Angst und Trauma – Zur Bedeutung der Angst in der psychoanalytischen Traumatologie

Peter Giesers

Der Zusammenhang zwischen Trauma und Angst ist zunächst rein empirisch leicht belegbar. Lähmende Angst, die das Ich überflutet und sein Fassungsvermögen überfordert, ist die allgemeinste Reaktion der Psyche auf ein Trauma. Es gibt zahlreiche Untersuchungen, die nachweisen, daß Angsterkrankungen sehr häufig Folgen von z.B. sexuellem Mißbrauch sind. Es ist die automatische Angst, die im Trauma alle psychische Abwehr außer Kraft setzt; und es ist die Wiederkehr der Angst, die am Anfang jeder Trauma-Therapie steht.

Angst- und Trauma-Konzepte standen schon zu Beginn der Psychoanalyse vor über hundert Jahren im Zentrum der Aufmerksamkeit. Die Konzepte zu den Angstneurosen und traumatische Neurosen spielten dann aber beim Aufbau der Triebpsychologie nur noch eine randständige Rolle. Das wurde erst mit der zweiter Neurosenformel bzw. zweiten Angsttheorie aus dem Jahre 1926 (der 2. Angsttheorie Freuds) anders. Die Angst stellt jetzt die konzeptionelle Brücke dar zwischen dem äußeren Trauma und der inneren Welt des Patienten, zwischen Trauma und Konflikt. Damit war der Weg für die Ich- und Objektbeziehungspsychologie geebnet. Die seelischen Phänomene konnten jetzt in Ergänzungsreihen geordnet werden.

Kurz gefaßt lauten meine Thesen: 1. Die psychoanalytische Traumatologie thematisiert die Schnittstelle zwischen dem intrapsychischen Wirkungsraum und dem Wirkungsgefüge der äußeren faktischen Realität.Die Begriffe Trauma vs. Konflikt stehen dabei für zwei unterschiedliche Fokussierungen: Ihre Dichotomisierung hat für Diagnostik und Behandlungstechnik heuristischen Wert. 2. Das psychoanalytische Angst-Konzept mit der für dem Traumatologie so wichtigen Konzept des Wiederholungszwangs ist das entscheidende Bindeglied zwischen Trauma und Konflikt. Die Revision der Angsttheorie leitete auch den Paradigmenwechsel in der Psychoanalyse ein, der über Ich-Psychologie und Objektbeziehungspsychologie einen langsamen Wandel von einer Triebpsychologie zu einer Affektpsychologie vorzeichnete.

In den letzten Jahren gehen gerade von der psychoanalytischen Traumatologie und der Affektforschung die wichtigsten Neuerungen in der Neurosenlehre und Behandlungstechnik aus. Um sie besser einordnen zu können, ist es hilfreich, zunächst auf die historische Geburtsstunde des Themas zurückkommen.

Das erste Angst-Modell Freuds

Freud machte am Ende des letzten Jahrhunderts zunächst eine grobe Unterteilung in Realangst und neurotischer Angst. Die Realangst vor äußeren Gefahren war damals zu selbstverständlich, um genauer untersucht zu werden. Bei der neurotischen Angst ging Freud 1895 von einer rein ökonomischen Betrachtungsweise aus: Am Anfang steht eine Triebenergie, die auf Befriedigung ausgerichtet ist. Wenn sich der dadurch angeregte Handlungskreis nicht schließen kann, entweder durch äußere Bedingungen (z.B. gesellschaftliche Sexualverbote) oder durch innere Hemmungen (der moralische Gegen-Wille zum Triebbedürfnis), kommt es zur Angstentwicklung. Also eine einfache Kausalkette:

Erregung → Frustration/Hemmung → Angst.

Angst ist demnach ein Verwandlungsprodukt unterdrückter sexueller Erregung. Freud hat an diesem Modell einer Aktualneurose (ohne Psychodynamik) bis zuletzt immer festgehalten.

Das erste Trauma-Modell Freuds

Das erste Neurosen-Modell Freuds entsteht etwa zur gleichen Zeit. Es ist ein bereits ziemlich komplexes Trauma-Modell mit einer zweiphasigen Pathogenese: Die erste Phase findet danach in der frühen Kindheit statt: Das

Kind wird Opfer eines traumatischen sexuellen Ereignisses. Es antwortet mit einer Ur-Verdrängung, da es das Geschehen nicht integrieren kann. In der Folge der Ur-Verdrängung bleibt das Trauma als Wunde im Unbewußten erhalten. Die zweite Phase findet in der Adoleszenz statt. Es kommt zu einem Erlebnis, das die Erinnerung an das alte Trauma wachruft. Es kommt dann zu einem Konflikt zwischen den sexuellen Erinnerungsbildern und den inzwischen übernommenen elterlichen Moralvorstellungen. Es wird dann der Versuch gemacht, die Erinnerung nochmals zu verdrängen. Wegen der quantitätsmäßig verstärkten Libido scheitert dies jedoch. Die mit den Erinnerungen verbundenen Affekte werden eingeklemmt und können nicht abgeführt werden. Es kommt zur Symptombildung als Kompromiß.

