

GUIDO FLATTEN

150 Jahre Psychotraumatologie

Zusammenfassung

Mit der Erstbeschreibung der railway-spine beginnt im Jahr 1866 die wechselvolle Geschichte der Psychotraumatologie zwischen wissenschaftlicher Erforschung und gesellschaftlicher Tabuisierung. Dabei waren an der Wende zum 20. Jahrhundert die Konzeptentwicklungen zur Traumatischen Neurose durch Hermann Oppenheim sowie zur traumainduzierten Dissoziation durch Pierre Janet wichtige Meilensteine der historischen Entwicklung. Parallel halfen neue Forschungsergebnisse aus Neuroanatomie, Neurologie und Psychiatrie die Funktionsprinzipien des Gedächtnisses und die Bedeutung von neuronalen Netzwerken zu verstehen. Erst in der Nachfolge des Vietnam-Krieges und mit Unterstützung der erstarkenden Frauenbewegung ergaben sich die wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Voraussetzungen zur Begründung der modernen Psychotraumatologie. Die aktuellen Befunde der neurobiologischen Forschung helfen zunehmend die Posttraumatische Belastungsstörung als Folge einer blockierten Gedächtnisbildung und gestörten Stressregulation zu verstehen.

Schlüsselbegriffe

Psychotraumatologie, railway-spine, traumatische Neurose, neuronale Netzwerke, mnestic Blockade

Einleitung

Wir blicken in Deutschland im Bereich der Behandlung von Traumafolgestörungen bereits zurück auf 15 Jahre Leitlinienentwicklung. Es erscheint deshalb angemessen, auch den größeren historischen Kontext einzublenden, in den die moderne Psychotraumatologie eingebettet ist.

Dieser Beitrag wird eine kurze Zeitreise durch 150 Jahre psychotraumatologischer Entdeckungen wagen und dabei bedeutende Forscher und Persönlichkeiten benennen, die mit ihrer Arbeit wichtige Fortschritte für die Entwicklung der modernen, wissenschaftlich begründeten Psychotraumatologie ermöglicht haben. Die Betonung als Entdecker soll darauf hinweisen, dass die Psychotraumatologie zu allen Zeiten eine Aufgabe der Entdeckung im Sinne von Ent-Tabuisierung zu leisten hatte. Daher möchte ich die Eckdaten der Forschung auch daraufhin befragen, welches Wissen über die Traumafolgestörungen in der 150-jährigen Geschichte jeweils zur Verfügung stand und wie sich die Wechselwirkungen, die An- und Abstoßungskräfte zwischen wissen-

schaftlichen Entdeckungen und gesellschaftlichen und politischen Kräften verstehen lassen.

Mit einem Seitenblick auf die Anfänge der Hirnforschung werde ich dabei ein zweites Themenfeld einblenden: Ich möchte aufzeigen, inwiefern die Entwicklung der Gedächtnisforschung und der modernen neurobiologischen Forschung einen wesentlichen Beitrag zum heutigen Verständnis traumatischer Erfahrungen geleistet hat. Das neurobiologische Verständnis traumareaktiver Hirnprozesse stellt heute eine weitere Säule der wissenschaftlich begründeten Psychotraumatologie dar und ermöglicht uns, mit Blick auf die Funktionsweise unseres Gehirns, Ideen für eine störungsspezifische Behandlung von Traumafolgestörungen zu entwickeln. Diese Gedanken werden im Beitrag *Neuropsychotherapie der Posttraumatischen Belastungsstörung* in diesem Heft weitere Vertiefung erfahren.

Wenn wir aus dem Jahr 2011 einen Sprung um gut 150 Jahre zurück wagen, so landen wir in der Zeit, in der Charles Darwin 1859 nach über 25-jähriger Forschungsarbeit mit seinem Buch »Die Entstehung der Arten« eine neue Ära begründete und mit der Evolutionstheorie eine Abstammungslehre freilegte, die bislang durch die Vorherrschaft religiöser Interpretationen verdeckt war. Ein Blick auf den modernen Kreationismus macht deutlich, dass es auch noch heute agierende Gegner der Evolutionstheorie gibt und dass wissenschaftliche Entdeckungen sich stets im Spiegel der gesellschaftlichen Entwicklungen behaupten müssen. Diese Dynamik trifft auch für die Entwicklungsgeschichte der Psychotraumatologie zu.



