

1 Einführung

Die Analytische Psychologie nach C.G. Jung und insbesondere ihre Kerntheorie, die Komplextheorie, gründen mitunter auf Studien von Jean-Martin Charcot, Pierre Janet und Sigmund Freud. Diese legten wesentliche Grundlagen für die heutige Psychotraumatologie. Wenn wir zeitgenössische Erkenntnisse der Psychotraumatologie in ein Verhältnis zu aktuellen Ansätzen der Analytischen Psychologie setzen – und die Komplementarität des Krankheitsverständnisses und der Komplextheorie aufzeigen – wollen, müssen wir zunächst das Verhältnis der Analytischen Psychologie zur psychoanalytischen Tradition beleuchten. Innerhalb der Analytischen Psychologie gilt es, verschiedene neuere Ansätze aufzuzeigen, die zur Behandlung von traumatisierten Patientinnen und Patienten entwickelt wurden.

An Traumata bzw. an *seelischen Verletzungen* mit unterschiedlichen Intensitäten leiden die meisten, wenn nicht sogar alle Patienten. Dies bedeutet nicht, dass alle Patientinnen und Patienten mit seelischen Verletzungen diagnostisch als traumatisiert einzustufen sind. Eine psychische Traumatisierung wird als Folge eines Ereignisses oder einer länger andauernden gravierenden Belastungssituation beschrieben. Traumatische Lebensereignisse und langandauernde Belastungssituationen begegnen uns im psychotherapeutischen Alltag als Auslöser und Verstärker von akuten und chronifizierten psychischen Störungen. Aufgrund der Erlebnisintensität und des Fehlens einer adäquaten Reaktionsweise führt diese Erfahrung zu einer Störung des psychischen Gleichgewichts und dadurch zu einer vorübergehenden oder dauerhaften Schädigung (Müller, 1973, S. 536 f.). Ob eine dauerhafte Schädigung erfolgt, hängt von diversen Faktoren ab: Charakter, Persönlichkeit, Entwicklungs- und Reifestadium, Vulnerabilität, soziale Einbettung und Unterstützung, soziographische Situation, erworbene Resilienz, Kompetenzen und Coping-Strategien im Umgang mit Stress und Belastungen. Je nach

Konstellation dieser Faktoren können belastende Lebensereignisse sowie sequentielle Belastungen zu unterschiedlichen Beeinträchtigungen führen. Diese reichen von der Posttraumatischen Belastungsstörung, welche beispielsweise als Folge von bereits einmaliger extremer Gewalteinwirkung auftreten kann, bis zu komplexen Traumatisierungen. Komplexe psychische Traumatisierungen, wie sie als Folge von Beziehungstraumata entstehen, können verschiedene Formen von Persönlichkeitsstörungen zur Folge haben. Kernberg korreliert beispielsweise narzisstische Persönlichkeitsstörungen mit Deprivations-Traumata im Säuglingsalter oder das Auftreten der Borderline-Persönlichkeitsstörung mit Traumata in der Wiederannäherungsphase im Kleinkindalter (Kernberg, 2009).

Dank der seit den 1980er Jahren ausgedehnten medizinischen und psychologischen Forschung zum Thema Traumatisierung steht uns eine Vielzahl von empirischen Untersuchungen im psychotherapeutischen Kontext zur Verfügung. Sie dienen der Klärung psychophysiologischer Zusammenhänge. Die Diagnose der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) identifiziert die ausgeprägteste Form einer pathologisch gewordenen Umgangsweise mit einer gravierenden seelischen Verletzung. Je differenzierter wir das Denken, Fühlen, Handeln und Empfinden eines Patienten verstehen, desto komplexer und feinkörniger lassen sich die physischen und psychischen Umgangsweisen mit Verletzungen nachvollziehen. Die neurologischen Coping-Mechanismen entsprechen bereits bei leichtgradigen seelischen Verletzungen einem Muster, das therapeutische Prozesse verständlicher macht. Auch die Fortschritte der Neurowissenschaften tragen dazu bei, die mentale, physische und emotionale Verarbeitung traumatischer Erfahrungen besser zu verstehen. Autoren wie Judith Lewis Herman, Bessel van der Kolk, Pat Ogden oder Peter Levine haben die Anwendung dieser Erkenntnisse im psychiatrischen, psychotherapeutischen Setting erprobt und weiterentwickelt. Erkenntnisse aus den Neurowissenschaften erhellen zunehmend Zusammenhänge des sogenannten Embodiments, der körperlichen Repräsentation von Emotionen (Damasio, 2000). Durch das zeitgeschichtlich verstärkte Bewusstsein für häusliche Gewalt und sexuellen Missbrauch in Familien wurden insbesondere auch die Studien zu sequentiellen, komplexen und entwicklungsbezogenen Traumatisierungen ausgeweitet. Traumatisierungen, ob sie nun dem Vollbild einer diagnostizierten Posttraumatischen Belastungsstörung oder einer