Trauma→ verdrängte Erinnerung → Symptom

---

mit eingeklemmtem Affekt

Die Trauma-Perspektive hat Freud immer wieder aus aktuellen Gründen aufgegriffen, z.B. bei der Behandlung der Kriegneurosen. Durch die strenge Trennung der traumatischen Neurosen von den Psychoneurosen, blieb das Trauma-Konzept stets neben dem bald entwickelten Konfliktmodell in einer Nische erhalten. In dieser Nische arbeiteten später vor allem Rank und Ferenczi, um die von Freud gelassene Lücke zu füllen.

Auf die Gründe für den sog. Widerruf der Verführungstheorie will ich hier nicht näher eingehen. Entscheidend ist die Hinwendung zur eigentümlichen Welt der intrapsychischen Realität, was zu einer systematischen Vernachlässigung der speziellen Wechselwirkung zwischen äußerer Realität und phantastischer innerer Welt geführt hat. Die Konfliktpsychologie zielte darauf ab, die Konstruktionsprobleme des Menschen allgemeinpsychologisch zu erfassen.

Es war Ferenczi, der sich der Grundsatzfrage widmete: Ist es ein innerer Konflikt, der ein Ereignis erst zu einem Trauma macht, oder ist es ein Trauma, das strukturbildend erst einen inneren Konflikt macht ? Ferenczi erkannte schon früh die struktur- und konfliktbildende Kraft der Traumata auf dem Weg einer internalisierten Objektbeziehungserfahrung. Seine Erklärung: Im Trauma werden die Ich-Funktionen des Kindes von Angst überschwemmt, es gerät in Trance, wobei es gezwungen ist, die Gewalt als fremdes Introjekt zu internalisieren, um sich das überlebensnotwendige Objekt als gut zu erhalten. Für Ferenczi ist das Nicht-Einfühlen des Erwachsenen das traumatische Moment im sexuellen Mißbrauch: Der Erwachsene sieht nicht das Kind mit seinem Bedürfnis nach Zärtlichkeit, sondern nur sich mit seiner Leidenschaft. Durch die Sprachlosigkeit des Traumas kann das Kind die Überstimulation, das Fassungslose, nicht durch Sprache fassen. Hier sind die neueren Erkenntnisse über die nonverbale Codierung traumatischer Erlebnisse im Gehirn bereits psychologisch vorformuliert.

Die zweite Angsttheorie Freuds 1926

Als Freud "Hemmung Symptom und Angst" den Versuch unternimmt, Konfliktperspektive und Traumaperspektive in einem Modell zu integrieren, greift er interessanterweise auf einen zentralen Affekt zurück: Die neue Neurosenformel wird um den Affekt der Angst zentriert. Angst und Trauma werden jetzt eng miteinander verbunden und bilden den Kern seiner neuen Neurosenformel. Angst entsteht danach im Ich als Reaktion auf ein Trauma, d.h. einer Reizüberflutung aus inneren oder äußeren Quellen. Kern des Traumas ist die erlebte Hilfslosigkeit und Ohnmacht des Kindes, man könnte sagen: Das Nicht-Fassen-Können. Als Bild der automatischen Angst übernimmt Freud von Rank die Vorstellung vom Geburts-Trauma, allerdings nicht konkretistisch, sondern nur als Metapher.

Im Laufe der Ich-Entwicklung, so Freud, lernt das Kind allmählich, Gefahrensituationen immer klarer wahrzunehmen, zu differenzieren und realistisch einzuschätzen. Der Affekt der Angst wandelt sich dabei von der unbeherrschbaren automatischen Angst zur Signalangst, die Angst wird desomatisiert, begrenzt und zweckdienlich. Die Signalangst hat regulierenden Charakter. Sie reproduziert in abgeschwächter Form die ursprünglich in einer traumatischen Situation erlebte Angst, um Abwehrmaßnahmen einzuleiten, die das Aufkommen unbeherrschbarer Angst, Hilfslosigkeit und Ohnmacht, vermeiden

sollen. Als Angstentwicklung bezeichnet Freud eine regressive Bewegung, wenn alle Abwehrmaßnahmen nicht helfen und wieder automatische Angst entsteht.

