

Die Entwicklung der Traumatheorie in der Psychoanalyse*

Übersicht: In dieser Arbeit wird der historische Bogen gespannt von Freuds frühen Annahmen zu Trauma und Verführungstheorie über Ferenczis Neuerungen und den traumarelevanten Ergebnissen der Säuglingsforschung bis zu den neueren Überlegungen im Zusammenhang mit Erkenntnissen zu Verführung im Kindesalter, vor allem aber in Verbindung mit der Behandlung von Holocaust-Überlebenden und deren Nachkommen. Die Behandlung von Holocaust-Überlebenden erzwang, die Traumatheorie für diese extreme traumatische Erfahrung neu zu konzeptualisieren. Der Autor zeigt, wie sich in der Psychoanalyse unterschiedliche Traumatheorien auf der Basis zweier Modellvorstellungen entwickelten: der psychoökonomischen und der objektbeziehungstheoretischen. Beide Modelle sind notwendig, um das Trauma angemessen zu begreifen.

1. Einleitung

Die Katastrophen des vergangenen wie des beginnenden Jahrhunderts, Kriege, Holocaust, rassische und ethnische Verfolgung, sowie die Zunahme sozialer Gewalt und das neu entwickelte Bewußtsein für die Gewalt in Familien, für Mißhandlung und sexuellen Mißbrauch von Kindern, machten und machen Traumatisierungen von Menschen und deren Folgen zu einer unabweisbaren Aufgabe für die Theorieentwicklung und Behandlungstechnik der Psychoanalyse. Wir stehen vor der Aufgabe, ein möglichst umfassendes Verständnis der Destruktion und der Folgen von Gewalt und Traumatisierung zu gewinnen, zugleich müssen die therapeutischen Konzepte der Psychoanalyse daraufhin geprüft werden, inwieweit sie für die Behandlung von Traumatisierungen geeignet sind.

Die Beschäftigung mit dem Trauma und seinen Folgen, mit politischer und sozialer Gewalt hatte lange nicht den Stellenwert in der Psychoanalyse, der ihm zukommen mußte. Eine eigentümliche Ambivalenz beherrschte oft seine klinische und theoretische Einschätzung. Ein wesentlicher Grund ist, daß sich die klinischen Theorien der Psychoanalyse zunehmend auf das Hier und Jetzt der Übertragung-Gegenübertragungsbeziehung konzentriert haben und damit auf die Bedeutungen, die sich in der psychoanalytischen Begegnung innerhalb der Behandlungs-

* Bei der Redaktion eingegangen am 27. 4. 2000.

situation entfalten. Die gegenwärtigen intersubjektiven, konstruktivistischen und narrativen Theorien fassen die Wahrnehmung des eigenen Selbst und der Außenwelt als komplex und unbestimmt auf. Ihre Bedeutung wird in der intersubjektiven Beziehung zwischen Analytiker und Patient jeweils neu geschaffen. Erfahrung erscheint so als ein fortlaufender intersubjektiver und interpretativer Prozeß. Kindheitserfahrungen und die determinierende Kraft der Vergangenheit geraten damit weitgehend ins Vage. Auch die Körperlichkeit aller menschlichen Erfahrungen verschwindet tendenziell; tatsächlich kann sie nicht darin aufgehen, durchweg sozial konstruiert zu sein, und sie läßt sich auch nicht gänzlich gesellschaftlich und intersubjektiv definieren. Bei der Behandlung von Traumatisierungen tritt nun diese Einseitigkeit postmodern-intersubjektiver Theorien besonders hervor, denn das Trauma durchschlägt den Schutzmantel, den die seelische Bedeutungsstruktur des Menschen bildet. Es wird dem Körper eingeschrieben und wirkt sich unmittelbar auf das organische Substrat seelischen Funktionierens aus. Das Spezifische des Traumas, das psychologisch angemessen beschrieben werden muß, liegt in der Struktur der Wahrnehmungsprozesse und der Affekte sowie der Erfahrung, daß der psychische Raum durchbrochen und die Symbolisierung zerstört wird. Das traumatische Erleben ist im Kern das eines »Zuviel«.

In dieser kurzen Skizzierung deutet sich schon an, worin bei meiner Darstellung der Theoriebildung zum Trauma ein Schwerpunkt liegen wird, nämlich im Ineinander von hermeneutischen und psycho-ökonomischen Konzeptualisierungen. Dabei bildet die Frage, worin psychologisch der Kern der traumatischen Erfahrung besteht, eine weitere Leitlinie. Das Trauma und seine Folgen hat in den letzten Jahren zunehmend wissenschaftliches Interesse in der Psychoanalyse auf sich gezogen. Die psychoanalytische Literatur zum Trauma ist zwischenzeitlich so stark angewachsen, daß ich keinen umfassenden Überblick über die Arbeiten zur Traumatheorie geben kann. Meine Schwerpunktsetzung bestimmt die Auswahl, dabei werde ich auf Arbeiten, die sich mit Fragen der Behandlung von Traumatisierungen befassen, nicht eingehen können.

2. Sigmund Freud und die Entwicklung eines psychoökonomischen Trauma-Modells

In der Frühzeit seiner Praxis war Freud bei Patientinnen, die hysterische Symptome ausgebildet hatten, mit sexuellen Verführungserlebnissen in der postpubertären Entwicklungsphase konfrontiert. Als determinierender Faktor reichten ihm diese Erlebnisse aber zur Erklärung der Erkrank-

kung nicht aus. Berichte seiner Patientinnen über sexuelle Verführungen in ihrer Kindheit ließen ihn ein präpubertäres sexuelles Trauma annehmen, eine genitale Stimulation des Kindes durch einen Erwachsenen, die es aber nicht als sexuell erleben konnte. Erst durch eine zweite Verführung nach der Pubertät und durch die zwischenzeitlich eingetretene sexuelle Reifung und Erlebnisfähigkeit erhält das frühe Erlebnis nun nachträglich seine Bedeutung. Durch assoziative Verknüpfung mit dem akuten Erlebnis und durch die einsetzende Reizüberflutung erhält dieses erste Erlebnis seine traumatische Kraft, was die Abwehr der Erinnerung erzwingt und es unbewußt macht. Mißlingt dieser Abwehrvorgang, eröffnet sich als Ausweg eine hysterische Symptombildung.

Nach Blass und Simon (1994) war Freud immer wieder Zweifeln an seiner Verführungstheorie ausgesetzt.¹ Was wie ein plötzlicher Widerruf seiner Theorie erscheine, sei keinesfalls eine scharfe Kehrtwendung gewesen. Freuds theoretisches Denken gleiche eher einem Serpentinengang, den er im Verlauf von 20 Jahren nur mit großen Schwierigkeiten begehen konnte (ebd., S. 689). Freud hat sich mit dem Problem, ob eine Verführung tatsächlich stattgefunden hat, noch lange auseinandergesetzt. In dem Brief an Fließ vom 21.9.1897 (Freud, 1985c, S. 283 ff.) nennt er Gründe, die ihn bewogen haben, die Verführungstheorie aufzugeben: zum einen erzielte er in den Analysen nicht die Erfolge, die er durch diese Aufklärung erwartete, zum anderen erzwang die Häufigkeit der hysterischen Neurosen den Rückschluß auf einen massenhaft verbreiteten sexuellen Mißbrauch in Familien. Der dritte Grund, den Freud angibt, liegt in der Beschaffenheit des unbewußten Materials selbst. Da es im Unbewußten keine Realitätszeichen gebe, könne auch über Wahrheit oder affektbesetzte Fiktion nicht sicher entschieden werden. So sah er sich zur Annahme gezwungen, daß es sich bei den Erzählungen seiner Patientinnen nicht um wirkliche Erlebnisse, sondern um Phantasien handle. Diese Wende in der Theorie erfolgte durch die Entdeckung des Ödipus-Komplexes und der unbewußten Phantasien. Blass und Simon (1994) präzisieren zu Recht, daß entgegen dieser allgemein vertretenen Annahme nicht die Entdeckung ödipaler Phantasien der entscheidende Grund war, sondern die Erkenntnis, daß es möglich ist, eine Phantasie

¹ Blass und Simon (1994) weisen in einer detaillierten Analyse nach, daß Freud im Zeitraum von 1893–1897 vier unterschiedliche Verführungstheorien formuliert hatte. Als *die* Verführungstheorie gilt in der Literatur die dritte (während der Zeit vom 15.10.1895 bis zum 6.12.1896). Die Autoren führen die unterschiedlichen Theorien darauf zurück, daß sich Freud in jener Zeit intensiv mit verwirrendem und emotional belastendem Material auseinandersetzte (1994, S. 678).

als Realität wahrzunehmen, und daß uns Phantasien auf dieselbe Weise wie reale Ereignisse beeinflussen können. Freud war dadurch gezwungen, von einer ziemlich komplexen Interaktion von Evidenz, Theoretisieren und Phantasie sowohl bei sich selbst als auch bei seinen Patienten auszugehen.

Auch wenn Freud den Wechsel seiner Theorie als einen »Sturz aller Werte« (Freud, 1985c, S. 286) bezeichnete, so entsprach diese Formulierung dennoch nicht seiner klinischen Realität. Grubrich-Simitis (1987) spricht von einer Gegenbesetzung gegen das Trauma-Modell, vom dem sich Freud geradezu »wegkatapultiert« habe. Aber in Wirklichkeit seien das neu gefundene Trieb-Modell und das Trauma-Modell nicht antagonistisch, sondern ergänzten sich gegenseitig. Immer wieder kommt Freud in seinen Schriften auf die traumatische Genese zu sprechen, und dabei auch auf den sexuellen Mißbrauch, den er als eine der Ursachen neurotischer Erkrankungen nie aufgab. Wie Grubrich-Simitis betont, habe Freud stets die Befürchtung gehabt, das vergleichsweise gefälligere Trauma-Modell könne tendenziell das radikal neue, dauerhaft unliebsame schwierigere und unwahrscheinlichere Trieb-Modell gefährden. Da für ihn jetzt die psychische Realität »in der Welt der Neurose die maßgebende« (1916-17a, S. 383) war, kam er zur Überzeugung, daß eine Traumatisierung auch aus inneren Quellen stammen könne. Einige phasenspezifische infantile Triebäußerungen, Ängste und Konflikte galten ihm als prototypische innere Bedingungen, die einem Erleben durch entsprechende äußere Umstände traumatische Wirkung verleihen konnten.

Der Erste Weltkrieg zwang Freud und seine Schüler, sich erneut mit der traumatischen Neurose und der pathogenen Wirkung von Außenweltfaktoren zu beschäftigen. Ein psycho-ökonomischer Aspekt trat in den Vordergrund: »Es ist so, als ob diese Kranken mit der traumatischen Situation nicht fertig geworden wären, als ob diese noch als unbezwungene aktuelle Aufgabe vor ihnen stände, und wir nehmen diese Auffassung in allem Ernst an; sie zeigt uns den Weg zu einer [...] ökonomischen Betrachtung der seelischen Vorgänge« (1916-17a, S. 284). In *Jenseits des Lustprinzips* (1920g) entwickelte er diese Auffassung durch das Konzept des Reizschutzes weiter.² Dieser wird im traumatischen Erleben

² Freuds Konzept des Reizschutzes, in dem sich biologische und psychologische Annahmen miteinander verschränken, ist insbesondere von der neueren Säuglingsforschung einer grundlegenden Revision unterzogen worden. An die Stelle eines passiven Reizschutzes ist ein aktiv-regulierender Umgang des Säuglings mit seiner Umwelt getreten. Auch wird die Rolle der Mutter als Puffer und Reizschutz hervorgehoben. Vgl. Esman, 1983; Stern, 1985, S. 324 ff.; Krystal, 1988, S. 200 ff.

durchbrochen, die anstürmenden Quantitäten von Erregung sind zu groß, um gemeistert und psychisch gebunden zu werden. Der psychische Apparat regrediert auf primitivere seelische Reaktionsweisen. Der Wiederholungszwang aktualisiert das traumatische Erlebnis wieder, in der Hoffnung, die Erregung auf diese Weise abzureagieren oder psychisch zu binden und damit das Lustprinzip wieder in Kraft zu setzen. Das Trauma ist aber nicht nur eine Störung der libidinösen Ökonomie, sondern es bedroht die Integrität des Subjektes auf radikalere Weise (Laplanche u. Pontalis, 1967, S. 518). In *Hemmung, Symptom und Angst* (1926d) beschreibt Freud das Ich angesichts einer unerträglichen Erregung in der traumatischen Situation als absolut hilflos. Das Ich, das normalerweise bei Gefahr ein Angstsignal entwickelt, wird jetzt von automatischer Angst überflutet. Eine traumatische Situation kann sowohl durch innere übermäßige Triebregungen als auch durch äußere, reale Erlebnisse entstehen. Die Beziehung zwischen dem äußeren Ereignis und den inneren Vorgängen wurde von Freud aber nie genau festgelegt. Entscheidend war das Zuviel an Erregung und ein gelähmtes Ich, das außerstande war, den seelischen Spannungszuwachs abzuführen oder psychisch zu binden.

Auch Fenichel (1937, 1945) definiert das Trauma durch eine übergroße Erregungsmenge, die nicht gebunden werden kann, wobei die traumatische Wirkung eines Ereignisses davon abhängt, wie unerwartet es eintritt. Unerwartete Ereignisse wirken a priori Ich-überwältigend. Neben Abfuhr und Bindung steht bei Fenichel die Angst im Zentrum seines Trauma-Modells. Traumen sind für Fenichel in der menschlichen Entwicklung unvermeidbar. Da die elterliche Fürsorge nicht immer adäquat zur Verfügung steht, wird das kindliche Ich zu großen Erregungsmengen ausgesetzt und eine primäre Angst vor dem Zusammenbruch des Ichs erzeugt. Spätere Gefahren, die vor allem Triebgefahren sind, erinnern an den einmal erlebten traumatischen Zustand. Fenichel stiftet einen engen Zusammenhang zwischen traumatischem Angsterleben und zu hoher Sexualerregung. Alle Triebabwehr erfolgt aus Angst und alle (sekundäre) Angst ist das Bemühen des Ichs zur Vermeidung von traumatischen Erlebnissen. Traumatisch übergroße Angst, Realangst und Gewissensangst stellen für Fenichel eine genetische Entwicklungsreihe dar, und die Psychoneurosen werden auf diese Weise von der traumatischen Neurose abgeleitet. Je mehr psychische Energie zur Aufrechterhaltung früherer Verdrängung aufgewendet werden muß, desto weniger kann das Ich Erregungsquanten binden und desto leichter ist es für Traumatisierungen anfällig. Im Zustand der Hilflosigkeit regrediert das

Ich auf eine primitivere passiv-rezeptive Art der Realitätsbewältigung. Fenichel hat ein reines psychoökonomisches Abfuhrmodell für das Trauma geschaffen. Die traumatische Situation wird nur noch als übergroße Erregungsmenge konzeptualisiert. War bei Freud in der Hilflosigkeit als traumatischem Zustand des Ichs das Objekt zumindest als fehlendes noch anwesend, so bleibt bei Fenichel nur noch die Angst und Ohnmacht, die er als eine Abschaltung der überfordernden Reize versteht.

In der Theoriediskussion der Psychoanalyse rückten die traumatischen Ursachen gegenüber den triebbedingten Konflikten und den Fixierungen der Libido an den Rand. Arbeiten, die sich mit dem Trauma befaßten, bestätigten Freuds Formulierungen, führten aber nicht darüber hinaus.³ Erst die Untersuchungen zur frühen Entwicklung des Kindes seit den fünfziger Jahren lieferten neue Erkenntnisse über das Trauma.

3. Ferenczi, die Untersuchung früher Mutter-Kind-Interaktionen und die Entwicklung eines Objektbeziehungsmodells des Traumas

Eine Ausnahme in dieser Entwicklung bildet Sándor Ferenczi. Er war überzeugt, daß das traumatische Moment in der Pathogenese der Neurosen vernachlässigt wird. Die Nichtbeachtung der äußeren Faktoren führe zu falschen Schlußfolgerungen und zu vorschnellen Erklärungen der neurotischen Phänomene aufgrund von inneren Dispositionen. Es war die Änderung seiner therapeutischen Haltung, die Ferenczi ein vertieftes Verständnis traumatischer Störungen ermöglichte. Er gab eine distanzierte analytische Haltung auf, weil er erkannte, daß es bei traumatisierten Patienten in bestimmten Situationen therapeutisch notwendig ist, unbedingt aufrichtig zu sein, Irrtümer einzugestehen und auch eigene Gefühle zu offenbaren. Ferenczi hat die Wirkung von Lüge und Betrug als traumatisierendes Moment und die Gefahr ihrer Wiederholung in der therapeutischen Situation erkannt. Das Vertrauen, durch diese Aufrichtigkeit geschaffen, macht den Unterschied zur traumatogenen Vergangenheit aus und ermöglicht deren therapeutische Bearbeitung. Für Ferenczi ist es infolgedessen nicht nur die Beziehung zum Objekt, die traumatogen wirkt, sondern im besonderen auch die darin eingebettete Kommunikation: Enttäuschung, Vertrauensbruch und Ablehnung oder Bagatellisierung des Geschehenen erzeugen im Kind eine Unsi-

³ Furst (1967) stellt diese Arbeiten ausführlicher dar.

cherheit gegenüber den eigenen Wahrnehmungen. Die Worte des traumatisierenden Liebesobjekts und die Sprache bekommen hier als traumatogene Faktoren eine bedeutsame Rolle zugesprochen.

