

Ilka Lennertz, Dresden

Trauma-Modelle in Psychoanalyse und klinischer Psychologie*

Abstract

The history of research on psychological traumata is more closely linked to the historical and cultural context of the society in which this research is conducted, than is the case with research on any other psychological phenomena. **The development of trauma theory both in psychoanalysis and in clinical psychology** can only be understood in this context. This is caused by the fact that - per definitionem – events outside of the subject have atiological relevance for trauma. Thus trauma as a fact has a cultural and historic dimension. The development of trauma theory was indeed much influenced by reference to sexual abuse and to the holocaust.

The particular relevance of the outside event though always remains fundamentally undecided both on the level of the individual and on the level of society, because of the nature of trauma and the accompanying paradox phenomena of memory such as "lost memory", "flashbulb memory", *Nachträglichkeit* [deferred action] and transgenerational transmission. Here a dialogue between the clinical-empiristic science of psychoanalysis and the science of literature and cultural studies which both operate with a concept of "trauma" seems possible. My essay aims to explore the development of the concept of trauma in psychoanalysis and clinical psychology and to elaborate on the history of this concept with reference to the most important examples in this history. Thus I hope to lay the foundations for an interdisciplinary dialogue on the differences and shared ideas regarding the different concepts of trauma.

Es scheint zunächst wunderbarlich, dass längst vergangene Erlebnisse so intensiv wirken sollen.
Sigmund Freud: *Studien über Hysterie* (1895)

Einleitung und Begriffsbestimmung

Trauma ist ein klinisch-empirischer Begriff, dessen Bestimmung von konkreten Fällen abhängt und der damit theoretisch unscharf bleibt. Vorstellungen und Modelle zu Trauma sind demzufolge eng an bestimmte Patientengruppen oder historische Ereignisse gebunden. Hermann Oppenheim, dem die Übertragung des Trauma-Begriffes aus der Chirurgie, in der Trauma eine Verletzung mit Gewebsdurchtrennung bezeichnet, auf die psychische Ebene zugeschrieben wird, beschäftigte sich beispielsweise mit den Folgen von Zugunglücken (*railway spine*). Seine Beobachtungen fasste er 1889 in dem Buch „Die traumatischen Neurosen“ zusammen (Dreßing und Berger, 1991; Leys, 2000, ein kurzer Überblick zu Vorläufer-Konzepten findet sich bei Young, 1995). Oppenheims weit berühmtere Zeitgenossen Sigmund Freud, Josef Breuer, Pierre Janet und Morton Prince dagegen forschten - zumindest zunächst - zur Hysterie und verwendeten den Traumabegriff in diesem Kontext. Weitere Anfänge und zentrale Konzepte der Traumaforschung sind neben Hysterieforschung und Psychoanalyse in so unterschiedlichen Gebieten wie der Militärpsychiatrie, der physiologisch orientierten Stressforschung und später der Holocaustforschung zu finden. Bereits zu Beginn der Traumaforschung standen damit diverse und auf theoretischer Ebene unterschiedlich gut ausgearbeitete Vorstellungen zu Trauma nebeneinander. Bis heute

nehmen relevante Konzepte oft nur partiell Bezug aufeinander. Aufgrund dieser verschiedenen Ansätze und der gerade in den letzten Jahren entstandenen Literaturfülle, lässt sich die Traumaforschung zur Zeit kaum überblicken. Mit Blick auf das Vorhaben im Rahmen dieses Seminars den Traumbegriff interdisziplinär zu diskutieren, beschränke ich meine Darstellung deshalb auf einige psychoanalytische Modelle, die auch in der Kultur- und Literaturwissenschaft rezipiert werden, sowie eine kurze Diskussion des zur Zeit in der psychologischen Forschung dominanten Konzeptes der *Posttraumatic Stress Disorder* (PTSD) und den damit verbundenen Überlegungen aus der Hirnforschung. Mein Beitrag orientiert sich dabei in wesentlichen Punkten an den gerade für die Beschreibung der psychoanalytischen Traumatheorieentwicklung einschlägigen Arbeiten von Werner Bohleber (2003, 2000).

Neben der theoretischen Unschärfe des Traumbegriffes besteht eine weitere Schwierigkeit für die Begriffsbestimmung darin, dass sich Trauma sowohl auf ein erlebtes „Ereignis“ als auch auf seine „Folgen“ bezieht, die in einer spezifischen Relation zueinander stehen (Fischer und Riedesser, 1998). Demzufolge kann weder ein Ereignis als traumatisch bezeichnet werden, höchstens als potentiell traumatisch oder traumatogen, noch eine subjektive Reaktion als solche. Lorenzer (1968) schlägt zur begrifflichen Differenzierung deshalb vor, nicht von traumatischen Ereignissen, sondern von traumatischen *Erlebnissen* zu sprechen, um so generell das „Ereignis“ vom biographischen Kontext des betroffenen Subjektes aus zu erfassen.

Obwohl eine Traumadefinition die Beschreibung dieser doppelten Bezogenheit auf Ereignis und Folgen leisten muss, werden in diversen Traumamodellen und den theoretischen Debatten häufig entweder das „objektive Ereignis“ oder die „subjektiv erlebten Folgen“ stärker gewichtet. Daran knüpfen sich in der Folge weitere binäre Gegensätze, in denen gedacht wird, wie etwa innen-außen, privat-öffentlich, Phantasie-Realität (Leys, 2000). So wird in der einen Extremposition davon ausgegangen, dass ein „objektiv traumatisierendes externes Ereignis“ auf ein „passives, aber autonomes Subjekt“ trifft, während die andere Position der „prätraumatischen Persönlichkeit“ mit all ihren bereits vorher bestehenden innerpsychischen Konflikten die entscheidende Rolle zuordnet. Diese nach wie vor aktuelle und durchaus moralisch aufgeladene Kontroverse innerhalb der Traumaforschung lässt sich auf einer generellen Ebene nicht lösen. Notwendig ist, das je individuelle Zusammenspiel der Komponenten zu betrachten. Grundsätzlich kann die von außen betrachtete gleiche Situation von einer Person als traumatisch erlebt werden und von einer anderen nicht. Damit lässt sich jedoch nur anhand der psychischen Reaktionen entscheiden, ob ein Erlebnis für eine Person als traumatisch einzuschätzen ist. Eine Ausnahme bilden hier extreme Situationen, wie etwa der Holocaust. Bei solchen Ereignissen ist davon auszugehen, dass es sich um Erlebnisse handelt, die sehr wahrscheinlich auf jeden Betroffenen traumatisch wirken. Einige Autoren schlagen deshalb sinnvoller Weise weitere Begriffe wie Extremsituation (Bettelheim) oder Extremtraumatisierung (Grubrich-Simitis) vor, um diese Situationen deutlich zu kennzeichnen.¹

Eine der am häufigsten zitierten psychoanalytischen Traumadefinitionen findet sich bei Laplanche und Pontalis (1999), die die zentralen Gedanken Freuds, auf die ich im Anschluss eingehen werde, zusammenfassen:

„Ereignis im Leben eines Subjekts, das definiert wird durch seine Intensität, die Unfähigkeit des Subjekts adäquat darauf zu antworten, die Erschütterung und die dauerhaft pathogenen Wirkungen, die es in der psychischen Organisation hervorrufft.“

Ökonomisch ausgedrückt, ist das Trauma gekennzeichnet durch ein Anfluten von Reizen, die im Vergleich mit der Toleranz des Subjekts und seiner Fähigkeit, diese Reize psychisch zu bemeistern und zu bearbeiten, exzessiv sind.“

Laplanche, J. & Pontalis, J.-B. (1999, 15. Aufl.). *Das Vokabular der Psychoanalyse*. Frankfurt: Suhrkamp, S. 513.

Fischer und Riedesser (1998) kommen im *Lehrbuch der Psychotraumatologie* zu einer etwas moderner formulierten, aber in den Grundzügen ähnlichen Definition:

„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“

Fischer und Riedesser, 1998, S. 79

Auch sie beschreiben damit die Verknüpfung zwischen äußerem Ereignis und individueller Reaktion. Ein weiteres gemeinsames Merkmal unterschiedlicher Definitionen ist die Betonung der dauerhaften Folgen und des Prozesscharakters, der ein wesentliches Charakteristikum von Trauma ist. Traumatische Reaktionen verlaufen oft in verschiedenen Phasen, Fischer und Riedesser (1998) sprechen deshalb auch von einem Verlaufsmodell der psychischen Traumatisierung: „das Trauma ist nicht vorbei, wenn die traumatische Situation oder das traumatische Ereignis vorüber ist“ (Fischer und Riedesser, 1998, S.44).

Hysterieforschung und frühe Trauma-Konzeptionen bei Freud (1895-1897)

Die Forschungsgeschichte wird von einigen Autoren analog zur individuellen Traumaverarbeitung als eine Geschichte mit „periodischen Amnesien“ (Herman, 1994, S.39) bezeichnet: Phasen mit großem Interesse an dem Thema wechseln mit Perioden ab, in denen anscheinend das bereits vorhandene Wissen wieder „vergessen“ wurde (Herman, 1994, Leys, 2000, van der Kolk et al., 1996).

Eine erste Phasen intensiver Beschäftigung mit Trauma war die Hysterieforschung am Ende des 19. Jahrhunderts, die als Anfangspunkt der modernen Traumaforschung gilt. Dem Pariser Neurologen Jean-Martin Charcot gelang es nachzuweisen, dass die Symptome der Hysterikerinnen, die bis dahin als Simulantinnen galten, psychisch bedingt sind, denn er konnte hysterische Symptome im Zustand der Hypnose ebenso hervorrufen wie beseitigen. Zwischen 1880 und 1900 gab es zahlreiche wissenschaftliche Veröffentlichungen zu diesem Thema, nicht zuletzt von den beiden bekannten Charcot-Schülern Sigmund Freud und Pierre Janet. Im Gegensatz zu Charcot widmeten sie sich allerdings weniger den Symptomen der Hysterie, sondern erforschten intensiv die innerpsychischen Vorgänge. Sowohl Freud als auch Janet kamen dabei zu dem Schluss, dass hysterische Symptome durch frühe Traumatisierungen hervorgerufen werden. Dafür machten sie allerdings jeweils unterschiedliche psychische Vorgänge verantwortlich und entwickelten zwei verschiedene Bewusstseinskonzepte (Herman, 1994). Obwohl die Arbeiten beider bereits für die Traumaforschung wesentliche Erkenntnisse enthielten, konnte sich dieses Wissen zunächst nicht durchsetzen: Freud selber begann an seiner sogenannten *Verführungstheorie* zu zweifeln (siehe unten), und da das allgemeine Interesse an der Hysterie schwand, gerieten auch Janets Arbeiten weitgehend in Vergessenheit.

