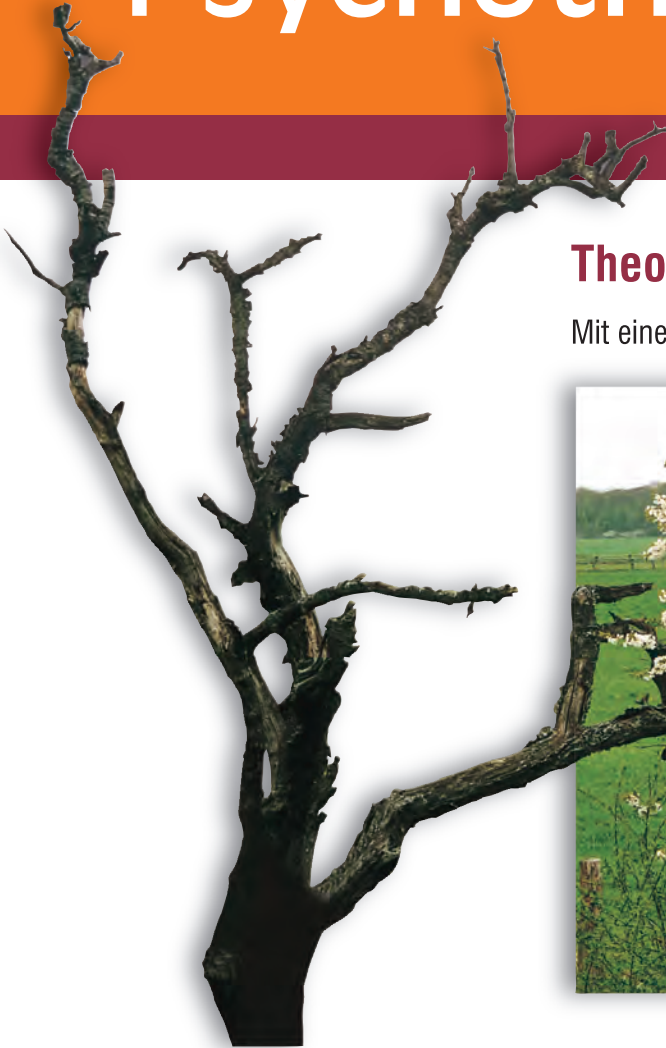


Ulrich Sachsse

Traumazentrierte Psychotherapie

Theorie, Klinik und Praxis

Mit einem Vorwort von Luise Reddemann



 **Schattauer**

Studienausgabe

Sachsse

Traumazentrierte Psychotherapie

This page intentionally left blank

Traumazentrierte Psychotherapie

Theorie, Klinik und Praxis

Herausgegeben von

Ulrich Sachsse

Unter Mitarbeit von

Birger Dulz, Katja Eßlinger,
Hendrik Faure, Dorothea Fuckert,
Ursula Gast, Katrin Hille, Arne Hofmann,
The International Society for Traumatic
Stress Studies (ISTSS), Kirstin Klups,
Falk Leichsenring, Christel Lüdecke,
Ibrahim Özkan, Jochen Peichl,
Luise Reddemann, Lars Schilling †,
Ulrike Schmitz, Günter H. Seidler,
Michael Shelliem, Annette Streeck-
Fischer, Christine Unckel,
Ulrich Venzlaff, Christina Vogel

Mit 13 Abbildungen und
25 Tabellen

 **Schattauer** Stuttgart
New York

Bibliografische Information
der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese
Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie;
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet
über <<http://dnb.ddb.de>> abrufbar.

Besonderer Hinweis:

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung. In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Das Werk mit allen seinen Teilen ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert werden. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung, Nutzung und Verwertung in elektronischen Systemen, dem Intranet und dem Internet.

© 2004 by Schattauer GmbH, Hölderlinstraße 3,
70174 Stuttgart, Germany
E-Mail: info@schattauer.de
Internet: <http://www.schattauer.de>
Printed in Germany
2. Nachdruck 2009 als Studienausgabe

Lektorat: Volker Drüke, Essen
Umschlagabbildung: Miriam Sachsse
Satz: Satzpunkt Ewert GmbH, Oswald-Merz-Straße 3,
95444 Bayreuth
Druck und Einband: fgb – freiburger graphische
betriebe GmbH & Co KG, Bebelstraße 11,
79108 Freiburg
Gedruckt auf chlor- und säurefrei gebleichtem Papier.

ISBN 978-3-7945-2738-0

Vorwort

Luise Reddemann

Die Trauma-Therapie in Deutschland nach dem Zweiten Weltkrieg hat einige Phasen durchlaufen.

Direkt nach dem Krieg gab es einige Beratungsstellen, die sich mit Kriegstraumatisierungen beschäftigten, doch schien dies recht schnell in Vergessenheit zu geraten. Es gab dann einige wenige Psychoanalytiker und Psychiater, die sich für Holocaust-Opfer einsetzten und auch über Trauma-Folgen forschten. Ansonsten gab es kein nennenswertes Interesse an Traumatisierungen bis zum Beginn der 80er Jahre.

Es war Alice Miller, die Anfang der 80er Jahre eine neue Ära einläutete, indem sie in zahlreichen Veröffentlichungen auf Kindheitstraumata hinwies. Das Echo auf ihre Arbeit war in Fachkreisen verhalten bis ablehnend. Sie bewirkte aber die Gründung der ersten Wildwasser-Gruppe in Berlin. In dieser Zeit setzte sich die Frauenbewegung intensiv mit Gewalt gegen Frauen auseinander. Mitte der 80er Jahre wurden in Bielefeld von mir und bald danach in Bad Wildungen von Ingrid Olbricht jeweils in psychosomatischen Kliniken Gruppen für Patientinnen, die Opfer von sexualisierter Gewalt waren, etabliert.

Durch die Katastrophen von Ramstein und Erwitte bildeten sich kleine Gruppen von Helfern und Professionellen, die sich ebenfalls mit Trauma-Folgen beschäftigten. Dies alles waren aber eher vereinzelte Aktivitäten.

1991 gründeten Monika Becker-Fischer und Gottfried Fischer das Deutsche Institut für Psychotraumatologie und forschten über Missbrauch in der Psychotherapie. 1994 organisierte Arne Hofmann den ersten Kurs zu EMDR in Deutschland. Erst in der zweiten Hälfte der 90er Jahre setzte sich das Trauma-Thema dann weithin in der Psychotherapie durch, und es kam zu Veröffentlichungen und Kongressen. Einen wichtigen Anstoß gaben die Lindauer Psychotherapiewochen 1997 mit der Wahl des Themas „Trauma“.

Wir Deutsche waren somit ziemlich spät dran mit unserem Engagement für das Trauma-Thema. Als „Tätervolk“ hatten wir wohl mehr Zeit gebraucht, uns dem Thema anzunähern, denn wenn man sich mit *einem* Bereich auf dem Trauma-Feld beschäftigt, kann man die anderen nicht mehr meiden.

1989 bin ich Ulrich Sachsse zum ersten Mal begegnet. Es war auf dem Jahreskongress der DPG, und ich hielt einen Workshop zum Thema „sexualisierte Gewalt in der Kindheit“. Wie meist bei diesem Thema waren die Frauen in der Mehrzahl. Ich bat die anwesenden Männer, sich etwas zurückzuhalten und erst einmal den Frauen die Möglichkeit einzuräumen zu sprechen. Es gehe mir auch darum, dass Männer einmal eine Erfahrung machten, die sonst meist von Frauen gemacht würde: in der Minderheit zu sein und nicht zu Wort zu kommen. Die Männer protestierten heftig. Schließlich sprach einer ein Machtwort: „Also hört mal! Das werden wir doch wohl noch aushalten, für eine Weile ausnahmsweise mal den Mund zu halten.“ Dieser eine war Ulrich Sachsse. Anschließend mussten sich die anwesenden Männer Einiges von den Frauen anhören, aber es gab auch einen gemeinsamen Dialog.

Fünf Jahre später trafen wir uns wieder. Ich hatte gerade sein Buch über „Selbstverletzendes Verhalten“ gelesen und fand es zum Verständnis der Problematik wichtig. Die beschriebenen therapeutischen Bemühungen aber erschienen mir fragwürdig, und Ulrich Sachsse selbst war mit seinen Ergebnissen nicht zufrieden. Er wollte hören, wie ich arbeite. So erzählte ich ihm ausführlich von dem von mir entwickelten Behandlungsansatz. Er hörte sehr aufmerksam zu. Die Zeit verging für uns beide wie im Flug, und wir wunderten uns nach vier Stunden, wie schnell sie vergangen war. Wir sollten von da an noch viele, viele Stunden so verfliegen lassen: begeistert für die neue Sichtweise, um Klarheit ringend. Als

Psychoanalytiker hatten wir viele Fragen zu dem, was uns geprägt hatte, und unsere Gespräche brachten uns vielerlei neue Einsichten.

Schon 1995 hielten wir einen ersten gemeinsamen Vortrag, aus dem dann eine Veröffentlichung im „Psychotherapeut“ wurde. Die Resonanz war sehr stark, so als hätte dieses Thema schon lange auf seine Veröffentlichung gewartet. Nun schien die Zeit reif. 1996 boten wir unsere erste gemeinsame Fortbildung an und wurden durch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu neuen Fragen angeregt. Wir waren selbst überrascht, wie stark die Nachfrage nach diesen Fortbildungen war.

Ulrich Sachsse hatte inzwischen in Göttingen seine Trauma-Station eröffnet und auch alsbald ein Forschungsprojekt auf den Weg gebracht. Inzwischen waren die Fragen subtiler geworden: Immer neue Erkenntnisse der Neurobiologie tauchten auf, die zu einem vertieften Verständnis führten. Wir hörten in den USA von neuen therapeutischen Wegen, pflegten intensiven Austausch mit Kollegen aus anderen Ländern.

Unsere Interessen begannen, sich in zwei Richtungen zu differenzieren: Ulrich wollte vor allem den Nutzen der Trauma-Konfrontation erforschen, mir lag mehr an einer immer genaueren Ausdifferenzierung der stabilisierenden Arbeit. So entwickelten sich auch unterschiedliche Behandlungsstile und -angebote in Bielefeld und in Göttingen, wenngleich die Grundpositionen bis heute gleich geblieben sind.

Es wurde eine Fachgesellschaft gegründet, Leitlinien zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung, an denen wir beratend mitwirkten, wurden entwickelt. Das, was noch vor wenigen Jahren beinahe exotisch erschien, die Beschäftigung mit Trauma-Folgestörungen, war auf einmal etabliert.

Ulrich Sachsse stellt in diesem Buch seine Arbeitsweise mit der traumazentrierten Psychotherapie vor, die sich in Göttingen aus dem entwickelt hat, was ich heute „Psychodynamisch imaginative Trauma-Therapie“ (PITT) nenne. Ergänzend gibt es zahlreiche Kapitel, die traumatherapeutisch von großem Interesse sind. Besonders erwähnen möchte ich das Kapitel zur Stressverarbeitung sowie die Übersetzung der Leitlinien der International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS) zum Umgang mit so genannten wiederentdeckten Erinnerungen.

Das Buch macht verschiedenste Ansätze der Trauma-Therapie deutlich. Ulrich Sachsse ist es gelungen, namhafte Vertreter verschiedener Schulen für dieses Buch zu gewinnen. Damit können sich die interessierten Leserinnen und Leser einen guten Überblick verschaffen und werden in die Lage versetzt, zu entscheiden, welches Handwerkszeug sie sich aneignen wollen.

Es ist natürlich und der Fortentwicklung der Wissenschaft dienlich, wenn sich neue Behandlungsansätze differenzieren. So wird dieses Buch eine Bereicherung für alle sein, die sich intensiv mit Trauma-Therapie beschäftigen möchten.

