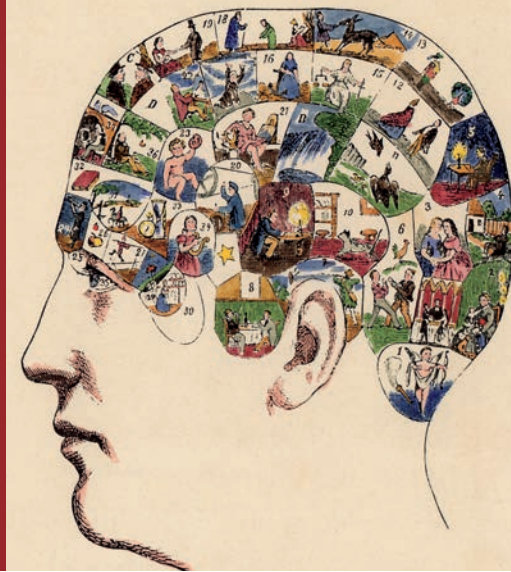


Marianne Leuzinger-Bohleber
Gerhard Roth ■ Anna Buchheim



Psychoanalyse Neurobiologie Trauma

SFI

Hanse



Wissenschaftskolleg

 Schattauer

Marianne Leuzinger-Bohleber
Gerhard Roth
Anna Buchheim

Psychoanalyse ■ Neurobiologie ■ Trauma

This page intentionally left blank

Psychoanalyse ■ Neurobiologie ■ Trauma

Herausgegeben von

Marianne Leuzinger-Bohleber
Gerhard Roth
Anna Buchheim

Mit Beiträgen von

Werner Bohleber, Anna Buchheim,
Peter Fonagy, Siri Erika Gullestad, Michael Hagner,
Peter Henningsen, Horst Kächele,
Johannes Lehtonen, Marianne Leuzinger-Bohleber,
Mauro Mancía, Hans Joachim Markowitsch,
Rolf Pfeifer, Maija Purhonen, Nadine Reinhold,
Gerhard Roth, Ulrich Sachsse, Mark Solms,
Minna Valkonen-Korhonen

Mit 18 Abbildungen

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

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.

© 2008 by Schattauer GmbH, Hölderlinstraße 3,
70174 Stuttgart, Germany

E-Mail: info@schattauer.de

Internet: <http://www.schattauer.de>

Printed in Germany

Lektorat: Claudia Campisi, Stuttgart

Umschlagabbildung: akg-images

Satz: am-productions GmbH, Wiesloch

Druck und Einband: fgb – freiburger graphische betriebe
GmbH & Co KG, Bebelstraße 11, 79108 Freiburg

ISBN: 978-3-7945-2547-8

Vorwort

Dank der rasanten Entwicklung und Verbreitung bildgebender Verfahren scheint ein alter Traum von Sigmund Freud in Erfüllung zu gehen, nämlich dass es irgendwann möglich sein werde, Erkenntnisse der klinisch-psychoanalytischen Forschung auch mithilfe naturwissenschaftlicher Methoden nachzuweisen. So konnte im Freud Jahr 2006 aufgrund der Medienberichte der Eindruck entstehen, die Zukunft der Psychoanalyse als wissenschaftliche Disziplin sei vor allem davon abhängig, wie produktiv sie den Dialog mit den Neurowissenschaften nutze. Obschon uns diese Sichtweise als einseitig erscheint und oft von einer erheblichen wissenschaftstheoretischen und -methodischen Naivität zeugt, öffnen sich in der Tat in einigen Gebieten faszinierende Fenster für eine vertiefte Verständigung zwischen diesen beiden Disziplinen. Zweifelsohne gehört die Traumaforschung zu diesen thematischen Feldern, weil die Beschäftigung mit traumatisierten Menschen sowohl in der Psychoanalyse als auch in den Neurowissenschaften weit fortgeschritten ist. Dies war ein Grund, warum die internationale und interdisziplinäre Expertenkonferenz im Februar 2006 im Hanse Wissenschaftskolleg Bremen diesen Fokus wählte. Im vorliegenden Band berichten wir von den wichtigsten Ergebnissen dieser interessanten Tagung.

Es ist schmerzlich, dass Mauro Mancía, der eines der einleitenden Referate zu dieser Expertentagung hielt, die Erscheinung unseres Buches nicht mehr erlebt. Er starb vor einigen Wochen nach einer langen Krankheit. Mauro Mancía gehört zu den Pionieren des Dialogs zwischen der Psychoanalyse und den Neuro-

wissenschaften. Selbst Professor für Psychiatrie und Neurologie war er gleichzeitig Lehranalytiker der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung. Er verfügte über ein fundiertes Wissen in beiden Disziplinen und organisierte viele internationale Tagungen zur Förderung ihres Austausches, regelmäßig auch an den Konferenzen der European Psychoanalytical Federation. Viele seiner wichtigsten Publikationen waren Brückenbildungen zwischen den beiden Disziplinen, so z.B. der 2006 beim Springer Verlag erschienene Band „Psychoanalysis and Neuroscience“. Wir werden ihn als Vorreiter des Dialogs zwischen Psychoanalytikern und Neurowissenschaftlern in bester Erinnerung behalten.

