

Bernhard HANDLBAUER

Psychotraumatologie I

Zur Geschichte der Psychotraumatologie

Vortrag im SAP am 28.6.2021

„Trauma“, aus dem Griechischen, bedeutet „Verletzung“ oder „Wunde“. In der Medizin bezeichnet Trauma eine körperliche Verletzung. Unter einem psychischen Trauma versteht man eine seelische Verletzung, ausgelöst durch ein oder mehrere oder durch lang andauernde belastende Erlebnisse:

*„Diese Erlebnisse müssen in einem Maße einschneidend sein, dass sie unsere normale Verarbeitungsfähigkeit bei weitem übersteigen. Bezeichnend ist, dass solche traumatisierenden Erlebnisse **mit heftigen emotionalen Reaktionen** wie z.B. Angst, Hilflosigkeit, Entsetzen oder Erstarrung verbunden sind.“¹*

Die Auslöser für Traumatisierungen können sehr unterschiedlich sein:

- die Natur (Erdbeben, Überschwemmungen, Brände, Tsunami, ...)
- der eigene Körper (schwere Erkrankungen, Herzinfarkt, Psychosen ...)
- Unfälle (Explosionen, Verkehrsunfälle, Arbeitsunfälle, ...)
- oder der Mensch (körperliche Gewalt, sexuelle Gewalt, andauernde Grausamkeit, schwere Vernachlässigung, Folter, Krieg, ...)

Psychische Traumen² sind integraler Teil der Menschheits-geschichte. Sie sind Gegenstand der Geschichtsschreibung, von den Kriegen des Altertums (Homer) bis zu den Kriegen der Gegenwart.³ Die Frühgeschichte des Christentums ist eine zutiefst traumatische, wie auch die Geschichte der jüdischen Diaspora und eine nicht enden wollende Kette religiöser, rassistischer und politischer Verfolgung, die bis in die Gegenwart reicht.

Die Entdeckung Amerikas, die Kolonialgeschichte, die Weltkriege des 20. Jahrhunderts und ethnische Vertreibungen gingen Hand in Hand mit traumatisierenden Greueln. Die verhängnisvolle Politik von Diktatoren (von Hitler, Stalin, Mao, Bokassa, Pinochet etc. bis zu den Assads) hat Millionen von Menschen traumatisiert.

In der bildenden Kunst und in der Literatur begegnen wir dem Trauma auf Schritt und Tritt, aber auch in eigenen Genres wie z.B. in Horrorfilmen.

¹ Österreichisches Netzwerk für Traumatherapie: homepage.

² In der Literatur findet man immer häufiger den Plural „Traumen“ statt „Traumata“, der weniger sperrig klingt und daher auch hier verwendet wird.

³ Während ich diesen Text korrigiere, verstecken sich Frauen in Kabul in ihren Wohnungen.

Traumatisierung findet sich auch im familiären Umfeld. Viele **Märchen** handeln von seelischen Verletzungen in der Kindheit – also von Entwicklungstraumen - und den Möglichkeiten ihrer Heilung. Mit ihrem immer positiven Ausgang geben sie Kindern in traumatischer Hilflosigkeit Hoffnung.⁴

Die Wissenschaft entdeckt das Trauma

Zwischen 1880 und 1900 wurden in Europa wissenschaftliche Auseinandersetzungen über **Unfalltraumen** - vor allem bei Eisenbahnunfällen - geführt. Strittig war, ob es sich dabei um organische Erkrankungen handle oder um psychische Störungen, ob es wirkliche Krankheiten seien, oder Simulationen und Betrügereien, wie z.B. Versicherungsbetrug.⁵

In Frankreich wurde ab 1880 der Einfluss von sexuellem Missbrauch auf die Entstehung der Hysterie und die Glaubwürdigkeit von Hysterikerinnen diskutiert. Die moderne wissenschaftliche Psychotraumatologie begann dort mit

Pierre Janet (1859 – 1947)



Margareta Auhser-Mihm⁶ hat die Bedeutung von Pierre Janet für das Verständnis und die Therapie von dissoziativen Störungen gewürdigt.

Janet, ein französischer Philosoph, Psychiater und Psychotherapeut, war Schüler von Jean-Martin Charcot an der Pariser Salpêtrière. Er stand am Anfang der modernen dynamischen Psychiatrie. Er hat Freud, Adler und Jung beeinflusst, prägte den Begriff des „Unterbewusstseins“ und war ein Wegbereiter der modernen Psychotherapie.

1889 verfasste er eine Doktorarbeit über die Phänomene des Somnambulismus und der multiplen Persönlichkeit und entwickelte darin als erster eine bis heute gültige Theorie über die Verarbeitungsprozesse traumatischer Erfahrungen, wonach die Erinnerung an eine traumatische Erfahrung nicht immer angemessen verarbeitet werden kann.⁷

1893 legte Janet seine medizinische Abschlussarbeit vor. Darin wies er der Dissoziation eine Hauptrolle bei der Entstehung der Hysterie zu. In der Folge verbreitete sich sein Ruf international und seine Hysterie-Theorie begann sich durchzusetzen.

⁴ Vgl. Bettelheim 2006.

⁵ Sachsse 2018, 6.

⁶ Auhser-Mihm 2017.

⁷ Fischer/Riedesser 2020, 37.

Er fasste die Hysterie als Folge von schweren Traumatisierungen auf und entwickelte bereits Behandlungskonzepte, welche die moderne Traumatherapie vorwegnahmen.⁸

Dissoziation verhindert Integration. Wenn die Integration zum Stillstand kommt, wird aus einem situativen Trauma ein traumatisierter Mensch.

Für Janet ist die Trauma-Antwort eine Störung des Gedächtnisses, die die Integration der traumatischen Erinnerungen in bestehenden kognitive Strukturen verhindert. Dies führt zu deren Abspaltung vom Bewusstsein und Gedächtnis, zu Dissoziation und Amnesie und verursacht die psychischen und somatoformen Trauma-Symptome.

Die abgespaltenen Erinnerungen leben nach Janet zu einem späteren Zeitpunkt wieder auf:

„...entweder als emotionaler Erlebniszustand, als körperliches Zustandsbild, in Form von Vorstellungen und Bildern oder von Reinszenierungen im Verhalten. Die nicht integrierbaren Erlebnis-zustände können im Extremfall zur Ausbildung unterschiedlicher Teilpersönlichkeiten führen, was der dissoziativen Identitätsstörung entspricht. Janet hat (1904) als erster Gedächtnisstörungen beschrieben, die mit Traumatisierungen einhergehen. Er erklärte (... sie) als eine Art Übersetzungsfehler, als Unfähigkeit, die traumatische Erfahrung in eine weniger furchterregende Erzählung übertragen zu können.“⁹

1919 schrieb Janet, dass diese Patienten eine Handlung, vielmehr den Versuch einer Handlung fortsetzen, die damals begann, als sich die Situation ereignete, und sie erschöpfen sich selbst in diesem beständigen Wiederbeginn.¹⁰

Dies lässt an Freuds Begriff des Wiederholungszwangs denken und spiegelt sich in modernen biologischen Konzepten vom Trauma als nicht vollendete und steckengebliebene Kampf- oder Fluchthandlung.

Für Janet steht die desintegrierende Wirkung eines Traumas in Beziehung zur Schwere, zur Intensität und Dauer sowie der Wiederholungshäufigkeit des Traumas. Das Alter des Opfers spiele eine wesentliche Rolle.¹¹

Janets Bedeutung für die Entstehung der modernen Psycho-traumatologie ist beispiellos:

„Mit der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) auf der einen Seite und der Strukturellen Dissoziation bis hin zur Dissoziativen Identitätsstörung auf der anderen Seite waren die beiden Pole in der breiten Palette von Traumafolgestörungen am Anfang des 20. Jahrhunderts bereits erfasst.“¹²

Als Urvater der Traumatherapie arbeitete Janet bereits mit einer systematischen und dreiphasigen Behandlung, mit dem Ziel, den posttraumatischen Stress zu vermindern und die traumatische Erinnerung kognitiv zu reintegrieren. Die drei Phasen bei Janet sind:

⁸ Wintersperger 2019.