Verführungstheorie

Viele Ansätze in der Traumaforschung beruhen auf den zentralen Erkenntnissen Freuds. Innerhalb der Psychoanalyse spielen Freuds frühe Arbeiten zu Trauma darüber hinaus eine besondere Rolle, da sie den Ausgangspunkt für die Entwicklung der Psychoanalyse als

eigenständige Disziplin bilden. Freud selber hat seine Überlegungen zur Traumatheorie immer wieder verändert und weiterentwickelt, wobei die einzelnen Konzepte kein ausgearbeitetes Theoriegebäude ergeben. Relevant für Freuds Vorstellungen von Trauma sind vor allem die sogenannte *Verführungstheorie* und die Begriffe *Nachträglichkeit*, *Reizschutz*, *Wiederholungszwang*, *Todestrieb* und *automatische Angst* (Baranger et al, 1988, Bohleber, 2003, Leys, 2000).

Wie Charcot verwendete Freud zunächst die Hypnose als Behandlungsmethode, so dass seine frühen Überlegungen zu Trauma, die sich vor allem in den *Studien über Hysterie* (Freud und Breuer, 1895) und dem Vortrag *Zur Ätiologie der Hysterie* (1896) finden, eng mit dieser Methode verbunden sind. Freud fand in der Arbeit mit seinen Patientinnen heraus, dass ihre Symptome jeweils auf ein frühes traumatisches Erlebnis, nämlich sexuellen Missbrauch in der Kindheit, zurückgingen. Dieser Zusammenhang war den Betroffenen selbst allerdings nicht bewusst und konnte nur durch Hypnose wieder hergestellt werden (Bergmann, 1996). Damit erkannte Freud ein zentrales Charakteristikum von traumatischen Erlebnissen: die gestörte Erinnerung. Dass seine Patientinnen selbst sich nicht willkürlich an das traumatische Erlebnis erinnern konnten, erklärte er damit, dass diese Erinnerungen zu schmerzhaft seien, als dass sie im Bewusstsein bleiben könnten, sie müssten verdrängt werden.

Freud schloss aus seinen Beobachtungen allerdings nicht nur, dass Hysterie traumatisch bedingt sein kann, sondern nahm an, dass *jede* Hysterie auf sexuellen Traumatisierungen in der Kindheit beruhe:

Ich stelle also die Behauptung auf, zugrunde jedes Falles von Hysterie befinden sich – durch die analytische Arbeit reproduzierbar, trotz des Dezennien umfassenden Zeitintervalles – *ein oder mehrere Erlebnisse von vorzeitiger sexueller Erfahrung*, die der frühesten Jugend angehören. Ich halte dies für eine wichtige Enthüllung, für die Auffindung eines *caput Nili* der Neuropathologie.

(Freud, 1896, S.439).²

Da er in diesem Zusammenhang davon spricht, dass das Kind vom Erwachsenen „verführt“ werde, wird diese Theorie in der Literatur auch als *Verführungstheorie* bezeichnet. Im Grunde handelt es sich aber vielmehr um eine Hysterie-Theorie und der Begriff „Verführung“ birgt die Gefahr, den tatsächlich gemeinten Gewaltzusammenhang, den man heute als sexuellen Kindesmissbrauch bezeichnen würde, zu verschleiern (Krutzenbichler, 1998).³

An der behaupteten Allgemeingültigkeit seiner These zweifelte Freud bald selbst. Bereits ein Jahr nach der Aufstellung seiner Theorie wendete er sich wieder von ihr ab, was oft als Aufgabe der Verführungstheorie bezeichnet wird. Ob man allerdings tatsächlich von einer „Aufgabe“ oder einem „Widerruf“ sprechen kann, oder ob es sich eher um eine Modifikation handelte, indem er seine Vorstellungen weiter ausdifferenzierte, ist nach wie vor umstritten (siehe ausführlich hierzu z.B. Nitzschke, 1998, Bohleber, 2003). Freud selber nannte gegenüber seinem Freund Fliess mehrere Gründe, die ihn skeptisch werden ließen. Ein Grund war die Tatsache, dass er, wenn er seiner Behauptung folgte, konsequenterweise angesichts des weit verbreiteten Phänomens der Hysterie ebenfalls von genauso häufig vorkommenden sexuellem Missbrauch ausgehen musste. Dies schien Freud nicht nur unwahrscheinlich, sondern setzte ihn auch sozial unter Druck und war ein Grund dafür, dass seine Theorie in der Fachwelt nicht die von ihm gewünschte Zustimmung fand.⁴ Gleichzeitig entdeckte Freud im Zusammenhang mit seinen Arbeiten zum Ödipuskomplex, dass es möglich war, die Phantasie als Realität wahrzunehmen und im Unbewussten nicht zwischen „Wünschen“ und „Tatsachen“ (im Sinne erinnelter Ereignisgeschichte) unterschieden werden kann. Damit ließe sich dann allerdings auch nicht retrospektiv feststellen, ob es sich bei Erinnerungen um erinnerte Ereignisse oder aber beispielsweise um entstellte, verzerrte Wünsche handelt. Freud

wählte schließlich letzteres als zentrales Thema seiner weiteren Theorieentwicklung und rückte damit die sogenannte „psychische Realität“ – im Gegensatz zur „materiellen“ oder „äußeren“ Realität - in den Mittelpunkt seiner Überlegungen (Bergmann, 1996). Einige Freud-KritikerInnen haben daraus geschlossen, dass er damit jegliche Wirkkraft realer Traumatisierungen in Frage stellen würde und auf diese Weise die „Hysterikerinnen“ wieder in das Reich der Simulantinnen verweise. Freud betonte jedoch immer wieder, keinen Zweifel an der Tatsache des realen Missbrauchs zu haben und auch nicht die psychischen Folgen solcher und anderer traumatischer Erlebnisse in Zweifel zu ziehen.⁵ Vorwürfe wie etwa, er würde realen Kindesmissbrauch als Phantasie verharmlosen, entbehren damit der Grundlage (Nitschke, 1998). Die Entwicklung des Trieb- und Konfliktmodelles in den nun folgenden zentralen Schriften Freuds führte jedoch augenscheinlich dazu, dass Freud gegenüber einer Integration des Traumabegriffes in seine ätiologischen Annahmen ambivalent blieb und, wie einige Autoren annehmen, vermutlich meinte, sein komplexes Triebmodell gegenüber dem gefälligeren Traumamodell verteidigen zu müssen (siehe bspw. Bergmann, 1998).⁶

Bergmann (1996) weist vor dem Hintergrund seiner Arbeiten zu Holocaust-Überlebenden darauf hin, dass gerade der Begriff der „psychischen Realität“ oft zu einem besseren Verständnis von Traumatisierten beiträgt, da sich unbewusste Phantasien und traumatische Prozesse gegenseitig beeinflussen, und überwindet damit die wenig fruchtbare Aufteilung des Freudschen Theoriegebäudes in die Zeit vor und nach dem „Widerruf“. Auch zu Freuds Zeit selber folgten nicht alle Psychoanalytiker Freuds Betonung der „psychischen Realität“: sein Schüler Sandor Ferenczi beschäftigte sich unbeirrt von Freuds Skepsis weiterhin mit der These, dass äußere Faktoren und Traumata für die Neurosenentstehung zentral seien. Ohne den Einbezug der äußeren Realität käme es seiner Ansicht nach zu falschen und vorschnellen Erklärungen neurotischer Phänomene aufgrund innerer Dispositionen. Ferenczi veränderte aufgrund seiner Forschungen seinen therapeutischen Ansatz und nahm viele Erkenntnisse der Traumaforschung vorweg (Bohleber, 2000).

Nachträglichkeit

Bereits in den *Studien über Hysterie* (1895) stellte Freud fest, dass häufig nicht ein einmaliges sexuelles Verführungserlebnis bei seinen Patienten zum Trauma führte, sondern sich die traumatische Qualität erst aus der Beziehung von zwei unterschiedlichen Ereignissen zueinander ergab: auf ein in der frühen Kindheit erlebtes Verführungserlebnis, das von dem Kind jedoch nicht unbedingt als traumatisch erlebt wurde und auch aufgrund des frühen Entwicklungsstadiums weder verstanden noch mit Bedeutung versehen werden konnte, folgt später, und zwar nach der Pubertät und der sexuellen Reifung, ein weiteres Erlebnis. Durch dieses zweite („Verführungs“-)Erlebnis, welches ebenfalls für sich genommen nicht traumatisch sein muss, wird die Erinnerung an das erste Ereignis aktiviert und dieses erhält *nachträglich* aufgrund der Verbindung mit dem aktuellen Erlebnis eine traumatische Qualität (Bohleber, 2003).

Anschaulich nachvollziehen lässt sich das Konzept Nachträglichkeit anhand von Freuds Falldarstellung der Kellnerin Katharina in den *Studien*: die junge Frau litt an Panikattacken, die jedoch offensichtlich nicht bei einem ersten potentiell traumatischen Erlebnis – sexuelle Annäherung, evt. Missbrauch, durch den Vater im frühen Jugendalter – einsetzten, sondern erstmalig auftraten als sie 16jährig Zeugin des Missbrauchs an ihrer Cousine wird. Die Beobachtung des Missbrauchs wurde in Verbindung damit, dass sie nun verstand, was zuvor mit ihr geschehen war, traumatisch und führte zu einer komplexen somatischen Reaktion.⁷

Nachträglichkeit enthält damit Ansätze einer dynamischen Gedächtnis- und Erinnerungstheorie (Kettner, 1999). Da Freud seine Gedanken dazu jedoch nicht weiter ausgearbeitet hat, ist es zu verschiedenen Lesarten von Nachträglichkeit, die jeweils auf einander

ausschließenden Gedächtniskonzepten beruhen, gekommen. Kettner (1999) unterscheidet dabei zwischen einer „kausalistischen“ und einer „hermeneutischen“ Interpretation von Nachträglichkeit: Bei einem kausalistischen Verständnis wird Nachträglichkeit mit Nachwirkung im naturwissenschaftlichen Sinne gleichgesetzt. Eine kausal bedingte Wirkung erfolgt nach einer Latenzzeit, der ursprüngliche Gedächtnisinhalte bleibt dabei jedoch über die Zeit hinweg invariant. Die nachträglich aktivierte Erinnerung hat einen Abbildcharakter des tatsächlichen Geschehens. Bei einer „hermeneutischen“ Lesart wird im Gegensatz dazu davon ausgegangen, dass unter Nachträglichkeit eine „aktualisierende Neuinterpretation der persönlichen Vergangenheit“ (ebd.) zu verstehen sei. Gedächtnistheoretisch wird damit, wie in der aktuellen Gedächtnistheorie überhaupt, angenommen, dass es keine invarianten Gedächtnisinhalte, im Sinne unveränderbarer Spuren, gibt. Erinnern ist vielmehr Re-Interpretation. Geht man davon aus, dass Gedächtnisinhalte per se überarbeitet werden und insofern nur bedingt Ereignisgeschichte abbilden können, stellt sich damit wie bei den Hysterikerinnen wiederum die Frage nach dem „Wahrheitsgehalt“ von wiedererinnerten traumatischen Erlebnissen. Ausführlich öffentlich diskutiert wurde dieses in der sogenannten „recovered memories debate“ anhand von Fällen in denen Erwachsene angaben, sich nach jahrelanger Amnesie an Missbrauchserlebnisse in der frühen Kindheit zu erinnern.