Abbildung 1: Eisenbahnunfall aus dem Jahre 1895 im Pariser Bahnhof Montparnasse

Um die Anfänge der Psychotraumatologie zu verstehen, hilft es zunächst, einen Blick auf den Beginn der Industrialisierung und den Anfang des Eisenbahnverkehrs zu werfen, wie er ab den 30er-Jahren des 19. Jahrhunderts zunächst in England und wenige Jahre später auch auf dem europäischen Kontinent und in Amerika zum ersten Massentransportmittel der Geschichte wurde. Es war ein durchaus schwerer Anfang, und leider gehörten auch größere Unfallereignisse zur Tagesordnung. Aufzulisten ist hier eine Vielzahl von Ereignissen, die in der damaligen Zeit häufig mit mehreren Dutzend Toten und mit noch mehr Verletzten einhergingen. Schon im Jahre 1842 kam es in Versailles zu einem schweren Zugunglück mit etwa 50 Unfalltoten und vielen weiteren Verletzten. 1853 verstarben ähnlich viele Menschen im englischen Norwalk. Für das Zugunglück 1861 in Clayton berichten die Historiker von 21 Toten

und der riesigen Zahl von 230 Verletzten. Die Liste kann ergänzt werden: 1865 kam es im englischen Kent zu 10 Toten und 49 Verletzten, 1865 in Magdeburg zu 29 Toten und 50 Verletzten, 1869 in Wallhausen zu 10 Toten und 47 Verletzten (vgl. Wikipedia, 2011). In kleineren Zeitabständen ließe sich die Liste bis heute fortsetzen. Vielleicht ist es Zufall, aber zumindest in Deutschland war es 1998 mit der Unfallkatastrophe von Eschede wiederum ein schweres Zugunglück mit vielen Toten und Verletzten, das in der gesellschaftlichen Öffentlichkeit erneut wichtige Impulse zur Bewusstseinsbildung und zur Verbesserung der psychotraumatologischen Versorgungsstrukturen gegeben hat. Historisch gut bekannt und einprägsam ist das Bild eines spektakulären Unfalls aus dem Jahr 1895 im Pariser Bahnhof Montparnasse (s. Abb.1), als eine Lo-

komotive aufgrund zu später Bremsung die Bahnhofswand durchschlug und auf den Vorplatz stürzte.

Um die Verletzten der Zugunglücke kümmerten sich auch schon damals Chirurgen, und es war ein berühmter englischer Chirurg, Sir John Eric Erichsen (1818–1896), der im Jahr 1867 zum Erstbeschreiber eines Krankheitsbildes wurde, das wir heute Posttraumatische Belastungsstörung nennen.



Abbildung 2: Der englische Chirurg Sir John Eric Erichsen (1818–1896) wurde im Jahr 1867 zum Erstbeschreiber eines Krankheitsbildes, das wir heute Posttraumatische Belastungsstörung nennen

Erichsen wählte für die von ihm beschriebenen Beschwerden, auf die auslösende Unfallgeschichte Bezug nehmend, die Bezeichnung *railway spine* und er ging damals davon aus, dass es sich bei dem Symptombild ursächlich um traumatische Erschütterungen des Rückenmarks handle. Bemerkenswert ist, dass Erichsen

trotz seiner ätiologischen Annahme von traumatischen Erschütterungen der Wirbelsäule bereits damals ein psychisches Störungsbild beschrieb, das mit überflutenden Wiedererinnerungen, angstbetontem Vermeidungsverhalten und heftigen körperlichen Erregungszuständen einherging. In der Einleitung zu seinem Buch schrieb er dazu:

»Mein Ziel war es bestimmte Unfallfolgen des Zentralen Nervensystems zu beschreiben, von denen ich Grund habe anzunehmen, dass sie noch nicht die fachliche Aufmerksamkeit bekommen haben, die ihnen aufgrund ihrer Häufigkeit und der damit verbundenen wichtigen Fragen zukommen sollte« (Erichsen, 1867).

Die weitere wechselvolle Geschichte der Psychotraumatologie wird zeigen, wie lange er mit dieser Annahme Recht behalten sollte. Mit einem Blick auf die Nachbarwissenschaften möchte ich aber auch aufzeigen, wie in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts, in den Zeiten des wissenschaftlichen Positivismus, bereits die Grundlagen für unser heutiges Verständnis der Informationsverarbeitung und der daraus sich ableitenden traumaspezifischen Störung gelegt wurden. Nur wenige Jahre nach Erichsens Erstbeschreibung der *railway spine* fasste der Physiologe und Hirnforscher Ewald Hering (1834–1918) im Jahre 1870 seine ersten Beobachtungen zum Bewusstsein und zur Gedächtnisorganisation mit sehr eindrucksvollen Worten zusammen, als er schrieb:

»Das Gedächtnis verbindet die zahllosen Einzelphänomene zu einem Ganzen, und wie unser Leib in unzählige Atome zerstieben müßte, wenn nicht die Attraktion der Materie ihn zusammen hielte, so zerfielen ohne die bindende Macht des Gedächtnisses unser Bewußtsein in so viele Splitter, als es Augenblicke zählt« (zitiert nach Pohl, 2007).



Abbildung 3: Physiologe und Hirnforscher Ewald Hering (1834–1918)

Diese Sätze haben insofern eine besondere Bedeutung, als das Erleben traumatischer Situationen ja immer wieder damit konfrontiert, dass unser Gedächtnis Erinnerungen situationsabhängig abspeichert. Mal ist es eine übergenaue Erinnerung der traumatischen Szene, die quält, mal sind es unerklärbare Risse im Erleben mit Gedächtnislücken und immer wieder kommt es auch vor, dass durch traumatische Erfahrungen ganze Zeiträume in der biographischen Kontinuität verloren gehen.