Früher war Angst das Resultat einer Abwehrreaktion (Verdrängung). In der neuen Formel ist Angst der Anlaß einer Abwehrreaktion, ein Signal mit der Funktion, Abwehrmechanismen zu aktivieren. Auf dem Hintergrund der Konflikt-Konzeptionalisierung konnte Freud noch 1916 formulieren, die Neurose sei das Negativ der Perversion, litten also daran, sich ihre Wünsche nicht gestatten zu können. Auf dem Hintergrund der Neurosen-Konzeption 1926 wäre eine Rückführung auf alte Fixierungen kindlicher Lust aber verfehlt, vielmehr geht es hier jetzt um einen Wiederholungszwang: Patienten, die schwere Neurosen entwickeln, leiden eher daran, traumatische Erfahrungen (also Erfahrungen extremer Angst, Verzweiflung und Fragmentierung) zwanghaft wieder aufsuchen zu müssen, um sie endlich angemessen abschließen zu können. Sie geraten dabei in einen Teufelskreis: Sie müssen ein infantiles Trauma wiederholen, um die unangenehme Spannung des bisher-Unverstandenen endlich zu erledigen (Suche nach aktiven Bewältigungsformen für passiv Erlittenes). Andererseits ist die Wiederholung selbst unangenehm und angstmachend, so daß auch stets nach Vermeidung der traumatischen Erinnerung gesucht wird. Ein unlösbares Dilemma.

Durch diese Konzeption der Angst war die Basis gegeben, der Entwicklung der Angst - und damit die vermeidbaren oder unvermeidbaren Traumata in ihrer Wechselwirkung mit dem seelischen Apparat genauer zu erforschen. Bereits Freud skizzierte eine Entwicklungsreihe verschiedener Gefahrensituationen, in denen es zu traumatischer Angst kommen kann (und damit zu Fixierungen für den Wiederholungszwang): Von der Ur-Angst (= Traumatische Überstimulierung, erste Trennungserfahrung), über Objektverlustangst, Angst vor Verust der Liebe des Objektes, Kastrationsangst bis zur Über-Ich-Angst. Anna Freud fügte hinzu: die Angst vor übermächtigen Triebimpulsen und die Angst vor inneren Widersprüchen, z.B. in Form von miteinander unverträglichen Triebimpulsen und Affekten (etwa Liebe und Haß gegen dieselbe Person). Beide Ängste beziehen sich auf die Funktionsfähigkeit des Ich, die überfordert werden kann. Insofern sind sie frühe Vorformulierungen der später konzeptualisierten Desintegrationsangst. Es gibt darüberhinaus enge Verbindungen zur Scham-Angst (Wurmser).

Die Säuglingsforschung betonte die Bedeutung der gegenseitigen Affektregulierung in der ersten Objektbeziehung. Wichtige Beiträge leisteten Spitz und Bowlby, die auf das natürliche Bindungsbedürfnis des Kindes aufmerksam machten mit entsprechenden Ängsten vor Deprivation bzw. Überfürsorglichkeit (narzißtischer Mißbrauch). Mahler konzeptualisierte die für frühe Störungen äußerst bedeutsame Angst vor symbiotischer Vernichtung (Angst vor dem „Wiederverschlungenwerden", dem Autonomieverlust). Kohut hat in Bezug auf die Entwicklung des Selbst auf Desintegrationsangst aufmerksam gemacht, die zeitlich eng mit der Wiederannäherungsphase Mahlers und der Autonomiegewinnung verbunden ist.

Durch die Angsttheorie war der Weg auch frei, um die traumatische Situation genauer zu untersuchen. Auch hier zeigt sich eine Ergänzungsreihe: Vom Schock-Trauma (hier durchbricht ein plötzliches äußeres Ereignis mit Gewalt die Ich-Grenzen), über die chronischen Traumata wie Mißhandlung, Vernachlässigung oder verschiedene Formen des sexuellen und/oder narzißtischen Mißbrauchs („kumulatives Trauma" nach Khan, oder „Entwicklungstrauma" nach Müller-Pozzi, „Spannungstrauma" nach Kris, „sequentielles Trauma" nach Keilson), über die universellen Traumata (Geburtstrauma, die Entdeckung des Getrenntseins von der Mutter, Verlust der magischen Omnipotenz, Ankunft eines Geschwisters, die Entdeckung des anatomischen Geschlechtsunterschiedes, die Erfahrung des Älterwerdens und das Gewahrwerden des Sterbens etc.) bis zu den sog „benignen" bzw. „konstruktiven" Traumata (Waelder), die nur als theoretischer Bezugspunkt der Ergänzungsreihe aufgeführt werden (dosierte Versuchungs- und Versagungserlebnisse, die entwicklungsfördernd wirken).