Danksagung

Ulrich Sachsse

Wer hat eigentlich aus meiner beruflichen Vergangenheit und Gegenwart nicht zu diesem Buch beigetragen? Wem schulde ich nicht Dank? Es gibt die „Dankbarkeitsübung“, eine Kontemplationsübung, sich in einer bestimmten Situation klarzumachen, wie viele Menschen unverzichtbar waren, damit diese Situation so stattfinden konnte: Die Architekten, Planer und Erbauer eines Hauses mit Keller, Wänden, Fenstern, Dach, Fußboden, Heizung, Elektrizität, Möbeln; die Hersteller von Papier für Notizen, Bücher, Artikel, Informationsmaterial; die Erbauer von Straßen, Schienen, Zügen, Autos, Flugzeugen; die Hersteller von Lebensmitteln, Getränken, Fast-food. Wer einmal in diesen Gedankengängen ist, dem eröffnet sich bald, dass ohne die Natur und ohne die Mitmenschen nichts, aber auch gar nichts denkbar und vorstellbar ist. Alles steht zu allem in Beziehung. So geht es mir auch mit diesem Buch, und meine größte Angst ist es jetzt, dass ich jemanden vergesse, die oder der doch auch wichtig war.

Traumazentrierte Psychotherapie ist das Resultat der Zusammenarbeit von Therapeutinnen und Therapeuten mit Patientinnen und Patienten. Meine Patientinnen haben mit mir viel Geduld gehabt, und sie haben mir viel beigebracht. Ich höre ihnen auch heute noch sehr aufmerksam zu, und ich lerne immer wieder dazu.

Alle meine beruflichen Vorerfahrungen sind in das Buch eingeflossen. Meine wichtigsten psychoanalytischen und psychodynamischen Lehrer waren Hannes Friedrich, Franz Heigl, Karl König, Hanscarl Leuner und Anneliese Heigl-Evers. Mein wichtigster psychiatrischer Lehrer war auch gleichzeitig mein erster Lehrer auf dem Feld der Posttraumatischen Störungen: Ulrich Venzlaff, dessen Einfluss auf mein Denken und mein Arbeiten ich schwerlich überschätzen kann.

Leonore Kottje-Birnbacher, Dieter Birnbacher und Peter Fürstenau haben mir geholfen, die

Sichtweisen der Psychoanalyse zu relativieren, Freiheitsgrade im Denken zu finden, die ich vorübergehend verloren hatte. Mein psychoanalytisches Denken wurde erweitert und infrage gestellt durch den Austausch mit den Kolleginnen und Kollegen der Arbeitsgruppe „Artifizielle Erkrankungen“ des Deutschen Kollegium für Psychosomatische Medizin DKPM, insbesondere mit Annegret Eckhardt-Henn, Ursula Gast, Sabine Herpertz, Mathias Hirsch, Reinhard Plassmann und Hans Willenberg.

Den wichtigen Schritt vom neuen psychodynamischen Denken zum neuen psychotherapeutischen Handeln verdanke ich Luise Reddemann. Ihr therapeutisches Handeln hat meines verändert und geprägt. Aus den USA und Israel kamen Rachel Yehuda, Arie Shalev und Bessel van der Kolk nach Göttingen und gaben ihre Erfahrungen an uns weiter. Hinzu kamen die Anregungen der neuen Kolleginnen und Kollegen aus der „Trauma-Szene“: Ursula Gast, Annette Streeck-Fischer, Birger Dulz, Arne Hofmann, Ibrahim Özkan, Jochen Peichl, Günter Seidler. Dazu kann ich alle Weiteren rechnen, die sich an diesem Buch als Autorinnen und Autoren beteiligt haben. Mein fundiertes Halbwissen zur Stressphysiologie, Hirnphysiologie und Neurobiologie verdanke ich dem Austausch mit Eva Irle und Gerald Hüther von der Georg-August-Universität Göttingen, mit Joachim Spiess vom Max-Planck-Institut für experimentelle Medizin in Göttingen und mit Gerhard Roth vom Hanse-Wissenschaftskolleg Bremen/Delmenhorst. Wissenschaftlich haben mich Katja Eßlinger, Karin Frör, Susanne von der Heyde, Maria-Gabriele Ogris, Silke Schröder, Annegret Taming, Christina Vogel, Lars Schilling, Gerald Hüther und Falk Leichsenring durch ihre Zusammenarbeit unterstützt.

Bei einigen der Genannten hat sich aus der beruflichen eine persönliche Freundschaft entwickelt.

Meine klinische Erfahrung wäre unmöglich gewesen ohne die Klinik, ohne das Niedersächsische Landeskrankenhaus Göttingen mit seiner Station 9 und ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Manfred Koller, Hendrik Faure und Franz Kandulski haben mir mehr als einmal den Rücken frei gehalten und mich aktiv unterstützt, wenn Krisen das Projekt „Station 9“ in Gefahr brachten. Der Pflegedienstleiter Kurt Pfeiffer hat ermöglicht, dass Krankenschwestern auf „der 9“ arbeiteten, die dort genau richtig waren. Und Kolleginnen haben Jahre ihrer Berufstätigkeit und ihr inneres Engagement in diese Station eingebracht: Katja Eßlinger, Visal Tumani, Maria-Elisabeth Wollschläger, Maria-Gabriele Ogris, Britta Menne, Susanne von der Heyde, Eva Koscholke, Kristine Augstein, Muriel Sobiray und Sabine Schinschke. Bisher hat da niemand nur so „seinen Job erledigt“.

Das meiste aus diesem Buch ist von Roswitha Ahlborn geschrieben worden, und wie das dann so ist, meistens mehr als einmal. Kerstin Kielhorn hat Vortragskassetten umgewandelt in Entwürfe für einzelne Kapitel, und Christine Unckel hat nicht nur als Autorin, sondern redaktionell und inhaltlich mitgearbeitet.

Ach ja: Vieles in diesem Buch stammt von den Leserinnen und Lesern selbst, die seit 1996 an Seminaren und Vorträgen teilgenommen und mitgewirkt haben.

Zum Schluss denke ich wieder an die Patientinnen. Einige haben mir durch ihre Entwicklung und ihren Erfolg den Glauben daran gegeben, dass diese Psychotherapie so geht und so wirksam ist. Gerade die kann ich jetzt hier natürlich namentlich nicht nennen.

Allen Genannten und vielen Ungenannten noch einmal: Danke!

Anschriften

Dr. med. Birger Dulz

Klinikum Nord/Ochsenszoll
IV. Abteilung für Psychiatrie und
Psychotherapie
Langenhorner Chaussee 560
22419 Hamburg
bdulz@t-online.de

Dipl.-Psych. Katja Eßlinger

Niedersächsisches Landeskrankenhaus
Göttingen
Tagesklinik
Friedländer Weg 55
37085 Göttingen
katja.esslinger@nlkh-goettingen.niedersachsen.de

Hendrik Faure, Leitender Arzt

Niedersächsisches Landeskrankenhaus
Göttingen
Rosdorfer Weg 70
37081 Göttingen
hendrik.faure@nlkh-goettingen.niedersachsen.de

Dr. med. Dorothea Fuckert

Wilhelm Reich Institut für Interdisziplinäre
Therapie und Beratung
Im Bräunlesrot 20
69429 Waldbrunn
praxis@fuckert.de

Priv.-Doz. Dr. med. Ursula Gast

Klinik für Psychotherapeutische und
Psychosomatische Medizin
Graf-von-Galen-Str. 58
33619 Bielefeld
ursula-gast@johanneswerk.de

Katrin Hille

Frauen-Notruf
Kurze Geismarstraße 43
37073 Göttingen
katrinhille@gmx.net

Dr. med. Arne Hofmann

EMDR-Institut Deutschland
Junkersgut 5a
51427 Bergisch-Gladbach
arne-hofmann@t-online.de

The International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS)

60 Revere Drive, Suite 500
Northbrook, Illinois 60062, USA
E-Mail: istss@istss.org
Website: www.istss.org

Kirstin Klups, Fachkrankenschwester

Niedersächsisches Landeskrankenhaus
Göttingen
Rosdorfer Weg 70
37081 Göttingen

Prof. Dr. rer. nat. Falk Leichsenring

Niedersächsisches Landeskrankenhaus
Tiefenbrunn
37124 Rosdorf
und Zentrum Psychosoziale Medizin
der Universität Göttingen, Abteilung
Psychosomatik und Psychotherapie
fleichts@gwdg.de

Christel Lüdecke, Oberärztin

Niedersächsisches Landeskrankenhaus
Göttingen
Akutpsychiatrie/Suchtbereich
Rosdorfer Weg 70
37081 Göttingen
christel.luedecke@nlkh-goettingen.niedersachsen.de

Dipl.-Psych. Ibrahim Özkan

Niedersächsisches Landeskrankenhaus
Göttingen
Institutsambulanz
Rosdorfer Weg 70
37081 Göttingen
ibrahim@ibrahim.info

Dr. med. Jochen Peichl

Klinikum Nürnberg
Klinik für Psychosomatik und
Psychotherapeutische Medizin
Prof.-Ernst-Nathan-Straße 1
90419 Nürnberg
peichl@klinikum-nuernberg.de

Dr. med. Luise Reddemann

Deutsches Institut für Psychotraumatologie e.V.
Springen 26
53804 Much
L.Reddemann@t-online.de

Prof. Dr. med. Ulrich Sachsse

Niedersächsisches Landeskrankenhaus
Göttingen
Rosdorfer Weg 70
37081 Göttingen
Ulrich.Sachsse@nlkh-goettingen.niedersachsen.de

Dipl.-Psych. Lars Schilling †

Göttingen

**Ulrike Schmitz, Therapeutin für Konzentrierte
Bewegungstherapie**

Klinikum Nürnberg
Klinik für Psychosomatik und
Psychotherapeutische Medizin
Prof.-Ernst-Nathan-Straße 1
90419 Nürnberg
ulrike.schmitz@klinikum-nuernberg.de

Priv.-Doz. Dr. med. Günter H. Seidler

Psychosomatische Universitätsklinik Heidelberg
Sektion Psychotraumatologie
Thibautstraße 2
69115 Heidelberg
Gunter_Seidler@med.uni-heidelberg.de

Dipl.-Psych. Michael Shelliem

Niedersächsisches Landeskrankenhaus
Göttingen
Rosdorfer Weg 70
37081 Göttingen
michael.shelliem@nlkh-goettingen.niedersachsen.de

Dr. med. Annette Streeck-Fischer

Niedersächsisches Landeskrankenhaus
Tiefenbrunn
Abteilung für Psychotherapie und Psychiatrie
von Kindern und Jugendlichen
37124 Rosdorf
annette.streeck-fischer@nlkh-tiefenbrunn.
niedersachsen.de

Dipl.-Psych. Christine Unckel

Universitätsklinik für Nervenheilkunde
Niemannsweg 147
24105 Kiel
christine_unkel@web.de

