

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

Schnelle Eingreiftruppe „Seele“: auf dem Weg in
die therapeutische Weltgesellschaft; Texte für eine kritische
„Trauma-Arbeit“/ [Hrsg.: Medico International e.V.] -
Frankfurt [Main]: Medico Internat., 1997
ISBN 3-923363-26-5

Herausgegeben von
medico international
Obermainanlage 7
60314 Frankfurt

Tel: 069 94438-0 – Fax: 069 436002
eMail: info@medico.de
www.medico.de

2. Auflage, Mai 2000

Spendenkonto Stichwort »Salud Mental«:
1800 Frankfurter Sparkasse (BLZ 500 502 01)
6999-508 Postbank Köln (BLZ 370 100 50)

Redaktion: Regina Schleicher, Traudel Mak,
Sebastian Kasack, Thomas Gebauer, Usche Merk
Layout: Johanna Stoll
Titel: Ulrich Pflaum

© bei den Autoren, 1997
Alle Rechte vorbehalten
Verlag medico international, Frankfurt/M 1997

ISSN 1430-9696
ISBN 3-923363-26-5, 10 DM

Inhalt

Vorwort

Schnelle Eingreiftruppe Seele –
auf dem Weg in die therapeutische Weltgesellschaft 2

Derek Summerfield

Das Hilfsbusiness mit dem »Trauma« 9

David Becker

Prüfstempel PTSD – Einwände gegen
das herrschende »Trauma«-Konzept 25

Françoise Sironi

Kann man sich aus dem Griff des Folterers befreien? 49

Andy Dawes und Alcinda Honwana

Kulturelle Konstruktionen von kindlichem Leid 57

Efraime Boia Junior

Timangane – über die psychische Heilung
ehemaliger Kindersoldaten 68

David Becker

Die Schwierigkeit zu trauern –
Erfahrungen in Angola 79

Refugio München

Protokoll einer Abschiebung 87

Schnelle Eingreiftruppe Seele – auf dem Weg in die therapeutische Weltgesellschaft

Vorwort

»In einer therapeutischen Gesellschaft sind alle Kommunikationen Geständnisse; was nicht als Geständnis daherkommt, sondern als Verbrechen oder schlechtes Benehmen oder Machtausübung oder was immer, wird durch ein bestimmtes Zuhören in ein Geständnis verwandelt. Die therapeutische Gesellschaft entsteht, weil immer irgendwo ein Therapeut zur Stelle ist. (...) Es gibt keine Straftaten, es gibt auch keine Kriegshandlungen mehr, nur noch therapeutische Aufgaben.« –

Michael Rutschky

Kürzlich im Ersten: der Afrika-Korrespondent berichtet live aus dem Osten Zaires. Ein Fluß ist zu sehen; Menschen, die ihn in schmalen vollgestopften Booten überqueren. Ruandische Flüchtlinge seien das, kommentiert der Reporter, sie kämen aus dem gegenüberliegenden Dschungel, in dem sie wochenlang umhergeirrt waren, – nun seien sie ausgezehrt, alle traumatisiert.

Die Szene ist typisch, die Aussage des Journalisten eingängig. Wo die katastrophale Entwicklung der Welt in Kriegen, Massenmord und Flucht ihren Ausdruck findet, kommen Menschen zu Schaden, herrschen Not und Hunger. Wer nichts zu essen hat, magert sichtbar ab; und wer extremen Erfahrungen ausgesetzt ist, der ..., ja, wie eigentlich teilt sich der Zustand einer Traumatisierung dem Beobachter mit. Man möchte den Reporter befragen, der zu einem solchen Befund immerhin ohne Gespräch und sogar über eine grössere Distanz hinweg im Stande war. Ver-

fügen die Medien über ein noch unbekanntes diagnostisches Verfahren, ein leicht handhabbares tropentaugliches Traumameter, oder ist es der allerdings mediengestützte common sense, der scheinbar zu psychologischen Gutachten befähigt?

Längst sind doch alle davon überzeugt, daß dort, wo Waffengeschäfte, interventionistische Politik und eigennütziges Hilfsbusiness herrschen, allüberall tödlich Verwundete und unsäglich Hilfsbedürftige herumkriechen müssen. Wozu sich da die Mühe machen zu prüfen? Die Flüchtlinge auf ihren Booten sind traumatisiert! Und zwar alle! Das »Böse« ist eine banale Normalität, die ganze Welt ein einzig unwägbarer Schrecken, der sich im Üblichen und Gegebenen verliert.

Kein Zweifel: Der Begriff des Traumas, vor Jahren noch dem ärztlich-psychologischen Vokabular vorbehalten, hat Konjunktur, ist in aller Munde. Immer neue Gruppen von »Traumatisierten« werden entdeckt; und die Zahlen steigen: 10 Mio. Kinder seien durch Kriege traumatisiert worden, schätzt UNICEF. Hinzukommen die ehemaligen Soldaten, unzählige Folteropfer, Vergewaltigte, sozial marginalisierte, Jugendliche, Langzeitarbeitslose.

Die Grenzen zwischen extremer Traumatisierung und den psychischen Konflikten des Alltags scheinen zu verschwimmen. Offenbar alles und jedes kann heute ein Trauma begründen: das Erleben von Terror und Repression ebenso wie die schlechte Note in der Schule und das verlorene Fußballspiel. Alle, auch die Menschen hierzulande, leiden irgendwie, und jeder braucht und sucht Rat und

Hilfe. Derart werden traumatische Erfahrungen banalisiert, erhalten banale Konflikte das Merkmal eines Traumas. An die Stelle der Auflehnung gegen den krankmachenden gesellschaftlichen Zustand tritt die Regression. Es scheint beruhigend, sich vermittels der eigenen Schwäche, der eigenen Defekte als Teil eines insgesamt beschädigten Lebens auszumachen. Man gehört zur Majorität. »Der Schrecken vorm Abgrund des Ichs wird weggenommen durch das Bewußtsein, daß es sich dabei um gar nicht so viel anders als um Arthritis handle.« (Adorno)

Die Einsicht in den prekären Zustand der Gesellschaft bleibt freilich diffus. Zumal die Unterwerfung des Menschlichen unter das Diktat der Ökonomie eine »traumatisierte« Gesellschaft produziert, in der sich selbst noch die Revolte, das Freiheitsbedürfnis, verzerrt äußern kann: als ziellose Gewalt oder Eskapismus, als Psychopathologie oder Somatisierung. Allgemeine Verunsicherung und die generalisierte Ich-Schwäche verlangen nach einem permanenten Ausgleich durch therapeutische Lebenshilfen und allerlei populärpsychologische Beratung. Ob in bunten illustrierten oder wissenschaftlich aufgemachten Ratgebern: unentwegt ist über Kindererziehung, die häusliche Liebe, den Umgang mit Alkohol zu lesen. Stürzt ein Flugzeug ab, berichten die Kameras umgehend vom therapeutischen Bemühen der Sozialhelfer, die sich um die vergeblich in der Ankunftshalle Wartenden kümmern. Die Frage, wie es zum Absturz kommen konnte, interessiert erst in zweiter Linie. Es scheint, als wäre die objektive Seite der Wirklichkeit in all ihrem katastrophalen Wesen längst konstant gesetzt, weswegen einzig noch an der Kompatibilität der Subjekte zu arbeiten sei. Der politische Diskurs löst sich im therapeutischen auf.

Vor diesem Hintergrund hat **Derek Summerfield**, Psychiater an der Londoner Medical Foundation for the Care of

Victims of Torture, den Boom der Psycho-Projekte in der Not- und Entwicklungshilfe untersucht, die Tatsache mithin, daß es kaum einen Hilfseinsatz mehr gibt, der nicht Angebote für Traumatisierte im Gepäck hätte. Seine bemerkenswerte Studie: *Das Hilfsbusiness mit dem »Trauma«*, die wir hier in ihren zentralen Aussagen der deutschen Öffentlichkeit zugänglich machen, kritisiert das narzißtisch maßlose wie anmaßende Konzept der ausreisenden Helfer, das Therapeutische sozusagen »globalisieren« zu wollen und sich in omnipotenter Weise als Retter der Welt selbst zu ermächtigen. Dabei wird nicht nur der Blick auf die Täter und Opfer, auf Machthaber und Machtlose verstellt, es wird umstandslos jeder zum Klienten gemacht und damit der Verantwortung entzogen.

Ohne Beachtung des politisch-historischen Kontextes aber kann es weder die Einsicht in die traumatisierenden Umstände noch eine wirkungsvolle Behandlung geben. Darauf macht nachdrücklich **David Becker** aufmerksam, der am »Latein-amerikanischen Institut für Psychische Gesundheit und Menschenrechte« (ILAS) in Santiago de Chile tätig ist. Seine weitreichenden konzeptionellen Reflexionen in *Prüfstempel PTSD – Einwände gegen das herrschende »Trauma«-Konzept* fassen auf einer kritischen Auseinandersetzung mit dem derzeit wohl am häufigsten zum Verständnis von Traumata angewandten Konzept des »Post-Traumatic-Stress-Disorder« (PTSD). Statt die gesellschaftliche Dimension psychosozialer Traumata zu erfassen, versucht das PTSD die Ereignisse über die Folgewirkungen zu definieren. Überspitzt formuliert gilt dem PTSD ein Trauma als das, was zu Schlaflosigkeit, Konzentrationsstörungen, zu Ängsten, gesteigerter Reizbarkeit und typischen psychosomatischen Erkrankungen führt. Derart aber werden die Opfer individuell pathologi-

siert. Der politisch-geschichtliche Kontext der Situation, in der das Trauma ausgelöst wurde, wird verleugnet, das Leiden der Opfer, wie übrigens auch das Handeln der Täter, privatisiert. Die Gesellschaft exkulpiert sich selbst. Die Schäden gelten fortan als eine sauber diagnostizierbare innerpsychische Geisteskrankheit, für deren Behandlung individuelle therapeutische Hilfen bereitgehalten werden.

Doch daß selbst noch die Hilfe traumatisieren kann, wenn sie der Komplexität des traumatischen Geschehens nicht gerecht wird, darauf machte Hans Keilson mit seinem Konzept der »sequentiellen Traumatisierung« aufmerksam. Für politisch Verfolgte etwa, denen es nach langen Schrecken endlich gelungen ist, im Ausland Asyl zu begehren, kann gerade die ambivalente Erfahrung von halbherziger Duldung und permanentem Mißtrauen gegenüber den Fluchtursachen zum Auslöser jener Symptomatik werden, die dann in der psychiatrischen Diagnostik PTSD genannt wird. Ein therapeutisches Handeln, das die verschiedenen traumatischen Sequenzen nicht kennt und deshalb auch nicht über ein historisches Verständnis seelischer Konflikte verfügt, ist vor der Gefahr, schwerwiegende Kunstfehler zu begehen, nicht gefeit. Die ganze Unsinnigkeit offenbart sich, wenn beispielsweise Kurden, die vor Folter und Mord nach Deutschland geflohen sind, psychotherapeutische Hilfen zu teil werden, die schlicht nicht gelingen können, weil schon morgen die behördlich verfügte Abschiebung droht. Aufschlußreiche Dokumente zur Folter in der Türkei sowie über die Praxis von Anhörungen im gegenwärtigen deutschen Asylverfahren, die im einzelnen darlegen, wie sich die traumatisierende Situation in die deutschen Amtsstuben hinein verlängert, befinden sich am Ende dieser Broschüre.

Die Nichtbeachtung der Wechselwirkung zwischen den seelisch tief erschüt-

terten Individuen und den gesellschaftlichen Ursachen traumatischer Ereignisse verstellt den Blick aber noch für ein weiteres: seelische Verwundungen sind nicht kontingente Auswüchse im Prozeß der herrschenden kapitalistischen Vergesellschaftung der Menschen, sie konstituieren ihn vielmehr. Absichtsvoll zielen Kriege, Folter und Herrschaft auf psychische Deformationen, die letztlich als prekäre Anpassung an die fortschreitende Katastrophe gelten können. Je zerstörter ein Individuum ist, desto besser läßt es sich in die herrschende Ordnung integrieren.

Francoise Sironi vom renommierten Pariser Primo Levi Zentrum für die Behandlung von Folteropfern hat sich mit der inneren Logik der Folter beschäftigt. Nur die genaue Kenntnis der Absichten der Folterer ermöglicht eine wirkungsvolle Behandlung und die Antwort auf die Frage: *Kann man sich aus dem Griff des Folterers befreien?*, so der Titel ihres Beitrages. »Wir können feststellen, welche kulturelle Abstammung unsere Patienten auch immer haben (ob sie Kurden aus der Türkei sind, Peuls aus Mauretanien oder Tamilen aus Sri Lanka), daß die Klagen immer dieselben sind und ebenso die traumatische Pathologie. Ein Folteropfer aus Zaire gleicht einem Folteropfer aus der Türkei eher als einer „normalen“ Person aus Zaire.« Das Ziel der Folter ist folglich nicht, Einzelne zum Verstummen zu bringen; sie gilt vielmehr dem kollektiven Teil der Menschen, der Gesellschaft. Folter sei, so Frau Sironi, eine systematisch betriebene »Methode der Entkultarisierung«, die absichtsvoll die Gruppenzugehörigkeit von Menschen zerstören will. Am Ende der Geschichte steht die negative Utopie einer vollends entmenschlichten Menge von Einzelpersonen, eine den globalen Wertgesetzen kompatible entvitalisierte Masse, die weder eigentümliche Variation, noch Kommunikation oder sozialen Zusammenschluß mehr kennt – nur

noch die gemeinsame psychische Deformation.

Wie aber ist den Opfern extremer Traumatisierung zu helfen? Wie »Reparation« zu bewerkstelligen? Denn bei aller Kritik an den sich selbst ermächtigenden Therapeuten, der Schnellen Eingreiftruppe »Seele«, ist jener Beistand nicht verächtlich zu machen, der seelisch erschütterten Menschen tatsächlich hilft, ins Leben zurückzufinden. Wie unterscheidet sich ein solcher Beistand von den instrumentellen Konzepten einschlägiger Psycho-Technik? Was muß eine Unterstützung leisten, die nicht rasch mal zum Gefallen der zahlenden Auftraggeber einen »quick impact« behauptet, wo es womöglich Generationen bedarf, um den hartnäckig sich haltenden Schäden zu begegnen?

So erfährt die gescheiterte Entwicklungshilfe schon seit einigen Jahren auf bemerkenswerte Weise ihre Ausweitung auf die Subjekte. Nachdem sich die objektive Realität als wenig beeinflussbar gezeigt hatte, wurden gleichsam die Menschen entdeckt.

Mit den Spannungen, die zwischen den Konzepten ausländischer Helfer und den einheimischen Opfern bestehen, beschäftigt sich der Beitrag *Kulturelle Konstruktionen von kindlichem Leid* von **Andy Dawes** und **Alicia Honwana**, die an der Universität von Kapstadt arbeiten und lehren. Gehalten als Vortrag auf dem Ende 1996 in Maputo stattgefundenen Kongreß über »Kinder, Krieg und Verfolgung« macht der Text auch deutlich, daß der bloße Verweis auf einen besonderen kulturellen Kontext, den es zu berücksichtigen gelte, nicht ausreicht. Die kulturellen Konstruktionen, egal ob im südlichen Afrika, in der Türkei oder Chile, zeichnen sich durch eine komplexe Hybridität aus. Traditionelle Systeme und vielfältige westliche und/oder östliche Einflüsse stehen nebeneinander, überlagern und beeinflus-

sen sich, bilden neue synthetische Konstruktionen. Schon aus diesem Grunde wäre die Vorstellung irreführend, eine universell gültige Behandlungsmethode zu finden. Kein Behandlungskonzept kann für sich den Anspruch erheben, kriegstraumatisierten Menschen den optimalen Beistand zu geben. Deshalb sollte vor jedem therapeutischem Bemühen das gründliche Studium der jeweils lokal existierenden Vorstellungen von Gesundheit stehen. Diese müssen – wie gesagt – nicht widerspruchsfrei sein, können rituelle Praktiken ebenso umfassen wie mystische Konzepte oder Heilerwartungen gegenüber industriell gefertigter Pharmaka. Das fast schon dilemmatische Problem: jede therapeutische Intervention von außen läuft Gefahr, den Prozeß der Integration fremder therapeutischer Methoden und neuer »Wahrheiten« voranzutreiben, wobei lokale Gesundheitsarbeiter aufgrund der Machtposition, die ausländische Helfer unausweichlich haben, häufig zur Assimilation an das Neue neigen und dabei Altbewährtes aufgeben.

Wie das Zusammenwirken unterschiedlicher Gesundheitsvorstellungen konkret aussehen kann, wie Reinigungsrituale oder Kompensationsleistungen für übelwollende Geister die Heilung befördern oder hemmen können, sind den aufschlußreich und interessant berichteten Falldarstellungen: *Timangane – über die psychische Heilung ehemaliger Kindersoldaten* zu entnehmen, ohne die der vorliegende Report unvollständig geblieben wäre. **Efraime Boia Junior**, der Leiter der »Mosambikanischen Vereinigung für öffentliche Gesundheit« (AMOSAPU) – ein Projektpartner von medico –, berichtet den Verlauf der Behandlung von vier ehemaligen Kindersoldaten – und erwähnt dabei auch die Komplikationen, die im therapeutischen Geschehen auftraten. Deutlich wird, wie über die Praxis und die sensiblen Fallstudien das Konzept für eine

angepaßte, die lokalen Gegebenheiten berücksichtigende Behandlung erst entwickelt werden muß. So verschieden die Wahrnehmung der erlebten traumatischen Ereignisse bei jedem einzelnen der untersuchten Kinder auch war, ließen sich doch bereits erste Prinzipien für die psychotherapeutische Arbeit ableiten: das Vertrauen der Kinder wiederherzustellen, ihr Selbstwertgefühl rekonstruieren lernen, sie zu befähigen, den traumatischen Erfahrungen einen »Sinn« zu geben, Aggressionen zu kontrollieren und eine Vision des eigenen Lebens für die Zukunft zu entwerfen.

Tatsächlich ist die Nachkriegszeit in der rückblickenden Betrachtung vieler Kinder noch grausamer, als der Krieg selbst, wo es wenigstens noch den soldatischen Zusammenhalt gab, das Teilen von Essen. Die Gefahr, daß sich das Trauma über den Krieg hinaus fortsetzt, ist um so größer, wenn die soziale Reintegration nicht rasch konkrete Gestalt annimmt. Und deshalb gehört zur »therapeutischen Arbeit« der mosambikanischen Psychologen auch und vor allem die schulische und berufliche Qualifikation der Kinder sowie die Mithilfe bei der Schaffung von tragfähigen Einkommensmöglichkeiten. Das Therapeutische tritt hier tendenziell wieder in den Hintergrund und begleitet soziale Angebote und wirtschaftliche Wiedereingliederungshilfen.

Daß und wie Erfahrungen mit psychosozialer Arbeit in verschiedenen Ländern sinnvoll ausgetauscht werden können, ohne schlichte Übertragbarkeit von Konzepten zu behaupten, berichtet David Becker in *Die Schwierigkeit zu trauern – Erfahrungen in Angola* auf anschauliche Art und Weise. Angolanische Kolleginnen und Kollegen in der psychosozialen Arbeit hatten ILAS-Mitarbeiter nach Angola eingeladen, um ihnen bei der Entwicklung einer Konzeption für die Demobilisierung von jugendlichen Soldaten behilflich zu

sein. Es zeigt sich, daß die vorsichtige Suche nach sinnvollen Formen des Süd-Süd-Austausches nicht nur kreativer und nützlicher ist als der schnelle Import nördlichen Expertenwissens, sie reflektiert auch den Umstand, daß Krieg und Unterdrückung im Süden viele gemeinsame Wurzeln haben.

Projektförderungen solcher Art folgen mit hoher Kontinuität und großer Entsprechung jener psychosozialen Arbeit, die medico international Mitte der 80er Jahre begann. Damals, lange bevor der Psycho-Boom als Ausdruck von Mutlosigkeit zur Mode wurde, ging es um die Mithilfe beim Aufbau von sozialpsychiatrischen Einrichtungen in Nicaragua: »Es gilt nicht«, so schrieben wir damals, »in den Menschen Nicaraguas »nur« Objekte einer materiellen Versorgung zu sehen, sondern es geht darum, ein neues Menschenbild in allen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens zu entwickeln.« – Ein satirisches Magazin antwortete mit der Frage, ob es in dem objektiv bedrohten Nicaragua nichts wichtigeres gebe, als sich um die psychische Not von Menschen zu kümmern? Die obligate Karikatur zeigte einen bärtigen Contra-Soldaten auf der ebenfalls obligaten Couch: dahinter die Umrise einer alten Dame – ganz offenbar Marie Langer, die Spanienkämpferin und die Psychoanalytikerin, deren Arbeit medico in Nicaragua unterstützte.

Zeit ihres Lebens hatte sich Marie Langer dafür eingesetzt, das psychoanalytische Denken im Kampf gegen die Unterdrückung nutzbar zu machen. Immer betonte sie, daß gesellschaftliche Veränderungen politisch, nicht therapeutisch erstritten werden müßten – aber daß diese nicht gelängen, wenn die Bedürfnisse der Menschen und das lebensgeschichtlich erfahrene Leid, das sie prägt, unbeachtet blieben.

Diese Grundsätze haben wir uns zu eigen gemacht und in all den Jahren, in

denen sich die »Salud Mental« Arbeit von medico auf Chile, El Salvador, die Türkei, Südafrika und nun Angola und Mosambik ausgeweitet hat, verteidigt. Damals gegen die »titanic«, der wir erwiderten, daß die Befreiung aus materieller und psychischer Not zusammen gehörten – von Anfang an! Heute gegen die »therapeutische Internationale«, die meint, der Verantwortung für die soziale Ungerechtigkeit und den Folgen von wachsender Not und Armut mittels Therapie begegnen zu können.

medico international
Usche Merk
Thomas Gebauer

Derek Summerfield

Das Hilfsbusiness mit dem »Trauma« *

Ein Charakteristikum westlicher Kultur des zwanzigsten Jahrhunderts – insbesondere in den letzten fünfzig Jahren – ist das spektakuläre Anwachsen des Einflusses medizinischer und psychologischer Welterklärungen, ein Einfluß, der ehemals von der Religion dominiert wurde. Diese Sichtweisen sind Teil der gemeinsamen Überzeugungen zeitgenössischer westlicher Kultur geworden und werden als natürlich und selbstverständlich angesehen. Begriffe wie »Streß«, »Trauma« und »emotionales Vernarben« (emotional scarring) sind für ein psychologisch interessiertes und orientiertes Publikum eine Selbstverständlichkeit geworden. Sie deuten oft auf die Notwendigkeit der Inanspruchnahme professioneller Hilfe hin. Psychologische Beratungsangebote reichen in beinahe jeden Lebensbereich hinein. Da viele heutzutage glauben, daß beispielsweise Vergewaltigung und andere kriminelle Gewaltverbrechen, sexueller Mißbrauch in der Kindheit oder sogar andauerndes Schikanieren in der Schule bei den Opfern dauerhafte und lebenslange psychische Auswirkungen haben, scheint es undenkbar, daß Folter oder Greuelthaten nicht diese oder schwerwiegendere Auswirkungen bei allen, die ihnen ausgesetzt waren, haben sollten. Es gibt ein schnell expandierendes sogenanntes »Traumagebiet«, das die breite Öffentlichkeit durch die Medien mit seiner Rolle als Teil einer Standardantwort auf mit Angst und Tod verbundenen Ereignisse vertraut gemacht hat. Nach Zug- oder Flugzeugunglücken werden Teams von Psychiatern und Psychologen eingesetzt; in einigen amerika-

nischen Städten ist es für Polizisten, die an einem Schußwechsel beteiligt waren, obligatorisch, an einem die Ereignisse aufarbeitenden Gespräch nach dem Einsatz teilzunehmen, und in Großbritannien werden Beraterteams fast routinemäßig und unverzüglich in Schulen eingesetzt, wenn ein Schüler oder ein Lehrer eines gewaltsamen Todes gestorben ist.

Ähnliche Trends gibt es im Ausland. Foster und Skinner (1990) beschreiben, wie ehemalige politische Gefangene in Südafrika ihre Geschichte in Bezug auf Themen formulierten, die für ihre Berufe und Wertvorstellungen relevant sind – biblische, juristische, politische, humanistische. Jüngere Berichte jedoch sprechen von psychologischen Effekten und zeigen so an, wie der westliche Diskurs zum Thema Trauma Gewalterfahrungen formt und reguliert. Wie sich dies auf das Verständnis des menschlichen Preises von Krieg und Greuelthaten auswirkt, wird im Folgenden diskutiert.

Die medizinische Diagnose der »posttraumatischen Belastungsreaktion« (post traumatic stress disorder, PTSD) ist in diesem Zusammenhang von zentraler Bedeutung.¹

PTSD sollte ursprünglich zur Bezeichnung der Nachwirkungen extremer Ereignisse – Katastrophen unterschiedlicher Natur – außerhalb des Bereichs normaler menschlicher Erfahrung verwendet werden. Aber im Einklang mit den zuvor aufgezeigten Trends wird PTSD ebenfalls zur Bezeichnung von Auswirkungen wesentlicher schlimmer Alltagsereignisse, wie zum Beispiel eines Autounfalls oder

des Todes eines Kindes bei der Geburt verwendet.

Wenn man davon ausgeht, daß in der westlichen Gesellschaft das Vermögen, Krankheit zu legitimieren, weitgehend in den Händen der Ärzte liegt, ist eine ärztlich attestierte PTSD zu einem Eckpfeiler der sogenannten »Kompensationsindustrie« geworden. In einem Leitartikel im *Journal of the American Medical Association* (1995) wurde sarkastisch festgestellt, es sei schwierig, eine psychiatrische Diagnose zu stellen, die ein Patient wohlwollend akzeptieren könne, daß PTSD jedoch eine solche sei. Es wäre verhängnisvoll, wenn PTSD beispielsweise als Kennzeichen für erlittene Folter akzeptiert würde. Nicht allein weil es sich dabei um stark vereinfachenden Unsinn handelt, sondern auch weil einige Opfer fürchteten, nicht als Opfer einer Folterung angesehen zu werden, falls nicht PTSD diagnostiziert würde ...

Eine Kritik sogenannter »psychosozialer Traumaprojekte« für Kriegsoffer

Es ist nicht möglich, den Zeitpunkt der »Entdeckung« des »Kriegstraumas« oder des »posttraumatischen Stresses« als internationales humanitäres Thema festzulegen; es handelt sich jedoch um ein junges Phänomen. Diese »Entdeckung« markierte den bedeutsamen Eintritt der westlichen psychologischen Fachkräfte – als Berater, Ausbilder oder Praktizierende – in ein sich rasch entwickelndes Gebiet von Aktivitäten, die auf dem Verständnis gegründet waren, daß sich Krieg für ganze Bevölkerungen psychologisch negativ auswirkt, und daß dieser Tatsache für sich allein Aufmerksamkeit gewidmet werden müsse. Projekte werden entweder unter der allgemeinen Bezeichnung »psychosozial« subsumiert oder spezifischer als »Traumaaarbeit« bezeichnet, Projekte, die

für westliche Geber schnell interessant und sogar modisch geworden sind.

Von Beginn an haben einige extravagante Behauptungen und Annahmen die Vorstellung von Krieg als einer psychischen Notsituation gefördert. In den Medien finden sich wiederholt Behauptungen über posttraumatischen Streß als einer »verborgenen Epidemie«, wobei suggeriert wird, daß es sich um etwas so Wirkliches und Konkretes wie ein infektiöses Agens handelt, und um etwas, das in großem Ausmaß Krankheiten auszulösen vermag. Schließlich wurde es nicht als etwas angesehen, das vorübergehen oder sich plötzlich auflösen würde. Unter denjenigen, vor denen diese Epidemie »verborgen« blieb, waren direkt Betroffene oder »Infizierte«; in mancher Literatur zum Thema »Trauma« wird behauptet, daß direkt Betroffene nur selten zugaben, ein Problem zu haben. Agger et. al. (1995) schätzten, daß in Bosnien-Herzegowina und Kroatien 700.000 Menschen an einem schweren psychischen Trauma litten und dringend Hilfe benötigten, und daß in dieser Notsituation einheimische Fachleute weniger als 1% dieser Fälle behandeln konnten. Nach ihrer Einschätzung gab es außerdem weitere 700.000 Menschen mit weniger schwerem psychischen Trauma, die in Friedenszeiten auch professioneller Hilfe bedurft hätten. Aus derselben Quelle kam die Warnung, daß posttraumatischer Streß für den Zeitraum einer Generation und darüber hinaus das wichtigste öffentliche Gesundheitsproblem im ehemaligen Jugoslawien darstellen würde. UNICEF² schätzt, daß 10 Millionen Kinder in den letzten 10 Jahren durch Krieg traumatisiert wurden, und daß das psychosoziale Trauma in ihren Rehabilitationsprogrammen eine besondere Stellung einnehmen muß.

