

1 Einleitung

Das Thema »Trauma« beansprucht Aktualität. Dazu wird häufig angeführt, dass das 20. Jahrhundert besonders reich an schweren Traumatisierungen war – infolge von Kriegen, Verfolgungen, Vernichtungsfeldzügen, Deportationen, Internierungen und Genozid (vgl. Bohleber 2010, Zwiebel 2003). Dem ist zuzustimmen, gleichwohl dürfte ein historischer Vergleich mit anderen Zeitepochen problematisch sein. Denken wir z.B. an den »Dreißigjährigen Krieg«: Ein Konflikt, der die halbe Bevölkerung Europas ausgerottet hat. Es hat ein Jahrhundert gedauert, bis sich die betroffenen Landstriche davon erholt haben. Oder denken wir an die Millionen Opfer antiker und mittelalterlicher Schlachten und Genozide, tyrannischer Schreckensherrschaften, die mit kaum vorstellbaren Grausamkeiten einhergingen. Ist nicht das Kreuz, Symbol für die Christenheit, selbst ein Zeichen größter menschlicher Grausamkeit, ein »memento crudelitatis«?

Der Mensch, eine »wilde Bestie, der die Schonung der eigenen Art fremd ist«, (Freud 1930a, S. 471) diese Diagnose Freuds angesichts der »grausamen Aggression« dürfte über die Zeiten hinweg ihre Gültigkeit haben.

Das komplementäre Pendant der destruktiven Aggression ist das Trauma. Es liegt zunächst auf Seiten derer, welche die Grausamkeit erleiden müssen. Besonders nahe geht uns dieses Leiden, wenn es Kinder und Jugendliche betrifft, sind sie doch besonders wehrlos und schutzbedürftig. Im Trauma begegnet uns beides: Das ohnmächtige Leiden und die Destruktivität. Beides gehört zur *conditio humana*, und wer sich mit dem Trauma beschäftigt, wird immer mit diesen beiden Seiten auch seiner eigenen menschlichen Existenz konfrontiert. Es fällt uns leichter, uns mit dem überwältigten Kind zu identifizieren. Vergessen wir aber nicht, dass die destruktive Bemächtigung des Anderen auch ein Teil unseres Seelen-

lebens ist – ein von der dünnen Schicht der Zivilisation oft nur mühsam verborgener Teil.

Aber nicht nur »man-made disaster« wirken traumatisch. Seit jeher sind wir Menschen den Gewalten der Natur ausgeliefert. Unsere Vorfahren sahen sich übermächtigen potenziellen Angreifern ausgesetzt, von denen eine ständige Gefahr ausging. Dafür ist die Natur des Menschen nur unzureichend ausgestattet: Er kann nicht besonders schnell laufen, er kann nicht gut klettern, er hat keine »Zähne und Klauen« wie eine Raubkatze, die Fähigkeiten seiner Sinnesorgane fallen im Vergleich mit anderen Lebewesen eher dürfig aus. Der Mensch kann von allem etwas, aber nichts besonders gut – evolutionär ist er Generalist. Sein Überleben hängt vom Zusammenschluss in Gruppen und Clans ab, innerhalb derer wechselseitige Kommunikation und Beziehungsregulation zwingend notwendig sind. Es ist phylogenetisches Erbe der Menschheit, dass archaische Ängste innerhalb von Beziehungen bewältigt werden, im großen Zusammenhang innerhalb von Kultur. Eigentlich traumatisch ist deshalb die überflutende, nicht regulierbare Angst angesichts der Verluste von sicherheitsgebenden Beziehungen.

Das Wort Trauma entstammt dem Griechischen: *traúmatos* bedeutet (durch Gewalteinwirkung entstandene) Wunde, Verletzung. Seit dem 18. Jhd. wird das Wort in der Wissenschaftssprache der Medizin verwendet und bezieht sich auf körperliche Verletzungen. Von dort hat es Eingang gefunden in die psychologische Fachsprache i. S. einer seelischen Verletzung.

Das Wort Traum ist fast identisch – etymologisch haben beide Begriffe jedoch nichts miteinander zu tun. Es ist althochdeutschen Ursprungs und bedeutet »im Schlaf auftretende Vorstellung, sehnlicher Wunsch«. Gleichwohl hat Zwiebel (2003) interessante Bezüge zwischen beiden seelischen Phänomenen hergestellt.