verschleierte Form von komplexen Entwicklungstraumata entsprechen, haben zahlreiche Ursachen. Neben selbst erlittenen Unfällen, emotionaler oder physischer Vernachlässigung in der Kindheit, schweren Krankheiten (z. B. Mitteilung einer Krebsdiagnose), Naturkatastrophen und Kriegserfahrungen können Arbeits- oder Verkehrsunfälle zu einer psychischen Traumatisierung führen.

Je besser wir die physischen Prozesse und Abwehrmechanismen, welche die psychischen Störungsbilder begleiten, verstehen, desto größer wird unser Kenntnis der Symptomatik. Dieses Wissen ist auch die Basis therapeutischer Interventionen, die dem Schweregrad der Traumatisierung und der Stabilität des Patienten angepasst sein müssen. Während die unbewussten Prozesse mental oft diffus und schwer fassbar bleiben, erlauben die Schulung der Körperwahrnehmung und der Umgang mit der körperlichen Symptomatik, die beispielsweise bei Affektausbrüchen feststellbar ist, den Patientinnen und Patienten, schrittweise einen selbstwirksamen Zugang zur Emotionsregulierung zurück zu erlangen. Van der Kolk beschreibt, wie traumatische Erlebnisse der Vergangenheit über bewusste physische Erfahrungen transformiert werden können und die emotionale Kontrolle stückweise wiedergewonnen werden kann (van der Kolk, 2015). Das Studium der psychischen und physischen Reaktionsweisen auf seelische Verletzungen ist deshalb ein wesentlicher Schlüssel, um das Erleben sowie die funktionalen und dysfunktionalen Verhaltensmuster des Patienten zu erkennen. Seelische Verletzungen und ihre Überwindung gehören zur individuellen Lebens- und zur kollektiven Menschheitsgeschichte. Ihre Überwindung führt oftmals zu Wandlungsprozessen und neuen Entwicklungsmöglichkeiten. Während nicht alle Patienten auf belastende Lebensereignisse traumatisiert reagieren, liegen der traumatischen Reaktion allgemeine oder archetypische psychische Reaktionsmechanismen zugrunde, die für das Verstehen und den Umgang mit seelischen Verletzungen relevant sind. Die biophysische Reaktion auf Traumata ist trotz der kulturell unterschiedlichen Bewältigungsstrategien universell. Sie nimmt oftmals prägenden Einfluss auf die Familien- und Generationsgeschichte, auf das Selbstverständnis und die individuelle und kollektive Identität der Betroffenen.

Die Analytische Psychologie C.G. Jungs ermöglicht den Zugang zur Psychotraumatologie durch den geteilten Fokus auf dissoziative Phänomene. Der Begriff der Dissoziation, den der französische Psychiater Pierre Janet

(1859–1947) prägte, spielt in der Analytischen Psychologie sowohl für das Krankheitsverständnis der Neurose wie für die Komplextheorie eine entscheidende Rolle. Jungs Interesse an den Emotionen als verbindendes Element zwischen Körper und Seele steht am Anfang seiner Entwicklung der Komplextheorie. Unter einem Komplex versteht Jung einen gefühlsbetonten psychischen Inhalt oder einen Vorstellungskomplex, der größtenteils unbewusst ist. Wird dieser Komplex durch eine Erfahrung angestoßen, welche eine ähnliche emotionale Färbung hat, kann der Komplex getriggert werden und das Verhalten der Person autonom steuern (► Kap. 7).