Stärker als jeder andere Krieg hat der Krieg in Bosnien und Kroatien eine große Anzahl psychosozialer Projekte angezo-

gen, bei denen multilaterale Agenturen und bedeutende Hilfs- und Entwicklungsorganisationen stark vertreten sind. Das UN-Flüchtlingskommissariat (UNHCR) unterstützte annähernd 40 Projekte, einschließlich Kindergärten, Berufsschulklassen für Jugendliche, Frauenprojekte und Selbsthilfegruppen sowie psychiatrische Beratung in Gemeinschaftszentren. Priorität wurde der fortlaufenden Erkennung und Einschätzung vulnerabler Gruppen und Einzelpersonen eingeräumt, wobei Psychatriepatienten, isolierte ältere Menschen und Behinderte als Beispiele genannt wurden. Ebenso war man darauf bedacht, einheimisches Personal auszubilden, sei es für Erziehung, Gesundheitsdienste oder soziale Dienste, das nach Einschätzung der Organisationen in Situationen eingesetzt wurde, für die es vor dem Krieg nicht ausgebildet worden war. Dieses Personal wurde als möglicherweise selbst traumatisiert angesehen.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) richtete in dem für das Gebiet um Zagreb zuständigen Büro eine mit psychischer Gesundheit befaßte Abteilung (die Mental Health Unit) mit folgenden Zielsetzungen ein: Entwicklung von umfassenden Systemen zur Einschätzung des Bedarfs und Überwachung der Rehabilitationsarbeit, Koordinierung der Arbeit der NGOs mit interstaatlichen Organisationen und dem öffentlichen Gesundheitswesen, Begutachtung der Fähigkeiten der Mitarbeiter im Gesundheitswesen und die Entwicklung von Methoden zur Bewertung und Qualitätssicherung. Als spezifische Beispiele für die Arbeit dieser Abteilung werden die psychosoziale Rehabilitation sexuell mißbrauchter Menschen, die Bereitstellung von Sets zur psychoaktiven Medikation und Hilfestellung für Mitarbeiter des Gesundheitswesens, die zu einer Risikogruppe für tätigkeitsbezogene Traumatisierung gezählt werden, genannt.

Im Februar 1995 stellte die European Community Humanitarian Organisation (ECHO) finanzielle Hilfe für psychosoziale Arbeit von 15 internationalen NGOs aus sechs Mitgliedsstaaten der Europäischen Union zur Verfügung. Ein Bericht der European Community Task Force (ECTF) stellte fest, daß 185 solcher Projekte von 117 Organisationen durchgeführt wurden. 68% dieser 185 Projekte boten Hilfestellung, die als Sozialfürsorge oder Gemeindeförderung bezeichnet werden kann, an. 63% offerierten direkte psychologische Hilfsdienste und 54% organisierten psychologisch orientierte Gruppen, vor allem Selbsthilfegruppen. 33% leiteten psychiatrische Dienste und 63% boten Mitarbeiterschulungsprogramme zu Themenbereichen wie Kriegstraumata³ an. Bis zum heutigen Zeitpunkt hat kaum eine systematische Analyse der zugrunde gelegten Konzepte und Arbeitspraktiken, die solche Programme entstehen lassen, stattgefunden.

Ruanda, wo der einzige Krieg der neunziger Jahre stattfindet, der hinsichtlich der internationalen Aufmerksamkeit mit dem Krieg in Bosnien gleichzusetzen ist, ist das zweite Beispiel, auf das ich mich beziehen möchte.

Die Grundlage sogenannter »Traumaaarbeit« – Konzepte und Annahmen

Den meisten Projekten liegen implizit oder explizit einige oder alle der folgenden Annahmen zugrunde:

I 1. »Kriegserlebnisse und erlebte Greueltaten sind so extrem, daß sie nicht nur in großem Ausmaß Leid, sondern »Traumatisierung« erzeugen«

Der Begriff »Traumatisierung« wird häufig verwendet, um ein durch Krieg verursachtes psychologisches Geschehen zu bezeichnen. Jedoch gibt es – sogar bei aktiven Vertretern dieses Arbeitsgebietes –

keine einheitliche Arbeitsdefinition des Begriffs. Einige Quellen scheinen eine Differenzierung auf der Basis der (persönlichen) Distanz vom auslösenden Ereignis vorzunehmen: bei der *primären Traumatisierung* sind die Opfer direkt den Ereignissen wie zum Beispiel Vergewaltigung, Folter oder gewaltsamer Vertreibung ausgesetzt; diejenigen, die eine *sekundäre Traumatisierung* erleiden, sind nahe Verwandte oder Freunde der oben beschriebenen Opfer; *tertiäre Traumatisierung* entsteht angenommenmaßen bei Personen, die in Kontakt zu den zwei oben genannten Gruppen stehen, z.B. Zeugen, Nachbarn, Helfer und Therapeuten. Agger et. al. (1995) geben zwei Beispiele für Fälle an, bei denen sie eine Traumatisierung annehmen: den Fall einer Frau, die Zeugin der Entführung ihres Mannes und ihres Sohnes mit vorgehaltener Waffe wird, und den Fall eines Mannes, dessen durch Schüsse eines Heckenschützen verletztes Bein amputiert wird. Bei so wenig differenzierten und so ungenauen Definitionen ist eine Angabe von nur 1,4 Millionen Betroffenen in Bosnien-Herzegowina und Kroatien, wie vorher ausgeführt, überraschend. Die Autoren behaupten, daß die 185 Projekte nur die Spitze des Eisbergs der benötigten Hilfeleistungen abtragen könnten. Vorschläge für psychosoziale Projekte andernorts sind ähnlich voller Hinweise auf die enorme Größe traumatisierter Gruppen, die Hilfe benötigten.

Diese Einschätzungen haben ihre Wurzeln in westlichen Annahmen, daß entsetzliche Ereignisse notwendigerweise bei Menschen psychische Schäden hinterlassen. Es gibt keine empirische Basis für diese enge pathologisierende, also krankheitsverursachende Verallgemeinerung; eine Verallgemeinerung, die die Debatte um den Preis des Kriegs für Menschen einschließlich des Preises, der sich berechtigt auf Krankheit und auf Gesundheitsdienste bezieht, verzerren kann.

Leiden oder Schmerz – beobachtet oder unterstellt – wird zum Objekt gemacht und mit Hilfe des Begriffes Traumatisierung in ein technisches Problem verwandelt, für das auch technische Lösungen anwendbar erscheinen. Jedoch ist für die große Mehrheit der Opfer »Traumatisierung« ein Pseudo-Zustand; Schmerz oder Leiden sind nicht per se eine psychische Störung.

II 2. »Es gibt eine universelle menschliche Reaktion auf starken Streß auslösende Ereignisse«

Als von April bis Juni 1994 der Völkermord in Ruanda in den Blickpunkt der Weltöffentlichkeit rückte, strömten in großer Zahl humanitäre Organisationen in die Region. Kurz nach den ersten Flüchtlingszügen organisierte eine überraschend hohe Zahl von NGOs, einige mit nur geringen Kenntnissen des Landes, psychosoziale Projekte, die sich der Massentraumatisierung annehmen sollten. Eine dieser Organisationen war eine bekannte internationale Hilfsagentur, deren als Emergency Psycho Social Care bekanntes Modell beabsichtigte, frühzeitige psychologische Intervention vorzunehmen, um eine unmittelbare Entlastung zu schaffen und auch als präventive Maßnahme anzusehen ist, die eine spätere Entwicklung schwerwiegender psychischer Probleme bei der betroffenen Bevölkerung verhindern sollte (siehe auch Punkt 4.). Ihr Modell schloß das Angebot einer »Psycho-Erziehung« für die Flüchtlinge ein, und 75.000 Exemplare einer Broschüre wurden gedruckt. Bei der Übersetzung ergaben sich einige Schwierigkeiten, da die Sprache kinyarwanda kein Wort für »Streß« kennt und Begriffe wie »Familienmitglieder« problematisch sind, da verschiedene Wörter in unterschiedlichen Zusammenhängen verwendet werden. Zuerst wurde ein Fragebogen ausgegeben, um das Grundwissen über Trauma zu überprüfen, so daß nach Verteilung der Broschüre erneut Fragebö-

gen verteilt werden konnten, um die »Zunahme des Wissens« zu überprüfen. Die Frage, der hier ausgewichen wird, lautet: Über wessen Wissen sprachen sie, über das der Flüchtlinge oder über das der Hilfsagentur selbst? Die Annahme, mit der man gekommen war, lautete, daß es so etwas wie eine universelle Reaktion auf ein Trauma gebe und folglich auch ein Standardwissen zu diesem Thema.

Nimmt man eine solche universelle Reaktion als Ausgangspunkt, kommt man leicht zu der Annahme, daß westliche psychologische Modelle und Fragebögen zuverlässig dieses Vorkommnis weltweit erfassen könnten, und daß darüberhinaus es dies sei, was im Hinblick auf die Erfahrung wichtig sei, gleich ob es die Opfer so sehen oder nicht. Diese Sichtweise von Trauma als ein auf das Individuum konzentriertes Ereignis liegt auf einer Linie mit der Tradition westlicher Biomedizin und Psychologie, die den einzelnen Menschen als grundlegende Untersuchungseinheit betrachtet. Jedoch ist die Anwendung westlicher, eher auf Klassifizierung von Krankheiten als auf Menschen ausgerichtete Diagnosesysteme höchst problematisch, wenn sie auf verschiedene nicht-westliche Gruppen von Überlebenden angewandt werden (Bracken et. al. 1995; Mollica et. al. 1992). Die Schwierigkeiten, die mit dem Einsatz von PTSD-Checklisten und anderen psychologischen Fragebögen in solchen Situationen verbunden sind, zeigen dies.

Als Beispiel übersandte mir eine internationale NGO, die in Ruanda und den angrenzenden Flüchtlingslagern arbeitet, die Ergebnisse einer psychologischen Befragung von Ruändern. Die Befragten hatten Massaker aus nächster Nähe miterlebt und überlebt, während viele ihrer Familienmitglieder und Freunde umgekommen waren. Zum Vergleich wurde eine Gruppe von Ruändern herangezogen, die sich weiter entfernt aufgehalten

hatten und nicht so direkt durch die Ereignisse betroffen waren, einige davon hatten sich sogar zu der fraglichen Zeit außerhalb des Landes aufgehalten. Verschiedene Symptome, die im Westen mit dem Vorliegen von PTSD in Verbindung gebracht werden, waren verbreitet und schienen in den Hauptgruppen bedeutend häufiger aufzutreten: unangenehme Erinnerungen, schlechter Schlaf und Alpträume, anhaltendes Traurigkeitsgefühl, Konzentrationsstörungen, Schreckhaftigkeit und Selbstmordgedanken. Aber erfassen diese per Fragebogen überprüften Sachverhalte den Kern dessen, was den Befragten aus ihrer Sicht angetan wurde, und geben sie die aktuellen Anliegen und Bestrebungen der Befragten wieder?

Es ist stark vereinfachend, Opfer als passive »Behältnisse« negativer psychologischer Effekte, die als »vorliegend« oder »nicht vorliegend« eingestuft werden, zu betrachten. Eine Checkliste der Eigenschaften des psychischen Zustandes, die im Kontext eines Krieges angewandt wird, beinhaltet keine deutliche Trennung zwischen subjektivem Schmerz und objektiver Störung. Ein großer Anteil des von den Opfern erlebten und mitgeteilten Schmerz ist normal oder sogar adaptiv, und ist oftmals durch eigene aktive Interpretationen und Wahlmöglichkeiten gefärbt. Es mag argumentiert werden, daß Schlafstörungen oder Alpträume als Beispiel für ein PTSD-Symptom eine Facette einer universellen menschlichen Reaktion auf traumatische Ereignisse reflektieren. Würde uns dies jedoch weiterbringen? Wie viele Opfer denken, daß dies wichtig oder vermeidbar ist? Darüberhinaus, obwohl die Literatur von einem weltweiten Auftreten von PTSD spricht, ist es ein Fehler anzunehmen, daß diese Erscheinungen unter verschiedenen sozialen Bedingungen die gleiche Bedeutung besitzen, weil sie regelmäßig dort erkannt werden. Dieses stellt den von Kleinmann

(1987) als »Kategorietrugschluß« bezeichneten Sachverhalt dar. Für einen Menschen mögen wiederkehrende gewaltsame Alpträume ohne Bedeutung sein und nur auf direkte Nachfragen hin preisgegeben werden; für einen anderen Menschen mögen sie die Notwendigkeit anzeigen, sich in eine Klinik zu begeben; für einen dritten mögen sie eine hilfreiche Nachricht der Vorfahren darstellen.

Meine Studien mit Bauern und kriegsverletzten Ex-Guerilleros in Nicaragua zeigten, daß eine PTSD-Diagnose allein nur unzureichend vorhersagt, wie fähig sie sind, den psychologischen Preis des Kriegs zu zahlen und trotz der erlittenen Härten fortzufahren, noch ein zuverlässiger Indikator für das Bedürfnis nach psychologischer Behandlung ist (Summerfield & Toser 1991; Hume & Summerfield 1994). Unkritischer Gebrauch von PTSD-Checklisten erzeugt zu hohe Schätzwerte bezüglich der Anzahl der Behandlungsbedürftigen.

Es ist nützlich, die Antworten auf andere Fragen aus der oben erwähnten Ruanda-Studie zu beachten: 51% der Hauptgruppe gaben an, sich nicht die meiste Zeit über traurig zu fühlen; 77% waren an Aktivitäten wie Arbeit oder Spiel interessiert; 46% fühlten, daß sie ebenso gut in der Lage wären etwas zu machen, wie vor dem Krieg; 57% erschien ihre Zukunft gut und 75% (was unter gegebenen Umständen viel erscheinen mag) fühlten sich in der Lage, ihrer Familie oder sich selbst Schutz zu bieten. Diese Antworten zeichnen ein aktiveres und flexibleres Bild als ein allein auf der Erkennung von PTSD-Symptomen basierendes Bild, wie es oben erwähnt wurde. Es gibt die Pflicht, eine Notlage zu erkennen, aber auch die Pflicht, sich um das zu kümmern, was die leidenden Menschen signalisieren möchten. Im Ganzen betrachtet richten sie ihre Aufmerksamkeit nicht nach innen, auf ihre mentalen Prozesse, son-

dern nach außen, auf ihre soziale Welt. Das sogenannte »Traumagebiet« ist möglicherweise in Gefahr, sich nur solcher Merkmale anzunehmen, die in Einklang mit vorherigen Annahmen über die Natur der Opfer und die besondere Stellung und die Universalität der psychischen Verwundung stehen.

■ 3. »Sehr viele kriegstraumatisierte Opfer benötigen professionelle Hilfe«

Agger et. al. (1995) warnen vor einer Überdiagnose und vor der Individualisierung von Problemen, die im Grunde politisch sind. Im nächsten Satz weisen sie aber auf die Gefahr einer nicht ausreichenden Diagnose hin, die zu einer Entwicklung chronischer Langzeitstörungen führen kann. Arcel et. al. (1995) schätzen, daß 25 bis 30% der Flüchtlinge PTSD entwickeln und die Hilfe qualifizierter, auf psychologischem Gebiet geschulter Fachleute benötigen. Jedoch unterschätzen diese Quellen die Rolle sozio-kultureller und situationsbedingter Faktoren im Hinblick auf die langzeitige Beeinflussung der Resultate und die Grenzen westlicher psychologischer Ansätze in nicht-westlichen Kontexten. In der medizinischen Diagnose wird PTSD für eine klinische Realität gehalten, die widerstandsfähig genug sind, um ein Eigenleben über die Zeit zu besitzen, und deren Überwindung allein durch den Betroffenen für unwahrscheinlich gehalten wird.

Folglich liegt die Betonung auf der Bereitstellung von Diensten, bei denen der Experte und sein Fachwissen im Mittelpunkt stehen und das Kriegsoffer in die Rolle des konsumierenden Patienten relegiert wird (Stubbs & Soroya 1996). Es ist wichtig zu berücksichtigen, ob sich dies zugunsten einer Selbsteinschätzung des Individuums als passives Opfer im Gegensatz zu einer Einschätzung als aktiver Überlebender auswirkt. Das »offizielle Wissen« wird den Stempel der Autorität

tragen und möglicherweise unwissentlich zu weiterem Kontrollverlust beitragen.

Arcel et. al. (1995) bemerken, daß sie erhebliche Zeit darauf verwenden mußten, Flüchtlinge für psychologische Fragestellungen zu »sensibilisieren«, da diese »zu tolerant« gegenüber ihrem Zustand waren und nicht die angebotene professionelle Hilfe suchten. Vielleicht waren diese Menschen mit anderen Problemen beschäftigt oder sahen Gesprächstherapie nicht als eine bekannte oder relevante Hilfeleistung an. Meines Wissens waren einige Bürgerinnen und Bürger Sarajewos durch die Aktivitäten gewisser ausländischer Forscher mit PTSD-Checklisten zu einer Zeit, zu der sie unter der gewaltsamen Belagerung um ihr Überleben kämpften, irritiert. Was die Kriegsgebiete in Entwicklungsländern wie Ruanda angeht, scheint es unwahrscheinlich, daß Betroffene spontan die Hilfe sogenannter »psychosozialer Traumaprogramme«, die importiert und ihnen zur Verfügung gestellt wurden, suchen. Die Frage lautet: Wer verfügt über die Autorität, das Problem zu definieren, und wessen Wissen wird der Vorzug gegeben? In dieser Hinsicht sind Flüchtlinge zwangsläufig im Nachteil.

Natürlich wird es immer einige geben, eine Minderheit, die als Resultat der Belastungen durch den Konflikt und die damit einhergehenden Umwälzungen genau definierte psychische Probleme oder sogar eine psychische Krankheit entwickelt. In einigen Fällen haben psychische Probleme und der Kontakt mit psychologischen Einrichtungen eine Vorgeschichte. Natürlich verdienen solche Menschen die besondere Aufmerksamkeit der noch bestehenden Einrichtungen des Gesundheitswesens und sozialer Einrichtungen, oder falls notwendig des NGO-Sektors. Im Allgemeinen sind sich jedoch Familien und Nachbarn der Probleme dieser Menschen bewußt.

■ 4. »Westliche psychologische Methoden sind weltweit für gewaltsame Konflikte relevant. Opfern kann besser geholfen werden, wenn sie ihre Gefühle zum Ausdruck bringen und über ihre Erfahrungen sprechen«

In verschiedenen Kulturen lassen lokale Traditionen und Ansichtsweisen psychologisches Wissen, Bedeutungen, die mit bestimmten Ereignissen verbunden werden, und Wege, mit denen Hilfe und Heilung gesucht wird, entstehen. Es gibt mehr als eine wahre Beschreibung der Welt. Um das Beispiel eines Kriegsgebietes, Kambodscha, zu nennen, umfassen Taxonomien traditioneller Heiler physische, übernatürliche und moralische Bereiche und stehen im Widerstreit mit dem westlichen linear-kausalen Ansatz. Dagegen sind die psychologischen Konzepte und Praktiken, die von psychosozialen Projekten unter der Leitung von im Ausland lebenden Bürgern des Landes in das entsprechende Entwicklungsland gebracht werden so westlich wie Coca Cola. In den meisten Projekten wird die Verpflichtung zur Kenntnis genommen, lokale Normen und Praktiken anzuerkennen, doch ist dies selten mehr als ein Lippenbekenntnis. Es ist für NGOs allzu einfach, mit Situationsanalysen und vorgefertigten Ablaufplanungen, die beide aus der Distanz ausgearbeitet wurden, ihre Tätigkeiten im Land aufzunehmen. Ruanda war ein besonders prägnantes Beispiel für ein solches Unternehmen.

Boothby (1992) argumentiert mit Erfahrungen aus Mosambik, daß auf westlichen, in stabilen und reichen Gesellschaften entwickelten Gesprächstherapien basierende Interventionen in politisch instabilen und verarmten Ländern und in anderen kulturellen Kontexten weitgehend ohne Erfolg geblieben sind. Westliche Erklärungsmodelle suchen die Ursachen und die Last der Verantwortung im Individuum. Soziale Faktoren mögen ei-



nen Einfluß haben, doch wird die Reaktion und Haltung des Individuums in der endgültigen Analyse als entscheidend für das Ergebnis angesehen. Wie ich jedoch vorher gezeigt habe, handelt es sich bei Krieg um eine kollektive Erfahrung, und seine Auswirkungen auf die Opfer werden vielleicht durch das Erleben der Zerstörung ihrer sozialen Welt, die ihre Geschichte, Identität und ihrer gelebten Werte verkörpert, ausgeübt. Dabei handelt es sich nicht um eine »private« Verletzung, die ein Individuum erfährt. Zudem setzt ein Krieg eine Reihe von komplexen, sich aus ihm ergebenden Ereignissen in Gang. Das Verständnis dieser Ereignisse durch die betroffene Bevölkerung, ihre Einstellungen und Prioritätensetzungen, können sich mit der Zeit, oder auch mit neuen Zwängen oder Möglichkeiten, verändern.

Selbst wenn wir die Kultur außer acht lassen, handelt es sich um einen gänzlich anderen sozialen Kontext als der, der beispielsweise in Großbritannien nach einer Katastrophe existiert, nach der sich dort Überlebende in einer intakten und mit Hilfsangeboten ausgestatteten Gesellschaft erholen können. Krieg in Entwicklungsländern ist keine großgeschriebene »Hillsborough«-Katastrophe (Katastrophe bei einem Fußballspiel) oder ein »Herald of Free Enterprise«-Fährnglück. Die Annahme, daß sich Krieg im Kopf des einzelnen Opfers zu einer diskreten mentalen Entität verdichtet, dem »Trauma«, das einfach mit westlicher psychologischer Beratung oder Gesprächstherapie angegangen werden kann, scheint weitgehend lächerlich zu sein.

Wie ich oben beschrieben habe, wird in der westlichen Kultur davon ausgegangen, daß Opfer schlimmer Ereignisse »emotional ventilieren«, d. h. ihre Gefühle zum Ausdruck bringen sollten, und sich noch einmal durch das Erlebte »durcharbeiten« sollten. Dieses Verfahren, das

manchmal als »psychological debriefing«, ein psychologisches Aufklären im Gespräch nach dem Ereignis, bezeichnet wird, scheint eher auf dem Gebiet von Psychologen und Beratern als von Familie, Freunden und Kollegen zu liegen. Einige Fachleute glauben, daß die Gesundung nicht ohne dieses sogenannte »psychologische Ventilieren« ordnungsgemäß fortschreiten kann, so daß sogar dann, wenn Kriegsoffer ihre Situation gut bewältigen und wieder Kontrolle über ihr Leben erlangen, das »wirkliche« Problem »im Verborgenen« liegt. Der Gedanke, das Erzählen der eigenen Geschichte, falls nicht sorgfältig begleitet, könnte eine »Retraumatisierung« erzeugen, wurde durch die (nicht notwendige) Besorgnis beim Haager Tribunal über die möglichen Auswirkungen ihrer Zeugenaussagen auf bosnische Kriegsoffer verdeutlicht.

All dies trägt natürlich dazu bei, die Bedeutung des sogenannten »Traumagebiets« und der Sachkenntnis auf diesem Gebiet zu unterstreichen. Aber es gibt bisher noch keine empirische Grundlage dafür, daß eines dieser Konzepte als allgemein gültig angenommen werden kann. Tatsächlich bemerkten kürzlich Raphael et. al. (1995), daß es sogar bei westlichen Bevölkerungsgruppen keinen objektiven Beweis für die Wirksamkeit des »psychological debriefing« gebe, diese Hilfen jedoch weit verbreitet eingesetzt würden. Wir müssen mit solchen Annahmen in Bezug auf nicht-westliche Schauplätze doppelt vorsichtig sein, wo die Art und Weise des Hilfesuchens durch Attribute der verursachenden Ereignisse wie übernatürliche, religiöse oder politische Ereignisse, oder durch den physischen Überlebenskampf, der Vorrang haben muß, beeinflusst wird. Einige Aspekte des westlichen Gesundheitswesens sind gängig, doch schließt dies die psychologische Beratung wahrscheinlich nicht ein. In der Tat gewähren viele nicht-westli-

che Kulturen der Offenbarung sehr persönlicher Angelegenheiten nur wenig Raum außerhalb des engen Familienkreises. Mosambikanische Flüchtlinge beschreiben Vergessen als ihr maßgebliches Mittel zur Bewältigung vergangener Schwierigkeiten; Äthiopier bezeichnen dies als »aktives Vergessen«.

■ 5. »Es gibt vulnerable Gruppen und Einzelpersonen, die für psychologische Hilfe besonders ins Auge gefaßt werden müssen«

Agger et. al. (1995) geben eine weite Definition für »besonders vulnerabel« im bosnischen Konflikt. Sie umfaßt: (a) Kinder und Jugendliche, die ihre Eltern verloren haben, in Konzentrationslagern waren, ein Elternteil verloren haben oder deren Ausbildung durch Flucht und Flüchtlingsstatus unterbrochen wurde; (b) Frauen, die vergewaltigt oder gefoltert wurden, die Mann, Kinder oder Heimat verloren haben oder in »Mischehen« leben; (c) Männer, die in Konzentrationslagern waren, Greuelthaten erlebt oder begangen haben oder in »Mischehen« leben; (d) ältere Menschen, die terrorisiert wurden, oder ohne Unterstützung durch Familie oder ohne soziale Hilfeleistungen und Hilfen des Gesundheitswesens leben. Diese Liste scheint einen beträchtlichen Anteil der Gesamtbevölkerung einzuschließen! Eine weitere, deutlich fundiertere und der UNHCR-Liste ähnliche umfaßt Personen, bei denen vor dem Krieg Vulnerabilität vorlag: arme oder sozial marginalisierte Menschen, Menschen mit chronischen physischen oder psychischen Krankheiten oder Behinderungen.

In Bosnien waren vergewaltigte Frauen die an erster Stelle stehende Gruppe, die als »vulnerabel« bezeichnet und entsprechend als Zielgruppe ins Auge gefaßt wurde. Durch einen großen Teil der Teile der internationalen Medien wurde diesem Punkt eine sensationelle Färbung

verliehen. Von ausländischen NGOs wurden Projekte für Vergewaltigungsopfer eingerichtet oder für eine Aufnahme der im Ausland ankommenden Flüchtlingsfrauen vorbereitet. Alle diese Frauen hatten verschiedene Grausamkeiten erlitten, und dennoch nahm man im voraus an, daß sie sich primär als »Vergewaltigungsopfer« identifizieren würden, und psychologische Beratung diese notwendigerweise von »Müttern, die ein Kind verloren haben«, »Witwen« oder »Flüchtlingen« unterscheiden sollte. Bei Arcel et. al. (1995), die mehrere psychosoziale Projekte für Frauen in Kroatien betreuten, findet sich ein bemerkenswertes Kapitel mit dem Titel »Wie man ein Vergewaltigungsopfer erkennt«. Während zugegeben wird, daß ein Opfer möglicherweise die Vergewaltigung nicht preisgeben möchte, liefern sie eine Liste von Symptomen, die sie als relativ spezifisch für eine Vergewaltigung ansehen (die Symptome sind es nicht), und die den Helfern angeblich Unterstützung bei der Erkennung von Vergewaltigungsopfern, die so die für notwendig erachtete Beratung bekommen können, bieten soll. Dies wirkt höchst anmaßend. Es gibt wenig medizinische Fachliteratur, die die Überzeugung rechtfertigt, daß Vergewaltigung *per se* eine erkennbare Ursache psychischer Vulnerabilität unter Kriegsbedingungen darstellt, und die eine Therapie, die spezifisch und effektiv genug ist, um ein aktives Suchen nach den Frauen, die sich normalerweise nicht offenbart hätten, rechtfertigt. Was Frauen benötigen, wird in ihren eigenen Einschätzungen ihrer Situation reflektiert: einer Kollegin von mir wurde von Flüchtlingsfrauen aus Bhutan, die einem Hilfsprojekt für Vergewaltigte zugeführt werden sollten, mitgeteilt, daß ihre vorrangige Sorge dem Fehlen einer Schule für ihre Kinder im Flüchtlingslager galt. Darüberhinaus bleibt soziale Stigmatisierung ein tief verwurzelttes Handicap in vielen kulturellen

Kontexten; sie durch Schweigen zu umgehen ist für viele eine pragmatische Entscheidung. Einige der ersten bosnischen moslemischen Frauen, die über ihre Vergewaltigung sprachen, stellten diese in den Kontext eines Übergriffs auf ihre Kultur und auf ihre ethnische Identität.