Weitere Aspekte von Nachträglichkeit sind in der späteren Traumaforschung wiederaufgegriffen oder weiterentwickelt worden. Dazu gehört die Vorstellung, dass ein Trauma nicht an einmaliges Erlebnis gebunden sein muss, sondern verschiedene Erlebnisse zusammenwirken oder sich aufsummieren und dass die psychischen Folgen eines Traumas erst nach einer Latenzzeit auftreten können.

Verdrängung versus Dissoziation

Verdrängung und Dissoziation werden teilweise in der Literatur synonym verwendet und damit nicht immer von einander abgegrenzt. Eine Unterscheidung beider Phänomene erscheint mir allerdings insofern sinnvoll, als dass beide Vorgänge auf jeweils unterschiedlichen Annahmen über Gedächtnisprozesse beruhen.

Die Tatsache, dass traumatisches Material häufig nicht erinnert werden kann, erklärt Freud wie erwähnt mit dem Vorgang der Verdrängung und unterscheidet sich in diesem Punkt von Janet, der als Ursache für das gleiche Gedächtnisphänomen die Dissoziation annimmt.⁸ Bei dem Konzept der Verdrängung wird von einem kontinuierlichen Bewusstseinsystem ausgegangen, innerhalb dessen Freud die Unterscheidung in Bewusstes und Unbewusstes trifft. Verdrängung setzt zumindest eingangs einen aktiven Vorgang voraus, ein „absichtliches“ Vergessen, aus der erst im Anschluss die Spaltung in unbewusst/bewusst resultiert (Laplanche & Pontalis, 1999). Damit verläuft der Prozess der Enkodierung (Einspeicherung) ins Gedächtnis nicht anders als bei anderen Erlebnissen auch, aber es unterscheidet sich die Möglichkeit bewusst auf die Erinnerungen zurückgreifen zu können. Bezogen auf ein traumatisches Erlebnis ist die Verdrängung damit zeitlich dem Moment des Erlebens nachgeordnet (von Hinckeldey und Fischer, 2002). Der Vorgang der Verdrängung setzt außerdem eine zumindest teilweise intakte psychische Struktur, psychoanalytisch gesprochen Ich-Stärke, voraus, da anders die angenommenen erforderlichen Aktivitäten, wie Enkodieren und Verdrängen, nicht möglich wären.

Mit Dissoziation wird dagegen im Zusammenhang mit Trauma ein Prozess bezeichnet, der *während* der traumatischen Situation abläuft, also zeitlich parallel. Unter Dissoziation versteht man einen veränderten Bewusstseinszustand, der durch die teilweise oder völlige Desintegration psychischer Funktionen, wie Identitätsbewusstsein, Wahrnehmung von Selbst und Umwelt, Erinnern, sowie von Empfindungen gekennzeichnet ist (Eckhardt-Henn, 2002).⁹ Hypnose beispielsweise wird auch als eine kontrollierte Form der Dissoziation beschrieben.

Normalerweise integrierte und bewusst zugängliche mentale Prozesse laufen fragmentiert und automatisch ab. Im Gegensatz zur Verdrängung ist bei diesem Prozess das Ich nicht mehr intakt und kann die unterschiedlichen psychischen Funktionen nicht in einem einzigen Bewusstseinszustand integrieren. Dies führt entsprechend zu einem spezifischen Enkodierungsprozess: dissoziierte Erinnerungen sind ebenfalls fragmentiert, in voneinander getrennten Systemen gespeichert und nicht willkürlich abrufbar (von Hinckeldey & Fischer, 2002). Die Unfähigkeit zu erinnern beruht bei der Dissoziation auf einer nur fragmentiert vorhandenen Repräsentation des Traumas, bei der Verdrängung dagegen auf einem Abwehrprozess.

Dissoziative Phänomene sind in den vergangenen Jahren intensiv erforscht worden und gelten vielen Forschern als pathogener Kernmechanismus bei Traumatisierungen. Dabei wird davon ausgegangen, dass es sich bei der Dissoziation zunächst um einen Schutzmechanismus handelt, der vor Konfrontation mit einem nicht bewältigbaren Schmerz bewahrt. Es werden aber nicht nur Affekte abgespalten, sondern im Zweifelsfall auch die Tatsache oder das Wissen, dass das Trauma einem selbst passiert. Häufig berichten etwa Personen, die als Kinder missbraucht worden sind, von Derealisierungs- oder Depersonalisierungsphänomenen, wie z.B. dem Eindruck, das alles passiere jemand anderem, oder sie schweben als unbeteiligter Beobachter über der Szene.

Den Betroffenen ist es dadurch auch rückblickend erschwert, zwischen Realität und Phantasie unterscheiden zu können, wenn sie sich an traumatische Erlebnisse erinnern.

Janet geht in diesem Kontext von zwei verschiedenen Gedächtnissystemen aus, einem „narrativen Gedächtnis“ und einem „traumatischen“. Damit versucht er zu beschreiben, dass Erinnerungen an Traumata anders gespeichert werden und dieser qualitative Unterschied bewirke, dass das Trauma nicht erzählt werden kann.

Der erste Weltkrieg: *Reizschutz* und *Kriegsneurosen*

Die neuerliche Auseinandersetzung mit Trauma aufgrund des ersten Weltkrieges zeigt, wie eng die Traumaforschung auch damals schon mit historischen Ereignissen und dem soziopolitischen Kontext verbunden ist. Angesichts von den nun zu beobachtenden „männlichen Hysterikerinnen“¹⁰ beschäftigte sich nicht nur Freud, sondern vor allem auch Psychiater, die die Soldaten betreuten, wiederum mit den psychischen Folgen von Trauma. Das Interesse der Militärpsychiater war dabei allerdings eine möglichst schnelle Wiederherstellung der Einsatzfähigkeit der Soldaten.¹¹ Generell gewann die Traumaforschung im Zusammenhang mit Kriegen aufgrund dieser Machtinteressen besonderes Gewicht (viel größeres, als wenn „Hysterikerinnen“ beforscht wurden) und unterlag damit starken soziopolitischen Einflüssen.

Freud hatte zur Zeit des 1. Weltkrieges seine Triebtheorie und die Theorie des psychosexuellen Ursprunges der Neurosen bereits weit vorangetrieben und wurde durch die Ereignisse des Krieges gezwungen, sich erneut mit Trauma und den Erfahrungen des „shell shock“ auseinander zusetzen. Vorwegzuschicken ist, dass keine Person mit einer „Kriegsneurose“ sich jemals einer psychoanalytischen Behandlung unterzog,¹² so dass die Überlegungen hierzu im Unterschied zu seinen Thesen zur Hysterie nicht auf eigenem empirischen Material beruhen. Die Kriegsneurose wurde anders konzipiert als die „normalen Neurosen“, und zwar als Konflikt innerhalb des Ichs anstelle eines Konfliktes zwischen Ich und Libido. Freud blieb allerdings auch angesichts der Kriegsneurosen bei seiner Sicht, dass prädispositionierende Faktoren eine wichtige Rolle spielen und auch eine traumatische Neurose nicht allein aufgrund erlebter Traumata erklärt werden könne (Bergmann, 1996).

Diese Auffassung wurde später für Psychoanalytiker Freudscher Tradition zum Problem bei der Arbeit mit Holocaust-Überlebenden, da wie erwähnt in diesen Fällen der prätraumatischen Persönlichkeit quasi keine Bedeutung für das Trauma zukomme.

In seiner Beschäftigung mit den Kriegsneurosen entwickelt Freud erste Ansätze zum *Reizschutz* und formuliert damit den sogenannten psychoökonomischen Aspekt des Traumas, der auch in der Definition von Laplanche und Pontalis berücksichtigt wird: die anstürmenden Erregungsmengen sind demnach zu groß, um psychisch gebunden zu werden. In *Jenseits des Lustprinzips* (1920) arbeitet Freud diesen Gedanken weiter aus. Der *Reizschutz* schütze vor übergroßen Reizmengen oder unangemessenen Reizarten (Hellmann-Brosé, 2002), wenn eine Erregung groß genug wird, diesen Reizschutz dennoch zu durchbrechen, wird dies als traumatisch bezeichnet. In der Folge kommt es zu einer Regression auf primitivere seelische Reaktionsweisen (Bohleber, 2003). Obwohl der Begriff des Reizschutzes vielleicht aufgrund seiner Anschaulichkeit relativ bekannt wurde, erwies sich die Vorstellung, es gäbe einen solchen passiven, nicht-selektiven Schutzschild weder für die Weiterentwicklung der Behandlungsmethode (Bergmann, 2000) noch für die Theorieentwicklung als fruchtbar, wobei ich auf einige Weiterentwicklungen im folgenden kurz eingehen werde. Der psychoökonomische Aspekt als solcher, also die Benennung übergroßer Erregungs- oder Energiemengen, wird dagegen von einigen Autoren als unverzichtbar eingeschätzt, um traumatische Prozesse angemessen beschreiben zu können (siehe z.B. Baranger et al., 1988 oder Bohleber, 2000, für eine ausführliche Argumentation).