Wir danken daher besonders ihm, dass er trotz seiner Krankheit bereit war, das Eingangsreferat zu unserer Tagung zu halten. Auch allen anderen Kolleginnen und Kollegen, die mit ihren fundierten Beiträgen diesen Band gestalten, gilt unser herzlicher Dank. Allerdings wäre die Tagung nicht erfolgreich verlaufen, ohne die Unterstützung und das Engagement von Dr. Uwe Opolka. Er hatte die Federführung bei der Antragsstellung für die Finanzierung der Tagung¹ und bei der Organisation im Vorfeld, half aber auch bei den Übersetzungen der englischen Manuskripte ins Deutsche. Nicole Pfennig, Inka Werner, Stefanie Götz und besonders Claudia Campisi unterstützten uns ebenfalls bei den Übersetzungen: sehr herzlichen Dank!

¹ In unserer Einführung haben wir einige Passagen aus diesem Antrag verwendet.

Renate Stebähne und Janine Kuhlewey engagierten sich mit großem Zeitaufwand und sorgfältiger Aufmerksamkeit sowohl für die Tagung als auch für die Publikation. Auch ihnen gilt unser herzlichster Dank!

So hoffen wir mit diesem Band zu einer Weiterentwicklung und Intensivierung des Dialogs zwischen der psychoanalytischen und neuro-

biologischen Traumaforschung beizutragen und wünschen uns eine breite und kritische Leserschaft.

Frankfurt/Bremen/Ulm im Oktober 2007

**Marianne Leuzinger,
Gerhard Roth,
Anna Buchheim**

Anschriften der Autoren und Herausgeber

Dr. phil. Dipl.-Psych. Werner Bohleber

Kettenhofweg 62
D-60325 Frankfurt a. M.
wbohleber@gmx.de

Dr. biol. hum. Dipl.-Psych. Anna Buchheim

Klinik für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm
Am Hochsträß 8
D-890180 Ulm
anna.buchheim@uni-ulm.de

Prof. Dr. Peter Fonagy

Freud Memorial Professor of Psychoanalysis
Psychoanalysis Unit
Sub-Department of Clinical Health Psychology
University College London
Gower Street
UK-WC1E 6BT London
p.fonagy@ucl.ac.uk

Prof. Dr. phil. Siri Erika Gullestad

Department of Psychology
University of Oslo
P.O. Box 1094, Blindern
N-0317 Oslo
siri.gullestad@psykologi.uio.no

Prof. Dr. Michael Hagner

Eidgenössische Technische Hochschule Zürich
Rämistraße 36
CH-8092 Zürich
hagner@wiss.gess.ethz.ch

Prof. Dr. med. Peter Henningsen

Klinik für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie, Klinikum rechts der Isar
TU München
Langerstraße 3
D-81675 München
p.henningsen@tum.de

Prof. Dr. med. Horst Kächele

Klinik für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm
Am Hochsträß 8
D-890180 Ulm
horst.kaechele@uni-ulm.de

Prof. Dr. Johannes Lehtonen

Department of Psychiatry
Kuopio University Hospital
P.O. Box 1777
FI-70211 Kuopio
Johannes.Lehtonen@uku.fi

Prof. Dr. phil. Marianne Leuzinger-Bohleber

Geschäftsführende Direktorin
Sigmund-Freud-Institut
Myliusstraße 20
D-60323 Frankfurt a. M.
m.leuzinger-bohleber@sigmund-freud-
institut.de

Prof. Mauro Mancia, M.D. †

war Emeritus für Neurophysiologie an der
Universität Mailand und Lehranalytiker der
Italienischen Psychoanalytischen Vereinigung

Prof. Dr. Hans Joachim Markowitsch

Universität Bielefeld
Physiologische Psychologie
Universitätsstraße 25
D-33615 Bielefeld
hjmarkowitsch@uni-bielefeld.de

Prof. Dr. sc. techn. Rolf Pfeifer

Universität Zürich
Institut für Informatik
Andreasstr. 15
CH-8050 Zürich
pfeifer@ifi.uzh.ch

Maija Purhonen, MD, PhD

Department of Psychiatry
Kuopio University Hospital
P.O. Box 1777
FI-70211 Kuopio
maija.purhonen@uku.fi

Dipl.-Psych. Nadine Reinhold

Universität Bielefeld
Physiologische Psychologie
Universitätsstraße 25
D-33615 Bielefeld
nadine.reinhold@uni-bielefeld.de

Prof. Dr. phil. Dr. rer. nat. Gerhard Roth

Hanse-Wissenschaftskolleg (HWK)
Lehmkuhlenbusch 4
D-27753 Delmenhorst
und
Institut für Hirnforschung
Universität Bremen
Postfach 33 04 40
D-28334 Bremen
gerhard.roth@uni-bremen.de

Prof. Dr. med. Ulrich Sachsse

Fachklinik für Psychiatrie und Psycho-
therapie Göttingen
Rosdorfer Weg 70
D-37081 Göttingen
ulrich.sachsse@nlkh-goettingen.nieder-
sachsen.de

Prof. Dr. Mark Solms

University of Cape Town
Psychology Department
SA-Rondebosch 7701
Mark.Solms@uct.ac.za

Minna Valkonen-Korhonen, MD, PhD

Department of Psychiatry
Kuopio University Hospital
P.O. Box 1777
FI-70211 Kuopio
minna.valkonen-korhonen@uku.fi