Die andere »vulnerable« Gruppe, die am häufigsten von Hilfsorganisation ins Auge gefaßt worden ist, sind »traumatisierte Kinder«. Richman (1993) indessen weist darauf hin, daß das emotionale Wohlbefinden von Kindern relativ intakt bleibt, solange ihre Eltern oder andere vertraute Menschen bei ihnen sind und ihnen eine einigermaßen der Situation gewachsene und stabile Präsenz bieten. Geht dies verloren, kann das Wohlbefinden des Kindes sich rasch verschlechtern und die Kindersterblichkeitsrate ansteigen. Umstritten ist weniger, ob Waisen oder schutzlose Kinder Aufmerksamkeit benötigen, sondern ob diese Aufmerksamkeit eher auf sozialer als auf psychologischer Grundlage den Kindern gewidmet werden soll. Eine besonders beliebte Gruppe wird »Kindersoldaten« genannt. In Liberia drohte die Sorge von NGO-Mitarbeitern, daß »Kindersoldaten« keine psychologische Beratung erhalten hatten, ihre Wiedervereinigung mit ihren Familien und ihrer Gemeinde zu verzögern. Dagegen kommt aus Mosambik ein eindrucksvoller Beweis für ein Selbsteheilungspotential bei zu den Renamo verschleppten und zum Töten gezwungenen Kindern, sobald sie wieder in eine für sie normalere Umgebung gebracht wurden (Boothby, o.J.). Der Save the Children Fund in Mosambik argumentiert, daß Kinder nicht als vulnerable Gruppe *per se* angesehen werden sollten, was auch an anderer Stelle bekräftigt wird (Gibbs 1994).

Sogenannte »Traumamodelle«, bei denen die Betonung auf bestimmten Ereignissen (»Vergewaltigung«) oder bestimmten Bevölkerungsgruppen (»Kin-

der«) liegt, übertreiben eine Unterscheidung zwischen verschiedenen Opfern und riskieren dabei die Loslösung dieser Opfer aus ihrem Umfeld und aus dem weiteren Erfahrungszusammenhang und der Bedeutungen, die sie selbst diesen Erfahrungen geben.

■ 6. »Krieg stellt für die psychische Gesundheit eine Notsituation dar: Schnelle Intervention kann die Entwicklung schwerwiegender psychischer Probleme verhindern, ebenso nachfolgende Gewalt und Kriege«

Agger et. al. (1995) behaupten, daß ein Mangel an Interesse für Trauma betreffende Fragen »Auswirkungen auf mindestens die nächsten zwei Generationen haben kann, durch einen Anstieg der Alkohol- und Drogenabhängigkeit, der Selbstmordrate, der kriminellen Gewalt, der Gewalt in der Familie und der psychischen Erkrankungen. Unverarbeitete traumatische Erfahrungen können Auslöser für neuen Haß und neue Kriege sein.« Annahmen dieser Art werden beispielsweise manchmal dazu benutzt, um Israels Grausamkeit gegenüber den Palästinensern hinsichtlich dessen, was Juden von den Nazis angetan wurde, zu »erklären«. Eine Gesellschaft als eine Art Erweiterung der individuellen menschlichen Psyche anzusehen und auf dieser Grundlage erklären zu wollen oder den menschlichen Preis des Krieges für kommende Generationen weltweit vorhersagen zu wollen, ist lächerlich – und es ist besorgniserregend, wenn niemand Geringeres als Berater der EU, der WHO und des UNHCR dies als ernstzunehmende Analyse präsentieren.

Der Mangel an relevanten Daten über Kinder im Krieg verhindert keineswegs Prophezeiungen ähnlicher Art. Diese Kinder werden leicht als anfällig für problematische Beziehungen und andere zukünftige Anpassungsprobleme, einschließlich schlechter Lernfähigkeit, por-

trätirt. Psychologische Interventionen werden als erforderlich angesehen, damit keine »verlorene« Generation entstehen wird. ...

■ 7. »Lokale Helfer sind von den Ereignissen überfordert und möglicherweise selbst traumatisiert«

Der objektive Druck auf einheimisches Personal, das sich bemüht, durch den Krieg in Mitleidenschaft gezogene Angebote aufrecht zu erhalten, und ebenso bedroht wird wie jede und jeder andere, steht außer Frage. (Medizinisches und anderes Fachpersonal ist tatsächlich einer größeren Bedrohung ausgesetzt, da es oft zum Ziel für Mordanschläge gewählt wird.) Agger et. al. (1995) behaupten, daß Lehrer, Gesundheits- und Sozialarbeiter u.a. in Bosnien und Kroatien keine Erfahrung oder Ausbildung für den Umgang mit einer Kriegssituation besaßen, und folglich ein dringlicher Bedarf bestand, dies zur Verfügung zu stellen. Wie ich weiter oben zitiert habe, schätzten sie, daß einheimische Fachleute nur 1% der großen Anzahl der Fälle, bei denen ein psychisches Trauma angenommen wurde, bewältigen konnten. Als zusätzliche Rechtfertigung wird angegeben, daß einheimische Helfer selbst für traumatisiert gehalten werden, und deshalb ebenfalls Hilfe benötigten. Sie seien nicht nur überarbeitet, und wie jeder andere auch erschöpft, unglücklich, besorgt und leiden unter Schlafstörungen, sondern »traumatisiert«. Diese Einschätzungen dienen dazu, den Status, das Wissen und tatsächlich der Gesundheit der ausländischen Experten einen höheren Stellenwert zu verleihen.

Ich kann nicht mit Berechtigung über die Ansichten der örtlichen Fachleute sprechen, aber einige Aussagen können dazu getroffen werden. Es besteht kein Zweifel, daß sie sich an einigen Orten angesichts der Einschätzungen der NGOs,

die die Relevanz ihrer lokalen Erfahrung, ihrer Ausbildung und ihres Wissens herunterspielen, nicht qualifiziert fühlen. Anderswo, und mit Sicherheit in Bosnien, konnten Fachleute ihren Unmut äußern und erklären, daß sie eine Bereitstellung der für das Funktionieren der Dienste notwendigen Ressourcen wünschten, nicht importiertes Expertenwissen. In Bosnien wurden Gesundheitsarbeiter, Lehrer und andere jahrelang nicht bezahlt. Sie wiesen darauf hin, daß ein Weg zur Aufrechterhaltung der Dienstleistungen aufrechtzuerhalten, von denen die kriegsbeschädigte soziale Infrastruktur abhängt, ihre Bezahlung sei, und daß ausländische Hilfe diesem vor einer Vielzahl ganz von Anfang begonnener psychosozialer Projekte Vorrang hätte einräumen müssen. Einige Ärzte und andere Fachleute gaben ihre Stellungen auf, um für ausländische NGOs als Dolmetscher, bei Feldforschungsprojekten oder als Fahrer zu arbeiten, da ihnen eine solche Arbeit ein Gehalt in DM einbrachte. Niemand kann ihnen dies zum Vorwurf machen, doch ist es mit Sicherheit äußerst wichtig, daß NGO-Aktivitäten der NGOs nicht unabsichtlich das, was von den örtlichen Einrichtungen übrig ist, weiter zerstören. ...

Schließlich stellen sich pragmatische Fragen. In einigen verwüsteten Kriegsgebieten gibt es nur im Bereich der NGOs Arbeitsplätze, einheimische Helfer benötigen dringend Arbeit und akzeptieren die Methoden und Ziele. Sie modifizieren vielleicht sogar ihren eigenen Ansatz gemäß der Prioritäten der Geber: einheimische Mitarbeiter in Südafrika und auf den Philippinen berichteten mir, daß natürlich die zerstörte soziale Welt der Menschen, denen sie helfen wollten, einschließlich der Armut und der Rechtlosigkeit, das zentrale Problem sei, es jedoch einfacher erscheine, finanzielle Unterstützung der westlichen Geber zu erhalten, wenn ein

Problem als »Trauma« dargestellt werde, dessen Lösung »Beratung« heiße.

Evaluierung

Bisher sind nur wenige seriöse Evaluierungen psychologischer Interventionen und sogenannter »Traumaaarbeit« veröffentlicht worden. Versuche, Material zusammenzustellen wurden durch methodische Probleme behindert, die ein Mißlingen, die vielen eine Rolle spielenden Variablen gleichzeitig zu überblicken, einschließen, oder fußten auf falschen Annahmen zu bestehenden Analogien mit Einzelereignissen und Naturkatastrophen in westlichen Ländern.

Ein Projekt, das auf der Existenz von »Trauma« als faßbares Ding und der Anwendbarkeit psychologischer Technologie basiert, wird nach denselben Parametern bewertet. Wenn eine PTSD-Checkliste das, was universell und wichtig ist, erfassen kann, wird sie natürlich als geeignetes Instrument, Ergebnisse und den »Erfolg« des Unternehmens zu bewerten, angesehen. Ein Mitarbeiter bei einem Projekt für Ruanda, der als Staatsbürger Ruandas im Ausland lebte, berichtete von den Schwierigkeiten beim Sammeln von Informationen zu Schlafstörungen (einem Symptom für PTSD), wenn die einheimische Bevölkerung eine solche Störung nicht als Problem betrachtete. Gleichgültig, ob die Menschen mit »Ja« oder »Nein« antworteten, handelte es sich schlicht um eine falsche Fragestellung, da sie nicht an das rührte, was die Menschen für wichtig hielten.

Ein Brunnenbauprojekt, beispielsweise, das eine bestimmte Flüchtlingsgruppe mit Wasser versorgt, kann auf einer quantitativen Grundlage bewertet werden, da man annehmen kann, daß hinsichtlich des Projektes Übereinstimmung herrscht. Aber die Evaluierung von Erfolg und von Wert bezogen auf den finanziel-

len Einsatz sind offensichtlich problematischer, wenn die Interventionen, die sich auf das durch Krieg in Mitleidenschaft gezogene soziale Gefüge richten, nicht immer so konkret sind. Wie müssen Bedürfnisse definiert, wie Prioritäten bestimmt werden, und wie kann man ihnen in einer Form begegnen, die eine Beurteilung erlaubt? De Waal (1995) folgert, daß die Informationen der NGOs zwar gut sein können, sie jedoch tatsächlich aber auch absolut nutzlos, in der Tat sogar irreführend sein können. Bei Katastrophen wie in Ruanda mögen NGOs ein »überwältigendes Hilfsbedürfnis« aus Interesse an ihrem Image und finanzieller Förderung annehmen. Darüberhinaus kann mangelnde Klarheit über die Ziele eine rationale Bewertung von Anfang an erschweren. In Ruanda angekommen wußten einige NGO-Mitarbeiter nicht, ob sie schnelle Nothilfe bieten oder die Bevölkerung vor einem Genozid »retten« sollten.

Bei Evaluierung handelt es sich idealerweise um einen kontinuierlichen Prozeß, der Rückmeldungen der Hilfspfänger und Mitarbeiter der Hilfsorganisationen mit einbezieht und, wo es möglich ist, durch Einschätzungen von in der Gemeinde respektierten Personen vervollständigt wird.

Zur Wiederholung, ein psychisches Trauma ist nicht mit einem körperlichen Trauma zu vergleichen: Menschen registrieren nicht die Einwirkung von äußerer Gewalt (im Gegensatz z.B. zu einer Verletzung des Beines durch eine Kugel) passiv, sondern beschäftigen sich in einer aktiven und »problemlösenden« Weise mit ihr. Leid entsteht in einem gesellschaftlichen Kontext und wird zeitgleich in diesem gelindert. Es ist nicht auf ein universelles biomedizinisches Ereignis reduzierbar. ...

Westliche psychologische Konzepte haben die Globalisierung westlicher Kultur begleitet und präsentieren sich immer

häufiger als endgültiges Wissen. Es gibt die Gefahr eines nicht beabsichtigten Fortdauerns des kolonialen Status des »Bewußtseins« der Dritten Welt. Es handelt sich dabei um eine Machtfrage. Es wäre schmerzliche Ironie, wenn Opfer damit rechneten, daß ihre beste Chance für irgendeine Art von Hilfe darin läge, sich in einer »modernen« Weise zu präsentieren, in einer Art und Weise, die das Wissen der Opfer, ihre Mittel und nicht zuletzt ihre Wut über das Unrecht herunterspielen würde. Ein stark individualisierter und im medizinischen Bereich angesiedelter Diskurs über Symptome, Fälle von PTSD, »Beratung« und »vulnerable« Gruppen scheint nur von geringer Relevanz für die überwältigende Mehrheit der Betroffenen weltweit. Es gibt keinen Beweis für die Effektivität von Interventionen in ausländischen Kriegsgebieten, dort psychologische Hilfe in einer Notsituation als kurzfristige, technische »Reparatur« anzubieten, die unterstützt wird von so bizarren Ideen, wie daß sie auch nachfolgende psychische Probleme bei der betroffenen Bevölkerung verhindern könne. Die gegenwärtige Attraktivität sogenannter »Traumaaarbeit« für Geber wird wahrscheinlich eine nüchterne Analyse nicht überstehen, aber die Eigendynamik der sogenannten »Traumaindustrie« sollten wir nicht unterschätzen.

übersetzt von Almut Meier

* Es handelt sich bei diesem Text um die gekürzte Übersetzung des dritten und vierten Kapitels der von Derek Summerfield verfaßten Studie »The Impact of War and Atrocity on Civilian Populations: Basic Principles for NGO Interventions and a Critique of Psychosocial Trauma Projects« (Overseas Development Institute, 1996).

1 Auf PTSD und auf die Kritik an diesem Konzept geht im folgenden Kapitel David Becker ein.

2 »State of the World's Children 1996«-Bericht, UNICEF.

3 Agger et. al., »Theory and Practice of Psychosocial Projects under War Conditions in Bosnia-Herzegovina and Croatia«. Dieses Buch, das zum größten Teil von hochrangigen Beratern (davon zwei Psychiater) der ECTF, WHO und des UNHCR verfaßt wurde, reproduziert viele, wenn nicht die meisten der Arbeitshypothesen, die psychosozialen Interventionen zugrundeliegen.

Quellen

Agger, I., Vuk, S. & Mimica, J. (1995). *Theory and practice of psychosocial projects under war conditions in Bosnia-Herzegovina and Croatia*. Zagreb ECHO/ECTF.

Arcel, L., Folnegovic-Smale, V., Kozaric-Kozaric, D. & Marusic, A. (1995). *Psychosocial Help for War Victims: Women Refugees and their Families*. Copenhagen IRCT.

Berry, J., Poortinga, Y., Segall, M. & Dasen, P. (1992). Psychology and the developing world. In *Cross-Cultural Psychology, Research and Applications*, pp 378-391. New York: Cambridge University Press.

Boothby, N. (1992). Displaced Children: Psychological Theory and Practice from the Field. *Journal of Refugee Studies*. 5: 106-22.

Boothby, N. (ohne Jahr). Children of war: survival as a collective act. In *The Psychological Well-being of Refugee Children. Research, Practice and Policy Issues*. (ed. M. McCallin), pp. 169-84. Geneva. International Catholic Child Bureau.

Bracken, P., Giller, J. & Summerfield, D. (1995). Psychological responses to war and atrocity: the limitations of current concepts. *Social Science & Medicine*. 40: 1073-82.

De Waal, A. (1995). Response to Demars. *Journal of Refugee Studies*. 4: 411-14.

Duffield, M. (1995). The Political Economy of Internal War: Asset Transfer, Complex Emergencies and International Aid. In *War and Hunger. Rethinking International Responses to Complex Emergencies*. (eds A. Zwi & J. Macrae), pp 50-69. London: Zed Books / Save the Children Fund.

Foster, D. & Skinner, D. (1990). Detention and Violence: Beyond Victimology In *Political Violence and the Struggle in South Africa*. (eds. N. Manganyi & A. du Toit), pp 205-233. London: Macmillan.

Gibbs, S. (1994) Post-War Social Re-construction in Mozambique: Re-framing Children's Experience of Trauma and Healing. *Disasters* 18: 268-76.

Godfrey, N. & Kalache, A. (1989). Health needs of older adults displaced to Sudan by war and famine: questioning current targeting practices in health relief. *Social Science and Medicine*. 28: 707-713.

Hume, F. & Summerfield, D. (1994). After the War in Nicaragua: A Psychosocial Study of War Wounded Ex-Combatants. *Medicine and War*. 10: 4-25.

Journal of the American Medical Association (1995). Post-traumatic Stress Disorder: Psychology, Biology and the Manichean War Between False Dichotomies. *Journal of the American Medical Association*. 152: 963-64 (editorial).

Kleinman, A. (1987). Anthropology and Psychiatry: The Role of Culture in Cross-Cultural Research on Illness. *British Journal of Psychiatry*. 151: 447-54.

Mollica, R. & Caspi-Yavin, Y. (1992). Overview: The Assessment and Diagnosis of Torture Events and Symptoms. In *Torture and its Consequences*. (ed. M. Basoglu), pp. 253-74. Cambridge: Cambridge University Press.

Mollica, R., Donelan, K., Tor, S., Lavelle, J., Elias, C., Frankel, M. & Blendon, R. (1993). The Effect of Trauma and Confinement on Functional Health and Mental Health Status of Cambodians living in Thailand-Cambodia Border Camps. *Journal of American Medical Association*. 270: 581-85.

Raphael, B., Meldrum, L. & McFarland, A. (1995). Does debriefing after psychological trauma work? *British Medical Journal*. 310: 1479-80.

Richman, N. (1993). Annotation: Children in situations of political violence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 34: 1268-1302.

Save the Children Fund (1991). *Helping Children in Difficult Circumstances*. A Teacher's Manual. London SCF.

Sivard, R. (1989). *World Military and Social Expenditures*. Washington DC: World Priorities.

Stubbs, P. & Soroya, B. (1996). *War Trauma and Professional Dominance: Psychosocial Discourses in Croatia*. Unpublished manuscript.

Summerfield, D. (1995). Raising the dead: war, reparation and the politics of memory. *British Medical Journal*. 311: 495-97.

Summerfield, D. (1995). Assisting survivors of war and atrocity: notes on »psychosocial« issues for NGO workers. *Development in Practice*. 5: 352-56.

Summerfield, D. & Toser, L. (1991). »Low Intensity« War and Mental Trauma in Nicaragua: A Study in a Rural Community. *Medicine and War*. 7: 84-99.

World Health Organisation Division of Mental Health (1994). *Mental Health of Refugees*. Pre-publication version. Geneva. Division of Mental Health, WHO & UNHCR.

David Becker

Prüfstempel PTSD – Einwände gegen das herrschende »Trauma«-Konzept*

I. Einführung

Die lateinamerikanischen Kinder und Jugendlichen, von denen hier die Rede sein wird, sind im Krieg aufgewachsen und haben politische Repression erlitten. Sie wurden in soziale und politische Katastrophen hineingeboren, die ihnen nicht nur aufgrund der politischen Rahmenbedingungen enge Grenzen setzten, sondern auch in ihrer Psyche Zerstörungen und Schäden hinterließen.

Wir müssen uns fragen: Wie sehen diese Schäden aus? Welches sind ihre Charakteristika? Wo sind sie angesiedelt? Äußern sie sich in den Individuen, in den zwischenmenschlichen oder den gesellschaftlichen Beziehungen? In den materiellen Bedingungen? Sind die Schäden als singuläre Ereignisse zu begreifen, die bestimmte Folgen nach sich ziehen, die sich mehr oder weniger chronifizieren können? Oder wäre es richtiger, von einem Prozeß, also einer Kette von Ereignissen und ihren Wirkungen zu sprechen, bei welcher der Schaden weniger aus einer simplen Akkumulation dieser Ereignisse resultiert, sondern vielmehr mittels dieser Prozeßhaftigkeit neue Qualität erlangt? Ist dieser Schaden überall gleich, oder differiert er je nach den sozialen und historischen Verhältnissen? Ist es möglich, sich ihm aus psychologischer, soziologischer, politischer oder medizinischer Perspektive zu nähern? Schließen sich diese Ebenen gegenseitig aus oder sind sie vermittelbar? Warum wird der Schaden nur dann thematisiert, wenn er sichtbar wird? Warum spricht niemand darüber, wie es den Menschen geht, wenn die of-

fensichtliche Schädigung vorüber ist? Warum gibt es so wenig Bemühungen, sich mit diesen Beschädigungen auseinanderzusetzen oder sie wiedergutzumachen? Oder ist es gar unmöglich, an eine Wiedergutmachung zu denken?

Ein Ziel unserer Untersuchung bestand darin, den Schaden bei Kindern und Jugendlichen aus vier lateinamerikanischen Ländern, welche an den Folgen von Kriegen und politischer Gewalt litten, zu verstehen. Dabei gingen wir von Annahmen aus, die scheinbar widersprüchlich waren. Einerseits waren wir uns darüber bewußt, daß diese Kinder Ähnliches erlebt und aus diesem Grund vergleichbare Probleme hatten; andererseits wußten wir aber auch, daß die gesellschaftlichen Strukturen in den verschiedenen Ländern so unterschiedlich waren, daß die spezifischen Charakteristika der Verfolgung und die Formen der politischen Gewalt differierten. Diese Widersprüchlichkeit setzte sich auch auf einer anderen Ebene fort: Obwohl wir alle die bedrohlichen Formen erlebt hatten, die in unseren Ländern von einer »Politik der Nationalen Sicherheit« ausgegangen war, so hatten wir diese im Rahmen unterschiedlicher gesellschaftlicher Zusammenhänge erlebt. Es braucht nicht eigens darauf hingewiesen werden – um nur ein Beispiel zu nennen –, daß die chilenische Diktatur und der salvadorianische Bürgerkrieg unvergleichbare politische und soziale Prozesse darstellten.

Auch die theoretischen Ansätze unserer Teams waren alles andere als ein-

heitlich. Während sich in Argentinien Überlegungen zu gestörten Trauerprozessen und in Chile eine Reformulierung der Traumatheorie – auf einem psychoanalytischen Hintergrund – entwickelt hatten, gaben die Kollegen und Kolleginnen in Mittelamerika den gemeinwesenorientierten Ansätzen den Vorzug. In Guatemala war der Blick schwerpunktmäßig auf die Zerstörung der kulturellen Identität gerichtet, in El Salvador auf die Fähigkeit zur Restrukturierung und Neuorganisation während des Krieges. So waren wir bei den Versuchen, die Schäden zu beschreiben und zu definieren, anfänglich mit Themen konfrontiert, die sowohl auf theoretische Differenzen als auch auf Merkmale verwiesen, die sich aus den unterschiedlichen Situationen in den einzelnen Ländern ergaben.

Dennoch kamen wir im Verlauf unserer Diskussionen und der Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen zu einer Reihe von gemeinsamen Einschätzungen:

Konsens bestand beispielsweise in unseren Teams darüber, daß ein auf die individuelle Dimension beschränktes Verständnis der Beschädigung nicht ausreicht, sondern daß ein annäherndes Begreifen erst dann möglich wird, wenn diese die Gesellschaft als Ganze einbezieht. Darüber hinaus stellten wir die Unzulänglichkeit einer medizinischen oder psychologischen Nosologie fest und waren uns darüber bewußt, daß wir es mit Prozessen und nicht mit Folgen von Ereignissen mit zeitlich begrenzter Tragweite zu tun hatten.

Wir sahen, daß wir bei den Kindern aus den verschiedenen Ländern immer dann Ähnlichkeiten feststellen konnten, wenn wir die spezifischen historischen Umstände in unser Blickfeld nahmen. So konnten wir bei den Kindern und Jugendlichen des Cono Sur (wörtlich: südlicher Kegel; Bezeichnung für die südamerikanischen Länder Argentinien, Chile, Para-

guay und Uruguay, A.d.Ü.), die in Gesellschaften leben, welche sich seit einigen Jahren in einem post-diktatorialen Prozeß befinden, Probleme beobachten, unter denen die salvadorianischen Kinder, die quasi noch im Kriegszustand lebten, noch nicht litten, die sich aber in der Nachkriegszeit abzuzeichnen begannen. Auch stellten wir gemeinsam fest, daß der Übergang von Diktatur zu Postdiktatur und von Krieg zu »Nach-Krieg« schwere Krisen hervorruft.

Und noch eine Geschichte sei eingangs erwähnt, um ein wenig unsere Arbeitsatmosphäre und unsere Arbeitsbedingungen zu beschreiben.

Die an diesem Projekt beteiligten Teams trafen sich im Dezember 1992 zu einer Koordinationssitzung in den Räumen der Zentralamerikanischen Universität José Cañas (UCA) in San Salvador. Die Kriegsparteien hatten das vorläufige Friedensabkommen bereits ratifiziert; die Unterzeichnung war für den folgenden Monat vorgesehen. Die politische Situation war sehr komplex. Niemand wagte es, Prognosen zu stellen. Die Wahrscheinlichkeit, daß die Waffen in Zukunft schweigen würden, war ebenso groß wie die eines Staatsstreichs. Eines Abends diskutierten wir über die Unterschiede der gesellschaftlichen Verhältnisse und über die Schwierigkeit, unsere Theorien mit der Praxis in Übereinstimmung zu bringen, als wir plötzlich aus der Nähe Geräusche vernahmen, die sich wie Maschinengewehrsalven anhörten. »Das ist der Putsch«, sagte einer der salvadorianischen Kollegen, ein anderer fing an zu weinen, eine Frau fragte, ob die anderen auch schon die Geräusche der näher kommenden Flugzeuge hörten usw. Alle hatten Angst; wir spürten Schmerz und Ohnmacht, die mit der resignativen Haltung nach dem Motto – »Wir wußten es doch schon, was hätten wir denn anderes von dieser politischen Situation erwarten können« – ein-

herging. Zwei Kollegen gingen schließlich zu den benachbarten Büros des Universitätsradios, um etwas Genaueres in Erfahrung zu bringen. Die anderen blieben in dem Versammlungsraum, trösteten sich, stellten das Radio an, um die Nachrichten abzuwarten, oder traten an die Fenster, um nachzusehen, ob draußen etwas zu erkennen war. Dann wurde es plötzlich still. Als die Kollegen, die bei der Radiostation der UCA gewesen waren, einige Minuten später zurückkehrten, stellte sich heraus, daß wir Geräusche von explodierenden Feuerwerkskörpern eines in der Nähe stattfindenden Festes gehört hatten. Wir atmeten erleichtert auf und setzten unsere Diskussion fort.

Obwohl wir aus ganz unterschiedlichen gesellschaftlichen Zusammenhängen mit divergierenden Erfahrungen kamen, hatten wir alle nach dem gleichen Muster reagiert: Wir waren in der Lage gewesen, innerhalb weniger Minuten zwei Szenenwechsel zu vollziehen: Erst waren wir aus einer relativ friedlichen Situation in eine bedrohliche, in eine Kriegssituation hineingesprungen, um dann wieder übergangslos auf »Normalzeit« umzustellen. Solche abrupten Wechsel waren uns nicht fremd: Im Gegenteil, wir waren an sie gewöhnt. In jedem einzelnen von uns war die Angst in einem Ausmaß chronisch geworden, daß wir ständig unseren Wahrnehmungen mißtrauten: So hörten wir statt einfacher Feuerwerkskörper Maschinengewehrsalven, statt Verkehrsgeschall Flugzeugmotoren. Auch unsere Fähigkeit, nach dem Schock zu normalem Verhalten zurückzukehren, war von unse-

rer Vertrautheit mit traumatischen Erlebnissen geprägt. Uns wurde, als wir kurz über diese Situation reflektierten, deutlich, wie sehr wir jenseits unserer theoretischen und praktischen Differenzen, unserer so unterschiedlichen Lebenswelten,

dieselben Schrecken und denselben Horror verinnerlicht hatten.