Ferenczi hat viele spätere Erkenntnisse der Traumaforschung vorweggenommen: die zerstörerische Wirkung des Traumas, durch die ein »totes Ich-Stück« und eine Agonie entsteht; das Enactment, durch das sich ein Trauma in der Behandlung ausdrückt; die Spaltung des Ichs in eine beobachtende Instanz und in einen preisgegebenen Körper; die Lähmung der Affekte (numbing) und insbesondere die Wirkung des Schweigens und der Sprachlosigkeit des Täters auf das traumatisierte Kind. Darüber hinaus beschrieb Ferenczi eine Notfallreaktion des Kindes, das in seiner ungeheuren Angst, Hilf- und Schutzlosigkeit gezwungen ist, sich mit dem Täter zu identifizieren, um seelisch zu überleben. Vor allem die Arbeit über »Sprachverwirrung zwischen dem Erwachsenen und dem Kind« (1933) ist eine immer noch moderne Analyse traumatischer Störungen, die aber innerhalb der psychoanalytischen Gemeinschaft jener Zeit auf Unverständnis und Ablehnung stieß und lange ignoriert worden ist. So verfielen Ferenczis Untersuchungen äußerer traumatisierender Bedingungen und deren Internalisierung durch das Individuum lange Zeit dem Vergessen.⁴

Seit den fünfziger Jahren untersuchten Psychoanalytiker defizitäre Bedingungen der frühen Mutter-Kind-Interaktionen und deren traumatische Wirkung auf das Kind. Greenacre (1952, 1967) zeigte, wie traumatisch wirkende Ereignisse in den frühen pränatalen Entwicklungsphasen später schwere Neurosen nach sich ziehen können, mit Störungen der Ich-Entwicklung, Charakterstörungen und Perversionen. Der von Ernst Kris (1956) eingeführte Begriff des Belastungstraumas (strain trauma) leistete gute Dienste, weil er unterschwellige Dauerbelastungen fokussierte. Vielfältige Situationen wurden erforscht, in denen die Mutter als Reizschutz für das Kind versagte und das Kind einer überfordern- den und überwältigenden Trennungs- bzw. Verlassenheitsangst ausgesetzt war. Solche Zustände von frühem inneren Streß wirken als »silent trauma« (Hoffer, 1952). Anna Freud und ihre Mitarbeiterinnen (1949) hatten schon während des Zweiten Weltkriegs die Auswirkungen von Bombenangriffen auf Kleinkinder untersucht. Spitz (1965) erforschte die Folgen des Entzugs affektiver Zufuhr. Winnicott (1965, 1986) beschrieb die Folgen eines Versagens der Mutter in der Zeit, in der sich

⁴ Vgl. dazu auch die Arbeiten von Cremerius (1983), Dupont (1999), Haynal (1989) und Rand u. Torok (1999).

das wahre Selbst des Kindes bildet. Das Ich kann die traumatische Wirkung nicht integrieren, spaltet das wahre Selbst ab und bildet ein falsches Selbst aus, das nun als Schutz gegen weitere traumatische Beschädigungen des wahren Selbst dient. Khan (1963) prägte den Begriff des kumulativen Traumas, das aus wiederholtem Versagen der Mutter in ihrer Funktion als Reizschutz für das kleine Kind resultiert. Sandler (1967) spricht von retrospektivem Trauma, bei dem die Wahrnehmung einer besonderen Situation die Erinnerung an eine frühere Erfahrung wachruft, die dann unter den gegenwärtigen Bedingungen traumatisch wird. Bowlby (1973) erforschte die verschiedenen Formen früher Deprivationstraumata. Mit allen diesen Untersuchungen rückten die Objekte des Kindes und die Beziehung zu ihnen in den Mittelpunkt der Betrachtung. Der Trauma-Begriff wurde dadurch aber der Gefahr ausgesetzt, im Übermaß ausgeweitet und auf alle möglichen Defizite der Mutter-Kind-Beziehung angewandt zu werden, wodurch er seine Spezifität zu verlieren drohte.

Mit der Entwicklung der *Objektbeziehungstheorien* kamen andere Modellvorstellungen in die Diskussion. Die sogenannte Ein-Personen-Psychologie und rein quantitative Erwägungen über eine unerträgliche Erregungsmenge, die das Ich überflutet, wurden verworfen. Nicht mehr ein einmaliges Ereignis wie ein Unfall ist das Paradigma, sondern die Objektbeziehung wird zur Basis der Traumatheorie. Balint (1969) hat dies in der Nachfolge von Ferenczi als erster beschrieben. Ob ein Ereignis oder eine Situation traumatisch wirkt, hängt davon ab, ob zwischen dem Kind und dem traumatogenen Objekt eine intensive Beziehung bestanden hat. Drei spezifische Elemente müssen zusammenkommen: 1. Das Kind ist von dem Erwachsenen abhängig. 2. Dieser tut gegen die Erwartung etwas höchst Aufregendes oder Schmerzhaftes. 3. Er weist das Kind danach ab, die Tat wird geleugnet oder das Kind wird von ihm fallengelassen. Die Objektbeziehung selbst erhält damit traumatischen Charakter.

Diese Auffassung vom Entstehen kindlicher Traumen erwies sich als sehr fruchtbar. Wie spätere Untersuchungen (Steele, 1994) bestätigten, sind es bei der Mißhandlung oder dem Mißbrauch nicht in erster Linie die physischen Verletzungen des Kindes, die die seelische traumatische Störung verursachen, sondern das pathogenste Element ist die Mißhandlung oder der Mißbrauch durch die Person, die man eigentlich für Schutz und Fürsorge braucht. Außerdem eröffnete dieser objektbeziehungstheoretische Ansatz den Blick darauf, daß bei einer schweren Traumatisierung nicht nur die innere Objektbeziehung beschädigt wird

oder zusammenbricht, sondern auch der innere, schützende, Sicherheit gebende Dialog zwischen Selbst- und Objekt-Repräsentanzen. Dadurch entstehen innere Inseln von traumatischen Erfahrungen, die von der inneren Kommunikation abgekapselt bzw. abgespalten sind.

4. Von der Skotomisierung des sexuellen Mißbrauchs zur Recovered-memory-Debatte.

Obschon sich Psychoanalytiker mit den pathogenen Auswirkungen von Entwicklungsdefiziten bei Kindern beschäftigten, blieb die traumatische Realität des sexuellen Mißbrauchs und Inzests weitgehend außer Betracht. Simon (1992) hat in den englischsprachigen psychoanalytischen Zeitschriften im Zeitraum von 1920–1986 nur 19 Artikel gefunden, die sich im Titel entweder auf Inzest oder Verführung beziehen. Dieses Defizit hat wissenschaftsmethodische und praktische Ursachen. Analytisch erwies es sich als schwierig, zwischen unbewußten Phantasien und verdrängten Erinnerungen zu unterscheiden⁵, was dann zur Folge hatte, nur unzureichend den Realitätscharakter von Kindheitserlebnissen wahrzunehmen und den Einfluß von Traumatisierungen anzuerkennen. Ein weiterer Grund für die Reserve, Erinnerungen als Speicherung entsprechender Lebensereignisse zu betrachten, lag darin, daß die Psychoanalyse, aber auch die kognitive Psychologie, immer wieder aufgezeigt haben, wie sehr Wahrnehmungen durch Phantasien und Wünsche beeinflusst und wie sehr Erinnerungen immer wieder umgearbeitet werden, je nachdem in welchem Kontext sie erneut im Bewußtsein auftauchen (Person u. Klar, 1994). Deshalb richtete sich die Aufmerksamkeit der meisten Psychoanalytiker auf die Untersuchung der unbewußten Phantasien sowie die darin enthaltenen Triebstreben und darauf, wie diese die klinischen Phänomene und das Narrativ des Patienten organisieren. Um die lang anhaltende theoretische und klinische Vernachlässigung des sexuellen Mißbrauchs zu erklären, bedarf es aber noch einer Ergänzung. In den Reihen der Psychoanalytiker herrschte weithin die Sorge, durch die Beschäftigung mit dem realen Inzest könnte die zentrale Bedeutung des Ödipus-Komplexes in Frage gestellt werden. Die ödipal orientierten Vorannahmen vieler Analytiker führten dazu,

⁵ Über den Realitätscharakter von Erzählungen über sexuelle Verführung schreibt Freud: »Es ist uns bis heute nicht gelungen, einen Unterschied in den Folgen nachzuweisen, wenn die Phantasie oder die Realität den größeren Anteil an diesen Kinderbegebenheiten hat« (1916-17a, S. 385). Der Grund liegt für Freud im Ergänzungsverhältnis von Phantasie und Realität.

bei Patienten, die einen sexuellen Mißbrauch erlebt hatten, eher auf die verführerische Haltung des Kindes zu schauen, anstatt auf das, was dem Kind von seiten des Erwachsenen angetan wurde. Furst (1967) stellt als Ergebnis mehrerer Untersuchungen zu Inzesterfahrungen von Kindern fest, daß diese den sexuellen Kontakt mit Erwachsenen gutgeheißen, provoziert oder sich sogar angeboten hätten. Auch hätten sie selten unter Schuldgefühlen und unter seelischen Störungen gelitten. Eine ähnliche Sicht findet sich schon bei Karl Abraham (1907a, b), der bei Patienten, die an Hysterie oder *dementia praecox* erkrankten, eine Traumaphilie annahm, die sich darin auswirkte, daß sie als Kinder ein sexuelles Trauma unbewußt provoziert hätten.⁶

Seit den achtziger Jahren hat in der Frage des sexuellen Mißbrauchs und der Behandlung von Inzestopfern innerhalb der psychoanalytischen Community ein Umdenken begonnen. Die klinische Beschäftigung mit dieser Art von Traumatisierung, deren Erforschung, theoretische Ausformulierung und therapeutische Behandlung hat sich verstärkt. Zunehmend erscheinen Arbeiten zu diesem Thema in der psychoanalytischen Literatur (Hirsch, 1987; Kluft, 1990; Kramer u. Akhtar, 1991; Levine, 1990; Shengold, 1989; Sugarman, 1994, u. a.).

In den vergangenen Jahren hat sich vor allem in den USA eine wissenschaftliche und gesellschaftspolitische Debatte über die Zuverlässigkeit von Erinnerungen an ein Kindheitstrauma entwickelt, insbesondere wenn diese nach langer Zeit der Verdrängung im Erwachsenenalter im Verlauf einer Psychotherapie wiederauftauchen. Im Mittelpunkt der Auseinandersetzung steht u. a. die Frage, ob es ein besonderes traumatisches Gedächtnis gibt, in dem Erinnerungen anders als im expliziten autobiographischen Gedächtnis aufbewahrt werden. Diese Hypothese haben insbesondere van der Kolk und seine Mitarbeiter in verschiedenen Untersuchungen vertreten (vgl. van der Kolk, 1996). Danach werden traumatische Erfahrungen aufgrund der extremen Erregung spezifisch enkodiert. Die Integration und Interpretation mit Hilfe des semantischen Gedächtnisses wird unterbrochen und die Speicherung findet als affektiver Zustand, als somatische Empfindungen, als Gerüche, Geräusche und als visuelle Bilder statt. Das Ergebnis ist ein nichtsymbolischer, unflexibler und unveränderbarer Inhalt traumatischer Erinnerung. Ihr Wiederauftauchen ist abhängig vom Eintreten bestimmter Reize, die mit

⁶ Nach Good (1995) wollte Abraham Freuds Auffassung über die infantile Sexualität weiterentwickeln und für die Fälle eine Erklärung finden, bei denen ein sexuelles Trauma tatsächlich stattgefunden hat. Dies brachte ihn mit Freud in Konflikt. Abraham relativierte später seine Position.

der ursprünglichen traumatischen Szene assoziiert sind. Widersprüchlich bleiben bei van der Kolk die Aussagen darüber, inwieweit diese traumatischen Erinnerungen ins Gedächtnis »eingraviert« sind und durch spätere Erfahrung nicht verändert werden können.

Obwohl es zwischenzeitlich eine umfangreiche Forschung zur Frage des Vergessens und Wiedererinnerns von Kindheitstraumata gibt, sind die wissenschaftlichen Probleme in diesem Bereich sehr kompliziert, und es gibt gegenwärtig keinen Konsens darüber, wie eine vergessene oder verdrängte Erinnerung wieder auftauchen kann, und ob traumatische Erinnerungen anders prozessiert werden.⁷ Auch wenn Einigkeit besteht, daß traumatische Erinnerungen vergessen werden können, ist doch eines der Hauptargumente gegen die Annahme eines besonderen traumatischen Gedächtnisses, daß der wesentliche Inhalt traumatischer Ereignisse in der Mehrzahl der Fälle sehr wohl mittels des autobiographischen Gedächtnisses erinnert wird. Vergessen und verzerrt werden in der Regel periphere Details (Schacter, 1996). Das gilt ebenfalls für frühe Erinnerungen, die bis ins 3. Lebensjahr zurückreichen können. Auch erscheint es wenig wahrscheinlich, daß im impliziten Gedächtnis aufbewahrte sensorische Fragmente genaue Repliken der früheren Erfahrung sind. Viel eher ist anzunehmen, daß diese Erinnerungen nicht invariant sind, sondern einer psychischen Bearbeitung unterliegen.

Eine Rekonstruktion von traumatischen Erfahrungen aus solchen wiederauftauchenden sensorischen Eindrücken, Bildern, Enactments, affektiven Zuständen durch den Therapeuten, die dann beim Patienten Erinnerungen an vergessene sexuelle Mißbrauchserfahrungen hervorruft, ist, wenn sie nicht durch außertherapeutische Bestätigungen abgesichert wird, mit vielen Unwägbarkeiten und ungesicherten Annahmen verbunden: 1. Es kann keine genaue Passung zwischen dem expliziten, autobiographischen und dem impliziten Gedächtnis geben. 2. Das Gedächtnis ist anfällig für suggestive Beeinflussungen, die gar nicht bewußt ausgeübt werden müssen. 3. Die Feststellungen von Brenneis (1997) als auch von Fonagy und Target (1997), daß es für alle in der psychoanalytischen Literatur berichteten Wiedererinnerungen von sexuellem Mißbrauch keine darüber hinausgehenden und vom Patienten beigebrachten außertherapeutischen Bestätigungen gebe, sind nicht unumstritten (dazu auch Good, 1994). Kluft (1999) widerspricht dem entschieden und

⁷ Eine gute Zusammenstellung der allgemeinen psychologischen Forschung findet sich bei Roth u. Friedman (o.J.). Innerhalb der psychoanalytischen Literatur findet sich eine detaillierte Kritik der Hypothese eines besonderen traumatischen Gedächtnisses bei Brenneis, 1997, 1998; und bei Fonagy u. Target, (1997).

verweist u. a. auf eigenes publiziertes Fallmaterial, zu dem es äußere Bestätigungen gebe. 4. Sehr fraglich sind auch einige Annahmen, auf die Therapeuten in veröffentlichten psychoanalytischen Fallberichten mit aufgedecktem sexuellen Mißbrauch die Glaubwürdigkeit gründen. Traumatischen Erinnerungen wird darin eine besondere Qualität zugeschrieben, die es ermögliche, ihre historische Realität zu erkennen. Diese Besonderheit finden Davies and Frawley (1994) in den dissoziativen Zuständen. »Der Therapeut muß die dissoziativen Zustände, in die der Patient während der Behandlung kommt, annehmen, mit ihnen arbeiten und sie sogar fördern, denn durch diese Zustände enthüllt sich die Wahrheit« (ebd., S. 94). Für Person und Klar (1994) ist die intensive affektgeladene Qualität dieser Erinnerungen, ihre visuelle und sensorische Form sowie ihre Unveränderbarkeit Kennzeichen dafür, daß sie wirklichkeitsgetreu sind. Solche Annahmen können zu illusorischen Schlußfolgerungen führen, insbesondere wenn keine alternativen Hypothesen geprüft werden. Therapeut und Patient einigen sich dann darauf, daß bestimmte Erinnerungen authentisch sind, während es sich in Wirklichkeit um Deckerinnerungen handelt (dazu Good, 1994, 1998). Diese Sachlage, daß es vermutlich kein spezifisches traumatisches Gedächtnis gibt, dessen Inhalt eine größere Nähe zu der historischen Realität in sich trägt, kann dazu verleiten, sich ganz von der historischen Realität zurückzuziehen und sich mit der Annahme zu begnügen, daß sich hinter den Recovered memories nur eine psychische Realität befinden könne. Fonagy und Target (1997) schreiben: »Es kann nur eine psychische Realität hinter den wiedergefundenen Erinnerungen stehen – ob es eine historische Wahrheit und eine historische Realität ist, das herauszufinden ist nicht unsere Aufgabe als Psychoanalytiker und Psychotherapeuten« (ebd., S. 216). Damit fallen sie ins andere Extrem und stufen gerade die für den Traumatisierten so wichtige Unterscheidung zwischen Phantasie und Realität in bezug auf das Trauma als irrelevant ein.