Inhalt

Einführung

| | | | |
|---|----|--|----|
| 1 Trauma im Fokus von Psychoanalyse und Neurowissenschaften | 3 | 1.5.3 „Verleiblichung früher Interaktionsformen“ (Alfred Lorenzer) – durch aktuelle neurobiologische Forschungen neu verstehbar? | 14 |
| Marianne Leuzinger-Bohleber, Gerhard Roth, Anna Buchheim | | 1.6 Einige wissenschaftstheoretische Anmerkungen | 14 |
| 1.1 Zum Dialog zwischen Psychoanalyse und Neurowissenschaften | 4 | 2 Die Psychoanalyse im Dialog mit den Neurowissenschaften | 19 |
| 1.2 Posttraumatische Belastungsstörungen | 5 | Mauro Mancica | |
| 1.3 Zur Geschichte der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Psychotrauma | 7 | 2.1 Einleitung | 19 |
| 1.4 Psychoanalytische Auseinandersetzungen mit Extremtraumatisierungen und deren Folgen | 8 | 2.2 Emotionen und Gedächtnis | 20 |
| 1.5 Aktuelle interdisziplinäre Kontroversen und Diskurse zum Thema Trauma | 10 | 2.3 Das Gedächtnis und das Unbewusste | 22 |
| 1.5.1 „Narrative“ versus „historisch-biografische“ Wahrheit, Gedächtnissysteme und klinische Erfahrungen ... | 10 | 2.4 Erfahrungen des Ungeborenen und des Neugeborenen | 24 |
| 1.5.2 Veränderungen in psychoanalytischen Behandlungen – auch durch bildgebende Verfahren untersuchbar? | 13 | 2.5 Träume | 25 |
| | | 2.6 Empathie, verkörperte Simulation und das Teilen von Gefühlen | 27 |

3 Die neuro-psychoanalytische Forschung am Beispiel des Korsakow-Syndroms 32
Mark Solms

3.1 Einleitung 32

3.2 Die Methode 34

3.3 Der Patient und das Korsakow-Syndrom 34

3.3.1 Die Symptome des Korsakow-Syndroms 35

3.3.2 Neuropsychologische Erklärungen des Korsakow-Syndroms 35

3.4 Die psychoanalytische Behandlung des Korsakow-Patienten 36

3.5 Diskussion 38

3.5.1 Ersetzung der äußeren Realität durch die psychische 39

3.5.2 Widerspruchslosigkeit 40

3.5.3 Zeitlosigkeit 40

3.5.4 Primärvorgang (Beweglichkeit der Besetzungen) 41

3.6 Fazit 41

Psychoanalytische Traumaforschung

4 Einige Probleme psychoanalytischer Traumatheorie 45
Werner Bohleber

4.1 Die Entwicklung unterschiedlicher Traumamodelle 45

4.1.1 Sigmund Freud und die Entwicklung eines psycho-ökonomischen Modells des Traumas 45

4.1.2 Die Entwicklung eines Objektbeziehungsmodells des Traumas 46

4.2 Das Verhältnis von äußerer und psychischer Realität am Beispiel der Borderline-Persönlichkeitsstörung 48

4.3 Trauma, Erinnerung und Rekonstruktion 51

5 Die Dynamik der Dissoziation am Beispiel der Multiplen Persönlichkeitsstörung..... 55
Siri Gullestad

5.1 Einleitung 55

5.2 Klinisches Fallbeispiel 56

5.2.1 Das Leben als „Multiple“ 56

5.2.2 Der Brief 58

5.2.3 Gegenübertragung 60

5.2.4 Dissoziation als Schutz 60

5.3 Diskussion 61

5.3.1 Multiple Persönlichkeiten 61

5.3.2 Dissoziation als eine unbewusste Strategie 63

5.4 Fazit 64

Neurobiologische Traumaforschung

| | | |
|------------|---|-----|
| 6 | Die Integration neurobiologischer und psychoanalytischer Ergebnisse in der Behandlung Traumatisierter | 69 |
| | Ulrich Sachsse, Gerhard Roth | |
| 6.1 | Neurobiologische Grundlagen psychischer Traumatisierung | 69 |
| 6.1.1 | Bindungstrauma, Beziehungstrauma und die Position von Jaak Panksepp .. | 70 |
| 6.1.2 | Neurobiologische Grundlagen von Kognition und Emotion | 72 |
| 6.1.3 | Neuronale Grundlagen der Furchtkonditionierung | 78 |
| 6.1.4 | Neuronale Grundlagen von psychischem Stress und psychischer Traumatisierung | 79 |
| 6.1.5 | Die Ergebnisse der funktionellen Bildgebung bei psychischem Stress und psychischer Traumatisierung | 83 |
| 6.2 | Konsequenzen für die Behandlungsstrategie | 87 |
| 6.2.1 | Zwei konträre Heilungsideologien | 88 |
| 6.2.2 | Die aktive Gestaltung der therapeutischen Arbeitsbeziehung | 90 |
| 6.2.3 | Psychotherapie als <i>state-dependent learning</i> | 92 |
| 6.2.4 | Therapeutische Arbeit mit optimalem Stresslevel | 92 |
| 6.2.5 | Therapeutische Arbeit am veränderungsrelevanten Gedächtnissystem | 93 |
| 6.3 | Ausblick | 94 |
| 7 | Neurobiologie und Bindung bei bindungstraumatisierten Patientinnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung | 100 |
| | Anna Buchheim, Horst Kächele | |
| 7.1 | Diagnostische und ätiologische Kriterien bei der BPS | 100 |
| 7.2 | Neurobiologische Befunde bei der BPS | 102 |
| 7.3 | Bindungserfahrungen bei der BPS | 103 |
| 7.4 | Neurobiologische Befunde zu den Bindungserfahrungen bei Gesunden | 104 |
| 7.4.1 | Die Darstellung des Bindungssystems mithilfe der fMRT | 106 |
| 7.5 | Erste neurobiologische Befunde zu den Bindungserfahrungen bei der BPS | 109 |
| 7.5.1 | Fallbeispiel | 110 |
| 7.6 | Zusammenfassung | 113 |
| 8 | Stress und Trauma als Auslöser für Gedächtnisstörungen: Das mnestiche Blockadesyndrom | 118 |
| | Nadine Reinhold, Hans-Joachim Markowitsch | |
| 8.1 | Einleitung | 118 |
| 8.2 | Zeitliche, inhaltliche und prozessbezogene Aspekte des Gedächtnisses | 118 |
| 8.2.1 | Zeitliche Aspekte | 118 |