Prof. Dr. med. Ulrich Venzlaff

Tuckermannweg 3
37085 Göttingen

Dipl.-Psych. Christina Vogel

Nikolausberger Weg 56a
37073 Göttingen
christina.vogel@gmx.de

Inhalt

Einleitung _____	1	II Diagnostik _____	105
Zu diesem Buch _____	1	6 Anamnesen-Erhebung, klinische Hinweise und Verdachtsmomente ____	107
Ulrich Sachsse		Ulrich Sachsse	
Zur Geschichte der Psychotraumatologie _____	5	7 Strukturierte Interviews und Fragebögen _____	111
Ulrich Venzlaff, Birger Dulz, Ulrich Sachsse		Ulrich Sachsse	
I Stressphysiologie _____	31	III Traumazentrierte Psychotherapie _____	115
1 Die normale Stressphysiologie _____	31	Ulrich Sachsse	
Ulrich Sachsse		8 Ein Rundblick über die Trauma-Therapie-Landschaft _____	117
2 Die peri- und posttraumatische Stressphysiologie _____	48	8.1 Beiträge der Psychoanalyse _____	117
Ulrich Sachsse		Jochen Peichl	
3 Die Dissoziative Identitätsstörung (DIS) _____	59	8.2 Psychoanalytisch fundierte Beziehungsarbeit _____	121
Ursula Gast		Birger Dulz	
4 Selbstverletzendes Verhalten _____	80	8.3 Katathym-imaginative Psychotherapie (KiP) _____	138
Ulrich Sachsse		Ulrich Sachsse	
5 Vom Kindheitstrauma zur schweren Persönlichkeitsstörung _____	92	8.4 Gestalttherapie _____	140
Ulrich Sachsse, Katja Eßlinger, Lars Schilling†		Katrin Hille	
		8.5 Neuro-Linguistisches Programmieren (NLP) in der Trauma-Therapie _____	148
		Michael Shelliem	

8.6	Integrative, am Trauma zentrierte Psychotherapie nach Wilhelm Reich _____	156	9.5.1.3	Täter-Introjekte und Opfer-Introjekte: Fremdkörper im Selbst _____	216
	Dorothea Fuckert			Ulrich Sachsse	
8.7	Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT) als Trauma-Therapie – ein handlungsorientierter Ansatz zur Bewältigung traumatischer Ereignisse _____	167	9.5.2	Imaginationsübungen _____	228
	Ulrike Schmitz, Jochen Peichl			Ulrich Sachsse	
8.8	Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) _____	178	9.5.3	Dissoziationsstopp _____	243
	Christine Unckel			Ulrich Sachsse	
9	Die Therapie-Strategie der traumazentrierten Psychotherapie _____	184	9.5.4	DBT-Skills für Innere Kinder _____	247
				Christine Unckel	
9.1	Die therapeutische Beziehung _____	184	9.5.5	Medikamente _____	254
	Ulrich Sachsse			Ulrich Sachsse	
9.2	Sei Borderline! _____	192	9.5.6	Ein Wort an Angehörige, Freunde, Partner _____	257
	Ulrich Sachsse			Christine Unckel	
9.3	Rituale _____	195	9.5.7	Selbsthilfe _____	260
	Ulrich Sachsse			Christine Unckel	
9.4	Therapie-Planung _____	197	9.6	Trauma-Exposition _____	262
	Ulrich Sachsse			Ulrich Sachsse	
9.5	Stabilisierung _____	198	9.6.1	Trauma-Synthese durch Trauma-Exposition: Allgemeines zur Wirksamkeit und zum therapeutischen Vorgehen _____	264
	Ulrich Sachsse			Ulrich Sachsse	
9.5.1	Die Arbeit auf der Inneren Bühne _____	200	9.6.2	„Zu Risiken und Nebenwirkungen ...“ _____	272
	Ulrich Sachsse			Ulrich Sachsse	
9.5.1.1	Aussöhnung mit dem Inneren Kind _____	201	9.6.3	Die Beobachter-Technik _____	278
	Katja Eßlinger			Ulrich Sachsse	
9.5.1.2	Therapeutische Arbeit mit dem Inneren Kind _____	207	9.6.4	Die Bildschirm-Technik (Screen-Technik) _____	279
	Ulrich Sachsse			Ulrich Sachsse	

9.6.5	Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) _____	288	Arne Hofmann
9.6.6	Die Prolongierte Exposition (PE) der Kognitiven Verhaltenstherapie _____	293	Christine Unckel
9.6.7	Ein klinisches Beispiel _____	299	Ulrich Sachsse
9.7	Trauer und Neuorientierung: „Es ist was es ist“ _____	311	Luise Reddemann
10	Wirksamkeit _____	322	
10.1	Zur Wirksamkeit traumazentrierter Psychotherapie _____	322	Günter H. Seidler
10.2	Ergebnisse einer traumazentrierten stationären Psychotherapie für Patientinnen mit komplexer PTBS ____	334	Falk Leichsenring, Christina Vogel, Ulrich Sachsse
IV	Spezielle Problem- felder _____	359	
11	Traumatisierte auf Station _____	359	Kirstin Klups, Ulrich Sachsse
12	Zur Behandlung suchtkranker Traumatisierter oder traumatisierter Suchtkranker _____	372	Christel Lüdecke, Ulrich Sachsse, Hendrik Faure
13	Jugendliche mit komplexen Traumatisierungen in stationärer Psychotherapie _____	384	Annette Streeck-Fischer
14	Praxisansätze und Grenzen der traumazentrierten Arbeit mit ethnischen Minoritäten _____	394	Ibrahim Özkan
15	Folgen von traumatischen Belastungen in der Entwicklung – Begutachtung nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG) _____	401	Annette Streeck-Fischer
V	The International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS) _____	413	
16	Kindheitstraumata – erinnert: ein Report zum derzeitigen wissenschaftlichen Kenntnisstand und zu seinen Anwendungen _____	413	
VI	Nachwort _____	437	
	Selbstfürsorge eines Therapeuten _____	437	Ulrich Sachsse
	Sachverzeichnis _____	442	

This page intentionally left blank

Einleitung

Zu diesem Buch

Liebe Leserin,
lieber Leser,

vor einigen Jahren stellte ein Stationsteam auf einer Tagung stolz sein neues Trauma-Therapie-Konzept vor. Anschließend sprach ich den Leiter an und meinte, er hätte ruhig etwas deutlicher machen können, dass dieses sein Konzept von Luise Reddemann in Bielefeld entwickelt worden sei. Er schaute mich ehrlich bestürzt an und meinte verdattert: „Aber – das ist doch der Standard!“ Recht hat er. Das ist inzwischen der Standard. Und von nichts anderem als diesem Standard handelt auch dieses Buch.

Zur Problematik Posttraumatischer Belastungsstörungen gibt es inzwischen eine umfangreiche, fundierte, differenzierte und gut lesbare Literatur sowohl für Fachleute als auch für Betroffene. Ich habe mich lange gefragt, ob ich dem wirklich noch etwas hinzuzufügen habe. Dass Sie dieses Buch in Händen halten, belegt, dass ich zu der Entscheidung gekommen bin, meine Erfahrungen nicht nur in Vorträgen, Kursen und Seminaren, sondern auch in Form dieses Buchs weitergeben zu sollen.

Worum geht es? An erster Stelle darum, langjährige klinische Erfahrung weiterzugeben. „Klinik der traumazentrierten Psychotherapie“ ist der Titel und der Inhalt dieses Buchs. Wenige verfügen über eine so lange, intensive und klinisch relevante Erfahrung wie wir auf der Station 9 im NLKH Göttingen. Ich habe bereits lange bevor Aspekte der Psychotraumatologie aktuell wurden mit jenen Patientinnen ambulant und stationär gearbeitet, um die wir uns auch heute bemühen – damals unter Diagnosen und Therapie-

Strategien wie Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) mit selbstverletzendem Verhalten (SVV), Als-Ob-Persönlichkeit, Narzisstische Persönlichkeitsstörung, frühe Störung, strukturelle Ich-Störung. Ich habe bereits Mitte der 80er Jahre in Vorträgen und Seminaren darauf hingewiesen, dass Realtraumata bei diesen Störungsbildern sehr häufig und sicherlich pathogenetisch relevant sind. Der Austausch in der Arbeitsgruppe „Artifizielle Erkrankungen“ des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM) mit Annegret Eckhardt-Henn, Jutta Nordmeyer, Mathias Hirsch, Ursula Gast, Uwe Gieler, Hans Willenberg, Reinhard Plassmann, Gerhard Paar, Harald und Hellmuth Freyberger machte deutlich, dass andere in die gleiche Richtung dachten. Das war beruhigend und absichernd, weil die eigenen Einfälle und Erfahrungen bestätigt wurden, aber auch kränkend, weil die eigenen „Entdeckungen“ zeitgleich auch andere gemacht hatten. Wie andere in dieser Zeit auch habe ich versucht, den Aspekt Trauma in das bisherige Gebäude der Psychoanalyse zu integrieren. Während dies für die Theorie erfolgreich gelang, scheiterte es für die Praxeologie der konkreten Behandlung. Leichte Modifikationen und kleine technische Korrekturen am Standardvorgehen reichten nicht.

Im Sommer 1994 fuhr ich nach Bielefeld, weil ich gehört hatte, dass Luise Reddemann dort bereits seit einigen Jahren mit Behandlungsstrategien arbeitete, die spezifisch für Opfer sexualisierter Gewalt entwickelt worden seien. Ich hatte ihr mein gerade erschienen Buch „Selbstverletzendes Verhalten“ geschickt, und sie fand dafür freundlich-lobende Worte. Gleichzeitig

sagte sie mir in der ihr eigenen Klarheit, dass sie das dort beschriebene, auf Übertragung und projektiver Identifikation basierende, interaktionsreiche Therapie-Vorgehen schädlich finde. Sie arbeite inzwischen anders. In Bielefeld habe sie eine Therapie entwickelt, die psychodynamisches Denken und Diagnostizieren uneingeschränkt anwende, aber neue therapeutische Konsequenzen daraus zieht. Das habe ich mir dann genau angehört. Es hat mich auf dem Hintergrund meiner Erfahrungen mit der Kathym-imaginativen Psychotherapie (KiP) überzeugt, und ich habe es abgekupfert. Seitdem tauschen wir uns regelmäßig aus, arbeiten zusammen, profitieren von unseren Synergie-Effekten und unseren Differenzen.

Seit 1996 geben wir unsere Erfahrungen in Kursen und Seminaren zur traumazentrierten Psychotherapie weiter, gemeinsam und solo. Mehrere hundert Kolleginnen und Kollegen haben inzwischen unser Curriculum durchlaufen und an der Profilierung, Präzisierung und Fortentwicklung der Therapie mitgewirkt.

Diese intensive Zusammenarbeit hat dazu geführt, dass wir zeitweise in der psychotherapeutischen und wissenschaftlichen Community überwiegend als Tandem wahrgenommen wurden: „Reddemann und Sachsse“ – oder gar „Sachsse und Reddemann“, was die inhaltliche und geschichtliche Entwicklung verfälschte. Beide reagieren wir sensibel auf Vereinnahmung, Übergriffigkeit, Grenzüberschreitung und freundschaftliche Enteignung. Uns beiden sind unsere Grenzen, unsere Eigenwilligkeit und unsere Unterschiedlichkeit unverzichtbar – gerade bei der sehr langen Zusammenarbeit, die uns seit vielen Jahren verbindet. Trotzdem lässt sich nicht vermeiden, dass in diesem Buch sehr viele Gedankengänge, Entdeckungen und Entwicklungen von Luise Reddemann enthalten sind, ohne dass ich das in jedem Satz kennzeichnen werde. Wie gesagt: Das ist inzwischen halt der Standard. – Wir beide schätzen die Musik. Ich habe für mich die Metapher gefunden, dass dieser Standard wie ein Thema ist, das zu Variationen einlädt und zur Interpretation. Dieses Buch ist eine Komposition von Variationen auf dieses Thema.

