

## TRAUMA UND TRAUMATISIERUNG

### **Fallbeispiel Frau Reese**

*Frau Reese war 33 Jahre alt, als ich sie kennenlernte, weil sie sich als Interessentin für einen Betreuungsplatz in einer Wohngruppe vorstellte, in der ich arbeitete. Sie lebte zu dem Zeitpunkt in einer großen psychiatrischen Klinik und hatte ungefähr 15 Klinikaufenthalte unterschiedlicher Dauer hinter sich, ganz genau war es nicht mehr zu rekonstruieren.*

*Sie ist in einem kleinen Dorf geboren, sie selber sagte, sie sei in ihrer Familie immer das Nesthäkchen gewesen. Von ihren vier älteren Geschwistern waren schon zwei verstorben. Ihr Vater, an dem sie sehr gehangen hat, verunglückte tödlich, als sie 12 Jahre alt war. Frau Reese ist mit 15 Jahren aus der 7. Klasse der Hauptschule abgegangen. Nach der Schule machte sie eine Fleischverkäuferinnenausbildung, die sie erfolgreich abschloss.*

*Als jüngstes Kind der Eltern mit erheblich älteren Geschwistern wurde sie von allen sehr verwöhnt. Der Vater soll dabei auch an Depressionen gelitten haben und die Mutter teilweise erheblich getrunken haben. Bei Frau Reese wurde erstmalig im Alter von 21 Jahren ein depressiver Verstimmungszustand beobachtet, der nervenärztliche Behandlung erforderte. Frau Reese löste sich mit 22 Jahren aus dem mütterlichen Haushalt und zog mit einem Freund zusammen. Danach war sie häufiger wegen psychotischer Episoden in stationärer Behandlung. Nach 4 Jahren trennte sich ihr Freund von ihr, was sie nur schwer verkraften konnte, es kam zum damals insgesamt siebten stationären Aufenthalt wegen einer depressiven Phase. Sie verlor zunehmend an Selbstständigkeit, von Klinikseite wurde ihr bereits damals der Einzug in ein psychiatrisches Wohnheim angeraten, was sie jedoch ablehnte. Sie zog mit einem psychisch kranken Mann zusammen. In der Folgezeit gab es mit diesem Partner häufiger Streit, durch den sie psychisch dekompenzierte und immer wieder, teils längerfristig, teils kurzfristig in der Klinik aufgenommen wurde. Nach der endgültigen Trennung von dem Partner, sie war nun mittlerweile 32, kam sie unangemeldet in die Klinik, wo sie dann über ein Jahr blieb, bevor sie von ihrer betreuenden Sozialpädagogin in unserer Wohngruppe angemeldet wurde. Ihre psychotische Symptomatik war vielfältig, teils paranoid, teils depressiv, teils gereizt manisch. Zunächst lehnte sie eine Neuroleptikabehandlung ab, dann ließ sie sich aber doch darauf ein, die psychotische Symptomatik bildete sich zurück, sie zeigte sich kooperativ und wurde bei Mitpatienten zunehmend beliebt als freundlicher, anhänglicher und hilfsbereiter Mensch.*

*Alle Mitarbeiter der Wohngruppe gewannen schnell einen sympathischen Eindruck von ihr. Sie versicherte sehr glaubhaft, dass sie langsam wieder lernen wolle, selbstständig zu leben und dass die Wohnhaus sehr geeignet dafür sei, da sie früher in dieser Gegend gelebt habe und dass sie längerfristig hier, in ihrer alten Heimat, wieder selbstständig leben möchte.*

*Das Mitarbeiterteam freute sich, dass Frau Reese sich nach vielen Klinikjahren entschlossen hatte, in die sozialpsychiatrische Einrichtung zu ziehen. Man wollte ein Beispiel von guter Enthospitalisierung statuieren und die Vorbedingungen schienen günstig. Die Klientin freute sich im Vorfeld auf die Einrichtung, die sie probeweise für einen Tag besucht hatte. Nach ihrem Einzug, der problemlos verlief, dauerte es ganze drei Tage, bis sie in eine schwere Krise geriet und unbedingt für eine kurzfristige Krisenintervention in die frühere Klinik zurück. Dies blieb nicht die einzige Krise. Sie fühlte sich in dem Wohnheim häufig so schlecht, dass sie Suizidideen entwickelte. Den MitarbeiterInnen war es ein Rätsel, weshalb sie s nur höchstens*

