräsentanzen aufgespaltene Objektwelt, wobei der Hass zusätzlich die sadistisch-verfolgende Täter-Repräsentanz weiter verzerrt.

Ich möchte bei diesem Punkt noch etwas verweilen, weil er eine entscheidende Differenz bei den Konzeptionen des Traumas in der Psychoanalyse und in der nicht-analytischen Traumaforschung beleuchtet. Das traumatisierende Agens könnte man in der Sicht Kernbergs als ein unauflösbares von außen induziertes, mit Affekten und inneren Objektbeziehungs-Strukturen verlötetes "Außen-Innen" beschreiben. Das Schwergewicht liegt dabei auf der Aktivierung eines "verzerrten Inneren", während das Überwältigende des äußeren traumatisierenden Geschehens, das für den

kindlichen seelischen Organismus ein "Zuviel" bedeutet, und das ihn in eine Art Ausnahmezustand versetzt, darüber in den Hintergrund gerät.

Fonagy, Target et al.(2002) entwickeln eine andere Konzeption der Borderline-Störungen, in deren Zentrum aber auch das spezifische Verhältnis von Außen und Innen steht. Auch sie nehmen eine spezifische Verbindung zwischen Misshandlung in der Kindheit und einer Borderlinestörung an. Das Trauma stört die Entwicklung der Mentalisierung bzw. der Reflektionsfunktion (reflective function). Der „Äquivalenzmodus“ des seelischen Erlebens, der das Innere als der äußeren Realität gleich einordnet, und der „Als-ob Modus“, der Vorstellungen als rein innerlich und symbolisch auffasst, können nicht angemessen ineinander integriert werden. Weil durch das Trauma die äußere Welt ständig psychisch bewacht werden muß, bleibt kein Raum für die Vorstellung einer damit verbundenen, aber dennoch getrennten inneren Welt. Entweder wird die innere Welt wie die äußere erlebt oder der Traumatisierte blendet die Wahrnehmung der äußeren Welt durch Dissoziation aus und zieht sich auf den infantilen Als-Ob Modus zurück, um die Verbindung zwischen seinen inneren Zuständen und einer unerträglichen äußeren Realität zu durchtrennen. Durch die traumatische Überwältigung und die Lähmung der Mentalisierungsfunktion kann es auch zur Internalisierung eines misshandelnden Peinigers als persekutorischem Fremdkörper in die Selbstorganisation kommen. Diese Fremdheitserfahrung im eigenen Selbst kann psychisch nicht so mentalisiert werden, dass sie in die Selbstrepräsentanz integriert werden könnte, anstatt dessen wird sie wieder projektiv externalisiert. Mit dieser Konzeption einer fremdkörperartigen Internalisierung traumatischer Erfahrung durch Fonagy, Target u.a. stoßen wir auf eine Beschreibung des Verhältnisses von Außen-Innen und auf spezifische Formen der mentalen Prozessierung, die nicht nur für Borderline-Störungen von Bedeutung ist, sondern für die seelischen Folgen von Traumata ganz allgemein.

In einer etwas anderen Weise beschreiben Kleinianische Autoren, sofern sie überhaupt eine Trauma-Konzeption haben, die traumatische Verlötung von Außen und Innen. Für Garland (1998) führt die traumatische Überflutung mit Erregung und mit Reizen, die der seelische Apparat kognitiv und affektiv nicht bewältigen kann, zu einem Zusammenbruch des reiferen psychischen Funktionierens, wodurch frühe Phantasien von Zerstörung, Vernichtung und Grausamkeit ebenso wie eine paranoide Sicht der Objektbeziehungen aufgerührt werden. Diese nicht integrierten archaischen Ich-Erfahrungen sind normalerweise abgespalten und wie in einem Behälter versiegelt, der aber dann durch das äußere traumatische Ereignis aufgebrochen wird, was seinem Inhalt neues Leben verschafft und die Gegenwart mit der Bedeutung dieser Vergangenheit durchtränkt und fusioniert, so dass in der Folge traumatische

Gegenwart und psychische Vergangenheit ununterscheidbar werden. Das äußere Ereignis wird als Bestätigung der schlimmsten inneren Ängste und unbewussten Phantasien wahrgenommen. Als Folge werden die traumatische Gegenwart und die psychische Vergangenheit ununterscheidbar.

Bei allen diesen Konzeptionen, die ich in diesem Abschnitt dargestellt habe, steht im Hintergrund auch eine der Grundfragen der Traumaforschung, wie sich nämlich das traumatisierende Geschehen affektiv und kognitiv im Gedächtnis und in den Erinnerungen niederschlägt. Damit möchte ich mich im letzten Teil befassen.