Dieses Buch ist von einem Autor und vielen Mitautorinnen und Mitautoren geschrieben worden. Ich bin nicht der Ansicht, es sei nachrangig oder gar beliebig, welche Geschlechtsform in Texten gewählt wird. Dazu muss man weder feministisch noch patriarchalisch argumentieren, es reicht ein kurzes Gespräch mit einem Werbefachmenschen, um sich von dieser Vorstellung endgültig zu verabschieden. In amerikanischen Veröffentlichungen wird inzwischen Therapeutin und Therapeut, Patientin und Patient, er und sie, Autor und Autorin entweder strikt abgewechselt – manchmal im gleichen Satz – oder randomisiert als Formulierung gewählt. Ich möchte es in diesem Buch auch so machen, ohne den Text allerdings ein Randomisierungsprogramm durchlaufen zu lassen. Wenn die Wahl der weiblichen oder männlichen Form also manchmal willkürlich, unsystematisch oder unordentlich wirkt, so ist das in Ordnung so.

Die Kapitel und Beiträge in diesem Buch entspringen unterschiedlichen Quellen. Einige sind aus wissenschaftlichen Artikeln hervorgegangen, überwiegend aus der Zeitschrift „Persönlichkeitsstörungen – Theorie und Therapie“ (PTT) oder aus Kapiteln im „Handbuch der Borderline-Persönlichkeitsstörungen“. In diesen Kapiteln ist die übliche wissenschaftliche Zitierweise beibehalten worden mit Literaturhinweisen im Text und umfangreichem Literaturverzeichnis zum Abschluss des Kapitels. Diese Kapitel sind auch eher „wissenschaftlich“ formuliert. Andere Kapitel entspringen therapeutischen Erfahrungen oder sind aus Seminaren und Vorträgen hervorgegangen. Bei diesen Kapiteln findet sich am Ende ein Hinweis auf „Weiterführende Literatur“. Sie sind eher seminaristisch formuliert.

Dieses Buch hat einen Wachstumsprozess durchlaufen. Vieles ist als Beitrag oder ganzes Kapitel im Laufe seiner Entstehung dazugekommen. Trotzdem ist es unvollständig. So fehlt ein Kapitel über die spezielle Problematik der Behandlung von Männern, und erst recht fehlt ein Kapitel zur Behandlung psychisch kranker Rechtsbrecher in der Forensik. Da tut sich viel, und es wird noch mehr Entwicklung geben. – Gegenwärtig ist auch die juristische Szene in Be-

wegung. Auch da sind die Beiträge in diesem Buch unvollständig. Sicherlich werden Sie als Leserin oder Leser weitere Aspekte schmerzlich vermissen.

Das Buch wendet sich vorwiegend an Psychotherapeutinnen und Psychiater, Psychoanalytikerinnen und Psychologen, Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin und andere Expertinnen. Ansprechpartner ist eine Psychologin oder ein Arzt mit guten Grundlagenkenntnissen so im dritten Weiterbildungsjahr. Aus früheren Veröffentlichungen weiß ich, dass auch Betroffene Fachbücher lesen. Ich habe mich bemüht, nicht krampfhaft abstrakt zu schreiben, wenn ich auch eine Möglichkeit gefunden habe, etwas allgemein verständlich zu formulieren. In dieser Hinsicht bin ich Schüler meines Lehrers Karl König, der immer vertreten hat: „Wer etwas wirklich verstanden hat, kann es auch einfach und verständlich ausdrücken.“

Ich schätze die gegenwärtige Bandbreite der wissenschaftlichen Diskussion zwischen Spiritualität und Neuromythologie. Meine Arbeit und dieses Buch wären undenkbar ohne den dichten, freundschaftlichen Austausch mit Neurobiologen und Hirnforschern: Eva Irlé und Gerald Hüther von der Georg-August-Universität Göttingen, Joachim Spiess vom Max-Planck-Institut (MPI) für Molekulare Neuroendokrinologie Göttingen und Gerhard Roth vom Hanse-Wissenschaftskolleg (HWK) Delmenhorst/Bremen. Wenn ich also zur Hirnphysiologie frei assoziiere, stammen meine Tagesreste aus solchen Gesprächen. Verantwortlich zeichne selbstverständlich ich allein.

Psychotherapie wird durch Selbsterfahrung gelernt. Ein therapeutisches Vorgehen kann nur dann wirksam werden, wenn die Therapeutin davon überzeugt ist und es authentisch vermittelt. Wenn Sie spüren, dass eine Übung, ein Element dieser Therapie oder gar das ganze therapeutische Vorgehen Ihnen nicht liegt, nicht entspricht, widerstrebt, unsympathisch ist, dann werden Sie damit nicht erfolgreich und für Ihre Patienten hilfreich arbeiten können. Dieses Buch ist sehr ausführlich und möglichst konkret, auch wenn es kein Therapie-Manual ist. Es enthält bewusst

auch viel Redundanz. Trotzdem kann es kein Weiterbildungs-Seminar und auch keine Selbsterfahrung ersetzen. Ich hatte in Lehrbüchern schon etwas über Maniker gelesen, aber ich wusste gar nichts von Manikern, bevor ich nicht den ersten auf der Station hatte. Und ich wusste auch gar nichts über Trauma-Expositions-Behandlung, bevor ich nicht meine erste diesbezügliche Selbsterfahrung hinter mir hatte.

Alle Behandlungsbeispiele in diesem Buch sind fiktiv. Ich habe Aspekte von Patientinnen zusammengestellt, „Gestalten“ gebildet, „Typen“ entworfen, und die anderen Autoren sind ebenso vorgegangen. Wir haben unsere Patientinnen verkleidet, aber nicht verfälscht. Jedes Beispiel könnte exakt so vorgekommen sein.

Zur Zeit der Baumbüte bin ich gejojgt. Mein Blick fiel auf einen Baum, der wohl Opfer eines Blitzschlages geworden war. Dieser Baum war schwarz und tot – fast tot. Denn aus einem dicken Seitenast sprossen Blätter und Blüten. Ja, der Baum stand in voller Blüte, auf seine Art. Er lebte. Er hatte innerlich sein gesundes Holz abgegrenzt gegen das tote Holz. An einigen Stellen waren tiefe Narben, und vielfach zerfiel das tote Holz bereits. Dieses tote Holz beheimatete zwei Vogelnester und diente Insekten zur Nahrung. In der Tat: Dieser Baum lebte. Er ist mir ein Symbol für Selbstheilung wie für traumazentrierte Psychotherapie und ziert das Cover dieses Buchs.

Die ganze Trauma-Szene ist in Bewegung. Die Ergebnisse zur Funktionsweise des menschlichen Gehirns expandieren gegenwärtig exponenziell. Insofern kann dieses Buch kein Schlusspunkt sein. Allenfalls ein Semikolon.

Ulrich Sachsse, Göttingen, im Frühling 2004

Weiterführende Literatur

- Fischer G, Riedesser P (1998). Lehrbuch der Psycho-traumatologie. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- Hirsch M (Hrsg) (1989). Der eigene Körper als Objekt. Zur Psychodynamik selbstdestruktiven Körperagierens. Berlin, Heidelberg, New York: Springer (Neuausgabe: Gießen: Psychosozial-Verlag 1998).

- Hüther G (2002). Gebrauchsanleitung für ein menschliches Gehirn. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kernberg OF, Dulz B, Sachsse U (Hrsg) (2001). Handbuch der Borderline-Störungen. 2. Aufl. Stuttgart, New York: Schattauer.
- Özkan I, Streeck-Fischer A, Sachsse U (Hrsg) (2002). Trauma und Gesellschaft. Vergangenheit in der Gegenwart. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Plassmann R (Hrsg) (1994). Factitious Disease. Basel: Karger.
- Reddemann L (2001). Imagination als heilsame Kraft. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Reddemann L (2004). Psychodynamische Imaginative Traumatherapie. PITT – Das Manual. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Reddemann L, Sachsse U (1996). Imaginative Psychotherapieverfahren zur Behandlung in der Kindheit traumatisierter Patientinnen und Patienten. Psychotherapeut; 41: 169–74.
- Reddemann L, Sachsse U (1997). Praxis der traumazentrierten Psychotherapie I: Stabilisierung. Persönlichkeitsstörungen; 1: 113–47.
- Reddemann L, Sachsse U (1998). Praxis der traumazentrierten Psychotherapie II: Traumaexposition. Persönlichkeitsstörungen; 2.
- Roth G (2001). Fühlen, Denken, Handeln. Wie das Gehirn unser Verhalten steuert. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Sachsse U (1987). Selbstbeschädigung als Selbstfürsorge. Zur intrapersonalen und interpersonellen Psychodynamik schwerer Selbstbeschädigungen der Haut. Forum Psychoanal; 3: 51–70.
- Sachsse U (1995). Die Psychodynamik der Borderline-Persönlichkeitsstörung als Traumafolge. Forum Psychoanal; 11: 50–61.
- Sachsse U (2002). Selbstverletzendes Verhalten. Psychodynamik – Psychotherapie. 6. Aufl. Göttingen, Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Sachsse U, Eßlinger K, Schilling L (1997). Vom Kindheitstrauma zur schweren Persönlichkeitsstörung. Fundamenta Psychiatrica; 11: 12–20.
- Sachsse U, Özkan I, Streeck-Fischer A (Hrsg) (2002). Traumatherapie – Was ist erfolgreich? Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Seidler GH, Laszig P, Micka R et al. (Hrsg) (2003). Aktuelle Entwicklungen in der Psychotraumatologie. Theorie – Krankheitsbilder – Therapie. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Streeck-Fischer A, Sachsse U, Özkan I (Hrsg) (2002). Körper – Seele – Trauma. 2. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Willenberg H, Hoffmann SO (Hrsg) (1997). Handeln – Ausdrucksform psychosomatischer Krankheit und Faktor der Therapie. Frankfurt a. M.: VAS.

Zur Geschichte der Psychotraumatologie

Ulrich Venzlaff, Birger Dulz, Ulrich Sachsse

Ich habe meine Lehrzeit
hinter mir
Ich lernte hören und sehen:
Fast alle Menschen taten
fast allen Menschen
fast alles

Und fast alle Menschen
denen fast alles angetan wurde
sagten dann
mit fast versagender Stimme:
„Der Tag wird kommen

Der Tag an dem wir fast allen
fast alles antun werden
was sie uns angetan haben“
Ich hörte sie das selbst sagen
fast wörtlich

Und solange das
fast alles ist was sie wollen
oder fast alles
was sie wissen von dem was sie wollen
wird dieser Tag
von dem sie fast alle fast träumen
immer wieder nur fast kommen
nie ganz wirklich

Erich Fried

Am 14. Mai 1896 teilte die „Wiener Klinische Wochenschrift“ in der Ausgabe Nr. 20 ihres IX. Jahrganges auf Seite 420 mit, dass der „Verein für Psychiatrie und Neurologie“ in Wien unter Vorsitz von Hofrath v. Krafft-Ebing am 21. April 1896 getagt hatte. Schriftführer Dr. Starlinger hatte als dritten Vortrag dieses Abends vermerkt: „Dozent Sigm. Freud: Über die Aetiologie der Hysterie“. Entgegen den üblichen Gepflogenheiten fehlte sowohl eine Zusammenfassung des Vortrages als auch der Diskussion. Das einzige Dokument über die Reaktion auf seinen Vortrag stammt von Freud selbst, der fünf Tage nach dem Referat, am 26. April 1896, in einem

Brief an seinen engsten Freund Wilhelm Fließ schrieb:

„Ein Vortrag über Aetiologie der Hysterie im psychiatrischen Verein fand bei den Eseln eine eisige Aufnahme und von Krafft-Ebing die seltsame Beurteilung: Es klingt wie ein wissenschaftliches Märchen. Und dies, nachdem man ihnen die Lösung eines mehrtausendjährigen Problems, ein caput Nili aufgezeigt hat! Sie können mich alle gern haben, euphemistisch ausgedrückt.“ (Freud 1986)