*zwei bis drei Wochen an ihrem neuen Wohnort (der ja gleichzeitig ihr früherer war) zu bleiben. Das einzige, was einen Anhaltspunkt geben konnte, waren vage Andeutungen der Klientin über Gewalt- und Missbrauchserfahrungen, die die Klientin früher in dieser Stadt erlebt hatte. Nach mehreren, auch für die Betroffene sehr quälenden Versuchen wurde der Versuch der Rückführung aufgegeben, die Klientin zog in die Klinik zurück.*

*Einige Monate später rief die betreffende Frau in der Einrichtung an und berichtete glücklich, dass sie die Klinik schnell wieder verlassen habe. Sie lebe nun in einer kleinen Gemeinde weitab von ihrer Heimatstadt und hatte dort Wohnung, Arbeit und einen Partner gefunden. Man konnte bei dieser Frau den Eindruck gewinnen, sie musste gerade durch die gescheiterte Rückführung ihre endgültige Trennung von ihrer Heimatstadt herbeiführen und dadurch ihre bis dahin sehr unglücklich verlaufene Lebensgeschichte bewältigen. Die Rückführung an ihren früheren Lebensmittelpunkt war für die Frau mit sehr unangenehmen und bedrohlichen Erinnerungen verbunden. Sie hatte beim Beginn der Betreuung zwar „offiziell“ der Idee zugestimmt, dass eine Rückkehr an ihren alten Wohnort gut für sie sein müsse – in ihrem subjektiven Erleben waren aber letztlich ganz andere Momente dafür verantwortlich, was günstige und was ungünstige Auswirkungen für ihre psychische Gesundheit hatte.*

## THEORIE

Die Bedeutung und der mögliche Einfluss psychischer Traumata sind im Laufe der Geschichte der Psychoanalyse sehr unterschiedlich gewichtet worden. In der Frühzeit seiner Theorieentwicklung war Freud mit Patientinnen konfrontiert, die in der Kindheit sexuellen Verführungen durch erwachsene Personen ausgesetzt gewesen waren und deren Traumatisierung (so würden wir es heute bezeichnen) im späteren Leben zu neurotischen, oft hysterischen Symptomen geführt haben. Bekanntlich widerrief Freud später, dass es bei seinen Patienten zu realem Missbrauch gekommen sein soll. Für diesen Rückzug, den man als patriarchalische Leugnung der Gewalt gegen Frauen sehen kann, ist er vielfach kritisiert worden. Bohleber (2000) weist aber darauf hin, dass dies keine „scharfe Kehrtwendung“ (S.799) bei Freud gewesen sei, sondern das Ergebnis langen Schwankens zwischen der Annahme, dass die Verführungen real stattgefunden haben, und der Gegenthese, dass das von den Patientinnen geschilderte Material Ergebnis einer durch eine rege Triebwelt aktivierten Phantasie entsprungen ist. Da er sich letzten Endes nicht in der Lage sah, entschied er sich aus diesem und noch weiteren Gründen für die Phantasie-These mit der Konsequenz, dass den Patienten abgesprochen wurde, dass sie real traumatisiert worden seien.

Die nächsten Jahrzehnte dominierte in der Psychoanalyse die Triebtheorie. Das heißt, der Innenwelt des Individuums mit all seinen Impulsen, Affekten, Verdrängungen und Konflikten wurde mehr Beachtung geschenkt als dem Einfluss realer äußerer Ereignisse.