3. Trauma, Erinnerung und Rekonstruktion

Eröffnen möchte ich meine kurze Darstellung dieser wissenschaftlichen Debatte mit einer Gegenposition zu den eben skizzierten psychoanalytischen Konzeptionen, die ich einer Arbeit von Reddemann und Sachsse (1999) entnehme: “Bis heute findet er (Kernberg, W.B.) bei den meisten Borderline-Patienten eine primitive, extrem sadistische, dominante Mutter-Imago, meist als Über-Ich-Anteil. Ich vermissen die Hypothese, daß diese primitive, extrem sadistische, dominante Mutter-Imago eine ziemlich präzise, objektiv relativ korrekte Abbildung (Hervorhebung W.B.) der Erfahrungen mit der real existierenden Mutter sein könnte”(ebd. S.18). Dieses Abbild verstehen die Autoren als Täterintjekt, das einen seelischen Fremdkörper im Selbst bildet. Diese Sicht, dass sich traumatisierende Ereignisse objektiv und konkret als Abbildung im Gedächtnis niederschlagen, vertritt vor allem van der Kolk (1996). Anders als Erinnerungen, die im expliziten autobiographischen Gedächtnis aufbewahrt werden, werden traumatische Erfahrungen aufgrund der extremen Erregung im impliziten Gedächtnis spezifisch enkodiert und zwar visuell als Bilder, als affektiver Zustand, oder als somatische Empfindungen, als Gerüche und Geräusche. Das Ergebnis ist ein nichtsymbolischer, unflexibler und unveränderbarer Inhalt traumatischer Erinnerungen. Diese können in der Regel nur wiederauftauchen, wenn bestimmte Reize eintreten, die mit der ursprünglichen traumatischen Szene assoziiert sind. Dabei wird eine mehr oder weniger genaue Entsprechung zwischen impliziter und expliziter autobiographischer Erinnerung angenommen. Die Essenz dieser Auffassung ist nun, dass das Trauma quasi mit einer zeitlosen und gleichzeitig buchstäblichen Genauigkeit dem Gedächtnis eingeprägt wird. Man kann geradezu lacanianisch von einer Eingravierung der Realität selbst sprechen oder davon, dass die nicht veränderbare Genauigkeit der Erinnerung die Existenz einer historischen Wahrheit bezeuge, die nicht von subjektiver Bedeutung, von eigenen kognitiven Schemata oder Erwartungen und unbewußten Phantasien verändert oder überformt wird. Ruth Leys stellt dazu fest, dass auf diese Weise die autobiographisch

symbolische Bedeutung eliminiert wird, und sich darin eine mechanisch-kausale Grundlage vieler gegenwärtiger Theorien über das Trauma offenbare (Leys 2000,7).

Mit der Frage, inwieweit die traumatischen Erinnerungen, wenn sie wieder im Bewusstsein auftauchen, ein zuverlässiges Bild der ursprünglichen traumatischen Situation ermöglichen bzw. deren Replik sind, tun sich nicht nur Analytiker schwer. So betont Brenneis (1998) die nicht-exakte Entsprechung von implizitem und explizitem Gedächtnis. Auch Flashbacks können durch äußere soziale Einflüsse gefärbt werden. Kapfhammer (2001) vermutet, daß eine die Subjektivität massiv bedrohende oder gar zerstörende externe Realität „endogen“ eine psychoseähnliche Bilderwelt anstoßen kann, die dann selbst wiederum Bestandteil der traumatischen Erinnerung wird. Die Klarheit der Bilder belege deshalb nicht unbedingt die historische Objektivität der dargestellten traumatischen Realität. Lansky (1995) hat gezeigt, dass chronische posttraumatische Alpträume nicht nur affektgeladene Erinnerungen und Wiederholungen traumatischer Szenen im Sinne reiner flashbacks sind, sondern daß solche Träume auch einer Traumarbeit unterliegen.⁴

Diese Studien untermauern die psychoanalytisch begründete These, dass traumatische Erfahrungen und ihre abgespaltenen seelischen Spuren und Erinnerungen verglichen mit allgemeinem seelischem Material zwar spezifischen psychodynamischen Einschränkungen und Operationen unterliegen, aber nicht ganz aus dem Fluss des sonstigen seelischen Geschehens und aus der Überformung durch bewußte und unbewußte Phantasien ausgeschlossen sind. Das einfache Modell eines Traumas als eines plötzlichen Einbruchs von außen erweist sich als nicht ausreichend, um die psychische Traumatisierung zu erklären. Wie Laplanche (1970) betont, konnte schon für Freud das psychische Trauma nicht wie anderes Erleben durch eine allgemeine Eigenschaft des Psychischen definiert werden, sondern das Trauma ist eine Art von "Außen-Innen", das sich wie ein "Pfahl im Fleisch" gebildet habe. Freud spricht in Bezug auf das traumatische Material von einem Fremdkörper, schränkt aber die Metapher wieder ein: „Die pathogene Organisation verhält sich nicht eigentlich wie ein Fremdkörper, sondern weit eher wie ein Infiltrat...Die Therapie besteht auch nicht darin, etwas zu exstirpieren – das vermag die Psychotherapie heute nicht – sondern den Widerstand zum Schmelzen zu bringen und so der Zirkulation den Weg in ein bisher abgesperrtes Gebiet zu bahnen“(1895, 295).