Im Feld der Traumafolgestörungen war inzwischen eine erste Diskussion entbrannt, und der Chirurg Herbert Page, der im Dienste der London and North Western Railway Company tätig war, bezeichnete 1883 die von Erichsen beschriebenen Traumafolgesymptome als Ausdruck einer *Traumatischen Hysterie* (Page, 1883). In Deutschland war 1884 die gesetzliche Unfallversicherung eingeführt worden, und erste Patienten wurden als Unfallopfer be-

gutachtet. 1886 schrieb der deutsche Neurologe Hermann Oppenheim (1858–1919) in seiner Habilitationsschrift über »Die Bedeutung des Schrecks für die Nervenkrankheiten« und bereitete ein Verständnis von Traumafolgestörungen vor, bei dem zwar weiterhin organische Veränderungen in Rückenmark und Gehirn angenommen wurden, das seelische Erleben aber als auslösendes Moment anerkannt wurde. 1889 publizierte Oppenheim zum Thema »Die traumatischen Neurosen« (Oppenheim, 1889), und ein Jahr vor seinem Tod und am Ende des 1. Weltkrieges fasste er im Jahr 1918 sein Wissen zusammen als »Stand der Lehre von den Kriegs- und Unfallneurosen«

Es ist ein schöner Beleg für die allgemein zunehmende gesellschaftliche Bedeutung des Themas, dass sich bereits damals länderübergrei-



Abbildung 4: Hermann Oppenheim, deutscher Neurologe (1858–1919)

fend auch in Frankreich Wissenschaftler an die Erforschung des Traumas machten. Pierre Janet (1859–1947) war Schüler des bekannten Pariser Psychiaters Charcot, den auch Sigmund Freud (1856 bis 1936) 1889 zu einem Studienaufenthalt in Paris besucht hatte. Janet widmete seine Studien ebenfalls den damals häufigen hysterischen Störungen und der Erforschung des Unterbewusstseins. Das wichtigste Verdienst von Pierre Janet aus heutiger Sicht ist jedoch, dass er ein Konzept der Dissoziation der Persönlichkeit entwickelte (vgl. hierzu den Beitrag von Wibisono, Freyberger und Spitzer in diesem Heft) und so erklärte, wie traumatische Erfahrungen als abgespaltene Anteile der Persönlichkeit im Unterbewusstsein überdauern und zum Auslöser für spätere Erkrankungen werden können.

Aufbauend auf diesen historischen Vorarbeiten formuliert heute die Theorie der strukturellen Dissoziation ein wichtiges theoretisches Modell zum Verständnis der komplexen Traumafolgestörungen. In seinem Sinne sprechen wir von der anscheinend normalen Persönlichkeit (ANP) im Gegensatz zu den EPs, also den emotionalen Persönlichkeitsanteilen, die die abgespaltene traumatische Erfahrung verkörpern können. Zur gleichen Zeit begann auch Sigmund Freud zusammen mit Josef Breuer seine Studien zur Entstehungsgeschichte hysterischer Störungen. Berühmt geworden ist sein Vortrag »Zur Ätiologie der Hysterie«, den er 1896 vor der Wiener Ärzteschaft hielt und in welchem er die Hysterie als Folge früher sexueller Traumatisierungen verstand:

»Ich stelle also die Behauptung auf, zugrunde jedes Falles von Hysterie befinden sich – durch die analytische Arbeit repro-

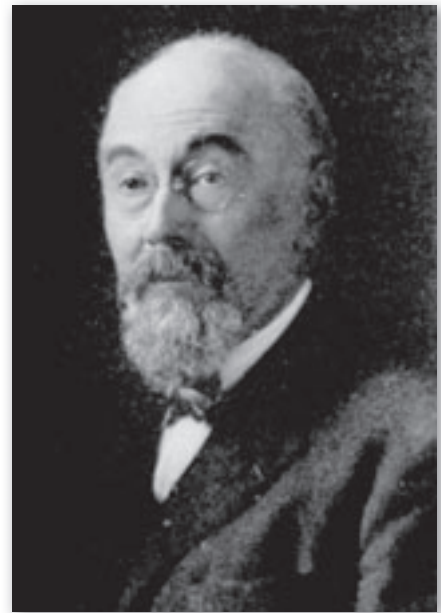


Abbildung 5: Pierre Janet, französischer Philosoph, Psychiater und Psychotherapeut (1859–1947)

duzierbar, trotz des Dezennien umfassenden Zeitintervalls – ein oder mehrere Erlebnisse von vorzeitiger sexueller Erfahrung, die der frühesten Jugend angehören ... Ich halte dies für eine wichtige Enthüllung...« (Freud, 1896/1952).