Traumata beschreibt Jung als besonders intensive Komplexe. Entsprechend verstärkt sind die dissoziativen Prozesse bei traumatischen Komplexen. Jung versteht unter Dissoziationen zunächst eine psychische Reaktion, die zur Entstehung von Neurosen – im Extremfall auch zu Psychosen – führen kann. Eine Dissoziation tritt auf, wenn verschiedene Persönlichkeitsanteile unvereinbar sind. Wenn die bewusste Einstellung der Person beispielsweise gegensätzlich zu einem unbewussten Impuls oder Drang steht, dann muss der unbewusste Impuls abgespalten werden, um das positive Selbstbild intakt zu halten. Beispielsweise erfolgt bei einem konservativ sozialisierten Mann, der sich unbewusst in einen Kollegen verliebt, sich jedoch aus moralischen oder konventionellen Gründen seine Homosexualität nicht bewusst zugestehen kann, eine besonders kategorische Abwertung des Kollegen. Diese erfolgt stellvertretend bzw. projektiv für die Selbstabwertung des Mannes für seine sexuelle Ausrichtung, die er sich aufgrund seiner bewussten Einstellung nicht eingestehen kann. In der jungschen Terminologie stehen sich der Schatten und die Persona gegenüber: Der unerwünschte Persönlichkeitsanteil kontrastiert mit der Selbstdarstellung in der Außenwelt (Persona als *Maske* des Einzelnen im sozialen Raum), welche zur Aufrechterhaltung des positiven, bewussten Selbstbildes beiträgt. Der dissoziative Vorgang bindet Energie und hemmt die Spontanität der Person. Die Gefühle der Liebe und Zuneigung müssen verdrängt werden.¹

1 Die Unterscheidung der Begriffe Dissoziation, Abspaltung, Komplex, Trauma und des psychoanalytischen Begriffs der Verdrängung wird in den Kapiteln 3 und 4 ausführlicher besprochen.

»Bei der Dissoziation wird die Selbstwahrnehmung bzw. Selbsteinschätzung vorübergehend so verändert, dass der Betreffende ein anderes Bild von sich selbst erhält. Die Dissoziation dient dazu, interpersonelle oder intrapsychische Spannungen, die durch mit dem Selbstbild zusammenhängende Konflikte ausgelöst werden, zu reduzieren. Stärkere dissoziative Phänomene treten häufig nach Traumatisierungen in Erscheinung.« (Müller & Müller, 2003, S. 91)

Werden die emotionale Fracht und der abgespaltene Persönlichkeitsanteil nicht integriert, fehlt jedoch die Akzeptanz des ganzen eigenen Wesens. Dies führt zu innerem Leiden, das sich im neurotischen Fall beispielsweise in Form psychischer Ängste oder Zwänge zeigt. Unbewusst radikalisiert sich der persönliche Komplex der Person – die unangenehmen Symptome rufen nach Bearbeitung. Um die Ängste zu überwinden, muss der persönliche Komplex im Kern bearbeitet werden.

Die Erforschung der psychischen Wirklichkeit, welche sich insbesondere dann, wenn ein Komplex aktiviert ist, für die Person als untrügliche Realität anfühlt, obwohl sie allenfalls in einem starken Kontrast zur äußeren Welt und der Wahrnehmung der Mitmenschen steht, faszinierte Jung. Er stellte fest, dass die Assoziationen bei hysterischen Patientinnen und Patienten durch einen dominanten Komplex überschwemmt wurden, welcher oftmals auf ein früheres Trauma zurückging. Erst die bewusste Durcharbeitung dieses Komplexes ermöglichte dessen psychodynamische Bewältigung und Assimilierung. Über das Assoziationsexperiment beobachtete Jung eingehend die körperlichen Symptome komplexhafter, das heißt emotional aufgeladener, Reaktionsweisen, welche als Indikatoren zur Aufdeckung von verborgenen innerseelischen Konflikten dienten. In seinen Ausführungen zur *Transzendenten Funktion* beschreibt er, wie vielfältig die unbewussten Vorgänge sich bei den Menschen über symbolisches Material und über die körperlichen Bewegungen ausdrücken können. Unbewusste oder dissoziierte Inhalte können beispielsweise beim spontanen Gefühlsmalen oder im Sandspielprozess auftauchen und ausgedrückt werden.