Das vorliegende Buch beschäftigt sich mit dem psychoanalytischen Verständnis des psychischen Traumas. Sigmund Freud postulierte ein seelisches Trauma am Grunde psychischer Erkrankungen und hat dies als Erster systematisch ausgearbeitet. Inzwischen ist die psychodynamische Psychotraumatologie um eine Fülle von Verstehensansätzen angewachsen. Traumata im Kindes- und Jugendalter gelten als prägend für das ganze Leben, mit dem Risiko nachhaltiger Erkrankungen, auch im späteren Er-

wachsenenleben, wie jüngst die NAKO-Gesundheitsstudie (2024) nachgewiesen hat. Es ist also nur folgerichtig, sich der Therapie gerade in dieser Altersgruppe besonders zuzuwenden.

Inzwischen liegt auch eine psychoanalytische Leitlinie zur Traumatisierung im Kindes- und Jugendalter vor (Burchartz, Kallenbach & Ondracek, 2023, S. 459–522)

Neben dem psychodynamischen Zugang gibt es eine Vielzahl von Konzepten, wie man das Trauma im Kindes- und Jugendalter verstehen und wirksam psychotherapeutisch behandeln kann. Viele dieser Ansätze kommen zu vergleichbaren Ergebnissen und ähnlichen Vorgehensweisen, gleichwohl gibt es auch gravierende Unterschiede. Das vorliegende Werk erhebt nicht den Anspruch, diese Konzepte auch nur ansatzweise darzustellen. Das Interesse des Buches ist zu zeigen, wie man heute das Trauma im Kindes- und Jugendalter psychodynamisch versteht und dass eine sorgfältig durchgeführte Psychotherapie auf der Grundlage der Psychoanalyse eine wirksame und nachhaltige Traumatherapie ist. Wenn es zur Erweiterung des gegenwärtigen Diskurses über psychische Traumata beiträgt und zur Vertiefung in das Thema für Fachleute und Ausbildungskandidaten einlädt, hat es sein Ziel erreicht.

Offensichtlich hat das Werk großes Interesse gefunden, so dass das Buch nun in seiner zweiten Auflage erscheint. Sie enthält neben einigen kleineren Korrekturen und Aktualisierungen v. a. ein Kapitel über psychosomatische Traumafolgen.

Ich habe mich entschieden, den Rechtschreibregeln des Rates für deutsche Rechtschreibung zu folgen. Ein besseres Regelwerk hinsichtlich der Inklusivität gibt es m. E. nicht. Wo eine Differenzierung nötig ist, verwende ich die Doppelformulierung.

Alle Personen sowie deren persönliche Daten und Kontexte in den Falldarstellungen sind nach nationalen und internationalen Standards und Vereinbarungen für wissenschaftliche Fachpublikationen vom Autor anonymisiert worden. Der Autor versichert, dass kein Interessenkonflikt mit Dritten besteht.

Öhringen, im Sommer 2024
Arne Burchartz

2 Das Trauma in der Psychoanalyse

2.1 Die Anfänge: Die Verführungstheorie von Sigmund Freud

Die Psychoanalyse begann als Traumatherapie. Für die Entstehung der Hysterie postulierte Sigmund Freud ein reales sexuelles Kindheitstrauma, das verdrängt wurde und als Symptom in kompromissafter Weise im Jugend- und Erwachsenenalter wieder auftaucht (Freud 1896c). Diese »Verführungstheorie« beschrieb den traumatischen Prozess bereits als sehr komplexes Geschehen: ein Ereignis, das die »Erregungssumme« im Nervensystem steigert, kann nicht oder nicht vollständig motorisch »abregiert« werden oder durch »kontrastierende Vorstellungen« kompensiert werden, wie es normalerweise geschieht (Freud 1893 h, S. 192f). In der Erinnerung bleiben die Affekte, die mit dem Ereignis verbunden waren, von Freud sogenannte »Reminiszenzen« der unvollständigen Erledigung der Traumen.¹ Allerdings ist es nicht das reale Erlebnis allein, welches die Krankheit verursacht. Aktuelle Erlebnisse rufen unbewusste Erinnerungen an das frühere Geschehen hervor und verknüpfen sich assoziativ mit diesen, jedoch nicht als bewusste Vergegenwärtigung, sondern als Symptom, einer gleichsam symbolischen Erinnerung, welche das traumatische Ereignis wachruft, ohne die Verdrängung aufzuheben.² Freud nannte diesen Vorgang die »Nachträglichkeit« (Freud 1885/1950a, S. 444ff)