⁹ Fischer/Riedesser 2020, 37.

¹⁰ Falkner 2017.

¹¹ Falkner 2017.

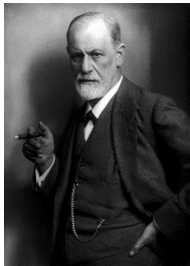
¹² Wintersperger 2019.

- Stabilisierung und Symptomreduktion
- Traumabearbeitung und Modifikation
- Integration und Rehabilitation

Dies sind im Wesentlichen auch die Behandlungsschritte in den modernen Traumatherapien.

Janet geriet in der Folge für mehr als ein halbes Jahrhundert weitgehend in Vergessenheit, bis er in den 1980er Jahren durch die moderne Psychotraumatologie wiederentdeckt wurde. Durch Janet ist u. a. das heutige Verständnis der Dissoziation bereits in wesentlichen Teilen vorweggenommen worden.

Sigmund Freud (1856 – 1939)



Im Jahr 1889 fand in Paris ein Hypnosekongress statt, an dem sowohl Janet als auch Sigmund Freud teilnahmen.

In Wien drängte Freud Josef Breuer dazu, der Veröffentlichung der „Studien über Hysterie“ zuzustimmen (1895). Nach Auhser-Mihm wollte er beweisen,

*„dass Janet nicht als erster Wissenschaftler einen neuen Ansatz auf diesem Gebiet gefunden hat. So entflammt der Streit um die zeitliche Priorität zu einem Zeitpunkt, als Janet in Frankreich und im Ausland bereits als **der** Spezialist für Nervenkrankheiten gilt; bis etwa 1913 sind seine Arbeiten weitaus bekannter als diejenigen Freuds. Die zeitliche Priorität soll jedoch nicht der einzige Streitpunkt zwischen Janet und Freud bleiben: Wenngleich Freud an seinen hysterischen Patientinnen ähnliche Symptome beobachtet, wie Janet, kommt er zu anderen Schlüssen: Hat er zunächst reale Verführung als Ursache der beschriebenen Symptome vermutet, so stuft er schließlich viele Mitteilungen seiner Patientinnen als Produkt phantasierter Rekonstruktionen ein und betont nach 1897 die Bedeutung der Phantasie für die Ätiologie der Neurosen. Vor allem lehnt er Janets Theorie eines geteilten Bewusstseins ab, weshalb für Freud das, was vom Patienten abgespalten wird, nur dem Unbewussten angehören kann; das Gedächtnismaterial ist somit nicht dissoziiert, sondern verdrängt worden.“¹³*

Dies sahen Freud und Breuer auch beim Fall Anna O. so. Sie beschrieben bei ihr

„zwei ganz getrennte Bewusstseinszustände, die sehr oft und unvermittelt abwechseln und sich im Laufe der Krankheit immer schärfer scheiden. In dem einen kennt sie ihre Umgebung,

¹³ Auhser-Mihm 2017, 5.

ist traurig und ängstlich, aber relativ normal. Im anderen halluziniert sie, ist „ungezogen“, d.h. schimpft, wirft Kissen ...“

Über letzteren Zustand ist Anna O. amnestisch. Sie klagt „ihr fehle Zeit“, sowie über eine „tiefe Finsternis ihres Kopfes, wie sie nicht denken könne, blind und taub werde, zwei Ichs habe, ihr wirkliches und ein schlechtes, was sie zu Schlimmem zwingt.“¹⁴

Auhser-Mihm¹⁵ dazu:

„Freud und Breuer ordneten diese Symptome bekanntlich der Hysterie zu; heute würde jedoch ein Vergleich mit den Diagnose-kriterien des DSM zu einem anderen Ergebnis kommen: Es finden sich zwei oder mehrere unterscheidbare Identitäten, mindestens zwei übernehmen wiederholt die Kontrolle über das Verhalten der Person, verbunden mit schwerer Amnesie; genau das sind aber die DSM-Kriterien für die Diagnose einer Dissoziativen Identitätsstörung.

Janet und Freud bleiben erbitterte Kontrahenten. Ab 1895 lehnt Janet Freuds Arbeiten scharf ab. (...) Mit dem Siegeszug der Psychoanalyse und deren Theoriebildung der Hysterie und Verdrängung ist aber eine Entwicklung eingeleitet worden, bei dem das ebenso bedeutsame Modell der Dissoziation dem wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Vergessen oder Verdrängen anheimfällt. Die Symptome von Anna O. werden so zum Dreh- und Angelpunkt zweier konkurrierender oder, wie wir heute wissen, einander ergänzender Modelle der Verdrängung und Dissoziation.“

Zum Traumabegriff in der PA

Die ursprüngliche These Freuds aus dem Jahr 1895 lautete:

„Ich stelle also die Behauptung auf, zugrunde jedes Falles von Hysterie befinden sich (...) eine oder mehrere Erlebnisse von vorzeitiger sexueller Erfahrung, die der frühesten Jugend angehören.“¹⁶

Diese Verführungstheorie ließ Freud später fallen, als er „erkannte, dass Phantasien und Erinnerungen ineinander verwoben und oft schwer auseinanderzuhalten sind.“¹⁷

Ab 1905 befasste sich Freud mehr mit der Rolle kindlicher Trieb-wünsche und Phantasiebildungen bei der Entstehung neurotischer Störungen. An einer realen Verführung als möglicher Ursache späterer Störungen hielt Freud allerdings weiterhin fest.¹⁸

Judith Herman¹⁹ dazu:

¹⁴ Breuer/Freud 1895, 22.

¹⁵ Auhser-Mihm 2017, 6f.

¹⁶ Freud 1896, 439.

¹⁷ Bergmann 1998, 113.

¹⁸ Fischer/Riedesser 2020, 38.

¹⁹ Herman 1993, 31f.

„Freud stieß mit seinen Forschungen insgesamt am weitesten in die unbekannte Wirklichkeit weiblichen Lebens vor. Mit der Entdeckung, dass sexueller Missbrauch in der Kindheit eine Wurzel der Hysterie war, überschritt er die äußersten Grenzen gesellschaftlicher Glaubwürdigkeit. Die totale Ächtung durch seine Berufskollegen war die Folge.“

„Wenn seine Patientinnen die Wahrheit gesagt hatten und seine Theorie stimmte, blieb nur die Folgerung, dass das, was er „Perversion gegen Kinder“ nannte, weit verbreitet war (...) unter geachteten bürgerlichen Familien in Wien, wo er mittlerweile praktizierte. Dieser Gedanke war schlichtweg unannehmbar. Er überstieg das Vorstellungsvermögen.“²⁰

Jeffrey Masson und Alice Miller haben im Zusammenhang mit der Aufgabe der Verführungstheorie durch Freud diesem persönliche Feigheit vorgeworfen. Er habe sie aus Angst vor öffentlicher Kritik aufgegeben. Herman sieht dies anders:²¹

„Freuds Entdeckung konnte keine Anerkennung finden, solange ein politisches und gesellschaftliches Umfeld fehlte, das die Erforschung der Hysterie unterstützte, gleichgültig zu welchen Ergebnissen man dabei kam. Ein solches Umfeld hatte es in Wien nie gegeben, und in Frankreich löste es sich rasch auf. Freuds Rivale Janet (...) musste erleben, wie seine Arbeiten vergessen und seine Ideen missachtet wurden.“

Hätte Freud aus Angst vor der öffentlichen Meinung die Verführungstheorie verworfen, so hätte er auch seine Theorie der sexuellen Ätiologie der Neurose aufgegeben. Er hielt daran trotz zahlreicher Anfeindungen aber lebenslang fest.