| | | | | | |
|------------|---|------------|-------------|--|------------|
| 8.2.2 | Prozessbezogene Aspekte | 119 | 9.3.3 | Das Gehirn und die Selbst- und Fremdwahrnehmung | 137 |
| 8.2.3 | Inhaltliche Aspekte | 119 | 9.3.4 | Bindung und das „Wettrüsten“ von Mentalisierung | 138 |
| 8.3 | Gedächtnis und Gehirn | 121 | 9.3.5 | Die Neurobiologie der Bindung | 138 |
| 8.4 | Stress und Gehirn: Das Posttraumatische Belastungssyndrom | 122 | 9.3.6 | Drei klinische Aspekte | 139 |
| 8.5 | Das mnestiche Blockade- syndrom | 124 | 9.4 | Klinische Implikationen | 142 |
| 8.6 | Zusammenfassung | 129 | 9.4.1 | Ziele der psychoanalytischen Behandlung | 142 |
| 9 | Psychoanalyse und Bindungstrauma unter neurobiologischen Aspekten | 132 | 9.4.2 | Das Wiedererinnern eines Traumas | 142 |
| | Peter Fonagy | | 9.4.3 | Die Rolle der Gedächtnisar- beit in der Psychoanalyse | 145 |
| 9.1 | Eine Einführung anhand von Fallbeispielen | 132 | 9.5 | Zusammenfassung | 145 |
| 9.2 | Eine psychoanalytische Entwick- lungsphänomenologie der Reaktion auf das Bindungstrauma | 133 | 10 | Des Traumas frühe Wurzeln | 149 |
| 9.2.1 | Die Fähigkeit zur Mentalisierung | 133 | | Johannes Lehtonen, Maija Purhonen, Minna Valkonen-Korhonen | |
| 9.2.2 | Der Verlust der Mentalisierungs- fähigkeit bei Trauma-Patienten | 134 | 10.1 | Anfänge in der Entschlüsselung der Neurobiologie des Traumas .. | 149 |
| 9.3 | Ein neurowissenschaftliches, bindungstheoretisches Verständnis des trauma-bedingten Verlustes von Mentalisierung | 136 | 10.2 | Der Schlaf-Wach-Kreislauf | 151 |
| 9.3.1 | Bindungstheorie und Trauma | 136 | 10.3 | Das neuronale Modell der Pflegeperson | 152 |
| 9.3.2 | Die Evolution des sozialen Gehirns .. | 136 | 10.4 | Schlussfolgerungen | 152 |

Klinische, konzeptuelle und wissenschafts- theoretische Überlegungen

| | | | |
|---|-----|--|-----|
| 11 Die psychoanalytische Konzeptforschung zum Trauma und die Gedächtnis- forschung der Embodied Cognitive Science | 157 | 11.2.3 Ein Dialog zwischen Psychoanalyse und Embodied Cognitive Science über das Gedächtnis | 165 |
| Marianne Leuzinger-Bohleber, Peter Henningsen, Rolf Pfeifer | | 11.3 Zur Bedeutung von Spiegel- neuronen für das Verständnis von Erinnerung und psychischer Traumatisierung | 166 |
| 11.1 Gegenübertragungsreaktionen – ein Produkt unbewusster sensomotorischer Koordinationen in einem Erstinterview? | 157 | 11.4 Zusammenfassung | 169 |
| 11.1.1 Drei Thesen | 158 | 12 Der Geist bei der Arbeit. Die visuelle Repräsentation zerebraler Prozesse | 172 |
| 11.2 Kann eine „embodied“ Konzeption von Gedächtnis, Erinnerung und Trauma zu einem vertieften Verständnis von klinischem Material beitragen? | 160 | Michael Hagner | |
| 11.2.1 Unbewusstes Erinnern an den psychologischen und sexuellen Missbrauch | 161 | 12.1 Hirnbilder | 172 |
| 11.2.2 Das Erinnern und Verleugnen früher traumatischer Trennungen | 163 | 12.2 Morphologische und funktionale Visualisierungen des Gehirns | 176 |
| | | 12.3 Homunculus cerebri | 182 |
| | | 12.4 Neuroimaging als nach innen gewendete Physiognomik | 186 |
| | | Personen- und Sach- verzeichnis | 193 |