Er erklärte die Ätiogenese der Hysterie durch den Einfluss eines Traumas unter Abspaltung von Vorstellungsinhalten. Die weitere geschichtliche Entwicklung zeigt jedoch, dass ihm die gesellschaftliche Ent-Tabuisierung dieser Zusammenhänge nicht gelang und er die Bedeutung von Realtraumatisierungen in seinem späteren Konzept der Psychoanalyse relativierte. Ob dies nur die Folge der von Freud selbst erfahrenen gesellschaftlichen Ablehnung nach seinem Vortrag war, ist ein bis heute offener Diskussionspunkt.

Der erste Weltkrieg kam und brachte unvorstellbares Leid, Entsetzen und Hilflosigkeit. 17 Millionen Menschen starben, ca. 21 Millionen wurden verletzt.

Viele Soldaten kamen als »Kriegszitterer« von der Front zurück und wurden in Reservelazaretten hypnotisch behandelt, um einen baldigen Wiedereinsatz in der Kriegsmaschinerie zu ermöglichen. Hierzu liegen eindrucksvolle und ergreifende Ton- und Filmmaterialien vor, die dabei helfen können, zu verstehen, warum über mehrere Jahrzehnte das Bedürfnis – und vielleicht auch die Notwendigkeit – einer kollektiven Verdrängung die gesellschaftliche Auseinandersetzung mit der Bedeutung von Realtraumatisierungen prägte.

Anstatt die seelischen Traumatisierungen zu erkennen und als solche zu benennen, erfand die Medizin im Dienste der Kriegsherren jetzt den *shell-shock*, also in Anlehnung

als *Pseudologia Phantastica* entwertet. Der Mediziner Max Nonne (1861–1959) wurde zu einem der Wortführer dieser Abwehr, indem er auf der Kriegstagung der deutschen Nervenärzte 1916 einen Krankheitswert psychischer posttraumatischer Störungen klar verneinte (Nonne, 1916). Die Existenz von durch Schreck und Furcht ausgelösten organischen Veränderungen wurde ebenfalls abgelehnt. Zum Vorwurf der Simulation hinzu kamen Begriffe wie Schützengrabenneurose oder Renten-neurose. Die erkrankten Soldaten galten als moralische Invaliden, als konstitutionell minderwertig oder einfach als Simulanten oder Feiglinge. Es wird auf diesem Hintergrund und mit Blick auf die nachfolgenden Gräueltaten des 2. Welt-

Traumatisierte Soldaten des ersten Weltkrieges, die als sog. »Kriegszitterer« von der Front zurückkamen, galten als moralische Invaliden, als konstitutionell minderwertig oder einfach als Simulanten oder Feiglinge.

an die *railway-spine* ein Störungsbild, angeblich verursacht durch die Druckwelle der Granatenexplosion. Eine seelische Verletzbarkeit musste mit aller Kraft abgewehrt werden. Die gesellschaftliche und medizinische Reaktion auf die Schrecken des Krieges war und blieb eindeutig verleugnend.

Das Erleben und die Schilderungen der Traumatisierten wurden

kriegs verständlich, dass in den nächsten Jahrzehnten die deutsche Medizin keinen wesentlichen Beitrag zur Weiterentwicklung der Psychotraumatologie liefern konnte.

Neue und wichtige Impulse kamen jedoch bereits mitten im 2. Weltkrieg aus Amerika. Abram Kardiner (1891–1981) wuchs in einfachen Verhältnissen in New York auf. Trotz vieler Entbehrungen schaffte er es, eine exzellente medizinische Ausbildung zu erhalten, und er wurde 1922 sogar von Sigmund Freud zur Lehr-

analyse angenommen. Zurück in New York setzte er sich Jahre später kritisch mit den psychoanalytischen Überlegungen zur Traumagenese auseinander.

Seine Erfahrungen aus der Arbeit mit Kriegsveteranen fasste er bereits 1941 im Buch »*The traumatic neurosis of war*« zusammen. Er sah in der traumatischen Kriegsneurose eine Überforderung der individuellen Anpassungsfähigkeiten an die Kriegserfahrungen und erneuerte damit das Konzept der traumatischen Neurose innerhalb der Psychoanalyse. Seine Vorstellungen einer traumabedingten Physioneurose werden durch heutige moderne und neurobiologisch begründete Modelle der PTBS gut bestätigt.

Schauen wir erneut auf die sich parallel entwickelnde Gehirnforschung, so war es nur wenige Jahre nach dem 2. Weltkrieg, als der kanadische Psychologe Donald Hebb (1904–1985) mit der neurophysiologischen Annahme einer synaptischen Plastizität einen neuen und wichtigen Baustein zum Verständnis des Lernens und der Gedächtnisbildung lieferte und damit rückblickend auch eine Grundlage für das Verständnis der Besonderheiten traumatischer Erinnerungen schuf.

Aufbauend auf den inzwischen fortgeschrittenen Forschungen zur elektrischen Übertragung zwischen Nervenzellen und zur Funktionsweise neuronaler Netzwerke, formulierte er die Regel: »*Neurons that fire together, wire together*« (Hebb, 1949).