Ich vermute eher, Freud konnte sich als gutbürgerlicher Konservativer in letzter Konsequenz nicht vorstellen, dass sexuelle Verführung von Kindern und sexueller Missbrauch tatsächlich so weit verbreitet waren, wie die klinischen Befunde es nahelegten.²²

In seiner Geschichte der psychoanalytischen Bewegung (1914) bescheinigte Freud dem Berliner Psychoanalytiker Karl Abraham schließlich, „das letzte Wort in der Frage der traumatischen Ätiologie“ gesprochen zu haben.²³

Abraham behauptete, „dass in einer großen Anzahl von Fällen das Erleiden des sexuellen Traumas vom Unbewussten des Kindes gewollt wird, dass wir darin eine Form infantiler Sexualbetätigung zu er-blicken haben.“ ... „Die Kinder jener Kategorien zeigen ein abnormes Begehren nach sexuellem Lustgewinn, und infolge dessen erleiden sie sexuelle Traumen.“²⁴

Für Krutzenbichler ist hingegen Abrahams Aufsatz „das Beschämendste“, was die Psychoanalyse zum sexuellen Missbrauch von Kindern sagte und „für lange Zeit in der Tat das Letzte, im wörtlichen und doppelten Sinne“.²⁵

Auch Mathias Hirsch kritisiert: „Abrahams Argumentation macht das Kind zum Verführer, dreht die Täter-Opfer-Relation um. Indem er den Trieb des Kindes zur alleinigen Ursache der

²⁰ Herman, 1993, 26.

²¹ Herman, 1993, 32.

²² Daran dürfte sich grundsätzlich nicht viel geändert haben: Vor kurzem wurde in Deutschland ein kinderpornographischer Ring mit 30.000 Usern aufgedeckt.

²³ Zitiert nach Krutzenbichler 1998, 139.

²⁴ Abraham 1907, 166 u. 172.

²⁵ Krutzenbichler 1998, 140.

realen Verführung macht, entlastet er in aller Konsequenz den Erwachsenen von jeglicher Verantwortung.“²⁶

Wie verstand Freud in späteren Schriften das Trauma? 1916 beschrieb er Trauma als *„Erlebnis, welches dem Seelenleben inner-halb kurzer Zeit einen so starken Reizzuwachs bringt, dass die Erledigung oder Aufarbeitung desselben in normaler Weise miss-glückt, woraus dauernde Störungen im Energiebetrieb resultieren müssen“*.

Sylvia Wintersperger²⁷ dazu: Das Zitat entstammt dem Buch „Vorlesungen zur Psychoanalyse“ und entstand mitten im 1. Weltkrieg, wohl angesichts der vielen traumatisierten Frontheimkehrer, die als „Kriegszitterer“ auch in Wien behandelt wurden. Diese Beschreibung eines „Schocktraumas“ hat auch heute noch Gültigkeit.

In „Jenseits des Lustprinzips“ (1920) sieht Freud das Lustprinzip durch das Trauma außer Kraft gesetzt. An seine Stelle tritt der „Wiederholungszwang“: eine wiederholte Annäherung an das traumatische Geschehen im Wechsel mit den Mechanismen der Verleugnung, der Reaktionsbildung und des Ungeschehen-Machens.

Mit Wintersperger²⁸ kann man in diesen Ausführungen das Schocktrauma und die posttraumatischen Symptome beschrieben finden – mit den oszillierenden Vorgängen von Intrusion und Konstriktion bzw. Vermeidung, die dem autonomen Nervensystem zuzuschreiben sind.

Darüber hinaus findet man bei Freud wenig über das Trauma und noch weniger über Traumatherapie. Aus einigen verstreuten Referenzen ergibt sich ein widersprüchliches Bild:

In „Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psycho-analyse“ (1932) schreibt er, die Berichte seiner Patientinnen über deren Verführungen seien unwahr.

In „Abriss der Psychonalyse“ (1938) sieht Freud „Triebentwicklung und Außenereignisse“ als gleich bedeutsam für die Entstehung der Neurosen an – dezidiert erwähnt er sexuellen Missbrauch von Kindern durch Erwachsene.

Indem Freud vor allem die Rolle der Phantasie betonte, eröffnete er einerseits den Blick auf die subjektive Seite der Traumaverarbeitung. Gleichzeitig stellte er eine Weiche, die sich in der Geschichte der Psychoanalyse problematisch auswirken sollte:

Die Anerkennung dessen, was real geschah und das Trauma auslöste, geriet in den Hintergrund. Der Vorgang der Dissoziation, der etwas völlig anderes ist, als Verdrängung, wurde in seinem Wirkmechanismus nicht verstanden. Traumen wurden wie Neurosen behandelt, was manchmal zur Retraumatisierung führte.

In der Entwicklung traumatherapeutischer Konzepte und Techniken verlor die Psychoanalyse dadurch zunächst den Anschluss an die Erkenntnisse der modernen Psycho-

²⁶ Zitiert nach Krutzenbichler 1998, 140.

²⁷ Wintersperger 2019.

²⁸ Wintersperger 2019.

traumatologie, auch weil manche sinnvolle Konzepte von Schülern Freuds nicht integriert wurden:

Sandor Ferenczi (1873 – 1933)



Ferenczi hielt im Jahr 1932 beim XII. Psychoanalytischen Kongress in Wiesbaden den Vortrag „Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind. Die Sprache der Zärtlichkeit und der Leidenschaft.“ Der ursprüngliche Titel des Vortrags war noch mehr zugespitzt: „Die Leidenschaft des Erwachsenen und deren Einfluss auf Charakter und Sexualentwicklung der Kinder“.

Ferenczi beschrieb darin das traumatisierende Dilemma des Kindes, wenn es spielerisch eine erotisch eingefärbte Zärtlichkeit und Zuwendung beim Erwachsenen sucht, und dieser mit seinen erwachsenen sexuellen Bedürfnissen antwortet.

Aber Ferenczi wurde in der Mainstream-Psychoanalyse jahrzehntelang negiert und totgeschwiegen, seine Theorien mitunter als Folge seiner Erkrankung (er starb an einer organischen Erkrankung wohlgemerkt) pathologisiert.

Als ab 1979²⁹ sich die Einstellungen zum Verhältnis von sexuellem Missbrauch und sexuellen Phantasien differenzierten und Techniken in der Therapie von Opfern sexuellen Missbrauchs verändert wurden, bezog man sich dabei auf den wiederentdeckten Ferenczi.

Krutzenbichler nennt Laplanche, Ehlert, Hirsch, Shengold, McCarthy und Thiel als Protagonisten dieser Strömung.³⁰

Paul Federn (1871 – 1950)



Auhser-Mihm³¹ hat auf die Bedeutung Paul Federns verwiesen:

²⁹ Shengold 1979.

³⁰ Krutzenbichler 1998, 143.

³¹ Auhser-Mihm 2017, 7.

„ein langjähriger und eifriger Schüler Freuds, der mit psychotischen Patienten gearbeitet hatte und dessen Theorie der „Ich-Zustände“³² – ein vor dem Hintergrund der heute aktuellen Theorie der strukturellen Dissoziation modernes Konzept – von seinen Kolleginnen und Kollegen viele Jahre nicht beachtet wurde und auf keinerlei psychoanalytisches Interesse stieß, weder in der Mittwochs-Gesellschaft, noch bei Freud selbst. Diese Ablehnung durch Freud schmerzte Paul Federn zeitlebens ...“

Federn wurde zu einem bedeutenden Vorreiter der Ego State Therapie.