Gemäß der Verführungstheorie ist das Trauma nicht allein ein überwältigendes Ereignis, sondern ein Zusammenwirken von äußeren Ein-

1 »...der Hysterische leide(t) größtenteils an Reminiszenzen« (Freud 1895d, S. 86)

2 »...assoziativ geweckte Erinnerung an frühere Erlebnisse« (Freud 1896c, S. 432)

wirkungen, inneren psychodynamischen und affektiven Vorgängen, Phantasietätigkeit und kompromisshafter Verarbeitung im Symptom, das wiederum in Wechselwirkung zur sozialen Umwelt steht. Dieses Zusammenspiel kann man auch in Form einer »Ergänzungsreihe« beschreiben: Die Intensität der Überwältigung, die Möglichkeiten psychischer Verarbeitung und die Beschaffenheit der Beziehungen ergänzen sich gegenseitig und ergeben dem Trauma seinen je individuellen Charakter auf einer Skala von schwerer, anhaltender Belastung bis zu einer vorübergehenden Irritation. Die Psychoanalyse versteht das Trauma also als *Prozess*.

Viele heute selbstverständliche Erkenntnisse über traumatische Vorgänge und deren Verarbeitung sind in nuce in der Verführungstheorie enthalten (vgl. Hirsch 2011, S. 20). Mit dem Gewicht, das sie auf (rekonstruierte) Traumata in der Kindheit legt, vertrat Freud implizit die Ansicht, dass Kindheitstraumata besonders tiefgreifend und nachhaltig in die Psyche eingreifen und einen entscheidenden pathogenen Faktor für spätere psychische Erkrankungen darstellen. Auch diese Einsicht wird heute in verschiedenen Fachrichtungen eindrücklich bestätigt. (Diepold 2002, Hüther 2003; Streeck-Fischer 2006, Rauchfleisch 2006; 2008, Leuzinger-Bohleber, Roth & Buchheim 2008, Wöller 2011)

2.2 Die Triebtheorie

Freud gab 1897 die Verführungstheorie zugunsten der Trieb-Konflikt-Theorie auf. Nicht jede neurotische Erkrankung konnte auf ein reales Trauma zurückgeführt werden. Es mussten also intrapsychische Vorgänge sein, »Reizmengen«, die der physio-psychischen Sphäre entstammen und nicht adäquat abgeführt bzw. nicht vollständig verdrängt werden konnten. In einem Brief an den Arzt Wilhelm Fließ, damals freundschaftlicher Vertrauter und Diskussionspartner von Sigmund Freud, (Nr. 139 vom 21. September 1897) relativiert er die Verführungstheorie und stellt fest, »daß man die Wahrheit und die mit Affekt besetzte Fiktion nicht unterscheiden kann« (Freud 1986, S. 284; vgl. Gay 1999, S. 108, 112f). Dies