5. *Kriegsneurosen*

Auf dem internationalen psychoanalytischen Kongreß 1918 in Budapest fand ein Symposium zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen statt mit Beiträgen von Ferenczi, Abraham, Simmel und Jones. Diese wurden 1919 veröffentlicht, mit einer Einleitung von Freud. Darin spricht er von einem Ichkonflikt zwischen dem friedlichen und dem neuen kriegerischen Ich. Ersteres fühlt sich durch die Wagnisse des letzteren in seinem Leben bedroht. Durch diese »Ichgestaltung« wird das Gefürchtete, das

bei den traumatischen Neurosen eine äußere Gewalt ist, doch zu einem »inneren Feind«. Kardiner hat nach Ausbruch des Zweiten Weltkrieges seine Erfahrungen und Beobachtungen in der Behandlung von Kriegsveteranen aus dem Ersten Weltkrieg neu bewertet und 1941 veröffentlicht. Den Kern der traumatischen Neurose bildet danach eine Physio-neurose, mit einer chronifizierten extremen physiologischen Erregung. Weitere Kennzeichen sind eine Fixierung an das Trauma mit einer veränderten Konzeption des Selbst in Beziehung zur Welt, ein atypisches Traumleben (Alpträume mit Vernichtungsdrohungen, Träume mit wenig symbolischem Inhalt, mit Schuldreaktionen), Ich-Einschränkungen, chronische Irritabilität, Schreckreaktionen und eine Neigung zu explosiv-aggressiven Reaktionen. Auch Ernst Simmel hatte schon im Ersten Weltkrieg reichhaltige Erfahrungen mit Kriegsneurosen sammeln können. Er interpretiert sie nun (1944) im Lichte der neuen Ich-Psychologie. Die Art der traumatischen Situation bewirke die jeweilige Traumatisierung. Simmel unterscheidet zwischen traumatischen Neurosen in Friedenszeiten und im Krieg. Der entscheidende Unterschied zu sonstigen traumatischen Neurosen liegt ihm zufolge darin, daß der Soldat ein »Militär-Ich« ausbildet. Er muß als Teil einer Einheit funktionieren und sein ziviles Überich durch den Gehorsam gegenüber den Vorgesetzten ersetzen. So regrediert er psychisch auf eine Eltern-Kind-Beziehung. Die Vorgesetzten lenken ihn und vermitteln ihm dadurch Sicherheit und Schutz vor einer unbekannten Realität. Wird diese Identifikationsneigung von den Vorgesetzten enttäuscht, fühlt sich der Soldat wie von seinen Eltern verlassen. Die Enttäuschung des Vertrauens wird zum Trauma auslösenden Faktor, weil die Vorgesetzten ihre Funktion als innere schützende Instanz verloren haben. Erst diese innere Situation läßt die äußere Gefahrensituation traumatisch werden. Auf diese Weise erkennt Simmel dem Objekt eine besondere Bedeutung in der traumatischen Situation zu.⁸ Auch Fairbairn (1943) und Rosenberg (1943) betonen die inneren infantilen Ursachen traumatischer Erfahrungen und kommen in ihren Untersuchungen von Kriegsneurosen zum Schluß, daß äußere Ereignisse, unabhängig davon, wie überwältigend sie gewesen sind, nur dann eine Neurose auslösen können, wenn sie spezifische unbewußte Konflikte berühren.

Moses (1978) hat Balints objektbeziehungstheoretischen Ansatz in seiner Untersuchung der Kriegsneurosen weitergeführt. Die rein energeti-

⁸ Michael Balint wird diesen Bruch des Vertrauens durch das Objekt in den Mittelpunkt seiner Trauma-Konzeption rücken.

sche Sicht des Traumas als Überwältigung der Reizschranke habe den Psychoanalytikern den Blick dafür verstellt, nach weiteren Mechanismen zu suchen, die dem drohenden traumatischen Zusammenbruch entgegenwirken. Moses findet sie in der Entwicklung des Selbst, in einer realistischen Selbstachtung, die unbewußt nicht durch Omnipotenz und Verleugnung der eigenen Verletzlichkeit bestimmt wird, in der Fähigkeit zur Affektkontrolle und in dem Zugehörigkeitsgefühl zu einer primären Gruppe. Diese Faktoren gründen in der frühen Kindheit, und sie bedingen unterschiedliche Anfälligkeiten für Traumatisierungen im Erwachsenenalter.

Sowohl nach dem Ersten als auch nach dem Zweiten Weltkrieg gerieten die nachhaltigen Folgen der Kriegstraumatisierungen wieder in Vergessenheit. Erst nach dem Vietnam-Krieg wurden aufgrund des Engagements der Veteranenverbände in den USA großangelegte Untersuchungen zu den langfristigen psychischen Folgen des Krieges durchgeführt. Daraus resultierte dann 1980 die Einführung einer neuen diagnostischen Kategorie »Posttraumatische Belastungsstörung« (PTSD) in die offizielle psychiatrische Nomenklatur (vgl. dazu Herman, 1992; van der Kolk u. a., 1996). Diese Neuerung setzte eine intensive psychiatrische, psychologische und neurobiologische Forschung in Gang, deren Ergebnisse auch die psychoanalytische Diskussion traumatischer Störungen beeinflussten.

6. Die Folgen des Holocaust in ihrer Bedeutung für die Traumatheorie

Durch die seelischen Folgen des Holocaust für die Überlebenden und ihre Nachkommen erzwang sich eine extreme traumatische Realität Eingang in die psychoanalytische Theorie. Es dauerte nach der Befreiung der Überlebenden aus den Lagern dennoch längere Zeit, bis die Leiden der Opfer, von Ausnahmen abgesehen (Friedman, 1948), die Aufmerksamkeit der Psychoanalytiker fanden.⁹ Ein Wandel trat ein nach dem Erlaß der Entschädigungsgesetze für die Opfer der nationalsozialistischen Verfolgung in der BRD. Sie schrieben vor, daß der Zusammenhang der Verfolgung mit den gegenwärtigen Symptomen durch medizinische und psychiatrische Untersuchungen nachzuweisen war. Neben Psychiatern waren auch Psychoanalytiker als Gutachter tätig, von denen viele entweder selbst Nazi-Überlebende waren oder noch rechtzei-

⁹ In dem Sammelband von Furst (1967) z. B. kommt der Holocaust als Trauma noch nicht vor.

tig emigrieren konnten. Durch ihre Pionierarbeiten wurden grundlegende wissenschaftliche Einsichten in die seelischen Störungen der Überlebenden gewonnen.¹⁰ Die bis dahin gängige Traumatheorie erwies sich als unzureichend, die spezifischen Symptome und das Erleben der Überlebenden zu erfassen. Diese Art der Traumatisierung war mit den gängigen diagnostischen Kategorien nicht adäquat zu beschreiben. Es war kein einmaliges Durchbrechen der Reizschranke, wie etwa beim Schocktrauma, sondern eine extreme Dauerbelastung. Der Monate oder Jahre dauernde Terror, die physische Grausamkeit, der quälende Hunger, die Ohnmacht und Dehumanisierung, der Verlust der Familie, das Miterleben von Folter und Mord, all das überschritt das für die Psyche Erträglichke bei weitem. Das Erscheinungsbild der traumatischen Folgen wies eine bestimmte Einheitlichkeit auf, und seine Ausprägung war weitgehend unabhängig von der prätraumatischen Persönlichkeit und ihren Konflikten. Aus der zwischenzeitlich stark angewachsenen Anzahl von Arbeiten zu den Folgen des Holocaust kann ich nur auf einige eingehen.

Hoppe (1962, 1965, 1967) diagnostizierte bei den Überlebenden neben vielfachen psychosomatischen Reaktionen und Erkrankungen eine chronisch reaktive Aggression. Die massive Aggression, von vielen Forschern als Zentrum des Überlebenden-Syndroms erachtet, wurde gegen das eigene Selbst gewendet und führte zu Somatisierungen und zu der oft beschriebenen chronisch reaktiven Depression. Ein weitgehender Verlust des Selbstwertgefühls ging einher mit einem Rückzug von der Außenwelt und einer Apathie. Die Tiefe der Depression war bestimmt von dem Ausmaß der narzißtischen Regression, die zu einer Einziehung der Objektbeziehungen und zu einer Entmischung der libidinösen und aggressiven Triebimpulse führen konnte. Eissler (1968) hat dies als fortschreitende »narzißtische Entleerung« gekennzeichnet. Hoppe konnte zeigen, daß dieser Regressionsprozeß auf die narzißtisch-orale Stufe dann aufgehalten und damit eine schwere Depression und Apathie verhindert werden konnte, wenn es dem Überlebenden gelang, introjizierte Elternimages wieder zu besetzen. Ein anderer Identifizierungsmechanismus, der im Zuge dieser narzißtischen Regression auftrat, ist mit seiner pathogenen Qualität in der Literatur mehrfach beschrieben worden:

¹⁰ Eine ins einzelne gehende Darstellung findet sich bei Bergmann u. Jucovy (1992) und bei Grubrich-Simitis (1979). Zu der skandalösen Handhabung der Gutachtenpraxis durch die deutschen Behörden und durch viele deutsche psychiatrische Gutachter vgl. Eissler (1963), M. Kestenber (1992), Niederland (1980), Wangh (1971) und allgemein Pross (1988).

die Identifizierung mit dem Verfolger. Sie war auch ein Mittel, die massive voranschreitende narzißtische Entleerung aufzuhalten. Damit setzte sich aber, wie Grubrich-Simitis (1979) ausführt, paradoxerweise das von den Verfolgern propagierte Feindbild im Selbst fest und entwertete das Selbstwertgefühl weitgehend.

Auf dem 25. Internationalen Psychoanalytischen Kongreß 1967 in Kopenhagen fand erstmals ein Symposium zu den psychischen Problemen Überlebender statt.¹¹ Niederland berichtete dort über seine klinischen Erfahrungen in Diagnostik und Behandlung von Holocaust-Überlebenden. Er (1968, 1981) prägte den Begriff des »Überlebenden-Syndroms«, ein typischer psychopathologischer Zustand, der unabhängig von Alter, Geschlecht, individueller und soziokultureller Vorgeschichte nach längerem KZ-Aufenthalt auftrat. Das Gesamtbefinden war beherrscht von einem chronischen Zustand ängstlicher blander Depression. Auf der Symptomebene fanden sich multiple körperliche Beschwerden, schwere Schlafstörungen und Alpträume, in denen die Vergangenheit wieder durchlebt wurde, soziale Rückzüge und chronische Apathie, die sich mit kurzlebigen Wutausbrüchen abwechselte, affektive Abstumpfung und die Unfähigkeit, die traumatischen Erfahrungen zu verbalisieren. Als ein Hauptcharakteristikum beschreibt Niederland eine nicht auflösbare Trauer und eine Überlebensschuld. Das Überleben selbst wurde zum Konflikt und als Verrat an den toten Eltern und Geschwistern erlebt.

Auch für Krystal (1968, 1988, 1991) führt die gängige ökonomische Sichtweise des Traumas mit ihrer Annahme von übermäßigen Reizquantitäten und ihrem Modell eines passiv wirkenden Reizschutzes zu irreführenden Konstruktionen über Affekte und Trauma. Nach der neueren Wahrnehmungs- und Kognitionsforschung beruhen Wahrnehmungen und Bewertungen einer Situation auf einem komplexen Zusammenspiel von verschiedenen kognitiven und affektiven Funktionen und in ihnen fundierten Abwehroperationen. Daraus ergeben sich interindividuelle Unterschiede. Nur so mache die Rede von der Reizschranke noch einen Sinn. Ob ein psychisches Trauma eintritt, hängt alleine davon ab, ob eine gegebene innere oder äußere Gefahr subjektiv als unent rinnbar eingeschätzt wird. Ist dies der Fall, gibt das Subjekt auf (surrender) und ein traumatischer Zustand tritt ein, der durch ein verändertes Bewußtsein bestimmt wird. Krystal bezeichnet ihn als »katatanoiden

¹¹ An dem Symposium »Psychic traumatization through social catastrophe« nahmen teil: Hoppe, Lorenzer, Niederland, Simenauer, Wangh, de Wind, Winnik.

Zustand«, der wie ein affektiver und kognitiver Filter wirke. Das Paradox des traumatischen Zustandes ist, daß die Betäubung und die Affektblockade als eine Erleichterung von den schmerzhaften Affekten der Angst erlebt werden. Verschiedene Autoren erkennen darin eine Anpassung an die unerträgliche Situation. Hoppe (1962) spricht von einer akuten Depersonalisation, die den Ausbruch eines seelischen Schocks und eines Affektstupors unterband und so den KZ-Überlebenden half, die Grausamkeiten der ersten Wochen im Lager zu überleben. Grubrich-Simitis (1979) bezeichnet diesen Zustand als eine Armierung des Ichs, die verhindere, von automatischer und panischer Angst überflutet zu werden. Niederland spricht von Automatisierung des Ichs.

Für Krystal wird durch den katatanoiden Zustand ein Prozeß eingeleitet, der zu einem »Automaten-Zustand« (»robot state«) führt. Die Unterwerfung zieht eine Selbstpreisgabe nach sich und eine Spaltung des Selbst in einen beobachtenden und einen anderen Teil, den Körper, den das Ich preisgibt. Es erfolgt eine Erstarrung und Abstumpfung, durch die alle Schmerzreaktionen und affektiven Äußerungen blockiert und die kognitiven Prozesse zunehmend eingeengt werden, so daß nur noch der Restbestand eines sich selbst beobachtenden Ichs übrigbleibt. Am Ende kann der psychogene Tod stehen. Krystal hat hier einen allgemeinen traumatischen Prozeßverlauf beschrieben, der bei unterschiedlicher Intensität an bestimmten Punkten zum Stillstand kommen kann. Auch nach dem Ende der traumatisierenden Situation dauern die traumatischen Reaktionen noch an: die kognitiv-affektive Einengung bleibt bestehen; die katatanoide Reaktion geht in eine Depression über; Stimuli, die mit der traumatischen Erfahrung assoziiert sind, werden vermieden und führen zu Pseudophobien. Alpträume, reaktive Aggression sowie Anhedonie sind weitere Folgen. Den ungewöhnlich hohen Anteil an psychosomatischen Erkrankungen unter den Überlebenden interpretiert Krystal als Regressionsphänomen von Affektäußerungen und als posttraumatische Alexithymie.¹²

Keilson (1979) führte eine großangelegte Langzeit-Untersuchung mit jüdischen Kriegswaisen in den Niederlanden durch, die das Grauen zu meist in Untertauchverstecken überlebt hatten. Er erforschte die Auswirkungen der extremen Belastungssituation auf die Entwicklung dieser Kinder, wobei ein und dieselbe traumatisch wirkende Situation unter-

¹² Krystal beschrieb die posttraumatische Alexythymie zur selben Zeit, als Marty und de M'Uzan sie an psychosomatischen Patienten entdeckten.

schiedliche Folgen je nach Altersstufe der Kinder hatte.¹³ Keilson prägte den Begriff der traumatischen Sequenzen. Die langandauernde extreme Belastungssituation gliederte er in unterschiedliche Phasen im Traumatisierungsprozeß auf: 1. die feindliche Besetzung und der beginnende Terror durch die Nazis; 2. die einsetzende Verfolgung, die Trennung von den Eltern und den Aufenthalt in Verstecken und im KZ; 3. die Nachkriegsperiode. Die jeweilige Beschaffenheit dieser Sequenzen zog klinisch und statistisch signifikante Unterschiede bei den Folgen nach sich. Als ein besonderes Ergebnis der Untersuchung ist die Bedeutung der dritten Sequenz hervorzuheben. Kinder mit einem relativ günstigen Verlauf der zweiten traumatischen Sequenz, aber mit einer relativ ungünstig verlaufenden Betreuung in der Nachkriegsperiode, zeigten 25 Jahre später ein schlechteres Entwicklungsbild als Kinder mit einer ungünstigen zweiten, aber einer günstigen dritten traumatischen Sequenz. Die mangelhafte Fähigkeit von Pflegeeltern, die Bedeutung des Traumas für das betroffene Kind zu erfassen und sich verstehend darauf einzustellen, erwies sich als ein traumatogener Faktor. Keilson beschreibt damit empirisch die Bedeutung der Objektbeziehungen und des kommunikativen Aspekts für die Auswirkungen von Traumatisierungen.