Trauma und Konflikt erweisen sich als Ergänzungspole einer Reihe: von der vorübergehenden traumatischen Neurose, über die Mischformen der schweren bis leichteren Persönlichkeitsstörungen, für die Fenichel die Bezeichnung "traumatophil" bzw. "traumatophob" vorschlug, bis hin zu den konfliktpsychologisch bedingten Neurosen.

Behandlungstechnische Fragen

Die Bearbeitung der Angst ist eine zentrale Stelle in der Behandlung. Hier zeigt sich, an welcher Stelle des Kontinuums zwischen vorwiegend traumatisch bedingter und vorwiegend konfliktbedingter Ätiologie der Patient sich befindet. Ohne ausreichende Angstanalyse kann es keine Trauma-Bearbeitung geben. Die Art der Angst gibt auch innerhalb des Therapieprozesses Auskunft über den Stand der Entwicklung.

Der Konflikt-Fokus filtert aus den Phänomenen die regressiv aufgesuchten "kindlichen Bewältigungsversuche" heraus, an denen die Kranken kleben geblieben sind, weil sie eine schwierige Entwicklungsaufgabe abkürzen wollten oder mußten. (Rückkehr zu einer früheren Erfolgssituation, Winnicott). Die Traumatologie achtet dagegen in den Symptomen auf die Wiederholung einer Inszenierung, in der sich die Not und Verzweiflung eines ohnmächtigen Kindes darstellen. (Rückkehr zu einer früher verfehlten Situation). Das Konflikt-Modell ist stets in Gefahr, den Patienten zu retraumatisieren (durch eine Verleugnung der realen Hilflosigkeit und Begrenztheit). Die Trauma-Konzeption umgekehrt neigt zu einer Überbetonung einer moralischen Perspektive im Sinne einer einseitigen Schuldzuweisung (Stichwort:"Mother-Hunting") oder der "Zementierung" einer Opferrolle. Die Gefahr der Betonung des Traumas ist, daß es die Abwehrhaltung des Patienten, sich selbst als ein passives Opfer der Ereignisse zu sehen, verstärken könnte, was die kreative Rolle des Patienten in der Anpassung verleugnet Beide Gefahren sind ernst zu nehmen. Die Analyse kommt nicht umhin, stets in beiden Richtungen zu denken.

Literatur

Arnold, S.: Angsterkrankungen, in: Egle, U.T., Hoffmann, S.O., Joraschky,

Joraschky, P.: Sexueller Mißbrauch, Mißhandlung, Vernachlässigung, Stuttgart 1997

Ferenczi, Sandor: Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind (1932), in: Bausteine zur Psychoanalyse, Bd. III, Frankfurt 1984

Fischer, G.; Riedesser, P.: Lehrbuch der Psychotraumatologie. München 1998

Freud, Sigmund: Über die Berechtigung, von der Neurasthenie einen bestimmten Symtomkomplex als „Angstneurose" abzutrennen (1895), in: Studienausgabe, Bd. VI, S.25-49, Frankfurt 1971

-Hemmung, Symptom und Angst (1926), in: Studienausg. Bd. VI

Rüger, U. (Hg.): Neurotische und reale Angst, Göttingen 1984

Hirsch, Mathias: Realer Inzest, Berlin 1990

Kasper, S. & Möller, H.-J.: Angst- und Panik-Erkrankungen, Jena 1995

Krause, R.: Psychodynamik der Emotionsstörungen, in: Scherer, K. (Hg.) Psychologie der Emotion, Bd. C/IV/3, Göttingen 1988

Mentzos, Stavros: Neurotische Konfliktverarbeitung, Frankfurt 1984

-Angstneurose, Frankfurt 1984

Müller-Pozzi, Heinz: Trauma und Neurose, in: Berna-Glantz/Dreyfuß (Hg.): Trauma, Konflikt, Deckerinnerung, Jahrbuch der Psychoanalyse, Beiheft 8 (1984)

Schlösser, A. & Höhfeld, K. (Hg.):Trauma und Konflikt, Gießen 1998

Van der Kolk, B.A: Zur Psychologie und Psychobiologie von Kindheitstraumata, in: Streeck-Fischer, A. (Hg.), Adoleszenz und Trauma, Göttingen 1998

Winkelmann, K.: Das Trauma – Kritische Anmerkungen zu einem kontroversen Begriff, in Anal. Kinder- u. Jugendl.psychother 97, XXIX.J., S.5-24

Verfasser:
Peter Giesers, Dipl.-Psych.
Psychologischer Psychotherapeut und Supervisor
Praxis:
Graf-Geßler-Str. 1
50679 Köln