führte zur Ausarbeitung der Triebtheorie mit ihrem zentralen Theorem, dem Ödipuskomplex (vgl. Burchartz, Hopf & Lutz 2016, S. 53 ff). Wiewohl Freud die Möglichkeit realer Traumatisierungen in der Kindheit nie bestritt (vgl. Nitschke 1998, Endres & Moisl 2002), so stellte diese Wende doch einen entscheidenden Einschnitt in der Psychoanalyse und speziell in deren Traumakonzepten dar. Zum einen führte sie zu heftigen Vorwürfen gegen die Psychoanalyse, sie vernachlässige die Dimension der realen Traumatisierungen in der Kindheit, insbesondere der sexuellen Traumata und verrate so die Patienten, ja traumatisiere sie sekundär, indem sie die so wichtige Arbeit an der *Realität des Traumas*, die in dissoziativen und introjektiven Prozessen verloren geht (► Kap. 8), vernachlässige. Zum anderen aber bahnt sie die Erkenntnis, dass *innere* ungelöste konflikthafte Vorgänge traumatischen Charakter haben können. Fortan spielte die Phantasietätigkeit, die Ausformung des Begehrens im ödipalen Konflikt sowie der Hass auf die ödipalen Objekte und die Verdrängung beider Triebregungen eine größere Rolle im Verständnis der Ätiologie der Neurosen. Der Schrecken des traumatischen Ereignisses gewinnt seine traumatische Dimension aus der Vermischung mit verpönten sexuellen und aggressiven Regungen. Diese theoretische Konzeptualisierung lässt sich sehr plastisch am Fallbericht »Dora« (Freud 1905e) nachvollziehen (vgl. Burchartz, Hopf & Lutz 2016, S 22–25). In einer Fußnote zu dieser Fallgeschichte betont Freud, dass er die Verführungstheorie nicht aufgegeben, jedoch ergänzt hat (Freud 1905e, S. 185). Der Vorwurf, der gegen Freud erhoben wird, er nehme reale (äußere) Traumatisierungen insbesondere aus dem Beziehungsbereich durch seine Konzepte infantiler Sexualität nicht ernst, lässt sich nicht halten. Im Gegenteil: erst aus dem Zusammenwirken äußerer und innerer Faktoren lässt sich der traumatische Prozess verstehen.

C.G. Jung nahm an der Entwicklung der Freud'schen Theoriebildung lebhaften Anteil. Die Abwendung von der Verführungstheorie, die Hinwendung zur »Psychogenität« der Neurose brachte ihn dazu, das Trauma selbst für unwichtig zu halten. Den realen Inzest und seine Auswirkungen hat er wenig ernst genommen (Wirtz 1992, S. 43 f). Traumata »scheinen bloß wichtig zu sein, indem sie der Anlaß zur Manifestation eines schon längst abnormen Zustandes sind. Der abnorme Zustand ist ... ein anachronistisches Weiterbestehen einer infantilen Stufe der Libidoentwick-

lung.« (Jung 1971/1913, S. 158). Eine gewisse Tragik liegt darin, dass Jung dies anhand eines Falles darstellt, bei dem ein Trigger für die Wiederbelebung eines ursprünglichen Traumas gesorgt hat. Aber die Zeit war noch nicht reif für solche Erkenntnisse.

Später revidierte Jung seine Ansicht unter dem Eindruck, dass »als eine der Folgen des Krieges, eine wahre Flut von traumatisch bedingten Neurosen in Erscheinung trat«. (Jung 1921/1954, S. 138) »Hier ist das Trauma mehr als nur ein auslösendes Moment; es ist die Ursache im Sinne einer *causa efficiens*, besonders wenn wir die besondere psychische Atmosphäre des Schlachtfeldes als wesentlichen Faktor mitberücksichtigen.« Damit ist zweifellos die Todesangst der Kombattanten gemeint, eine Angst, die den Reizschutz des Ich überrennt (s. u.). Jung ist hier ganz nahe an einer der Grundbedingungen des Traumas – leider hat er den Gedanken nicht weiterverfolgt.

Schließlich finden wir den Gedanken, die Beschäftigung mit dem infantilen Trauma sei ein Ausweichen vor persönlicher Verantwortung.

»Die Erinnerungsbemühungen sehen aus wie angestrengte Tätigkeit und haben überdies den Vorteil, daß sie vom eigentlichen Thema (den aktuellen Gründen der Neurose, A. B.) ablenken. Weshalb es auch unter diesem Gesichtswinkel empfehlenswert erscheinen mag, die Jagd nach einem möglichen Trauma noch lange fortzusetzen.« (Jung 1926/1969, S. 130)

Es ist Jung darin Recht zu geben, dass »die Jagd nach einem möglichen Trauma« in pädagogischen und therapeutischen Zusammenhängen nicht außer Mode gekommen ist und manche Zerstörungen in Beziehungen anrichtet. Allerdings schüttet er das Kind mit dem Bade aus, wenn die Möglichkeit kindlicher Traumatisierungen damit ironisierend beiseitegeschoben wird.