This page intentionally left blank

Einführung

This page intentionally left blank

1 Trauma im Fokus von Psychoanalyse und Neurowissenschaften

Marianne Leuzinger-Bohleber, Gerhard Roth und Anna Buchheim

„Immer wieder stürzte ein brennendes Haus ein und überschüttete die Straße mit Licht. Erst jetzt bemerkte der Junge, daß das brausende Geräusch der Flammen alle anderen Geräusche übertönte, ein fachendes, sausendes Geräusch, das selbst den Lärm der zusammenstürzenden Fassaden überdeckt. Die Flammen zogen sich an den Häuserfronten entlang bis zum Ende der Straße, da war der undurchdringliche Abschluß der Welt, dahinter war nichts mehr. Die dunklen, rotvioletten Wolken, die Flammenwand, die alles umhüllte, die Menschen, die wie in Zeitlupe vorüberzogen, alle Bewegungen verlangsamt, sich mühsam wie in Trance bewegend, das Ende der Welt war ein apathisches, fast friedliches Bild. Der Junge hatte das Gefühl, er wäre allein auf der Welt und sähe alles aus einer einsamen Distanz, aus einer anderen Entfernung als bisher, die Menschen und ihre Welt ... Menschen, die im Strom der Zeit geboren wurden und die in ihm starben, ohne diese Bewegung zu erkennen. Das war das Todesbild, das der Junge nie vergaß, das er sein Leben lang mit sich trug. Solange er lebte, würde er das vor Augen haben“ (Forte 1999, S. 467f.).

Wie viele andere Schriftsteller beschreibt Dieter Forte die **Auswirkungen einer akuten Extremtraumatisierung** mit einer bewundernswerten Präzision. Der Junge wird durch die traumatische Erfahrung aus der Wirklichkeit herausgerissen: In einem dissoziativen Zustand erlebt er die Realität um sich herum nun völlig anders, unwirklich, entrückt, von allen anderen Menschen getrennt, isoliert und einsam. Er realisiert intuitiv, dass diese Erfahrung einen existenziellen Bruch in seinem Leben darstellt, den er nun immer mit sich tragen wird. Nichts wird mehr sein wie vorher. Psychoanalytiker wissen

aus Behandlungen mit schwer traumatisierten Menschen, dass diese nach solchen Erfahrungen nicht mehr in ihr Leben zurückgefunden haben: Sie sind psychisch „nie ganz da“, haben den Boden unter den Füßen dauerhaft verloren, fühlen sich unverbunden mit anderen, nie mehr wirklich als aktives Zentrum ihres eigenen Lebens.

Psychoanalytiker gewinnen ihre Erkenntnisse bekanntlich aus der intensiven Arbeit mit einzelnen Patienten, die sie wegen psychischer oder psychosomatischer Probleme aufsuchen. Die Einsichten in die unbewussten Determinanten seelischen Leidens erweisen sich oft nicht nur als „heilend“ bezüglich der seelischen und körperlichen Symptome, sondern auch als „sinnstiftend“ in der Weise, als z.B. die bisher unerkannten Auswirkungen erlittener Traumatisierungen nun als Erinnerungen oder Ermahnungen an die eigene, unverwechselbare Lebensgeschichte erkannt und psychisch integriert werden können. Wir werden in diesem Band diskutieren, dass diese „narrative“, „sinnstiftende“, psychotherapeutische Dimension im Umgang mit traumatisierten Patienten durch keine anderen „wissenschaftlichen“ Befunde ersetzt werden kann. Allerdings ergeben sich zur wissenschaftlichen Reflexion solcher psychoanalytischen Beobachtungen faszinierende Parallelen zu Befunden neuerer neurowissenschaftlicher Forschungen zum Trauma. Es ist ein Anliegen dieses Buches, etwas zur wissenschaftlichen Brückenbildung zwischen den beiden Disziplinen beizutragen, indem wir ihre spezifischen Wissenskorpi und darauf basierende Konzeptualisierungen miteinander in Beziehung setzen und Gemeinsamkeiten, aber auch Unterschiede klar herausarbeiten.

1.1 Zum Dialog zwischen Psychoanalyse und Neurowissenschaften

Eric Kandel (1999), der international führende Neurobiologe, Psychiater und Medizin-Nobelpreisträger des Jahres 2000, hat mit seinem Plädoyer für eine Intensivierung des Dialogs zwischen der Psychoanalyse und den Neurowissenschaften großes internationales Aufsehen erregt. Der Austausch zwischen diesen beiden Disziplinen hat sich in den letzten Jahren so sehr intensiviert, dass im Freud-Jahr 2006 der Eindruck entstand, dieser Dialog bilde für die heutige Psychoanalyse das wichtigste Fenster zur Welt der aktuellen wissenschaftlichen Diskurse. Geht dadurch ein alter Traum von Sigmund Freud in Erfüllung?