Martin Bergmann (1996) hat einige der Fakten zusammengestellt, die die Psychoanalyse zwingen, nach dem Holocaust das Trauma mit neuen Augen zu sehen:

1. Die Frage der prätraumatischen Persönlichkeit spielte für die Überlebenden des Holocaust oft keine Rolle. Viel wichtiger waren die Dauer der Inhaftierung und die Greuel, die sie erlebt hatten. Die Traumatisierung war so massiv, daß es nicht zur Regression auf eine frühere psychosexuelle Stufe kam, sondern die seelische Struktur selbst zerstört wurde.
2. Das Bedürfnis zu trauern hatte die Unfähigkeit dazu in eine Melancholie verwandelt.
3. Die Fähigkeit, metaphorisch zu sprechen und zu handeln, ging verloren. Anders als bei Psychose-Kranken bestand der resultierende seelische Konkretismus nur partiell. Dies führte zu der wichtigen Entdeckung, daß die Überlebenden in einer doppelten Realität leben. Im Alltag verhalten sie sich realitätsgemäß. Von Zeit zu Zeit jedoch bricht die psychische Realität des Holocaust durch und sprengt ihr Leben. Das Trauma hat in einigen seelischen Regionen die Fähigkeit zerstört, zwischen Realität und Phantasie zu unterscheiden.

¹³ Keilson stellte eine Verschiebung von hauptsächlich charakterneurotischen (0–4 Jahre) über angstneurotische Störungen (4–14 Jahre) hin zu chronisch-reaktiven Depressionen in der Altersgruppe 14–18 Jahre fest.

4. Oft vergingen viele Jahre und manchmal sogar Jahrzehnte zwischen der Befreiung aus den KZ.s und dem Ausbruch der traumatischen Neurose. So lange das Leben schwierig und unsicher war, schien die Wirkung des KZ-Aufenthalts häufig latent geblieben zu sein. Diese Latenz erwies sich als ein wesentliches Charakteristikum von traumatischen Störungen.

5. Die erlittenen Traumatisierungen überstiegen die seelische Verarbeitungsfähigkeit der Überlebenden und drangen auch in das Leben der nachfolgenden Generation ein.

7. Weitergabe der traumatischen Folgen des Holocaust an die nächste Generation

Ende der 60er und Anfang der 70er Jahre begannen Forschungsarbeiten zu erscheinen, die bei Kindern von Überlebenden das Auftreten von Symptomen beschrieben, die im Verhalten und Erleben der Eltern während der Verfolgungszeit eine besondere Bedeutung hatten. Auch in Träumen und Phantasien dieser Kinder ließen sich immer wieder Hinweise auf die traumatischen Erfahrungen der Eltern finden. Nach und nach wurde somit erkennbar, daß eine extreme Katastrophe wie der Holocaust Auswirkungen auf die nächste Generation hatte. Es entstand eine umfangreiche Forschungsliteratur und vielfältige psychoanalytische Behandlungsberichte, die weitere Aufschlüsse verschafften. Es ließ sich kein einheitliches Störungsbild im Sinne eines zweiten Generations-Syndroms analog dem Überlebenden-Syndrom finden, die Störungsbilder waren eher inhomogen. Aber generell erwies sich das Trauma der Eltern als »organisierender Faktor« im Leben der Kinder (M.S. Bergmann, 1982, S. 51). Kestenberg spricht von einem »Überlebenden-Komplex« als gemeinsamer Grundlage, der an die Kinder weitergegeben wird. Welche Konflikte und Störungen in der Entwicklung aus der Meisterung dieses Komplexes erwachsen, hängt von seiner jeweiligen Ausprägung ab. Kestenberg beobachtete in jedem Fall eine »Balance zwischen ungewöhnlicher Ich-Stärke und einem gewissen Maß an Pathologie« (1982, S. 126).

Untersucht wurden insbesondere die psychologischen Prozesse, die eine Transmission von Traumata ermöglichen. Schwer traumatisierte Eltern waren nur sehr begrenzt in der Lage, für ihre Kinder eine Container-Funktion (Kogan, 1990) zu übernehmen bzw. einen geschützten Raum für ihre Entwicklung bereitzustellen (Herzog, 1982). Da die traumatisierte Mutter durch eigene Ängste, aufgestaute Haßimpulse, Bindung an verlorene Objekte, Affektlähmung und andere Formen der Ich-Regression sich nicht adäquat in die Bedürfnisse ihrer Kinder einfühlen konnte, wirk-

te die Extremtraumatisierung der Eltern auf die Kinder als ein kumulatives Trauma (Grubrich-Simitis, 1979). Die Eltern konnten ihre Affekte und Phantasien und davon geprägten Selbstanteile nicht in sich halten und beruhigen oder sie symbolisch bearbeiten, sondern sie brauchten ihre Kinder, um sich von dem unerträglichen Übermaß an Trauer und Aggression projektiv zu entlasten. Unbewußt wird vom Kind erwartet, daß es die affektiv belasteten Traumata ungeschehen macht, die die seelische Struktur der Eltern zerstört haben. Für das Kind bedeutet dies, daß es mit seiner Person einen psychischen Raum darstellt für Wünsche, Ängste und Affekte eines anderen, die nicht die seinen sind, ihm aber eingeschrieben werden. Aufgrund der engen Verbundenheit mit dem Elternteil ist es ihm nicht möglich, sie als fremd zu erkennen und seine Autonomie zu behaupten. In der psychoanalytischen Literatur werden zwei Hauptphantasien beschrieben: 1. Das Kind fungiert als Ersatz eines ermordeten geliebten Familienmitglieds. 2. Das Kind bekommt einen besonderen Auftrag zugeschrieben: seine Lebensziele sollen den Familienstolz durch persönliche Leistungen wieder herstellen und vergangene Verletzungen heilen (M.V. Bergmann, 1982). Indem nun das Kind diese elterlichen Phantasien übernimmt, rechtfertigt es die traumatisierten Erwachsenen, versucht ihnen zu helfen und erhält so die enge Beziehung aufrecht. Die Eltern-Kind-Beziehung hatte einen stark symbiotischen Charakter. Der Individuations- und Separationsprozeß der Kinder stellte eine ernste Bedrohung des familiären Gleichgewichts dar. Trennung konnte bei den Eltern alte Vernichtungsängste wieder erwecken (Barocas u. Barocas, 1979).

Vor allem bei Eltern, die ihre massive Traumatisierung nur abwehren konnten, indem sie ihre traumatischen Erfahrungen verleugneten bzw. entwirklichten, erfassen die Kinder unbewußt das Erlittene, bearbeiten Anzeichen mit ihrer Phantasie und agieren diese Phantasien in der äußeren Welt aus. Diese Kinder suchen das, was den Eltern zugestoßen ist und was sie erlebt haben, zu verstehen, indem sie in ihrem Leben die Erfahrungen der Eltern und die dazugehörigen Affekte wiedererschaffen: Da diese nicht symbolisch zu verarbeiten sind, hat das Verhalten der Kinder eine Art von Konkretismus, der die unbewußte Identifizierung mit dem Schicksal der Eltern aufzeigt (M.V. Bergmann, 1982; Grubrich-Simitis, 1984; Kogan, 1995). Die Externalisierung soll helfen, die schreckliche Realität ungeschehen zu machen oder sie zu verleugnen. Die Kinder leben in zwei Wirklichkeiten, der eigenen und der, die der traumatischen Geschichte der Eltern angehört.

Diese Identifizierungsprozesse auf seiten der Kinder sind intensiv er-

forscht und beschrieben worden. Ich fasse die wichtigsten Kennzeichen zusammen:

1. Die Identifizierung findet nicht mit der Person oder den Eigenschaften von Vater oder Mutter alleine statt, sondern es ist ein Typus von Identifizierung mit einer Geschichte, die vor seiner Lebenszeit lag. Kestenberg spricht von »Transposition« (1989), einer unbewußten identifikatorischen Teilhabe an der vergangenen traumatischen Lebenszeit der Elterngeneration. Faimberg (1986) kennzeichnet diesen Identifizierungstypus als »télescope« (Telescoping), als ein Ineinanderrücken von drei Generationen. Klein und Kogan (1986) verwenden das Konzept »Mythos of Survival«, das als unbewußtes Phantasma über die Geschichte der Eltern in die Psyche der Kinder eindringt und um Tod und Leben oder um die Rollen von »Mörder« und »Opfer« kreist.

2. Es sind totale Identifizierungen mit dem Elternteil, die das Kind vornimmt, die ihm andererseits aber auch von seiten der Eltern aufgezwungen werden, wenn sie das Kind zur Regulierung ihres prekären narzißtischen Gleichgewichts benötigen. Indem die Geschichte eines anderen in das Kind hinein projiziert wird und es sich damit identifiziert, erlebt es in einem Teil seines Selbst ein Gefühl der Entfremdung. Diese Identifizierungen können nicht ins Selbst assimiliert werden, sondern bilden einen Fremdkörper. Abraham und Torok sprechen von »endokryptischer Identifizierung« (1976).

3. Es handelt sich um eine unbewußte Identifizierung, die aber nicht einer Verdrängungsleistung entstammt, sondern durch direkte Einfühlung in den unbewußten, verschwiegenen oder totgesagten Inhalt eines elterlichen Objekts entstanden ist. Man kann es als Geheimnis oder als »Phantom« (Abraham, 1978) bezeichnen, das sich im dynamischen Unbewußten des Kindes eingenistet hat. Eigene Gefühle und eigenes Verhalten entpuppen sich als entlehnt und gehören eigentlich der Geschichte der Eltern an.

4. Ein Charakteristikum ist das spezifische Verhältnis zu Zeit und Zeiterleben. Indem diese Kinder in zwei Wirklichkeiten leben, ist die Vergangenheit mit der Gegenwart vermischt. Die Folge ist eine zumindest partielle Identitätsverwirrung oder das Gefühl einer fragmentierten Identität.

8. Die Folgen des Zweiten Weltkriegs und die Trauma-Diskussion im Deutschland der Nachkriegszeit

Von den seelischen Folgen des Zweiten Weltkrieges waren Millionen von Menschen betroffen, Soldaten durch Kriegserlebnisse, die Zivilbevölkerung, Frauen und Kinder, durch Bombenangriffe auf die Städte, durch

Flucht etc. In den psychoanalytisch-psychotherapeutischen Behandlungen jener Jahrzehnte nach dem Krieg müssen diese Erlebnisse gegenwärtig gewesen sein, entweder bewußt oder verdrängt, verleugnet und abgespalten, aber in Symptomen und durch Abkömmlinge im Bewußtsein vertreten. Dieser Tatbestand hat zu keiner größeren wissenschaftlichen Reflexion traumatischer Erfahrungen und ihrer Effekte geführt. Auch wenn entsprechende Symptome und Folgen in den vereinzelt publizierten Fallberichten beschrieben wurden, so wurden sie weder als traumatische erkannt noch als solche behandelt.¹⁴

Die seelischen Nachwirkungen des Krieges waren bei den einzelnen Deutschen unterschiedlich, je nach deren Involvierung in den Nationalsozialismus und seine Verbrechen und deren Verdrängung von Schuld und Verantwortung. Die hatte spezifische Folgen auch für die Erinnerung und die Auseinandersetzung mit der Realität und den Konsequenzen des Krieges. Alexander und Margarete Mitscherlich haben in ihrer berühmten Studie (1967) die gesellschaftlichen Verdrängungs- und Verleugnungsprozesse analysiert, aus denen eine Unfähigkeit zu trauern, eine Abwehr sich zu erinnern, eine Derealisierung und emotionale Erstarrung sowie eine allgemeine Immobilität resultierte. Mitscherlichs legen ihrer Analyse Freuds Trauer-Konzeption zugrunde, ohne auf eine Traumatheorie zu rekurrieren. Heute können wir davon ausgehen, daß eine Unfähigkeit zu trauern, eine affektive Erstarrung und Immobilität auch Folgen von Traumatisierungen sein können. Darüber nachzudenken, ob eine traumatische Störung vorliegt, heißt nicht, die Frage nach Schuld und Verantwortung und die notwendige Unterscheidung zwischen Opfer und Täter zu ersetzen. Trauma ist ein empirisch-klinischer Begriff und kann helfen, die damalige Situation unfassender und differenzierter zu verstehen.¹⁵

Einzig Alfred Lorenzer hat in jener Zeit in diesem Zusammenhang die Traumatheorie aufgegriffen und weiterentwickelt (Lorenzer u. Thomä, 1965; Lorenzer, 1965, 1966, 1968). Auch Lorenzer und Thomä stellen zu Beginn ihrer Abhandlung fest, daß es noch kein ausreichendes Beobach-

¹⁴ Mitscherlich und Schottlaender bemühten sich vergeblich um Manuskripte für die PSYCHE mit klinisch kasuistischen Beiträgen zu den »großen Zeitfragen«, obwohl diese sich doch jedem, der auf diesem Gebiet tätig sei, in fast jeder Sprechstunde aufdrängen mußten. Mitscherlich stellt 1947 in einem Brief an Felix Boehm fest, »daß die deutschen Autoren wieder einmal mit tiefsinniger Nabelschau beschäftigt sind [...] Um die Patienten scheint sich kaum jemand zu kümmern, die Bescheidenheit der Krankengeschichtsschreibung lockt offenbar nur wenige, in einer Zeit, in der die Welt verteilt wird« (zit bei Lockot, 1994, S. 80).

¹⁵ Ausführlicher gehe ich darauf in meiner Arbeit »Trauma, Trauer und Geschichte« ein (Bohleber, 2000).

tungsmaterial für das Krankheitsbild der traumatischen Neurose gebe, obwohl dies doch von erheblicher sozialer und politischer Bedeutung sei und die Auseinandersetzung um den Begriff des Traumas zu den wichtigen Aufgaben der Psychoanalyse gehöre. Die Patienten, die die Autoren vorstellen, sind durch Kriegseinwirkung schwer traumatisiert: Verlust des Augenlichts durch eine Phosphorgranate bei einem Bombenangriff; Verlust des Beines oder des Armes durch explodierende Granaten; ein draufgängerischer Soldat, der mehrere Verwundungen erlitt und lebensbedrohliche Operationen zu überstehen hatte. Bei allen diesen Patienten erfolgt der Ausbruch einer angstneurotischen Symptomatik ca. 15–20 Jahre später. Eine genaue Untersuchung machte deutlich, daß diese lange symptomfreie Zwischenphase in Wirklichkeit eine »stumme Krankheitsphase« war, bei der eine rigide Abwehrkonstellation an der Oberfläche eine Pseudo- oder Supernormalität zum Vorschein brachte. Der traumatische Verlust eines Körperteils wird durch eine Spaltung im Ich gleichzeitig anerkannt und verleugnet. Er ist ohne Bedeutung. Erst nach einer geringfügigen späteren traumatischen Belastung, die vom »Erlebnisthema« her in einem inneren Zusammenhang mit der ersten traumatischen Situation steht, bricht diese Abwehrorganisation zusammen, und es kommt zu einer massiven traumatischen Reaktion. Lorenzer (1966, 1968) führt diese psychodynamischen Erkenntnisse über die zweiphasige Abwehr und das symptomfreie Intervall gegen psychiatrische Gutachter ins Feld, die eine solche Latenz der traumatischen Reaktion bei Holocaust-Überlebenden nicht anerkennen wollten und statt dessen die später auftretenden Störungen als eine anlagebedingte Krankheit, die nicht auf das Trauma zurückzuführen sei, diagnostizierten, womit den Überlebenden die Berechtigung einer Wiedergutmachung abgesprochen wurde.