Mit den Überlegungen, die wir in diesem Kapitel vorstellen, wollen wir keineswegs eine fertige und abgeschlossene Theorie über die Ursachen und Formen der Schäden, denen

die Kinder und Jugendlichen ausgesetzt waren, vorlegen. Unser Anliegen ist es, jene Elemente einer Theorie vorzustellen, die unserer Arbeit dienlich waren, und Grundlagen zu vermitteln, mit denen andere Menschen unter anderen gesellschaftlichen Bedingungen sich diesem Thema nähern können. Wir verstehen die im Zusammenhang von Krieg und politischer Repression produzierten Schäden als Phänomen, das nur im Zusammenhang des gesellschaftlichen Kontextes, in dem es angerichtet wurde, verstehbar wird. Allerdings sind wir auch der Meinung, daß wir gerade durch die Unterschiede, die zwischen Guatemala, El Salvador, Chile und Argentinien bestehen, und durch sie hindurch etwas Gemeinsames entdecken und darauf aufbauend ein umfassendes Verständnis unseres Sujets entwickeln können.

Zu Beginn dieses Kapitels werden wir uns mit der Nutzlosigkeit des Konzeptes des Post-Traumatic-Stress-Disorder (PTSD), wie es im DSM III-R (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder der American Psychiatric Association) de-

Obwohl wir aus ganz unterschiedlichen gesellschaftlichen Zusammenhängen kamen, hatten wir alle nach dem gleichen Muster reagiert: Wir waren in der Lage gewesen, innerhalb weniger Minuten zwei Szenenwechsel zu vollziehen: Erst waren wir aus einer relativ friedlichen Situation in eine bedrohliche, in eine Kriegssituation hineingesprungen, um dann wieder übergangslos auf »Normalzeit« umzustel-

finiert wird, für die hier untersuchte Problematik beschäftigen. Das ist erforderlich, weil das PTSD das weltweit wahrscheinlich am häufigsten angewandte Konzept ist, obgleich es für die große Mehrheit der Menschen, die therapeutisch in der Menschenrechtsarbeit tätig sind, offensichtliche Widersprüche mit der Wirklichkeit der behandelten und betreuten Personen aufweist (Becker 1992). Sich nicht

der Diktion eines von den US-amerikanischen Wissenschaftlern und Hilfsorganisationen entworfenen Konzeptes zu unterwerfen, zwingt uns dazu, so exakt wie möglich zu erklären, worin wir die Diskrepanzen, sehen und welche Konzepte für uns alternativ in Frage kommen.

An zweiter Stelle werden wir das Konzept der Extremtraumatisierung darstellen: Es erscheint uns die geeignetste Form zu sein, dem Schaden in seiner individuellen und gesellschaftlichen Dimension Rechnung zu tragen.

Danach werden wir uns der Analyse von Trauerprozessen (auf der individuellen wie auf der kollektiven Ebene) zuwenden. Wir werden uns mit der »gestörten Trauer« auseinandersetzen. Jede traumatische Situation beinhaltet einen Verlust – erst recht in Kriegen und in repressiven Verhältnissen, wo der Tod als Faktum und als Bedrohung ständig präsent ist. Individuelle und kollektive Trauerprozesse zu analysieren ist ein anderer, zum Konzept der Extremtraumatisierung komplementärer Weg, sich mit unserem Thema auseinanderzusetzen.

Das von Ignacio Martín-Baró entwickelte Konzept des »psycho-sozialen Traumas«, das im nächsten Abschnitt des Kapitels vorgestellt wird, diene den an die-

sem Projekt beteiligten Teams dazu, die verschiedenen theoretischen Positionen zu integrieren. Darüber hinaus bietet es den Vorteil, daß es den Akzent auf die Traumatisierung der gesellschaftlichen Beziehungen als solche legt. So verstanden wird das individuelle Leid nicht ausschließlich durch einen gesellschaftlichen Prozeß verursacht und bestimmt, sondern es verwandelt sich in einen Aspekt der sozialen Wirklichkeit, die den traumatischen Prozeß permanent neu konstituiert.

Abschließend werden einige der spezifischen Merkmale der Schäden bei Kindern und Jugendlichen skizziert, indem wir uns mit der transgenerationalen Weitergabe und der Verknüpfung von Trauma und Individuation beschäftigen.

II. Zur Nutzlosigkeit des PTSD (Post Traumatic Stress Disorder)

Versucht man den Prozeß der Traumatisierung, der erkennbarer Bestandteil eines gesellschaftlichen Prozesses – und nur als solcher begreifbar – ist und der Individuen als Zerstörte hinterläßt und Menschen über Generationen hinweg zeichnet, zu konzeptualisieren, so stellt sich bereits im Vorfeld ein schwer lösbares Problem. Unabhängig davon, unter welchem Blickwinkel man sich dem Phänomen der Traumatisierung auch nähern mag: Es ist kaum möglich, ihm in seiner Totalität gerecht zu werden. Entweder stehen die Einzelschicksale im Vordergrund, was zu einer Vernachlässigung der gesellschaftlichen Zusammenhänge führt, oder wir beschäftigen uns mit den politischen Verhältnissen und verlieren die Einzelnen, die gelitten haben, aus den Augen.

Strukturanalysen ermöglichen kaum die Beschäftigung mit dem individuellen Leid; und die Konzentration auf das Schicksal der Einzelnen läßt oft die Vermittlung mit der gesellschaftlichen Realität außen vor. Auch in der Beschäftigung mit dem Nationalsozialismus hat sich dieses Problem immer wieder gestellt. So hat man beispielsweise vielen Filmen über den Holocaust immer wieder den Vorwurf gemacht, das Verständnis vom Faschismus geradezu zu verhindern, da sie die Einzelschicksale in einer Weise in den Vordergrund rückten, daß jeder politisch-analytische Blick auf die Struktur und Funktionsweise des deutschen Faschismus inklusive des systematisch organisierten Massenmordes verschwindet. Befürworter dieser Filme haben dagegen immer wieder darauf hingewiesen, daß erst durch den Blick auf Einzelschicksale der Massenvernichtung in ihrer Abstraktheit und Unbegreiflichkeit zu begegnen sei.

Wenn wir uns mit dem Leid auseinandersetzen, das einzelne Individuen erfahren haben, dann können wir das besondere Einzelschicksal besser nachvollziehen, laufen aber Gefahr, dieses mit einem umfassenden Verständnis des gesellschaftlichen Prozesses zu verwechseln. Allerdings gilt auch, daß keine gesellschaftliche Analyse uns das persönliche Leid wird vollständig erschließen können.

Alle Konzepte, die bislang zum Verständnis der durch Krieg und politische Repression verursachten Schäden entwickelt wurden, offenbaren in unterschiedlicher Schärfe diese Schwierigkeiten. Gänzlich untauglich sind natürlich jene Theorien, die diese Probleme gar nicht in ihr Blickfeld nehmen.

Die Autoren des PTSD versuchen – ganz sicherlich ohne jede politische Intention – im Rahmen einer nicht in Frage gestellten psychiatrischen Nosologie, den posttraumatischen Streß als »neue« Krankheit zu erfassen, indem sie sich darum bemühen, diese so exakt wie möglich zu beschreiben.

Der posttraumatische Streß wird in die Gruppe der sogenannten Angstneurosen und phobische Neurosen der Diagnosekategorie DSM III eingeordnet. »Die zentralen Merkmale werden folgendermaßen definiert: Es existiert ein auslösender Faktor, der sich außerhalb der normalen menschlichen Erfahrungspotentiale bewegt (...). Der auslösende Faktor dieses Syndroms ist für fast alle Menschen mit markanten Angstzuständen verbunden und löst in der Regel Reaktionen des Schreckens, starker Furcht und von Verzweiflung aus (...).«

»Die häufigsten traumatischen Ereignisse sind ernste Bedrohungen des eigenen Lebens oder der eigenen Unversehrtheit, die ernsthafte Bedrohung der eigenen Kinder oder der Gefahr für den Ehegatten oder andere nahestehende Verwandte und Freunde, die plötzliche Zerstörung des eigenen Hauses oder des Wohnortes und die Beobachtung von Verletzung und Ermordung. In einigen Fällen kann das Trauma auch von der Kenntnis der Bedrohung oder realen Gefährdung eines Freundes oder nahen Angehörigen entstehen – zum Beispiel, wenn jemand Augenzeuge von Folter, einer Entführung, oder der Ermordung eines Kindes ist« (American Psychiatric Association, DSM III-R 1988).

Sich nicht der Diktion eines von den US-amerikanischen Wissenschaftlern und Hilfsorganisationen entworfenen Konzeptes zu unterwerfen, zwingt uns dazu, so exakt wie möglich zu erklären, worin wir die Diskrepanzen sehen und welche Konzepte für uns alternativ in Frage kommen.

Entweder stehen die Einzelschicksale im Vordergrund, was zu einer Vernachlässigung der gesellschaftlichen Zusammenhänge führt, oder wir beschäftigen uns mit den politischen Verhältnissen und verlieren die Einzelnen, die gelitten haben, aus den Augen.

Zentrale Merkmale des PTSD

Die zentralen Merkmale des PTSD sind:

■ 1. Das Wiedererleben des traumatischen Ereignisses.

Es kommt zu einer oder mehreren der folgenden psychischen Prozesse, in denen das traumatische Ereignis unwillkürlich erinnert bzw. wiederholt wird. Dabei handelt es sich um wiederkehrende Phantasien, Tagträume oder Alpträume. Häufig gibt es dissoziative Phasen unterschiedlicher Dauer, in denen Elemente des Traumas wiederholt werden und die betreffende Person sich auch entsprechend verhält. Schließlich kommt es anlässlich von Ereignissen, die an Aspekte des traumatischen Ereignisses erinnern oder es symbolisieren (z.B. Jahrestage), in der Regel zu psychischem Unwohlsein.

■ 2. Das Vermeiden von Reizen, die mit dem Trauma assoziiert sind, oder generelles Rückzugsverhalten.

Die Gruppe dieser Symptome umfaßt die persistente Vermeidung von Kontakten zur Umwelt, die mit dem traumatischen Ereignis assoziierbar sind. Die Menschen gehen Aktivitäten an, die bestimmte Erinnerungen an die erlebte traumatische Situation wachrufen könnten, aus dem Weg. Sie bemühen sich, Gedanken oder Gefühle, die an das Trauma erinnern, nicht aufkommen zu lassen. In Verbindung mit der psychischen Empfindungslosigkeit klagen die Betroffenen über Gefühle der Distanzierung, Abgrenztheit und Entfremdung anderen Menschen gegenüber. Hinzu kann der Verlust des Interesses an zuvor bedeutungsvollen Aktivitäten kommen sowie affektive Hemmungen (z.B. im Bereich der Zärtlichkeit oder Sexualität etc.).

■ 3. Persistente Symptome einer Aktivitätssteigerung

Zu den charakteristischen Merkmalen gehören Schlafstörungen, häufig auf-

tretende Alpträume, in deren Verlauf das traumatische Ereignis wiederholt wird, Überempfindlichkeit und ständige Alarmhaltung, Konzentrations- und Erinnerungsstörungen. Zusätzlich kommt es zu einem Anstieg der Aggressivität, die in den leichteren Fällen mit Reizbarkeit und Angst vor Kontrollverlust (in schwereren Fällen mit der Angst vor einem vollkommenen Kontrollverlust) verbunden ist, zu unvorhersehbaren Ausbrüchen aggressiven Verhaltens und zur Unfähigkeit, Wut äußern zu können.

In diesem Zusammenhang werden noch eine Vielzahl von Symptomen aufgezählt – z.B. Depressionen, Beklemmungen, Ängste, impulsive Verhaltensweisen, Symptome mental-organischer Störungen (Gedächtnisschwund, Konzentrationschwäche, emotionale Labilität, heftige Kopfschmerzen und Schwindel).

Die Kategorisierung des DSM III-R vermittelt den Anschein, einen geordneten und hilfreichen Rahmen für eine eindeutige Diagnose geben zu können. Alle aufgeführten Symptome sind in der Tat typisch für verfolgte und traumatisierte Menschen. Wenn man sich allerdings etwas eingehender mit der Konzeption des PTSD beschäftigt, so erkennt man eine Reihe gravierender Mängel.

Während die Liste der Symptome lang und ausführlich ist, fallen die Bezüge auf das traumatische Ereignis, also auf die traumatische Situation, äußerst vage aus. Der äußere Kontext wird unscharf definiert: Naturkatastrophen, die Folgen politischer Gewalt, ein Herzinfarkt oder ein Autounfall werden insofern ineingegesenzt, als sie alle als extremer äußerer Stressor definiert werden. Auch die Reaktion des Subjekts wird ausschließlich an einer Reihe von Symptomen festgemacht. Diese mangelnde Differenzierung ist nicht nur falsch, sondern in bezug auf verschiedene Aspekte sogar gefährlich.

Auf konzeptueller Ebene erfolgt eine Dissoziation zwischen gesellschaftlichem

Prozeß und individuellem Leid. Folter wird zu einem beliebigen Stressor und ihres politischen Charakters entkleidet. Der Stressor erweist sich somit als ideologiebeladener Begriff, der die politische Dimension des Traumas zum Verschwinden bringt. Das PTSD

wird, ohne dieses, wie bereits gesagt, den Autoren als bewußtes Interesse unterstellen zu wollen, insofern zum Sprachrohr der Interessen der Unterdrückten, da in ihrer Definition des Stresses die Täterschaft verleugnet und damit konzeptionell zum Verschwinden gebracht wird. Wenn man bedenkt, daß genau diese Verleugnungsleistung das tägliche Brot der Unterdrückten ist – die vorgeben, niemanden zu unterdrücken, sondern die Gesellschaft von einem Krebsgeschwür befreien zu wollen, so wird evident, daß dieses »wissenschaftliche Konzept« die existierenden Machtstrukturen spiegelt und fortsetzt.

Darüber hinaus verhindert die Nichtdefinition des traumatischen Ereignisses das Verständnis des Verhältnisses zwischen der Symptomatik und dem gesellschaftlichen Zusammenhang. Ein Beispiel: So könnte ein Angehöriger eines Verhafteten-Verschwindenen in Chile beispielsweise nach einer erfolgreichen Therapie frei von PTSD-Symptomen sein. Aber an jenem Tag, an dem Geheimfriedhöfe entdeckt und die Leichen, unter denen sich ein verschwundener Angehöriger befinden könnte, exhumiert werden, wird dieser Mensch diese Symptome erneut entwickeln. Andererseits kann sich eine Verbesserung der Symptomatik eines Opfers von politischer Repression durchaus auch ohne Therapie einstellen – beispielsweise als Konsequenz eines ge-

richtlichen Verfahrens, bei dem die Täter bestraft wurden oder wenn die postdiktatoriale Regierung sich den Kampf um Wahrheitsfindung und Gerechtigkeit zu eigen macht.

Mit dem PTSD können auch langfristige Folgen einer

Traumatisierung nicht erfaßt werden. Auch dazu ein Beispiel: Ein junger Salvadorianer hat die Ermordung seiner Eltern mit ansehen müssen. Später kämpfte er in den

Reihen der Guerilla und entwickelt erst kurz nach Abschluß des Friedensabkommens Symptome. Im Rahmen des PTSD ist das Trauma ein einmaliges Ereignis, das entsprechende Folgen nach sich zieht. Ein Verständnis der Akkumulation und der Prozeßhaftigkeit einer traumatischen Erfahrung sowie des Wechselverhältnisses zwischen gesellschaftlichen Ursachen und individueller Reaktion wird nicht möglich. Sicherlich stellt, um auf das letztgenannte Beispiel zurückzukommen, für den salvadorianischen Jugendlichen die Ermordung seiner Eltern die zentrale Erfahrung seines Lebens dar. Allerdings ließ ihm der Überlebenskampf im Krieg wenig Zeit, sich mit seiner Trauer und seinen Ängsten auseinanderzusetzen; die Guerilla war seine Ersatzfamilie. Die Abwehrmechanismen – in seinem Fall Abspaltung und Verleugnung – waren lange Zeit hilfreich, und die Identität als Kämpfer gegen die Unterdrückung gaben ihm Sicherheit und seinem Leben einen Sinn. Erst später, im Kontext des Friedensabkommens, das zwar dem Krieg ein Ende bereitete, aber auch die politische Macht der salvadorianischen Rechten bestätigte, erfolgte der Zusammenbruch, und hinter dem Erwachsenen, der ein Lebenspro-

Wenn man bedenkt, daß genau diese Verleugnungsleistung das tägliche Brot der Unterdrückten ist – die vorgeben, niemanden zu unterdrücken, sondern die Gesellschaft von einem Krebsgeschwür befreien zu wollen, so wird evident, daß dieses »wissenschaftliche Konzept« die existierenden Machtstrukturen spiegelt und fortsetzt.

jekt hatte, kam das zusammenbrechende Waisenkind hervor.

Zusammenfassend möchte ich an dieser Stelle festhalten, daß im Rahmen des PTSD der Begriff »Trauma« ganz äußerlich verwendet wird und somit seiner

Bedeutung in keinem Fall gerecht wird. In bezug auf psychosoziale Traumata ist dies absurd. Wird das Trauma in diesen Fällen nicht sehr exakt definiert, nicht in dem spezifischen Kontext, in dem es sich ereignet, situiert, so können die Beschädigungen nicht verstanden werden. Hinzu kommt, daß – möglicherweise ungewollt, in jedem Fall unreflektiert – eine reaktionäre politische Haltung eingenommen wird, welche sich eindeutig gegen die Opfer richtet.

Zur Pathologisierung der Opfer

Das PTSD ist darüber hinaus selbst auf seinem eigenen Terrain – nämlich bei der Beschreibung der Symptome – äußerst ungenau und unzureichend. Anstatt uns dabei behilflich zu sein, unsere Beobachtungen zu ordnen und Diagnosen zu stellen, verleitet es uns eher dazu, eine Krankheit zu erfinden, die manchmal nach seinem Muster verläuft, manchmal aber auch ganz anders.

Die Symptome, die im Rahmen des PTSD aufgeführt werden, sind nicht die einzigen, die uns bei traumatisierten Menschen begegnen. Immer wieder sind wir mit der gesamten Bandbreite psychischer, somatischer und psychosomatischer Krankheitsbilder konfrontiert, ebenso wie mit Problemen im sozialen Umfeld der Betroffenen – z.B. Instabilität bei der Arbeit, Schwierigkeiten, Beziehungen ein-

zugehen etc. Die Arbeit mit Überlebenden der nationalsozialistischen Vernichtungsmaschinerie, unsere eigene Arbeit mit Opfern politischer Verfolgung in Lateinamerika sowie die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen im Rahmen dieses Projek-

tes haben gezeigt, daß die Symptome der Opfer vielfältig und keineswegs auf ein begrenztes Set von Symptomen eingengt werden kann.

Wo die Autoren des PTSD eindeutige und in einem bestimmten

Zeitraum abgrenzbare und befristet auftretende Symptome ausfindig machen, da haben wir praktisch das Gegenteil festgestellt. Auf den ersten Blick werden sich PTSD-Symptome finden lassen. Langfristig können ganz andere Krankheitsbilder auftreten, was zur Folge hat, daß auch eine Erweiterung der Liste der aufgeführten Symptome uns nicht befähigen würde, Traumata mit solch einem Instrumentarium angemessen zu diagnostizieren. Im Gegenteil: Wenn sich bei einem Menschen, der Krebs hat, oder, um noch ein anderes Beispiel anzuführen, bei einem schwer psychotischen Menschen herausstellt, daß wir es mit einem Menschen zu tun haben, der traumatisiert ist, dann wird das unsere Differentialdiagnostik beeinflussen. So hätten wir den salvadorianischen Jugendlichen, über den bereits gesprochen wurde, auf seine psychopathologischen Symptome und seine Drogenkarriere hin ganz anders behandelt, wenn wir nicht gewußt hätten, daß diesen Symptomen ein traumatischer Prozeß zugrundeliegt.

In die gleiche Richtung weisen die Ergebnisse einer in Chile durchgeführten Untersuchung, derzufolge die Opfer po-

litischer Repression im Vergleich mit der übrigen Bevölkerung durchschnittlich unter den gleichen Krankheitsbildern leiden; der Verlauf dieser Krankheiten stellt sich trotz entsprechender Medikation allerdings langwieriger dar und ist mit schwerwiegenderen Symptomen verbunden.

Obwohl es eine gewisse Anzahl von Symptomen gibt, welche bei traumatisierten Menschen häufig auftreten und auch im PTSD-Manual benannt werden, so sind diese keineswegs der Schlüssel, um ein Trauma zu diagnostizieren. Das Auftreten von Symptomen ist zeitlich nicht begrenzt und kann selbst wiederum auf eine Vielzahl von Krankheitsbildern verweisen. Anders herum kann aus dem Fehlen von Symptomen in keinem Fall geschlossen werden, daß kein traumatischer Prozeß vorliegt. Die einzige Möglichkeit, um zu einem verlässlichen Befund zu kommen, ist die Analyse und Untersuchung des traumatischen Ereignisses, mittels einer Erfassung der strukturellen Brüche, welche die betroffene Person als Individuum in Beziehungen und als Teil einer von den traumatischen Zerstörungen geprägten Gesellschaft, erlitten hat.

Eine weitere Unzulänglichkeit der vom PTSD benannten Symptome liegt in der Konzentration auf das Individuum, wodurch weder die interpersonellen Schäden (auf der Ebene der Familienstruktur beispielsweise) widergespiegelt werden, noch das Trauma jener Personen, die dem Anschein nach nicht unmittelbar davon betroffen waren (beispielsweise die Symptome des Kindes eines Gefolterten), berücksichtigt werden.

Einmal mehr werden die Grenzen eines Konzepts deutlich, welches nur die individuellen Aspekte des Traumas berücksichtigt und die Beziehungsebene unberücksichtigt läßt. Bei Schäden, die als Folge von Krieg oder politischer Verfolgung zu begreifen sind, betrifft die Trau-

matisierung in jedem Fall das gesamte familiäre System. Die Erkrankung beschränkt sich keineswegs darauf, daß ein Gefolterter häufig von Alpträumen geplagt wird und die Ehefrau eines Verhafteten-Verschwundenen an Depressionen leidet. Bestandteil sind ebenso die von Furcht und Ängsten geprägten Kommunikationsmuster, die Verhärtung der Grenzen, welche die Familie zwischen sich und ihrer Umgebung zieht sowie das Verschwinden intrafamiliärer Grenzen. So sind wir mit »verelterlichten« Kindern und »verkindlichten« Eltern konfrontiert, mit vollständig in Prozesse gestörter Trauer versunkenen Familien, intrafamiliärer Gewalt usw.

Das PTSD entbehrt darüber hinaus konzeptuelle Möglichkeiten, die transgenerationale Übertragung der traumatischen Erfahrungen wahrzunehmen. Wenn eine Frau der oberen Mittelschicht während der Diktatur eine Angstkrise erleidet, weil sie der Meinung ist, General Pinochets oberstes Ziel sei die Vernichtung der Juden, so liegt es nahe anzunehmen, daß sie unter Verfolgungswahn leidet. Wenn wir jedoch in Erfahrung bringen, daß ihre Mutter im Konzentrationslager Auschwitz interniert war, so werden wir verstehen, daß wir es hier mit der Fortsetzung des Traumas in die zweite Generation hinein zu tun haben. Ebenso werden wir die wiederkehrenden Alpträume einer jungen Chilenin erst dann verstehen, wenn wir gewahr werden, daß die Folterszenen, von denen sie träumt, von ihrem Vater real durchlitten wurden. Allerdings hatte er ihr nie etwas von dieser Geschichte erzählt. Die Tatsache, daß diese Alpträume nachließen, nachdem ihr Vater mit ihr darüber gesprochen hatte, bestätigt die Hypothese der transgenerationalen Übertragung von Traumata.

Das PTSD täuscht vor, solche Situationen erfassen und auch verstehen zu können; es ignoriert dabei aber nicht nur

die kollektive Dimension psychosozialer Traumata, sondern auch jene Bedingungen, unter denen die Betroffenen in der Mehrheit der Fälle um Hilfe suchen. In unserer alltäglichen therapeutischen Praxis können wir viel häufiger die Erfahrung machen, daß jemand Hilfe für einen Familienangehörigen sucht, als daß er oder sie die eigenen PTSD-Symptome zum Problem macht.

Indem das PTSD versucht, Ereignisse mit ihren Folgewirkungen zu definieren, gelingt

es ihm nicht, Prozesse wahrzunehmen; es muß den Zeitfaktor notwendigerweise auf schematische und rigoros begrenzte Weise behandeln. Wir wissen nicht nur von den Überlebenden der Konzentrationslager, sondern auch von den Veteranen des Vietnam-Krieges und unseren Patienten in Lateinamerika, daß die Symptome sowohl unmittelbar nach den als traumatisch identifizierten Ereignissen auftreten können als auch fünf, zehn, dreißig oder gar vierzig Jahre später. Die Symptome eines Traumas sind also weniger spezifisch als es das PTSD suggeriert – insbesondere langfristig gesehen. Es gibt keine zeitliche Begrenzung. In jedem Fall ist die gesamte Familie vom traumatischen Prozeß betroffen, der transgenerational wirkt und erst in der zweiten, dritten oder vierten Generation zur Ausprägung entsprechender Symptome führen kann.

Das PTSD präsentiert den Schaden als Geisteskrankheit. Abgesehen davon, daß es grundsätzlich keine Legitimation dafür gibt, andere Menschen als »geisteskrank« zu denunzieren, so ist dies im Fall der Opfer von politischer Gewalt gänzlich indiskutabel.

Seit jeher haben die Unterdrücker versucht, ihre Opfer zu pathologisieren. Auf diese Weise sollten die Verbrechen verdeckt und als Maßnahmen zur »Heilung der Bevölkerung« gerechtfertigt werden. In bezug auf die Opfer politischer

Verfolgung sollte auf die Zuschreibung »krank« meiner Meinung nach gänzlich verzichtet werden. Dabei geht es keineswegs darum, den Grad der begangenen Zerstörung zu verleugnen, aber es besteht die Verpflichtung, eine

Sprache zu finden, die eine blinde und ideologisch verbrämte Wiederholung der herrschenden Machtverhältnisse vermeidet. Solange eine Folge des Schadens darin besteht, daß seine soziale und politische Dimension negiert und er nur innerpsychisch verortet wird, solange bleibt die psychiatrische Nosologie ein untaugliches Instrument zur Beschreibung der Probleme dieser Menschen.

III. Extremtraumatisierung: Möglichkeiten und Grenzen eines aus der psychoanalytischen Theorie entwickelten Ansatzes

Die Kriege und Militärdiktaturen in Lateinamerika haben die gesamte Bevölkerung bedroht. Die allgegenwärtige Todesangst wurde durch konkrete und reale Morde genährt und am Leben gehalten. Diese Morde erfolgten häufig vollständig willkürlich, d.h. es spielte noch nicht einmal eine Rolle, ob die Betroffenen politisch aktiv waren oder nicht. Das impliziert zwei unterschiedliche, aber eng miteinander verknüpfte psychosoziale Prozesse:

In bezug auf die Opfer politischer Verfolgung sollte auf die Zuschreibung »krank« meiner Meinung nach gänzlich verzichtet werden. Dabei geht es keineswegs darum, den Grad der begangenen Zerstörung zu verleugnen, aber es besteht die Verpflichtung, eine Sprache zu finden, die eine blinde und ideologisch verbrämte Wiederholung der herrschenden Machtverhältnisse vermeidet.

Auf der einen Seite bedeutet es das Paradox der chronischen Angst: Angst, normalerweise eine zeitlich begrenzte, defensive Reaktion auf spezifische inner- oder außerpsychische Bedrohungen, wurde zum Grundelement der Lebensbedingungen. Sie verlor damit ihre defensive schützende Funktion und verwandelte sich in einen allgegenwärtigen Faktor, der psychische Strukturen und soziale Interaktionen hemmt.

Zum anderen implizierte die permanente politische Repression die Einführung »des Unheimlichen« (Freud 1919) in den gesellschaftlichen Prozeß. Die Menschen mußten sich an Folter und Exil, an das Verschwinden von Menschen, an Gefechte und an den Tod gewöhnen. Die Grenzen zwischen Wirklichkeit und Phantasie wurden gestört, weil die Wirklichkeit noch die perversesten Phantasien überbot. »Das Unheimliche« erleichterte und förderte die Entwicklung der chronischen Angst, die ihrerseits einen Schutz vor »dem Unheimlichen« erschwerte und manchmal verunmöglichte« (vgl. Castillo/Lira 1991).