Was war diese Entdeckung der Quelle der Hysterie, die rasch zu Freuds fachlicher und gesellschaftlicher Ächtung führte, sodass er bereits am 4. Mai 1896 Fließ brieflich wissen ließ: „Isoliert bin ich, daß Du zufrieden sein kannst. Es sind irgendwelche Parolen ausgegeben worden, mich zu verlassen, denn alles fällt ringsum von mir ab.“ Entgegen dem Rat seiner Freunde veröffentlichte Freud seinen Vortrag bereits im Mai/Juni 1896 in den Nummern 22 bis 26 der „Wiener Klinischen Rundschau“ und nahm seine Arbeit auch in seine Gesammelten Werke auf. Dort kann jeder den inzwischen vielfach zitierten Satz lesen:

„Ich stelle also die Behauptung auf, zugrunde jedes Falles von Hysterie befinden sich – durch die analytische Arbeit reproduzierbar, trotz des Dezennien umfassenden Zeitintervalles – eine oder mehrere Erlebnisse von vorzeitiger sexueller Erfahrung, die der frühesten Jugend angehören.“ (Freud 1896, S. 439)

Freuds Vortrag und Veröffentlichung zur Ätiologie der Hysterie als Resultat von sexuellem Kindesmissbrauch wird heute vielfach als Ursprung von Überlegungen angesehen, psychische Symptome könnten Resultat traumatischer Erfahrungen sein. Aber Freuds Ausführungen hatten gewichtige Vorläufer. Von Anfang an – d. h. mindestens seit dem 18. Jahrhundert – durchzogen zwei Polaritäten die Diskussionen

über die Folgen von so genannten „Realtraumatisierungen“ auf die menschliche Psyche:

- Handelt es sich um organische Erkrankungen oder um psychische Störungen?
- Handelt es sich um Krankheiten oder um Simulationen und Betrügereien?

Die damals neue Wissenschaft von der Neurologie entdeckte zunächst die neurologisch-somatischen Wurzeln von Trauma-Folgen. Dr. Maty beschrieb 1766 den Unfall des Count de Lordat: Dieser hatte fünf Jahre zuvor einen Unfall in einer Kutsche erlitten, der zunächst kaum Folgen hinterließ. Sechs Monate später entwickelte der Count Sprachstörungen und eine progrediente linksseitige Armschwäche. Im März 1765 – also vier Jahre nach dem Unfall – starb er, schwer depressiv und kaum noch sprachfähig. Eine Hirnobduktion zeigte Blut und Lymphe in der Pia mater, eine Vergrößerung der Medulla oblongata und eine Verhärtung der Membrane der Spinalnerven (s. Erichsen 1882). Britische Autoren wie Abercrombie (1828), Sir Benjamin Brodie (1837) und der Chirurg Syme (1862) bestätigten, dass Schocktraumata der Wirbelsäule zur Markerweichung oder zum Funktionsverlust der Spinalnerven führten. Amerikanische Wissenschaftler wie Lidell (1864) oder auch der Franzose Boyer (1814) vertraten ebenfalls, dass die Nerven der Wirbelsäule aufgrund einer organischen Veränderung ihre Funktion verlören, obwohl (noch) kein organisches Korrelat bei den Autopsien zu finden war.

Von großem Einfluss war das Buch von John Eric Erichsen, Chirurgie-Professor am University College Hospital London, das 1882 unter dem Titel „On Concussion of the Spine“ erschien und sechs Vorlesungen aus dem Jahre 1866 sowie acht weitere aus dem Jahre 1875 zusammenfasste. Besonderes Interesse fand in diesen Jahren die „Railway Spine“, die „Eisenbahn-Wirbelsäule“. Am 15. September 1830 war die Eisenbahnlinie Liverpool-Manchester eröffnet worden, und gleich am ersten Tag hatte es einen Unfall gegeben. Das Eisenbahnnetz expandierte trotzdem, und auch die Unfälle nahmen zu. Eine ausgezeichnete Beschreibung dessen, was wir heute

als akute Posttraumatische Belastungsstörung diagnostizieren würden, stammt übrigens von Charles Dickens, der die Auswirkungen des Eisenbahnunglücks von Staplehurst in Kent am 9. Juni 1865 auf ihn selbst als Fahrgast in einem Brief an Thomas Miller vier Tage später darstellte (s. Foster 1969). Wer die „Sammlung Deutscher Gedichte“ von Benno von Wiese in seinem Deutschunterricht durchlebt hat, kennt vielleicht auch die Ballade „Die Brücke am Tay“, in der ein Eisenbahnunglück poetisch geschildert wird. – Erichsen untersuchte viele der Unfallopfer und beschrieb bei 14 von ihnen eine Veränderung der Molekularstruktur, eine chronische Myelitis mit Ausdehnung auf die Hirnhäute, verursacht durch heftige Rückenmarksirritationen als Folge von Stoßverletzungen. Die Wirbelsäulenschütterung wurde geradezu als „Erichsen’s Disease“ tituliert.

Die Gegenposition wurde 1885 von Herbert Page, Chirurg der „London and North-Western Company“, eingenommen. Er sah – möglicherweise geleitet durch seine Tätigkeit bei den Betreibern einer Eisenbahnlinie – bei 150 Fällen in den Folgen von Zugunglücken „nervöse“ Symptome ohne Organveränderungen, mithin eine „traumatische Hysterie“. De la Tourette folgerte:

„Der Geisteszustand der Personen, welche das Trauma erlitten haben, gleicht dem Geisteszustande der Hypnotisierten, und die allgemeine Meinung, welche sich von der Ansicht Pages freimachte, ist die, daß Neurasthenie und Hysterie die Hauptfaktoren des Railway-brain sind.“ (de la Tourette 1894, S. 48)

De la Tourette schilderte weiter Fälle eines „Mutismus hystericus“, so bei einer von Kussmaul beschriebenen Patientin, die als 13-Jährige unter einen Wagen gefallen sei und nur leichte Hautverletzungen erlitten habe; sie habe aber die Sprache verloren und „13 Monate lang wurde alles Mögliche versucht, aber ohne Erfolg. Eines Tages stürzte sie ihrer Mutter in die Arme, flüsterte: ‚Mutter, ich werde wieder sprechen.‘ Sie war geheilt.“

Shaw (1870) unterstützte Pages Hypothese von der psychologischen Natur von Unfallfolgen ebenso wie Le Gros Clark (1870). Putnam (1881)

schloss sich in Boston der Sichtweise von Page an, und das „Boston Medical and Surgical Journal“ publizierte zwischen 1881 und 1883 mehrere Artikel zu diesem Thema. Putnam (1881) wie Walton (1883) schlugen vor, nicht mehr von „Railway Spine“, sondern von „Railway Brain“ zu sprechen, um auch die zentral bedingten allgemeinnervösen Störungen und psychischen Veränderungen zu erfassen.

1884 trat in Deutschland eine gesetzliche Unfallversicherung in Kraft, in deren Folge Nervenärzte Unfallfolgen zu begutachten hatten. Der Neurologe Hermann Oppenheim sah zwar, dass bei den „Unfall-Neurosen“ „psychische Erschütterungen“ eine wesentliche Rolle spielten (1898, S. 801ff), prägte aber zuvor (1889; 1892) den Begriff der „traumatischen Neurose“, die er organisch als Folge tief greifender Erschütterungen im Zentralnervensystem verstand. Oppenheim griff damit Griesingers Konzept auf, der vermutet hatte, Schreck- und Schockerlebnisse im Rahmen von Unfällen könnten molekulare Störungen im ZNS, also noch unbekannte „Veränderungen im Gehirn“ (Griesinger 1876, S. 418) verursachen. Griesinger war es auch gewesen, der den Psychiatrie-Moralisten den wichtigen Satz entgegengestellt hatte, „daß in jeder Geisteskrankheit das Gehirn leide und daß dieses Leiden die nächste Ursache jener sei“ (S. 5), mithin „vor allem in den psychischen Krankheiten jedesmal Erkrankungen des Gehirns zu erkennen“ seien (S. 1); Griesinger ging dabei von einem ganzheitlichen Denken aus, schrieb vom „Irresein als Ganzes“ (S. 108) und der „Tatsache der Einheit von Leib und Seele“ (S. 5f). Er wies auch darauf hin, dass Irresein von schweren Schicksalsschlägen oder zu harter Erziehung verursacht werden kann.

Schultze (1889) und Seeligmüller (1908) gehörten dann zu den Ersten, die der Organogenese und der nervösen Psychogenese eine Spezialform der Psychogenese hinzufügten: Sie vermuteten hinter vielen der so genannten traumatischen Neurosen einfach Simulation, somit versuchten Versicherungsbetrug, wobei die von Schultze auf einem Kongress vorgetragenen Ansichten „wenig Anklang (...) gefunden zu haben

schienen“ (de la Tourette 1894, S. 53). Aber Kraepelin (1915, S. 1657) meinte hinsichtlich der Ätiologie der Hysterie bereits damals, dass er „bei 70–80% der Fälle belastende Umstände“ habe nachweisen können, insbesondere „in 33,4% Belastungen vonseiten der Eltern“. Im Übrigen schrieb er: „Ganz besonders reich an psychischen Ursachen des Irreseins ist der Krieg (...). Der Grund liegt (...) hauptsächlich (...) in der dauernden Schädigung durch (...) tiefgreifende, anhaltende gemüthliche Erregungen.“ (Kraepelin 1909, S. 125)

Die Quellen der Auseinandersetzung mit Unfalltraumata lagen also überwiegend in England, dann in den USA, später auch in Deutschland. Der Ursprung der Dispute über aggressive Kindesmisshandlung und sexualisierte Gewalt gegen Kinder (d. h. auch Inzest) sind in Frankreich zu finden. Ambroise Auguste Tardieu – Professor für Gerichtsmedizin der Pariser Universität, Dekan der Medizinischen Fakultät und Präsident der „Académie de Médecine“ – veröffentlichte 1860 in den „Annales d'hygiène publique et de médecine légale“ („Annalen der öffentlichen Hygiene und der Gerichtsmedizin“) eine gerichtsmedizinische Studie über die Misshandlung und schlechte Behandlung von Kindern („Étude médico-légale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur des enfants“). Tardieu fand bei seinen Begutachtungen, dass kleine Kinder – häufig von den eigenen Eltern – aufs grausamste misshandelt, ja geradezu gefoltert, und sexuell missbraucht sowie bei alledem nicht selten zu Tode gequält würden. Tardieu wusste, dass die Gesellschaft seine Ausführungen – milde gesagt – nicht schätzte: Sein bereits 1857 erschienenes und bis 1878 sechsmal neu aufgelegtes Buch „Étude médico-légale sur les attentats aux moeurs“ („Gerichtsärztliche Untersuchung über Unzucht“) ist in der Fachliteratur kaum zitiert worden. In diesem Werk belegt Tardieu, dass zwischen den Jahren 1858 und 1869 in Frankreich 11576 Menschen wegen Vergewaltigung oder versuchter Vergewaltigung angeklagt worden sind, davon nicht weniger als 9125 wegen solcher Delikte an Kindern, fast immer Mädchen. Tardieu hat jedoch die Hysterie noch nicht

mit Realtraumata in Verbindung gebracht und gemeint, dass die hysterischen Frauen ein gemeinsamer Zug charakterisiere, „das ist die instinktive Verstellung, die eingewurzelte und unaufhörliche Lust an der Lüge ohne persönliches Interesse, einfach um zu lügen“ (zit. nach de la Tourette 1894, S. 284). Entweder Ansichten wie diese oder aber die hinsichtlich der Realtraumata investigativ-revolutionäre o. g. Publikation von Tardieu mögen de la Tourette dazu bewogen haben zu schreiben:

„Man weiß in der That, welchen verderblichen Einfluß die Literatur (...) auf das richtige Verständnis der Hysterie hatte. Wenn es noch allein die Literaten wären, welche uns die Hysterische als ungewöhnliches Wesen schilderten, was wir freilich schon wissen! Aber es sind die Ärzte selbst, wie Tardieu (...) und viele andere, die sozusagen jene noch überboten haben.“ (ebd., S. 313)

Anfangs hatte Tardieu großen Einfluss, u. a. auf Alexandre Lacassagne, Professor für Gerichtsmedizin an der Universität Lyon, auf Garraud, Professor für Strafrecht an der Juristischen Fakultät in Lyon, sowie auf den Lacassagne-Schüler Bernard, der in seinem Buch „Des Attentats à la pudeur sur les petites filles“ („Über Sittlichkeitsvergehen an jungen Mädchen“ [1886]) zwischen 1827 und 1870 in Frankreich 36176 aktenkundig gewordene Fälle von Vergewaltigung und Sittlichkeitsverbrechen an Kindern bis zum Alter von 15 Jahren belegte – gegenüber nur 9653 an Erwachsenen in demselben Zeitraum.