⁴ Nicht nur die Angst dominiere die Alpträume, sondern die Angst kann auch eine Abwehrbedeutung haben, hinter der sich Schamgefühle, narzißtische Verletzungen sowie Wünsche nach Wiederherstellung und Integrität verbergen können.

Diese im Vergleich zur sonstigen psychischen Funktionsweise andersartige seelische Struktur des psychischen Traumas hat zur Folge, dass es als isoliertes und abgekapseltes "Innen" einer Abnutzung durch den Verdrängungsprozeß entzogen ist und damit zu einer ständigen Quelle freier, d.h. assoziativ nicht gebundener Erregung wird. Die traumatische Erinnerung wird also psychisch nicht wie anderes Material prozessiert, das durch neue Erfahrungen „überschrieben“ und in erweiterte assoziative Verbindungen eingefügt wird. Wenn überhaupt kommen hier solche Transformationsprozesse nur sehr eingeschränkt zur Wirkung. Stattdessen können wir in diesen fremdkörperartigen, abgekapselten traumatisch-seelischen Bereichen einige spezifische seelische Charakteristika entdecken. Ich möchte kurz folgende nennen:

- Regression auf omnipotentes Denken zur Abwehr der Hilflosigkeit und Wendung des passiven Ausgeliefertseins in eine Zuschreibung eigener verursachender Aktivität
- ein eingefrorenes Zeitgefühl als Folge der Traumatisierung sowie ein unbewußt erzeugter Zeitstillstand, der das Gefühl für die Lebenszeit beschädigt.
- das Vorherrschen einer Selbst-Objekt-Fusion als Kern traumatischer Erfahrung

Ich kann diese besonderen seelischen Operationen in traumatisch induzierten abgespaltenen Bereichen hier nicht weiter ausführen. Sie dienen mir dazu, konkret zu machen, was mit seelischer Umarbeitung traumatischer Erinnerungen gemeint ist. Ich beziehe damit eine Position zwischen den polaren Auffassungen empirischer Traumaforscher, die eine exakte Replik des traumatischen Geschehens im Gedächtnis annehmen und psychoanalytischen Auffassungen, die das Trauma nur im Rahmen der allgemeinen Funktionsweise psychischer Realität verstehen wollen.

Eine solche Mittelposition macht nun aber die Frage, ob eine therapeutische Rekonstruktion traumatischer Ereignisse möglich ist, dringlich. Die Aufdeckung der Realität des Traumas, d.h. seine Historisierung, wie fragmentarisch oder annähernd sie auch sein mag, ist die Voraussetzung, um seine sekundäre Bearbeitung und Überformung mit unbewußten Phantasien und Bedeutungen, die Schuldgefühle und Bestrafungstendenzen beinhalten, aufzuklären und verstehbar zu machen. Damit wird Phantasie und traumatische Realität entflochten und das Ich erhält einen entlastenden Verstehensrahmen. Wenn in der Therapie durch die Analyse und Deutung der Übertragung und Gegenübertragung dafür sinnhafte Narrative entstehen ohne eine Rekonstruktion der verursachenden traumatischen Realität, so laufen diese Narrative Gefahr, Phantasie und Realität nicht abzugrenzen und im schlimmsten Fall den Patienten zu retraumatisieren.