So beobachten wir die Konstruktion traumatisierender und traumatisierter sozialer Beziehungen. Um sie zu beschreiben, verwenden wir eine eminent psychologische Sprache, die das Risiko in sich birgt, der gesellschaftlichen Wirklichkeit mit einem individuellen und intrapsychischen Verständnis zu begegnen. Allerdings gilt, daß im Rahmen der psychoanalytischen Theoriebildung zum Verständnis eines Traumas ein immer deutlicheres Schwergewicht auf das Verständ-

nis der traumatischen Situation gelegt wurde. (Eine der zentralen Unzulänglichkeiten des PTSD liegt, wie wir ja gesehen haben, genau in dem Nicht-Definieren dieser Situation.) Natürlich hat auch die psychoanalytische Theorie ihre Grenzen,

fällt ihr es schwer, die Wirklichkeit sozialer Beziehungen angemessen widerzuspiegeln, aber sie versucht zumindest, diese Zusammenhänge zu reflektieren.

Der Begriff »Trauma« wurde von Freud in die Psychologie eingeführt, um die Vorstellung von Bruch und Diskontinuität

Am bezeichnendsten an dieser Situation war ihre Unausweichlichkeit, ihre ungewisse Dauer (mit der Aussicht, ein ganzes Leben lang anzudauern), die Tatsache, daß nichts an ihr vorhersagbar war, daß das Leben des Betroffenen in jedem Augenblick bedroht war und daß dieser dagegen nichts unternehmen konnte. Diese Erfahrung war so ungewöhnlich, daß ich einen neuen Begriff brauchte, um sie zu beschreiben. Ich wählte den Begriff »Extremsituation«

(Bettelheim 1981).

gewisser psychischer Prozesse zu beschreiben (vgl. Freud 1916/1920/1926). Laplanche und Pontalis definieren Trauma als ein »Ereignis im Leben des Subjektes, das definiert wird durch seine Intensität, die Unfähigkeit des Subjektes, adäquat darauf zu antworten, die Erschütterung und die dauerhaften pathogenen Wirkungen, die es in der psychischen Organisation hervorruft. Ökonomisch ausgedrückt: Das Trauma ist gekennzeichnet durch ein Anfluten von Reizen, die im Vergleich mit der Toleranz des Subjektes und seiner Fähigkeit, diese Reize psychisch zu bemeistern und zu bearbeiten, exzessiv sind« (Laplanche/Pontalis 1972).

Bruno Bettelheim schrieb 1943 über seine Erfahrungen in einem Konzentrationslager. Am bezeichnendsten an dieser Situation war ihre Unausweichlichkeit, ihre ungewisse Dauer (mit der Aussicht, ein ganzes Leben lang anzudauern), die Tatsache, daß nichts an ihr vorhersagbar war, daß das Leben des Betroffenen in jedem Augenblick bedroht war und daß

dieser dagegen nichts unternehmen konnte. Diese Erfahrung war so ungewöhnlich, daß ich einen neuen Begriff brauchte, um sie zu beschreiben. Ich wählte den Begriff »Extremsituation« (Bettelheim 1981).

Bettelheim verdeutlichte als erster, daß es für den Akt der Traumatisierung – als Folge einer von Menschen bewußt gegen andere Menschen gerichtete Zerstörungslust – im Rahmen der psychiatrisch-psychoanalytischen Sprache keinen angemessenen Begriff gab. Mit dem Wort Extremtraumatisierung wird einerseits der Tatsache Rechnung getragen, daß ein Trauma stattgefunden hat; die Ergänzung »extrem« verweist andererseits auf den spezifischen Charakter des Traumas, der weder in der Art und Weise, wie es sich ereignet, noch in seinen kurz- und langfristigen Folgen, seinen Symptomen und in seinen gesellschaftlichen Implikationen, mit anderen traumatischen Ereignissen vergleichbar ist.

Die Vorstellung, daß ein Trauma die Folge vielfältiger Ereignisse darstellt, und die Beurteilung der traumatischen Situation, die Freud in seiner Schrift »Hemmung, Symptom und Angst« (Freud 1926) skizziert hat, wurden von Masud Khan weiterentwickelt. Khan definierte das Konzept des »kumulativen Traumas« (Khan 1963), ohne dabei auf politische Prozesse Bezug zu nehmen. Die Grundidee seines Konzepts beruht auf der Annahme, daß sich ein Trauma als Folge einer Reihe von Erfahrungen konstituiert, von denen nicht jede einzelne notwendigerweise traumatisch ist, die sich jedoch in einem gewissen Interaktionsrahmen entwickeln und verstärken und letztendlich zum Zusammenbruch der psychischen Struktur führen. Damit werden die wichtigen Dimensionen von Zeit (Prozeßhaftigkeit) und Bindung (das Trauma konstituiert sich in einem sozialen Bezie-

hungsrahmen) in die Traumatheorie eingeführt.

Im Rahmen seiner Follow-Up-Untersuchungen über das Schicksal jüdischer Kriegswaisen in den Niederlanden führt Keilson den Begriff der »sequentiellen Traumatisierung« ein. Er unterscheidet drei traumatische Sequenzen:

- 1. Die deutsche Besetzung der Niederlande mit dem beginnenden Terror gegen die jüdische Minderheit.
- 2. Die direkte Verfolgung: Deportation von Eltern und Kindern, Aufenthalt in Konzentrationslagern usw.
- 3. Die Nachkriegsperiode ... (Keilson 1979)

Keilson interpretiert nicht nur Khan und Bettelheim, sondern er nimmt in gewisser Weise eine radikalere Position ein: Er weist nach, daß im Rahmen der kumulativen Traumatisierung eine Chronifizierung eintreten kann – und zwar immer dann, wenn es sich bei den traumatischen Ereignissen um gesellschaftliche Prozesse der Verfolgung und um politische Repression handelt. Entscheidend ist an den Vorstellungen von Keilson, daß er die Fortdauer des Traumatisierungsprozesses nachweist – und zwar über den Zeitpunkt hinaus, an dem Terror und Verfolgung ihr augenscheinliches Ende gefunden haben.

Die von Keilson definierten Sequenzen sind auf Kriegssituationen und politische Repression übertragbar. Besonders die Differenzierung zwischen zweiter und dritter Sequenz scheint eine vergleichbar universelle Gültigkeit zu haben, wobei die Bedeutung des Keilsonschen Beitrags keineswegs in einer rigiden Übertragung der von ihm definierten Sequenzen liegt, sondern in dem Begriff der Sequenz als solcher.

Für die Teams, die im Rahmen des hier vorgestellten Projekts arbeiteten, war es notwendig, spezifische Sequenzen für

jedes Land zu definieren. In Chile beispielsweise läßt sich die Repressionszeit in verschiedene Phasen einteilen, wie z.B. die Zeit des Putsches, die ersten Jahre der Diktatur, Verfestigung und Absicherung der Diktatur, die Zeit der Proteste, der Übergang, die Nachdiktatur. In El Salvador lassen sich die nachkolonialen Unterdrückungsverhältnisse, die Kriegssituation, die Friedensverhandlungen und die Nachkriegsperiode als zeitliche Abschnitte festmachen. Im Falle Argentiniens könnten bei dem Versuch, Sequenzen zu definieren, vielleicht folgende Phasen genannt werden: Die letzte Regierungsperiode Peróns, die Militärdiktatur, der Falkland-Krieg, die erste postdiktatoriale Regierung, die zweite Regierung etc. In den einzelnen Ländern können die Sequenzen für verschiedene Personen, je nach sozialer Stellung und persönlicher Erfahrung, auch unterschiedlich gefaßt werden. Oder anders gesagt: Für jeden sozialen Zusammenhang und für die in ihm agierenden Menschen können wir eine Vielzahl von traumatischen Sequenzen definieren. Jenseits all dieser Spezifizierungen scheint allerdings Konsens darüber zu herrschen, daß zwischen den Sequenzen der Diktatur oder des Krieges und jener der Nachkriegszeit ein markanter Unterschied besteht. Die an unserem Projekt beteiligten Teams konnten vergleichbare traumatische Prozesse in den Kriegssituationen und den Nachkriegssituationen feststellen.

Ausgehend von der weitreichenden Bedeutung der Konzepte von Bettelheim, Khan und Keilson übernahm das chilenische Team den Begriff der Extremtraumatisierung und definierte ihn wie folgt: »Extremtraumatisierung ist ein Prozeß im Leben der Subjekte einer Gesellschaft, der definiert wird durch seine Intensität, durch die Unfähigkeit der Subjekte und der Gesellschaft, adäquat darauf zu antworten und durch die Erschütterung und

die dauerhaften pathogenen Wirkungen, die er in der psychischen und sozialen Organisation hervorruft. Extremtraumatisierung kennzeichnet sich durch eine Art, die Macht in einer Gesellschaft auszuüben, bei der die sozialpolitische Struktur sich auf der Zerstörung und Auslöschung einiger Mitglieder dieser Gesellschaft durch andere Mitglieder derselben Gesellschaft gründet« (Becker/Castillo 1990).

Diese Definition ist der Versuch, die eher individuellen Aspekte der traumatisierenden Prozesse einzubeziehen und zu werten; gleichzeitig aber auch stärker als sonst in der Psychoanalyse üblich, die Relevanz der sozialen Beziehungen, in deren Rahmen sich das Trauma ereignet und die schließlich selbst traumatischen Charakter annehmen, zu betonen. Obwohl auch diese Definition die falsche Dichotomie von Individuum versus Gesellschaft konzeptionell nicht zu überwinden vermag, versucht sie dennoch nachzuweisen, daß im Falle der Extremtraumatisierung der gesellschaftliche Prozeß die Pathologie bestimmt: nicht nur als auslösender Faktor, sondern als dauerhaftes Element eben dieser Pathologie. Die Personen sind in den grundlegenden Aspekten ihres »Selbst« (Winnicott 1960/1965) verletzt; aber der Schaden ist Bestandteil der Gesellschaft, die ihre Ordnung auf ihm aufgebaut hat.

Eine vergleichbare Annäherung an traumatisierende Prozesse, wenngleich einmal mehr ohne bewußte gesellschaftspolitische Konnotation, kommt aus der Psychoanalyse der Objektbeziehungen. Diese wird dann von Interesse, wenn wir an die traumatische Geschichte der Jugendlichen denken. Aus dieser Theorie gewinnen wir wichtige Elemente zum Verständnis der Verflechtung zwischen Prozessen der Individuation und der Traumatisierung.

Nach Winnicott (1965) können traumatische Situationen als Versagen der

Umwelt (Mutter-Umwelt) in ihrer Rolle als Mittlerin der Bedürfnisse und Förderin der Entwicklung und des Wachstums gesehen werden. Die Umwelt versagt nicht nur, sie ist ex-post auch nicht in der Lage, dem Kind den notwendigen Halt zu bieten, der eine Aufarbeitung des Traumas ermöglichen könnte. Im Gegenteil: Solange der gesellschaftliche Kontext die Bedrohung aufrechterhält, kann es keine Trauerprozesse geben. Die »stützende Umwelt« (Winnicott 1965), die »primäre Objekt-Beziehung« (Balint 1968) an sich erhalten traumatischen Charakter. Individuation und Ausformung der Identität ereignen sich unter Bedingungen, welche die Entwicklung eines wirklichen Selbst nicht ermöglichen und zwingen zu permanenter Anpassung. Es kommt zu einer Einkapselung des Traumas, und die Krise tritt zu einem Zeitpunkt ans Tageslicht, an dem anstelle einer wirklichen Autonomie, die bislang erworbene Pseudoautonomie evident wird.

Die englischen Psychoanalytiker Kinston und Cohen (1986) begreifen die psychische Struktur – ähnlich wie Winnicott – als Produkt eines permanenten Prozesses der Vermittlung von Umwelt und Individuum. Sie verstehen das Trauma als »Ur-Verdrängung« (Freud), die sich aber zu jedem Zeitpunkt eines Lebens ereignen kann. In Abhängigkeit von der psychischen Entwicklung variieren die Abwehrmechanismen, die allerdings immer die gleiche Auswirkung haben; sie bewirken ein »Loch in der Psyche«. Bedürfnisbefriedigungen führen zu psychischen Repräsentationen, die ihrerseits Grundlage für Wunschbildungen sind, ohne die es keine echten Objektbeziehungen geben kann. Trauma bedeutet, daß lebensnotwendige Bedürfnisse nicht befriedigt werden. Wo kein Wunsch ist, gibt es keine psychischen Repräsentanzen, keine Symbolbildung. Es gibt nur das Loch, die Ur-Verdrängung.

Ferenczi benannte als erster den fast unüberwindbaren Graben zwischen traumatischer Erfahrung und post-traumatischer psychischer Strukturierung. In seinem klinischen Tagebuch erörtert er, wie die »Spaltung in zwei Persönlichkeiten«, die Fragmentierung, das Überleben einer traumatischen Erfahrung ermöglicht, wobei aber gleichzeitig jeder direkte Zugang zum Trauma versperrt wird. »Betrachtet man dieses Ereignis rekonstruktiv mit dem eigenen Denken, (...) so heißt das immer noch die Beibehaltung einer Spaltung in einen zerstörten und einen die Zerstörung sehenden Teil. Sinkt der Patient kathartisch bis zur Erlebnisphase hinunter, so fühlt er in dieser Trance die Leiden, weiß aber immer noch nicht, was vorgeht (...). Erwacht er aus der Trance, so schwindet sofort die unmittelbare Evidenz; das Trauma wird wieder nur von außen rekonstruktiv erfaßt ohne das Gefühl der Überzeugung.« (Ferenczi 1932/1988). Auf den ersten Blick könnte man die Ausführungen Ferenczis allein als Beschreibung eines technischen Problems der Analyse verstehen. In Wirklichkeit spiegeln sie jedoch sehr gut das zentrale Dilemma wider, in dem sich ein Mensch befindet, der das traumatische Ereignis überlebt hat.

Die Konzepte der sequentiellen und extremen Traumatisierung beschreiben, wie der soziale Kontext zum Zusammenbruch der psychischen Struktur und zur Erhaltung der dissoziativen Prozesse führt. Kinston und Cohen, Winnicott und insbesondere Ferenczi dienen uns als Brücke, um uns dem innerpsychischen Erleben des traumatisierten Menschen anzunähern.

Keinem dieser Konzepte gelingt es jedoch, den individuellen Bezugsrahmen zu überwinden (vgl. del Solar/Piper 1994). Deshalb bleibt das Verständnis der Sozialbeziehungen begrenzt. Außerdem klingt auch bei diesen Autoren eine Form der

Pathologisierung durch, deren unheilvolle Auswirkungen wir bereits in bezug auf das PTSD diskutiert haben. Und noch verhängnisvoller wäre es, wenn diese Konzepte die Illusion nähren würden, eine Wiedergutmachung sei auf der individuellen Ebene möglich. So besteht auch in dieser Konzeption das Risiko, daß die dem therapeutischen Prozeß inhärente obligatorische Fragmentierung der Sozialverhältnisse nicht mehr wahrgenommen wird.

Ein zweites Risiko ist, daß das Feststellen von solch grundlegenden Traumata in den Subjekten und in der Gesellschaft dazu führen kann, daß nicht symptomatische Verhaltensweisen, individuelle und kollektive, nicht mehr verstanden werden, oder auch das vorübergehende pathologische Verhaltensweisen falsch interpretiert werden. Wir stellen bei den Opfern einerseits pathologische Befunde fest, die auf den ersten Blick im Rahmen einer begrenzten und innerpsychischen Definition des Schadens verstanden und eingeordnet werden könnten, wobei man die Aufmerksamkeit auf die frühkindlichen Konflikte richten würde. Andererseits jedoch entsprechen die Verhaltensmuster dieser Patienten nicht in vollem Umfang dem für diesen Befund erwarteten: Manchmal sind sie durchaus in der Lage, ihre Konflikte auszudrücken und sich ihren inneren Prozessen anzunähern; andere Male werden sie wieder von starken Regressionen eingeholt, die durch gesellschaftliche Ereignisse ausgelöst werden, die an und für sich gar nicht so bedrohlich scheinen, was also wieder mehr auf intrapsychische Prozesse verweist. In der Psychotherapie erleben wir Momente, in denen die Entstrukturierung dieser Patienten mit der eines Borderliners, Psychotikers oder anderer Patienten vergleichbar ist. Stellt man diese Entstrukturierung in einen gesellschaftlichen Zusammenhang, so zeigt sich aber dann doch meistens

eine relevante Fähigkeit zur Introspektion und zur Aufarbeitung, die wir bei »normalen« Patienten nicht finden würden. Die Entstrukturierung entspricht somit nicht dem Bild, das wir kennen, d.h. daß sich dieses wahrscheinlich auf eine andere Art und Weise konstituiert.

Wenn wir den wichtigen Beitrag der psychoanalytischen Theorien zum Verständnis des Schadens – besonders in Hinblick auf die Wahrnehmung der inneren Welt der Betroffenen – betrachten, so müssen wir feststellen, daß die traumatisierten und traumatisierenden sozialen und gesellschaftlichen Beziehungen nicht genügend berücksichtigt werden. Wir laufen Gefahr, die gesellschaftliche Dimension aus dem Auge zu verlieren, die Individuen zu pathologisieren und die gesellschaftlichen Prozesse als psychopathologische mißzudeuten. Gleichzeitig müssen wir uns leider eingestehen, daß es bislang kein Konzept gibt, welches diese Schwierigkeiten endgültig überwinden könnte, und daß es gilt, eine Konzeption zu finden, welche die von psychoanalytischer Seite so minutiös wahrgenommenen innerpsychischen Dimensionen nicht negieren müßte. Anders ausgedrückt könnte man sagen, daß es im Zweifelsfalle besser ist, bewußt mit den natürlichen Grenzen aber auch den immensen Vorteilen einer psychoanalytischen Konzeption zu arbeiten, welche zumindest Ansätze zu einer sinnvollen Reflexion bietet, als sich entweder einer Konzeption anzuvertrauen, die zwar sozialpolitisch sauber, aber therapeutisch unbrauchbar, oder aber im Gegenteil praktisch benutzbar, wie der PTSD, aber politisch und deshalb auch therapeutisch ein Verbrechen ist.

IV. Gestörte Trauerprozesse

»Man wußte, daß es ein schmerzlicher Prozeß werden würde. Für die Familienangehörigen der Opfer bedeutet dies, den

Alptraum, d.h. die schrecklichsten Augenblicke noch einmal durchleben zu müssen. Jedes Mal, wenn geheime Friedhöfe oder sterbliche Überreste entdeckt werden, aktiviert das die widersprüchliche Kette von Hoffnung und Terror, mit der diese Menschen jahrelang gelebt haben. In einer der jüngsten und trostlosesten Episoden gelang es einer Familie, ihr Familienoberhaupt, das zuvor nicht begraben worden war, gemäß ihren Vorstellungen würdevoll zu bestatten. Wenige Tage nach dem Begräbnis – ein trauriges Ergebnis, auf das die Familie 17 Jahre gewartet und für das sie Hunderte von Büros abgeklappert hatte – wurden weitere Überreste des Opfers gefunden. Für diese Familien wiederholt sich der Tod ständig, er bleibt fragmentarisch, ist nicht nur einfach unbegreiflich und mysteriös, sondern eine Sache, die kein Ende nehmen will« (Cavallo, 1990).

Dieses Zitat stammt aus dem Leitartikel einer chilenischen Tageszeitung. Es beschreibt auf sehr drastische Weise die Dimension jenes Schmerzes, den Opfer von Kriegen und politischer Repression in aller Welt verspüren. Manchmal kreist dieser Schmerz um die Toten, die es zu bestatten gilt, manchmal um das Zuhause, um die in langen Jahren des Exils verlorene Heimat; in anderen Fällen entsteht er aus dem verlorengegangenen Vertrauen in eine andere Zukunft. Die Ursachen können variieren, aber das Thema ist immer das Gleiche: Es geht um den Tod, den mehrfachen, nicht abgeschlossenen Tod, die Verluste, die den Trauerprozeß, den die Opfer durchmachen müssen, charakterisiert. Nach Freud: »Trauer ist regelmäßig die Reaktion auf den Verlust einer geliebten Person oder einer an ihre Stelle gerückten Abstraktion, wie Vaterland, Freiheit, ein Ideal usw. Unter den nämlichen Einwirkungen zeigt sich bei manchen Personen, die wir darum unter den Verdacht

einer krankhaften Disposition setzen, an Stelle der Trauer eine Melancholie.« (Freud 1916, GW, Bd. X, S. 429)

Wenn wir die Trauer analysieren, dann stellen wir fest, wie sehr Freud die äußere Realität berücksichtigt, indem er zwischen einer normalen und einer pathologischen Trauer differenziert (Perres 1989).

Trauer kann nicht allein in psychischen Kategorien gefaßt werden: Zu einem Trauerprozeß gehört auch, daß die Wirklichkeit einen Rahmen bereit stellt, in dem die Betroffenen ihre innere Beziehung zu dem verlorenem Objekt modifizieren können, also »Trauerarbeit« leisten. Damit eine solche möglich wird; müssen zwei grundlegende Voraussetzungen erfüllt sein:

- 1. das genaue Wissen um die Todesumstände;
- 2. die Möglichkeit, mit Hilfe symbolischer Formen, die immer auch sozialen Charakter haben, wie z.B. Bestattungsriten, mit der Situation umzugehen.

Beide waren unter diktatorialen Bedingungen nicht gegeben. Außerdem wurden die Familienangehörigen von Verschwundenen zusätzlich dadurch traumatisiert, daß man sie glauben machen wollte, die Wirklichkeit sehe ganz anders aus, als sie sie wahrnahmen. Obwohl das post-diktatoriale Regime in Chile begonnen hat gegen diese Wahrnehmungsverzerrung zu arbeiten, wird sie dennoch nicht vollständig aufgegeben: Bis zum heutigen Tag gibt es weder in Chile noch in Argentinien, Guatemala oder El Salvador ein öffentliches und kollektives Eingeständnis der begangenen Verbrechen.

Zu den symbolischen Elementen, die für jeden Trauerprozeß grundlegend sind, gehören die Bestattungsrituale, die den Angehörigen und Freunden die Möglichkeit geben, sich mit dem Geschehenen auseinanderzusetzen. Mahnmale, Gedenktage, Berichte einer »Wahrheitskom-

mission« (wie sie in Chile, El Salvador und Argentinien vorgelegt wurden) helfen bei der Konstruktion symbolischer Räume, die sowohl auf der individuellen als auch auf der gesellschaftlichen Ebene den Trauerprozeß erleichtern. Die gesellschaftliche Wirk-

lichkeit in Lateinamerika sieht allerdings häufig ganz anders aus: Eher behindert sie den Trauerprozeß, da sie weder Orte noch Zeit zur Verfügung stellt, um trauern zu können. Die Trauerarbeit stagniert, die Bedeutung des Verlustes wird aus dem Bewußtsein entfernt. Das Konzept der »eingefrorenen Trauer«, das Maldonado, Troya u.a. (Maldonado/Troya 1988) entwickelt haben, beschreibt metaphorisch sehr gut diesen intrapsychischen und sozialen Zustand. Die Verluste haben ein »*psychisches Funktionieren induziert, das durch die traumatische Wiederholung gekennzeichnet ist, weil raumzeitliche Repräsentationen verhindert und eine verbale Leere, die einer Verbalisierung der Ereignisse entgegensteht, gefördert werden*« (Brown/Pelento 1986).

Wir können also den Schaden in den Opfern nicht nur als traumatischen Prozeß, sondern auch als gestörten, bzw. verhinderten Trauerprozeß begreifen. Die Störung dieses Prozesses, die gesellschaftlich verursacht wird, körpert sich regelrecht in die Psyche der Betroffenen ein und hält die Trauer in einem eingefrorenen Zustand, weil die Wahrheit über die Geschehnisse weiterhin verleugnet wird und weder auf der psychischen noch auf der gesellschaftlichen Ebene jene Räume existieren, die einen Prozeß der Symbolisierung ermöglichen könnten (Becker/Castillo 1990).

Beim Prozeß der Symbolisierung überlagern sich die Trauer- und Traumatheorien. Beide setzen sich mit der individuellen und kollektiven Schwierigkeit zur Symbolisierung und somit zur Aufarbeitung jener Erfahrungen auseinander,

Die Störung dieses Prozesses, die gesellschaftlich verursacht wird, körpert sich regelrecht in die Psyche der Betroffenen ein und hält die Trauer in einem eingefrorenen Zustand, weil die Wahrheit über die Geschehnisse weiterhin verleugnet wird und weder auf der psychischen noch auf der gesellschaftlichen Ebene jene Räume existieren, die einen Prozeß der Symbolisierung ermöglichen könnten.
(Becker/Castillo 1990)

deren Wirkung derart zerstörerisch war, daß die Symbolisierung nicht stattfinden konnte. Dies kann sowohl aufgrund der durch die Zerstörung (Trauma) bedingter Gedächtnislücken als auch durch die Verleugnung der Wirklichkeit des Verlustes der Ob-

jekte und der Hemmung, sich mit dieser Verleugnung (Trauer) auseinanderzusetzen, geschehen. Die Trauma- und Trauertheorien können in diesem Sinne komplementär verstanden werden und bieten auf diese Weise die Möglichkeit – den jeweiligen Erfordernissen der spezifischen Situation entsprechend –, unterschiedliche Akzente zu setzen. Man kann auch berechtigterweise annehmen, daß ein Stück Gesundheit erreicht ist, wenn es gelingt, den traumatischen Prozeß zu betrauern. Umgekehrt gilt aber auch, daß ein Trauerprozeß immer gestört bleiben muß, wenn er durch das »Loch in der Psyche« des Traumas bestimmt bleibt.

V. Das psychosoziale Trauma: Auf der Suche nach Möglichkeiten einer konzeptionellen Integration

Die Theorie der Extremtraumatisierung und die Überlegungen zum Trauerprozeß weisen in die Richtung der Überwindung der von der Individualpsychologie entwickelten Terminologie. Allerdings gelingt es auch dieser Theorie nicht, der Falle zu

entgehen, die von den gesellschaftlichen Verhältnissen, im Rahmen derer die Beschädigung sich ereignet, gestellt wird: Krieg und politische Repression waren darauf ausgerichtet, Machtstrukturen zu erhalten und politische Ziele durchzusetzen, weshalb es notwendig wurde, Teile der Gesellschaft auszusondern, zu unterdrücken und zu zerstören. Der berühmte Satz der chilenischen Diktatoren, die ihr Programm als »Ausmerzungen des marxistischen Krebsgeschwürs« deklarierten, weist daraufhin, daß der Schaden, der sich individuell niederschlug, in erster Linie die Spaltung der Gesellschaft zum Ziel hatte. Zu diesem Zweck wird ein Teil der Gesellschaft als Fremdkörper, als krankes Gewebe definiert, das es auszumerzen gilt. Als Folge dieses Prozesses gibt es marginalisierte, beschädigte und zerstörte Individuen. Was also als individuelle Traumatisierung erscheint, ist in Wirklichkeit das genaue Gegenteil, d.h. eine traumatisierte gesellschaftliche Beziehung.

Wir stehen somit vor einem schwer lösbaren Widerspruch: Einerseits sind wir mit der Realität der individuellen Traumatisierung konfrontiert, d.h. mit Individuen, deren Psyche und Physis zerstört wurde. Setzen wir uns mit ihren inneren Welten in Beziehung, so stoßen wir regelmäßig auf Fragmente der gesellschaftlichen Wirklichkeit, die als solche nicht mehr wahrnehmbar sind. Der Folterer existiert nicht mehr in der Form der staatlichen Macht, in deren Bestreben, einen Teil der Bevölkerung zu vernichten, sondern ist nunmehr in der Psyche der Opfer angesiedelt, wo er als Alptraum, als grenzenlose Angst, als dissoziierte Aggression, als psychische Leere in Erscheinung tritt. Andererseits ist all dies nicht ausschließlich in bezug auf einen gesellschaftlichen Prozeß verstehbar, sondern als aktive Konstituierung und Rekonstruktion einer sozialen Beziehung, die versucht, die Fragmentierung des sozialen Körpers, als

Konstruktion eines gesunden, vollständigen, vom Krebsgeschwür befreiten Körpers, zu vertuschen.

Solange wir uns auf der Ebene des traumatisierten Individuums bewegen, können wir unseren Phantasien über die soziale Natur des Schadens freien Lauf lassen, werden aber nicht entsprechend handeln können. Bewegen wir uns hingegen im Rahmen der traumatisierten gesellschaftlichen Beziehungen, so entschwinden die konkreten Körper, was einer Reproduktion der sozialen Fragmentierung gleichkommt, wie sie von den politischen Machthabern intendiert wurde.