Ebenfalls in *Jenseits des Lustprinzips* (1920) postuliert Freud eine neue dualistische Triebtheorie und spricht erstmals von *Todestrieb*¹³ und *Wiederholungszwang*. Letzterer führe als Ausdruck des Todestriebes zu einer ständigen Wiederholung des traumatischen Erlebnisses, und zwar nicht als Erinnerung, sondern „als Tat, er [der Patient, I.L.] wiederholt es, natürlich ohne zu wissen, dass er es wiederholt...man versteht endlich, dies ist seine Art zu erinnern“ (Freud, 1914, GW 10, S.129). Diese Reaktualisierung soll nach Freud dazu führen, die übermäßige Erregung abzureagieren oder psychisch zu binden, damit schließlich das Lustprinzip wieder in Kraft treten kann (Bohleber, 2003).

Wie Bohleber (ebd.) bemerkt, bleibt bei Freud allerdings offen, wie die einbrechende übergroße Energiemenge, die psychisch nicht gebunden werden kann, theoretisch konzeptualisiert werden könnte.

Weiterentwicklungen der psychoanalytischen Traumatheorie

Objektbeziehungstheorie

Objektbeziehungstheoretiker wie René Spitz, Margaret S. Mahler und Donald Winnicott haben sich seit den 50er Jahren intensiv mit der frühen Mutter-Kind-Beziehung beschäftigt und die Entwicklung von Selbst- und Objektrepräsentanzen differenziert beschrieben. In den Blickpunkt für ungünstige Entwicklungsverläufe rückten damit interaktionistische Annahmen, bei denen der Mutter-Kind-Dyade¹⁴ größere Bedeutung zukam als triebbedingten Konflikten. Indem damit die frühe Mutter-Kind-Beziehung hinsichtlich ihrer möglicherweise traumatischen Wirkung untersucht wurde, erweiterte diese Sicht die psychoanalytische Traumatheorie.

Masud Khans bekannt gewordenes Modell der „*kumulativen Traumatisierung*“ (Khan, 1963) greift dafür sowohl Freuds Vorstellung, dass ein Trauma nicht auf ein einzelnes Ereignis zurückgehen muss, sondern sich mehrere, für sich genommen nicht traumatische Ereignisse aufsummieren können, als auch die Idee des Reizschutzes auf. Der Reizschutz wird jedoch in dieser Vorstellung von der Mutter, die dem abhängigen Säugling als Hilfs-Ich dient und ihn vor überflutenden Reizen schützt, übernommen (und später auf der Ebene innerpsychischer

Repräsentanzen konzipiert). Äußerlich unauffällige Einfühlungsversäumnisse der Mutter, ihr wiederholtes „Versagen“ als Reizschutz für das Kind, können dabei kumulieren und über einen längeren Zeitraum traumatisch wirken, da das Kind ständig psychophysisch überfordert wird (Grubrich-Simitis, 1979).

Indem auf diese Weise die Objektbeziehung selbst als potentielles Trauma untersucht wird, haben Khans Ansatz und die Arbeiten anderer Objektbeziehungstheoretiker viel zu dem Verständnis früher traumatischer Beziehungserfahrungen, vor allem im Zusammenhang mit Missbrauch und Misshandlung, beigetragen. Umgekehrt besteht bei diesen Modellen teilweise die Gefahr, dass der Traumabegriff zu weit ausgedehnt und undifferenziert auf jedwede Art ungünstiger früher Beziehungserfahrung bezogen wird (Bohleber, 2000).

Dori Laub: Das innere Objekt und die Erzählbarkeit des Traumas

Laub und Auerhahn (1991) haben den objektbeziehungstheoretischen Ansatz in Zusammenhang mit ihren Arbeiten zu Holocaust-Überlebenden weiterentwickelt. Der „Reizschutz“ wird in diesem Ansatz als verinnerlichtes Primärobjekt gedacht, auf dem das Vertrauen auf die Präsenz guter Objekte und mitmenschlicher Empathie gründet. Das „gute innere Objekt“ fungiert auf diese Weise als Vermittler zwischen Selbst und Umwelt (Bohleber, 2000). Extreme traumatische Erfahrungen, wie das Erleben des Holocaust, können diese schützende innerpsychische Dyade zwischen Selbst- und Objektrepräsentanzen durchbrechen, und der daraus folgende Verlust des „empathischen inneren Anderen“ zerstört damit auch die Fähigkeit mit der Umwelt kommunizieren und von dem Trauma erzählen zu können (ebd.).

Der Grund für die Nicht-Erzählbarkeit – und hierin unterscheidet sich Laubs Ansatz fundamental von anderen Traumatheorien – liegt damit darin, dass das Trauma in die bereits etablierte innerpsychische Repräsentanzenwelt selbst eingegriffen hat. Nach Laub können allerdings in der Gegenwart eines empathischen Zuhörers die Fragmente zu einem Narrativ zusammenwachsen und bezeugt werden. Zeugenschaft ist ein zentraler Aspekt in Laubs Arbeiten.¹⁵ Im Gegensatz zu den bisher vorgestellten Ansätzen wird hier die Frage nach der Erinnerung an das Trauma nicht auf individuelle Prozesse beschränkt.

Holocaust-Forschung

Laub hat mit dem Einbrechen und Beschädigen innerpsychischer Repräsentanzen bereits eine mögliche Folge extremer, menschenverursachter Traumatisierungen beschrieben, die erst im Zusammenhang mit dem Holocaust beobachtet und erforscht wurden. In vielerlei Hinsicht hat der Holocaust den Blick auf Trauma grundlegend verändert und erforderte eine Einbeziehung gesamtgesellschaftlicher Prozesse.

Letztere verhinderten zunächst erheblich die klinische und theoretische Auseinandersetzung mit dem Holocaust und seinen Opfern. Anders lässt sich wohl nicht erklären, dass noch bis in die 60er Jahre die psychiatrische Lehrmeinung auch angesichts von Holocaust-Überlebenden lautete, dass eventuelle psychische Beeinträchtigungen mit dem Ende einer traumatischen Situation ebenfalls aufhören würden (Peters, 1989). Psychische Langzeitfolgen wurden nicht nur theoretisch nicht antizipiert, sondern auch als „Rentenneurose“¹⁶ verdächtigt, was die Entschädigungs- und Begutachtungspraxis ad absurdum trieb: für KZ-Überlebende musste nachgewiesen werden, dass das erlittene seelische Leid *nicht anlagebedingt* sei.¹⁷

Wie erwähnt gingen auch viele Psychoanalytiker zu diesem Zeitpunkt davon aus, dass persönlichkeitsprägende Traumata ausschließlich in der Kindheit zu verorten seien und scheiterten entsprechend zu Beginn in ihrer Arbeit mit Überlebenden, der sich insbesondere Analytiker widmeten, die rechtzeitig aus Europa nach Amerika geflüchtet waren.

Die Erkenntnis, wie gravierend die Biographien von KZ-Überlebenden gebrochen und verändert worden sind, setzte sich nur langsam durch. Neben der Tatsache, dass viele Betroffene sich zunächst überhaupt wieder eine Lebensgrundlage schaffen mussten, und der erwähnten theoretischen Hindernisse sind als weitere Ursache für diese "Latenzphase", Verdrängungs- und Verleugnungsprozesse vor allem in der deutschen Gesellschaft zu nennen: Alexander und Margarete Mitscherlich (1967) haben diese Prozesse in ihrer bekannten Studien „Die Unfähigkeit zu trauern“ detailliert analysiert: sie beschreiben, wie die mangelnde Fähigkeit um die „eigenen“ Toten zu trauern, die Trauer um die Opfer der Nazis verhindert.¹⁸

Die inzwischen geläufige Bezeichnung "Überlebenden-Syndrom" (*survivor syndrom*) führte in Deutschland erst 1968 ein. Zum ersten Mal wurde damit ein klinischer Begriff gefunden, der eindeutig die Verfolgung als pathogen identifiziert und verschiedene Symptome zusammenfasst. Dazu zählen Angst, Erinnerungsstörungen, chronisch depressive Zustände, Aggression, Isolation und Rückzug in sich selbst, psychotische Symptome, Störungen des Identitätsgefühls, psychosomatische Symptome und „Überlebensschuld“, bei der das Überleben selbst konfliktreich und als Verrat erlebt wird (Bergmann, 1996, Bohleber, 2000).

Bergmann (1996) zählt eine Reihe von Folgen und Besonderheiten traumatischer Prozesse auf, die erst in der Arbeit mit Holocaust-Überlebenden erkannt wurden:

1. Entdeckung einer Latenzzeit¹⁹: zwischen Befreiung aus dem KZ und Entwicklung einer „traumatischen Neurose“ vergingen oft Jahre, manchmal Jahrzehnte.
2. Die prätraumatische Persönlichkeit spielt keine bedeutsame Rolle, entscheidend sind vielmehr Dauer der Inhaftierung und die erlebten Gräueltaten.
3. Viele Überlebende zeigten gehemmte Trauerprozesse: „Was uns besonders auffiel, war das Bedürfnis zu trauern, das die Unfähigkeit zu trauern in eine Melancholie verwandelt hatte.“ (Bergmann, 1996, S. 16). In der Behandlung ging es damit weniger um ein „Abreagieren“ als darum, Trauerprozesse zu aktivieren.
4. Die Konzentrationslager-Erfahrung führte entgegen der Annahmen der klassischen Psychoanalyse nicht zu einer Regression auf eine feststellbare psychosexuelle Phase, sondern zu einer Zerstörung der psychischen Struktur.
5. Die Fähigkeit, metaphorisch zu handeln und zu sprechen, ging verloren, ähnlich wie bei Psychosepatienten zeigte sich sogenannter Konkretismus. Im Gegensatz zu letzteren besteht bei den Überlebenden der Konkretismus allerdings nur partiell. Im Alltagsleben mögen sie sich realitätsgemäß verhalten, von Zeit zu Zeit bricht jedoch die psychische Realität des Holocaust ein. Sie leben damit in einer doppelten Realität: das Trauma hat in einigen seelischen Regionen die Fähigkeit zerstört, zwischen Realität und Phantasie unterscheiden zu können.
6. Die Weitergabe des Traumas kann über Generationengrenzen hinweg erfolgen: auch bei Kindern von Holocaust-Überlebenden, die nach dem Holocaust geboren wurden, zeigen sich traumabezogene psychische Folgen, wie beispielsweise Schuld, Depression, Aggression, Probleme in Beziehungen und in dem Bereich Trennung/Individuation. Gleichzeitig stellt Kestenberg (1982) bei der sogenannten *second generation* jedoch eine „Balance zwischen ungewöhnlicher Ich-Stärke und einem gewissen Maß von Pathologie“ fest.