Paul Camille Hippolyte Brouardel war Assistent, später Nachfolger von Tardieu. Er machte die Autopsien in der Pariser „Morgue“ dreimal wöchentlich zu einer für die Medizinstudenten öffentlichen Veranstaltung und schrieb das Buch „Les attentats aux moeurs“ („Die Sittlichkeitsvergehen“), das posthum veröffentlicht wurde (1909). Auch er schilderte viele Fälle von gewalttätigem Inzest bis hin zum Mord an Kindern im Rahmen sexueller Handlungen.

In jener Zeit von Brouardel kam es aber auch zu einer Umwertung der Aussagen junger Mädchen, sie seien sexuell missbraucht worden. Fournier (1880) machte den Anfang mit seiner Rede „Simulation d’attentats vénériens sur des

jeunes enfants“ („Vortäuschung geschlechtlicher Angriffe durch kleine Kinder“) auf einer Tagung der „Académie de Médecine“. Hatte Tardieu der Simulation und der Pseudologia Phantastica nur ein kurzes Kapitel gewidmet, so geriet dieser Aspekt in Brouardels Buch zum Hauptkapitel. Brouardel behauptete, 60 bis 80% der Anklagen wegen sexuellen Missbrauchs an Kindern seien unbegründet. Er stützte sich auf auch im Jahre 1905 erschienene Aufsätze von Dupre über die kindliche Mythomanie (Lügensucht), die Brouardel auch bei hysterischen Frauen gefunden habe, welche aufgrund genitaler Halluzinationen angegeben hätten, vergewaltigt worden zu sein, sowie auf die Neigung von Hysterikern, sich mit gewissenlosen Lügengeschichten interessant zu machen (s. Brouardel 1909).

Docteur Claude Etienne Bourdin verfasste 1882 (publiziert 1887) einen Aufsatz über „Les enfants menteurs“ („Die verlogenen Kinder“), und 1887 unterstützte Motet die Thesen Bourdins in seiner Abhandlung „Les faux témoignages des enfants devant la justice“ („Die falschen Zeugenaussagen von Kindern gegenüber der Justiz“). Schließlich stellte der Chefarzt der Klinik im Polizeihauptquartier und Mitarbeiter Brouardels, Paul Garnier, in seiner Untersuchung „Les hystériques accusatrices“ („Die hysterischen Anklägerinnen“ [1903]) einen Zusammenhang zwischen Sexualität, Hysterie und dem Lügen her: Eine 22-jährige Frau, die ihren Vater des Inzests beschuldigt habe, habe ausgesagt, dass ihr Bruder bereits mit zehn oder zwölf Jahren der Liebhaber seiner und ihrer Mutter gewesen sei und dass ihre Schwester nach einer zwei Jahre lang unversorgt gelassenen Beinverletzung schließlich an einem Schwächeanfall verstorben sei. Die Frau wurde ins Irrenhaus „Sainte-Anne“ eingeliefert – kein Einzelfall.

Und nicht die einzige Ansicht. So hat Janet (zit. nach de la Tourette 1894, S. 319f) gemeint, dass es zwar allgemein als Axiom angesehen werde, „daß die Hysterischen und die hierher gehörigen Personen beständig lügen, und mehr als einer wiederholt diese Behauptung, ohne jemals ihre Richtigkeit untersucht zu haben“. Er aber

„glaube, daß sie nicht viel mehr lügen als die gewöhnlichen Sterblichen“:

„Unter 15 Personen (...) habe ich nur eine gefunden, bei der die Gewohnheit zu lügen auffällig gewesen wäre. Wenn es aber derartige Charaktere gibt, und es gibt sie tatsächlich, so ist es doch falsch, darüber in Entrüstung zu geraten; es ist vielmehr unsere Pflicht, eine Erklärung dafür zu suchen.“ (ebd.)

Diese Diskussion lernte Sigmund Freud kennen, als er 1885 bei dem führenden Neurologen und Psychiater der damaligen Zeit und Leiter der Pariser „Salpêtrière“, Jean Martin Charcot, hospitierte. Charcot war selbst an dieser Diskussion beteiligt. Bei einer Patientin hat er – so der Oberarzt von Charcot und einstige Assistent Brouardels, Gilles de la Tourette – einst eine „ausgesprochene und geheilte Epilepsie aus spinaler Ursache“ (S. 49) diagnostiziert, die man „heute ohne Bedenken“ als „Hystero-traumatische Anfälle (...) wahrscheinlich von partieller epileptischer Form nach einem Sturz“ bezeichnen würde. Charcot hat später, wie de la Tourette (S. 320) ebenfalls kolportierte, „häufig in seinen Vorlesungen gleichzeitig 5 oder 6 hysterische Männer vorgestellt und (...) dieselben seinen Zuhörern mit den Worten übergeben: ‚Untersuchen Sie dieselben jetzt selbst, und ich bitte Sie, mir, ohne sich nach der Ätiologie zu erkundigen, zu sagen, welche von den Kranken ein Trauma erlitten haben.‘“ Und de la Tourette führt aus:

„Bei der Entwicklung der Hysterie spielt das Trauma eine große Rolle; aber sein provokatorischer Einfluß steht nicht in geradem Verhältnis zu der Heftigkeit des erlittenen Shocks (...). Das Trauma übt seine Wirkungen aber nur aus, (...) indem es auf die vorhandenen erblichen Anlagen einwirkt.“ (ebd., S. 47)

Charcot erforschte das bemerkenswerte Phänomen, dass es zwei ganz unterschiedlich verlaufende Formen der Fallsucht gab. Bei der einen Form führte jeder Anfall zu einer Verschlechterung des Krankheitsbildes, und die Kranken starben schließlich schwerst behindert. Für dieses Krankheitsbild setzte sich die Bezeichnung „Epilepsie“ durch. Bei der anderen Form waren die Anfälle nicht weniger heftig, manchmal sogar

dramatischer, aber hinterher ging es den Kranken eher besser als vor dem Anfall. Diese Form fand sich bei Frauen wesentlich häufiger als bei Männern, und das war auch im Altertum schon bekannt. Frauen unterscheiden sich von Männern bekanntlich u. a. durch ihren Uterus, ihr Hysterion. Die Hypothese des Altertums, diese Anfälle seien Krämpfe eine Art Wanderuterus, ließ sich nicht aufrechterhalten. Erhalten hat sich das Wort: Hystero-Epilepsie, Hysterie, Hysterika, Hysteriker. Dieser damals nicht abwertende, sondern nüchtern-wissenschaftliche Terminus war die gängige Metapher für alle psychogenen Phänomene. Charcot stellte nämlich fest, dass sich hysterische Symptome durch Hypnose behandeln und provozieren ließen. Damit war der Organogenese seelischer Erkrankungen Griesingers die Möglichkeit der Psychogenese entgegengesetzt. Organogenese versus Psychogenese sollte ein Jahrhundert lang die Diskussion in Psychiatrie, Psychologie und Psychoanalyse dominieren. Erst heute fällt dieser Dualismus in sich zusammen.

Mit dem Psychiater Valentin Magnan hatte Charcot 1882 einen Aufsatz über „Inversion du sens génital et autres perversions sexuelles“ („Verkehrung der genitalen Empfindungen und andere sexuelle Perversionen“) veröffentlicht und darin Tardieu zitiert. Beide Autoren vermuteten einen Zusammenhang zwischen Geisteskrankheiten und der Neigung mancher Männer zu unzüchtigen Straftaten. Sie rechneten Menschen mit perversen Delikten zu „fous lucides“ („Irre mit klarem Verstand“), die bei erhaltenen intellektuellen Fähigkeiten triebbestimmte zwanghaft ihre krankhaften Begierden befriedigen müssten. Ansonsten tendierte Charcot zur Meinung Brouardels, Hysterikerinnen hätten einen Hang zum Lügen. Freud hat nach eigenem Bekunden Vorlesungen und Demonstrationen Brouardels besucht. In seinem Bücherschrank befanden sich die zentralen Werke von Tardieu, Bernard und Brouardel.

Ende der 80er Jahre des 19. Jahrhunderts widmeten sich also gleichzeitig zwei Schüler Charcots der Erforschung der Hysterie: der Franzose Pierre Janet und der Österreicher Sigmund

Freud mit seinem väterlichen Freund und Mentor Josef Breuer. Beide kamen zu ganz ähnlichen Resultaten. Janet sprach von „Dissociation“ (1889), Freud (und Breuer) von einer „Spaltung des Bewußtseins (...) als double conscience“ (1895, S. 91) sowie später von der „Annahme einer Dissoziation – Spaltung des Bewußtseinsinhaltes“ zur Bewältigung unerträglicher sexueller Missbrauchserfahrungen. Beide reklamierten die Entdeckung für sich, ganz im Forschergeist ihrer Zeit: Wer erreicht die Quelle des Nil als Erster?

Aus der Behandlung hysterisch erkrankter Frauen einerseits und der Zusammenarbeit von Josef Breuer und Sigmund Freud andererseits entwickelte sich bekanntlich die spätere Psychoanalyse. Freuds Einsatz der Hypnose brachte gute Anfangserfolge, aber unbefriedigende Dauererfolge. Breuers Patientin Anna O. (s. Breuer u. Freud 1893), die später feministische, linksintellektuelle Sozialarbeiterin Bertha Pappenheim, empfahl ihrem verzweifelten Therapeuten, doch einfach täglich zu ihr zu kommen, möglichst wenig zu sagen und sich eine Stunde lang alles anzuhören, was sie aus sich herausprudeln lassen wollte. Lorenzer (1984) hat in seinem Buch zur „Archäologie der Psychoanalyse“ (so sein Untertitel) herausgearbeitet, dass Anna O. an der Entwicklung der psychoanalytischen Technik – zurückhaltend formuliert – nicht unbeteiligt war. Sie schuf die „talking cure“, die Breuer und Freud anfangs als kathartisches Geschehen, als Intensivierung der Hypnose verstanden. Gerhard Roth hat in einem Vortrag bei den Psychotherapietagen Lindau 2001 darauf verwiesen, dass die Hirnphysiologie der damaligen Zeit das menschliche Gehirn als eine Art Akku verstand: Außenreize strömten über die Sinnesorgane in das Gehirn hinein und luden es auf; Handlungen, Gedanken, Worte und Phantasien entluden den Akku Gehirn wieder. War das Gehirn überreizt, staute sich die Triebenergie, konnte es zu heftigen Entladungen – etwa in Form hysterischer Anfälle – kommen. Dieses Modell enthielt Theorie-Elemente der Mechanik, der Hydraulik („Dampfkessel-Modell“: „Gleich explodiere ich! Gleich laufe ich über“) und der Elektrizität. Lachen wir nicht: Unsere heutigen

Theoriegebäude werden künftigen Generationen sicher auch eine Quelle der Heiterkeit sein. Umgangssprachlich kennen wir die Metapher vom entlastenden Reden: „Das musst du dir mal von der Seele reden. Das muss raus!“ Die „talking cure“ wurde anfangs als eine Art dosierter Abreaktion in kleinen Elementen verstanden, um große Anfälle zu erübrigen.