Mit den Anfängen der Objektbeziehungstheorie (Ermann 2012, Doering 2016) wandelte sich die Psychoanalyse langsam von der „Ein-Person-Psychologie“ (Psychologie des triebdominierten Individuums) zur „Zwei-Personen-Psychologie“, der Psychologie des von Anfang an durch Beziehungserfahrungen sich langsam konstituierenden Individuums. Der Blickwinkel richtet sich somit auch auf die potentiell sehr schädigenden Auswirkungen gewaltsamer oder missbrauchender Beziehungspartner bzw. Elternteile. Traumatische Erlebnisse werden immer im Interaktionszusammenhang gesehen. Die alleinige Sichtweise auf das äußerliche traumatische Ereignis und seine quasi objektiven Auswirkungen, die auf jeden Mensch gleich

wirken sollen, greift aus psychoanalytischer Warte heraus zu kurz: „Mehr noch als andere Theorien hat die Psychoanalyse traumatische Erfahrungen nie allein als Folge schädigender äußerer Einflüsse, sondern stets aus der *Wechselwirkung von innerer und äußerer Realität* begriffen“ (Weiß, 2017. S.18).

Mit der öffentlichen Skandalisierung sexuellen Missbrauchs seit den achtziger Jahren des letzten Jahrhunderts und der vermehrten psychoanalytischen Behandlung von Inzestopfern ist es zu intensiverer Forschung über die Auswirkungen traumatischer Erfahrungen gekommen. Bohleber nennt hier auch die Frage, „ob es ein besonderes traumatisches Gedächtnis gibt, in dem Erinnerungen anderes als im expliziten autobiographischen Gedächtnis aufbewahrt werden“ (2000, S.806). Er bezieht sich dabei auf Forschungen von van der Kolk: „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 unveränderter Inhalt traumatischer Erinnerung. Ihr Wiederauftauchen ist abhängig vom Eintreten bestimmter Reize, die mit der traumatischen Szene eingraviert sind“ (S.806f).

Diese Dissoziationshypothese wird von vielen anderen, auch nicht-psychoanalytischen Theoretikern geteilt (Huber 2003). Nach Boll-Klatt (2018) dient die Dissoziation dazu, als urtümliche Notfallreaktion „den Reizstrom von außen und von innen zu unterdrücken“ (S.347). Das Bewusstsein, dass sich normalerweise aus dem Zusammenfluss verschiedener innerer Quellen (z.B. Erinnerungen, aktuelles Identitätsgefühl) und äußerer Wahrnehmungsquellen speist, wird praktisch in voneinander abgetrennte Einzelsphären aufgeteilt. Damit wird auch die Schrecklichkeit des erlebten Ereignisses auf verschiedene Bedeutungsträger aufgeteilt, die nicht mehr in ihrem Gesamtzusammenhang erlebt werden. Dadurch entsteht unmittelbar erst einmal Entlastung. So „hilft die Dissoziation den Betroffenen, das Trauma nicht in seiner vollen Wucht wahrnehmen zu müssen, allerdings um den Preis, komplett hilflos und handlungsunfähig zu werden“ (S.349).

Das Ereignis wird nicht wie im „Normalfall“, wenn wir etwas Gewöhnliches oder auch Wichtiges, uns aber nicht Bedrohendes erlebt haben, im deklarativen bzw. im autobiographisch episodischen Gedächtnis abgespeichert. Dieser Gedächtnisbereich ist uns jederzeit zugänglich. Dissoziation führt aber dazu, dass das Erlebte „nur schemenhaft als Fetzen von Bildern und Bildsequenzen, Geräuschen und Stimmen, Gefühlen und Gerüchen, ohne den üblichen Weg der vorwiegend verbalen und zeitlich-räumlichen Gedächtnisbildung“ (S.350) gespeichert wird. Die Folge sind Intrusionen, das plötzliche Überfallenwerden durch diese bruchstückhaften Erinnerungsfetzen, wenn Umweltreize (häufig ein Geruch oder ein Geräusch), die vielleicht nur eine diffuse Ähnlichkeit mit einem Situationsaspekt des traumatisch Erlebten haben, wahrgenommen werden. Dann ist für die Betroffenen die Situation wieder aktuell präsent, sie können nicht mehr zwischen Vergangenheit und Gegenwart unterscheiden.