Bergmann (1996) fügt seinem Überblick hinzu, dass der Holocaust keineswegs von allen Betroffenen verleugnet oder verdrängt wird, sondern gerade diejenigen, die sich erinnern, oft all ihre Energie aufbringen, um über den Holocaust zu schreiben und an ihn zu erinnern.

Die Studie von Hans Keilson: Sequentielle Traumatisierung bei Kindern (1979)

Eines der wenigen Traumamodelle, mit denen die Bedeutung der psychosozialen Umwelt in Traumatisierungsprozessen konsequent auf theoretischer Ebene erfasst wird, stammt von

Hans Keilson (1979). In einer großangelegten Follow-Up-Studie untersuchte Keilson die psychosoziale Situation von ehemaligen jüdischen Kriegswaisen aus den Niederlanden, die den Holocaust in Untertuchverstecken oder Pflegefamilien überlebt hatten. Dabei konnte er sowohl nachweisen, dass vergleichbare äußere Situationen sich je nach Alter des betroffenen Kindes unterschiedlich auf dessen Entwicklung auswirkten, als auch, dass der traumatische Prozess andauern kann, selbst wenn die eigentliche Verfolgungssituation vorüber ist. Keilson entwarf dafür in Anlehnung an Khan das Modell der „sequentiellen Traumatisierung“. Bezogen auf seine eigene Untersuchung unterschied er dafür folgende Sequenzen: 1. die feindliche Besetzung der Niederlande, 2. Verfolgung, Trennung von den Eltern, Aufenthalt in KZs und Verstecken, 3. die Nachkriegszeit mit der Vormundschaftszuweisung, teilweise Wechsel der Pflegefamilie.

Dabei stellte sich gerade die 3. Sequenz als besonders relevant für die Entwicklung der Kinder heraus: die Entwicklung von Kindern mit einer günstigen zweiten (unmittelbares Verfolgungsgeschehen), aber ungünstigen dritten Sequenz (Periode *nach* der Verfolgung, Aufnahme ins Pflegemilieu) verlief 25 Jahre später deutlich ungünstiger, als bei Kindern mit vergleichsweise schwerwiegenderen Verfolgungserlebnissen, aber einer günstigen Aufnahme ins Pflegemilieu. Traumatogen kann damit auch die anschließende Versorgung nach einer Traumatisierung wirken, wie etwa weitere chronische Belastungsfaktoren oder die Unfähigkeit der unmittelbaren Umgebung die Bedeutung des Traumas zu erfassen.

Auf Keilsons Modell greifen heute insbesondere WissenschaftlerInnen und TherapeutInnen zurück, die sich mit der Situation von politisch Verfolgten und von Flüchtlingen beschäftigen, da die Exilsituation häufig als weitere traumatische Sequenz beschrieben werden muss, der eine eigene traumatische Qualität innewohnt (siehe z.B. Becker, 1992).

Das Konzept der *Posttraumatic Stress Disorder* (PTSD)²⁰

Das heute mit Abstand auch in der öffentlichen Diskussion bekannteste Traumakonzept ist PTSD. Historisch beruht die Ausarbeitung des PTSD Konzeptes größtenteils auf der Initiative und politischen Lobby der US-amerikanischen Vietnam-Veteranen. Damit gelang es erstmals Betroffenen, öffentlichen Druck auszuüben und die Anerkennung psychischer Traumatisierungen zu fordern. Die Veteranen schlossen sich in Selbsthilfegruppen zusammen und erwirkten die Einrichtung spezieller Therapiezentren in den gesamten USA, was umfangreiche Forschung zu traumatischen Kriegsfolgen mit sich brachte. Eine Gruppe von Psychiatern entwickelte schließlich im Rahmen der stressorientierten, psychiatrischen Forschung das Konzept PTSD, das 1980 in das Diagnosemanual der *American Psychiatric Association* (Diagnosical and Statistical Manual, DSM III) aufgenommen wurde. Auf diese Weise wurden zum ersten Mal traumabedingte psychische Folgen in Form einer „anerkannten“ psychischen Störung beschrieben.²¹ Die Aufnahme in das für Europa verbindliche Klassifikationsmanual der Weltgesundheitsorganisation ICD 10 folgte 1992.

Genau genommen handelt es sich bei PTSD eher um eine pragmatische psychiatrische Konvention, um Diagnosekriterien, auf die sich eine kleine Fachgruppe einigen konnte, als um einen traumatheoretischen Ansatz.²² Bereits die Bezeichnung PTSD ist theoretisch betrachtet problematisch, da begrifflich eher ein vorübergehender Zustand – oder eine Störung – impliziert wird als dauerhafte Veränderungen: „Post-Trauma“ suggeriert dieses ebenso wie „Stressstörungen“, da psychischer Stress gewöhnlich endet, wenn die äußere Belastung vorüber ist.

PTSD beruht konzeptionell teilweise auf den Überlegungen von Mardi Horowitz (1976), der ein *Information Processing Model* entworfen hat. Horowitz selbst nennt seinen Ansatz „kognitiv-psychodynamisch“²³ (Horowitz, 1999) und man könnte sagen, dass er damit Freuds

„Energietrauma“ zeitgemäß zum „Informationstrauma“ werden ließ. Nach Horowitz verläuft die Reaktion auf ein Trauma in verschiedenen Phasen, wobei sich eine Verleugnungs- oder Vermeidungsphase (*denial*) und eine Phase mit Wiedererlebenssymptomen (*intrusion*), wie *flashes* etc., abwechseln. In dem Alternieren dieser beiden Phasen sah Horowitz einen graduellen Assimilationsprozess: zwischen den Intrusionen entstehen Bewältigungskapazitäten, die schrittweise eine Verarbeitung ermöglichen. Die Intensität der Gefühle sinkt, und es kommt nach seiner Vorstellung schließlich zur Selbstheilung. Auch Horowitz trifft keine Aussagen darüber, wie man sich die abgespaltene Erinnerung, die sozusagen frei „herumschwebt“, aber von Zeit zu Zeit unwillkürlich ins Bewusstsein dringt, und ihren Verbleib genauer vorstellen könnte.

PTSD greift die beiden beschriebenen Phasen als diagnostische Kriterien auf (siehe Anhang): Neben der Konfrontation mit einem traumatischen Ereignis (Kriterium A, Stressorkriterium) müssen gleichzeitig Symptome des Wiedererinnerns auftreten, z.B. in Form von sich aufdrängenden Bildern, Alpträumen, *flashbacks* oder psychischer und physischer Reaktionen auf Reize, die mit dem erlebten Trauma in Verbindung stehen (Kriterium B) – und Vermeidungssymptome feststellbar sein, also die Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen, wie Orte, Situationen, bestimmte Personen (Kriterium C). Als weiteres Kriterium (D) gelten Symptome anhaltender Übererregung, wie Schlafschwierigkeiten, Reizbarkeit, erhöhte Schreckhaftigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten etc.

Fraglos werden mit diesem Kriterienkatalog eine Reihe häufig auftretender Symptome beschrieben, problematisch ist dabei jedoch, dass diese zum „Normalfall“ erklärt werden. Die gleichzeitige Forderung von Anzeichen für Wiedererinnern und Vermeidung ist, um nur ein Beispiel zu nennen, weder theoretisch noch klinisch sinnvoll. PTSD greift in der Beschreibung der vielfältigen psychischen Folgen auf Trauma zu kurz und führt entsprechend nicht nur zu einer Anerkennung der Leiden Betroffener, sondern ebenso zu einer Ausgrenzung all jener, deren Symptome nicht den beschriebenen Kriterien entsprechen.

Individuelle und trennscharfe Vorgehensweise wird auch bei der Beschreibung des auslösenden Ereignisses vermisst. Sämtliche möglichen äußeren Ereignisse werden ungenau zusammengefasst, es wird nicht unterschieden, ob es sich um eine Naturkatastrophe, einen Unfall, einen Trauerfall oder das Überleben eines Konzentrationslagers handelt (Becker, 1992, Becker 1997). Besonders, wenn es sich um sogenannte vom Menschen verursachte Desaster (*man-made disasters*) handelt, lässt sich dieses kaum mit dem „Stressorkriterium“, das sich im Grunde auf einmalige Traumata bezieht, erfassen. Ebenso bleiben langfristige Traumafolgen unberücksichtigt.

PTSD kann zudem zu einer Pathologisierung und Individualisierung der Betroffenen führen: auch wenn die gesellschaftliche Anerkennung psychischer Folgen von Traumata positiv zu bewerten ist, mit der Diagnosestellung PTSD werden psychische Symptome, auch wenn diese bspw. auf Verfolgung oder Krieg zurückgehen, zum individuellen Problem des je einzelnen. Indem die mit PTSD verbundenen Forschungs- und Therapieansätze darüber hinaus vor allem psychische Folgen von Trauma fokussieren, bleiben Täterschaft und gesellschaftliche Verursachung weitgehend unsichtbar.

Das Konzept der PTSD wird aus diesen Gründen schon länger kritisiert, und es existieren diverse Modifikationsvorschläge, wie etwa „Complex-PTSD“ (Herman, 1994), mit dem versucht wird, auch komplexe Traumatisierungen wie Missbrauch oder Folter zu berücksichtigen.

Neurobiologische Ansätze: „traumatic memory“ und Ergebnisse der Hirnforschung

Die Arbeiten von Hirnforschern und neurowissenschaftlich orientierten Traumaforschern haben zur Zeit großen Einfluss sowohl auf psychologisch/psychoanalytische Fachkreise als auch auf die Literaturwissenschaft.²⁴ Das Interesse an der Hirnforschung beruht wesentlich darauf, dass man sich Antworten auf die Frage erhofft, wie traumatische Erlebnisse auf neuronaler Ebene verarbeitet werden, um anhand dieser Erkenntnisse das Verhältnis von Trauma und Gedächtnis näher bestimmen zu können. Im Mittelpunkt steht dabei die bereits mehrfach angerissene Frage, wie oder ob Traumata im Gedächtnis repräsentiert sind, ob sie tatsächlich nach jahrelanger Amnesie wiedererinnert werden können und wenn ja, wie akkurat und zutreffend solche Erinnerungen sind.