Die daraus abzuleitende Konsequenz ist: Je intensiver und emotionaler eine Erfahrung erlebt wird, umso stärker ist sie in neuronalen

Netzwerken repräsentiert. Neuronen vernetzen sich entweder durch wiederholte Lernvorgänge oder durch intensives emotionales Erleben, wie es beispielsweise beim angstvollen Erschrecken passiert. Kommt es durch häufiges intrusives Wiedererleben zur ständigen Reaktivierung der Erinnerung, so bilden sich stabile neuronale Netzwerke im Sinne von traumatischen Attraktoren.

Aufbauend auf den dargestellten Vorarbeiten, beginnt die moderne Psychotraumatologie ab dem Jahr 1968 wesentlich mit den Arbeiten des amerikanischen Psychiaters Robert Jay Lifton (geb. 1926). Schon früh hatte er wichtige Erfahrungen in der Betreuung von traumatisierten Soldaten aus den Kriegen in Japan und Korea gewonnen.

Von 1951 bis 1953 diente er als Psychiater der Air Force in Japan und Korea, worauf er später sein Interesse an Krieg und Politik zurückführte. Er war ein wichtiger Wegbereiter der Diagnose *Posttraumatic stress disorder* und Begründer des *Center for the study of human violence*. Es lohnt sich hier auf die Titel seiner Bücher zu schauen, die er sowohl den Opfern der Atombombenexplosionen in Hiroshima und Nagasaki widmete als auch den Opfern des Vietnamkrieges, bis er schließlich auch die Auseinandersetzung mit der Psychologie des Tötens im Dritten Reich suchte (Lifton, 1968, 1973, 1986). Im Wesentlichen war es dann die erneute gesellschaftliche Erschütterung durch den Vietnamkrieg und die Vielzahl der aus einem verlorenen Krieg heimkehrenden, schwer traumatisierten Soldaten, die in den

USA der 70er Jahre ein neues gesellschaftliches Bewusstsein für die Folgen von Gewalt, Krieg und Hilflosigkeit ermöglichte. Den Boden bereitet dafür hat auch die seit den 60er-Jahren erstarkende Frauenbewegung, die es schaffte, das Thema der körperlichen und sexuellen Gewalt gegen Frauen erstmals aus der gesellschaftlichen Tabuisierung zu befreien. Mit ihrem Buch »*Die Narben der Gewalt*« beschrieb Judith Herman schon früh die komplexen Folgen früher Vernachlässigung und sexueller Gewalterfahrung (Herman, 1993). Die gesellschaftliche Dialektik im Spannungsfeld zwischen Tabu-Bewahrung und Ent-Tabuisierung führte noch im gleichen Jahr in den USA zur Gründung der *False Memory Syndrome Foundation*.

Die fortschreitenden wissenschaftlichen Forschungsergebnisse zu den psychischen Traumafolgen, vor allem in der Nachfolge der amerikanischen Kriegseinsätze nach dem 2. Weltkrieg, fanden ihren Niederschlag in einer wechselnden Repräsentation der traumabezogenen Diagnosen – vom DSM-I bis zur revidierten Fassung des DSM-III-R. So galt für die Diagnose der *Gross Stress Reaction* im DSM-I (1952) zunächst als wichtigstes Eingangskriterium, dass die traumatische Erfahrung den normalen Horizont menschlicher Erfahrungen überschreiten müsse. Die Bedeutung durchaus alltäglicher Erfahrungen durch Unfall, Gewalt und Natur- oder technische Katastrophen wurde noch nicht als ebenfalls traumarelevant anerkannt. Dies dauerte bis zum Jahr 1980, als mit der

Posttraumatic Stress Disorder die Aufnahme einer neuen traumaspezifischen Diagnose in das amerikanische Diagnosemanual DSM-III-R erfolgte. In der amerikanischen Namensgebung findet sich, treffender als in der deutschen Bezeichnung

Die Medizin scheiterte fast ein ganzes Jahrhundert lang daran, das schon früh vorhandene Wissen zu den Traumafolgestörungen in eine angemessene Diagnostik und Behandlungslogik zu übersetzen.

»Posttraumatische Belastungsstörung«, eine gute Spiegelung der Tatsache, dass traumatisierte Menschen meist unter erheblichem inneren Stress leiden. Das von Kardiner schon benannte Konzept der Physioneurose kann so als Brückenglied verstanden werden, hin zu den aktuellen, neurobiologisch gut fundierten Vorstellungen der internen Verknüpfung von Wahrnehmung, emotionaler Bewertung und unmittelbarer körperlicher Stressaktivierung. Nach der Einführung der PTSD im DSM hat es dann nochmals 12 Jahre gedauert, bis im Internationalen Klassifikationsmanual ICD-10 und damit auch im deutschen Sprachraum mit der Diagnose *Posttraumatische Belastungsstörung* für Ärzte und Psychotherapeuten eine Möglichkeit geschaffen wurde, Traumafolgestörungen jetzt erstmals als eine reaktive, ereignisbezogene und damit auch behandlungsbedürftige Erkrankung zu diagnostizieren.