Im Gegensatz zu dieser differenzierten Analyse der Abwehrorganisation beschreiben Lorenzer und Thomä die traumatische Situation nur global. Fenichel folgend definieren sie die traumatische Situation als ein unerträgliches Erlebnis, von dem das Ich unvorbereitet getroffen wird (1965, S. 693). Die traumatisierende Erfahrung besteht in einer schweren »äußere Kränkung«. Mit einer solchen Beschreibung wird der Kern der traumatischen Erfahrung verdunkelt. Denn die Kränkung ist genau genommen schon eine Trauma-Folge, aber nicht die traumatische Erfahrung selbst. Die Hilflosigkeit des Ichs und seine Überwältigung, die Betäubung der Affekte und ihre Erstarrung sowie die Spaltung der Persönlichkeit als Kernelemente des Traumas werden aus der traumatischen Situation hinaus verlagert und als ein typisches zwanghaftes Abwehrsyn-

drom gewertet. Diesen Mangel im Verständnis der traumatischen Situation korrigiert Lorenzer später (1966). Auch hier setzt er sich mit der psychiatrischen Gutachtenpraxis auseinander. Von einer traumatischen Neurose könne man nur sprechen, wenn die Verursachung der Krankheit zwingend durch die situative traumatisierende Konstellation erwiesen werde. Nicht mehr ein isolierter Reizeinbruch ist das entscheidende Element, sondern das geschlossene Ganze der Umweltsituation, in der sich das traumatische Geschehen abspielt. Äußere Ereignissituation, erzwungene Ichposition und dazu passende phasenspezifische Symptomatik müssen sich in prägnanter Übereinstimmung befinden (ebd., S. 488).

Diese Arbeiten von Lorenzer stehen innerhalb der deutschen psychoanalytischen Literatur der 60er und auch noch 70er Jahre relativ einzigartig da. Obwohl viele internationale Arbeiten, vor allem zu den Folgen der KZ-Lagerhaft, in der *PSYCHE* publiziert worden waren, wurde das Thema des Traumas von den deutschen Psychoanalytikern kaum aufgenommen. Weitere Meilensteine sind die Arbeiten von Grubrich-Simitis 1979 über die Extremtraumatisierung und von Simenauer (1978, 1981) und Rosenkötter (1979, 1981) zu den transgenerationalen Auswirkungen auf die zweite Generation. Zudem öffnete die beginnende Auseinandersetzung der deutschen Psychoanalytiker mit der Verwicklung ihrer Profession in den Nationalsozialismus die psychosoziale Abwehr. Seit den achtziger Jahren wurden die Folgen von Nationalsozialismus und Krieg für die nächste Generation vermehrt Gegenstand psychoanalytischer Untersuchung. Dabei hatten die Forschungen zur transgenerationalen Auswirkung des Holocaust auf die Kinder der Opfer und den dabei wirksamen Mechanismen auf die Erforschung der anderen Seite, der Kinder der Täter und Mitläufer, großen Einfluß. Die Pathologie der Eltern, das Verleugnen der Beteiligung am Nationalsozialismus und an seinen Verbrechen, die Hörigkeit gegenüber seinen Idealen, die Korrumpierung des elterlichen Ich-Ideals, die Unfähigkeit, sich mit Schuld und Verantwortung auseinanderzusetzen, all das zeitigte für die Kinder Spätfolgen, weil die Eltern sie, vor allem wenn Schuld und Verantwortung verleugnet wurden, im Sinne ihrer Abwehr narzißtisch funktionalisierten und mißbrauchten. Eine solche Situation konnte durchaus als traumatisch im Sinne einer lang einwirkenden Schädigung angesehen werden (Rosenkötter, 1979).¹⁶

¹⁶ Auf diese Problematik der traumatischen oder traumaähnlichen Auswirkungen des Nationalsozialismus und der Kriegsfolgen auf die zweite Generation kann ich hier nicht wei-

9. Neuere objektbeziehungstheoretische Ansätze zur Traumatheorie

Das extreme Verfolgungstrauma des Holocaust hat in der Traumatheorie zu einer Weiterentwicklung der Modelle geführt. Dori Laub hat in verschiedenen Arbeiten (Laub u. Auerhahn, 1991; Laub u. Podell, 1995; Laub, 1998) die objektbeziehungstheoretische Konzeption in Hinsicht auf ihre kommunikative Funktion im Traumatisierungsprozeß weiterentwickelt. Im Zentrum der Holocaust-Erfahrung steht der Zusammenbruch des empathischen Prozesses. Die kommunikative Dyade zwischen dem Selbst und seinen guten inneren Objekten bricht auseinander, was absolute innere Einsamkeit und äußerste Trostlosigkeit zur Folge hat. Die traumatische Realität zerstört den empathischen Schutzschild, den das verinnerlichte Primärobjekt bildet, und destruiert das Vertrauen auf die kontinuierliche Präsenz guter Objekte und die Erwartbarkeit mitmenschlicher Empathie, nämlich daß andere die grundlegenden Bedürfnisse anerkennen und auf sie eingehen. Im Trauma verstummt das innere gute Objekt als empathischer Vermittler zwischen Selbst und Umwelt (Cohen, 1985). Hoppe (1962) hat diesen Sachverhalt als eine Zerstörung des Urvertrauens gekennzeichnet und Eissler (1968) als eine fortschreitende narzißtische Entleerung. Je nach Grad der Zerstörung des Erwartungshorizontes der Gegenseitigkeit und je nach Schwere des Bruchs der Dyade von Selbst- und Objektrepräsentanzen lassen sich für Laub und Auerhahn Traumatisierungen unterschiedlich typisieren. »Im Extremfall führt das Trauma zu einer völligen Durchtrennung der Verbindung zwischen Selbst und Objekt« (1991, S. 274).

Der Verlust des empathischen inneren Anderen zerstört die Fähigkeit, das Trauma zu erzählen. Es kann nicht in ein Narrativ eingebunden werden. Dieser Fähigkeit kommt bei Laub eine besondere Bedeutung zu. Erst in Gegenwart eines empathischen Zuhörers können die Fragmente zu einem Narrativ zusammenwachsen und die Geschichte bezeugt werden. Durch die Erzählung wird Distanz geschaffen. Das traumatische Ereignis und Erleben wird zum Zeugnis, und damit ein Stück weit reexternalisiert. Die Aufzeichnung von Videointerviews mit Überlebenden hat deshalb auch eine therapeutische Bedeutung (Laub, 1992).

Kirshner (1994) hat unter Bezug auf Ferenczi das Konzept des guten Objekts und seiner Bedeutung durch eine Lacanianische Perspektive

ter eingehen. Ich verweise auf die einschlägigen Arbeiten von Eckstaedt (1981, 1989), Eickhoff (1986), Hardtmann (1982), Rosenkötter, Simenauer u. a. Neuere Untersuchungen zu diesem Thema und eine ausführliche Analyse transgenerationaler Identifizierungen bei Bohleber, 1997.

ausgeweitet. Er beschreibt es ähnlich wie Laub und Auerhahn (1991): »[...] das ›gute Objekt‹, anfänglich und konkret die Mutter als der erste Interaktionspartner, repräsentiert die menschliche Realität, die das Kind erwartet. Die Mutter bietet einen Zugang zum symbolischen (kulturellen) Universum, das ihre Rolle unterstützt und die Position des Kindes ebenso nach und nach strukturieren wird« (ebd., S. 239; Übers. W. B.). Auch die Sprache bekomme durch Übertragung auf sie die Qualität eines potentiell liebenden symbolischen Anderen. Für Lacan ist das Trauma das Reale, das nur assimiliert werden kann, indem es in die symbolische Ordnung eintritt. Dementsprechend definiert Kirshner das Trauma als ein interpersonales Ereignis, das das Netzwerk der Signifikanten zerreißt und das internalisierte gute Objekt beschädigt oder zerstört.

In diesem Zusammenhang bietet auch die Traumakonzeption von Max Stern (1951, 1972) weitere Aufschlüsse. Stern versteht die tödliche Angst in der traumatischen Situation als eine Erinnerung an frühinfantile Bio-traumen, bei denen eine physiologische Mangelsituation, die nicht in gewohnter Weise von der Mutter beseitigt wurde, das homöostatische Gleichgewicht unterbricht. Dem Säugling droht auf diese Weise ein physiologischer Schock, den er zunächst durch eine Hypersensitivierung und dann durch eine einsetzende primäre Depression abzuwehren sucht. Das Trauma besteht für Stern in der vollkommenen Hilflosigkeit des Ichs gegenüber einer zunehmenden psychophysisch unterträglichen Situation. Freud habe die Dramatik traumatischer Hilflosigkeit nur unzureichend erfaßt. Sie werde durch die Drohung steter Zunahme gesteigert. Im traumatischen Erleben wiederhole sich eine primäre Depression. Todesgrauen und die drohende Annihilation lassen Objekt- und Selbstvorstellungen ins Nichts verschwinden. Die Fähigkeiten des Ichs zur Meisterung dieser Situation sind in einem solchen Ausmaß gelähmt, daß bleibende Veränderungen der Ich-Funktionen resultieren.

Diese objektbeziehungstheoretischen Konzeptionen des Traumas beinhalten verschiedene fruchtbare und weiterführende Aspekte. Dreierlei möchte ich in unserem Zusammenhang hervorheben:

1. Der innere Verlust jeglichen empathische Bedeutung vermittelnden Objekts in der traumatisierenden Situation führt zur Projektion des Empathiebedürfnisses auf den Täter und zu dessen maligner Internalisierung. Amati hat diesen Vorgang für Folteropfer beschrieben: Der Folterer halte die innere Welt des Patienten dauernd besetzt. »Wie ein Usurpator setzt er sich an die Stelle der Grundobjekte, wirft sich als heilbringende Mutter, als schützender Vater und als derjenige auf, der über Leben und Tod, über Absolution, Ausrichtung und Zugehörigkeit ent-

scheidet. Diese ›Rollen‹ oder Funktionen sind nicht mehr und nicht weniger als Übertragungsphänomene, die die betroffene Person auf sich zu ziehen imstande war« (1990, S. 733). Das maligne verfolgende Objekt tritt an die Stelle der inneren Objekte und bestimmt den inneren Dialog. Ihm sucht der Traumatisierte später zu entkommen, um wieder frühere prätraumatische Objekte an diese Stelle zu setzen.¹⁷

2. Die traumatische Situation und deren Wirkung zerstört die Fähigkeit, sie zu symbolisieren und ihre Bedeutung zu erfassen (Grubrich-Simitis, 1984). Das Trauma wird zum »schwarzen Loch« in der psychischen Struktur. Unintegrierte Trauma-Fragmente brechen später wieder ins Bewußtsein ein, überwältigen das Ich, das diese Bruchstücke aber nicht strukturieren und integrieren kann. Sie in ein übergeordnetes bedeutungsvolles Narrativ einzubinden, ist ohne Hilfe nicht möglich. Da das traumatische Erleben das Netz von Bedeutungen eines Menschen unterbricht, kann es auch nicht bedeutungsgebunden beschrieben werden. Der Halt, den Bedeutungen geben, existiert in diesem Augenblick nicht mehr, die traumatische Erfahrung kann nicht »contained« werden. Sie ist direkt in der Struktur der Erfahrung verankert. Um dies psychologisch zu beschreiben, müssen wir zu Metaphern Zuflucht nehmen. Am häufigsten werden die Metaphern des Fremdkörpers, des Lochs (Cohen, 1985; Kinston u. Cohen, 1986), der Lücke (Caruth, 1995) in der psychischen Textur, der Krypta (Abraham u. Torok, 1976) oder des leeren Kreises (Laub, 1998) verwendet. Es bedarf der befriedigenden Interaktionen mit anderen, um den Konstruktionsprozeß von Bedeutungen in diesem Bereich wieder in Gang zu setzen. Nur wenn der Überlebende sich mit jemand erinnert, wenn die Erzählung in Gegenwart eines engagierten Zuhörers entsteht, kann die Verbindung zwischen ›Ich‹ und ›Du‹ wiederhergestellt werden (Kinston u. Cohen, 1986).

3. Die sogenannten »man made disasters« wie Holocaust, Krieg, ethnische Verfolgung und Folter zielen auf die Annihilation der geschichtlich-sozialen Existenz des Menschen (v. Baeyer, zit. bei Stoffels, 1994, S. 9). Die traumatische Erfahrung in ein übergeordnetes Narrativ einzubinden, kann dem Einzelnen deshalb nicht in einem rein individuellen Akt gelingen, sondern es bedarf abgesehen von einem empathischen Zuhörer auch eines gesellschaftlichen Diskurses über die historische Wahrheit des traumatischen Geschehens und über dessen Verleugnung und Abwehr. Die Opfer sind gleichzeitig Zeugen einer besonderen geschichtlichen Realität. Die Anerkennung von Verursachung und Schuld

¹⁷ Vgl. dazu auch Amati, 1977; Ehlert u. Lorke, 1987; Ehlert-Balzer, 1996.

restituiert überhaupt erst den zwischenmenschlichen Rahmen und damit die Möglichkeit, das Trauma angemessen zu verstehen. Nur dadurch kann sich dann auch das erschütterte Selbst- und Weltverständnis wieder regenerieren. Opfer sind oft eigenen Zweifeln und Unsicherheiten hinsichtlich der erlebten traumatischen Realität ausgesetzt. Dominieren in der gesellschaftlichen Auseinandersetzung die Abwehrtendenzen, fühlen sich die Opfer häufig mit ihrer Erfahrung ausgegrenzt und ausgeblendet, was ihr Sicherheitsgefühl über die Realität erneut untergräbt, sie Retraumatisierungen aussetzt oder sie zum Schweigen verdammt, da sie kein Verständnis erwarten können. Wir stoßen hier auf die komplexe Beziehung zwischen traumatischem Erleben und Wissen. Für Laub und Auerhahn (1993) liegt es in der Natur des Traumas, sich dem Wissen durch Abwehr oder durch Überwältigung der Psyche zu entziehen, weil es die Fähigkeit des Menschen, es zu organisieren, überfordert und beschädigt. Die Realität der traumatischen Ereignisse ist jedoch so zwingend, daß sich die Erinnerung daran trotz ihrer gänzlichen oder partiellen Ausschaltung aus dem Bewußtsein durchsetzt, wenn auch in unterschiedlicher Art und Weise. Das Wissen um das Trauma manifestiert sich in einem breiten phänomenologischen Spektrum, das je nach psychologischer Distanz vom Trauma variieren kann. Es reicht von Flashbacks über intrusive Bilder, Alpträume, neurotische und psychotische Symptome, repetitive Übertragungsphänomene bis hin zu Charakterstilen und überwertigen Lebens-themen. Die Konfrontation mit der Realität des Traumas ruft auch im Zuhörer heftige Affekte hervor. Er richtet ebenfalls eine kognitive und affektive Abwehr gegen das Trauma auf, weil es die kulturellen und psychologischen Grundlagen unseres Lebens untergräbt.

Eine wichtige Kritik und Ergänzung dieser neueren objekt- und kommunikationstheoretischen Ansätze liefern Baranger u. a. (1988). Sie anerkennen den Zuwachs, den die Objektbeziehungstheorie für das Verständnis der pathogenen Rolle des Traumas gebracht hat, kritisieren aber, daß das Konzept des Traumas dadurch verblasse. Die neueren Theorien liefen Gefahr, die Verbindung zwischen traumatischer Situation und Angst aufzulösen. Deshalb setzen die Autoren den ökonomischen Aspekt der Angst wieder als zentrales Faktum des Traumas ein. Die Angst ist der Prüfstein, der zu unterscheiden hilft, was traumatisch wirkt oder was nur pathogen ist. Sie greifen auf Freuds Begriff der »automatischen Angst« zurück. Im Unterschied zur Signalangst ist der Einzelne hier einer namenlosen, nicht zu lokalisierenden Gefahr ausgeliefert. Diese Angst ist so primitiv, daß sie nur in ökonomischen Termini beschrieben werden kann. Die Reizschranke wird durchbrochen und nicht verarbeitbare Mengen

von Erregung rufen eine seelische Desorganisation hervor und eine vollständige Hilflosigkeit. Diese Situation bezeichnen sie als das »reine Trauma«. Der Traumatisierte versucht das reine Trauma zu zähmen und zu mildern, indem er ihm einen Namen gibt und es einfügt in ein verstehbares kausales Handlungssystem. Paradox ist, daß das Trauma eigentlich inzidentell und fremd ist, aber solange es fremd und unbegriffen bleibt, wird es wiederbelebt und bricht in Wiederholungen ein. Da der Mensch ganz allgemein nicht ohne Erklärungen leben kann, versucht er dem Trauma einen individuellen Sinn zu geben und es in dieser Absicht zu historisieren. Diese nachträglichen Historisierungen sind zumeist Deckerinnerungen. Es ist Aufgabe des analytischen Prozesses, die Deckerinnerungen als solche zu erkennen und die authentische Geschichte zu rekonstruieren, wobei die Historisierung nach vorne offen ist, prinzipiell endlos. Durch die wahrere Geschichte wird die zirkulär in Wiederholungen gebundene Zeitlichkeit wieder eröffnet und Zukunft, Gegenwart und Vergangenheit treten wieder miteinander in Austausch. Kann das Trauma wie im analytischen Prozeß in einer offenen zeitlichen Historisierung rekonstruiert werden, so wird es als ein Ereignis der eigenen Geschichte anerkannt. Was vorher namenlos und nicht explizierbar war, spielt nun eine Rolle als ätiologischer Faktor für eine Reihe von Ereignissen und nachfolgenden Störungen. Baranger u. a. warnen vor dem weiten Niemandsland dieses »namenlosen Traumas«, das der Analytiker nicht ohne Risiko betritt. Eine der Gefahren liege darin, vorschnelle und falsche Historisierungen vorzunehmen, was zum Stillstand der Analyse führen kann und die Transformation des Traumas erneut in eine repetitive zirkuläre Bewegung geraten läßt.