Klinisch äußerst Aufsehen erregend sind zudem Befunde über möglicherweise traumabedingte morphologische Veränderungen bei PTSD²⁵ wie etwa Zelltod und Schrumpfung gedächtnisrelevanter Hirnstrukturen (Hippocampus) und endokrinologische Veränderungen, wie Besonderheiten im Spiegel des „Stresshormons“ Cortisol (Yehuda, 1997). Vorweg zu schicken ist, dass viele der in diesem Zusammenhang häufig zitierten Ergebnisse innerhalb der Neurowissenschaften keineswegs als gesichert gelten. Oft werden Studien für die Argumentation verwendet, die lediglich auf kleinen Stichprobengrößen beruhen und nicht repliziert werden konnten.

Obwohl moderne Gedächtnistheorien davon ausgehen, dass sich im Gehirn keine eins-zu-eins-Abbilder von erlebten Episoden befinden, sondern Gedächtnisprozesse immer aktuellen Überarbeitungen unterliegen, wird für traumatische Erinnerungen von einigen sehr einflussreichen Autoren das genaue Gegenteil angenommen. Nach van der Kolks (1996) Theorie gibt es einen speziellen Weg, auf dem traumatische Erfahrungen verarbeitet werden, der zu einer grundsätzlich anderen Enkodierung dieser Erlebnisse führe. In Anlehnung an Janet geht van der Kolk ebenfalls von einem „narrativen“ Gedächtnis, in dem normalerweise autobiographische Erinnerungen gespeichert sind, und einem speziellen „traumatischen Gedächtnis“ aus. Seine Überlegungen, die hier nur in Kürze wiedergegeben werden können, leitet er im wesentlichen aus der Beobachtung ab, dass traumatische Erlebnisse von Betroffenen zunächst nicht narrativ erinnert würden, sondern in Form fragmentierter sensorischer Komponenten des Ereignisses. Erinnert werden lediglich visuelle Bilder (*images*), Gerüche, Geräusche, kinästhetische Wahrnehmungen und intensive Affekte. Traumatisierte Personen würden angeben, dass es sich bei diesen sensorischen Erinnerungen um „exakte Repräsentationen von Sinnesempfindungen (*sensations*) zu der Zeit des Traumas“ (ebd., S.287, Übersetzung I.L.) handeln würde.

Van der Kolk erklärt dies in Anlehnung an eine bekannte, allerdings umstrittene Theorie über emotionale Verarbeitung von LeDoux.²⁶ Aufgrund der hohen Erregung während einer traumatischen Situation werden demnach normalerweise bestehende Verbindungen zwischen für die Informationsverarbeitung und Gedächtniskonsolidierung verantwortlichen Hirnstrukturen unterbrochen. Die emotionale Bewertung der einströmenden Informationen sei zwar weiterhin gegeben,²⁷ vor allem aufgrund der in extremen Stresssituationen nicht mehr verfügbaren Verbindungen zum Neocortex (Großhirnrinde) können sie jedoch nicht integriert und mit Bedeutung versehen werden. Traumatische Erfahrungen werden damit auf einer hirnphysiologisch gesprochen niedrigeren Ebene verarbeitet und gespeichert.²⁸ Autobiographisches Erinnern setzt dagegen wie alle komplexen Bewusstseinsvorgänge die Involviertheit des Neocortex voraus.

Dissoziation und der damit vermutete gestörte Enkodierungsprozess wären damit auf neuronaler Ebene erklärbar, und van der Kolks Theorie besticht fraglos aufgrund ihrer Anschaulichkeit. Leys (2000) nennt jedoch einige Kritikpunkte: zum einen würden seine Annahmen in weiten Teilen nicht auf gesicherten Ergebnissen beruhen, sondern tatsächlich

auf teilweise fragwürdigen Untersuchungen. Sie stellt zum Beispiel fest, dass van der Kolk lediglich untersucht hat, auf welche Arten erinnert wird (olfaktorisch, visuell usw.), sich aber nicht bemühte zu erfahren, *was* erinnert wurde. Studien, die die Inhalte von Alpträumen von Vietnam-Veteranen analysierten, kamen zu einem konträren Ergebnis: die Träume stellten keineswegs Repliken der traumatischen Situation dar, sondern wie bei jedem Traumgeschehen wurden erlebten Szenen verändert und überformt (zu einer ausführlichen Kritik an van der Kolks Argumentation siehe Leys, 2000). Gegen die Annahme eines besonderen traumatischen Gedächtnisses spricht außerdem die Tatsache, dass die Inhalte eines traumatischen Ereignisses in vielen Fällen sehr wohl autobiographisch erinnert werden können (Bohleber, 2003), was zumindest die postulierte Allgemeingültigkeit einschränken würde.²⁹

Vor dem Hintergrund der aktuellen Gedächtnisforschung erscheint es insgesamt wenig einleuchtend, dass van der Kolk quasi wieder von „eingravierten Gedächtnisspuren“ und damit einem sehr mechanischen Verständnis von Gedächtnis ausgeht. Allerdings differenziert er hier jedoch durchaus, indem er bezogen auf das „narrative Gedächtnis“ annimmt, dass diese Erinnerungen keinen Abbildcharakter hätten. Gegen Einwände kann er seine Theorie mithilfe dieser Unterscheidung dann auch geschickt immunisieren:

„The irony is that although the sensory perceptions reported in PTSD may well reflect the actual imprints of sensations that were recorded at the time of the trauma, all narratives that weave sensory imprints into socially communicable stories are subjected to condensation, embellishment, and contamination”

(van der Kolk, 1996, p.296)

Die angeblich im Gedächtnis vorhandenen eingravierten Repliken des Traumas entziehen sich damit – bis zu einer Weiterentwicklung der Hirnforschung? - jedem Zugang: sobald sie in Sprache gefasst und kommuniziert werden, sind sie bereits verändert und überformt.

Diese Einwände bedeuten keineswegs, dass es in einer traumatischen Situation nicht durchaus zu einer Unterbrechung der normalen Wahrnehmung und Kognition kommen kann und peritraumatisch die Aufmerksamkeit stark fokalisiert wird. Ob für die beschriebenen Gedächtnisphänomene jedoch tatsächlich andere Gedächtnisprozesse verantwortlich sind, ist damit noch nicht geklärt.³⁰

Schluss

Die verschiedenen Gedächtnisphänomene, die mit Trauma einhergehen, stehen im Mittelpunkt der meisten traumatheoretischen Ansätze. Freud entdeckte, dass traumatische Erlebnisse verdrängt werden, weil sie zu schmerzhaft sind, und dieses Nicht-Erinnern pathogen wirken kann. Ebenso beschrieb er die nachträgliche Wirkung von Reaktualisierungen sowie Reinszenierungen als eine Form des Erinnerns. Janet nahm als Kernmechanismus für traumabedingte Gedächtnisstörungen die Dissoziationen an und sprach von einem besonderen Traumagedächtnis. Ein Modell, mit dem auch aktuelle neurowissenschaftliche Ansätze zu erklären versuchen, warum traumatische Erinnerungen nicht - oder zumindest oft nicht narrativ - erinnert werden können.

Die Frage nach der Erinnerung an das Trauma ist deshalb so zentral, weil sich hier die traumaspezifische Verknüpfung von „innen“ und „außen“ oder „Subjekt“ und „Umwelt“ spiegelt, sie sich zugleich aber in vielen Fällen des Zugriffes und damit der Zeugenschaft entzieht. Ob dies auf fehlende oder fragmentierte Repräsentation, gestörten Abruf oder gestörte interindividuelle, kommunikative Prozesse zurückgeht ist dabei keineswegs geklärt. Die Vorstellung, traumatische Erinnerungen entsprächen exakten Repliken der unmittelbaren

sensorischen Eindrücke während der traumatischen Situation, könnte einige Gedächtnisphänomene erklären, ist aber aus Sicht dynamischer Gedächtnistheorien kritisch zu betrachten.

Auch ist die Frage nach Erinnerungsstörungen nur ein Aspekt und nur eine mögliche psychische Folge von Trauma. Die Holocaustforschung und objektbeziehungstheoretische Ansätze wie der von Dori Laub zeigen, dass zum einen traumatisierte Personen durchaus über autobiographische Erinnerungen an das Geschehene verfügen können, inter-individuelle und gesellschaftliche Bedingungen jedoch ein Erzählen und öffentliches Erinnern verhindern können.

Mit der Diskussion um die Erinnerung werden zudem vor allem die Folgen von Trauma im Sinne von Symptomen fokussiert. Dabei entsteht die Gefahr, die traumatische Situation und damit das Trauma als solches aus dem Blick zu verlieren. Insbesondere die Frage nach der gesellschaftlichen Bedingtheit wird im Zusammenhang mit in der Psychologie dominierenden Ansätzen wie PTSD nicht mehr gestellt, da diese lediglich als „auslösendes Ereignis“ betrachtet werden. Damit wird problematischer Weise auf therapeutischer Ebene die gesellschaftlich-historische Dimension weitgehend ausgeklammert.

Anhang

Diagnostische Kriterien für die Posttraumatische Belastungsstörung nach DSM-IV, 1996 (309.81)

A. Die Person wurde mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert, bei dem die beiden folgenden Kriterien vorhanden waren:

- (1) Die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalteten.
- (2) Die Reaktion der Person umfasste intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen.

B. Das traumatische Ereignis wird beharrlich auf mindestens eine der folgenden Weisen wiedererlebt:

- (1) Wiederkehrende und eindringliche belastende Erinnerungen an das Ereignis, die Bilder, Gedanken oder Wahrnehmungen umfassen können.
- (2) Wiederkehrende, belastende Träume von dem Ereignis.
- (3) Handeln oder Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiederkehrt (beinhaltet das Gefühl, das Ereignis wiederzuerleben, Illusionen, Halluzinationen und dissoziative Flashback-Episoden, einschließlich solcher, die beim Aufwachen oder bei Intoxikationen auftreten).
- (4) Intensive psychische Belastung bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern
- (5) Körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern

C. Anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind, oder eine Abflachung der allgemeinen Reagibilität (vor dem Trauma nicht vorhanden).

Mindestens drei der folgenden Symptome liegen vor:

- (1) Bewusstes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen.
- (2) Bewusstes Vermeiden von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen
- (3) Unfähigkeit, einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern
- (4) Deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten.
- (5) Gefühl der Losgelöstheit und Fremdheit von anderen.
- (6) Eingeschränkte Bandbreite des Affekts (z.B. Unfähigkeit, zärtliche Gefühle zu empfinden).
- (7) Gefühl einer eingeschränkten Zukunft (z.B. erwartet nicht, Karriere, Ehe, Kinder oder normal langes Leben zu haben).