Therapeutisch impliziert die Arbeit mit dissoziativen Symptomen also in der Analytischen Psychologie vermehrt auch die Integration der körperbewussten Arbeit. Auch aktuelle, klinisch orientierte Trauma-Theorien integrieren Janets Verständnis struktureller Dissoziationen prominent (van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2008). Die Bedeutung der Leiblichkeit und der Integration von Interventionen, welche Bewegung, Atmung und Körper-

wahrnehmung schulen, ist verhaltensmedizinisch erwiesen und grundlegend für eine erfolgreiche Exposition.

Mit der zunehmenden Entstehung und Beachtung körpertherapeutischer Ansätze verstärkt sich das Anliegen, dem Phänomen des Körpers und seinen vielfältigen Ausdrucksweisen im Rahmen des Psychotherapiesettings einen gebührenden Platz einzuräumen. Durch die kreative und ganzheitliche Ausrichtung der Analytischen Psychologie, welche die malerische Gestaltung von Gefühlen und später die Sandspielmethode als genuine Therapiemethoden standardisiert hat, sind Erkenntnisse zur Bedeutung des Körperbezugs früh selbstverständlich integriert worden. Die im letzten Jahrhundert durch Studien und Erkenntnisse parallel zur Psychoanalyse gewachsene Tradition von Gestalt- und Körpertherapeuten, wie beispielsweise Wilhelm Reich (Vegetotherapie), Alexander Lowen, Frederick Matthias Alexander (Alexander-Technik), Hilarion Petzold (Integrative Therapie) oder Moshé Feldenkrais (Feldenkrais-Methode), erwies sich als reichhaltige Quelle von Anregungen für körperorientierte Therapeuten unterschiedlicher Couleur. In der Analytischen Psychologie haben tanztherapeutische Ansätze wie das *Authentic Movement* von Mary Starks Whitehouse und Joan Chodorow aus den USA die Bedeutung von Körpersprache und Bewegung erforscht und beschrieben. In der europäischen Analytischen Praxis haben sich diese Erkenntnisse bislang jedoch erst marginal durchgesetzt. Die Bewegungstherapeutinnen erkannten, dass die Übersetzung von starken Emotionen wie Trauer oder Wut in spontane Bewegungen sowie das bewusste Atmen, Dehnen und Schütteln der Körperteile in der therapeutischen Praxis einerseits zu Entlastung und Affektregulierung führen kann, andererseits als Unterstützung der Bewusstwerdung von unbewussten Verhaltensmustern dient. Persönlichkeitsanteile und (schambesetzte) Verhaltensmuster, welche über eine direkte kognitive oder emotionale Konfrontation noch nicht aushaltbar sind, können über die Bewegung im geschützten Raum der therapeutischen Beziehung oft einfacher zugelassen werden. Der Zugang zum eigenen Schatten, also die Einsicht und Integration von Selbstanteilen, welche schwer mit dem Selbstbild zu vereinbaren sind, kann über das bezeugte und eingeschränkt bewusste Bewegungsspiel erarbeitet werden. Den innerseelischen Prozess auf der körperlichen Ebene mit durchzuarbeiten und ihm über Bewegung einen zusätzlichen Darstellungsraum zu

verleihen, führt beim Patienten einerseits zur Verankerung bewusst gewordener Inhalte, andererseits zu überraschenden Körper- und Bewegungsimpulsen, die das Geschehen auf neue Weise integrieren und transformieren. Das bewusste Erlernen von Atemtechniken und die Unterstützung der Fähigkeit, Emotionen durch Bewegungen darzustellen, kann hierbei über leichte Übungen einen einfachen und selbstwirksamen Zugang zur eigenen Emotionsregulierung und zur inneren Abgrenzung unterstützen.