Bekanntlich hatte Freud sein Leben lang gehofft, neuere Entwicklungen in den Neurowissenschaften könnten dazu beitragen, psychoanalytische Prozesse auch naturwissenschaftlich zu erforschen. In Kapitel 3, S. 32, belegt der englische Neurologe und Psychoanalytiker Mark Solms (wie bereits in vielen seiner früheren historischen und theoretischen Beiträgen), dass sich Freud – angesichts des Standes der neurowissenschaftlichen Methoden seiner Zeit – von dieser Vision abwandte und die *Psychoanalyse als ausschließlich psychologische Wissenschaft des Unbewussten* definierte. Neuere Entwicklungen in den Neurowissenschaften, z.B. die Untersuchung des Gehirns am lebenden Menschen mithilfe von bildgebenden Verfahren, aber auch die von Solms und anderen psychoanalytischen Forschern beschriebene neuroanatomische Methode, haben den interdisziplinären Dialog zwischen der Psychoanalyse und den Neurowissenschaften in den letzten Jahren befruchtet und intensiviert. 1999 erschien zum ersten Mal die internationale Zeitschrift *Neuro-Psychoanalysis*, in der namhafte Neurowissenschaftler und Psychoanalytiker Themen wie Emotion und Affekt, Gedächtnis, Schlaf und Traum, Konflikt und Trauma sowie bewusste und unbewusste Problemlösungspro-

zesse detailliert und kontrovers diskutieren. 2000 wurde die internationale Gesellschaft *Neuropsychanalysis* gegründet, die in regelmäßigen Kongressen ebenfalls den Austausch zwischen diesen beiden Wissenschaften pflegt. Zudem haben sich in verschiedenen Ländern psychoanalytische Forschungsgruppen gebildet, die Patienten nach lokalisierbaren Hirnverletzungen psychoanalytisch behandeln, einmal um diese bei der Verarbeitung ihrer Behinderungen (z.B. Neglects) therapeutisch zu unterstützen, aber auch um gemeinsam mit ihnen die Auswirkungen der hirnrorganischen Schädigungen auf das seelische Funktionieren und Befinden klinisch sorgfältig zu untersuchen. Die mithilfe dieser neuroanatomischen Forschungsmethode gewonnenen Erkenntnisse werden dokumentiert, im internationalen Austausch zwischen den Expertengruppen miteinander verglichen und in der Zeitschrift *Neuro-Psychoanalysis* regelmäßig publiziert.

So scheinen zunehmend viele Forschergruppen weltweit zu realisieren, dass sich Neurowissenschaften und Psychoanalyse gut ergänzen könnten: Die Neurowissenschaften verfügen inzwischen zunehmend über objektivierende und exakte Methoden zur Prüfung anspruchsvoller Hypothesen über menschliches Verhalten, während die Psychoanalyse aufgrund ihrer reichen Erfahrung mit Patienten die notwendige Konkretion und das Anschauungsmaterial in Bezug auf menschliches Verhalten beizutragen und dadurch genaue Fragen an die Biowissenschaften zu stellen vermag. Um die vielschichtigen und komplexen Beobachtungen in der psychoanalytischen Situation zu konzeptualisieren, hat die Psychoanalyse differenzierte Erklärungsansätze entwickelt, die auch für Neurowissenschaftler von Interesse sein könnten. Daher stand die Kooperation und ein vertiefter Verständigungsversuch zwischen Neurowissenschaften und Psychoanalyse im Zentrum der Tagung, die im Februar 2006 im Hanse Wissenschaftskolleg Bremen stattfand, und über deren Ergebnisse wir hier berichten (s.a. Leuzinger-Bohleber 2007).

Bei der Konzeptualisierung der Tagung schien es uns sinnvoll, eine thematische Eingrenzung vorzunehmen, und zwar auf ein Feld, auf dem der Kenntnisstand beider beteiligten Disziplinen weit fortgeschritten ist und sich Konvergenzpunkte bereits abzeichnen. Wir entschieden uns für die interdisziplinäre Beleuchtung von „Psychotrauma“ beziehungsweise der „Posttraumatischen Belastungsstörung“. Die Autoren dieses Bandes verfügen über reiche Vorarbeiten zu dieser Thematik. So waren z.B. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Sigmund-Freud-Instituts an einem sechsjährigen interdisziplinären Kolloquium „Psychoanalyse und Neurowissenschaften“ beteiligt (1992–1998 gefördert von der Köhler Stiftung GmbH; vgl. die Ergebnisse des Kolloquiums in: Leuzinger-Bohleber et al. 1998; Koukkou u. Leuzinger-Bohleber 1998).

Im Rahmen des Gesprächskreises „Seele und Gehirn“, der seit 1999 am Hanse-Wissenschaftskolleg stattfindet, erschien das Thema „Psychotrauma/Posttraumatische Belastungsstörung“ hervorragend geeignet als Brücke zwischen der Psychoanalyse und den Neurowissenschaften. Zwar hätte sich der interdisziplinäre Dialog auch an anderen psychischen Phänomenen – beispielsweise der Depression – entzünden können, doch besteht aus Perspektive der bildgebenden Verfahren der Vorteil des Fokus „Trauma“ darin, dass Traumatisierungen stärkere neurobiologische Effekte zeigen als eine Depression und deshalb mit den bildgebenden Verfahren besser zu erforschen sind. Zudem bietet sich eine interdisziplinäre Betrachtung des Phänomens Psychotrauma an, weil sie wissenschaftlich interessant, angesichts des Entwicklungsstands der Theoriebildung und des empirischen Kenntnisstandes notwendig und in klinisch-praktischer Hinsicht hilfreich ist. Um psychische Traumata verstehen und adäquat behandeln zu können, braucht es das Wissen verschiedener Disziplinen sowie die Kooperation von deren Experten. Schließlich blickt sowohl die biologische als auch die psychoanalytische Interpretation des Psychotraumas auf eine reiche, mehr als hundertjährige Geschichte zurück.