10. Einige allgemeine Probleme psychoanalytischer Traumatheorie

Integration der Trauma-Modelle

1. Nach Baranger u. a. (1988) können wir, wie beschrieben, den Kern traumatischer Erfahrung nur dann adäquat erfassen, wenn wir die überwältigende vernichtende Angst mit berücksichtigen. Eine Angst, die ihrerseits nur mit psychoökonomischen Termini zu beschreiben ist. Wenn die Autoren theoretisch ein »reines Trauma« postulieren, so heißt das andererseits auch, daß ein psychoökonomisches Modell alleine nicht ausreicht, denn ohne einen Restanteil bedeutungsgebender innerer Strukturen kommt ein Trauma nicht vor. Das als unerwartet Erfahrene steht zunächst auf dem Boden des Erwartbaren, das ihm seinen Sinn ver-

leht und von dem es sich abhebt. Die massive traumatische Erfahrung zerbricht dann diese Basis, indem sie das Vertrauen in die gemeinsame symbolisch vermittelte Welt, die uns vorbewußt verbindet und die wir in allen Interaktionen voraussetzen, zerstört. Das Trauma stellt insofern eine Crux für alle hermeneutisch-narrativen und konstruktivistischen Theorien dar. Was diese vor allem bei massiven traumatischen Erfahrungen nicht mehr erfassen können, ist der Zusammenbruch des Konstruktionsprozesses selbst, mit dem wir Bedeutungen generieren.¹⁸ Das destruktive Element, die unmittelbare traumatisierende Gewalt, entzieht sich der Bedeutungsgebung. Es bleibt ein Zuviel, ein massiver Überschuß, der die seelische Struktur durchbricht und nicht durch Bedeutung »contained« werden kann.¹⁹ Deshalb bedarf es neben einer objektbeziehungstheoretischen auch einer psychoökonomischen Begrifflichkeit.

2. Insbesondere das Moment der Überwältigung ist hier außer dem Einbrechen des Unerwartbaren in den seelischen Verstehenszusammenhang des Menschen anzuführen. Auch die wiederkehrende Intrusion fragmentierter traumatischer Erinnerungen kann retraumatisierend wirken, weil auch sie ein Moment des Plötzlichen und unmittelbar Überwältigenden hat. Aber nicht das zeitliche Moment ist letztlich entscheidend, sondern die Tatsache, daß das einbrechende Wiedererleben nicht von Bedeutungen aufgefangen werden kann und somit das Individuum erneut dem Geschehen hilflos und passiv ausgeliefert ist. Erst nachträglich versucht der Traumatisierte dem Geschehenen Bedeutung zuzuschreiben und damit für das Selbst einen Bezug herzustellen. Ich möchte dies noch etwas weiter ausführen. Wie Horowitz (1976, 1999) nachgewiesen hat, sind plötzlich einbrechende und aufschießende Erinnerungen, Gedanken, Gefühle und Enactments im Verhalten das hervorstechende Indiz für das Vorliegen eines Traumas. Der Versuch, das Trauma zu meistern, vollzieht sich nach Horowitz in Phasen. Intrusion und Wiederkehr traumatischer Erinnerungen wechseln sich mit Phasen der Verleugnung und emotionalen Betäubung ab. Durch diesen phasisch sich wiederholenden Verlauf kann die intrusive Gewalt und die Verleugnung allmählich reduziert und die traumatische Situation langfristig integriert werden, wenn es nicht zu Komplikationen und pathologischen Verläufen wegen der Schwere des Traumas oder aufgrund der Vulnerabilität durch frühere Konflikte kommt. Intrusive Symptome scheinen bei

¹⁸ Eine interessante Möglichkeit, dieses Problem innerhalb konstruktivistischer Theorien zu lösen, bietet Moore (1999).

¹⁹ Ähnliches scheint Krystal mit seinem Begriff des »surrender« fassen zu wollen.

der Mehrheit der Traumatisierten innerhalb von 48 Stunden nach dem Ereignis aufzutreten. Viele bewerten in dieser Phase ihr Handeln, ihre Lähmung und Hilflosigkeit mit besonderer Intensität. Die intrusiven Phänomene fördern somit zunächst die Assimilation und helfen auch, über das traumatische Geschehen zu sprechen. Mit der Zeit aber scheinen sie ihre Funktion zu verändern (Shalev, 1996). Dienen sie zunächst der Verarbeitung und waren insofern ein »Heilungsversuch des Ichs« (Freud, 1939a), so können sich die Intrusionen später chronifizieren und als reine Überwältigung erfahren werden, der das Ich passiv ausgeliefert ist. Ihm wird damit demonstriert, in der Kontrolle seiner Reaktionen anhaltend hilflos zu sein. Die intrusiven Phänomene sind jetzt eine repetitive Dysfunktion des Gedächtnisses, und es muß ein beträchtliches Maß an kognitiver und emotionaler Aktivität aufgewandt werden, um ihr Auftreten abzuwehren. Die Intrusion hat insofern zwei Gesichter: sie kann der seelischen Integration und Bedeutungsfindung dienen, aber auch disruptiv und überwältigend sein.

3. Traumatisierte Patienten berichten oft, ein eingefrorenes Zeitgefühl zu haben oder ihre innere Uhr sei mit dem Datum der Traumatisierung stehen geblieben. Sie haben zwar ein Gefühl für die objektive Zeit, aber nicht für ihre eigene Entwicklung und Lebenszeit, insbesondere nicht für ihre Zukunft. Auch dem Wiederholungszwang ist eine solche Störung des Zeiterlebens inhärent. Erinnerungen, Alpträume und Flashbacks sind von solch unmittelbarer Qualität, als wäre das Ereignis eben passiert. Sie demonstrieren dem Betroffenen, daß die Zeit nicht vergeht.

Terr (1984) hat in einer empirischen Untersuchung den Zusammenhang von Trauma und Zeit erforscht. Normalerweise funktioniert der Wahrnehmungsapparat als Filter gegen Überstimulierung. Wird er in der traumatischen Erfahrung überrannt, kommt es zu Veränderungen und Verzerrungen der Wahrnehmung. Das rhythmische Zeitgefühl, z.B. der Herzschlag oder das bewußt eingesetzte Zählen, kann für alle Altersgruppen als Schutz gegen Angst, Überwältigung und Fragmentierung dienen. In der traumatischen Erfahrung wird die Zeitdauer bzw. ihre subjektive Bewertung verändert. So berichten Betroffene, daß sie das traumatische Ereignis in Zeitlupe ablaufend wahrgenommen haben. Häufig treten auch Zeitverzerrungen in der Zeitfolge auf. Ereignisse, die nach dem Zeitpunkt der Traumatisierung stattgefunden haben, werden in die Zeit davor verlegt. Damit verbunden ist die Suche nach retrospektiven Bedeutungen und Vorzeichen, die in der Vorgeschichte des Traumas gesucht und dann in einen zeitlichen und inneren Zusammenhang mit dem Trauma gestellt werden. Es sind verspätete Versuche, nachträglich eine unkontrollierbare

Situation doch noch retrograd zu meistern und damit eine Abwehr gegen das unerträgliche Gefühl absoluter Hilflosigkeit aufzubauen. Traumatisierte antizipieren weitere Disaster, und ihre Zukunftsperspektive ist in ihrer Ausdehnung eingeschränkt. Manche berichten, daß sie nur noch von Tag zu Tag leben. Urvertrauen bezieht sich auch auf die Zeitperspektive, und mit seiner Zerstörung durch das Trauma gerät für den Traumatisierten auch die Zeit aus den Fugen.²⁰

Diese Dysfunktionen der Zeitwahrnehmung und des Zeiterlebens müssen einerseits als Veränderung der Wahrnehmungsfunktion durch Überstimulierung psychoökonomisch beschrieben werden, aber andererseits dient die Verzerrung der Zeitperspektive auch dem Versuch, ein Verstehen des Ganzen herbeizuführen, indem nach »Vorzeichen« gesucht wird, um eine retrospektive Kontrolle über das plötzlich Hereingebrochene zu erlangen.

4. Aus der Sicht der Metapsychologie benötigt die psychoanalytische Traumatheorie deshalb beide Modelle, sowohl das hermeneutisch-objektbeziehungstheoretische als auch das psychoökonomische. Auf der psychischen Erfahrungsebene betont das psychoökonomische Modell, für das paradigmatisch das Schocktrauma steht, die Erfahrung der Überwältigung und eines Überschusses an Gewalt, Angst und Erregung, die seelisch nicht zu binden sind. Die dadurch erzwungene Passivität und Hilflosigkeit kann ein inneres Aufgeben nach sich ziehen. Objektbeziehungstheoretische Modellbildungen stellen mit dem Zusammenbruch der inneren tragenden Objektbeziehungen die gänzliche Verlassenheit und die Unterbrechung jeglicher affektiver Bindung und innerer Kommunikation in den Mittelpunkt, was zur Folge hat, daß das Trauma narrativ nicht integriert werden kann.

Probleme der Definiton des Traumas

1. Wie aus der bisherigen Darstellung zu erschließen, ist in der Psychoanalyse das Trauma kein präzise definierter Begriff. Im Laufe ihrer Ent-

²⁰ Hoppe hat schon 1962 diese Verbindung zwischen der Zerstörung des Urvertrauens und dem Verlust des Zeitbegriffs für die Holocaust-Überlebenden dargestellt. Gutwinski-Jeggle (1992) beschreibt für sehr frühe Deprivationstraumen einen ähnlichen Zusammenhang. Das Erlebnis einer Befriedigung führt dazu, daß seine Wiederholung für die Zukunft antizipiert wird. Dieser Antizipation ist ein Zeitbegriff inhärent. Eine traumatisch erlebte Versagung der Befriedigung zerstört diese Verbindung und damit sowohl die Fähigkeit, in zeitlichen Relationen zu denken, als auch das Urvertrauen. Haesler (1985) zeigt, wie in den »anniversary reactions« traumatische Erlebnisse wieder gegenwärtig werden, aber zugleich ein Zeitbezug aufgehoben wird.

wicklung sind vielfältige Formen von Traumatisierungen beschrieben worden, die sich auf unterschiedliche äußere Ereignisse bezogen. So ist von Verführungstrauma, sexuellem Mißbrauch, Kriegstrauma, Extremtrauma, Deprivationstrauma, stummem Trauma, Belastungstrauma, kumulativem Trauma u. a. die Rede. Schon diese Weite der Phänomene bedingte, daß man nicht von einheitlichen Wirkungen und Folgen ausgehen konnte. Der Begriff hatte mithin seine Spezifität mehr oder weniger verloren und war oft von anderen pathogenen Ursachen und schwerwiegenden Frustrationen oder psychischem Streß nicht mehr adäquat zu unterscheiden.²¹ In den achtziger Jahren hat eine Arbeitsgruppe »Konzeptforschung« des Sigmund-Freud-Instituts in Frankfurt unter Leitung von Joseph Sandler den Bedeutungsraum des Konzepts »Trauma« untersucht, wobei sie davon ausging, daß es von seiner Bedeutung her als Prototyp eines elastischen Begriffs gelten kann (Sandler u. a., 1987; Sandler, Dreher u. Drews, 1989; Dreher, 1998). Die Untersuchung ergab, daß die verschiedenen Dimensionen des Traumas und deren Wechselspiel nur sehr ungenau unterschieden wurden. Zwischen dem Prozeß der Traumatisierung, dem traumatischen Zustand und den bleibenden pathologischen Veränderungen muß aber differenziert werden. So können z. B. die unmittelbaren Folgen des Erlebens der traumatischen Situation pathologisch oder pathogen sein, müssen es aber nicht (Dreher, 1998, S. 174). Abgesehen von massiven oder Extremtraumatisierungen, wirkt nicht jede traumatische Situation auf alle Menschen gleichartig. Das bedeutet, daß ein Trauma, was seine Wirkung betrifft, in der Regel nur retrospektiv von seinen seelischen Folgen her definiert werden kann. Dabei sind auch prädisponierende Faktoren mit zu berücksichtigen.

2. Das Trauma ist ein Konzept, das ein äußeres Ereignis mit dessen spezifischen Folgen für die innere psychische Realität verknüpft. Es ist insofern ein relationaler Begriff (Fischer u. Riedesser, 1998). Diese doppelte Bezogenheit macht auch die Unschärfe des Begriffs aus. Deshalb erscheint es vorteilhaft, das Verhältnis zwischen den beiden Bestimmungsstücken genauer zu definieren, um seiner begrifflichen Auflösung entgegenzuwirken. Ich schließe mich A. Freud, Fürst, Krystal, Cooper u. a. an, die für eine enge Definition des Traumas plädieren. Cooper definiert das Trauma in Anlehnung an Freud: »Ein psychisches Trauma ist ein Ereignis, das die Fähigkeit des Ichs, für ein minimales Gefühl der Si-

²¹ Von einem allgemeinen undifferenzierteren Sprachgebrauch in klinischen Diskussionen sehe ich ab.

cherheit und integrativen Vollständigkeit zu sorgen, abrupt überwältigt und zu einer überwältigenden Angst oder Hilflosigkeit oder dazu führt, daß diese droht, und es bewirkt eine dauerhafte Veränderung der psychischen Organisation« (1986, S. 44). Ein wesentlicher Faktor bei dieser Definition ist das Plötzliche, Disruptive und nicht zu Kontrollierende des traumatischen Ereignisses und die Erfahrung eines hilflos machenden Zuviel. Die traumatische Erfahrung konfrontiert das Ich mit einem »fait accompli« (Furst, 1977, S. 349). Die Reaktionen des Ichs kommen zu spät. Sie erfolgen nicht als Antwort auf eine drohende Gefahr, sondern nachdem diese Realität geworden ist und das Ich ihr passiv ausgeliefert war. Für Krystal ist das, was in der Literatur häufig als psychisches Trauma bezeichnet wird, tatsächlich nur eine traumaähnliche Situation, die sich nicht zu einem traumatischen Zustand ausweitet. Um den eigentlichen traumatischen Prozeß, der spezifische pathologische Folgen hat, davon zu unterscheiden, spricht Krystal (1978) vom »katastrophischen Trauma«. Für ihn ist der zentrale Faktor die *erlebte* Hilflosigkeit. Nicht die traumatische Situation selbst löse diese Hilflosigkeit aus, sondern erst deren subjektive Bewertung. Ob diese zutreffend ist, hat für die seelische Reaktion zunächst keine Relevanz. Wird die Gefahr als unvermeidbar angesehen, geht die Hilflosigkeit in ein inneres Sich-aufgeben über. Für Krystal ist diese Überwältigung der Abwehrfunktion und der Ausdrucksfunktion der Angst sowie deren Hemmung das eigentlich traumatische Ereignis.

3. Für das Ich ist es unmöglich, das traumatische Erleben seelisch zu integrieren. Die Zuschreibung von Bedeutung wird unterbrochen, denn das Zufällige und Unerwartbare des Ereignisses ist nicht durch vorgängige Bedeutungsstrukturen aufzufangen. Eine für die Definition des Traumas wichtige anhaltende und nicht vorübergehende Wirkung besteht darin, daß das Urvertrauen zerstört wird und eine »dauerhafte Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses« nach sich zieht (Fischer u. Riedesser, 1998, S. 79).²² Das Trauma ist nicht nur deshalb ein relationaler Begriff, weil es Innen und Außen verknüpft, sondern auch, weil im Trauma eine haltende grundlegende Objektbeziehung zusammenbricht.

