

(aus: SAP-Zeitung Nr. 5, Februar 2003)

**Bodo KIRCHNER:**

## **TRAUMA UND NEUROSE**

### **Über somatopsychische und psychosomatische Aspekte in der Unfallchirurgie**

Vortrag Weltkongress für Psychotherapie Wien 2002

#### **Abstract:**

Während somatopsychische Unfallfolgen zunehmend besser definiert und therapiert werden können, stehen psychosomatische Theorien bezüglich Unfallentstehung- und Verarbeitung erst am Beginn der Erforschung.

Ausgehend von psychoanalytischen Konzepten (Aggression, Destruktivität, Verschiebung, Resomatisierung, Krankheitsgewinn und -verleugnung) werden verschiedene Krankheitsverläufe und Interventionsmöglichkeiten im psychosomatischen Konsiliar- und Liaisondienst dargestellt.

#### **Vortrag:**

**Trauma** ist ein schon früher in der Medizin und in der Chirurgie verwendeter Ausdruck. Er kommt aus dem Griechischen und bezeichnet eine Wunde mit Gewebedurchtrennung. Im weiteren Sinne bezieht sich der Ausdruck auf die **Folgen** aller jener Läsionen, die durch äußere Krafteinwirkung verursacht werden

Die Psychoanalyse hat diesen Ausdruck übernommen und die drei **Bedeutungen**, die er implizierte, auf die **psychische** Ebene übertragen:

Kennzeichen des Traumas sind die **plötzliche Reizüberflutung**, welche die gewohnte Funktionsweise des psychischen Apparates außer Kraft setzt und das Ich mit einem Zustand totaler Hilflosigkeit konfrontiert. (*Freud, S. (1920g): Jenseits des Lustprinzips, GW XIII, 1-69*)

Im Augenblick des **Schocks** ( und, wie wir es heute bezeichnen würden, in der akuten posttraumatischen Belastungsreaktion) stehen **Angst, Agitiertheit oder Stupor und Verwirrung** im Vordergrund. In der späteren Entwicklung, d.h. wenn es der Psyche nicht gelingt, das Trauma ausreichend zu **verdrängen**, muss das Subjekt wiederholt versuchen, das Trauma **zu binden**. **Diese Fixierung** an das Trauma geht mit einer **Aktivitätshemmung** einerseits, mit einer **Wiederholung** des traumatischen Geschehens im Traum und **Unfähigkeit** zur Entspannung, Schlafstörungen etc. andererseits einher.

Disposition des Individuums und Ausmaß des Traumas stehen dabei in einer **Ergänzungsreihe**: bei nur geringer Toleranzbreite kann ein **minimales** Ereignis bereits auslösend wirken, aber selbst bei ausreichenden und flexiblen Abwehrstrukturen kann ein entsprechend **dramatisches** Ereignis (Gewalttaten, Krieg, Folter oder Vergewaltigung) das Subjekt in eine traumatische Neurose - wir würden heute sagen: in eine **posttraumatische Belastungsstörung** - stürzen. Der

Begriff des Traumas ist also **relativ**. In diesem Zusammenhang sind von psychoanalytischer Seite vor allem jene Störungen von Interesse, in denen das Trauma als auslösendes Moment gleichsam die **präexistente** neurotische Struktur „**enthüllt**“ (Laplanche; P., S. 521) Folgt man dieser Denklinie noch weiter, so stößt man auf Fälle, in denen das traumatische Ereignis einen verdrängten **Wunsch** des Patienten realisiert und somit eine **unbewusste Phantasie** inszeniert hat. Selbstbestrafungstendenzen und manifeste Selbstschädigungen können die Folge sein.

Schliesslich beschrieb bereits Fenichel den Typus des „**traumatophilen Patienten**“, der die traumatisierende Situation, obwohl er sie fürchtet, scheinbar immer wieder (unbewusst) aufsucht. (Fenichel, O., *Psychoanalytische Neurosenlehre*, Kap. VII, S. 169-185, Frankfurt, 1983)

Hier finden sich jene Krankengeschichten, die von wiederholten “Unfällen” mit körperlicher Schädigung gekennzeichnet sind, und in denen das sogenannte Risikoverhalten nur die Oberfläche der darunterliegenden Dynamik beschreibt.

Das Trauma hat in diesen Fällen bereits eine **zentrale Position** in der Persönlichkeit eingenommen, die mit den Veränderungen der inneren Objektwelt als **quasi-Objektbeziehung** das weitere Leben gestaltet.

Auf dieser Ebene der Objektbeziehungen entsteht aus der Erfahrung der **äußersten Einsamkeit** in der traumatischen Situation die Angst vor dem Verlust **aller** Objektbeziehungen, eine **existentielle** Verarmung im Schmerz (und in der Regression auf das Körper-Ich). Die **Bedrohung der sozialen Existenz** durch den narzisstisch (notwendigen) Rückzug führt zu einer intensiven **Sehnsucht** und Suche nach dem Selbstobjekt, das Sicherheit und Stabilität garantieren könnte.