Weiter ist zu erwähnen, dass professionelles, transdisziplinäres Wissen über Psychotrauma und seiner Behandlung eine hohe Relevanz und Aktualität hat. So zeigen verschiedene Studien und therapeutische Erfahrungen, dass eine rasche und fundierte Behandlung von akut traumatisierten Menschen in vielen Fällen eine Chronifizierung verhindern oder wenigstens abmildern kann (ein bekanntes Beispiel war die Arbeit mit den Überlebenden der Katastrophen von Eschede 1998 und vom 11. September 2001). Allerdings weisen psychoanalytische Erfahrungen mit schwer und wiederholt Traumatisierten darauf hin, dass rasche therapeutische Erfolge bei dieser Patientengruppe nicht zu erwarten sind. Oft kann aber ein Verstehen der bisher unbekanntem Wurzeln aktueller Symptome (wie Flashbacks, Albträume, Dissoziationen etc.) zu einer Integration der erlittenen Traumatisierungen in die eigene Biografie und damit zu einem Kontinuitätsgefühl zwischen Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft führen, was für die Lebensqualität der Betroffenen und ihrer Angehörigen oft von unschätzbarem Wert ist (vgl. dazu u.a. Mancía, Bohleber, Gullestad; Fonagy, Sachsse und Roth in diesem Band; Leuzinger-Bohleber et al. 2002). Dieser Band möchte dazu beitragen, die Chancen und Grenzen neuerer, kürzerer Therapieverfahren bei Traumatisierten angesichts des aktuellen Wissensstandes in beiden Disziplinen kritisch zu diskutieren.

1.2 Posttraumatische Belastungsstörungen

International hat sich die Definition Posttraumatischer Belastungsstörungen nach dem DSM-IV eingebürgert. Sie bildet die Basis vieler interdisziplinärer Forschungsarbeiten, wobei zu beachten ist, dass diese Definition rein deskriptiver Natur ist und keine Aussagen darüber macht, welche psychischen und/oder neurobiologischen Mechanismen psychischen Traumatisierungen zugrunde liegen.

Im Sinne des **DSM-IV** ist die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) *„die Entwicklung charakteristischer Symptome nach der Konfrontation mit einem extrem traumatischen Ereignis“*.

Ein solches Ereignis umfasst *„das direkte persönliche Erleben einer Situation, die mit dem Tod oder der Androhung des Todes, einer schweren Verletzung oder der Bedrohung der persönlichen Unversehrtheit einer anderen Person zu tun hat oder das Miterleben eines unerwarteten oder gewaltsamen Todes, schweren Leids oder Androhung des Todes oder Verletzung eines Familienmitgliedes oder einer nahe stehenden Person“* (APA 1998, S. 487).

Im Sinne der **WHO** ist eine PTBS *„ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“* (WHO 2000, S. 211).

Ein solches Ereignis wirkt von außen als massiver Stressor auf das Subjekt ein und verändert dessen teils genetisch angelegte, teils durch vorgeburtliche und frühkindliche Bindung geprägte, teils durch Außenerfahrungen gebildete Strukturanteile. Diese Einwirkung wird vom Gehirn als Gefahr identifiziert und führt innerhalb sehr kurzer Zeit zu einer somatischen Stressreaktion, die von heftigen psychischen Reaktionen begleitet ist.

Als Symptome einer PTBS zählt das DSM-IV u.a. auf: intensive Angst, Hilflosigkeit oder Entsetzen, das anhaltende Wiedererleben des traumatischen Ereignisses, die Vermeidung von Trauma-assoziierten Reizen sowie ein anhaltend erhöhter Erregungszustand. Auslöser für traumatisierende Situationen sind beispielsweise Kriege, Naturkatastrophen, schwere Unfälle, aber auch bewusst durch andere Menschen verursachte Schädigungen wie Folter oder Vergewaltigung (APA 1998, S. 487).

Wichtig ist, dass nicht alle Menschen in analoger Weise auf solche Extremerfahrungen reagieren. Fischer und Riedesser (2006, S. 104) stellen nach einer Reihe eigener Untersuchungen fest, dass „nur“ etwa ein Viertel bis