Um diesem Problem Rechnung zu tragen, schlägt Ignacio Martín-Baró (1990) den Begriff des »psychosozialen Traumas« vor.¹ Er versucht, die traditionelle Definition des Traumas, die sich zwischen psychologischer und soziologischer Einengung bewegt, zu überwinden. Seine Alternative betont den »dialektischen Charakter der von dem Erleben des lang anhaltenden Krieges aufgerissenen Wunde« (Martín-Baró 1990). Für ihn ist nicht nur von Bedeutung, daß die Wurzeln des Traumas in der Gesellschaft und nicht im Individuum liegen, sondern daß das Trauma sich »aufgrund seiner eigenen Qualität aus der Beziehung zwischen Individuum und Gesellschaft, mittels verschiedener institutioneller, gruppenbezogener und individueller Vermittlungen nährt und erhält« (Martín-Baró 1990).

Martín-Baró begreift das von den Salvadorianern erlittene psychosoziale Trauma somit »als die Kristallisation oder Materialisierung der vom Krieg geprägten sozialen Beziehungen, die sich in den Menschen niederschlägt. Diese Sichtweise impliziert eine spezielle Dynamik, in der die Personen sich anpassen oder als Ganzes von Krieg oder politischer Repression betroffen sind – wobei dies von ihrer sozialen Stellung und den Formen, wie sie in die Auseinandersetzungen involviert

sind, und von ihren Möglichkeiten, sich als Akteure zu fühlen, abhängig ist«.

Martín-Baró benennt als Beispiele für die für Kriegssituationen typischen Prozesse die Institutionalisierung der Lüge, die Polarisierung zwischen den Menschen und die Militarisierung des Lebensalltags. Diesem Verständnis nach müssen die Prozesse im Individuum in ihrem Zusammenhang begriffen werden – nicht im Sinne einer einfachen Kontextualisierung, sondern als sich wechselseitig bedingend und begründend. »In den Vorstellungen Martín-Barós ist die Idee enthalten, daß das Trauma nicht in einem gewaltsamen und sich zuspitzenden Moment, der über einem einbricht, gegründet ist, sondern sich in einem historisch-gesellschaftlichen Kontext ereignet. Verändert sich die gesellschaftliche Situation nicht, so wird sich die traumatische Erfahrung chronifizieren und festsetzen« (del Solar/Piper 1994).

Das Konzept des psychosozialen Traumas ermöglicht uns, den anfänglich unlösbar erscheinenden Widerspruch zwischen den psychologischer und soziologischer Positionen zu überwinden. Mit seiner Hilfe können wir verstehen, daß wir auf der konkreten Ebene der Begegnung mit traumatisierten Jugendlichen immer und gezwungenermaßen die fragmentierte Dimension des sozialen Prozesses erfahren und daß wir in unseren Interaktionen keineswegs eine qualitativ neue soziale Beziehung konstituieren, sondern daß sich diese vielmehr im Rahmen der traumatisierenden Beziehungen, dessen Teil wir alle sind, ereignet.

Auf den ersten Blick mag es den Anschein haben, daß Martín-Barós Erweiterung des Konzeptes der Extremtraumatisierung so subtil ist, daß es nur von rein theoretischem Interesse ist. Wichtig jedoch scheint mir ebenso die veränderte Schwerpunktsetzung als auch das Einbeziehen der verschiedenen Ebenen zu sein,

zu denen man mit Hilfe dieses Konzepts Zugang findet.

In Guatemala beispielsweise war die Vernichtung ganzer Dörfer, die Ermordung und Vertreibung der Bevölkerung Bestandteil der repressiven Politik, deren Ziel die Zerstörung der comunidades indígenas war. Je nachdem, welches Konzept wir anwenden, werden wir, wenn wir Jahre später einem Überlebenden dieser Massaker begegnen, unterschiedliche Dimensionen des Problems wahrnehmen. Mit dem Konzept der Extremtraumatisierung könnten wir das depressive Muster, an dem der Überlebende leidet, verstehen, weil es uns eine Vorstellung der in seiner Psyche verankerten Alpträume gibt; wir könnten dann im therapeutischen Prozeß versuchen, ihm eine Aufarbeitung zu ermöglichen. Während dieses Prozesses würden wir den ihm von den Militärs zugefügten Schaden erkennen, und der Patient wird hoffentlich schrittweise die Möglichkeit erhalten, die notwendigen Trauerprozesse zu realisieren. Ausgehend von dem Konzept des psychosozialen Traumas würden wir verstehen, daß die Zerstörung der indigenen Gemeinschaften die zentrale Achse des Traumas darstellt. Wir könnten erkennen, daß eine Revalorisierung der kulturellen Zugehörigkeit erforderlich ist und entsprechende Räume für die Arbeit an der Rekonstruktion seiner Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft finden.

Die hier etwas simplifiziert aufgezeigten Unterschiede bedeuten jedoch nicht, daß das Konzept der Extremtraumatisierung und das des psychosozialen Traumas einander ausschließen. Diese Gegenüberstellung verleitet eher zu dem Schluß, die Extremtraumatisierung als einen Teil des psychosozialen Traumas zu denken. In Gesellschaften, wie der argentinischen und chilenischen, in denen die kommunitären Strukturen weitgehend zerstört und die sozialen Beziehungen von

der entfremdeten und entfremdenden Individualität der Moderne geprägt sind, gestalten sich therapeutische Interventionen und begleitende Theorien eher individuell. Dementsprechend wird nachvollziehbar, weshalb in diesen Ländern psychische Identitäten entstehen, welche den radikalen Bruch zwischen sozialen Beziehungen und individueller Psyche reflektieren und reproduzieren. Im Gegensatz dazu ist die Realität der Gemeinschaften in Guatemala und El Salvador noch so lebendig, daß der psychosoziale Charakter des Traumas eindeutiger ist und die Intervention in vielen Fällen unmittelbar auf die soziale Beziehungsebene ausgerichtet sein kann. Während man in bezug auf die Menschen in Mittelamerika eher Gefahr läuft, die Relevanz der den konkreten Körpern innewohnenden Fragmentierung zu unterschätzen und somit den individualisierten Wunden weniger Bedeutung zuzumessen oder sie nicht wahrzunehmen, wird im Cono Sur möglicherweise Verwirrung gestiftet, wenn die fragmentierenden gesellschaftlichen Beziehungen nicht mehr ins Blickfeld rücken und nur noch verletzte Individuen gesehen werden, ohne daß verstanden wird, daß eben diese fragmentierten Individuen von einem schwereren psychosozialen Trauma gezeichnet sind, als wir sie in Guatemala oder El Salvador beobachten können. Das Konzept des psychosozialen Traumas war den am Projekt beteiligten Teams in diesem Sinne dienlich, um Brücken für ein gegenseitiges Verständnis zu schlagen – jenseits der anscheinend so widersprüchlichen und unterschiedlichen gesellschaftlichen Zusammenhänge und theoretischen Ansätze.

VI. Aufwachsen in Situationen gesellschaftlicher Krise: Spezifische Merkmale des Schadens der Jugendlichen

Die hier vorgestellten Theorien können auf alle Opfer von Kriegen und politischer Re-

pression angewandt werden. Im folgenden geht es speziell um die Beschädigung von Kindern und Jugendlichen, die spezifische Merkmale aufweist, die im folgenden kurz skizziert werden sollen, ohne aber damit den detaillierteren Diskussionen in anderen Kapiteln dieses Buches vorgreifen zu wollen.

Bereits die Definition der historischen Verortung der Kinder der Opfer bereitet Schwierigkeiten. Einerseits wäre es unangebracht, bei ihnen von zweiter Generation zu sprechen, da sie selbst unmittelbar von Krieg und Verfolgung bedroht waren. Andererseits sind – der offiziellen Diktion und ihrer eigenen Wahrnehmung nach – die unmittelbaren Opfer in der Mehrzahl der Fälle ihre Eltern. Den Kindern fällt die Last der Reparation des den Eltern zugefügten Leides zu. Sie wurden geboren und wuchsen auf als »Kind von...«. In diesem Sinne sind sie zweite Generation.

Im Gegensatz zu den Erwachsenen, die in festen sozialen Strukturen lebten, als die Verfolgung über sie hereinbrach, wuchsen die Jugendlichen in einem traumatisierenden gesellschaftlichen Umfeld heran, in dem die Menschen, die ihnen beim Heranwachsen helfen und für sie Sorge tragen sollten, in eine Opferposition gebracht worden waren und ihrer elementaren Aufgabe, sorgende Eltern sein zu können, enthoben waren.

Die Jugendlichen sind also in zweierlei Hinsicht von der traumatisierenden Umwelt betroffen: Erstens unmittelbar durch die gesellschaftlichen Verhältnisse und zweitens durch die transgenerationale Übertragung. Sie wurden in einer Entwicklungsphase getroffen, in der sie selbst noch nicht über die Fähigkeit verfügten, das Erlebte einzuordnen und verarbeiten zu können.

Unter solchen Bedingungen aufzuwachsen bedeutet, daß der Schaden zum Kern der psychischen Struktur und der

sozialen Einbindung wird. Es ist evident, daß diese Situation auf den unterschiedlichen Ebenen Konsequenzen nach sich zieht, und der Jugendliche gezwungen wird, mit den gesellschaftlichen und familiären Geboten, die möglicherweise widersprüchlich sind, umzugehen. Je nach Situation wird von ihm verlangt, politisch aktiv zu sein, das eigene Leid und das seiner Familie nicht zu verleugnen, wie ein Held gegen die Unterdrückung zu kämpfen etc. Möglicherweise muß er erwachsen werden und verantwortlich handeln, darf sich aber nicht wirklich ablösen, denn Trennungen werden als retraumatisierend empfunden. Er muß das idealisierte Bild der Opfer, etwa des toten Vaters, verteidigen und muß deshalb mit all seinen Möglichkeiten kämpfen. Gleichzeitig soll er die Erniedrigung kompensieren, soll erfolgreich und gesund sein und die gelebte Zerstörung verschwinden lassen. Er muß loyal sein – was er allerdings nur dann sein kann, wenn er die von seinen Eltern erlittene Zerstörung wiederholt.

»Es ist nicht schwierig, die Widersprüchlichkeit, ja die wechselseitige Ausschließlichkeit dieser Delegationsprozesse zu erkennen. Gleichzeitig wird aber auch deutlich, wie sehr diese im wortwörtlichen Sinne »verrückt« (verschoben) sind, d.h. Versuche darstellen, die sozialpolitische Ohnmacht im Rahmen intrafamiliärer Prozesse zu lösen und zu überwinden. Dementsprechend müssen die Kinder diese Delegationen zwar auf sich nehmen, sind aber gleichzeitig zum Scheitern verurteilt. Zum einen weil das soziale Problem sich familiär nicht lösen kann, zum anderen weil die Kinder nur im Scheitern ihren Eltern gegenüber wirklich loyal bleiben können.« (Becker/Diaz 1992).

Ein junger Chilene muß sich heutzutage einem fast unlösbaren Dilemma stellen. Versucht er zu sein wie die Jugendlichen von heute, indem er die Welt der Verfolgten, der Marginalisierten hinter sich

läßt, verliert er seine Familienzugehörigkeit und begeht einen nur schwer zu ertragenden Loyalitätsbruch. Versucht er andererseits aber das Vermächtnis seiner Geschichte anzunehmen und der loyale Sohn seiner verfolgten Eltern zu sein, wird er unweigerlich erneut einer marginalisierenden und retraumatisierenden Dynamik verfallen.

Möglicherweise könnte eine politische Jugendbewegung, die es allerdings nicht gibt, eine adäquate Form sein, diese Auseinandersetzung mit der Vergangenheit zu fordern. Der Sozialisierungsprozeß der Jugendlichen in Kriegen und unter diktatorialen Verhältnissen dreht sich um Brüche, Diskontinuität, Tod. Oder anders ausgedrückt: es ist die erlittene Zerstörung selbst, die im Sinne eines raum-zeitlichen Kontinuums die Essenz dessen darstellt, was die Jugendlichen als ihre Identität wahrnehmen können. Diese Identität ist aber in Wirklichkeit nichts anderes als die individuelle fragmentierte Wahrnehmung ihrer gesellschaftlichen Einbindung, d.h. ihrer Sozialverhältnisse.

Die Jugendlichen, Opfer von Krieg und politischer Verfolgung, sahen sich gezwungen, frühzeitig die Kontrolle für ihre Umwelt zu übernehmen. Sie mußten sehr schnell verstehen und erwachsen werden, und in vielen Fällen mußten sie sogar ihren Eltern gegenüber die beschützende Position einnehmen. Sie mußten auf ihre eigenen Bedürfnisse nach Schutz verzichten, um sich anderer bedrohter und verletzbarer Objekte in ihrem Umfeld anzunehmen. Sie verwandelten sich in kleine Erwachsene, die lernten, scheinbar kohärent und logisch zu funktionieren und mit Angst, Chaos, Verwirrung und innerer Leere umzugehen.

Die Verletztheit der Eltern war aber nicht Produkt einer Krankheit, sondern Bestandteil eines gesellschaftlichen Prozesses. Genau das aber konnten die Kinder aufgrund ihres Alters nicht verstehen:

»Ihnen blieb nur die Möglichkeit magischer Rettungsversuche oder sich gemeinsam mit den Eltern Todesphantasien, Leere- und Verlustgefühlen des Körpers auszuliefern. Aber diese Phantasien entsprangen nicht der Einbildung, sondern realen Ereignissen« (Becker/Diaz 1992). In diesem Sinne war die Entwicklung einer scheinbar starken und funktionalen Persönlichkeit, hinter der sich Angst und Verwirrung verbirgt, eine geeignete Antwort auf traumatisierende Lebensumstände. Es handelt sich dabei um eine im Angesicht der Katastrophe nützliche psychische Struktur, die natürlich verwundbar und verletzbar bleibt. Diese Verwundbarkeit offenbart sich in der post-diktatorialen traumatischen Sequenz und bestätigt den Entfremdungsprozeß auf der gesellschaftlichen Ebene.

Die Definition des Schadens der Jugendlichen, die Krieg und politische Verfolgung erlebt haben, ist eine komplexe Aufgabe und läßt sich nur schwer umfassend erfüllen. Die in diesem Kapitel vorgestellten Überlegungen erheben nicht den Anspruch einer fertigen und in sich abgeschlossenen Theorie. Unser Anliegen war die Präsentation theoretischer Elemente, die einige jener Ansätze erläutern, mit denen die an dieser Untersuchung beteiligten Teams unsere klinische und soziale Praxis konfrontiert haben. Wir wollten einen Rahmen bieten für das bessere Verständnis jener Probleme, mit denen wir uns in den folgenden Kapiteln beschäftigen werden. Schließlich hatten wir uns vorgenommen, Elemente für eine Diskussion beizutragen und somit unsere Überzeugung zu bekräftigen, daß jedes Gesundheitsteam, in Abhängigkeit von den jeweiligen gesellschaftlichen Zusammenhängen, seine eigene Definition des Schadens, seine eigene Theorie des psychosozialen Traumas entwickeln muß. Dies mag statistische Vergleiche erschweren, bietet aber eine Gewähr dafür,

daß unsere Arbeit sich stärker an den Bedürfnissen jener Menschen orientiert, mit denen wir arbeiten, als an den angeblich von der »Wissenschaft« oder unseren berufsbezogenen Ängsten bedingten Anforderungen.

*übersetzt von Dieter Müller
und Gabriele Walterspiel*

* Bei diesem Text handelt es sich um eine Übersetzung des ersten Kapitels des Buches *Trauma psicossocial y adolescentes latinoamericanos: formas de acción grupal (Psychosoziales Trauma und lateinamerikanische Kinder und Jugendliche: Formen der Gruppenarbeit?)*, das 1994 in Chile erschienen ist und von ILAS (Instituto Latinoamericano de Salud Mental y Derechos Humanos) herausgegeben wurde. Unterstützt von medico international und Buntstift entstand das Buch als Ergebnis der Arbeit vier lateinamerikanischer Institutionen aus dem Bereich der Menschenrechte und des Salud Mental, neben ILAS die guatemaltekeische ASECSA (Asociación de Servicios Comunitarios de Salud), UCA (Universidad Centro-americana José Siméon Cañas) und dem MSSM (Movimiento Solidario de Salud Mental).

¹ Ignacio Martín-Baró war einer der sechs Jesuiten, die 1989 von den Militärs in El Salvador ermordet wurden. Er hatte, gemeinsam mit seinen Kollegen der Universidad Centroamericana José Siméon Cañas, versucht, einen Ausweg für einen Krieg zu finden, der El Salvador hatte ausbluten lassen. Er bemühte sich um einen nationalen Dialog zwischen der von den Vereinigten Staaten finanzierten repressiven staatlichen Macht und den revolutionären Kräften, die über eine immense Kampfkraft verfügten, aber nicht in der Lage waren, den Krieg für sich zu entscheiden. Die Machthaber hielten die Position des »Dritten Wegs« der Jesuiten für derart bedrohlich, daß sie vor dem Mord nicht zurückscheuten.

Literatur

American Psychiatric Association 1980: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM III-R)*, Washington D.C.

Balint 1968: M. Balint, *The Basic Fault*. London: Tavistock.

Becker 1992: David Becker, *The Deficiency of The PTSD-Concept When Dealing With Victims of Human Rights Violations*, Paper presented at the ISTSS Conference »Trauma and Tragedy«, Amsterdam, June 1992.

Becker/Castillo 1990: David Becker, M.I. Castillo, *Procesos de Traumaticación Extrema y Posibilidades de Reparación*, Trabajo presentado a las I Jornadas de Psicoterapia Analítica en la Universidad Católica de Chile. 30 Agosto - 1° Septiembre 1990.

Bettelheim 1943: Bruno Bettelheim, *Surviving and Other Essays*. New York, 1952.

Becker/Díaz 1992: David Becker, M. Díaz, *Trauma y Proceso Social: Los Hijos de Perseguidos en Chile*. Trabajo presentado en el Simposio *Traummatización e Identificación: Violencia Sociopolítica y Procesos de Transmisión Transgeneracional*. Presentado en el Instituto para la Investigación Social. Hamburg, Borrador ILAS.

Brown/Pelento 1986: J. Brown, L. Pelento, *La desaparición: su repercusión en el individuo y en la sociedad*, in: Argentina, *Psicoanálisis, Represión Política*. Varios Autores, Buenos Aires, Ediciones Kargieman.
Castillo/Lira 1991: M.I. Castillo, E. Lira, *Psicología de la amenaza política y del miedo*, Santiago, Ed. ILAS, CESOC.

Cavallo 1990, A. Cavallo, *Editorial Diario »La Epoca«*, 26.8.1990, Santiago.

Cohen/Kinston 1986: J. Cohen, W. Kinston, *Primal Repression: Clinical and Theoretical Aspects*. *International Journal of Psychoanalysis*, 1986, 67, pp. 337-355.

Del Solar/Piper 1994: G. del Solar und I. Piper, *Inserción Social y Política de Jóvenes Hijos de Detenidos Desaparecidos y Ejecutados Políticos: Un estudio Exploratorio*, Tesis de Grado en Psicología, Universidad Diego Portales, Santiago.

Ferenczi 1932/1988: Sándor Ferenczi, *Ohne Sympathie keine Heilung*. *Klinisches Tagebuch*. Frankfurt a.M., Fischer.

Freud 1916: Sigmund Freud, *Trauer und Melancholie*, GW, Bd. X, London, Frankfurt a. M., pp. 427-446.

Freud 1919: Sigmund Freud, *Das Unheimliche*, GW, Bd. XII, London, Frankfurt a.M., pp. 227-268.

Freud 1920: Sigmund Freud, *Jenseits des Lustprinzips*, GW, XIII, London, Frankfurt a.M., pp. 1-70.

Freud 1926: Sigmund Freud, *Hemmung, Symptom und Angst*, GW XIV, pp. 111-205.

Keilson 1979: Hans Keilson, *Sequentielle Traumatisierung bei Kindern*. Stuttgart, Enke.

Khan 1963: M. Khan, *Das kumulative Trauma*, München, Kindler.

Laplanche/Pontalis 1972: Jean Laplanche, Jean-Bertrand Pontalis, *Das Vokabular der Psychoanalyse*, Frankfurt a.M.

Maldonado/Troya 1988: I. Maldonado, E. Troya et al., *Familias guatemaltecas y salvadoreñas en la Ciudad de México: su proceso de migración - refugio y las alternativas a futuro*. Mimeo, Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia.

Martín-Baró 1990: I. Martín-Baró, *la Violencia Política y la Guerra como Causas del Trauma Psicosocial en El Salvador*, in: I. Martín-Baró, *Psicología Social de la Guerra*, San Salvador, UCA Editores, pp. 66-84.

Perres 1989: J. Perres, *La problemática de la realidad en la obra de Freud: sus repercusiones teóricas y epistemológicas (aportes para una epistemología freudiana) en Psicoanálisis y Realidad*. Suárez, A. (coord.). México, Ed. Siglo XXI.

Winnicott 1960: D.W. Winnicott, *Ego Distortions in Term of True and False Self*. In: *The Madurational Processes and the Facilitating Environment*, London, Hogarth, 1965.

Winnicott 1965: D. W. Winnicott, *The Madurational Processes and the Facilitating Environment*, London, Hogarth, 1965.

Françoise Sironi

Kann man sich aus dem Griff des Folterers befreien?*

Spezifische Techniken in der Psychotherapie mit Folteropfern und die ethnopsychiatrische Perspektive

Das psychische Leiden des Folteropfers, des von politischer Gewalt traumatisierten Menschen und das Leiden des Flüchtlings sind an der Grenze zwischen Individuum und Kollektiv begründet. Wenn man das nicht während der Psychotherapie berücksichtigt, wird das Leiden abgekapselt. Es wird dann nie wieder davon gesprochen, und die Folgen können Jahre später erscheinen. ...

Wieder heimisch werden in der Welt ... – Die Frage ist sicher: wie kann ein Folteropfer wieder heimisch werden in der Welt?... denn die Folter ist eine Entmenschlichung (déshumanisation), sie macht einen Menschen zu einem »Nichtmenschen«. Nach der Folter fühlen sich die Geschädigten vollkommen fremd in der Welt. Sie fühlen sich abgetrennt und andersartig. Man hat sie verändert. Ein Folteropfer kann nur dann wieder heimisch werden in der Welt, wenn man es aus dem Griff des verinnerlichten Folterers befreit. Denn noch lange nach der Folter beeinflusst der Folterer aktiv das Folteropfer. Aus diesem Grunde mußte ich meine Praxis als Psychotherapeutin völlig verändern. Obwohl ich im psychoanalytischen Bereich ausgebildet bin (und trotz meiner Psychoanalyse) mußte ich andere theoretische Bezugspunkte finden. Das Entscheidende dieser Traumatisierung ist, daß sie von Menschen absichtlich zugefügt wird, um zu zerstören.

Bevor wir tiefer ins Trauma gehen, möchte ich einen methodologischen Ansatz festhalten. Folter, Traumatisierung, Wandel sind begriffliche Einheiten (entités conceptuelles), die uns zu einem komplexen Gedanken leiten. Die psychologische Perspektive erlaubt uns nicht, etwas zu verstehen, wenn das Leid des Patienten eine direkte Folge einer traumatischen Lebenserfahrung ist, ich meine damit eine Lebenserfahrung, die in der äußeren Realität zu begründen ist. Wir können keine Folteropfer behandeln, ohne die kollektive Geschichte in Betracht zu ziehen, ohne zu wissen, in welcher Kultur die Folter geschieht, und welche politischen und historischen Grundlagen gelten. Es gibt keine Psychopathologie, solange sie nicht mit der kulturellen Umgebung verbunden ist. Nur der komplexe Gedanke erlaubt uns, diese Bereiche zu erfassen.

Ich sehe zwei Gefahren, zwei methodologische Fallen, wenn man die Komplexität als Perspektive in diesem Falle nicht berücksichtigt:

■ 1. Die Auflösung der Erkenntnis, wenn man künstliche Brücken zwischen den verschiedenen Erkenntnisbereichen bildet, zum Beispiel in einer »interkulturellen« oder »interdisziplinären« Perspektive. Diese aber laufen Gefahr, den Forschungsgegenstand auf einen gemeinsamen Nenner zu reduzieren.

■ 2. Die zweite methodologische Falle ist die Zersplitterung des Forschungsgegenstandes. Am Beispiel der Folter und

Traumatisierung: die Fortschritte der klinischen Forschung werden blockiert oder noch schlimmer, sie werden verfälscht, wenn eine Perspektive (oft die medizinische) die Betrachtung reduziert, ohne die Komplexität, die verschiedenen Aspekte eines Problems in Erwägung zu ziehen.

Die Komplementarität der Ethnopsychiatrie erlaubt uns diese Sackgasse zu überwinden. Sie erlaubt die Abgrenzung von Kategorien und Disziplinen zu überschreiten. Wenn eine Perspektive keine Einsicht erlaubt (zum Beispiel die psychologische Perspektive), so gehen wir mit der Methodologie einer anderen Perspektive vor (wie zum Beispiel der anthropologischen). Im Bereich der Flüchtlinge und Folteropfer erlaubt uns die ethnopsychiatrische Perspektive die Erweiterung unserer theoretischen Perspektive.

■ 1. Sie erlaubt uns erstmals, den Mechanismus zu erklären, der der Folter zugrundeliegt. Deshalb habe ich nicht die individuelle Psychologie des Folterers erforscht, sondern die Folter als System. Zum Beispiel die Ausbildung des Folterers in verschiedenen Ländern der Welt, wie man sie trainiert, und wer diese Ausbildung leitet. Ich habe auch den Mechanismus der Foltermethoden studiert anhand der psychologischen Folgen und des Leides der Patienten.

■ 2. Die ethnopsychiatrische Perspektive erlaubt uns auch, spezifische Techniken in der Psychotherapie mit Folteropfern und Gewaltopfern zu entwickeln. Was für mich wichtig war, war zu verstehen, wie man in traditionellen Kulturen »erschreckte« Personen oder Personen, die im Griff eines inneren befremdlichen Wesens sind, befreit und behandelt werden. Meine Forschung fragt, was wir von anderen Kulturen lernen können, um traumatisierte Menschen wirksam therapeutisch behandeln zu können.

Das aber macht es unmöglich, weiterzuarbeiten wie bislang.

»Wir werden ihn von innen zerbrechen, weil wir wissen, wie man es tut, ohne eine einzige Spur zu hinterlassen. Wenn er überlebt und solange er lebt, wird er nie den Preis seiner Kühnheit vergessen.« Das sind die Worte eines Folterers, die Tito de Alencar, ein Folteropfer, in seinem Buch »Dann werden die Steine schreien« zitiert hat.

In einem asiatischen Land hat man mir ein sehr interessantes Manuskript gegeben. Dieses Manuskript enthält die technischen Grundlagen für das Verhör. Der amerikanische CIA trainierte die Militärs in diesem Land. Dieses Manuskript wurde von einem gewissen Dirk Schrader 1978 verfaßt. Ich werde Ihnen jetzt eine kurze Übersicht über den Inhalt geben.

Im Kapitel über die Angst kann man zum Beispiel lesen:

»Alle Menschen haben Ängste, die aus den Kinderjahren stammen. Diese Ängste sowie die Erinnerungen müssen erarbeitet werden. Zum Beispiel einige Ängste, die fast universell sind: die Angst vor physischen und sexuellen Verstümmelungen, vor Blindheit, und davor den Toteskampf zu verlängern ... Jeder von uns verspürt heftige Abneigung gegen bestimmte Dinge wie Exkremente, Kannibalismus, Inzest, Blut, Gedärme, Schmutz ... In jeder Gesellschaft, die diese Abneigung einimpft, hat man Angst vor Ärzten. Der Einsatz einer medikalisierten Atmosphäre mit Alkoholgeruch ist ein guter Auslöser von Streß. Sie dürfen nie vergessen, daß wir es mit der Psychologie des Menschen zu tun haben ... Nutzen Sie auch die bemerkenswerte Fähigkeit des menschlichen Wesens zur Zustimmung zur Strafe.«

Die Folter läßt den Menschen verstummen. Man foltert den Gefangenen nicht, um ihn zum Sprechen zu zwingen,

sondern um ihn verstummen zu lassen. Folter bringt aber nicht nur die Opfer zum Verstummen, sondern auch diejenigen (Folterer und Staaten), die sie anwenden. Folter bringt auch Therapeuten und Ärzte zum Verstummen, wenn sie das Leid des Folteropfers medikalisieren.