D. Anhaltende Symptome erhöhten Arousal (vor dem Trauma nicht vorhanden).

Mindestens zwei der folgenden Symptome liegen vor:

- (1) Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen.
- (2) Reizbarkeit oder Wutausbrüche.
- (3) Konzentrationsschwierigkeiten.
- (4) Übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz)
- (5) Übertriebene Schreckreaktionen.

E. Das Störungsbild (Symptome unter Kriterium B, C und D) dauert länger als 1 Monat.

F. Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen

Bestimme, ob:

Akut: Wenn die Symptome weniger als 3 Monate andauern

Chronisch: Wenn die Symptome mehr als 3 Monate andauern

Bestimme, ob:

Mit verzögertem Beginn: Wenn der Beginn der Symptome mindestens 6 Monate nach dem Belastungsfaktor liegt

Anmerkungen

* Unveröffentlichtes Skript eines Vortrags im Rahmen des Workshops „Zum „Trauma“-Begriff in Psychologie und Kulturwissenschaften“ am 4. Juni 2004. Der Workshop wurde von Karin Windt und mir mit Unterstützung der *Heinrich Böll Stiftung* organisiert.

¹ An diese Überlegungen knüpft sich auch die Frage, ob es generell sinnvoller wäre, spezifische Traumamodelle für den jeweiligen Untersuchungszusammenhang zu entwickeln oder ob allgemeine Traumamodelle entworfen werden können, die sich dann jedoch problematischer Weise auf im Grunde nicht vergleichbare traumatogene Ereignisse, wie etwa Verkehrsunfälle, sexueller Missbrauch, Naturkatastrophen etc., beziehen. Ein Beispiel für ein umfassendes Traumamodell, mit dem versucht wird, den Prozess der Traumatisierung unabhängig von der Art des traumatogenen Ereignisses zu beschreiben, findet sich bei Fischer und Riedesser (1998). Da sie den Prozesscharakter traumatischen Geschehens und die Beziehung des Subjekts zur Umwelt in den Mittelpunkt ihrer Überlegungen stellen, gelingt ihnen die Übertragung des Modells auf konkrete Einzelfälle, auch wenn diese teilweise etwas schematisch ausfällt.

² Die Nilquellen, auf die sich Freud hier bezieht, waren damals gerade entdeckt worden (Nitzschke, 1998).

³ In Freuds Schriften selber wird allerdings unmissverständlich deutlich, worauf er sich bezieht: er spricht beispielsweise von „Irritationen der Genitalien (koitusähnliche Vorgänge)“ (*Weitere Bemerkungen über die Abwehr-Neuropsychose*, 1896, GW 1, S.380) und in der *Ätiologie* (1895) betont er, dass es sich nicht „um die Erweckung des sexuellen Themas durch einen beliebigen Sinneseindruck, sondern um sexuelle Erfahrungen am eigenen Leibe, um geschlechtlichen Verkehr (im weitesten Sinne)“ (ebd, S. 438f) handelt.

⁴ Herman (1994) beschreibt ausführlich das gesellschaftlich-politische Klima jener Zeit und führt Freuds Zweifel und das Nichtbeibehalten seiner gesellschaftlich nicht akzeptierten These hierauf zurück.

⁵ Er blieb auch später bei seiner Einschätzung, dass zwei seiner frühen Patientinnen von ihren Vätern sexuell missbraucht worden seien (Gay, 1989).

⁶ Eine Chance, die Biographien der „Hysterikerinnen“ und damit Realität und Folgen von sexuellem Missbrauch öffentlich anzuerkennen, war allerdings vertan und es dauerte Jahrzehnte bis die Frauenbewegung schließlich den entsprechenden Rahmen für diese Auseinandersetzung schaffte (Herman,1994).

⁷ Ein zweiter ausführlich beschriebener Fall von *nachträglicher* Symptombildung findet sich im „Wolfsmann“.

⁸ Breuer und Freud gingen zunächst wie Janet auch von der Dissoziation aus (siehe hierzu Eckhardt-Henn, 2002 und Hantke, 1999).

⁹ Dissoziative Phänomene lassen sich auf einem Kontinuum anordnen und sind keineswegs per se als pathologisch zu betrachten. Die „mildeste“ Form der Dissoziation ist der Tagtraum, während ausgeprägte Formen bei einer Trance (als intendierte Dissoziation) oder bei der „Dissoziativen Identitätsstörung“ (Multiple Persönlichkeit) zu beobachten sind.

¹⁰ Freud hatte schon früher zwei Männer mit hysterischen Symptomen behandelt, in der öffentlichen Wahrnehmung galt Hysterie, wie der Begriff nahe legt, jedoch als „Frauenkrankheit“.

¹¹ Dass je nach politischen Umständen später allerdings *battle shock*, obwohl gut erforscht, wieder tabuisiert wurde, zeigt Dan Bar-On (1999) in einem sehr lesenswerten Aufsatz detailliert auf mikrostruktureller Ebene am Beispiel Israels. In Abhängigkeit von der politischen Legitimation eines Krieges wurden bei einigen Kriegen oder kriegerischen Auseinandersetzungen in den vergangenen Jahrzehnten Traumaexperten zur Betreuung der Soldaten hinzugezogen, bei anderen jedoch nicht.

¹² Freud selbst bedauerte diese Tatsache. Zu erwähnen ist in diesem Zusammenhang allerdings Abram Kardiner, der nach kurzer Ausbildung bei Freud in den USA therapeutisch mit Veteranen des 1. Weltkrieges arbeitete, seine Erkenntnisse dazu allerdings erst 1941 – als das Interesse an dem Thema Kriegsneurosen wieder gestiegen war – in *The traumatic neurosis of war* veröffentlichte. Das erneute Interesse beruht dabei wiederum auf dem Anliegen der Militärpsychiater, aus psychischen Gründen kampfunfähige Soldaten möglichst schnell wieder einsatzfähig machen zu können (Herman, 1994).

¹³ Ich werde hier nicht näher auf den Todestrieb, der meines Wissens nur in wenigen aktuellen Ansätzen berücksichtigt wird, eingehen. Eine Ausnahme hierzu bilden die Arbeiten von Dori Laub (2000). Ebenso verzichte ich auf eine Darstellung von traumatheoretischen Überlegungen Freuds in *Hemmung, Symptom und Angst* (1926) und *Der Mann Moses und die monotheistische Religion* (1938).

¹⁴ Aktuelle Ansätze sprechen selbstverständlich anstelle der Mutter von wichtigen Bezugspersonen.

¹⁵ Siehe hierzu bspw. Shoshana Felman und Dori Laub (1992). *Testimony. Crisis of Witnessing in Literature, Psychoanalysis and History*. New York: Routledge. sowie Dori Laub und Stevan M. Weine (1994). Psychotherapeutische Arbeit mit bosnischen Flüchtlingen. In *Psyche*, 48, S.1100-1122.

¹⁶ Verbreitetes Phänomen in den wirtschaftlich unsicheren 20er Jahren.

¹⁷ Eine Position, die den in New York als Gutachter tätigen K.R. Eissler 1963 schließlich zu einem Aufsatz mit dem Titel "Die Ermordung von wie vielen seiner Kinder muss ein Mensch symptomfrei ertragen können, um eine normale Konstitution zu haben ?" veranlasste (Eissler, 1963).

¹⁸ Wie Bohleber (2000) bemerkt, könnte diese Unfähigkeit zu trauern durchaus eine Folge von Traumatisierung sein – Mitscherlichs beziehen sich allerdings nicht auf eine Traumatheorie, sondern auf Freuds Arbeiten zur Trauer.

¹⁹ Anders als bei *Nachträglichkeit* konstituiert sich hier das traumatische Erlebnis nicht zweiphasig, sondern es handelt sich um eine tatsächliche Latenz zwischen traumatischem Erlebnis und Sichtbarwerden der Folgen.

²⁰ Ich verwende die englischsprachige Bezeichnung, da sie a) deutlich macht, dass es sich um ein Konzept aus der stressorientierten Forschung handelt und b) in der Fachliteratur häufiger verwendet wird als die deutsche Übersetzung Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS).

²¹ Das hat unter anderem die praktische Konsequenz, dass aufgrund einer PTSD-Diagnose die Behandlung bei den Krankenkassen abgerechnet werden kann.

²² Dazu ist anzumerken, dass das Anliegen der Diagnosemanuale keineswegs ein theoretisches ist, im Gegenteil wird explizit versucht, psychische Störungen möglichst atheoretisch und deskriptiv zu erfassen, um so keiner „Schule“ den Vorrang einzuräumen. PTSD ist bereits insofern eine Ausnahme, als dass aufgrund des Stressorkriteriums eine klare ätiologische Annahme formuliert wird.

²³ Auch im Unterschied zu kognitiv-behavioralen Modellen, auf die ich hier nicht eingehe. Siehe hierzu bspw. die Arbeiten von Edna B. Foa.

²⁴ Cathy Caruth bezieht sich beispielsweise auf van der Kolks Forschung, siehe ausführlich hierzu die kritischen Einschätzungen von Leys (2000).

²⁵ Die Operationalisierung von Trauma in den Neurowissenschaften orientiert sich ausschließlich an PTSD.

²⁶ Ein Problem der Theorie LeDoux' ist, dass sie wie viele Erkenntnisse der Hirnforschung auf tierexperimentellen Studien beruht und insofern eine Übertragung auf den Menschen ein gewisses Maß an Spekulation beinhaltet, zudem werden komplexe Zusammenhänge stark vereinfacht, was unter Umständen auch die Popularität von LeDoux Thesen erklärt. Nach meiner Beobachtung lässt sich insgesamt feststellen, dass in der klinischen Psychologie vor allem eingängige Theorien und Thesen aus den Neurowissenschaften adaptiert werden und leider die dazugehörige und unter Neurowissenschaftlern durchaus kontrovers und differenziert geführte Diskussion eher vernachlässigt wird.