ein Drittel der Personen nach Ereignissen bzw. Lebensumständen von mittelschwerem bis hohem Belastungsgrad eine psychotraumatische Belastungsstörung entwickeln. Daher hat sich die **Resilienzforschung** in den letzten Jahren vermehrt mit der Frage auseinandergesetzt, welche Faktoren bei Menschen dazu führen, keine posttraumatische Belastungsstörung zu entwickeln und sich „erstaunlich normal“ zu verhalten. Hauser, Allen und Golden (2006) haben aufgrund einer detaillierten Nachuntersuchung von gewalttätigen, schwer traumatisierten Kindern und Jugendlichen nach einem psychiatrischen Aufenthalt postuliert, dass die Einsicht in den eigenen Anteil der schweren Entwicklungskrise sowie minimal unterstützende Bedingungen (mindestens eine vertrauensvolle Objektbeziehung in der frühen Kindheit) die Resilienz dieser Kinder positiv beeinflusste. Egle, Hoffmann und Joraschky (1997) fassten die Ergebnisse vieler internationaler Studien zu einem weiteren Gebiet schwerer Traumatisierung, dem sexuellen Missbrauch, zusammen. Danach entwickeln zwischen 19–49% der sexuell missbrauchten Kinder zuerst einmal keine psychopathologischen Symptome. Gute Objektbeziehungserfahrungen, sichere Grenzen zwischen den Generationen sowie eine altersgemäße Aufklärung erwiesen sich dabei als wichtige Schutzfaktoren. Allerdings ist aus psychoanalytischer Sicht, wie auch der Behandlungsbericht von Siri Gullestadt in diesem Band heraushebt (s. Kap. 5, S. 55), Vorsicht geboten: Klinische Erfahrungen mit Erwachsenen und Kindern nach sexuellem Missbrauch zeigen, dass für die meisten Betroffenen diese Erfahrungen durchaus einen traumatisierenden Effekt hatten, besonders falls der Missbrauch durch nahe Familienangehörige vollzogen wurde. Oft finden sich bei Opfern sexueller Gewalt keine auf Anheb erkennbaren Symptome, sie verlieren aber das Basisvertrauen in schützende, gute innere Objekte. Viele von ihnen entwickeln Jahre nach dem stattgefundenen Missbrauch schwere Ängste und Konflikte besonders in ihren Intimbeziehungen.

1.3 Zur Geschichte der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem Psychotrauma

Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit den Folgen traumatisierender Erfahrungen lässt sich bis in die Mitte des 19. Jahrhunderts zurückverfolgen (Bohleber 2000b; Mertens u. Waldvogel 2000; Sachsse, Venzlaff u. Dulz 1997). Die Diskussion im 19. Jahrhundert interpretierte einerseits die Folgen von Eisenbahn- und Arbeitsunfällen als „Eisenbahnwirlbelsäule“ oder als „Traumatische Neurose“, setzte sich aber andererseits mit massiver Kindesmisshandlung und sexualisierter Gewalt gegen Kinder auseinander. Pierre Janet und der frühe Sigmund Freud vertraten in der Auseinandersetzung mit dem Krankheitsbild der Hysterie die Position, es handele sich hierbei um unerkannte Folgen traumatischer Erfahrungen im Zusammenhang mit sexuellem Kindesmissbrauch. So begann die Psychoanalyse als reine Traumatheorie. 1895 entwickelte Freud im „Entwurf einer Psychologie“ (1895) ein erstes theoretisches Verständnis des Traumas: Er arbeitete mit einem neuronalen Modell, dessen Haupttendenz darin besteht, alle Erregungsquanten abzuführen oder zu binden. Dem Ich als psychischer Organisation kommt u.a. die Aufgabe zu, den Reizschutz gegen die Außenwelt zu garantieren und dadurch das direkte Eindringen der exogenen Energiequanten zu verhindern. Im Falle übergroßer Energiequanten wird der Reizschutz durchbrochen, und es kommt zum Trauma. Bekanntlich gab Freud (1896) die in diesem Modell enthaltene Verführungstheorie auf. Doch blieb die im Rahmen des neuronalen Modells entwickelte ökonomische Konzeption des Traumas für seine weiteren, nun „rein psychologischen“ Theorien weiterhin bestimmend. Er betonte jetzt allerdings die entscheidende Rolle kindlicher Phantasien für die Entstehung von Neurosen. Janet hingegen vertrat weiterhin das Konzept

der Traumaätiologie bei hysterischen Erkrankungen.

Der Erste Weltkrieg zwang Freud erneut zur Auseinandersetzung mit dem Trauma, beziehungsweise mit Patienten, die, wie er es ausdrückte, an einer „Kriegsneurose“ litten. Seine Konzepte wurden versuchsweise zur Behandlung traumatisierter britischer und amerikanischer Soldaten eingesetzt.

Nach dem Zweiten Weltkrieg waren es wiederum die Folgen von „man-made disasters“, die das Trauma in den Fokus professioneller Aufmerksamkeit rückten:

- Die extremtraumatischen Erfahrungen des Holocaust, die viele Überlebende zur Behandlung beziehungsweise zur Begutachtung wegen Wiedergutmachungsansprüchen zu Psychoanalytikern führten, erzwangen eine erneute Analyse von kurz- und langfristigen Folgen von Extremtraumatisierungen.
- Die Behandlung von Kindern der Überlebenden vermittelte die Erkenntnis, dass traumatische Erfahrungen dieses Ausmaßes auch in das Leben der nächsten Generation eindringen. „*Man-made disasters haben vielfältige transgenerationelle Auswirkungen nicht nur für die betroffenen Familien, sondern auch für die Gesellschaft als Ganzes und für die Repräsentanz des Traumas im kollektiven Gedächtnis und der Gruppenidentität*“ (Bohleber 2000a, S. 795). Auch die Folgen der Bombenangriffe von Hiroshima und Nagasaki betreffen mehr als eine Generation.

Die klinischen Konzepte zur Therapie von Überlebenden des Holocaust versuchten die Annäherung an Erfahrungen, die das menschliche Vorstellungsvermögen überschreiten. Hans Keilson (1979a) charakterisierte Auschwitz auch als einen Ort, „*wo unsere Sprache nicht hinreicht*“. Die traumatische Erfahrung zerstört den Schutzschild der Bedeutungsstrukturen im Menschen, schreibt sich dem Körper ein und nimmt direkten Einfluss auf die organische Basis psychischer Funktionen.