²² Fischer und Riedesser definieren das Trauma als ein »vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt« (1998, S. 79).

Trauma, Abspaltung, innere und äußere Realität

Für Cohen (1985) wird im Trauma die Fähigkeit, Erinnerungsspuren in mentale Objektrepräsentanzen zu organisieren, gestört. Die traumatischen Ereignisse werden durchlebt, aber nicht als ein Teil des Selbst erfahren. Der traumatische Zustand resultiert in einer Abwesenheit von Struktur und repräsentierbarer Erfahrung in dieser Region des Selbst. Diese Abwesenheit setzt Cohen mit der Urverdrängung gleich. Die Ereignisse werden registriert, aber nicht repräsentiert. Die Urverdrängung wirke wie ein Loch im seelischen Gewebe. Die Symbolisierungsfähigkeit des Selbst bricht in diesem Bereich zusammen, und um dieses Loch mit den traumatischen Stimuli entstehen eine Reihe von schützenden primitiven Vermeidungsmechanismen, wie Abspaltung, Projektion und Verleugnung. Sie schaffen eine Art von Kokoon oder Mauer, die das Loch zudecken. Für Hopper (1991) wird das Trauma zur inneren Katastrophe, zum »schwarzen Loch«, in dem Vernichtungsangst, Leere, Hilflosigkeit und Schmerz herrschen, die alles zu verschlingen drohen. Hopper beschreibt, wie der Traumatisierte in einer solchen Situation versucht, ein Containment zu schaffen und das traumatische Erleben in sich einzukapseln, es abzuspalten und aus dem Bewußtsein auszuschließen. Diese Einkapselung diene der Abwehr der Vernichtungsangst. Den Inhalt der Einkapselung bilden Selbst, Objekt und die verschiedenen Aspekte der traumatischen Situation. Die Repräsentation dieser Szene beruht vor allem auf ihren realen Gegebenheiten, auch wenn unbewußte Phantasien die Wahrnehmung mitgestalten können. Hopper betont den realistischen, fixierten Charakter dieser Konfiguration. Sie bildet einen inneren Fremdkörper in der Psyche und wird nicht in den allgemeinen Fluß unbewußter Phantasien mit integriert.²³

Dieser realistische Charakter der eingekapselten Erinnerungen wird in der Literatur kontrovers diskutiert. Inwieweit sind diese Erinnerungen einer weiteren psychischen Bearbeitung zugänglich, auch wenn sie abgespalten oder dissoziiert sind, oder erschöpft sich der Versuch, sie zu integrieren, in einem sich wiederholenden repetitiven Wiedererleben in Bildern, Gefühlen und Re-Enactments? Vor allem in der PTSD-Forschung wird betont, daß die primären Symptome weder symbolisch noch das Produkt einer Abwehr sind, sondern ihr realistischer Charakter ein Zeichen für die Unmöglichkeit ist, diese Erfahrung zu integrieren. Die Opfer bleiben deshalb eingebettet in das Trauma als einer ge-

²³ Küchenhoff (1998) versucht mit Hilfe einer Theorie der Repräsentation traumatische Erfahrungen zu systematisieren.

genwärtigen Erfahrung, und sie sind nicht in der Lage, diese als etwas zu integrieren, was zur Vergangenheit gehört. Für Psychoanalytiker ist das repetitive Wiedererleben als Wiederholungszwang ein zentrales Kennzeichen des Traumas. Aber ob die wiedererlebten Erinnerungen und Bilder genaue Repliken der ursprünglichen traumatischen Situation sind, bleibt für sie fraglich. Denn es spricht einiges dafür, daß diese Erfahrungen, auch wenn sie im Gedächtnis abgespalten registriert sind, trotzdem seelisch weiterbearbeitet werden. Pynoos et al. (1996) betonen, daß aus traumatischen Erinnerungen traumatische Erwartungen entstehen, die das Wiederauftauchen der Bedrohung, eine erneut einsetzende Hilflosigkeit bzw. ein schützendes Eingreifen der Umwelt zum Gegenstand haben. Lansky (1995) hat gezeigt, daß chronische posttraumatische Alpträume nicht nur affektgeladene Erinnerungen und Wiederholungen traumatischer Szenen sind, sondern daß diese Träume auch einer Traumarbeit unterliegen. Nicht nur die Angst dominiere die Alpträume, sondern die Angst kann auch eine Abwehrbedeutung haben, hinter der sich Schamgefühle, narzißtische Verletzungen sowie Wünsche nach Wiederherstellung und Integrität verbergen können. Oliner nimmt in dieser Frage eine prononcierte Position ein (1996, 1999). Die psychoanalytische Traumatheorie gerate in eine unhaltbare Position, wenn sie die Genauigkeit der traumatischen Erinnerungen betone, denn damit würden die »tatsächlichen Ereignisse« unabhängig von der besonderen Bedeutung, die diese Erfahrung für das Individuum hat, hervorgehoben. Auch Oliner nimmt an, daß schwere Traumatisierungen abgespalten von den normalen Erinnerungen registriert werden, aber die nackte Realität dieser Erinnerungen werde für Abwehrzwecke genutzt, vor allem als Abwehr gegen Schuldgefühle. Weil diese Erinnerungen nicht dem normalen Prozeß des Verblassens unterliegen, sei es so schwierig zu erkennen, daß auch sie »im Dienste der verzerrten, durch das infantile Drama gefärbten Bedeutung genutzt werden« (1999, S. 1122). Die Abspaltung vom normalen Erleben bedeute, daß dieser Bereich keiner äußeren Realitätskontrolle mehr unterliege und in ihm eine Regression zur infantilen Omnipotenz und zu einem archaischen Über-Ich stattfinde. Deshalb werden Ohnmacht und Wut, die in der traumatischen Situation mit einem Erleben absoluter Hilflosigkeit verbunden waren, gegen sich selbst gewendet als dem einzigen Ausweg, der dem Traumatisierten bleibe. Eine Phantasie der eigenen Schuld entstehe, die allmächtige Züge annehmen könne, aber dem ganzen unbegreiflichen Geschehen einen Sinn gebe. Auch verschaffe das Schuldgefühl ein Empfinden von Aktivität und Selbstverantwortlichkeit. Indem man sich die Verursachung selbst zu-

schreibe, werde illusionär impliziert, daß man es auch wieder gutmachen könne.

Die zuletzt dargestellten Arbeiten verdeutlichen noch einmal, in welcher Weise die Psychoanalyse Traumatisierungen als komplexe seelische Phänomene begreift. Traumatisierungen unterliegen zwar spezifischen psychodynamischen Einschränkungen und Operationen, aber ihre Abspaltung schließt sie nicht ganz aus dem Fluß des seelischen Geschehens und von der Überformung durch bewußte und unbewußte Phantasien aus. Das macht andererseits auch deutlich, wie wichtig es ist, die historische Realität vergangener traumatischer Erfahrungen zu rekonstruieren. Sie darf nicht gegenüber der psychischen Realität als unerkennbar vernachlässigt werden. Die Rekonstruktion der traumatischen Erfahrung und ihrer Umstände kann Ängste und Selbstbilder in einen Zusammenhang rücken und die unbewußt zugeschriebene Selbstverantwortlichkeit entlasten. Eine der zentralen Eigenschaften traumatischer Erfahrung ist, daß die abgekapselte traumatische Realität nicht symbolisch durchgearbeitet werden kann, sondern sie statt dessen verdeckt in Ängsten, in Re-Enactments und in Träumen wieder einbricht. Der Traumatisierte fühlt sich diesen Wiederholungen passiv ausgesetzt und sucht unablässig Kontrolle und Verstehen zu erlangen, was ihm aber nicht ausreichend gelingt und ein Gefühl von Vergeblichkeit vermittelt. Die seelische Aktivität läuft dabei gewissermaßen heiß und erzeugt immer wieder aufs neue Ohnmachtserfahrungen. Sinn zuschreibende Narrationen alleine ohne eine Rekonstruktion der verursachenden Realität laufen Gefahr, diesen Circulus nur zu perpetuieren. Die Aufdeckung der Realität des Traumas, d. h. seine Historisierung, ist die Voraussetzung, um seine sekundäre Bearbeitung und Überformung mit unbewußten Phantasien und Bedeutungen, die Schuldgefühle und Bestrafungstendenzen beinhalten, aufzuklären und verstehbar zu machen. Damit wird Phantasie und Realität abgegrenzt. Das Ich wird entlastet und erhält einen Verstehensrahmen für die bis dahin unbegreiflichen Einbrüche traumatischer Realität. Ein neues Empfinden seelischer Aktivität kann dann eine Auflösung des Wiederholungszwangs und eine Transformation und Integration des Traumas ermöglichen.

(Anschrift des Verf.: Dr. Werner Bohleber, Am Ebelfeld 1a, D-60488 Frankfurt/M.)

BIBLIOGRAPHIE

- Abraham, K. (1907a): Über die Bedeutung sexueller Jugendtraumen für die Symptomatologie der Dementia praecox. In: *Psychoanalytische Studien*, Bd. 2. Frankfurt/M. (Fischer) 1971, 125–131.
- (1907b): Das Erleiden sexueller Traumen als Form der Sexualbetätigung. In: *Psychoanalytische Studien*, Bd. 2. A.a.O., 167–181.
- Abraham, N. (1978): Aufzeichnungen über das Phantom. *Ergänzung zu Freuds Metapsychologie*. *Psyche*, 45, 1991, 691–698.
- , und M. Torok (1976): *Kryptonymie. Das Verbarium des Wolfsmanns*. Frankfurt/M. (Ullstein) 1979.
- Amati, S. (1977): Reflexionen über die Folter. *Psyche*, 31, 228–245.
- (1990): Die Rückgewinnung des Schamgefühls. *Psyche*, 44, 724–740.
- Balint, M. (1969): Trauma und Objektbeziehung. *Psyche*, 24, 1970, 346–358.
- Baranger, M., W. Baranger und J. Mom (1988): The infantile trauma from us to Freud: pure trauma, retroactivity and reconstruction. *Int. J. Psycho-Anal.*, 69, 113–128.
- Barocas, H.A., und C.B. Barocas (1979): Wounds of the fathers: the next generation of holocaust victims. *Int. Rev. Ps.*, 6, 331–340.
- Bergmann, M.S. (1996): Fünf Stadien in der Entwicklung der psychoanalytischen Trauma-Konzeption. *Mittelweg*, 2, 12–22.
- , und M.E. Jucovy (1982): Einleitung. In: M.S. Bergmann, M.E. Jucovy und J.S. Kestenberg (Hg.): *Kinder der Opfer – Kinder der Täter. Psychoanalyse und Holocaust*. Frankfurt/M. (Fischer) 1995, 23–55.
- Bergmann, M.V. (1982): Überlegungen zur Über-Ich-Pathologie Überlebender und ihrer Kinder. In: M.S. Bergmann, M.E. Jucovy und J.S. Kestenberg (Hg.) (1995), 322–356.
- Blass, R.B., und B. Simon (1994): The value of the historical perspective to contemporary psychoanalysis: Freud's »Seduction hypothesis«. *Int. J. Psycho-Anal.*, 75, 677–694.
- Bohleber, W. (1997): Trauma, Identifizierung und historischer Kontext. Über die Notwendigkeit, die NS-Vergangenheit in den psychoanalytischen Deutungsprozeß einzubeziehen. *Psyche*, 51, 958–995.
- (2000): Trauma, Trauer und Geschichte. In: J. Rüsen und B. Liebsch (Hg.): *Trauer und Geschichte*. Berlin (Böhlau) im Druck.
- Bowlby, J. (1973): Trennung. Psychische Schäden als Folgen der Trennung von Mutter und Kind. München (Kindler) 1976.
- Brenneis, C.B. (1996): Gedächtnissysteme und der psychoanalytische Abruf von Traumaerinnerungen. *Psyche*, 52, 1998, 801–823.
- (1997): *Recovered Memories of Trauma: Transferring the Present to the Past*. Madison (IUP).
- Caruth, C. (1995): Trauma als historische Erfahrung: Die Vergangenheit einholen. In: U. Baer (Hg.): »Niemand zeugt für den Zeugen«. *Erinnerungskultur nach der Shoa*. Frankfurt/M. (Suhrkamp) 2000, 84–98.
- Cohen, J. (1985): Trauma and repression. *Psa. Inquiry*, 5, 163–189.
- Cooper, A. (1986): Toward a limited definition of psychic trauma. In: A. Rothstein (Hg.): *The Reconstruction of Trauma. Its Significance in Clinical Work*. Madison (IUP), 41–56.
- Cremerius, J. (1983): »Die Sprache der Zärtlichkeit und der Leidenschaft«. Reflexionen zu Sándor Ferenczi Wiesbadener Vortrag von 1932. *Psyche*, 37, 988–1015.
- Davies, J., und M. Frawley (1994): *Treating the Adult Survivor of Childhood Sexual Abuse: A Psychoanalytic Perspective*. New York (Basic Books).
- Dreher, U. (1998): *Empirie ohne Konzept? Einführung in die psychoanalytische Konzeptforschung*. Stuttgart (Verl. Intern. Psychoanal.).
- Dupont, J. (1999): Der Traumabegriff nach Ferenczi und sein Einfluß auf die spätere psychoanalytische Forschung. *Psyche*, 53, 419–431.

- Eckstaedt, A. (1981): Eine klinische Studie zum Begriff der Traumareaktion. Ein Kindheitsschicksal aus der Kriegszeit. *Psyche*, 35, 600–610.
- (1989): Nationalsozialismus in der »zweiten Generation«. Psychoanalyse von Hörigkeitsverhältnissen. Frankfurt/M. (Suhrkamp).
- Ehlert, M., und B. Lorge (1988): Zur Psychodynamik der traumatischen Reaktion. *Psyche*, 42, 502–532.
- Ehlert-Balzer, M. (1996): Das Trauma als Objektbeziehung. *Forum Psa.*, 12, 291–314.
- Eickhoff, F.W. (1986): Identifications and its vicissitudes in the context of the Nazi-Phenomenon. *Int. J. Psycho-Anal.*, 67, 33–44.
- Eissler, K.R. (1963): Die Ermordung von wie vielen seiner Kinder muß ein Mensch symptomfrei ertragen können, um eine normale Konstitution zu haben? *Psyche*, 17, 241–291.
- (1968): Weitere Bemerkungen zum Problem der KZ-Psychologie. *Psyche*, 22, 452–463.
- Esman, A.H. (1983): Die »Reizschranke«. Forschungsbericht und Neubetrachtung. *Psyche*, 45, 1991, 241–291.
- Faimberg, H. (1987): Die Ineinanderrückung (Telescoping) der Generationen. *Jb. d. Psa.*, 20, 114–142.
- Fairbairn, W.R.D. (1943): The war neuroses – their nature and significance. In: *Psychoanalytic Studies of the Personality*. London (Routledge) 1994, 256–288.
- Fenichel, O. (1937): Der Begriff »Trauma« in der heutigen psychoanalytischen Neurosenlehre. In: *Aufsätze*, Bd. II. Olten (Walter) 1981, 58–79.
- (1945): Psychoanalytische Neurosenlehre. Bd. I. Olten (Walter) 1974.
- Ferenczi, S. (1931): Kinderanalysen mit Erwachsenen. In: *Schriften zur Psychoanalyse*, Bd. II. Frankfurt/M. (Fischer) 1972, 274–289.
- (1933): Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind. In: *Schriften zur Psychoanalyse*, Bd. II., 303–313.
 - (1985): Ohne Sympathie keine Heilung. Das klinische Tagebuch von 1932. Frankfurt/M. (Fischer) 1988.
- Fischer, G., und P. Riedesser (1998): *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München (Reinhardt).
- Fonagy, P., und M. Target (1997): Perspectives on the recovered memories debate. In: J. Sandler und P. Fonagy (Hg.): *Recovered Memories of Abuse: True or False?* London (Karnac), 183–216.
- Freud, A. (1949): *Heimatlose Kinder*. Frankfurt/M. (Fischer) 1971.
- Freud, S. (1916–17a): Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. *GW XI*.
- (1919d): Einleitung zu: Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen. *GW XII*, 321–324.
 - (1920g): Jenseits des Lustprinzips. *GW XIII*, 1–69.
 - (1926d): Hemmung, Symptom und Angst. *GW XIV*, 111–205.
 - (1939a): Der Mann Moses und die monotheistische Religion: Drei Abhandlungen. *GW XVI*, 103–246.
 - (1985c): Briefe an Wilhelm Fließ 1887–1904. Hg. von J.M. Masson. Frankfurt/M. (Fischer) 1986.
- Friedman, P. (1948): Aspekte einer Konzentrationslager-Psychologie. *Psyche*, 44, 1990, 164–172.
- Furst, S. (Hg.) (1967): *Psychic Trauma*. New York (Basic Books).
- (1978): The stimulus barrier and the pathogenicity of trauma. *Int. J. Psycho-Anal.*, 59, 345–352.
- Good, M. (1994): The reconstruction of early childhood trauma: fantasy, reality, and verification. *JAPA*, 42, 79–101.
- (1995): Karl Abraham, Sigmund Freud und das Schicksal der Verführungstheorie. *Psyche*, 53, 1999, 341–372.
 - (1998): Screen reconstructions: traumatic memory, conviction, and the problem of verification. *JAPA*, 46, 149–183.