Für mich ist es nicht möglich, ein Folteropfer zu behandeln, ohne zu wissen, was die Folterprozedur induziert. Solange wir nicht den Sinn gefunden haben, gehen wir das Risiko ein, theoretische Gemeinplätze abzuhandeln. Wir sehen dann nicht mehr die wirkliche Bedeutung des Leidens. Wir versuchen nur die Symptome in eine bestehende nosographische Kategorie einzupassen. Unsere Patienten sind meistens Flüchtlinge und kommen aus Ländern, wo die Folter eine Massendimension angenommen hat. Die Folter ist heutzutage nämlich eine raffinierte, wissenschaftliche und elaborierte Entkulturmethode. Durch die Folter einer einzelnen Person versucht das System die Gruppenzugehörigkeit zu erreichen. Die klinische Erfahrung hat gezeigt, daß es falsch ist zu glauben, daß die Folter einen einzelnen Menschen zerstören will. Das haben wir zu Beginn unserer Arbeit als Therapeuten mit Folteropfern auch geglaubt. In Wirklichkeit aber ist der Mechanismus viel subtiler. Das Ziel der Folter ist die Spaltung der Artikulation zwischen dem Eigenen und dem Kolle-

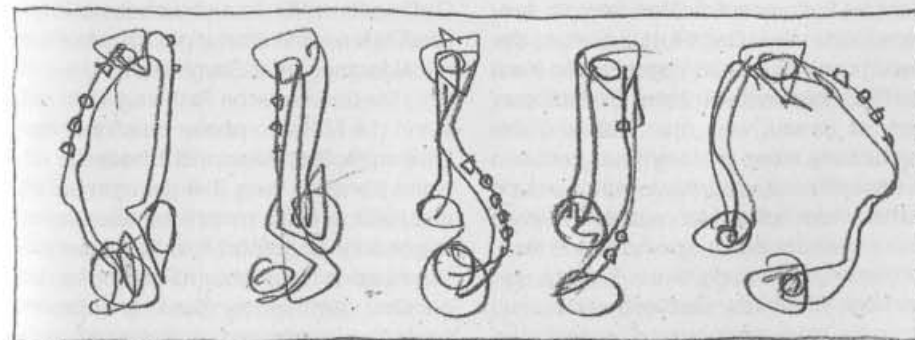
tiven in jedem Menschen. Das wirkliche Ziel des Angreifers ist der kollektive Teil in einer Person, der sie mit einer Gruppenzugehörigkeit verbindet. Die Gruppen sind sehr verschieden: politische Parteien, revolutionäre Gruppen, religiöse Kongregationen, Sekten, ethnische Gruppen, sexuelle Orientierungen ...

Eine andere Tatsache bestätigt, daß die Folter eine Entkulturmethode ist. Wir können feststellen, welche kulturelle Abstammung unsere Patienten auch immer haben (ob sie Kurden aus der Türkei sind, Peuls aus Mauretanien oder Tamilen aus Sri Lanka), daß die Klagen immer dieselben sind und ebenso die traumatische Pathologie. Ein Folteropfer aus Zaire gleicht einem Folteropfer aus der Türkei eher als einer »normalen« Person aus Zaire.

In seinem Buch »Der heilende Einfluß« unterscheidet Tobie Nathan zwei verschiedene Typen der Traumatisierung:

■ wenn die verfügbare Abwehr nicht genügt, um den Andrang des Triebes zu hemmen bzw.

■ wenn in einem absichtlichen Zerstörungsprozeß die psychische und physische Schale angegriffen wird. Die Traumatisierung geschieht durch die Zerstörung der Verbindung zwischen psychischer Repräsentanz und Objektwelt (univers de référence). Die Besonderheit des



Traumatismus des Folteropfers besteht in der vom Menschen erdachten Absicht. Deshalb werde ich ihn einen *interaktiven Trauma-tismus* nennen. Die Folteropfer sehen plötzlich die dunkle Seite des Menschen. Die Folter ist eine Entvitalisierungstechnik (technique de dévitalisation). Sie versucht das innere aktive Prinzip auszulöschen.

Die Analyse der Absichten und der Foltermethoden hat uns erlaubt, die traumatisierende Logik ans Licht zu bringen. Drei Beispiele wurden analysiert, in welchen wir interessante Analogien zwischen Folter, Ausbildung des Folterers und Initiationsritualen in traditionellen Gesellschaften gefunden haben. Die Anwendung traumatisierender Techniken hat nicht unbedingt die Entwicklung einer traumatischen Pathologie zur Folge. Viele traditionelle Gesellschaften verfolgen bestimmte Absichten, wenn sie traumatisierende Techniken für Initiationsrituale benutzen. Der traumatische Prozeß enthält Eigenschaften der Metamorphose, die im therapeutischen Ablauf eine Art Wiedergeburtmechanismus wirksam werden lassen, ebenso wie einen Durchbruch zur anderen Seite. Dieser Mechanismus wird während der Therapie, eines Rituals oder während der Ausbildung der Folterer angewandt, um eine neue Zugehörigkeit zu bewirken. Das zeigt sich am Beispiel der Ausbildungsprogramme der Folterer: wir haben ganz klar verstanden, daß man nicht als Folterer auf die Welt kommt, sondern dazu wird. Der brutale Verlust der Bezugswelt kann den psychischen Kern der Persönlichkeit von ihrer Hülle ablösen. Das ist genau, was man während der Ausbildung eines Folterers tut, genauso wie beim Ablauf von Initiationsritualen und während der Folter. Man wird ein Folterer:

- entweder durch eine brutale Entkulturationserfahrung, wie z.B. durch den brutalen Verlust der Bezugspunkte,
- und/oder durch eine spezifische

Ausbildung, die sich auf traumatisierende Techniken gründet.

Die Geheimarchive von Paraguay zum Beispiel zeigen, daß während der Diktatur General Straßners eine Art internationale der Folter existierte. Militärs und Geheimagenten aus Paraguay, Uruguay, Chile, Argentinien und Brasilien hielten Versammlungen ab, um über ihre Arbeit zu sprechen. Es gibt einen dänischen Dokumentarfilm über die Ausbildung der Folterer in Griechenland. Dieser Film heißt: »Der Sohn meines Nachbarn« (von Joergen Flindt-Petersen und Erik Stephenson, 1982). Traumatisierende Techniken wurden benutzt. Der Prozeß ist derselbe wie in traditionellen Initiationsritualen: Zerstörung der vorhandenen Identität (durch Gewalt und Erniedrigungen), Bildung einer neuen Identität und schließlich der Vollzug der Aufnahme in die entsprechende Spezialeinheit des Militärs. Ihr erster Akt der Zugehörigkeit ist die Folterung eines Gefangenen.

Der einzige, aber wichtige Unterschied zwischen den Initiationstechniken und der Folter ist, daß sowohl der Folterer als auch der Initierte eine neue Identität und Zugehörigkeit haben. Das Folteropfer hingegen bleibt mit einer zerstörten Identität in der Mitte des Flusses. Deshalb muß der Therapeut dem Patienten helfen, die andere Seite des Flusses zu erreichen. Wir können nicht einfach so tun, als ob nichts geschehen wäre (Folter, Gewalt, Gefängnis). Mit absichtlich zerstörten Identitäten kann man nicht arbeiten wie mit Neurosen oder Psychosen.

Die traumatische Pathologie tritt auf, wenn die Metamorphose durch traumatisierende Techniken nicht beendet ist, wenn sie nicht zum Ziel gekommen ist, das heißt, wenn sie nicht zu einer neuen Zugehörigkeit geführt hat. Das traumatische Leiden ist bei jedem Folteropfer das gleiche: psychischer Zusammenbruch, seelische Verwirrung, Ratlosigkeit, tiefe

Depression oder Aggressivität. Das Schwierigste für diese Patienten ist aber, daß sie sich verändert fühlen. Nach der Folter sind sie nicht mehr die selben Menschen. Sie verstehen oder akzeptieren ihre unkontrollierbare Gewalt nicht. »Bitte helfen Sie mir, wieder ein richtiger Mensch zu werden«, sagen viele Patienten. Die klinische Arbeit hat uns gelehrt, die psychotherapeutische Technik auf die Natur der Traumatisierung zu richten.

Was den psychischen Zusammenbruch betrifft, so haben wir zwei Ursachen gefunden. Die unbewußte Identifizierung mit der Theorie des Angreifers und paradoxerweise auf bewußter Ebene die Verständnislosigkeit des Patienten gegenüber der Theorie des Angreifers und seiner Absichten.

Wenn man die Folter und ihre psychopathologischen Folgen im Sinne einer Intention als eine bestimmte Absicht denkt, kann man also nur eine interaktive therapeutische Position beziehen. Die einzige Therapie- und Forschungsgrundlage ist also die Interaktion und nicht mehr die künstliche, reduzierte, gespaltene Betrachtung des Folterers einerseits und des Folteropfers andererseits. Dieses Modell erwägt eine interaktive Ätiologie (Krankheitsursache), wenn die Traumatisierung absichtlich verursacht wurde und hilft uns, den Prozeß des Einflusses zu erfassen, der während der Folter aktiv induziert wird und der später noch in der Psychotherapie aktiv, aber unbewußt wirkt. Diese Problematik können wir nicht über die Übertragung oder Gegenübertragung erarbeiten, weil wir sonst sofort mit dem Folterer identifiziert würden.

In dieser Perspektive kommt jetzt dem Symptom eine ganz andere Bedeutung zu. Es wird zum Indikator und zum Träger der Absicht des Angreifers (»Du bist kein Mensch mehr! Du bist ein Untermensch, ein schmutziger Kommunist! Nachdem wir dir das angetan haben, wirst

du nie mehr ein Mann sein!«) und auch über ihre Ideologie (die politische Ansteckung, die Kontamination, die Invasion) wirkt dieser Einfluß während der Folter auf das Folteropfer. Diese übertragenen Vorstellungen wirken auch deswegen mit einer bedeutenden Kraft, weil die Weltanschauung des Folterers im Symptom enthalten ist. Wir haben als Therapeuten nicht einen unbewußten Konflikt des Patienten zu lösen, wir müssen ihm helfen, sich aus dem Griff der übelwollenden verinnerlichten Absicht des Angreifers zu befreien. Für unsere Patienten haben die Vorstellungen, die mit der Folter verbunden sind, den Status eines bewegungslosen und völlig intakten Objektes. Dieses Objekt kann sich weder von selbst verändern, noch kann es sich mit anderen Vorstellungen vermischen. Diese, mit der Folter verbundenen Vorstellungen sind wie freie Elektronen und haben deshalb die Kapazität, von einer Psyche zur anderen zu wandern. Die Repräsentanzen des Traumas übertragen sich sehr leicht.

Eine weitere Eigenschaft dieser Vorstellungen ist, daß sie sich nicht verändern. In der Erzählung des Traumas bleibt immer die emotionale Ladung enthalten. Selbst die Erzählung der Erzählung enthält sie noch, und das ist, glaube ich, eine besondere Eigenschaft der traumatisierenden Logik. Darüber muß noch gearbeitet werden. Wir müssen also alle Seiten der menschlichen Psychologie studieren und dürfen die Erkenntnisse nicht auf schon bekannte Phänomene reduzieren, wie es Psychoanalytiker leider so oft tun, zum Beispiel in der Reduzierung auf ödipale Konflikte.

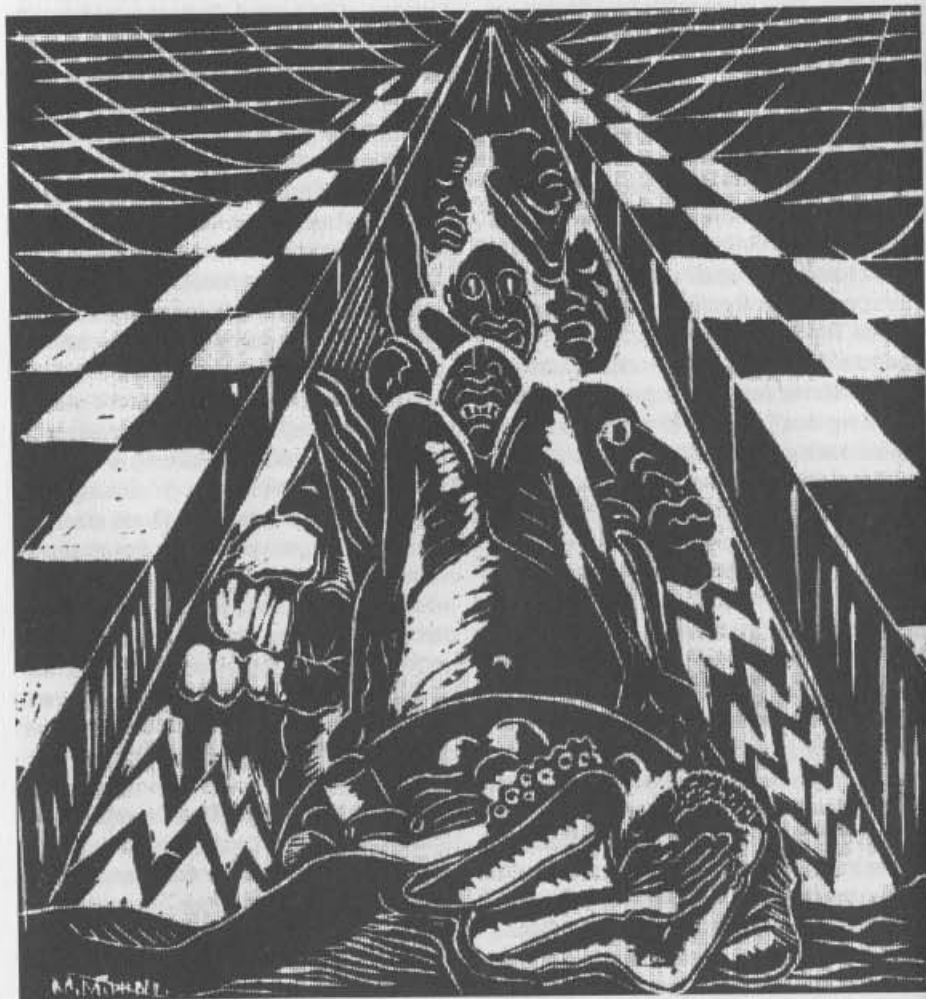
Vergewaltigte und gefolterte Patienten brauchen einen adäquaten therapeutischen Rahmen. Dieser Rahmen wird zu einer Phase in ihrem Leben und auf ihrem therapeutischen Weg, auf dem nur die Geschichte der Traumatisierung und ihrer Verzweigungen im psychischen Leben

durchgearbeitet wird (traumatischer Bruch im ödipalen Konflikt, brüchige Identifizierung, Neutralisierung der psychischen Abwehr, »Falsches Selbst«). ...

Bis heute bleiben wir theoretisch unzulänglich, wenn wir die Traumatisierung anhand des psychoanalytisch-topographischen Modells erklären wollen. Wie in einem Puzzle, bei dem ein Teil übrig bleibt, das wir nicht einordnen können, bleibt in diesem Fall der »Andere« und seine zerstörerische Absicht, die man

nicht einfach als Perversion abtun kann, übrig. Von dieser Unzulänglichkeit muß man sich befreien und den spezifischen therapeutischen Rahmen entsprechend einrichten. Ein solcher therapeutischer Rahmen isoliert dann den Bereich des Traumas von anderen psychischen Bereichen. Die Psychotherapie wirkt also wie ein Wiedergeburtstrial.

Wie können wir mit unseren Patienten die Repräsentanzen der Folter bearbeiten? Wir müssen unsere eigenen Vor-



stellungen (Repräsentanzen) als Therapeuten dahingehend verändern, daß wir unsere Kenntnisse über die Ausbildung der Folterer, über die Folter als System und ihren Einfluß während der Folter und während der therapeutischen Sitzung berücksichtigen. Um unsere Patienten aus dem Griff des Folterers zu befreien, dürfen wir uns nicht an die Patienten, sondern müssen uns an den verinnerlichten Folterer wenden. Man muß sich vorstellen, daß der Folterer noch immer auf den Patienten wirkt. Es geht hier um eine Repräsentanz, nicht um einen Glauben. Die unkontrollierte Gewalt, die Zerstörungskrisen, die plötzliche Flucht, das unmotivierte Trauern, der Drang zu schlagen, alles das weckt in ihnen tiefe Ratlosigkeit und Verwirrung. Die Patienten werden diese Störungen wie äußeres oder heteropsychisches Material betrachten wie »echte Fragmente des anderen« (fragment d'altérité, Konzept von Tobie Nathan). Gleichwohl fühlen sie sich völlig verantwortlich, und je größer die Verantwortlichkeit ist, desto größer ist das Selbstmordrisiko oder das selbstzerstörerische Verhalten. Sie können jetzt leicht verstehen, warum es nicht möglich ist, dieses Erlebnis (wie die Schuld und der Einfluß des Folterers) zu subjektivieren. Die psychoanalytische Subjektivierung (das bedeutet, sich für alle inneren psychischen Fakten verantwortlich zu fühlen) ist in diesen Bereich nicht möglich und sogar gefährlich. Wenn der Therapeut dieses Erlebnis subjektiviert, stößt er sofort auf eine im Patienten sehr aktive Phantasie: »Ich bin schuldig, ich hab etwas Schlechtes getan, ich bin völlig verantwortlich für das, was mir geschehen ist. Und wenn ich dafür völlig verantwortlich bin, dann bedeutet das, daß meine Folterer recht hatten, denn das ist genau, was sie mir immer einimpfen wollten.« Wenn man ein solches Erlebnis der Folter subjektiviert, so bringen wir nur die zerstören-

de Arbeit zu Ende, die der Folterer angefangen hat. In der psychotherapeutischen Sitzung muß der Therapeut sich an den verinnerlichten Folterer wenden. Deshalb sind wir drei (oder vier Personen mit dem Dolmetscher) in der Sitzung: der Patient, die Therapeutin, aber auch der Folterer, dieser unsichtbare Dritte. Der Therapeut kann sich nicht mehr hinter einer wohlwollenden Neutralität verstecken. Er muß unbedingt die Position eines starken Verbündeten einnehmen. Und so können wir gemeinsam, Patient und Therapeut, den aktiven Einfluß des Folterers bekämpfen. Aber wie?

Wir müssen ihn, den Folterer, genauer gesagt seine Absicht, identifizieren, wie ich bereits dargelegt habe. Was für Vorstellungen (Repräsentanzen) hat der Folterer als Teilnehmer eines Zwangssystems? Die Vorstellung des Patienten von der Weltanschauung des Folterers nimmt dann die Stelle der Angst des Folterers ein. Der Therapeut ist nur Mitglied eines autotherapeutischen Prozesses. Niemals kann er die Verantwortung für die psychische Veränderung des Patienten in diesem Rahmen übernehmen. Er würde das Risiko eingehen, mit dem Folterer identifiziert zu werden. Wir dürfen nie vergessen, daß die Position des Psychotherapeuten auch eine Position von Macht und Einfluß ist, und daß sie für den Patienten die Gefahr des Wiedererlebens beinhaltet. Wir finden es daher sehr wirkungsvoll, die Gegenwart des Folterers in der Sitzung einzusetzen. Wir sprechen von ihm, aber was wirklich wichtig ist, wir übernehmen die private Rolle des Folterers. Dieser technische Aspekt ist nicht vom Psychodrama abgeleitet. Wir spielen nicht, was schon vorgekommen ist, und der Patient tut, was er nicht tun konnte, als er im Griff des Folterers war. Wir fragen den Patienten zum Beispiel: »Was würden sie tun oder sagen, wenn einer ihrer Folterer hier mit uns säße?« Damit lösen wir einen un-

bewußten Prozeß aus: über die Traumatisierung nachzudenken und den traumatisierten Bereich mit dem Patienten zu erforschen. Er wird der aktive Partner und sehr schnell der Anstifter seiner eigenen Heilung. Heilung? Nein. Man kann die Traumatisierung nie vergessen, aber was wir erreichen können ist, daß die Repräsentanzen des Traumas an ihrem Platz bleiben, daß sie deaktiviert werden. Das ist möglich, wenn wir uns als Therapeuten in Konkurrenz zu dem Folterer begeben, wenn wir seinen Platz einnehmen, aber nicht seine Rolle.

Mit dieser Art Psychotherapie verhält es sich nicht so wie im Rahmen der Psychoanalyse, in welcher der Patient das aktive Element ist. Unser Ziel ist es, diese nicht verinnerlichte Erfahrung der Traumatisierung intakter Bereiche zu isolieren. Dieser Prozeß als auch die Identifizierung der Absicht des Angreifers haben viel Ähnlichkeit mit der Rolle des Zaubereis in traditionellen Heilungssystemen. Auf keinen Fall ist dieser therapeutische Prozeß kulturell abhängig. Das heißt, es ist nicht notwendig an Zauberei zu glauben, um in einer psychotherapeutischen Sitzung die aktiven Elemente, die in einer Gegenzauberei enthalten sind, zu benutzen. Genauso glaube ich nicht an die materielle Realität der psychoanalytischen Aufteilung des psychischen Systems (wie zum Beispiel in das Ich, das Es und das Über-Ich). In jeder Gesellschaft oder Kultur benutzt ein echter Psychotherapeut immer Elemente, die verschiedenen theoretischen und klinischen Perspektiven entstammen. Einige Elemente dienen als Referenzrahmen, andere als partielle Techniken oder Theorien und wieder andere als narzißtische Stützen für den Therapeuten. Keine einzige Theorie hat jemals alle klinischen Probleme lösen können.

Wenn wir es mit einem psychischen Zusammenbruch zu tun haben, müssen

wir bereit sein, uns die Psyche als eine zerstörte, veränderte Psyche vorzustellen, nicht wie sie vorher war und nicht wie sie sein sollte, sondern wie sie hier und jetzt ist. Warum das? Wir haben bereits darüber gesprochen, daß die Traumatisierung nicht nur die psychische Organisation der Persönlichkeit plötzlich verändert hat, sondern auch die theoretische und klinische Betrachtung. man kann nicht ein äußeres zerstörendes Element wie ein inneres zerstörendes Element betrachten. Traumatisierung ist nicht gleichzusetzen mit Neurose. Wir sind uns sicher, daß eine Theorie, die in der Traumatisierung begründet ist, eigentlich eine zweite und bestimmende Revolution in der klinischen Geschichte bringen wird. Sándor Ferenczi hat uns schon lange den Weg gezeigt. Und viele Heilungssysteme und philosophische Systeme in der Welt befassen sich mit menschlicher Psychologie als mit anderen, unsichtbaren Welten verbunden. Die Traumatisierung zeigt uns, daß man das psychische Erleben nicht auf ein sonderbares Unbewußtes reduzieren kann.

* Bei diesem Text handelt es sich um die leicht gekürzte Fassung eines Vortrages, den Frau Sironi auf dem 2. Bundestreffen der Deutschen Psycho-sozialen Zentren für Flüchtlinge («Wieder heimisch werden in der Welt») 1995 gehalten hat. Der Text wurde uns freundlicherweise von Dietrich Koch zur Verfügung gestellt. Er erscheint in seiner vollständigen Fassung voraussichtlich im Herbst 1997 in einer von D. Koch und Schmude herausgegebenen Publikation im Verlag für Interkulturelle Kommunikation.

Andy Dawes und Alcinda Honwana

Kulturelle Konstruktionen von kindlichem Leid *

Unser Vortrag beschäftigt sich mit der schwierigen Aufgabe, Spannungen zu verhandeln, die zwischen einheimischen und fremden Denksystemen hinsichtlich der psychologischen Betreuung von Opfern politischer Gewalt im Kindesalter bestehen, zwischen sogenannten Insider- und Outsider-Ideologien. Insider-Ideologien umfassen Wissenssysteme und Praktiken, die innerhalb einer Gesellschaft, einschließlich der im Heil- und Gesundheitswesen tätigen Personen, über kindliche Entwicklung und deren psychische Gesundheit vorherrschen; Outsider-Ideologien hingegen beziehen sich auf die Anschauungsweisen von Personen aus anderen Kulturkreisen. Zu dieser Gruppe zählen auch Einheimische, die fremde Wertsysteme übernommen haben.

Wenn Vertreter des modernen psychosozialen Gesundheitswesens sich Opfern aus anderen Kulturkreisen annehmen, bietet dies sowohl Chancen als auch Gefahren. Chancen eröffnen sich durch die Verfügbarkeit neuer Sichtweisen, die ein anderes Licht auf die psychosoziale Situation von Kindern werfen können. Außenstehende können zudem die Verhältnisse derjenigen in einem größeren Rahmen sehen und analysieren, deren Gesellschaften durch Krieg zerstört worden sind, und die emotional nicht in der Lage sind, ihre Lage kritisch zu reflektieren und entsprechend zu handeln. Um diese Beiträge jedoch zu verbessern und um weitere subtile Zufügung von Gewalt an ohnehin schon traumatisierten Bevölkerungsgruppen zu verhindern, ist es unabdingbar, sich der Spannungsfelder fremder und lokaler Ansichten und Traditionen bewußt zu werden.

Die wichtigsten Konfliktelemente zwischen der Gemeinschaft der Überlebenden und dem Experten-Know-how der Gruppe der Helfer können sein:

- Erstens: Unterschiedliche kulturelle Grundannahmen bezüglich Gesundheit, Krankheit und Genesungsprozessen von Kindern.
- Zweitens: Ähnlichkeiten und Unterschiede bei der Betrachtung von Kindheit.
- Drittens: Unterschiedliche Macht, psychologisches Wissen und Methodik als »richtig« zu definieren.
- Viertens: Probleme der Akkulturation und des kulturellen Essentialismus in der Ausbildung einheimischer Gesundheitsarbeiter.

Unser Vortrag versucht, Wege durch dieses sprichwörtliche Minenfeld aufzuzeigen, wobei wir uns hauptsächlich auf das Südliche Afrika konzentrieren. Wir sind der Ansicht, daß unterschiedliche Denksysteme psychotherapeutische Ansätze für Kinder aus Krisengebieten beeinflussen können. Diese umfassen das moderne Expertensystem psychosozialer Gesundheitsfürsorge sowie verschiedenste Praktiken, die von sich modernisierenden Gesellschaften im nicht-westlichen Umfeld entwickelt wurden. Wir geben zu bedenken, daß ohne eine komplementäre Beziehung zwischen lokalen und von außen herangetragenem Behandlungssystemen, die schwierige Aufgabe, sich den Bedürfnissen traumatisierter Kinder zu widmen, nicht verbessert werden kann.

Wenn wir von Kultur in Afrika sprechen, kann nicht genug betont werden, daß dieser Kontinent viele unterschiedliche Kulturformen geprägt hat. Afrikani-

sche Kultur ist nicht nur die Kultur sogenannter traditioneller Völker in ländlichen Gebieten. Zeitgenössische afrikanische Gesellschaften besitzen eine hybride Kultur, die sowohl von westlichen wie auch östlichen Einflüssen geprägt ist. Obgleich sie einen substantiellen modernen Sektor haben, sind sie überwiegend vorindustriell. Diese Merkmale existieren üblicherweise nebeneinander in ein- und derselben Gesellschaft, oft sogar in einem einzelnen Individuum (Mazrui 1986; Appiah 1993). Daraus folgert ein zentrales Problem bei unseren Bemühungen, von Gewalt traumatisierten Kindern in unserer Region zu helfen. Die große Mehrheit der Kriegsüberlebenden in Afrika kommt aus dem vorindustriellen Sektor.

Moderner psychologischer Diskurs und »andere« Weltordnungen

Psychiatrie und Psychologie vermitteln Vorstellungen von normaler und von der Norm abweichender psychischer Entwicklung, die wir als Reflexionen unserer geschichtsübergreifenden und universellen menschlichen Seelennatur verstehen. Während unterschiedliche Gesellschaften verschiedenartigen psychischen Prozessen auf ihre eigene Art und Weise Ausdruck verleihen mögen, werden seelische Vorgänge »unter der Oberfläche« doch als identisch betrachtet (Ingelby 1995). Im modernen westlichen Staat sind die obigen Disziplinen zu mächtigen Systemen mit ideologischer Autorität geworden und haben wissenschaftlich verifizierte Wahrheiten geltend gemacht, die darüber Auskunft geben, was normal und was wünschenswert für die psychische Entwicklung von Kindern ist. Innerhalb des Kanons wissenschaftlicher Erkenntnisse ist dies ein logischer und humanitärer Zug. Er rüstet diese Berufsstände mit Modellen und Methoden aus, die effektives therapeutisches Eingreifen in den Schauplatz

»Kinder und Krieg« ermöglichen sollten, gleich wo sich diese Kinder auch befinden, vorausgesetzt »die kulturellen Eigenheiten werden berücksichtigt«.