Im historischen Überblick wird deutlich, dass die Medizin ein ganzes Jahrhundert lang daran scheiterte, das schon früh vorhandene klinische Wissen zu den Traumafolgestörungen aus der Beobachtung traumatisierter Menschen in eine angemessene medizinische Diagnostik und Handlungslogik zu übersetzen. Dass dies erst in der Folge des Vietnamkriegs und mit Unterstützung der Frauenbewegung gelang, zeigt die intensive Verflechtung und Wechselwirkung zwischen gesellschaftlichen und medizinischen Faktoren auf, und es betont die bleibende gesellschaftliche und medizinische Aufgabe, die mit der Ent-Deckung der Traumafolgestörungen verbunden ist.

Um den historischen Bogen vollständiger zu machen, bedarf es jetzt jedoch erneut eines Sprungs zur neurobiologischen Forschung und damit zurück zu den Fragen nach den Charakteristika traumatischer Erinnerungen und nach den Störungen des Gedächtnisses, wie wir sie als zentrale Traumafolge beobachten können. Als weiteres Bindeglied in der Gedächtnisforschung muss aus jüngerer Zeit sicherlich Eric Kandel benannt werden. Mit seiner Autobiographie »Auf der Suche nach dem Gedächtnis« zeichnet er die in den 70er-Jahren beginnende puzzlehafte Suche nach den relevanten biochemischen und genetisch verankerten Prozessen für die Gedächtnisbildung nach. Im Jahr 2000 erhielt er für seine Forschungen den Nobelpreis für Medizin und Physiologie. Es ist in der Tat etwas Besonderes, was ihm in Jahrzehnten der Forschung gelang. Mit Hilfe eines sehr einfachen Tieres, der Meeresschnecke *Aplysia*, konnte er

nachweisen, welche biochemischen und genetischen Veränderungen unserer Gedächtnisbildung zugrunde liegen und dass die synaptischen Kontaktstellen der Nervenzellen durch epigenetische Prozesse biochemisch und anatomisch verändert werden. Hier ließe sich anknüpfen an die anfänglich zitierte Idee Charles Darwins, dessen These es ja war, dass diese Gesetzmäßigkeiten aufgrund der evolutionären Entwicklung aus dem niederen Tierreich bis hin zur menschlichen Organisation ableitbar sind. Eric Kandel gelang es, die Gültigkeit der Prinzipien neuronaler Verschaltung bei Lernprozessen sowohl bei einem niederen Tier als auch für die menschliche Gedächtnisbildung zu bestätigen. Er konnte so durch seine Forschungen auch die Hebb'sche Regel bestätigen, die ja besagt, dass neuronale Netzwerke über die Intensität ihrer synaptischen Verschaltung abspeichern, ob ein erlernter Inhalt oder eine erlebte Erfahrung intensiv oder nur oberflächlich verankert wurde.

Wir gehen heute mit den Befunden der modernen Neurobiologie davon aus, dass unser Gehirn sich nach zwei weiteren wichtigen Grundprinzipien organisiert. Einzelne Kerngebiete übernehmen die Funktion modularer Arbeitseinheiten und gleichzeitig erfolgt über die neuronalen Netzwerke stets eine überregionale Integration aller Funktionen. Mit dem Phänomen einer synchronen Aktivierung räumlich entfernter Bereiche unseres Gehirns werden Erinnerungsnetzwerke zu funktionalen Einheiten. Es gibt derzeit viele Hinweise darauf, dass auch die scheinbar herausragende Funktion unseres Bewusstseins sehr durch das Phänomen Synchronizität geprägt wird (Stadler, 2008). Synchronizität und eine multilokuläre

Aktivierung von neuronalen Netzwerkstrukturen bildet die Grundlage von Erinnerungsprozessen, bei denen unterschiedlichste sensorische, emotionale, kognitive und motorische Inhalte in einem assoziativ verknüpftem Netzwerk sich qualitativ zu einer Gesamterinnerung zusammensetzen. Auch traumatische Erinnerungen repräsentieren typischerweise solche multimodalen Netzwerkstrukturen. Insofern bekommen wir über die Funktionsprinzipien neuronaler Netzwerke inzwischen ein gutes Verständnis für den extremen Stresszustand, dem Menschen mit traumatischen Wiedererinnerungen sich immer wieder unfreiwillig ausgesetzt fühlen und der von nichttraumatisierten Menschen so schwer nachvollzogen werden kann.