In diesem Sinne unverarbeitete Traumaerinnerungen führen zu inneren Abkapselungen. Da sie meist mit hohem affektivem Erregungspotential versehen sind, kann es dazu führen, dass gerade die Hirnregionen, die starke Emotionen fördern, durch diese Abkapselungen sozusagen noch mehr angefacht werden und die Betroffenen dauerhaft unter einem ungewöhnlich hohen Erregungspotential leiden. Gleichzeitig werden nämlich die Hirnzentren, die für die Regulation von Gefühlen, für die Rahmung von Geschehnissen als „aktuell“ bzw. „vergan-

gen“ und für die örtliche Zuordnung von Geschehnissen sorgen, gehemmt. Im Extremfall kann dies zur Dissoziativen Identitätsstörung bzw. dem Phänomen der Multiplen Persönlichkeit führen, zur Aufteilung der Persönlichkeit in Teilidentitäten „mit jeweils eigener psychobiologischer Basis“ (S.351). Nach der Theorie der „strukturellen Dissoziation“ unterscheidet man „vielfältige voneinander abgespaltene ‚emotionale Persönlichkeitsanteile‘ (EP), die mit unterschiedlichen Formen des Wiedererlebens der Traumatisierung einhergehen, und ‚Anscheinend normale Persönlichkeitsanteile‘ (ANP), die durch eine relative Unbewusstheit des Traumas und der dazugehörigen Affekte gekennzeichnet sind“ (S351). Das betroffene Individuum versucht unbewusst, beide Bereiche auseinanderzuhalten. Es kommt jedoch immer wieder zu spontanen „Switches“, also einem plötzlichen unkontrollierten Wechsel von einem Bereich in den anderen.

### *Situationale und relationale Traumadefinitionen*

Oben wurde schon kurz erwähnt, dass die Psychoanalyse die Erfahrung psychotraumatischer Ereignisse immer im interaktionalen Zusammenhang gesehen hat. Dies wird deutlich in der Unterscheidung von situationalen und relationalen Traumadefinitionen (vgl. Boll-Klatt 2018).

- Situationale Traumadefinitionen betonen ausschließlich die Pathogenität des äußeren Ereignisses bzw. der spezifischen Kriterien für ein traumatisches Ereignis: dies geschieht z.B. in den Ausführungen des ICD oder des DSM
- Relationale Traumadefinitionen beziehen das Ereignis auf subjektive Wahrnehmung und die Bewältigungsmöglichkeiten des Individuums – je nach deren Beschaffenheit und Auseinandersetzungsfähigkeit des Individuums kann dasselbe traumatische Ereignis (z.B. ein Massenunfall) also sehr unterschiedliche Bedeutung und Konsequenzen für das Individuum haben

Beide Herangehensweise schließen sich nicht aus, man muss sie je nach Einzelfall gewichten. Gelegentlich wird jedoch unterschätzt, wie sehr Traumatisierungen von persönlichen Vulnerabilitäts- und subjektiven Wahrnehmungsfaktoren abhängen. So gibt es eine nicht geringe Zahl von Menschen, die auch schwerwiegende traumatische Situationen ohne größere psychische Beeinträchtigung überstehen. Es gibt keinen Automatismus, dass stark belastende Traumata immer eine Auswirkung im Sinne einer nachwirkenden psychischen Störung haben.

### *Trauma vom Typ I und vom Typ II*

In der Forschung hat sich eine Unterscheidung von einmaligen, plötzlich aufgetretenen traumatischen Ereignissen und von „chronischen“, d.h.länger andauernden und in der Intensität anwachsenden Ereignissen durchgesetzt.

Typ I: sie treten unvorhergesehen auf, sind zeitlich begrenzt und einmalig passiert, in apersonaler oder „akzidenteller“, also quasi zufälliger Form vor allem als Naturkatastrophe oder als Verkehrsunfall, in personaler Form als räuberischer Unfall, Vergewaltigung oder plötzlicher Verlust eines lebenswichtigen Objekts. Dieser interpersonelle Typus eines Traumas wird auch als „man-made“ bezeichnet (Maercker 2017) und hat zum Teil gravierendere Auswirkungen als die akzidentelle, nicht-beabsichtigte Form.

Typ II: in apersonaler chronisch-kumulativer Form z.B. als technische Katastrophe wie ein Atomunfall; auch hier gibt es interpersonelle „man-made“-Formen wie einerseits als politische Gewalt wie Krieg oder Folter, andererseits im personalen Nahbereich als dauerhafte Kindesmisshandlung oder –Vernachlässigung (vgl. Boll-Klatt 2018, S.344).