Von den folgenden Psychoanalytikern wurden Traumakonzepte weiterentwickelt oder differenziert:³³

- Abram Kardiner: Kriegstraumen
- Masud M. Khan 1963: Das „kumulative Trauma“
- John Bowlby: Auswirkungen frühkindlicher Deprivation
- Donald W. Winnicott 1954: Das „falsche Selbst“
- Max Stern: *„Erstarrung und agitierter Bewegungsturm als erste Notfallreaktionen bei massiver Traumatisierung“*
- Henry Krystal, der zwischen massiver katastrophischer Traumatisierung und leichteren Formen des Traumas unterschied; er beschrieb totale Hilflosigkeit als Folge von Traumatisierung
- Mardi Horowitz 2011: „Stress response syndromes“

Von Bowlby und Winnicott wurden Aspekte heutiger Konzepte des Entwicklungstraumas vorweggenommen. Stern und Krystal beschrieben u.a. das, was heute als Modus des dorsalen Vagus verstanden wird.³⁴

Mathias Hirsch resümierte 1998: *„Man kann sagen, dass wir in der geschichtlichen Entwicklung der Psychoanalyse in einer Phase sind, in der das reale Trauma, dessen Bedeutung für die Entstehung psychischer Störungen nach dem Aufgeben der Verführungstheorie zurück-getreten war, wieder einen gebührenden Platz bekommen hat.“³⁵*

Die Themen Trauma und Dissoziation waren in den Anfängen der Psychoanalyse zwar präsent, besitzen aber „offenbar ein großes polarisierendes Potential“ – „heute wie damals.“³⁶

Bruno Bettelheim sprach beim Symposium „Vertriebene Vernunft“ im Oktober 1987 in Wien über seine Emigration in die USA. Dort versuchte er, einen Bericht über seine Erlebnisse in den Konzentrationslagern Dachau und Buchenwald in psychoanalytischen Zeitschriften zu publizieren. Sein Aufsatz wurde zurückgewiesen, u.a. mit der Begründung, weil er verabsäumt hatte, im KZ Aufzeichnungen zu machen. Eine andere Begründung war, dass man ganz offensichtlich sehe, dass er psychisch instabil sei. Die furchtbare Realität, die ihn traumatisiert hatte, konnte von seinen Berufskollegen nicht erkannt und anerkannt werden.

³² Federn 1956.

³³ Fischer/Riedesser 2020, 42ff.

³⁴ Darüber mehr in einem späteren Beitrag.

³⁵ Hirsch 1998, 51.

³⁶ Auhser-Mihm 2017, 7.

Wie Bettelheim geht es auch manchen Traumatisierten in Psychotherapien und Psychoanalysen. Die grauenvolle Realität wird vom Therapeuten oder Analytiker verdrängt, der psychische Zustand des Traumatisierten hingegen problematisiert. Dies ist für den Verlauf einer Therapie absolut verhängnisvoll.

Eine wichtige Quelle für die Geschichte der Traumaforschung ist das Buch der Harvard-Professorin **Judith Herman**: „Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden“.



Judith Herman *1942

Ich kann ihr Buch wärmstens empfehlen. Es ist wissenschaftlich, aber nicht trocken, hat literarische Qualität, die Thematik wird auf den Punkt gebracht und ein weiter Horizont abgesprochen.

Herman bezeichnet es als normale Reaktion, Gewalttaten aus dem Bewusstsein zu verbannen. Bestimmte Verletzungen des Gesellschaftsvertrages sind zu schrecklich, als dass man sie laut aussprechen könnte – sind „unsagbar“:

„Doch Gewalttaten lassen sich nicht einfach begraben. Dem Wunsch, etwas Schreckliches zu verleugnen, steht die Gewissheit entgegen, dass Verleugnung unmöglich ist. (...) Mord muss ans Tageslicht. Die Erinnerung an furchtbare Ereignisse und das Aussprechen der grässlichen Wahrheit sind Vorbedingungen für die Wiederherstellung der gesellschaftlichen Ordnung, für die Genesung der Opfer.“

Der Konflikt zwischen dem Wunsch, schreckliche Ereignisse zu verleugnen, und dem Wunsch, sie laut auszusprechen, ist die zentrale Dialektik des psychischen Traumas.“³⁷

Herman beschreibt die Hinwendungen und Abwendungen zu den Themen Trauma und Gewalt, die jeweils auf dem Hintergrund gesellschaftlicher Bewegungen stattfanden:

- 1) Die Erforschung der Hysterie um 1900 in der republikanisch-antiklerikalen politischen Atmosphäre Frankreichs.
- 2) Die Erforschung der Kriegsneurosen vom ersten Weltkrieg bis zum Vietnamkrieg, nach dem Zusammenbruch des Kriegskultes und mit dem Aufkommen der Antikriegsbewegung.

³⁷ Herman 1993, 9.

3) Die Erforschung der sexuellen und innerfamiliären Gewalt im Zuge der Frauenbewegung.

Das heutige Verständnis psychischer Traumen verdanken wir der Synthese dieser drei Forschungsrichtungen.

Auf kurze Phasen der Beschäftigung mit dem Trauma, eingebettet in die jeweiligen politischen Strömungen, folgten immer wieder Jahrzehnte der Amnesie und Nichtbeschäftigung:

„In den letzten hundert Jahren gab es wiederholt vergleichbare Forschungsansätze, die aber jeweils abrupt abgebrochen und erst sehr viel später wiederaufgenommen wurden. Klassische Studien, die vor fünfzig oder hundert Jahren entstanden sind, lesen sich oft wie zeitgenössische Arbeiten. Obwohl das Forschungsgebiet eine reiche Tradition besitzt, vergaß man die Ergebnisse immer wieder, und sie mussten jeweils neu erarbeitet werden.“³⁸

Die Ursachen der periodischen Amnesie sieht Herman nicht im Auf und Ab von gerade aktuellen Themen oder in mangelndem Interesse. Vielmehr provoziere das Thema

„so starke Kontroversen, dass es periodisch tabuisiert wird. Bei der Erforschung psychischer Traumata stieß man wiederholt in Bereiche des Udenkbaren vor (... Sie) konfrontiert den Forscher mit der Verwundbarkeit des Menschen in seiner natürlichen Umwelt und mit der Fähigkeit zum Bösen als Teil der menschlichen Natur. Wer psychische Traumata untersucht, muss über furchtbare Ereignisse berichten.“³⁹

Bei von Menschen verursachten Traumen gerät man unweigerlich in die Dynamik zwischen Täter und Opfer:

„Die Versuchung, sich auf die Seite des Täters zu schlagen, ist groß. Der Täter erwartet vom Zuschauer lediglich Untätigkeit. Er appelliert an den allgemein verbreiteten Wunsch, das Böse nicht zu sehen, nicht zu hören und nicht darüber zu sprechen. Das Opfer hingegen erwartet vom Zuschauer, dass er die Last des Schmerzes mitträgt.

(...)

Um sich der Verantwortung für seine Verbrechen zu entziehen, fördert der Täter auf jede ihm mögliche Weise das Vergessen. Die ersten Verteidigungstaktiken des Täters sind Geheimhaltung und Schweigen. Wenn Geheimhaltung nicht mehr möglich ist, greift der Täter die Glaubwürdigkeit des Opfers an. Wenn er das Opfer nicht ganz und gar zum Schweigen bringen kann, sorgt er soweit wie möglich dafür, dass dem Opfer niemand zuhört.

(...)

Ist der Zuschauer auf sich allein gestellt, kann er den Argumenten des Täters oft nicht widerstehen.

(...)