Ich möchte gerne abschließend auf die Bedeutung der Bindungsfor-schung verweisen, die uns in den letzten 5 Jahrzehnten an Beispielen einer gesunden und normalen Entwicklung und ihrer Störmöglichkeiten die Unterscheidung von funktionalen und dysfunktionalen Bindungstypen aufgezeigt hat. Wir wissen heute, dass Bindung als menschliches Grundbedürfnis verstanden werden muss, und wir wissen, dass sichere Beziehungen die Funktionsmuster und die Stresstoleranz unseres Gehirns positiv verändern. Leider trifft dies auch in umgekehrter Weise für Beziehungstraumatisierungen zu. Stress und Angst aus unsicherer Bindung begünstigen die Entwicklung von Risikoverhalten und erhöhen die Vulnerabilität für Traumata. Umgekehrt helfen sichere Beziehungen dabei, hilfreiche Bedingungen herzustellen, mit denen

Traumatisierungen leichter überwunden und als überstandene Erfahrung integriert werden können. Bildgebende Studien verweisen hier auf die Bedeutung mesolimbischer Netzwerke, die eine Hemmung amygdalärer Angstnetzwerke unterstützen. Ein wesentlicher Anteil der therapeutischen Bemühungen sollte deshalb darauf zielen, das soziale Netz von Opfern so zu unterstützen, dass die Überwindung des Traumas unter sicheren Verhältnissen gelingen kann. Bedeutsam ist dieses Wissen auch für die Gestaltung einer sicheren therapeutischen Beziehung, die so helfen kann, eine stabilisierende Grundlage für traumaspezifische Interventionen herzustellen. Vor allem aber bedarf es der Übermittlung dieses umfassenden Wissens über traumatische Belastungen an die anderen medizinischen Fachbereiche und an eine hoffentlich zunehmend gut informierte Öffentlichkeit.

Schauen wir uns den Zeitraum seit der Ersteinführung der Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung im amerikanischen DSM im Jahr 1980 bis heute an, so finden wir für Deutschland zwei Phasen. Die erste Phase bis etwa 1995 ist so zu charakterisieren, dass nur wenige Experten erste Einblicke in das Aufgabenfeld der Psychotraumatologie gewannen. Psychotraumatologische Forschung fand zu dieser Zeit deutlich abseits des wissenschaftlichen Hauptstroms statt. Eine regelhafte Versorgung traumatisierter Patienten existierte praktisch nicht. Über die zweite Phase lässt sich mit Zufriedenheit feststellen, dass Deutschland in den Strukturen der psychotraumatologischen Versorgung seit etwa 1995 im

internationalen Vergleich enorm aufgeholt hat und beachtenswerte Strukturen geschaffen hat, die international durchaus Vorbildcharakter haben. Die öffentliche Diskussion der Bedeutung und der langanhaltenden Folgen von früher Vernachlässigung, körperlicher und sexueller Gewalterfahrung hat zu einer zuvor nie erreichten Sensibilisierung in der Allgemeinbevölkerung geführt.

Dennoch sei die abschließende Frage erlaubt: Wie wird die Psychotraumatologie im medizinischen und gesellschaftlichen Bewusstsein der nächsten Jahrzehnte repräsentiert sein? Wir stehen an einem Punkt, an dem eine erneute Unsicherheit aufkommt, wie die Traumfolgestörungen in den zukünftigen, aktuell in Überarbeitung befindlichen Diagnosemanualen repräsentiert sein werden. Damit verbunden ist die sehr bedeutsame Frage, ob die Gesellschaft die notwendigen Finanzierungsmöglichkeiten zur Verfügung stellt, die gerade Menschen mit chronifizierten Traumafolgestörungen brauchen, um wieder ausreichende Stabilität zu erlangen. Die Debatte über die Anerkennung und den Versorgungsbedarf einer großen Anzahl von Missbrauchsopfern, wie sie erst seit kurzer Zeit in unserer Gesellschaft öffentlicher geführt wird als je zuvor, könnte als neues Kapitel in der 150-jährigen Geschichte der Psychotraumatologie verstanden werden. Gleichzeitig gibt es medizinische und auch gesellschaftliche Gegenbewegungen, die die Zuwendung zum Trauma und die Anerkennung der Opfer in neue – vielleicht auch alte Grenzen zurückweisen wollen. Mit meiner Zusammenfassung möchte ich deshalb sowohl einen Rückblick als

auch eine Standortbestimmung wagen:

Die Geschichte der Psychotraumatologie ist eine Geschichte von Pionieren, und mehr als andere medizinische Gebiete spiegelt sie die Geschichte gesellschaftlicher und politischer Wechselwirkungen. Ein präziser und wissenschaftlich fundierter Umgang mit dem Traumbegriff ist notwendig, da die unkritische medizinische Verwendung des Traumas und auch gesellschaftliche Tendenzen einer medialen Ausschachtung des Themas eine erneute Verdrängung und Tabuisierung begünstigen könnten.

Wissenschaftliche und soziale Netzwerke haben nach 150 Jahren der Forschung heute die Aufgabe, den Opfern von Gewalt und Traumatisierung eine bleibend hohe medizinische und gesellschaftspolitische Aufmerksamkeit zu geben.