Sexueller Missbrauch, Vergewaltigung und Folter ziehen in über 50% der Fälle posttraumatische Störungen nach sich, bei den anderen Traumatisierungsformen liegt die Häufigkeit eher bei 15%.

### *Posttraumatische Persönlichkeitsstörung*

Neben der Posttraumatischen Belastungsstörung (die hier nicht gesondert vorgestellt wird) und manchmal erst erkennbar, wenn die PTBS abgeklungen ist, können bei besonders schweren Traumatisierungen des Typ II, ausgeprägte Persönlichkeitsveränderungen festgestellt werden. Ermann (2016) spricht hier von posttraumatischer Persönlichkeitsorganisation. Diese entspricht einer Persönlichkeitsorganisation auf niedrigem Strukturniveau und weist Parallelen zur Borderline-Persönlichkeitsorganisation auf. Als posttraumatische Persönlichkeitszüge nennt Ermann Veränderungen in Denken und Wahrnehmung, Misstrauen, Leeregefühle, Entfremdung sowie paradoxe Schuldgefühle und masochistische Züge. Das Entstehen von Schuldgefühlen und Masochismus sollen im folgenden genauer hergeleitet werden, da das Auftreten dieser Symptom eher verwunderlich wirken mag.

### **Identifikation mit dem Aggressor – Täterintrojekte**

Ein Trauma ausschließlich äußerlich als massiv schädigenden Faktor zu sehen, ohne die feineren Auswirkungen miteinzubeziehen, die ein solch machtvolles Geschehen für die psychische Innenwelt, die Selbst- und Objektrepräsentanzen hat, ist sehr kurzgreifend. Boll-Klatt (2018) hebt hervor, dass es gerade die „Beziehungsanteile“ sind, also Erlebensbereiche, die die Wahrnehmung von wichtigen anderen, Bindung an sie, Verinnerlichung der Erfahrungen mit ihnen umfassen, sind, die „die schädigende Wirkung des traumatischen Ereignisses erheblich beeinflussen: Verlustdrohung, Verrat, unterlassener Schutz“ (S.340). Man kann also nicht oder nur begrenzt von den objektiven Beschaffenheiten des schädigenden Ereignisses auf die Beeinträchtigung des Individuum schließen.

Es ist bekannt und manchmal schwer nachvollziehbar, dass traumatisierte Individuen zu den Menschen, von denen sie traumatisiert worden sind, häufig keine rein negative, jeden Kontakt ablehnende Beziehung haben, sondern eine äußerst ambivalente Haltung ihnen gegenüber: trotz aller negativen Erfahrungen auf Änderung hoffend, kleine Signale als Beweis dafür nehmen, dass man doch von ihnen geliebt wird, Angst, sie zu verlassen usw.

Dies wird erklärbar, wenn man, wie es die Objektbeziehungstheorie veranschaulicht, davon ausgeht, dass sich die Identitätsbildung eines heranwachsenden Menschen vor allem durch langsame Verinnerlichung von geglückten und misslungenen Beziehungserfahrungen vollzieht. So können sich langsam „gute“ und „schlechte“ innere Bilder bzw. Repräsentanzen über sich selbst und andere entwickeln, die sich dann langsam zu überdauernden Identitätsstrukturen differenzieren und integrieren. Eine Beziehung zu einer traumatisierenden Bezugsperson stellt das Kind vor die kaum zu bewältigende Aufgabe, das Bild eines Elternteils, den man liebt, mit den konkreten Gewalterfahrungen zu verbinden, die man vielleicht tagtäglich über sich ergehen lassen muss. Das Kind hat dabei, um psychisch überleben zu können, dabei das lebenswichtige Bedürfnis, das Elternteil als „gutes“ Objekt zu erhalten, um überhaupt Halt in der Welt finden zu können. Wenn am Elternteil aber als „gute“ Objektrepräsentanz festgehalten werden muss, fließen die „schlechten“ Erfahrungsanteile in die

Selbstrepräsentanz des Kindes und beginnen, die Identität des Kindes zu dominieren. Das Kind hat seine ausweglose Situation durch Introjektion zu lösen versucht. Das heißt, es hat das „Täterintrojekt“ in seine Selbstrepräsentanz übernommen mit der Konsequenz, sich schlecht zu fühlen und schuldig und verantwortlich für das traumatisierende Verhalten des Elternteils.