- Grubrich-Simitis, I. (1979): Extremtraumatisierung als kumulatives Trauma. Psychoanalytische Studien über seelische Nachwirkungen der Konzentrationslagerhaft bei Überlebenden und ihren Kindern. *Psyche*, 33, 991–1023.
- (1984): Vom Konkretismus zur Metaphorik. Gedanken zur psychoanalytischen Arbeit mit Nachkommen der Holocaust-Generation – anlässlich einer Neuerscheinung. *Psyche*, 38, 1–28.
 - (1987): Trauma oder Trieb – Trieb und Trauma. Lektionen aus Sigmund Freuds phylogenetischer Phantasie von 1915. *Psyche*, 41, 992–1023.
- Gutwinski-Jeggel, J. (1992): Trauma und Zeiterleben. Theoretische Überlegungen. *Jb. d. Psa.*, 29, 167–214.
- Haesler, L. (1985): Zur Psychodynamik der anniversary reactions. *Jb. d. Psa.*, 17, 211–266.
- Hardtmann, G. (1982): Die Schatten der Vergangenheit. In: M. S. Bergmann, M. E. Jucovy und J. S. Kestenberg (Hg.) (1995), 239–261.
- Haynal, A. (1989): The concept of trauma and its present meaning. *Int. Rev. Psa.*, 16, 315–321.
- Herman, J.L. (1992): Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden. München (Kindler) 1993.
- Herzog, J. (1982): Welt jenseits von Metaphern: Überlegungen zur Transmission des Traumas. In: M.S. Bergmann, M.E. Jucovy und J.S. Kestenberg (Hg.) (1995), 127–146.
- Hirsch, M. (1987): Realer Inzest. Psychodynamik des sexuellen Mißbrauchs in der Familie. Berlin (Springer).
- Hoffer, W. (1952): The mutual influences in the development of ego and id: earliest stages. *Psa. Study Child*, 7, 31–41.
- Hoppe, K.D. (1962): Verfolgung, Aggression und Depression. *Psyche*, 16, 521–537.
- (1965): Psychotherapie bei Konzentrationslageropfern. *Psyche*, 19, 290–319.
 - (1968): Psychosomatische Reaktionen und Erkrankungen bei Überlebenden schwerer Verfolgung. *Psyche*, 22, 465–477.
- Hopper, E. (1991): Encapsulation as a defence against the fear of annihilation. *Int. J. Psycho-Anal.*, 72, 607–624.
- Horowitz, M.J. (1976): Stress Response Syndromes. PTSD, Grief, and Adjustment Disorders. 2. überarb. Ausg. Northvale (Jason Aronson) 1997.
- (1999): Introduction. In: Essential Papers on Posttraumatic Stress Disorder. New York (New York Univ. Pr.), 1–17.
- Kardiner, A. (1941): The Traumatic Neuroses of War. New York (Hoeber).
- Keilson, H. (1979): Sequentielle Traumatisierung bei Kindern. Stuttgart (Enke).
- Kestenberg, J. (1989): Neue Gedanken zur Transposition. Klinische, therapeutische und entwicklungsbedingte Betrachtungen. *Jb. d. Psa.*, 24, 163–189.
- Kestenberg, J.S. (1982): Überlebende Eltern und ihre Kinder. In: M.S. Bergmann, M.E. Jucovy und J.S. Kestenberg (Hg.) (1995), 103–126.
- Kestenberg, M. (1982): Diskriminierende Aspekte der deutschen Entschädigungspraxis: Eine Fortsetzung der Verfolgung. In: M.S. Bergmann, M.E. Jucovy und J.S. Kestenberg (Hg.) (1995), 74–99.
- Khan, M.M.R. (1963): Das kumulative Trauma. In: Selbsterfahrung in der Therapie. München (Kindler) 1977, 50–70.
- Kinston, W., und J. Cohen (1986): Primal repression: clinical and theoretical aspects. *Int. J. Psycho-Anal.*, 67, 337–355.
- Kirshner, L. (1994): Trauma, the good object, and the symbolic: a theoretical integration. *Int. J. Psycho-Anal.*, 75, 235–242.
- Klein, H., und I. Kogan (1986): Identification and denial in the shadow of nazism. *Int. J. Psycho-Anal.*, 67, 45–52.
- Kluft, R. (1990): Incest-related syndromes of adult psychopathology. Washington (Am. Psychiatric Pr.).
- (1999): Memory (book reviews). *JAPA*, 47, 227–237.

- Kogan, I. (1990): Vermitteltes und reales Trauma in der Psychoanalyse von Kindern von Holocaust-Überlebenden. *Psyche*, 44, 533–544.
- (1995): Der stumme Schrei der Kinder. Die zweite Generation der Holocaust-Opfer. Frankfurt/M. (Fischer) 1998.
- Kramer, S., und S. Akhtar (Hg.) (1991): The trauma of transgression: psychotherapy of incest victims. Northvale (Jason Aronson).
- Kris, E. (1956): The recovery of childhood memories in psychoanalysis. *Psa. Study Child*, 11, 54–88.
- Krystal, H. (Hg.) (1968): Massive Psychic Trauma. New York (IUP).
- (1978): Trauma and affect. *Psa. Study Child*, 33, 81–116.
- (1988): Integration and Self-Healing. Affect, Trauma, Alexithymia. Hillsdale (Analytic Pr.).
- (1991): Integration und Selbstheilung. Zur Psychodynamik posttraumatischer Belastungsstörungen. In: H. Stoffels (Hg.): Schicksale der Verfolgten. Psychische und somatische Auswirkungen von Terrorherrschaft. Berlin (Springer), 239–253.
- Küchenhoff, J. (1998): Trauma, Konflikt, Repräsentation. Trauma und Konflikt – ein Gegensatz? In: A.M. Schlösser und K.Höfeld (Hg.): Trauma und Konflikt. Gießen (Psychosozial), 13–31.
- Lansky, M.R. (1995): Posttraumatic Nightmares. *Psychodynamic Explorations*. Hillsdale (Analytic Pr.).
- Laplanche, J., und J.-B. Pontalis (1967): Das Vokabular der Psychoanalyse. Frankfurt/M. (Suhrkamp) 1994.
- Laub, D. (1998): The empty circle: children of survivors and the limits of reconstruction. *JAPA*, 46, 507–529.
- , und N. C. Auerhahn (1991): Zentrale Erfahrung des Überlebenden: Die Versagung von Mitmenschlichkeit. In: H. Stoffels (Hg.): Schicksale der Verfolgten. Psychische und somatische Auswirkungen von Terrorherrschaft. Berlin (Springer), 254–276.
- (1993): Knowing and not knowing massive psychic trauma: forms of traumatic memory. *Int. J. Psycho-Anal.*, 74, 287–302.
- , und D. Podell (1995): Art and Trauma. *Int. J. Psycho-Anal.*, 76, 991–1005.
- Levine, H. (1990): Adult Analysis and Childhood Sexual Abuse. Hillsdale (Analytic Pr.).
- Lockot, R. (1994): Die Reinigung der Psychoanalyse. Die Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft im Spiegel von Dokumenten und Zeitzeugen (1933–1951). Tübingen (ed. diskord).
- Lorenzer, A. (1965): Ein Abwehrsyndrom bei traumatischen Verläufen. *Psyche*, 18, 685–700.
- (1966): Zum Begriff der »traumatischen Neurose«. *Psyche*, 20, 481–492.
- (1968a): Methodologische Probleme der Untersuchung traumatischer Neurosen. *Psyche*, 22, 861–874.
- (1968b): Some Observations on the latency of symptoms in patients suffering from persecution sequelae. *Int. J. Psycho-Anal.*, 49, 316–318.
- , und H. Thomä (1965): Über die zweiphasige Symptomentwicklung bei traumatischen Neurosen. *Psyche*, 18, 674–684.
- Mitscherlich, A., und M. Mitscherlich (1967): Die Unfähigkeit zu trauern. München (Piper) 1977.
- Moore, R. (1999): The Creation of Reality in Psychoanalysis. A View of the Contributions of Donald Spence, Roy Schafer, Robert Stolorow, Irwin Z. Hoffman, and Beyond. Hillsdale (Analytic Pr.).
- Moses, R. (1978): Adult psychic trauma: the question of early predisposition and some detailed mechanisms. *Int. J. Psycho-Anal.*, 59, 353–363.
- Niederland, W.G. (1968): Clinical observations on the »Survivor Syndrome«. *Int. J. Psycho-Anal.*, 49, 313–315.
- (1980): Folgen der Verfolgung: Das Überlebenden-Syndrom. Seelenmord. Frankfurt/M. (Suhrkamp).

- (1981): The survivor syndrome: further observations and dimensions. *JAPA*, 29, 413–425.
- Olinier, M.M. (1996): Äußere Realität. Die schwer faßbare Dimension der Psychoanalyse. *Jb. d. Psa.*, 37, 9–43.
- (1999): Analytiker stellen sich dem Holocaust. Das ungelöste Rätsel »Trauma«. Die Auswirkungen des Holocaust auf die Sexualität. *Psyche*, 53, 1115–1136.
- Person, E.S., und H. Klar (1994): Establishing trauma: the difficulty distinguishing between memories and fantasies. *JAPA*, 42, 1055–1081.
- Pross, C. (1988): Wiedergutmachung. Der Kleinkrieg gegen die Opfer. Frankfurt/M. (Athenäum).
- Pynoos, R.S., A.M. Steinberg und A. Goenjian (1996): Traumatic stress in childhood and adolescence: recent developments and current controversies. In: B. van der Kolk, A. McFarlane und L. Weisaeth (Hg.) (1996), 331–358.
- Rand, N., und M. Torok (1999): Freuds und Ferenczis Traumaforschung – eine Gegenüberstellung. *Psyche*, 53, 441–456.
- Rosenberg, A. (1943): A clinical contribution to the psychopathology of the war neuroses. *Int. J. Psycho-Anal.*, 24, 32–41.
- Rosenkötter, L. (1979): Schatten der Zeitgeschichte auf psychoanalytischen Behandlungen. *Psyche*, 33, 1024–1038.
- (1981): Die Idealbildung in der Generationenfolge. *Psyche*, 35, 593–599.
- Roth, S., und M.J. Friedman (Hg.): Childhood trauma remembered. A Report on the current scientific knowledge base and its applications. Northbrook O.J.
- Sandler, J. (1967): Trauma, strain, and development. In: S. Furst (Hg.) (1967), 154–174.
- , et al. (1987): Psychisches Trauma. Ein psychoanalytisches Konzept im Theorie-Praxis-Zusammenhang. Materialien des Sigmund-Freud-Instituts Frankfurt, 5.
- , A. Dreher und S. Drews (1991): An approach to conceptual research in psychoanalysis illustrated by a consideration of psychic trauma. *Int. Rev. Psa.*, 18, 133–142.
- Schacter, D. L. (1996): Wir sind Erinnerung. Gedächtnis und Persönlichkeit. Reinbek (Rowohlt) 1999.
- Shalev, A.Y. (1996): Stress versus traumatic stress. From acute homeostatic reactions to chronic psychopathology. In: B. van der Kolk, A. McFarlane und L. Weisaeth (Hg.) (1996), 77–101.
- Shengold, L. (1989): Seelenmord – die Auswirkungen von Mißbrauch und Vernachlässigung in der Kindheit. Frankfurt/M. (Brandes & Apsel) 1995.
- Simenauer, E. (1967): Psychische Spätfolgen menschengemachter Katastrophen. In: Wanderungen zwischen Kontinenten. Gesammelte Schriften zur Psychoanalyse, Bd. 2. Stuttgart (frommann-holzboog) 1993, 358–364.
- (1978): Doppelhelix. Einige Determinanten der Fortdauer des Nazismus. In: Wanderungen zwischen den Kontinenten, Bd. 2, 463–476.
- Simmel, E. (1944): Kriegsneurosen. In: Psychoanalyse und ihre Anwendungen. Ausgewählte Schriften. Frankfurt/M. (Fischer) 1993, 204–226.
- Simon, B. (1992): »Incest – see under Oedipus complex«: the history of an error in psychoanalysis. *JAPA*, 40, 955–988.
- Spitz, R. (1965): Vom Säugling zum Kleinkind. Stuttgart (Klett) 1972.
- Steele, B.F. (1994): Psychoanalysis and the maltreatment of children. *JAPA*, 42, 1001–1025.
- Stern, D.N. (1985): Die Lebenserfahrung des Säuglings. Stuttgart (Klett-Cotta) 1992.
- Stern, M.M. (1951): Anxiety, trauma and shock. *Psa. Q.*, 7, 348–350.
- (1972): Trauma, Todesangst und Furcht vor dem Tod. *Psyche*, 26, 901–928.
- (1974): Das Problem der Aggression. Bemerkungen über Trieb, Trauma und Tod. *Psyche*, 28, 494–507.
- Stoffels, H. (Hg.) (1994): Terrorlandschaften der Seele. Beiträge zur Therapie von Extremtraumatisierungen. Regensburg (Roderer).

- Sugarman, A. (Hg.) (1994): Victims of Abuse. The Emotional Impact of Child and Adult Trauma. Madison (IUP).
- Terr, L.C. (1984): Time and trauma. *Psy. Study Child*, 39, 633–665.
- Van der Kolk, B. (1996): Trauma and memory. In: Ders., A. McFarlane und L. Weisaeth (Hg.) (1996), 279–302.
- , A. McFarlane und L. Weisaeth (Hg.) (1996): Traumatic Stress. The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society. New York (Guilford Pr.).
- , L. Weisaeth und O. van der Hart (1996): History of trauma in psychiatry. In: Ders., A. McFarlane und L. Weisaeth (Hg.) (1996), 47–74.
- Wangh, M. (1965): Verfolgungsgeschädigte vor deutschen Gutachtern. *Psyche*, 25, 716–719.
- Winnicott, D.W. (1965): Reifungsprozesse und fördernde Umwelt. München (Kindler) 1974.
- (1986): Der Anfang ist unsere Heimat. Stuttgart (Klett-Cotta) 1990.

Summary

The development of trauma theory in psychoanalysis. – The study traces the development from Freud's early hypotheses on trauma and seduction theory to Ferenczi's innovative approach, moving from there to review the relevant findings of research on infancy and recent ideas gleaned in connection with insights on seduction in childhood and not least in the treatment of holocaust survivors and their descendants. The treatment of holocaust survivors made it necessary to reconceptualize trauma theory to encompass this extreme traumatic experience. The author demonstrates how in psychoanalytic thinking different theories of trauma have developed on the basis of two different models, one psycho-economic, the other centered on the theory of object relations. Both models are essential to any appropriate understanding of trauma.

Résumé

L'évolution de la théorie du trauma dans la psychanalyse. – Ce travail retrace le cheminement historique qui va des premières hypothèses concernant le trauma et la théorie de la séduction jusqu'aux récentes réflexions résultant des découvertes sur la séduction dans l'enfance, mais également du traitement des survivants de l'Holocauste et de leurs enfants, en passant par les innovations de Ferenczi et les résultats des recherches sur les nourrissons, qui ont un impact sur la théorie du trauma. Le traitement des survivants de l'Holocauste a rendu nécessaire une reconceptualisation de la théorie du trauma, afin de permettre de rendre compte de cette expérience traumatisante extrême. L'auteur montre comment la psychanalyse a développé différentes théories du trauma sur la base de la représentation de deux modèles: le modèle psycho-économique et le modèle dérivé de la théorie du rapport d'objet. Ces deux modèles sont nécessaires pour comprendre de manière adéquate le trauma.