Bibliographie

- Amati-Sass, (1990): Die Rückgewinnung des Schamgefühls. *Psyche Z-Psychoanal.* 44, 724-740.
- Baranger, M.; Baranger, W.; Mom, J. (1988): The infantile trauma from us to Freud: pure trauma, retroactivity and reconstruction. *Int.J.Psychoanal.*, 69, 113-128.
- Blass, R.B. u. Simon, B. (1994): The value of the historical perspective to contemporary psychoanalysis: Freud's "Seduction hypothesis". *Int.J. Psychoanal.*, 75, S. 677-694.
- Bohleber, W. (2000): Die Entwicklung der Traumatheorie in der Psychoanalyse. *Psyche-Z Psychoanal* 54, 797-839.
- Brenneis, B.C. (1998): Gedächtnissysteme und der psychoanalytische Abruf von Traumaerinnerungen. *Psyche -Z Psychoanal*, 52, 801-823.
- COHEN, J.: (1985). Trauma and repression. *Psychoanal. Inquiry*, 5: 163–189.
- Cooper, A. (1986): Toward a limited definition of psychic trauma. In: A. Rothstein (Ed.): *The reconstruction of trauma. Its significance in clinical work*. Madison (Int. Univ. Press), S. 41-56.
- Dulz, B. u. Jensen, M. (2000): Aspekte einer Traumaätiologie der Borderline-Persönlichkeitsstörung: Psychoanalytisch-psychodynamische Überlegungen und empirische Daten. In: O. Kernberg, B. Dulz, U. Sachsse (Hg.): *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart (Schattauer), 167-193.
- ESMAN, A.H. (1983). The "stimulus barrier". A review and reconsideration. *Psychoanal. Study Child*, 38: 193-207.
- Garland, C. (1998): Thinking about trauma. In: C. Garland (Ed.), *Understanding trauma. A psychoanalytical approach*. London (Karnac) 2. Aufl. 2002, 9-31.
- Grant, S. (2000): *The reproduction of evil. A clinical and cultural perspective*. Hillsdale (Analytic Press).
- Fonagy, P. et. al. (2002): *Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst*. Stuttgart (Klett-Cotta) 2004.
- Freud, S. (1895): Studien über Hysterie. *GW I*, 75-312.
- Freud, S. (1916-17a): Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. *G.W.* 11.
- Freud, S. (1919d): "Einleitung" zu: *Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen*. *GW*, 12, S. 321 – 324.
- Freud, S. (1920g): Jenseits des Lustprinzips. *G.W.* 13, 1-69.
- Freud, S. (1926d): Hemmung, Symptom und Angst. *G.W.* 11, 21-115.
- Freud, S. (1985c): *Briefe an Wilhelm Fliess 1887-1904*. Hg. von J.M. Masson. Frankfurt (Fischer) 1986.
- FURST, S. (1967). *Psychic trauma. A survey*. In *Psychic trauma*, ed. S. Furst. New York: Basic Books, pp. 3-50.
- Kapfhammer, H.P. (2001): Trauma and Dissoziation – eine neurobiologische perspektive. In *Persönlichkeitsstörungen 5 (Sonderband)*, S4-S27.
- KERNBERG, O. (1975). *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York: J. Aronson.
- Kernberg, O. F. (1997): Aggression, Trauma und Haß in der Behandlung von Borderline-Patienten. In: *Persönlichkeitsstörungen*, 1, 15-23.
- Kernberg, O. (2000): Persönlichkeitsentwicklung und Trauma – theoretische und therapeutische Anmerkungen. In: O. Kernberg, B. Dulz, U. Sachsse (Hg.): *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart (Schattauer), 525-536.

- KIRSHNER, L.(1994). Trauma, the good object and the symbolic: a theoretical integration. *Int.J.Psycho-Anal.*, 75: 235-242.
- LANSKY, M.R.(1995). *Post-traumatic Nightmares. Psychodynamic Explorations*. Hillsdale: Analytic Press.
- Laplanche, J.(1970): *Leben und Tod in der Psychoanalyse*. Olten und Freiburg (Walter) 1974.
- Laub, D. und Auerhahn, N. (1993): Knowing and not knowing massive psychic trauma: forms of traumatic memory. *Int.J.Psychoanal*,74, 287-302.
- LAUB, D. & PODELL, D. (1995). Art and Trauma. *Int. J. Psycho-Anal.*, 76: 991-1005.
- Leys, R.(2000): *Trauma. A Genealogy*. Chicago (Chicago Univ.Press)
- MOORE, R. (1999). *The creation of reality in psychoanalysis. A view of the contributions of Donald Spence, Roy Schafer, Robert Stolorow, Irwin Z. Hoffman, and beyond*. Hillsdale: The Analytic Press.
- Paris, J.(2000): Kindheitstrauma und Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: O.Kernberg, B.Dulz, U.Sachsse (Hg.): *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart (Schattauer), 159-166.
- Reddemann, L.u. Sachsse, U.(1999): Trauma first! In: *Persönlichkeitsstörungen*, 3, 16-20.
- Reddemann, L. u. Sachsse, U. (2000): Traumazentrierte Psychotherapie der chronifizierten, komplexen posttraumatischen Belastungsstörung vom Phänotyp der Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In: O.Kernberg, B.Dulz, U.Sachsse (Hg.): *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart (Schattauer), 555-571
- Steele, B.F. (1994): Psychoanalysis and the maltreatment of children. *JAPA*,42: 1001-1025.
- Stern, D.(1985): *Die Lebenserfahrung des Säuglings*. Stuttgart (Klett-Cotta) 1992.
- Van der Kolk, B.(1999): Das Trauma in der Borderline-Persönlichkeit. In: *Persönlichkeitsstörungen*, 3, 21-29.
- van der Kolk, B., McFarlane, A. & Weisaeth, L. (eds.) (1996). *Traumatic Stress. The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. New York: Guilford Press.