Bei der Erforschung psychischer Traumata muss man ständig gegen die Neigung ankämpfen, das Opfer als unglaubwürdig hinzustellen oder unsichtbar zu machen.“⁴⁰

³⁸ Herman 1993, 17.

³⁹ Herman 1993, 17.

⁴⁰ Herman 1993, 18f.

Bei der Erforschung des Traumas gab es immer wechselhafte Bewegungen in der Gesellschaft. Mal wurden die Existenz und die Folgen von Gewalt anerkannt und aufgegriffen, mal verschwanden sie wieder aus dem öffentlichen Bewusstsein. Auf eine Hinwendung folgten regelmäßig Abwendung und kollektive Verleugnung.

Herman führt dies darauf zurück, dass die extreme Gewalt, die immer wieder zu Traumen führt, gesellschaftlich tabuisiert wird.

1) Erforschung der Hysterie

Dieser Punkt wurde bereits ausführlich behandelt. Herman weist auf Ähnlichkeiten und Parallelen in den Konzepten von Janet und Freud/Breuer hin:⁴¹

- Sie erkannten, dass es nicht reicht, die Hysterikerinnen zu beobachten und zu klassifizieren. Man musste mit ihnen sprechen.
- Janet sprach von Dissoziation, Freud und Breuer von „doppeltem Bewusstsein“.
- Bei Janet sind Hysterikerinnen beherrscht von „unbewussten fixen Ideen“, bei Breuer und Freud leiden sie an „Reminiszenzen“.
- Alle stellten fest, dass die Symptome zurückgingen, wenn die Patienten die traumatischen Erinnerungen in Worte fassen konnten.
- Bei Janet hieß diese Technik „psychologische Analyse“, bei Freud und Breuer „Abreaktion“ oder „Katharsis“.

Herman kritisiert Freuds Rolle bei der Erforschung der Hysterie aus feministischer Sicht:

„Aus den Trümmern seiner Theorie zur Entstehung der Hysterie durch frühe Traumatisierung schuf Freud die Psychoanalyse. Die maßgebliche psychologische Theorie des 20. Jahrhunderts basiert auf der Leugnung weiblicher Realität. Die Sexualität stand weiterhin im Mittelpunkt des Forschungsinteresses, doch das ausbeuterische soziale Umfeld, in dem sexuelle Beziehungen letztlich stattfinden, verschwand völlig aus dem Gesichtsfeld. Die Psychoanalyse beschäftigte sich von nun an mit dem inneren Wandel der Phantasien und Sehnsüchte, losgelöst von den realen Erfahrungen. Im Jahr 1910 war Freud dann zu dem Schluss gekommen, dass die Berichte seiner hysterischen Patientinnen über sexuellen Missbrauch in der Kindheit nicht der Wahrheit entsprachen. (...) Mit Freuds Widerruf ging das heroische Zeitalter der Hysterie zu Ende.“⁴²

„Im Lauf der Zeit nahm Freuds Zurückweisung der Traumatheorie immer mehr eine seltsam dogmatische Qualität an. Der Mann, der die Untersuchungen am weitesten getrieben und ihre Ergebnisse am tiefsten durchdrungen hatte, zog sich im späteren Leben auf eine Position striktester Ablehnung zurück. Damit ging er auf Abstand zu seinen Patientinnen. Zwar konzentrierte er sich weiterhin auf das Sexualleben seiner Patientinnen, doch glaubte er den Frauen nicht mehr die reale Erfahrung des Missbrauchs. Mit unbeirrbarer Hartnäckigkeit, die ihn zu immer verwickelteren Theorien zwang, bestand er darauf, dass Frauen sich die missbräuchlichen sexuellen Begegnungen, über die sie klagten, einbildeten und wünschten.“⁴³

⁴¹ Herman 1993, 23f.

⁴² Herman 1993, 27.

⁴³ Herman 1993, 32.

2) Erforschung der Kriegsneurosen

„Mit der Katastrophe des Ersten Weltkriegs drang die Realität psychischer Traumata noch einmal in das öffentliche Bewusstsein. In diesem zermürbenden Stellungskrieg starben innerhalb von vier Jahren mehr als acht Millionen Menschen.

(...)

In erschreckend hoher Zahl brachen die Männer zusammen, die in den Schützengräben die Schrecken des Krieges erlebt hatten. Eingepfercht und zu hilflosem Abwarten verdammt, ständig in Angst vor dem Tod, gezwungenermaßen Zeugen von Verwundung und Tod der Kameraden und ohne Hoffnung auf eine Atempause, benahmen sich viele Soldaten auf einmal wie hysterische Frauen. Sie schrien und weinten unkontrolliert, sie erstarrten und konnten sich nicht mehr bewegen, sie wurden stumm und reagierten nicht mehr. Sie verloren ihr Gedächtnis und die Fähigkeit, Gefühle zu empfinden.“⁴⁴

40% der Kriegsverletzungen bei den britischen Soldaten z.B. waren psychische Zusammenbrüche. Pat Barker hat diese Traumatisierten in ihrem Roman „Niemandland“ eindrücklich beschrieben.

„Als die Existenz der Kriegsneurose nicht länger zu bestreiten war, konzentrierte sich die medizinische Diskussion – genau wie in dem früheren Streit um die Hysterie – auf Persönlichkeit und Charakter der Patienten. Konservative Mediziner vertraten die Ansicht, ein normaler Soldat müsse bereitwillig in den Krieg ziehen und dürfe keinerlei Gefühle zeigen. Auf keinen Fall durfte er an den Greueln zerbrechen. Ein Soldat, der eine traumatische Kriegsneurose entwickle, sei bestenfalls ein konstitutionell minderwertiger Mensch, schlimmstenfalls ein Simulant und Feigling (...) (Sie sollten) vor ein Kriegsgericht gestellt oder unehrenhaft aus der Armee entlassen werden.“⁴⁵

Die sogenannten „Kriegszitterer“ galten als moralische Invalide. Dabei ist das Zittern ein Symptom der Traumatisierung.

Die Psychoanalyse erlangte im Ersten Weltkrieg eine gewisse Anerkennung unter Armeepsychiatern durch ihre erfolgreichere Behandlung der Kriegstraumatisierten. Alfred Adler hingegen verurteilte die Kriegsneurotiker als Simulanten und „Feiglinge“, die an die Front zurückzuschicken seien, weil sonst ein anderer ihren Platz einnehmen müsste.

Immer wieder geschahen moralische Abwertungen von Traumatisierten, z.B. auch durch den abwertenden Begriff der „Rentenneurose“.

Hermann Oppenheim (1857-1919)

⁴⁴ Herman 1998, 34.

⁴⁵ Herman 1998, 35.



Oppenheim, ein deutscher Neurologe und Psychiater, hatte bereits 1888 den Begriff der traumatischen Neurose geprägt:

„Oppenheim beschrieb traumatische Neurosen als eigenes Krankheitsbild, das er unmittelbar auf traumatische Erlebnisse zurückführte. Als er während des Ersten Weltkriegs die Leitung eines Lazarett (...) übernahm, wandte er diese Theorie auch auf das weit verbreitete Problem der Kriegszitterer an. Die seelischen Erschütterungen der Frontsoldaten, so seine These, hätten zu einer Erschütterung der feinsten Teile des Gehirns geführt. Das Zittern sei somit die Folge der anatomischen Auswirkung dieser ›Gehirnerschütterung‹. Hiermit vertrat er zumindest als Neurologe in der öffentlichen Auseinandersetzung um die anzuerkennenden Kriegsschäden eine Außenseiterposition innerhalb der deutschen Psychiatrie, insofern er die psychischen Probleme der Betroffenen als unmittelbare Kriegsfolge klassifizierte.“⁴⁶

Diese patientenfreundliche Sichtweise war unter deutschen Medizinern damals die Ausnahme. Auch wenn die Vorstellung einer „Gehirnerschütterung“ als Ursache der Traumatisierung nicht haltbar war, stellt sie im übertragenen Sinn doch ein Modell dar, das darauf hindeutet, dass Traumatisierungen nicht nur psychische oder kognitive Erschütterungen sind, sondern genauso stark auch Folgen biologischer, endokrino-logischer und hirnhysiologischer Entgleisungen darstellen.