Das vorliegende Heft soll mit seinen Beiträgen helfen, den aktuellen Wissensstand zu zentralen Themen der Psychotraumatologie als Zwischenbilanz in einem kontinuierlichen Entwicklungsprozess darzustellen. Dazu gehören die Leitlinien zu den Traumafolgestörungen ebenso wie der Aufbau von Versorgungsstrukturen, die eine psychosoziale Notfallversorgung für traumatisierte Menschen gewährleisten sollen. Neben der weiter notwendigen Spezifizierung traumareaktiver Störungsbilder müssen diese vor allem in den kommenden Diagnosemanualen eine angemessene Darstellung erfahren. Mit den vorliegenden Beiträgen zu den Themen Dissoziation und Stabilisierung soll schließlich ein Einblick in

das Arbeitsfeld der komplexen Traumafolgestörungen gewagt werden, welches auch nach 150 Jahren psychotraumatologischer Entwicklung viele Forschungsfragen offen lässt.

150 Years of Psychotraumatology

Summary

The beginnings of psychotraumatology date back to 1866 and the description of the »railway spine« syndrome in accident victims. In the 150 years since then, major scientific findings and sometimes hostile social rejection have made the history of the subject a checkered one. Hermann Oppenheim's concept of »traumatic neurosis« and Pierre Janet's theory of dissociation were important milestones in the early 20th century. At the same time, new findings in neuroanatomy, neurology, and psychiatry equipped researchers with a better understanding of memory processes and neural networks. Only in the aftermath of the Vietnam War and with support from the women's liberation movement were the scientific and social foundations established for the recognition of modern psychotraumatology in the scientific and academic landscape. Recent neurobiological findings have been increasingly instrumental in identifying the symptoms of posttraumatic stress disorder as a result of blocked memory function and impaired stress regulation.

Keywords

psychotraumatology, railway-spine, traumatic neurosis, neuronal network, blocked memory function

Zur Person



PD Dr. med. Guido Flatten M. A. ist Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Facharzt für Allgemeinmedizin und Psychotherapie, systemischer Familientherapeut, EMDR-Supervisor. Seit 1996 ist er Mitglied der Leitlinienkommission. Forschungsschwerpunkte in den Bereichen Akuttraumatisierung und Neurobiologie der Traumafolgestörungen. Aufbau und Leitung der Aachener Traumaambulanz. Ärztl. Leiter des Euregio-Instituts für Psychosomatik und Psychotraumatologie in Aachen.

Kontaktadresse

*PD Dr. med. Guido Flatten M. A.
Euregio-Institut für Psychosomatik und Psychotraumatologie
Annastr. 58–60
52062 Aachen
Tel.: 0241-40 02 90 44
gflatten@euripp.org*

Literatur

- American Psychiatric Association (1952). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) (1st ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1968). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-II) (2nd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1980). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III) (3rd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press [deutsch (1984). Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-III. Weinheim: Beltz].
- Erichsen, J. E. (1867). On Railway and Other Injuries of the Nervous System. Philadelphia, PA: Henry C. Lea.
- Freud, S. (1952). Zur Ätiologie der Hysterie (GW I, S. 426–459). London: Imago. (Originalarbeit erschienen 1896)
- Hebb, D. (1949). The Organisation of Behaviour. New York: Wiley.
- Hering, E. (1870). Über das Gedächtnis als eine allgemeine Function der organisierten Materie. Wien: Allgemeine Verlagsgesellschaft.
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: a syndrome of survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 377–91.
- Herman, J. L. (1993). Die Narben der Gewalt. München: Kindler.
- Kandel, E. (2007). Auf der Suche nach dem Gedächtnis. München: Pantheon.
- Kardiner, A. (1941). The traumatic neurosis of war. New York: Hoeber.
- Lifton, R. J. (1968). Death in live: survivors of Hiroshima. New York: Random House.
- Lifton, R. J. (1973). Home from the War: Vietnam Veterans. Neither Victims nor Executioners. New York: Simon & Touchstone Books.
- Lifton, R. J. (1986). The Nazi Doctors: medical killing and the psychology of genocide. New York: Basic Books.
- Nonne, M. (1916). 8. Jahresversammlung d. Ges. Dt. Nervenärzte. *Neurologisches Centralblatt*, 35, 793–5.
- Oppenheim, H. (1889). Die traumatische Neurose. *Berliner klinische Wochenschrift*, 26, 48.
- Page, H. (1883). Injuries of the spine and spinal cord without apparent mechanical lesion (pp. 29–31). In M. R. Trimble, Posttraumatic Neurosis: From railroad spine to whiplash. London: Churchill.
- Pohl, R. (2007). Das autobiographische Gedächtnis. Die Psychologie unserer Lebensgeschichte. Stuttgart: Kohlhammer.
- Stadler, M. A. (2008). Die funktionale Rolle des Bewusstseins: Integration, Isomorphie und Emergenz. In D. Ganten, V. Gerhardt, J. Nida-Rümelin, Funktionen des Bewusstseins (161–176). Berlin: Walter de Gruyter.
- Wikipedia (2011). Liste schwerer Unfälle im Schienenverkehr. Zugriff 4/2011 unter http://de.wikipedia.org/wiki/Liste_schwerer_Unfälle_im_Schienenverkehr.