Für die Bedeutung eines – unter anderem – leiborientierten Zugangs spricht auch die psychoanalytische These, dass durch Traumatisierungen die Symbolisierungsfähigkeit verschüttet werden kann. Traumatisierungen bezeichnen psychische Störungen im präverbalen Bereich. Im Hinblick auf die Arbeit mit traumatisierten Menschen, deren Mentalisierungsfähigkeiten beeinträchtigt sind, ermöglicht die symbolorientierte Arbeitsweise der Analytischen Psychologie einen wertvollen therapeutischen Zugang. Die selbstwirksame Erfahrung der Emotionsregulation über das Malen der eigenen Gefühle, welche Jung beschreibt, kann die schrittweise Wiedergewinnung der Unterscheidung zwischen innerer und äußerer Realität unterstützen. Die Symbolisierungsfähigkeit wird angeregt. Ihre Wiedergewinnung ist Voraussetzung für den tieferen analytischen Prozess. Bei Menschen, die über imaginative oder gestalterische Techniken keinen Zugang zur eigenen psychischen Innenwelt finden, können körperorientierte Techniken auf der Grundlage einer tragenden therapeutischen Beziehung diesen Zugang anstoßen.

Die vorliegende Auseinandersetzung beginnt mit einem Überblick über die Verwendung des Begriffs Trauma in der aktuellen Psychopathologie. Seit die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) 1980 erstmals als psychische Störung klassifiziert wurde, wird der Begriff Trauma im öffentlichen Sprachgebrauch oftmals reduziert auf diese Diagnose. Entsprechend scheint der Überblick über das Krankheitsbild mit seiner Diagnostik und der emotionalen, kognitiven und vegetativen Symptomatik relevant, um als Referenzpunkt die Abgrenzung vom historischen Begriff Trauma in der Psychoanalyse zu erleichtern. Die Geschichte des Trauma-Begriffs und seiner Erforschung im Gebiet der Psychoanalyse wird historisch rekonstruiert, bevor die entwicklungspsychologischen Grundlagen zur Mentalisierungsfähigkeit und Bindungstheorie besprochen werden, die für das

Verständnis der innerpsychischen Mechanismen bei Traumatisierungen bedeutsam sind. Anschließend wird die Auseinandersetzung mit dem Trauma-Begriff aus der Sicht der Analytischen Psychologie erörtert. Die theoretische Verhältnisbestimmung zwischen der analytischen Psychologie, der Psychoanalyse und den Forschungsergebnissen der medizinischen und psychologischen Psychotraumatologie wird insbesondere hinsichtlich der Komplextheorie und hinsichtlich des Begriffs der Dissoziation unternommen. Insgesamt werden die Phänomene von Dissoziation und Traumatisierung mithilfe der Kombination verschiedener psychoanalytischer Modelle und klinischer Theorie beschrieben. Komplementäre Aspekte zwischen beispielsweise der Objektbeziehungstheorie, der Mentalisierungstheorie und der Analytischen Psychologie zu beleuchten, scheint mir trotz der teils unterschiedlichen Grundbegrifflichkeiten attraktiv und erhellend. Im Bewusstsein, dass dieser Versuch der Kombination von verschiedenen psychoanalytischen Modellen und Begrifflichkeiten ein kontroverses Unterfangen darstellt, scheint mir dennoch eine vorurteilsfreie Revision und die Offenheit zur schulenübergreifenden Betrachtung gerade hinsichtlich des noch gering systematisierbaren Forschungsbereichs der Psychotraumatologie sinnvoll. Im Schlussteil werden neuere Trauma-theoretische Ansätze aus der Analytischen Psychologie vorgestellt. Die therapeutische Umsetzung des jungschen Krankheitsverständnisses wird anschließend anhand der körper- und tanztherapeutischen Methoden von Marion Woodman, Mary Starks Whitehouse und Joan Chodorow aufgezeigt. Die Integration von Emotionen und die Überwindung von Dissoziationen über gezielte Interventionen der Körperarbeit, welche auch direkt in das psychoanalytische Therapiesetting eingebaut werden können, wird anhand der Berichte dieser Autorinnen aufgezeigt. Anhand dieser theoretischen Grundlage und anhand von Fallbeispielen werde ich für eine verstärkt körperbewusste Haltung und für den Mut zu gezielten, verantwortungsbewussten körpertherapeutischen Interventionen innerhalb des psychoanalytischen Settings argumentieren.

2 Konzept und Diagnostik der Posttraumatischen Belastungsstörung

Im gegenwärtigen öffentlichen Sprachgebrauch wird der Begriff Trauma mehrheitlich mit der psychiatrischen Diagnose der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) assoziiert. Zur Abgrenzung vom historischen, in der Psychoanalyse verwendeten Trauma-Begriff scheint ein Überblick über die aktuelle Diagnostik und die Beschreibung des PTBS-Störungsbildes angezeigt. Dieser Überblick dient der Umrahmung des theoretischen Krankheitsverständnisses in der psychopathologischen Diagnostik, welches das psychotherapeutische und psychoanalytische Schaffen und die Wahl der Intervention beeinflusst.