Besonders im englischen Sprachraum hielten Ärzte ihren konservativen Kollegen entgegen, die Kriegsneurose sei eine echte psychiatrische Krankheit und könne auch mutige Soldaten treffen. Sie befürworteten eine humane Behandlung auf der Grundlage psychoanalytischer Prinzipien.

Ein wichtiger Vertreter dieser liberaleren Meinung war der britische Anthropologe, Ethnologe, Neurologe und Psychiater

William H.R. Rivers (1864 – 1922)

⁴⁶ Wikipedia.



„Rivers hatte mit der konsequenten Anwendung einer humanen Therapie zwei Grundregeln eingeführt, die sich amerikanische Militärpsychiater im nächsten Krieg zu eigen machten. Erstens hatte er bewiesen, dass auch ausgewiesene tapfere Männer von unkontrollierbarer Angst überwältigt werden konnten, und zweitens hatte er gezeigt, dass das Motiv zur Überwindung der Angst stärker sein musste als Patriotismus, abstrakte Prinzipien oder Hass auf den Feind: Das wirkungsvollste Motiv war die Zuneigung der Soldaten untereinander.“⁴⁷

„Schon wenige Jahre nach Kriegsende schwand das medizinische Interesse für psychische Traumata wieder.“ Die Existenz so vieler Männer mit schweren psychischen Schäden empfand die zivile Gesellschaft inzwischen als „eine Peinlichkeit, die man gerne vergaß“.⁴⁸

Abram Kardiner (1891 – 1981)



Der amerikanische Psychiater Abram Kardiner kehrte 1922 von einem einjährigen Aufenthalt in Wien nach New York zurück. Er hatte bei Freud eine Analyse absolviert und später darüber ein vielbeachtetes Buch geschrieben. In New York arbeitete er in einer psychiatrischen Klinik einer Veteranenorganisation, wo er viele kriegstraumatisierte Männer sah und von der Schwere ihrer Leiden sehr betroffen war.

Wegen seiner eigenen traumatischen Kindheit (Armut, Hunger, Verwahrlosung, Gewalt in der Familie, früher Tod der Mutter) konnte er sich gut mit den traumatisierten Soldaten identifizieren.

„Kardiner bemühte sich lange Zeit sehr, eine Theorie des Kriegstraumas auf der Grundlage der Psychoanalyse zu entwickeln, gab dieses Vorhaben jedoch schließlich als undurchführbar auf.

(...)

⁴⁷ Herman 1993, 37.

⁴⁸ Herman 1993, 38.

1941 veröffentlicht Kardiner unter dem Titel *The Traumatic Neuroses of War* (...) eine umfassende klinische und theoretische Untersuchung. In seinem Buch klagte er auch über die periodisch auftretende Amnesie, die die Forschungen auf diesem Gebiet immer wieder unterbrochen hatte:

„In der Öffentlichkeit hält das Interesse, das nach dem Ersten Weltkrieg sehr groß war, nicht vor, und in der Psychiatrie ist es dasselbe. (...) jeder Forscher, der sich dieser Krankheit widmet, (müsse) (...) von ganz vorne (...) beginnen (...), als hätte sich noch nie jemand damit beschäftigt.“

(...)

Im Folgenden beschreibt Kardiner die klinischen Grundlagen des traumatischen Syndroms, wie wir es heute verstehen. Seine theoretischen Überlegungen ähneln über weite Strecken dem, was Janet zur Hysterie schrieb. Kardiner erkannte, dass Kriegsneurosen eine Form der Hysterie waren, doch er wusste auch, dass dieser Begriff inzwischen wieder sehr negativ besetzt war und seine Verwendung die Patienten diskreditierte.“⁴⁹

Kardiner sah in der traumatischen Neurose eine **physiologische** Neurose und umschrieb damit den gleichzeitig körperlichen wie seelischen, chronischen Beeinträchtigungsprozess nach einem Trauma.

„Damit begann im Grunde die moderne Psychotraumatologie. Diese beschäftigt sich damit, dass reale Extremstress-Erfahrungen sich auch im Gehirn und den Stoffwechsel-Mustern abbilden, dass zahlreiche psychosomatische Störungen und Erkrankungen daraufhin ebenso entstehen können, wie Beeinträchtigungen bei Konzentration, Leistungsvermögen und Gefühlsregulation, und dass schließlich das Beziehungsgeschehen ebenso Schaden nehmen kann wie grundlegende Lebenseinstellungen der Betroffenen hinsichtlich des Sinns ihres Lebens und ihrer Spiritualität.“⁵⁰

Das ist ein Konzept, das völlig anders ist als das Verständnis von Neurosen, in denen der Konflikt zwischen Trieb und Abwehr im Mittelpunkt steht.

Kardiner formulierte also ein Syndrom von Folgeerscheinungen, das in vielem bereits als Vorläufer der heutigen basalen Posttraumatischen Belastungsstörung gelten kann.⁵¹

Im Zweiten Weltkrieg nahm das medizinische Interesse an Kriegsneurosen wieder zu. Stressreaktionen wurden zunehmend von ihrem Stigma befreit und es wurde anerkannt, dass jeder Soldat zusammenbrechen konnte:

„... psychiatrische Erkrankungen waren vorhersagbar in Relation zur Heftigkeit der Kämpfe, die ein Soldat mitgemacht hatte.“⁵²

Amerikanische Psychiater konzentrierten sich darauf, vor dem akuten Zusammenbruch zu schützen oder rasche Genesung zu bewirken und entdeckten dabei, wie schon Rivers, die Kraft der emotionalen Bindung zwischen den Soldaten.

⁴⁹ Herman 1993, 39f.

⁵⁰ Huber 2003, 29.

⁵¹ Fischer/Riedesser 2020, 42.

⁵² Herman 1993, 40.

Kardiner und Herbert Spiegel (1947): Schutz davor, von der Angst überwältigt zu werden, bieten enge Bindungen zwischen den Soldaten, seiner Kampfseinheit und ihrem Führer.⁵³

Roy Grinker und John Spiegel: Soldaten in ständiger Gefahr entwickeln eine extreme emotionale Abhängigkeit von Kampfgefährten und Vorgesetzten. Wirksamen Schutz vor Zusammenbrüchen bieten vor allem Moral und gute Führung.⁵⁴

Hypnose und kathartische Methode wurden wieder verstärkt angewandt, aber Kardiner und Spiegel warnten auch, dass eine kathartische Erfahrung allein sinnlos sei: Die Hypnose schlage fehl, wenn „darauf kein ausreichendes Durcharbeiten folgt.“⁵⁵

Auch für Grinker und Spiegel blieb eine Behandlung erfolglos, *„wenn der Patient die Erinnerungen ... nicht in das Bewusstsein integrierte.“*⁵⁶

*„Mit Kriegsende setzte der inzwischen bekannte Verdrängungsprozess wieder ein (...) Die nachhaltigen Folgen des Kriegstraumas gerieten wieder in Vergessenheit.“*⁵⁷

Die Beiträge von Psychoanalytikern in der amerikanischen Militärpsychiatrie führten allerdings nach 1945 zu einer enormen Aufwertung der Psychoanalyse, und u.a. zu Veteranen-Stipendien für psychoanalytische Ausbildungen.