2.3 Der Ich-Psychologische Ansatz

Im Strukturmodell (Freud 1923b) richtete Freud sein Augenmerk auf das Ich, dem als organisierende Instanz die Vermittlung von innerer und äußerer Realität, von Triebansprüchen und sozialem Gefüge gelingen muss. Dem Ich kommt die Funktion eines Reizschutzes durch seine regulierende Abwehrtautigkeit und die Einwirkung auf die Außenwelt zu. Sind die Reizmengen aber zu groß, gelingt der Reizschutz nicht: »Solche Erregungen von außen, die stark genug sind, den Reizschutz zu durchbrechen, heißen wir *traumatische*« (Freud 1920 g, S 29). Ist der Reizschutz erst durchbrochen, wird das psychische System von großen »Reizmengen« gleichsam überflutet, es kommt zu einer Gegenwehr: die »Einbruchstelle« wird mit großen Mengen psychischer Energie »gegenbesetzt« – Energie, die anderen psychischen Funktionen entzogen wird, was im Ergebnis auf eine »Lähmung oder Herabsetzung der sonstigen psychischen Leistung« hinausläuft (ebd., S 30). Der Einbruch überflutender Reize wird begünstigt durch eine fehlende Angstbereitschaft: Fehlt die Angst als Signal für die drohende Gefahr, kommt also das überwältigende Ereignis unvorbereitet über den Menschen, so ist es wahrscheinlicher, dass der Reizschutz durchbrochen wird. Diesen Gedanken arbeitet Freud später weiter aus (1926d): er unterscheidet zwischen traumatischer Angst und Signalangst. Die Signalangst entspringt einer antizipatorischen Funktion der Psyche: Sie reagiert auf eine drohende Gefahr, um ihr zu entgehen oder ihr etwas entgegenzusetzen. Die Signalangst hat damit eine wichtige Schutzfunktion gegen das Trauma. Fehlt der antizipatorische Charakter der Angst, so kommt es zu einer traumatisch überflutenden Angst und das Trauma wird sich besonders schädigend auswirken (»Extremtraumatisierung«).

Ist die Widerstandsfähigkeit des Ich durch ungelöste innere Konflikte, neurotische Verarbeitungsformen etc. herabgesetzt, kommt es auch bei geringeren Reizmengen zu einer traumatischen Erregung. So lässt sich erklären, warum ähnliche Ereignisse bei manchen Menschen ein Trauma auslösen, bei anderen jedoch nicht.

Bei der Verarbeitung des Traumas spielt der Wiederholungszwang eine entscheidende Rolle: nicht allein in Träumen (die »Träume (der Unfallsneurotiker) suchen die Reizbewältigung unter Angstentwicklung nach-

zuholen«, [Freud 1920 g, S 32]), sondern auch in sozialen Beziehungen durch »Bemühungen, das Trauma wieder zur Geltung zu bringen, also das vergessene Erlebnis zu erinnern, oder noch besser, es real zu machen, eine Wiederholung davon von neuem zu erleben, wenn es auch nur eine frühere Affektbeziehung war, dieselbe in einer analogen Beziehung zu einer anderen Person neu wiederaufleben zu lassen. Man faßt diese Bemühungen zusammen als Fixierung an das Trauma und als Wiederholungszwang« (Freud 1939a S 180).

Anna Freud hat das Traumaverständnis unter Ich-Psychologischen Gesichtspunkten weiter ausgearbeitet. Wesentlich sei das Merkmal, ob ein schädigendes Ereignis eine »innere Katastrophe« ausgelöst hat, »einen Zusammenbruch der Persönlichkeit aufgrund einer Reizüberschwemmung, die die Ichfunktionen und die Vermittlertätigkeit des Ichs außer Kraft gesetzt hat.« (Freud 1967/1964, S. 1834). Klinische Anzeichen eines Traumas sieht sie – ähnlich wie S. Freud – in der Lähmung und Handlungsunfähigkeit, innerer Erstarrung und im Verlust der Affektsteuerung: eine Ich-Regression. Eine sorgfältige Unterscheidung sei zu treffen, welche Ich-Funktionen geschädigt wurden, welche intakt geblieben sind, wie die Abwehr angegriffen bzw. auf frühere Stufen zurückgeworfen wurden. Dabei spiele die (unbewusste) Bedeutung, welche der Mensch dem Ereignis zumisst, eine entscheidende Rolle. Bei Kindern müsse man auch »das traumatische Ereignis zum Entwicklungsprozess in Beziehung ...setzen« (a. a. O. S. 1837) und den Prozess der »Wiederherstellung« beobachten, inwieweit die Entwicklung wieder aufgenommen werden konnte und auf welchem Niveau. Auch für Anna Freud stellt die Pathologie einer »traumatischen Neurose« den Versuch der Verarbeitung des traumatischen Ereignisses dar.