Unmittelbar nach Freuds Vortrag und der Veröffentlichung 1896 überschatteten mehrere Ereignisse seine weiteren Forschungen. Neben der eisigen Ablehnung durch die Kollegenschaft erschütterte ihn der Tod seines Vaters Ende Oktober 1896. Im Sommer 1897 versuchte er eine Selbstanalyse, wesentlich auch über seine Träume. Kam er in familiäre Loyalitätskonflikte seinem gerade verstorbenen Vater gegenüber? Wühlte ihn sein eigener sexueller Missbrauch durch sein Kindermädchen zu sehr auf? Wurde ihm das manifeste Verführungspotenzial, das in der psychoanalytisch-psychotherapeutischen Beziehungsgestaltung liegt, drängend klar? Im September 1897 „widerrief“ er – jedenfalls scheinbar – seine Verführungstheorie und begann die Ausarbeitung seiner Theorien zur infantilen Sexualentwicklung, zur Macht der innerseelischen Phantasiebildungen und zum Ödipus-Komplex (Dulz 2000).

Dies wurde Freud immer wieder als Verrat an den traumatisierten Frauen vorgeworfen. Die feministische Forscherin Judith L. Herman (1993) sieht in einem solchen Vorwurf aber zu Recht einen Rückfall in atavistisches Denken: Prometheische männliche Forscher-Heroen treiben die Wissenschaft voran und verteidigen ihre Entdeckungen auch um den Preis der Selbstaufgabe. Die Zeit war für diese Entdeckung einfach noch nicht reif. Janet hat seine Entdeckungen nie widerrufen und musste verbittert miterleben, dass er einfach ignoriert wurde.

Freud selbst hat sich in seinen Veröffentlichungen widersprüchlich, zumindest mehrdeutig verhalten. Bekanntlich hat er stets sehr bewusst formuliert, jedes Wort seiner Veröffentlichungen sorgsam gewählt. In den „Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie“ sah er selbst keinen Widerspruch zwischen Verführungstheorie und Ödi-

pus-Komplex, nahm aber eine andere Gewichtung vor:

„Vorant steht der Einfluß der Verführung, die das Kind vorzeitig als Sexualobjekt behandelt und es unter eindrucksvollen Umständen die Befriedigung von den Genitalzonen kennen lehrt, welche sich onanistisch zu erneuern es dann meist gezwungen bleibt. Solche Beeinflussung kann von Erwachsenen oder anderen Kindern ausgehen; ich kann nicht zugestehen, daß ich in meiner Abhandlung 1896 ‚Über die Ätiologie der Hysterie‘ die Häufigkeit oder die Bedeutung derselben überschätzt habe, wengleich ich damals noch nicht wußte, daß normal geliebene Individuen in ihren Kinderjahren die nämlichen Erlebnisse gehabt haben können, und darum die Verführung höher wertete als die in der sexuellen Konstitution und Entwicklung gegebenen Faktoren.“ (Freud 1905, S. 91)

1906 stellte er in „Meine Ansichten über der Rolle der Sexualität in der Ätiologie der Neurosen“ (Freud 1906, S. 153) fest, dass er „die Häufigkeit dieser (sonst nicht anzuzweifelnden) Vorkommnisse“ überschätzt habe und die hysterischen Symptome keine direkten Reinszenierungen sexueller Kindheitstraumata seien. In „Beiträge zur Psychologie des Liebeslebens“ (1912) ließ er die Bedeutung erotischer Verführung von Kindern durch die Eltern erneut zumindest anklingen und in seiner „Selbstdarstellung“ (1925, S. 60) vertrat er: „Ich glaube auch heute nicht, daß ich meinen Patienten jene Verführungsphantasien aufgedrängt, ‚suggeriert‘ habe.“ Andererseits sieht er in diesem Beitrag seine Verführungstheorie als verhängnisvollen „Irrtum“ und die Entwicklung der Theorie vom Ödipus-Komplex als die richtige Konsequenz aus diesem Irrtum. Nur 1933 diskutierte er in „Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse“ die Äußerungen seiner Patienten hinsichtlich Inzest-Erlebnissen eindeutig als falsch: Er habe zur Einsicht kommen müssen, dass diese Berichte unwahr seien. Im gleichen Jahr drängte er Ferenczi, seinen Beitrag über sexuellen Missbrauch mit dem Titel „Sprachverwirrung zwischen dem Erwachsenen und dem Kind“ (1932) nicht zu halten und nicht zu veröffentlichen. Hatte Freud Sorge, gerade die Inzest-Thematik könne die Nationalsozialisten gegen die jüdische Psychoanalyse auf-

bringen? Wollte er – vielleicht ein zweites Mal – die Psychoanalyse davor bewahren, an einer ihrer zentralen Entdeckungen zugrunde zu gehen? Im Londoner Exil formulierte Freud jedenfalls 1938 im „Abriss der Psychoanalyse“ wieder gewohnt differenziert:

„Unsere Aufmerksamkeit wird zunächst von den Wirkungen gewisser Einflüsse angezogen, die nicht alle Kinder betreffen, obwohl sie häufig genug vorkommen, wie der sexuelle Mißbrauch von Kindern durch Erwachsene.“ (Freud 1938, S. 113)

In dieser späten Arbeit sieht er Triebentwicklung und Außenereignisse als gleich bedeutsam für die Entstehung von Neurosen, und „die Triebansprüche von innen wie die Erregungen von der Außenwelt wirken dann als ‚Traumen‘, besonders wenn ihnen gewisse Dispositionen entgegenkommen“ (ebd., S. 111; s. auch Tab. 1).

Prekär bleibt, dass Freud ausdrücklich das Diktum von Karl Abraham, 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 erblicken haben“ (Abraham 1907, S. 166) als das „letzte Wort in der Frage der traumatischen Ätiologie“ (Freud 1914, S. 56) adelte. Damit war das Opfer zur Täterin deklariert worden. Die weitere Geschichte der Psychoanalyse, auch die Entwicklung der Theorie zur Gegenübertragung und zur therapeutischen Haltung, wurde mitgeprägt durch traumatisierend verlaufende sexuelle Beziehungen zwischen Analytikern und ihren Analysandinnen. Erst Ende der 70er Jahre, ausgehend hauptsächlich von Leonard Shengold (1979), wurde das Trauma sexuellen Kindesmissbrauchs wieder psychoanalytisch reflektiert.

Der Erste Weltkrieg brachte 1915/16 eine neue Form der traumatischen Neurose hervor, die der britische Psychologe Myers (1940) als „Schützengraben-Neurose“ bezeichnete und auf Erschütterungen durch Minenexplosionen („shell shock“) zurückführte – die Somatogenese der Railway Spine feierte fröhliche Urstände. Die Ursache war eine ganz andere: Der Erste Weltkrieg war anfangs als konventioneller Krieg

Tab. 1: Zeitlicher Abriss von Freuds Äußerungen zur Verführungstheorie bzw. zu sexuellem Missbrauch

Jahr	Literatur	Freuds Äußerungen
1896	Zur Ätiologie der Hysterie	Jedem Fall von Hysterie liege sexuelle Erfahrung zugrunde, wobei Kinder weit häufiger sexuellen Angriffen – auch durch nahe Verwandte – ausgesetzt seien, als man erwarten sollte.
1896	Brief an Fließ	Hysterie als Folge von Perversion des Verführers, insbesondere des Vaters.
09/1897	Brief an Fließ	Die Perversion müsse häufiger sein als die Hysterie, da die Erkrankung nur eintrete, wo sich die Ereignisse häuften; in sämtlichen Fällen müsse der Vater – auch sein eigener – als pervers beschuldigt werden.
10/1897	Brief an Fließ	Erwähnung des Ödipus-Komplexes („Jeder ... war einmal ... ein solcher Ödipus“), angebliche Aufgabe der Verführungstheorie.
12/1897	Brief an Fließ	Das Vertrauen in Vaterätiologie sei sehr gestiegen.
1900 (1909)	Die Traumdeutung	Ausarbeitung des Ödipus-Komplexes (S. 181ff): „So folgt es (Anm.: das Kind) dem eigenen sexuellen Triebe und erneuert gleichzeitig die von den Eltern ausgehende Anregung, wenn es seine Wahl zwischen den Eltern im gleichen Sinne wie diese trifft.“
1905	Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie	Verweis auf die Verführungstheorie von 1896 (er habe seitdem gewisse Phänomene betont und nicht aufgehört, das infantile Moment für die Sexualität zu rücken); die Häufigkeit oder die Bedeutung der Verführung sei von ihm nicht überschätzt worden. „Je mehr man sich den tieferen Störungen der psychosexuellen Entwicklung nähert, desto unverkennbarer tritt die Bedeutung der inzestuösen Objektwahl hervor.“ (S. 67) „Die letzteren (Verführung durch andere Kinder oder Erwachsene in erster Linie) bringen das Material bei, welches mit Hilfe der ersteren zur dauernden Störung fixiert werden kann.“ (S. 79)
1906	Meine Ansichten über die Rolle der Sexualität in der Ätiologie der Neurosen	Die Häufigkeit der sonst nicht anzuzweifelnden Vorkommnisse habe er überschätzt; es komme vor allem auf die Reaktion gegen die Erlebnisse an.
1912 (1924)	Beiträge zur Psychologie des Liebeslebens	Die Zärtlichkeit der Eltern verleugne erotischen Charakter selten, wobei gewisse andere Verhältnisse zu beachten seien.
1914 (1924)	Geschichte der psychoanalytischen Bewegung	Er habe am Schlaf der Welt gerührt und besonders bedeutungsvolle Zusammenhänge aufgedeckt; die psychische Realität müsse neben der praktischen gewürdigt werden.

Tab. 1: (Fortsetzung)

Jahr	Literatur	Freuds Äußerungen
1924 (Zusatz zur Publikation von 1896)	Weitere Bemerkungen über die Abwehr-Neuropsychoosen	„Dieser Abschnitt steht unter der Herrschaft eines Irrtums, den ich seither wiederholt bekannt und korrigiert habe ... schrieb ich dem ätiologischen Moment der Verführung eine ... Allgemeingültigkeit zu, die ihm nicht zukommen ... der Verführung bleibt eine gewisse Bedeutung für die Ätiologie gewahrt und manche ... Ausführungen halte ich auch heute noch für zutreffend.“ (S. 385, ergänzende Fußnote von 1924)
1925	Selbstdarstellung	Er habe Verführungsphantasien nicht suggeriert, der Anteil der Verführung an der Ätiologie bleibe gewahrt; bei allen Kranken hätten schwere Missbräuche der Sexualfunktionen bestanden.
1933	Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse	Die Berichte seiner Patientinnen (über deren sog. Verführungen) seien unwahr.
1938 (1940)	Abriß der Psychoanalyse	Gewisse Einflüsse betrafen nicht alle Kinder, kämen aber häufig genug vor – wie der sexuelle Missbrauch von Kindern.

mit Angriffen und Rückzügen geführt worden. Mehr und mehr entwickelte er sich zu einem Stellungskrieg in Schützengräben, bei dem die Soldaten ohne die physiologische Möglichkeit zum Kampf oder zur Flucht monatelang einer mörderischen Materialschlacht ohnmächtig ausgeliefert waren. In der Schlacht an der Somme starben an einzelnen Tagen mehr Soldaten als im ganzen amerikanischen Bürgerkrieg. Für Situationen völliger Ohnmacht ist das Säugetier Mensch biologisch ganz schlecht ausgestattet, wie im Kapitel 2 dieses Bandes noch deutlich werden wird.