Im **Idealfall** ist dies der kompetente und sichernde Helfer, der anwesende Angehörige oder Mitmensch, der nicht nur für die medizinisch korrekte Erstversorgung sorgt, sondern auch sich als **Übergangsobjekt** zur Verfügung stellt.

Beim sogenannten **Verfolgungstrauma**, das heißt, wenn nicht der Zufall, sondern ein Gewalttäter, Folterer oder Vergewaltiger das Trauma auslöst, steht lediglich der **Täter** als Selbstobjekt zur Verfügung, der mit dem Primärobjekt „**verwechselt**“ und identifiziert wird. Das **regredierte** Ich versucht dann durch **Introjektion** des Täters die **Einheit** mit dem schutzversprechenden Primärobjekt wiederherzustellen. Mit diesem Irrtum gewinnt der äußere Verfolger Anschluss an die innere Welt des Opfers, das Trauma wird von einem **äußeren Angriff** zu einem inneren **Fremdkörper** (Ehlert-Balzer, M., S. 299).

Das Trauma zerstört damit aber auch die Verbindung zwischen dem **Selbst und dem guten inneren Objekt**, dem schützenden Anderen, letzten Endes das **Urvertrauen**, und stellt somit eine nachträgliche **frühe Störung** dar, die auch alle anderen, verinnerlichten **positiven** Objektbeziehungen untergräbt.

**Die Wiederherstellung der Gesundheit** kommt durch ein intensives **Durcharbeiten** der traumatisch veränderten kognitiven (und - ich möchte hinzufügen - auch der emotionalen) Schemata zustande. Traumatisierte Menschen sehen sich als **verletzt** und künftig **verletzbar**, die Welt als **feindlich** und **unkontrollierbar** und sich selbst als **beschädigt** und **wertlos**.

**Diese Schemata** müssen in jeder erfolgreichen Traumatherapie verändert werden. (Horowitz, M.J., (1976/1986): *Stress response syndromes*, New York)

Grundprinzipien der Therapie sind:

- Langsamer Aufbau von Vertrauen durch Respekt vor dem Vertrauensverlust des Patienten
- Schaffung sicherer Umgebungsbedingungen und adäquates Eingehen auf Rituale, um das Sicherheitsbedürfnis zu achten
- Besprechung von Gefahrenquellen, Unterstützungsmöglichkeiten und Medikamenten.

( Maercker,A.: *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen*, Berlin, 1997)

Das Thema **Krankheitsverleugnung** spielt in der Unfallchirurgie eine besondere Rolle, weil die sichtbare Verletzung ja zur **Inanspruchnahme** der Hilfeleistung berechtigt, daher die Eintrittskarte ins medizinische Versorgungssystem darstellt. Da jedoch gerade diese Sparte der Medizin von der Dramatik des **äußeren**, realen und **sichtbaren**, daher auch **objektiv** im Befund und Röntgenbild fassbaren Traumas geprägt ist, gerät das **unsichtbare, subjektive und stille, psychische Trauma** ebenso leicht aus dem Blickfeld wie die zufällig begleitende oder teilkausale psychische **Begleiterkrankung**, die allerdings erheblichen Einfluss auf den **Krankheitsverlauf**, die **Prognose**, Rehabilitation und die weiteren Lebensmöglichkeiten sowie der **Krankenhausverweildauer, -ökonomie und Folgekosten** ausübt.

Der unfallchirurgische Patient ist durch die oft **mechanistische Weltsicht** seiner behandelnden Ärzte darüber hinaus geneigt, die **eigene Befindlichkeit**, Emotionalität, vor allem aber **Verletzlichkeit** und seelisches Leid z.T. **kollusiv** abzuwehren und sich ausschließlich mit den **starken**, demonstrativ sportlichen und **phallisch-narzisstischen** Anteilen der Helfer zu identifizieren, die alles im Griff zu haben scheinen und alle Defekte reparieren, replantieren oder zumindest plastisch decken können, sodass die Wunde sich schließt und die Verletzung **unsichtbar** - vielleicht sogar **ungeschehen(?)** - gemacht werden kann.

Hier findet bei jeder **Visite** eine **partielle Krankheitsverleugnung** statt, aus der **Angst** heraus, als schwach, emotional oder **psychisch auffällig** definiert zu werden, um dann, mit einem Schlaf- oder Beruhigungsmittel versorgt, wieder in die Normalität **angepasst** und rasch **remobilisiert** zu werden.