²⁷ Über die Amygdala, einer Hirnstruktur, die mit der Steuerung von Verhaltens- und Denkprozessen, aber auch emotionalen Vorgängen in Verbindung gebracht wird

²⁸ Unterstützung erhält diese These auch von einer Untersuchung mit sogenannten bildgebenden Verfahren: in einer Symptom-Provokationsstudie zeigten Rauch et al. (1997), dass bei Probanden, wenn sie sich eine erlebte traumatische Situation bildlich vorstellten, bestimmte für die Verarbeitung von Emotionen relevante Hirnstrukturen (Amygdala, limbische Strukturen) rechtshemisphärisch eine stark erhöhte Aktivität (gemessen an der regionalen Hirndurchblutung im PET) aufwiesen, während ein bestimmtes, für die Verbalisierung von Erfahrungen zuständiges Areal, das sogenannte Broca-Areal, eine deutliche Verringerung der Aktivität gegenüber einer neutralen Kontrollsituation zeigte. Diese Ergebnisse interpretieren die Autoren dahingehend, dass sie zeigen, dass traumatische Erinnerungen in anderen Hirnstrukturen verarbeitet werden und deshalb nicht verbalisierbar seien. Auch bei dieser meines Wissens ebenfalls nicht-replizierten Untersuchung, ist das methodische Vorgehen kritisch zu bewerten, u.a. beruhte die Untersuchung nur auf acht Probanden. Unklar bleibt auch, wie die Untersucher „Skripts“ der traumatischen Situation anfertigen konnten, mit denen die Probanden dann im PET konfrontiert wurden, wenn sie dieses angeblich nicht „narrativ“ erinnern konnten.

²⁹ Wie Bohleber und Leys bemerken, formuliert van der Kolk die entscheidenden Passagen seiner Theorie übrigens im Konjunktiv, was in der Rezeption jedoch kaum beachtet wird.

³⁰ Nach Leys (2000) These könne die Nicht-Repräsentierbarkeit genauso auf „post-hypnotischem“ Vergessen beruhen und nicht auf einem speziellen „Traumagedächtnis“. Ihrer Ansicht nach oszillieren die Traumamodelle des 20. Jahrhunderts zwischen der Vorstellung, bei der traumatischen Erinnerung handle es sich um einen realitätsgetreuen „Abdruck“ im Gedächtnis und dem von ihr als hypnotisch-mimetisch bezeichneten Modell, bei dem sich die Erinnerung einer nachträglichen Repräsentation entzieht (Leys, 2000, Bohleber, 2003).

Literatur

Baranger, M., W. Baranger & J. Mom (1988). The infantile trauma from us to Freud. Pure trauma, retroactivity, and reconstruction. *International Journal of Psychoanalysis* 69; 113-128.

Bar-On, D. (1999). Kriegstrauma als soziales Phänomen. Erfahrungen in Israel. In Bronfen, E., Erdle, B.R. & S. Weigel (Hrsg.). *Trauma. Zwischen Psychoanalyse und kulturellem Deutungsmuster*: Köln: Böhlau. S.77-99.

Becker, D. (1992). *Ohne Hass keine Versöhnung*. Das Trauma der Verfolgten. Freiburg: Kore.

Becker, D. (1997). Prüfstempel PTSD - Einwände gegen das herrschende „Trauma“-Konzept. In Medico International (Hrsg.), *Schnelle Eingreiftruppe „Seele“: auf dem Weg in die*

therapeutische Weltgemeinschaft. Texte für eine kritische „Trauma-Arbeit“. Frankfurt: medico international. S.25-47.

Bergmann, M. S. (1996). Fünf Stadien in der Entwicklung der psychoanalytischen Trauma-Konzeption. *Mittelweg*; 2, 12-22.

Bergmann, M.S. (1998). Die Interaktion zwischen Trauma und intrapsychischem Konflikt in der Geschichte der Psychoanalyse. In A.-M. Schlösser K. Höfeld (Hg.). *Trauma und Konflikt*. Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 113-129.

Bohleber, W. (2003). Das Trauma und seine Bedeutung für das Verhältnis von innerer und äußerer Realität in der Psychoanalyse. In Leuzinger-Bohleber, M. & Zwiebel, R. (Hrsg.): *Trauma. Beziehung und soziale Realität*. Tübingen: Edition Diskord. S.11-32.

Bohleber, W. (2000). Die Entwicklung der Traumatheorie in der Psychoanalyse. *Psyche*, 9/10, S. 797-839.

Dreßing, H. & M. Berger (1991). Posttraumatische Stresserkrankung. Zur Entwicklung des gegenwärtigen Krankheitskonzepts. *Nervenarzt*, 62, S.16-26.

Eckhardt-Henn, A. (2002, 2. Aufl.). Dissoziation. In W. Mertens & B. Waldvogel (Hrsg.). *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe*. Stuttgart: Kohlhammer, S.141-145.

Eissler, K.R. (1963). Die Ermordung von wie vielen seiner Kinder muss ein Mensch symptomfrei ertragen können, um eine normale Konstitution zu haben? *Psyche*, 5, S.241-291.

Fischer, G. & P. Riedesser (1998). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Freud, S. & J.Breuer (1895). Studien über Hysterie. GW 1,S.75-312.

Freud, S. (1896). Zur Ätiologie der Hysterie. GW 1, S.425-453.

Freud, S. (1914). Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten. GW 10, S.126-136.

Freud, S. (1920). Jenseits des Lustprinzips. GW 13, S.1-69.

Gay, P. (1989). *Freud. Eine Biographie für unsere Zeit*. Frankfurt: S. Fischer.

Grubrich-Simitis, I. (1979). Extremtraumatisierung als kumulatives Trauma. *Psyche*, 11, S. 991-1023.

Hantke, L. (1999). Trauma und Dissoziation: Modelle der Verarbeitung traumatischer Erfahrungen. Berlin: Wissenschaftlicher Verlag Berlin Gaudig und Veit.

Hellmann-Brosé, R. (2002). Reizschutz. In W. Mertens & B. Waldvogel (Hrsg.). *Handbuch psychoanalytischer Grundbegriffe*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 609-610.

Herman, J.L. (1994). *Die Narben der Gewalt*. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden. München: Kindler, 1993.

- Horowitz, M. (1976). *Stress Response Syndroms*. New York: Jason Aronson.
- Horowitz, M. (1999). Introduction. In ders. (Ed.). *Essential Papers on Posttraumatic Stress Disorder*. New York: New York University Press. S. 1-17.
- Keilson, H. (1979). *Sequentielle Traumatisierung bei Kindern*. Stuttgart: Enke.
- Kestenberg, J. (1982). Survivor Parents and their Children. In M.S. Bergmann & Jucovy, M.E. (Eds.), *Generations of the Holocaust*. New York Basic Books, S. 83-101.
- Kettner, M. (1999). Das Konzept der Nachträglichkeit in Freuds Erinnerungstheorie. *Psyche*, S. 309-342.
- Khan, M.M.R. (1963). The concept of cumulative trauma. In Ders. *The Privacy of the Self*. London: Hogarth, S. 42-58.
- Krutzenbichler, S. (1998). Das "Trauma redivivum" oder der Glaubenskrieg um die psychoanalytische Urknalltheorie. In A.-M. Schlösser & K. Höhfeld (Hg.). *Trauma und Konflikt*. Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 131-147.
- Laplanche, J. & J.-B. Pontalis. (1999, 15. Aufl.). *Das Vokabular der Psychoanalyse*. Frankfurt: Suhrkamp (1972).
- Laub, D. (2000). Eros oder Thanatos? Der Kampf um die Erzählbarkeit des Traumas. *Psyche*, 9/10, S. 860-894.
- Leys, R. (2000). *Trauma. A genealogy*. Chicago. Chicago University Press.
- Lorenzer, A. (1968). Methodologische Probleme der Untersuchung traumatischer Neurosen. *Psyche*, 9-11, 861-874.
- Nitzschke, B. (1998). Hat Freud die Verführungstheorie aufgegeben? Trauma, Konflikt und Freud-Kritik. In A. Streeck-Fischer (Hg.). *Adoleszenz und Trauma*: Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 21-31.
- Peters, U.H. (1989). Die psychischen Folgen der Verfolgung. Das Überlebenden-Syndrom. *Fortschritte Neurologische Psychiatrie*, 57, S. 127-138.
- Rauch, S.L. & L.M. Shin (1997). Functional neuroimaging studies in Posttraumatic Stress Disorder. In Yehuda, R. & McFarlane, A. C. (Eds.). *Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder*. Annals of the New York Academy of Science, 821. New York: The New York Academy of Science. p. 83-98.
- van der Kolk, B., McFarlane, A.C. & L. Weiseth (1996). *Traumatic Stress. The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society*. New York: The Guilford Press.
- van der Kolk, B. (1996). Trauma and Memory. In van der Kolk, B., McFarlane, A.C. & L. Weiseth (Eds.). *Traumatic Stress*. New York: The Guilford Press, 279-302.

von Hinckeldey, Sabine und Fischer, Gottfried (2002). *Psychotraumatologie der Gedächtnisleistung: Diagnostik, Begutachtung und Therapie traumatischer Erinnerungen*. München: Reinhardt.

Yehuda, R. (1997). Sensitization of the Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis in Posttraumatic Stress Disorder. In Yehuda, R. & McFarlane, A. C. (Eds.). *Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder*. Annals of the New York Academy of Science, 821. New York: The New York Academy of Sciences, p. 57-75.

Young, A. (1995). *The Harmony of Illusions*. Inventing Post-traumatic Stress Disorder. Princeton: Princeton University Press.

Short biographical note

Ilka Lennertz studied Psychology and received her diploma from the Free University of Berlin. She specialized in psychoanalytic psychology, attachment theory and cognitive neuroscience. She worked in a psychiatric clinic for children and adolescents and also for a NGO in Mostar/Bosnia-Herzegowina. Since 2002 she is a doctoral student in psychoanalytic psychology at the University of Kassel and of the Sigmund Freud Institute, Frankfurt/Main with a scholarship from Heinrich Böll Foundation. Her PhD thesis is focussing on attachment, trauma and internal representations in bosnian refugee children.

Recent publication

Ilka Lennertz, "Trauma und Bindung bei Flüchtlingskindern." In Büttner, C., Mehl, R., Schläffer, P. & M. Nauck (Hg.), *Kinder aus Kriegs- und Krisengebieten*. Frankfurt am Main, Campus Verlag, 2004, S. 141-149.

Ilka Lennertz

Email ilka-lennertz@gmx.de

Citation Ilka Lennertz, Dresden, Trauma-Modelle in Psychoanalyse und klinischer Psychologie. In: TRN-Newsletter, Special Issue 2006, Hamburg Institute for Social Research, January 2006.

URL www.traumaresearch.net/special2006/lennertz.htm

Copyright © 2006, Ilka Lennertz and TRN-Newsletter, all rights reserved. This work may be copied for non-profit educational use if proper credit is given to the author and the TRN-Newsletter. For other permission questions, please contact via email the editor Cornelia.Berens@his-online.de.