Boll-Klatt fasst zusammen: „Damit entspricht die Introjektion einer Unterwerfung, einem Akzeptieren des traumatischen Systems. Das introjektive Hereinnehmen des Täters, dessen Bild dadurch – weil er ja auch lebensnotwendig gebraucht wird – „gut“ bleiben kann, während das Böse, das in der traumatisierenden Gewalt enthalten ist, und die Schuld des Täters in das Kind bzw. in das Opfer gelangen. Dort wirkt das Böse selbstwertschädigend und verursacht regelmäßig jenes Schuldgefühl, das der Täter nicht hat“ (S.341).

Introjektion und die sog. „Identifikation mit dem Aggressor“ können als notfallmäßig eingesetzte Abwehrmechanismen gesehen werden, mit Hilfe derer Traumatisierungen bewältigt werden, und zwar internalisierend, nach innen gerichtet, auf Kosten der Identitätsstruktur und des Selbstwerts der betroffenen Person.

Ermann (2016) hebt ebenfalls hervor, dass die Betroffenen sich paradoxerweise mit dem Täter identifizieren, „um das Unfassbare fassbar zu machen. Aus der Position des Täters heraus empfinden sie die Tat als berechtigt, vielleicht sogar als erregend ... Auf diese Weise entsteht die sadomasochistische Abhängigkeit, die für viele Täter-Opfer-Beziehungen nach Traumatisierungen typisch ist“ (S.174). Auf ein weiteres Paradox weist Weiß (2017) hin: nämlich auf die nicht Erfahrung, dass traumatisierte Menschen oft unter quälenden Schuldgefühlen leiden. Diese können in Selbsthass münden, verschiedenste körperliche Reaktionen bewirken, lang anhaltende „Grollkonstellationen“ erzeugen oder dazu führen, sich auf grausame Beziehungsobjekte einzulassen, die als „Beschützer“ oder anderweitige machtvolle Figur erlebt werden (S.17).

Der andere Bewältigungsmechanismus ist die oben bereits beschriebene Dissoziation. Traumatische Erlebnisinhalte werden abgekapselt, zerfasern in einzelne Erinnerungsspuren und verlieren dabei den Gesamtzusammenhang eines schrecklichen, nicht bewältigbaren Ereignisses. Die abgekapselten Fragmente, auch diejenigen, die dem Täterintrojekt entsprechen, können unter Stress und hoher affektiver Erregung hervorbrechen. Die impulsregulatorischen Fähigkeiten eines traumatisierten Individuum können unter Belastung schnell überfordert sein. Da es aufgrund seiner früher lebensnotwendigen erfolgten Introjektion der bösen Teile auch Täteranteile introjiziert hat, kann es zu dem tragischen Ende führen, dass das Opfer nun unter ungünstigen Umständen zum Täter werden kann.

Anhand solcher Zusammenhangsanalysen hat man der Psychoanalyse gelegentlich die Missachtung von traumatisierten Opfern vorgeworfen. Dies ist aber überhaupt nicht gemeint. Vielmehr handelt es sich um einen plausiblen Erklärungsversuch für die nicht wegzudiskutierende Tatsache, dass Menschen, die selbst traumatisiert worden sind, später überzufällig auch zu Gewaltausübenden werden.

## PRAXIS

### *Hinweise auf verdeckte posttraumatische Störungen*

Wenn bekannt ist, dass ein Mensch traumatischen Erfahrungen ausgeliefert war, ist es meist nicht schwierig, eine posttraumatische Störung zu diagnostizieren. Ermann (2016) gibt Hinweise auf verdeckte posttraumatische Störungen, die vor allem dann schlecht erkennbar sind, wenn sie auf frühe Traumatisierungen zurückzuführen sind, deren Umstände und Intensität nicht richtig bekannt sind – wie z.B. in dem Fallbeispiel von Frau R.