Eine mögliche Flucht findet der verletzte Patient in der **Resomatisierung**, in funktionellen Beschwerden, die eine organische Begleiterkrankung oder **Komplikation** vermuten lassen und damit nicht unter das Stigma des „Psycherls“ fallen, oder in einer **Reaktivierung psychosomatischer Reaktionsmuster** wie z. B. Verschlechterung innerer Begleiterkrankungen, Rezidiv eines Ulcusleidens, allergischer Reaktionen etc.

Der herbeigerufene **Konsiliarius** kann nun ebenfalls in rein **somatischer Orientierung** neben der physischen Verletzung und operativen Behandlung auch noch **seine biochemische Therapie** addieren, oder, **mühsamer**, zeitaufwendiger und- **nicht immer** dafür geschätzt- den **seelischen** Hintergrund und die psychosomatische Betrachtungs- und Behandlungsweise einführen. Dies bringt ihn freilich nicht nur in einen **inneren** Rollenkonflikt sondern auch in einen **äußeren**:

Denn dort, wo die Vorstellung des **isolierten, physikalisch bedingten** Traumas und die **standardisierte operative Behandlung** den Blick auf die **Biographie**, die psychosozialen Krankheitsursachen und integrierte psychosomatische Konzepte verstellt, sind der Blick nach **Innen, der Respekt vor der Subjektivität und Individualität** eher hinderlich für den reibungslosen, in Zeiten der leistungsorientierten Krankenhausfinanzierung immer weiter **beschleunigten**, Behandlungsverlauf.

**Zeit für Erschöpfung, Trauer und Regression** sind der technisch- physikalischen Orientierung suspekt und konfrontieren womöglich mit **eigenen** Insuffizienzgefühlen und Ängsten. **Effizienz und Ökonomie** kennen weder Depression noch Angst- aber sie **erzeugen** sie fortwährend, fügen dem beschädigten Subjekt **neue** Belastungen und Traumatisierungen hinzu.

Hier muss der psychosomatische Konsiliar- oder Liaisonarzt sich um eine **aktive, klare und hilfreiche Haltung** in der Kommunikation und Kooperation mit den Kollegen bemühen, er benötigt dafür **Zeit, Sicherheit** sowie die **ausdrückliche Unterstützung** der Institution des Leiters und seiner Mitarbeiter. Nur dann kann das Trauma des einzelnen in einem integrativen Gesamtkonzept ausreichend und aussichtsreich behandelt werden.

In jedem Fall stellt der **Einbruch traumatischer Gewalt** eine tiefe **narzisstische Verwundung** dar, die von der Geburt eines Menschen an bis in das hohe Alter **jede Lebensgeschichte** in ihren Grundfesten erschüttern und möglicherweise auch endgültig zerstören kann. Wir sind **alle, solange wir leben**, psychisch verwundbar, zerstörbar und damit in einem radikalen Sinne **schutzbedürftig**.

Dass schwere Traumatisierungen buchstäblich **einen anderen Menschen** aus dem Opfer machen können, ist uns einerseits selbstverständlich, andererseits geradezu unfassbar. Der **bloße Bericht** über das Schreckliche ist schon unheimlich und unbegreiflich, weil er uns an etwas **allzu Vertrautes**, aber längst überwunden Geglaubtes erinnert, an **Schrecknisse unserer eigenen Phantasie**, unserer **Alpträume**, an das – meist gut verdrängte- Inferno in uns selbst. (*Ehlert-Balzer, M.: das Trauma als Objektbeziehung, in: Forum Psychoanal (1996) 12:292*)

Traumen führen nicht nur zu **traumatischen Neurosen** und posttraumatischen Belastungsstörungen, sondern auch zu Störungen des **Selbstwertgefühls, des Körperschemas und der Objektbeziehungen**. Sie können zu **psychosomatischen Störungen** und **psychotischen Reaktionen** beitragen und stehen an der **Schnittstelle** zwischen körperlicher und seelischer Erkrankung. Darüber hinaus konfrontieren sie uns mit dem Ineinandergreifen von äußerer und innerer Realität, mit dem Problem der Phantasiebildung, der symbolischen Bedeutung und der Intersubjektivität.

Dabei geht es nicht um die **alternative** Entscheidung zwischen **unbewusster Phantasie** und **objektiver Realität** sondern darum, den Verbindungen und Wechselwirkungen zwischen beiden nachzugehen. (*Schrader,C.: Trauma und Traumatisierung, in: Mertens,W.: Schlüsselbegriffe der Psychoanalyse, S.170-175,Stuttgart,1993*) Die **psychosomatische Medizin** kann an dieser Schnittstelle wesentlich zur **Reorganisation der traumatisierten Persönlichkeit** beitragen, indem sie **körperliche, seelische und soziale** Integrationsleistungen im Patienten, den Angehörigen und der Institution initiiert und unterstützt.