Shoah

*„Die wissenschaftliche Beschäftigung mit psychischer Traumatisierung wurde nach dem 2. Weltkrieg durch Überlebende des Holocaust angeregt. In den Entschädigungsverhandlungen vertraten vor allem deutsche Psychiater die These, KZ-Folgeschäden seien maßgeblich auf die erbliche Veranlagung der Betroffenen zurückzuführen.“*⁵⁸

Der Wiener Emigrant und New Yorker Psychoanalytiker **Kurt Eissler** reagierte 1963 auf diese Diskreditierung der Verfolgten mit einer Publikation: „Die Ermordung von wie vielen seiner Kinder muss ein Mensch symptomfrei ertragen können, um eine normale Konstitution zu haben.“

Ein wichtiger Beitrag zur Psychotherapie von Holocaust-Überlebenden ist das Buch von Bergmann/Jucovi (1982) „Generations of the Holocaust“:⁵⁹

Zunächst waren die Autoren entsetzt, „dass die meisten Analysen von Überlebenden und deren Kindern misslangen.“ In ihrer Arbeit zielten sie daraufhin weniger auf kathartische Abfuhr, als vielmehr darauf, einen Trauerprozess in Gang zu setzen, der im Lager und danach nicht möglich war.⁶⁰

⁵³ Vgl. Herman 1993, 41.

⁵⁴ Vgl. Herman 1993, 41.

⁵⁵ Zitiert nach Herman 1993, 42.

⁵⁶ Herman 1993, 42.

⁵⁷ Herman 1993, 42.

⁵⁸ Fischer/Riedesser 2020, 33.

⁵⁹ Übersetzt: Bergmann/Jucovi/Kestenberg 1995.

⁶⁰ Bergmann 1998, 124.

In Österreich und Deutschland tauchen kriegsbedingte Traumatisierungen durch Bombardierung, Vertreibung oder Vergewaltigung zwar in einzelnen Therapien und Analysen auf, aber es gibt wenig systematische Forschung dazu.⁶¹

Vietnam und die Folgen

Systematische wissenschaftliche Untersuchungen zu psychischen Kriegsfolgen wurden nach dem Zweiten Weltkrieg aufgrund der weitgehenden wissenschaftlichen Amnesie erst wieder nach dem Vietnamkrieg durchgeführt.

„Der Anstoß dazu kam diesmal nicht von militärischen oder medizinischen Fachkreisen, sondern von dem gemeinsamen Engagement kriegsmüder Soldaten.“⁶²

Die Vereinigung „Vietnamveteranen gegen den Krieg“ mobilisierte gegen einen Krieg, an dem sie selbst teilgenommen hatten, während die Kämpfe noch andauerten. Dies war einmalig in der Geschichte. Soldaten, die für besondere Tapferkeit ausgezeichnet worden waren, gaben ihre Medaillen zurück *„und boten an, öffentlich über ihre Kriegsverbrechen auszusagen. (...) Sie (...) enttarnten die Behauptung ihres Landes, einen gerechten Krieg zu führen, als Heuchelei.“⁶³*

Die seelischen Verletzungen wurden in Selbsthilfegruppen mitgeteilt, durchlebt und verarbeitet. Die Gruppen boten Trost und Hilfe und schärften das allgemeine Bewusstsein für die Folgen des Krieges.

„Die Veteranen wollten auf keinen Fall vergessen werden, und vor allem wollten sie sich nicht stigmatisieren lassen. Sie beharrten auf der Richtigkeit ihrer Aussagen, der Würde ihres Leids.“⁶⁴

Sie gründeten hunderte Hilfezentren und gaben den Anstoß für systematische psychiatrische Forschungen:

„Eine fünfbandige Studie zu den Folgen des Vietnamkriegs beschrieb das posttraumatische Syndrom und bewies schlüssig den direkten Zusammenhang zu Kampferlebnissen.“⁶⁵

Psychische Traumen wurden nun als Spätfolgen des Kriegs anerkannt. 1980 nahm der amerikanische Psychiaterverband die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) in den DSM auf. Sie ist dann auch in den ICD aufgenommen worden. Dies war ein wirklicher Durchbruch:

„Damit fand das Syndrom des psychischen Traumas, das im Verlauf des vergangenen Jahrhunderts wiederholt vergessen und wiederentdeckt worden war, endlich offizielle Anerkennung in der Diagnostik.“⁶⁶

⁶¹ Vgl. zu diesem Thema Heidl 1994 und Bode 2004.

⁶² Herman 1993, 42.

⁶³ Herman 1993, 43.

⁶⁴ Herman 1993, 43.

⁶⁵ Herman 1993, 44.

⁶⁶ Herman 1993, 44.

Judith Herman sieht in der Forschung an Vietnamheimkehrern einen von zwei wichtigen Impulsen für die moderne Psychotraumatologie.

Der zweite Impuls entsprang der Erforschung sexueller und innerfamiliärer Gewalt im Zuge der Frauenbewegung. Die Konzepte der **komplexen** posttraumatischen Belastungsstörung und der Entwicklungsstraumen wurden davon maßgeblich beeinflusst.

3) Die Erforschung sexueller und innerfamiliärer Gewalt

Die Bewusstseinsentwicklung dazu fand zunächst in Gruppen statt, ähnlich den Selbsthilfegruppen der Vietnamveteranen oder psychotherapeutischen Gruppen, in denen Vertraulichkeit und Verpflichtung zur Wahrheit den Rahmen bildeten:

„Dadurch wurde ein besonderer Raum geschaffen, der es Frauen ermöglichte, die Barrieren aus Verleugnung, Verheimlichung und Scham zu überwinden und ihre Verletzungen zu benennen. (...) In der schützenden Umgebung der Frauengruppen berichteten Frauen von Vergewaltigungen, und andere Frauen glaubten ihnen.“⁶⁷

Öffentliche Aktionen folgten:⁶⁸

- 1971 organisierten radikale Feministinnen in New York eine erste öffentliche Aussprache über Vergewaltigung
- 1976 fand in Brüssel das erste internationale Tribunal über Verbrechen an Frauen statt
- Zur selben Zeit wurde in den USA eine Strafrechtsreform im Bereich Vergewaltigung gefordert
- Wissenschaftliche Untersuchungen über sexuelle Gewalt wurden durchgeführt

„Die Ergebnisse dieser Untersuchungen bestätigten, dass die Erfahrungen der Frauen, die Freud hundert Jahre zuvor als Phantasien abgetan hatte, Realität waren. Sexuelle Übergriffe auf Frauen und Kinder kommen in unserem Kulturkreis häufig und überall vor. Die Soziologin Diana Russell (...) führte Anfang der achtziger Jahre eine (...) Umfrage durch. Über 900 nach dem Zufallsprinzip aus-gewählt Frauen wurden in Tiefeninterviews zu ihren Erfahrungen mit Gewalt in der Familie und sexueller Ausbeutung befragt. Die Ergebnisse waren erschreckend: Jede vierte Frau war vergewaltigt worden, jede dritte Frau war in der Kindheit sexuell missbraucht worden.“⁶⁹

Untersuchungen zu den psychologischen Folgen von Vergewaltigung führten zum Begriff des Vergewaltigungstrauma-Syndroms: Vergewaltigungen wurden als lebensbedrohliches Ereignis erlebt und dabei Verletzungen oder Tod befürchtet:

„Nach einer Vergewaltigung klagten viele Opfer über Schlaflosigkeit, Übelkeit, Schreckhaftigkeit und Alpträume, aber auch über Zustände von Empfindungslosigkeit und Erstarrung ... Symptome, ... die man bereits an Kriegsveteranen beobachtet hatte.“⁷⁰

⁶⁷ Herman 1993, 45f.

⁶⁸ Herman 1993, 47.