Ermann nennt u.a. folgende Hinweise:

- untypisches Krankheitsbild, manchmal auch schwer von neurotischen Erscheinungen zu trennen
- misstrauische, verschlossene Persönlichkeit
- Freudlosigkeit, Pessimismus, Negativismus
- unglückliche Beziehungen, masochistische Beziehungsarrangements
- Brüche im Lebensverlauf
- langer Krankheitsverlauf mit vergeblichen Behandlungen
- Ratlosigkeit und Gereiztheit in der Gegenübertragung

Wichtig ist es auch, Borderline- und psychotische Störungen davon abzugrenzen.

### *Therapie*

Mit den verbesserten Erkenntnissen über traumatische Störungen haben sich mittlerweile viele spezielle therapeutische Verfahren entwickelt und als wirksam herausgestellt. Sie können an dieser Stelle nicht im einzelnen vorgestellt werden. Nach Ermann lassen sich aber vier wichtige „Eckpunkte“ der unterschiedlichen Behandlungsformen beschreiben, die alle das Ziel haben, die Bewältigung der traumatischen Erfahrungen und ihrer Folgen zu fördern:

- Aufbau einer tragfähigen haltenden Beziehung, in der sich die Betroffenen sicher fühlen und vor Retraumatisierungen geschützt sind
- vorrangig sind Bearbeitung der Folgen der Traumatisierung, „insbesondere der Selbstwertprobleme, der Scham- und Schuldproblematik und der Beziehungsstörungen“
- erst im weiteren Verlauf dann Aufarbeitung der Traumaerinnerungen und der Hilflosigkeits- und Ohnmachtserfahrungen
- abschließend dann „der Aufbau eines neuen Identitäts- und Daseinsgefühls, das nicht mehr um das Trauma herum organisiert ist, sondern die Traumaerfahrung als Gegebenheit anerkennt“ (187).

Ergänzend nennt er leitlinienartige Grundsätze, die eine hilfreiche Traumatherapie erfüllen muss:

- Nicht-beurteilendes Akzeptieren des Opfers, d.h. die therapeutische Person muss die Tatsache der Traumatisierung vorbehaltlos anerkennen. Ansonsten kann es auf Seiten des traumatisierten Individuums zu erneuten Gefühlen von Entwertung, Bevormundung, unterstellter Unglaubwürdigkeit mit entsprechenden retraumatisierenden Konsequenzen kommen.

- Förderung von Autonomie und Selbstakzeptanz, d.h. die Betroffenen müssen über den Verlauf des therapeutischen Prozesses selbst entscheiden können. Es darf zu keiner Überforderung kommen, weil das wiederum Hilflosigkeits- und Ausgeliefertheitsgefühle mit entsprechenden Retraumatisierungen hervorrufen könnten. Dies gilt insbesondere für die Entscheidung, ob und wann es um die Bearbeitung der Traumamerinnerungen geht.

Hirsch (2011) betont, dass die therapeutische Person die Rolle eines „Hilfs-Ichs“ übernehmen muss, denn die traumatisierten und in der Realitätsprüfung beeinträchtigten Patienten können häufig nicht zwischen ihrer Innenwelt, ihrer psychischen Realität, und der Außenwelt, der objektiven Realität unterscheiden (S.91). Es sei heutzutage ein „Kunstfehler“, wenn traumatisierte Menschen mit der mühseligen Aufgabe allein gelassen würden, für sich zu unterscheiden, was sie wirklich erlebt haben und was vielleicht Ausfluss ihrer Phantasie ein könnte. Das Verständnis von Täterschaft und Opferidentität zu entwickeln, ist immer eine gemeinsame Aufgabe von Therapeut und Patient.

### *Die Traumatisierung von Frau Reese*

Obwohl Frau R. mit 33 Jahren noch nicht sehr alt ist, hat sie mit etwa 15 Klinikaufenthalten eine lange quälende Psychiatrie-Vergangenheit hinter sich, mit wechselnden Diagnosen zwischen Depression und Psychose. Mögliche Auslöser lassen sich genügend in ihrer Lebensgeschichte finden: Depression und früher Tod des Vaters, Alkoholprobleme der Mutter, früher Tod zweier Geschwister. Während ihrer zahlreichen Klinikaufenthalte scheint das Thema Traumatisierung nicht speziell angesprochen worden zu sein. Ein Grund dafür mag gewesen sein, dass sie zwischen ihren Krankheitsepisoden sehr darum bemüht war, einen positiven Eindruck bei ihrem sozialen Umfeld zu hinterlassen. Sie wurde von anderen als „lieb“ und etwas kindlich harmoniebedürftig empfunden. Vielleicht trug dies liebenswürdig-unschuldige Verhalten dazu bei, bei ihr nicht weiter nachzuforschen, welche inneren Zerrüttungen die vielen Verlust- und Krisenereignisse bei ihr hinterlassen haben. Dabei gab es Signale, siehe z.B. die obigen Kriterien für verdeckte posttraumatische Störungen wie unglückliche Beziehungen oder langer Krankheitsverlauf mit vergeblichen Behandlungen