Retrospektiv war die Situation während und des Ersten Weltkriegs und nach in den USA, Großbritannien und Deutschland ähnlich: 1921/22 absolvierte der junge amerikanische Psychiater Abram Kardiner eine Analyse bei Freud in Wien. Kardiner hatte in seiner Kindheit selbst Traumatisierungen wie Armut, Hunger, Verwahrlosung, familiäre Gewalt und den frühen Verlust der Mutter erfahren und konnte sich nach

eigener Einschätzung gut mit traumatisierten Menschen identifizieren. Er arbeitete in der psychiatrischen Klinik des Veterans' Bureau in New York und bemühte sich intensiv um eine Behandlung von Männern mit Kriegsneurosen. Weil er mit den Therapie-Resultaten unzufrieden war, hat er seine Ergebnisse erst zu Beginn des Zweiten Weltkriegs in seinem Klassiker „The Traumatic Neurosis of War“ veröffentlicht. Darin prägte er auch den heute so aktuellen Begriff der „Physioneurose“ für die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) – fast 50 Jahre vor den hormonellen und hirneurophysiologischen Befunden zur Posttraumatischen Störung stellte er fest: „The nucleus of the neurosis is a physioneurosis“ (Kardiner 1941, S. 95). – Die Behandlungsstrategien, die Abram Kardiner und Herbert Spiegel (1947) im Zweiten Weltkrieg für Soldaten mit Kriegsneurosen entwickelten, wirken ebenfalls erstaunlich modern: Im veränderten Bewusstseinszustand einer Hypnose fand der traumatisierte Soldat Zugang zu den traumati-

schen Erinnerungen, aber diese kathartische Erfahrung allein blieb wirkungslos; sie musste im Gespräch anschließend durchgearbeitet und integriert werden. Ähnliche Strategien entwickelten Roy Grinker und John Spiegel (1945), die ihre Patienten durch den Einsatz von Amobarbital einer kathartischen „Narkosynthese“ zuführten. Auch ihre Patienten benötigten anschließend das bewusste, integrierende Gespräch im Wachzustand. Als im Krieg besonders protektiv gegen Posttraumatische Belastungsstörungen erwies sich der Gruppenzusammenhalt einer Kampfeinheit. Psychiater und Psychoanalytiker wie Main und Menninger in den USA, Bion und Foulkes in Großbritannien entwickelten aus ihren Behandlungserfahrungen mit Soldaten im Zweiten Weltkrieg die Gruppenpsychotherapie und die therapeutische Gemeinschaft.

In Großbritannien sorgte 1917 die Antikriegserklärung des jungen Offiziers Sassoon für Irritationen. Sassoon hatte Auszeichnungen für hervorragende Tapferkeit im Kampf und für seine Kriegsgedichte bekommen und schloss sich in Uniform öffentlich den Pazifisten an. Ein Freund und Kriegskamerad befürchtete, Sassoon könnte vor ein Kriegsgericht kommen, und bewirkte eine psychiatrische Behandlung. Der liberale Professor für Neurophysiologie, Psychologie und Anthropologie, W. H. R. Rivers, vertrat die Überlegenheit einer humanen Behandlung von Soldaten mit Kriegsneurosen auf der Grundlage psychoanalytischer Prinzipien. Er machte mit Sassoon eine „talking cure“: erfolgreich, denn Sassoon widerrief öffentlich seine pazifistische Erklärung und kehrte zur Truppe zurück – allerdings weniger aus Überzeugung denn aus Loyalität mit seinen kämpfenden Kameraden und aus Verzweiflung über die Wirkungslosigkeit seines einsamen Protestes. Sassoon litt nach dem Krieg noch lange unter quälenden Kriegserinnerungen. Rivers behandelte mit seiner psychoanalytisch fundierten, stationären Behandlung britische Soldaten mit PTBS im schottischen Craiglockhart bei Edinburgh. Diese Behandlung dauerte drei Monate und konnte bei Bedarf auf Antrag verlängert werden (das kommt einem irgendwie bekannt vor). Rivers nutzte die freudsche „tal-

king cure“ nicht nur unter dem Konzept der verbalen Abreaktion und Katharsis, sondern auch unter dem Konzept, dass Unbewusstes bewusst werden müsse, um keine Symptome mehr zu verursachen. Er näherte sich in seinen Sitzungen der eigentlichen, auslösenden Situation für die PTBS schrittweise an, forderte also Berichte von Ereignissen, die der traumatischen Situation zeitlich immer näher rückten, um dann – durchaus auch unter hypnotischer Beeinflussung – eine Abreaktion der traumatischen Szene herbeizuführen. Er war in der Lage, bei etwa zwei Dritteln seiner Patienten eine relative Symptom-Freiheit wieder herzustellen, konnte aber nur sehr wenige wieder fronttauglich machen. Die Arbeit von Rivers ist im Roman „Niemandland“ von Pat Barker (1997) verarbeitet. Sein Widersacher war Yealand in London, der elektrische Ströme in die erkrankten Körperregionen (etwa Stromstöße in den Mund bei Mutismus oder in die Oberschenkel bei Zitterlähmung der Beine) leitete und dadurch jeden Soldaten in nur einer Sitzung symptomfrei und wieder fronttauglich bekam (vgl. Showalter 1985).

Auch in Deutschland und Österreich wurde ein Aversionsverfahren mit schmerzhaften Stromanwendungen eingesetzt. Man bekannte sich zu der von Kaufmann (1916) erstmals publizierten „Persuationstherapie“: eine Foltertherapie, bei der die gelähmten oder zitternden Gliedmaßen der Soldaten mit hoch gespannten faradischen Strömen „behandelt“ wurden, unter der – wenn auch unausgesprochenen – Vorstellung, das Kranksein noch schrecklicher zu machen als den Dienst bei der Truppe. Einem Menschen, der gefoltert wird, ist jedes Mittel recht, sich dieser zu entziehen, und hierauf beruhte der unbestrittene therapeutische Effekt der kaufmannschen Kur. Es gab aber auch Widerspruch: Gerade Nonne (1917), der dieser Behandlung ablehnend gegenüberstand, postulierte in mehreren Publikationen und Falldarstellungen die überlegene Wirkung einer Hypnosebehandlung von Kriegsneurotikern.

Andere Wege beschritt der psychiatrisch ausgebildete Allgemeinarzt und Mitbegründer des Sozialdemokratischen Ärztevereins Berlin Ernst

Simmel. Er hatte sich 1914 freiwillig zum Kriegsdienst gemeldet und war ab 1917 königlich-preußischer Oberarzt und Vorsteher des Festungslazarets Nr. 19 für Kriegsneurotiker in Posen. 1918 veröffentlichte er seine Erfahrungen in dem Buch „Kriegsneurosen und psychisches Trauma. Ihre gegenseitigen Beziehungen dargestellt aufgrund psycho-analytischer, hypnotischer Studien“, das in der damaligen Psychoanalyse viel Resonanz fand, obwohl Simmel bis dahin psychoanalytischer Autodidakt war und erst später seine Lehranalyse bei Karl Abraham in Berlin machte. 1918 hielt er ein Referat auf dem V. Internationalen Psychoanalytischen Kongress in Budapest, das 1919 veröffentlicht wurde und – wie sein späterer Artikel „Kriegsneurosen“ (1944) – in seinen von Hermanns und Schultzenvenrath 1993 herausgegebenen „Ausgewählten Schriften“ enthalten ist. In diesen beiden Artikeln wird sehr deutlich, dass Simmel in der integrativen Anwendung hypnotischer und psychoanalytischer Techniken keinerlei Widerspruch sah. Die psychoanalytische Technik war damals sowieso noch nicht so puristisch, wie wir sie aus den 30er bis 60er Jahren des 20. Jahrhunderts als „klassisch“ überliefert bekommen haben. So schreibt Simmel 1918/19:

„Eine Kombination von analytisch-kathartischer Hypnose mit wachanalytischer Aussprache und Traumdeutung – letztere sowohl im Wachen wie in tiefer Hypnose ausgeübt – hat mir eine Methodik ermöglicht, die durchschnittlich in zwei bis drei Sitzungen eine Befreiung von den kriegsneurotischen Symptomen ergibt.“ (Simmel 1919, S. 21)

1944 formuliert er noch: „Ich habe damals ca. 2000 Kriegsneurotiker gesehen, von denen ich die Hälfte selbst behandelte, mit einer Kombination von Psychoanalyse und Hypnose.“ (Simmel 1944, S. 205) Der frühere Artikel ist deutlicher geprägt von den unmittelbaren Kriegserfahrungen, klingt in seiner präzisen Symptom- und Syndrom-Charakterisierung heute aktueller, während der spätere die Ergebnisse der Über-Ich- und Ich-Psychologie Sigmund Freuds auf die Entwicklung der Kriegsneurosen anwendet. Simmels Gedanken zur Über-Ich-Konstellation

des Soldaten erinnern an Adornos Überlegungen zum „autoritären Charakter“. – Bekanntlich hat Simmel in Berlin mit dem „Sanatorium Schloß Tegel“ die erste stationäre psychoanalytische Behandlungsstätte gegründet – sofern man nicht Breuers Privatsanatorium in Wien als Keimzelle der stationären psychoanalytischen Psychotherapie ansehen will. Hier hat er seine Lazarett-Erfahrungen in ein integratives Behandlungskonzept einfließen lassen. Als die Klinik 1931 der Weltwirtschaftskrise zum Opfer fiel, setzte er seine Arbeit auf einer psychoanalytischen Station im Sanatorium Westend fort. Mit seiner Familie emigrierte er in die USA und beeinflusste hier die Arbeit der Menninger-Clinic in Topeka: In Band 1 des „Bulletin of the Menninger Clinic“ findet sich sein Artikel „The psychoanalytic sanitarium and the psychoanalytic movement“.

Die Kriegsneurosen und ihre Behandlung wurden zum Leitthema des 5. Kongresses der Psychoanalyse in Budapest 1918, und es ist als ein erfreuliches Zeichen der Rückbesinnung auf ärztliche Verpflichtungen anzusehen, dass sich zu diesem Kongress zahlreiche Militärpsychiater der Mittelmächte anmeldeten. Mit Kriegsende 1918 hatte sich aber das Problem der „Kriegsneurotiker“ erledigt, ermutigende therapeutische Erfahrungen wurden – etwa mit Versuchen, sie auf Friedensverhältnisse zu übertragen und zu modifizieren – nicht weiter verfolgt. Beharrlich hielt sich in der deutschen Psychiatrie die Abwehrhaltung gegenüber dem Neurotiker als Drückeberger und Rentenjäger.

Es gab ein psychiatriehistorisch interessantes, von Eissler (1979, S. 31ff) ausführlich dokumentiertes Nachspiel: Wagner von Jauregg, Ordinarius für Psychiatrie in Wien, musste sich wegen der unmenschlichen Behandlung von Kriegsneurotikern in der Wiener Klinik 1920 vor einer Kommission zur Erhebung militärischer Pflichtverletzungen verantworten. Dass der Vorwurf gegen ihn fallengelassen wurde, verdankte er auch einem Gutachten von Freud, das sich durch vornehme Zurückhaltung ebenso auszeichnete wie durch zwischen den Zeilen zu erkennende Kollegialität. Freuds Gutachten wurde