⁶⁹ Herman 1993, 47f.

⁷⁰ Herman 1993, 49.

Zunehmend wurden komplexe Beziehungen von Gewalt und Intimität beforcht. Vom fremden Vergewaltiger auf der Straße bis zur Vergewaltigung durch Bekannte oder in der Ehe. Auch andere Formen von Misshandlung und Gewaltanwendung in der Familie rückten in den Fokus der Untersuchungen. Unweigerlich geriet auch der sexuelle Missbrauch von Kindern (nach 100 Jahren wieder) ins Blickfeld.

Ab 1980, mit der Verankerung der PTBS in DSM und ICD „wurde deutlich, dass die psychischen Syndrome, an denen die Opfer von Vergewaltigungen, häuslicher Gewalt und Inzest litten, im Wesentlichen den Syndromen der Kriegsoffer entsprachen.“⁷¹ Weibliche Hysterie und männliche Kriegsneurose gleichen einander.

Warum dies so ist, wie Traumen entstehen, wie sie sich auswirken, warum unterschiedliche Ursachen zu ähnlichen Symptomen und ähnliche Ursachen zu unterschiedlichen Symptomen führen können, das erforscht eine junge wissenschaftliche Disziplin, die Psychotraumatologie.

„Faszinierend ist die Beobachtung, dass Forschungsrichtungen mit zunächst völlig unterschiedlichem Ausgangspunkt und unterschiedlichen Begriffssystemen sich zunehmend auf die Wechselwirkung zwischen Individuum und Umwelt zu konzentrieren beginnen, sobald sie sich mit Phänomenen der Traumatisierung befassen.“⁷²

Gewalt macht krank

Durch all diese neuen Forschungsimpulse entstand ein Bewusstsein darüber, dass Gewalt krank machen kann. Die zentrale These lautet heute: Gewalt prägt uns viel mehr, als uns das klar ist. Man kann an den Folgen von Gewalt psychisch erkranken.

Darüber hinaus gehend gibt es heute hunderte seriöse Traumastudien, nach denen *„nicht nur Kriegserfahrungen, Katastrophen, Unfälle und zwischenmenschliche Gewalt zur Ausprägung einer PTBS führen,“⁷³* sondern auch Krankheiten wie AIDS, Krebs, Herzinfarkt, das Aufwachen während einer Operation, Operationen im Kindesalter und Trennung von den Eltern dabei, Fruchtwasser-Untersuchungen im Mutterleib, und natürlich auch so umfassende Vorgänge wie Migration. Diese Studien zeigen:

„Reale Lebenserfahrungen, die besonders stressreich sind, können Symptome verursachen, die Psychotherapeuten leicht als „Neurose“ oder gar als eine Persönlichkeitsstörung missverstehen können.“

Lange haben PsychotherapeutInnen sich auf die Innenwelt der PatientInnen konzentriert, haben Konflikte und deren Widerspiegelungen in Beziehungen wichtiger genommen als reale Hintergrunderfahrungen.“⁷⁴

⁷¹ Herman 1993, 50.

⁷² Fischer/Riedesser 2020, 45.

⁷³ Huber 2003, 30f.

⁷⁴ Huber 2003, 31.

„Ein misshandeltes Mädchen, das als Jugendliche anfängt, sich selbst zu verletzen, als ‚Borderlinerin‘ zu pathologisieren, statt sie (...) als komplex traumatisierte Frau mit akuten, aus der Not geborenen Gefühlsausbrüchen zu sehen und ihr eine adäquate trauma-orientierte Behandlung anzubieten, halte ich inzwischen für einen Kunstfehler.“⁷⁵

Für Huber *„sind auch viele chronische Depressionen, überdauernde Angstsymptome und Süchte, ebenso wie psychosomatische Erkrankungen und Störungen der Impulskontrolle eine Folge von (häufig frühen und lang andauernden) Traumatisierungen.“⁷⁶*

Es geht wohl um ein ausgewogenes Verhältnis von objektiven Faktoren und subjektiven Faktoren in der Traumaentstehung. Huber kritisiert die subjektivistische „Schlagseite“ von PsychotherapeutInnen.

Die Kunst ist wohl, beide Aspekte in ihrer Wechselwirkung bei der Traumaentstehung im Auge zu behalten. Dies erscheint mir im Ansatz von Fischer/Riedesser besonders gut gelungen zu sein.

Und nicht zu vergessen: neben dem, was war, und neben dem, wie es verarbeitet wurde, ist vor allem das, was jetzt ist (Heilsames/Retraumatisierendes) entscheidend dafür, ob Traumen verarbeitet und neue positive Lebenserfahrungen gemacht werden können.

Bibliographie

Abraham, K. (1907 / 1982). Das Erleiden sexueller Traumen als Form infantiler Sexualbetätigung. Frankfurt/M., Fischer.

Auhser-Mihm, M. (2017). Das gespaltene Selbst. Phänomenologie, Ätiologie, Diagnostik und Behandlung Dissoziativer Störungen. Zeitschrift des SAP (Heft 22): 5-28.

Bergmann, M. S. (1998). Die Interaktion zwischen Trauma und intra-psychischem Konflikt in der Geschichte der Psychoanalyse. In: Schlösser/Höhfeld 1998.

Bettelheim, B. (2006). Kinder brauchen Märchen. München, dtv.

Breuer, J. / Freud, S. (1895 / 1987). Studien über Hysterie. Frankfurt/M., Fischer.

Bode, S. (2004). Die vergessene Generation. Die Kriegskinder brechen ihr Schweigen. Stuttgart, Klett-Cotta.

Falkner, T. (2017). Einführung in die Psychotraumatologie mit Ressourcen-orientierung und Stabilisationstechniken. Seminar. März 2017.

⁷⁵ Huber 2003, 31.

⁷⁶ Huber 2003, 32.

Federn, P. (1956 / 1978). Ichpsychologie und die Psychosen. Frankfurt/M, Suhrkamp.

Fischer, G. / P. Riedesser (1998 / 2000). Lehrbuch der Psychotraumatologie. München/Basel, Ernst Reinhardt Verlag.

Freud, S. (1896 / 1942). Zur Ätiologie der Hysterie. GW. London, Imago: 426-459.

Heinl, P. (1994). „Maikäfer flieg, dein Vater ist im Krieg ...“ Seelische Wunden aus der Kriegskindheit. München, Kösel.

Herman, J. L. (1993). Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden. München, Kindler Verlag GmbH.

Hirsch, M. (1998). Schuld und Schuldgefühl im Kontext von Trauma und Konflikt. In: Schlösser/Höhfeld 1998.

Huber, M. (2003). Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung. Teil 1. Paderborn, Junfermann Verlag.

Bergmann, M.S. / Jucovi, M. / Kestenberg, J. (1995). Kinder der Opfer – Kinder der Täter: Psychoanalyse und Holocaust. Frankfurt, S. Fischer.

Krutzenbichler, S. (1998). Das „Trauma redivivum“ oder der Glaubenskrieg über die psychoanalytische Urknall-Theorie. In: Schlösser/Höhfeld 1998.

Sachsse, U. (2018). Traumazentrierte Psychotherapie: Theorie, Klinik und Praxis. Stuttgart, Schattauer.

Schlösser, A.-M. and K. Höhfeld, Hg. (1998). Trauma und Konflikt. Gießen, Psychosozial-Verlag.

Shengold, L. (1979). Child abuse and deprivation: soul murder. Journal of the American Psychoanalytic Association **27**: 533-559.

Wintersperger, S. (2019). Traumatherapie im Wandel der Zeit. Hauptvortrag bei der Jubiläumstagung „15 Jahre Österreichisches Netzwerk Trauma-therapie (ÖNT)“ in Wien, 15.10.2019.