Etymologisch stammt der Begriff Trauma aus dem Altgriechischen und bedeutet Verletzung oder Wunde. Er wird in der Medizin, insbesondere in der Chirurgie, zur Bezeichnung einer körperlichen Verletzung oder Behinderungen, die durch Verletzung entstanden sind, verwendet. In der Psychologie bezeichnet Trauma generell eine seelische Verletzung oder Erschütterung. Donovan erweiterte den medizinischen Begriff der Traumatologie in seinem vielfach zitierten Artikel »Traumatology: A field whose time has come« (Donovan, 1991). Hinsichtlich der vielfachen Reaktionsweisen, die Körper und Psyche im Umgang mit schweren Belastungen und Verletzungen zeigen, schlug der amerikanische Psychiater 1991 die folgende Definition der Traumatologie vor:

»Traumatology is the study of natural and man-made trauma (from the ›natural trauma of the accidental and the geophysical to the horrors of human inadvertent or volitional cruelty), the social and psychobiological effects thereof, and the predictive-preventive-interventionist pragmatics which evolve from that study.« (Donovan, 1991, S. 434)

Diese Definition ist heute die Grundlage der Diagnose PTBS. Die Unterscheidung zwischen den sogenannten natürlichen, akzidentiellen und den

man-made, den intersubjektiven Traumata, ist zentral, um in der Diagnostik und Therapie zwischen der klassischen PTBS und komplexeren Formen zu unterscheiden.

Die Diagnose der Posttraumatischen Belastungsstörung wurde erst 1980 in das *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM III) aufgenommen und damit offiziell als psychische Störung anerkannt. Die Störung ist die Folge einer Konfrontation mit einem kurz- oder langandauernden Ereignis, das als außergewöhnliche oder katastrophale Bedrohung empfunden oder wahrgenommen wird (Maercker, 2013, S. 13–34). Entsprechend wird der Begriff Trauma heute oft reduziert auf die ausgeprägte Symptomatik einer *Trauma-Folgestörung*, bei der ein schwer belastendes Lebensereignis nach dem auslösenden Ereignis immer wieder physisch und psychisch in Form von Flashbacks oder Intrusionen wiedererlebt wird. Unterschieden wird einerseits zwischen den natürlichen oder akzidentiellen und andererseits den zwischenmenschlich verursachten (*man-made*) Traumatisierungen. Akzidentielle Traumata von kürzerer Dauer sind beispielsweise ausgelöst durch Verkehrsunfälle oder einen Blitzschlag. Technische, atomare oder langandauernde Naturkatastrophen sind Beispiele für Auslöser von langandauernden akzidentiellen Traumata. Bei den zwischenmenschlichen Traumata können einmalige Ereignisse wie eine Vergewaltigung oder die Erfahrung körperlicher Gewalt, aber auch langanhaltende Erfahrungen von körperlicher und sexueller Gewalt in der Kindheit, Folter, Krieg oder Geiselnahme als mögliche Ursachen genannt werden. Von den natürlichen und zwischenmenschlichen Traumata wird zusätzlich die Kategorie der medizinisch verursachten Traumata unterschieden. Zur Symptomatik der PTBS gehören fünf Hauptkriterien: Erlebnis eines Traumas, Intrusionen (unwillkürliche und belastende Erinnerungen an das Trauma), Vermeidungsverhalten und allgemeiner emotionaler Taubheitszustand, anhaltendes physiologisches Hyperarousal und die länger als einen Monat anhaltende Dauer der Symptome (Maercker, 2013, S. 13–34). Die vollständige Diagnostik gemäß DSM-5 kann bei der American Psychiatric Association (2013) nachgelesen werden, die des ICD-10 bei Dilling (2012).

Beim PTBS-Störungsbild unterscheiden sich die beiden etablierten Manuals. Das ICD-10 unterscheidet zwischen Akuter Belastungsreaktion, Posttraumatischer Belastungsstörung und Anpassungsstörung. Dissoziative