Dass es aber noch weitere, weitgehend im Dunkeln gebliebene Traumatisierungen bei Frau R. gegeben haben muss, darauf wurde das Betreuungsteam unfreiwillig gestoßen. Frau R. hatte ja selbst geäußert, dass sie langsam wieder Fuß fassen möchte in der Gegend, wo sie früher gelebt hat. Das sozialpsychiatrische Leitmotiv „Rückführung in die Gemeinde“, das ja sehr sinnvoll ist und für viele psychiatrische Langzeitpatienten neue Lebensperspektiven eröffnet, schlug bei ihr in eine „Rückführung ins Unglück“ um. Nachdem sie in die Wohngruppe in die Nähe ihrer früheren Wohnung gezogen war, ging es ihr im Grunde schlechter als zu den Zeiten, wo sie in der Klinik war. Nun entwickelte sie sehr ernstzunehmende Suizidideen, sie geriet in schwere psychische Krisen und man gewann den Eindruck, dass es sie immer erleichterte, wenn sie deswegen sozusagen einen Grund hatte, in die Klinik zurückzukehren und dort einen sicheren und geschützten Raum zu finden, den das Leben sonst nicht für sie bereithielt, auch nicht in der Wohngruppe.

Da dies nie mit Frau R. aufgearbeitet werden konnte, muss man vermuten, dass das frühere Leben in der eigenen Wohnung ihr zusätzliche Traumatisierungen bereitet haben muss.



Wahrscheinlich wurde sie durch den Freund, mit dem sie damals zusammenwohnte, brutal behandelt. Es gab einige wenige Andeutungen von ihr, dass sie dort „ganz ganz dunkle Zeiten“ erlebt habe, weiter wollte sie sich nie dazu äußern. Diese untergründigen Traumatisierungen können aber erklären, weswegen der gutgemeinte Rückführungsversuch der Einrichtung so scheiterte. Wobei es ein „erfolgreiches Scheitern“ war, denn nur relativ kurze Zeit später hat Frau R. ja wieder die Klinik verlassen und sich an einem weiter entfernten Ort ein selbstständiges Leben aufgebaut. Vielleicht musste sie die traumatischen Erfahrungen, die ihr an ihrem früheren Wohnort widerfahren waren, auf diese Art und Weise noch einmal an sich herankommen lassen, um sie dann besser hinter sich zu lassen. Beeindruckend ist auf jeden Fall, dass sie dies weitgehend für sich allein schaffte, denn ihre therapeutischen Begleitpersonen in der Klinik und in der Wohneinrichtung haben das nicht angemessen berücksichtigt.

## LITERATUR

- Bohleber, W.: Die Entwicklung der Traumatheorie in der Psychoanalyse. *Psyche*, 2000, Bd. 54, Heft 9/10, S. 797-839.
- Boll-Klatt, A. u. Kohrs, M.: *Praxis der psychodynamischen Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer 2018.
- Doering, St.: *Übertragungsfokussierte Psychotherapie (TFP)*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 2016.
- Ermann, M.: *Psychoanalyse heute*. Stuttgart. Kohlhammer 2012.
- Ermann, M.: *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie: Ein Lehrbuch auf psychoanalytischer Grundlage*. Stuttgart: Kohlhammer 2016.
- Huber, M: *Trauma und die Folgen*. Paderborn: Junfermann 2003.
- Maercker, A.: *Trauma und Traumafolgestörungen*. München: Beck 2017.
- Weiß, H. *Trauma, Schuld und Wiedergutmachung*. Stuttgart: Klett-Cotta 2017.