In diesem Ich-Psychologischen Modell, das überwiegend eine ökonomische Betrachtungsweise enthält, fehlt die Differenzierung der unterschiedlichen Situationen, die ein Trauma auslösen können: -disaster, Naturkatastrophen, Beziehungstraumatisierungen usw. Es scheint lediglich um das Verhältnis von Reizanflutung und psychischer Disposition zu gehen. Gleichwohl sind hier wesentliche Grundlagen des Traumaverständnisses beschrieben: Gegenwehr und reparative Versuche der Psyche gegen das Traumaeignis, die Frage der Ich-Stärke, der Resilienz (etwa

Antizipation und Symbolisierungsfähigkeit), die Rolle der Angst, die Traumaverarbeitung durch den Wiederholungszwang in Beziehungen.

Die Ich-psychologische Betrachtungsweise der Traumatisierung von Kindern und Jugendlichen legt eine Reihe von Überlegungen nahe:

Erstens muss die Empfindlichkeit der seelischen Ausstattung berücksichtigt werden. Manche Kinder bringen von Anfang an einen geringen Reizschutz mit und sind deshalb besonders darauf angewiesen, dass ihn die Eltern zur Verfügung stellen. Solche Kinder sind besonders trennungsempfindlich. Wird durch ein schreckensvolles Ereignis diese Beziehung labilisiert, gestört oder in Frage gestellt, oder geht ein solches Ereignis gar von den Bezugspersonen aus, ist ein solches Kind traumatischer Überflutung besonders ausgeliefert.

Zweitens muss der Stand der Triebentwicklung und der Ich-Entwicklung einbezogen werden. Ein Auftreten erschreckender Naturgewalten wie z. B. ein heftiges Gewitter, ein Orkan o. ä. wird auf einen Vierjährigen anders wirken als auf ein Latenzkind, das über ein größeres kognitives Verständnisrepertoire solcher Phänomene verfügt. Eine anale Überwältigung, wie sie z. B. vorkommt, wenn Eltern ihrem Kind bei Obstipationen Klistiere verabreichen, wird in der entsprechenden Entwicklungsphase anders wirken als in späteren Jahren. Gewaltandrohungen, manifeste Gewalt und sexueller Missbrauch wirken umso destruktiver und nachhaltiger, je größer die reale Ohnmacht und Abhängigkeit ist.

Drittens muss gefragt werden, wie sicher Ich-Funktionen in der bisherigen Ich-Entwicklung etabliert worden sind. Gab es hier schon vor dem Trauma Beeinträchtigungen, so dass das Ich dem Eindringen traumatischer Angst wenig entgegenzusetzen hat?

Viertens muss betrachtet werden, welche »Hilfs-Ich«-Funktionen die soziale Umgebung bereitstellt. Wie reagieren die Eltern, die Geschwister, Verwandte, Freunde, Pädagogen? Stellen sie ein vertrauenswürdiges Milieu zur Verfügung? Gibt es – falls die Traumatisierung in der Familie entsteht – sonstige soziale Ressourcen?

Fünftens fragen wir danach, welche Phantasien sich um das traumatische Ereignis ranken. Auch diese werden je nach Entwicklungsstand in unterschiedlicher Weise die Verarbeitung des Traumas prägen. Ein Kind etwa, das noch weitgehend dem egozentrischen Weltbild mit seinem magischen Denken verhaftet ist, wird mit hoher Wahrscheinlichkeit u. a.