Dies ist jedoch nicht die ganze Geschichte. Kritiker des Unternehmens Entwicklungspsychologie haben schon lange darauf hingewiesen, daß die Annahme von Universalität bezüglich Form und Norm ein Fehler ist (für Beispiele siehe in Broughtons Sammlung 1987; Kessen 1983; Burman 1994; Ingleby 1995). Es gibt verschiedenste Formen dieser Kritik, aber ihr Leitgedanke liegt in der Behauptung, daß psychologische Theorien, Befunde und Methoden »in eine spezifische sozio-politische Matrix eingebettet sind« (Cushman 1995:384). Von dieser Warte aus gesehen sind wissenschaftliche Konstruktionen nicht universell, sondern eher als eine *Ethnopsychologie des sich entwickelnden modernen westlichen Subjekts im ausgehenden 20. Jahrhundert* zu verstehen. Soweit die Kernaussage für unsere Diskussion.

Konzepte über optimale kindliche Entwicklung, kindliche Bedürfnisse und unser Verhalten Kindern gegenüber sind somit in kulturabhängigen Wertvorstellungen verankert. Sie sind nicht universell vereinbart; und unsere dominierenden Erkenntnisssysteme über angemessene kindliche Entwicklung spiegeln den Standort der psychosozialen Wissenschaftszweige einer spezifischen Kulturperiode wider.

Diese kritischen Einwände kündigen nicht die Abschaffung psychologischer Erklärungsebenen an. Kinder agieren in der Welt entsprechend ihren eigenen Erfahrungen. Ihre Reaktionen sind oft nicht rational. Solche Verhaltensweisen sind Beweise für Vorgänge auf psychischer Ebene, welche die intellektuelle und emotionale Situation von Kindern organisieren. Charakter und Ursprünge dieser Prozesse rufen nach einer Erläuterung. Von

der Psychologie entworfene Darstellungen sind Kulturprodukte der Moderne, welche, von kritischer Warte aus betrachtet, nicht die psychische Wirklichkeit darstellen, sondern diese, in ihrem Versuch »sie« zu verstehen, konstruieren.

Wir sind der Ansicht, daß diese kritischen Stimmen den springenden Punkt erfassen. Sie fordern uns auf, Problembewußtsein für die therapeutische Begegnung mit Kindern zu entwickeln, die aus Gesellschaften stammen, welche das moderne Konzept von Kindsein und seinem/ihrer entstehenden Selbst nicht teilen. Dies ist sowohl ein ethisches, politisches als auch ein epistemologisches und praktisches Problem. So beunruhigend diese kritische Position auch sein mag, sollte ihr, unserer Ansicht nach, doch Gehör geschenkt werden – sei es auch nur aus dem Grund, uns zum Innehalten zu veranlassen und die Quelle unserer Wissensgrundlage zu reflektieren, ihren Ethno-zentrismus und ihr Machtpotential (Cushman 1995).

Die kulturelle Grundlage von Gesundheit, Krankheit und Heilung

Geertz (1973) definiert Kultur als ein »Muster von Bedeutungen«, welches menschliche Erfahrungen prägt und einen Verständnisrahmen dafür liefert, was die Lebenshandlungen der Menschen untermauert. Kultur spielt eine entscheidende Rolle für das psychosoziale Wohlbefinden, da die Art und Weise, wie Menschen mit ihren Sorgen umgehen, auf kulturspezifischen Wahrnehmungen aufbaut (Boydell & Gibbs 1996). Reynold bemerkt zum Leiden von Kindern: »Kulturelle Kontexte prägen das Erleben und das Ausdrücken von Schmerz ... Lokal hervorgebrachte Deutungen ändern den Sinn von Schmerz ... Kinder lernen, welche Arten von Schmerz, unter welchen Umständen, auf welche Weise, mit welcher Intensität und

in wessen Gegenwart ausgedrückt werden dürfen« (1995:19). Gesellschaftliche Leitsätze prägen das Verstehen des Opfers darüber, was ihm zugestoßen ist, ob und wie es Hilfe suchen sollte, sowie über seine Aussichten auf Heilung.

Die Psychologie des Kindes in der Moderne ist eine Psychologie des westlichen, individualisierten Selbst, welches sich von der Gesellschaft und der spirituellen Welt unterscheidet (Sampson 1989). Westliche Kulturvorstellungen, die therapeutischer Hilfe für junge Menschen zugrunde liegen, beinhalten die Annahme, daß Verbalisieren von Schmerz oder szenisches Ausspielen in Zusammenhang mit einer psychologischen Deutung dieser Handlung, die Qual erleichtern. Diese Ansätze sind zu einem Bestandteil von Behandlungsmethoden für westliche Mittelklassegesellschaften geworden.

Auf globaler Ebene sind diese Konzepte jedoch Ansichten von Minderheiten (Shweder and Bourne 1984). Bedenkt man die Komplexität kultureller Hybridität, so unterscheiden sich Ethnopsychologien in vormodernen und sich modernisierenden afrikanischen Gesellschaften in mehrerer Hinsicht von der westlichen Sicht. In Lebensverbänden, die älteren Formen religiöser Heiltradition näher stehen, gibt es verschiedene Wege »des gesunden Menschenverstandes«, um Traumata erfolgreich zu behandeln. Diese Gesellschaften besitzen ein holistisches Weltbild. Die kartesianische Dichotomie kommt nicht zur Anwendung, da Körper und Geist als integriert verstanden werden. Körperliche Beschwerden können sich im Gemütszustand widerspiegeln und umgekehrt. In diesem Kontext erhalten Gesundheit und Krankheit besondere Bedeutungen.

Gesundheit wird definiert als die harmonische Beziehung zwischen dem Einzelnen und seiner natürlichen Umgebung, den verstorbenen Vorfahren sowie ande-

ren Mitgliedern der Gemeinde. Eher als sich in streng definierte Bereiche aufzugliedern, ist die soziale Welt (zu der Geister und lebende Personen gehören) mit der natürlichen Welt zu einem größeren kosmologischen Universum vereint. Sollte dieser harmonische Zustand nicht zustande kommen, wird dies als Ergebnis eines mißgünstigen Eingriffes von *valoyi* (Hexen und Zauberern) betrachtet oder als Intervention von in der Geisterwelt weilenden Ahnen, die die Absicht haben, unangemessenes soziales Verhalten zu korrigieren (Rennie 1973; Honwana, im Druck).

Krankheit wird deshalb als wichtige soziale Komponente betrachtet. Sie verändert den normalen Lebensablauf eines Individuums und äußert sich in Störungen des physischen Körpers. Genesung wird durch eine Doppelstrategie von Orakel und somatischer Heilung erzielt. Ersteres wendet sich den sozialen Ursachen der Beschwerden zu, letztere richtet sich auf die Behandlung körperlicher Symptome.



Dieser holistische Ansatz verbindet sowohl soziale als auch physische Dimensionen einer Krankheit, um eine Person in ihrer Ganzheit zu behandeln. Solch eine Definition von Gesundheit erfordert, daß sowohl die Welt der Lebenden als auch die der Geister eine Rolle im Kausal- bzw. Heilungsprozeß spielen, wie wir anhand eines Fallbeispiels über ein junges Kriegsoffer aus einer mosambikanischen Landgemeinde illustrieren werden.

Wir werden die Situation eines Jungen, den wir Paulo nennen, diskutieren, um eine der Möglichkeiten darzustellen, wie ein lokales Wissenssystem eingesetzt wurde, um ihm bei der Verarbeitung einiger Folgeerscheinungen dieser bedrohlichen Situation zu helfen.

Die kulturelle Konstruktion von kindlichem Leid und Heilung in Mosambik

Der neun Jahre alte Paulo wurde von Renamo-Soldaten während eines Angriffs auf sein Dorf gekidnappt. Er blieb etwa acht Monate in ihrer Gefangenschaft, bis es ihm gelang, wenige Wochen vor Beginn seines Militärtrainings zu fliehen. Zu Hause angekommen, brachte man ihn zum *ndomba* (Haus der Geister), um ihn den Geistern der Familienvorfahren vorzuführen. Der Großvater des Kindes grüßte die Ahnen, in dem er sie über die gesunde Heimkehr seines Enkels unterrichtete und dankte ihnen für ihr Schutzgeleit, denn Paulo war es gelungen, sicher und wohlbehalten zurückzukehren. Einige Tage nach seiner Ankunft mußte Paulo sich einem Reinigungsritual unterziehen. Sein Vater, ein *nyanga* (Heiler), beschrieb sie wie folgt:

... Wir brachten ihn in den Busch (ca. 2 km von unserem Haus entfernt). Dort bauten wir eine kleine, mit trockenem Gras bedeckte Hütte, in welche wir das Kind legten, das mit den gleichen schmutzigen Kleidern angezogen war, in denen

es aus dem Renamo-Camp zurückgekommen war. In der Hütte wurde das Kind entkleidet. Dann zündeten wir die Hütte an und Paulo wurde von einem erwachsenen Verwandten herausgeholfen. Die Hütte, die Kleidung und alles, was er möglicherweise aus dem Renamo-Camp mitgebracht hatte, mußte verbrannt werden. Dies symbolisiert den Bruch mit dieser Vergangenheit. Danach inhalierte Paulo Rauch einige pflanzliche Heilmittel und wurde in Wasser gebadet, welches mit Medizin behandelt worden war. Dieses zielte auf die innerliche und äußerliche Reinigung seines Körpers. Zum Schluß wurde er geimpft (*ku thlavele*)¹, um gegen starke und böse Mächte geschützt zu sein.

Dieser Fall zeigt auf, daß Paulos Notlage als eine kollektive verstanden wurde. Sie involvierte nicht nur seine Verwandten sondern auch die Familiengeister. In diesem Kontext übernehmen Geister eine aktive Rolle bezüglich Leitung und Schutz lebender Verwandten vor Gefahren und Risiken des Daseins und tragen zur Wiederherstellung von Gesundheit und Harmonie bei. Der Prozeß, einen ungesunden Zustand zu überwinden, transzendiert also das Individuum und involviert die ganze Gemeinschaft (Lebende wie Tote). Der öffentliche Charakter dieser Heilung spiegelt ihre Ausrichtung auf soziale Aspekte wider, die, wie häufig in solchen Gemeinden, nicht »psychologisch disponiert, säkular oder an den Bedürfnissen und Rechten des Individuums orientiert ist, sondern an denen von Familie und Gesellschaft« (Kleinmann 1987:117).

Die Heilungsrituale, die für Paulo inszeniert wurden, vereinigen eine Reihe symbolischer Bedeutungen, die darauf ausgerichtet sind, Verbindungen mit der Vergangenheit abzubrechen, zu reinigen und ihn in die Gemeinschaft zu reintegrieren. Während moderne psychologische

Methoden die verbale Äußerung des Traumas betonen, wird hier die Vergangenheit unter Verschuß gebracht. Dieses wird durch das Verbrennen von Hütte und Kleidung ersichtlich sowie durch das Reinigen des Körpers. Über die Vergangenheit zu sprechen oder sie ins Gedächtnis zu rufen wird nicht unbedingt als Voraussetzung für Gesundung oder Schmerzlinderung betrachtet. In der Tat glaubt man in dieser Dorfgemeinschaft, dadurch für den Einfall heimtückischer Kräfte Raum zu bieten.

Der Reinigungsprozeß und die Praktik, bösen Geistern den Weg zu versperren, ist mit der Vorstellung von sozialer Verunreinigung assoziiert. Man nimmt an, daß Individuen im Kontakt mit anderen sozialen Gruppen und fremder Umgebung sich potentiell dieser Verschmutzung aussetzen. Personen, die (physische, soziale und kulturelle) Grenzen überschreiten, sind ganz besonders sozialer Kontamination ausgesetzt. Diese kann daraus resultieren, daß sie Opfer von Hexerei werden, daß sie Kontakt mit unbekanntem Geistern haben oder daß sie in einer fremden Umgebung anfälliger für Krankheiten werden (Ngubane 1977). Soziale Verunreinigung kann auch durch Umgang mit Blut oder Tod hervorgerufen werden. Aus diesem Grund werden Individuen, die in Kriegsgeschehen verwickelt waren, als potentielle Verschmutzer des sozialen Körpers der Gemeinschaft betrachtet. Die Geister der Toten, die diese Menschen verfolgen, können das Gemeinschaftsleben beeinträchtigen. Im südlichen Mosambik sind diese Geistwesen als *Mpfukwa* bekannt (Honwana 1996). Das Reinigungsritual, dem Paulo sich unterziehen mußte, war insofern eine fundamentale Voraussetzung für seine Reintegration in die Gesellschaft. Es war verfügt worden, um seine traumatische Trennung zu verarbeiten, um seine Reintegration zu ermöglichen und die Ängste

der Dorfgemeinschaft zu kanalisieren, die Auswirkungen seiner Rückkehr befürchtete.

Verschiedene Bedeutungen von Kindheit

Kinder werden eher als »Menschen im Prozeß des Werdens als im Zustand des Seins« betrachtet (James 1993). In allen Gesellschaften werden sehr kleine Kinder als verletzlich, abhängig und dem Schutz der Erwachsenen bedürftig angesehen. Das Wesen kindlicher Bedürfnisse und Vorstellungen, zu welchem Zeitpunkt Kindheit in Jugend- und Erwachsenenalter übergeht, sind jedoch umstritten (Dawes & Donald 1994; Gibbs 1994).

Laut Gibbs (1994) werden zum Beispiel mosambikanische Kinder aus Milange als stark, ausdauernd und »eigenständig erwachsen werdend« charakterisiert. Kinder bedeuten Reichtum wegen ihres Beitrags zum in der Familie anfallenden Arbeitsaufkommen. Sie werden auch als eine Art Lebens- und Altersversicherung geschätzt. Unter bestimmten Voraussetzungen können die Grenzen zwischen Kindheit und Erwachsensein sehr fließend sein, da Kinder ihre Rollen der Situation entsprechend gestalten und aktiv umgestalten (Gibbs 1994).

Wie Straker für Südafrika illustriert (Straker, Moosa, Becker & Nkwale 1992) und wie auch in Mosambik geschehen, zerstört und verändert politische Gewalt das vorher als selbstverständlich erachtete Rollenverhalten von Erwachsenen und Kindern. Viele mosambikanische Kinder wurden aktive Soldaten. Während der Demobilisierung gegen Ende des Krieges legten UN und die Regierung Mosambiks fest, Kämpfern unter 15 Jahren keine Kompensation zuzugestehen, da sie international nicht als Soldaten anerkannt waren. Das Fallbeispiel Sambos macht deutlich, wie sich eine solche Konstruk-

tion von Kindheit auf seine Situation auswirkte.

Sambo wurde von der Renamo im Alter von 9 Jahren entführt und diente als Soldat bis zum Zeitpunkt des Waffenstillstands, als er 14 Jahre alt war. Während der Demobilisierungskampagne hielten er und einige seiner jungen Kollegen eine Demonstration vor dem Renamo-Hauptquartier in Maputo ab, um gegen ihren Ausschluß aus dem Kompensationsprogramm Einspruch zu erheben. Mehrere NGOs wurden gebeten, helfend einzugreifen und diese ehemaligen Kindersoldaten zu ihren Familien zurückzuführen oder eine alternative Betreuung zu finden. Sambo wurde mit seiner Großmutter mütterlicherseits in Gaza zusammengeführt, da seine Eltern während des Krieges gestorben waren. Sambo war unglücklich und fühlte sich betrogen, da er überzeugt war, wie auch die anderen Kämpfer, ein Recht auf das Entschädigungspaket und das Geld zu haben, welches ehemaligen Soldaten zustand. Seine Großmutter war ebenfalls der Ansicht, daß Sambo von dem Reintegrationsversorgungsplan profitieren sollte.

Dieser Fall beweist, daß Konstruktionen von Kindheit nicht nur an spezifische kulturelle Muster gebunden sind, sondern auch an Situationen wie die eines Krieges, in welchem Kinder ausführende Organe politischer Gewalt werden. Mangelnde Sensibilität diesen Umständen gegenüber und die rigide Anwendung augenscheinlich allgemeingültiger Normen kann mehr Schaden als Nutzen bringen. Wenn Sambo (als Waise und Kindersoldat) als Opfer politischer Gewalt angesehen wurde, so war er auch ein Opfer dessen, was er und seine Großmutter als Ungerechtigkeit und Verrat erachteten. Diese waren durch eben jene Mechanismen heraufbeschwört worden, die man ins Leben gerufen hatte, um der Bevölkerung beim Umgang mit der durch den Krieg verursachten Zerstörung zu helfen.

Obengenannte Beispiele illustrieren einige der komplexen Probleme, die kulturelle Praktiken Kinder im Krieg betreffend begleiten können. Es gibt Beweise sowohl für Ähnlichkeiten als auch für Differenzen, wie Kinder aus unterschiedlich orientierten Lebensverbänden mit Kriegssituationen umgehen und mit ihrer Rehabilitation (Cairns 1995; Honwana 1993; Eisenbruch 1988; Gibbs 1994; Rousseau 1995). Viele der Unterschiede, die wir beobachten, stehen mit gesellschaftlichen Haltungen gegenüber dem Kindsein und dem Leiden von Kindern in Verbindung.

Wir sollten jedoch Vorsicht üben, diese Divergenzen überzubetonen. Trotz der Eigentümlichkeiten dieser Praktiken in verschiedenen Gesellschaften, gibt es Berührungspunkte, die eine Brücke zwischen dem Einheimischen und dem Fremden schlagen. Es ist, zum Beispiel, eindeutig, daß viele afrikanische Heilmethoden Ähnlichkeiten mit mehr psychosozial orientierten westlichen Behandlungsformen haben, wie dem Psychodrama oder familientherapeutischen Ansätzen. Der *nyanga* (Heiler) führt Regie auf der Bühne der Therapie, die sowohl von Lebenden wie auch von Verstorbenen bevölkert wird. Andere grundlegende Elemente in der Betreuung beinhalten Vertrauen in die Kompetenz des Helfers, Kongruenz zwischen den Erklärungsmodellen und Heilerwartungen des Patienten und des Behandelnden sowie der Einsatz von Medikamenten. Interpretation, sei es nun durch die Metapher des Freudschen Unbewußten oder durch die der Geisterwelt, ist allen Systemen gemein. In diesem Prozeß gestaltet der Praktiker »die Krankheit des Patienten als Narration innerhalb der Taxonomie seines therapeutischen Systems ...« neu (Kleinman 1987:119). Es sind diese Gemeinsamkeiten und Unterschiede, die in der Ausbildung lokaler Kräfte erörtert werden müssen, ein nöti-

ger Schritt im Kontext knapper klinischer Ressourcen.

Ausländische Ethnopsychologie/ einheimische Auszubildende

Kulturspezifische Äußerungen seelischer Not und deren Heilung werden derzeit in Behandlung und Ausbildung vermehrt anerkannt (Metraux & Fleury o.J.; Richman 1993). Die Wortwahl einer kürzlich erschienenen, kulturell sehr feinfühligem Rezension deutet jedoch darauf hin, daß diese Anerkennung oftmals die Einverleibung von Aspekten lokaler Praktiken in einen dominierenden westlichen Ansatz bedeutet. So stellt Rousseau fest, daß »Professionelle, die mit Flüchtlingskindern arbeiten, ... vielleicht sogar traditionelle Formen von Fürsorge in die Therapie mit einbeziehen müssen« (1995:319). Westliche »Therapie« wird nicht, wie das indigene System, als »traditionelle« kulturelle Praktik dargestellt; und die Richtung, in der die Verlagerung erfolgt, ist üblicherweise von der lokalen zur modernen therapeutischen Methode.

Dieser Diskurs spiegelt die Machtposition des modernen professionellen, klinischen Apparates wider. Da westliche Hilfsorganisationen und örtliche NGOs die psychische Gesundheit von Flüchtlingen und anderen Opfern politischer Gewalt verstärkt auf ihr Programm setzen, werden klinische Konzeptionen integraler Bestandteil ihres Hilfspaketes.

Menschen, die ihre Unterstützung anbieten, seien es nun Mitbürger oder ausländische Helfer, befinden sich im Verhältnis zu den Bedürftigen unausweichlich in einer Machtposition. Wenn auf einer Ideologie kindlicher psychischer Gesundheit und deren Behandlung durch einflußreiche Außenstehende insistiert wird, ist die Gefahr der Akkulturation einheimischer Herangehensweisen und lokalen Expertenwissens nicht von der Hand zu weisen.

Berry (1995) hat nachgewiesen, daß Menschen, die mit fremden Ideologiesystemen konfrontiert werden, auf verschiedene Weise mit ihnen umgehen können. Wenn ein Gemeindeglied, das sich für das Training zum psychosozialen Gesundheitsarbeiter anmeldet, eine völlig unterschiedliche Konzeption von psychischer Gesundheit besitzt, sind zwei Entwicklungsmöglichkeiten am wahrscheinlichsten. Die Ausbildung kann entweder die **Assimilation** an das moderne System fördern und somit die Ablehnung der indigenen Ideologie; oder sie kann eine **Integration** hervorbringen, wobei der Auszubildende den indigenen Rahmen nicht verstößt, sondern versucht, erfolgreich an den von außen herangetragenen Aktivitäten und Diskursen zu partizipieren.

Nach Angaben Berrys tritt Assimilation häufiger auf, wenn im Ausbildungskontext moderne psychologische Kategorien besonders hervorgehoben werden und das indigene System abgelehnt oder vernachlässigt wird. Als Folge dieses Prozesses können überlieferte Anschauungsweisen einheimischer Mitarbeiter zum Schweigen gebracht werden, während man sie über moderne psychologische »Wahrheiten« instruiert. Auszubildende müssen nicht unbedingt ihre althergebrachten Ansichten aufgeben, aber in der gegebenen Machtkonstellation vermeiden sie, diese in der Öffentlichkeit kundzutun. Letztendlich hängt ihr Lebensunterhalt (und häufig auch ihr Status vor Ort) davon ab, den Grad ihrer Assimilation soweit zu demonstrieren, daß der Ausbilder zufriedengestellt ist.

Assimilation birgt die Gefahr in sich, daß einheimische Mitarbeiter eine psychische Distanz zu der ihnen vertrauten Welt aufbauen. Diese beeinflusst ihre Fähigkeit, die Gruppen, mit denen sie arbeiten müssen und die andere Vorstellungen über Kindheit haben als das Profiteam, zu respektieren und auf sie einzugehen. Neue

Methoden können teilweise oder gar nicht assimiliert werden; Lippenbekenntnisse werden für Praktiken abgelegt, die kulturell völlig aussagelos sind; und einige therapeutische Methoden können als Allheilmittel betrachtet und unangemessen eingesetzt werden, wie Turton (1986) und Maw (1996) aus Südafrika berichteten.

Eigenschaften des referentiellen Ichs sind beispielsweise von äußerster Wichtigkeit für Therapieformen wie Reflexionstechniken, Verweigerung von Rat, usw.. Die Ideologien hinter diesen Methoden werden im Rahmen der Ausbildung wahrscheinlich selten artikuliert – sie werden einfach als Grundregeln vorbildlicher Psychotherapie dargestellt. Wir legen deshalb nahe, daß ungenügendes Verständnis der Auszubildenden für diese (unsichtbaren) kulturellen Hypothesen zu Schwierigkeiten führen kann.

Berrys Modell deutet darauf hin, daß eine Anpassungspolitik der Integration von Seiten des Auszubildenden dann zu erwarten ist, wenn einheimisches Sachverständnis wichtiges, ja unabdingbares Informationskapital für Strategien zur Erhaltung kindlicher psychischer Gesundheit wird. Unserer Ansicht nach ist dies die angemessenere, wenngleich sicherlich schwierigere Methode, der gefolgt werden sollte. Von dieser Warte aus gesehen ist es nicht ausreichend, einfach zu sagen daß »lokale Praktiken mit in Betracht gezogen werden müssen«. Sie müssen aus zwei Gründen heraus in den Vordergrund gestellt werden: Erstens, weil sie dazu beitragen, das kulturelle Heilvermögen einer zerstörten oder politisch unterdrückten Gemeinschaft wieder in Erinnerung zu rufen, zweitens, weil im Genesungsprozeß die konzeptionelle Übereinstimmung der Kosmologie von Heiler und Kind die therapeutische Behandlung unterstützt.

Wenn wir die Bedeutung kulturspezifischer Praktiken betonen, so ist es jedoch nötig herauszustellen, daß alle Ge-

sellschaften selektiv sind, welche Kinder und welche ihrer Leidensmerkmale als wichtig erachtet werden, welche behandelt oder welche vernachlässigt werden sollen. So werden in einem Flüchtlingslager oder einem gewaltsamen städtischen Township jene, die still vor sich hin leiden (zum Beispiel depressive oder zurückgezogene Kinder), üblicherweise nicht erkannt. Auf diese Personengruppe aufmerksam zu machen, würde die Bürde derer noch verstärken, die ohnehin schon überbelastet sind (die Mütter oder Sozialarbeiter) (Maw 1996). Sie können auch von vornherein als »unsichtbar« gelten, da sie einer bestimmten gesellschaftlichen Kategorie zugeordnet werden (weiblich).

Während der äußere Charakter eines fremden Therapieansatzes, in den die Auszubildenden eingewiesen werden, im Falle unsensibler Durchsetzung von Nachteil sein kann, so kann er dennoch bedeutende Vorzüge haben. Er kann Aufmerksamkeit auf Unterlassungen lenken und neue Wege für Pflege und Therapie aufzeigen, die im indigenen System nicht verfügbar sind, jedoch Kindern unter Umständen besser helfen.

Keine Methode kann den Alleinanspruch erheben, Kindern im Umgang mit Krieg optimalen Beistand zu leisten. Als Kulturprodukte, die durch diese schreckliche Gewalt hervorgebracht wurden, können moderne psychotherapeutische Behandlungsmethoden von Gesellschaften, die kulturell anders sind, mehr oder weniger unterstützen. Diese Gesellschaften sind jedoch nicht statisch, so daß im Falle eines Zusammentreffens verschiedenartiger Heilansätze und Ethnopsychologien die Möglichkeit zum gegenseitigen Austausch und Vorteil besteht. Letztendlich suchen sich Menschen das aus, was für sie praktikabel ist, und deuten die Ursachen auf ihre eigene Weise.

Jedes Behandlungsmodell für Kinder aus Gesellschaften, die moderne Konzep-

te kindlicher Mentalität nicht teilen, kämpft mit der Vielfalt der Kriterien. Deshalb ist der Dialog zwischen den Hütern einheimischer Praktiken und den Trägern des neuen Systems so wichtig, damit Kinder nicht Opfer ideologischer Differenzen derer werden, die eigentlich Fürsorge für sie übernehmen wollen.

Ein Heilsystem wie es von einer bestimmten Kultur, einschließlich der westlichen, spezifiziert wird, muß nicht notwendigermaßen den Bedürfnissen eines bestimmten Kindes entgegenkommen. Behandlungsmethoden sind nicht gezwungenermaßen in allen Situationen effektiv, noch lösen sie alle Probleme auf gleiche Weise zufriedenstellend. Wir müssen aus diesem Grunde die Sachdienlichkeit verschiedenartiger Modelle für Kinder in verschiedenen ethnopsychologischen Communities überprüfen.

übersetzt von Christine Matzke

* Leicht gekürzter Eröffnungsvortrag auf dem Kongress über Kinder, Krieg und Verfolgung in Maputo, Mosambik, Dezember 1996.

¹ »Geimpft werden« bedeutet in diesem Zusammenhang, daß kleine Schnitte in bestimmte Körperteile vorgenommen werden, die dann mit speziellen Heilmitteln gefüllt werden.

Quellen

Appiah, K. (1993). *In my fathers' house*. London: Methuen.

Berry, J.W. (1989). »The psychology of acculturation«, in J.J. Berman (Hrsg.). *Nebraska symposium on motivation: Cross-cultural perspectives*. Lincoln: The University of Nebraska Press

Boyden, J., Gibbs, S. (1996). *Vulnerability and resilience: Perceptions and responses to psychological development*. Oxford: INTRAC

Broughton, J. (1987). *Critical theories of psychological development*. New York: Plenum Press

- Burman, E. (1994). *Deconstructing developmental psychology*. London: Routledge
- Cairns, E. (1995). *Children and political violence*. Oxford: Basil Blackwell
- Cohen, R.N. (1991). *Shaping tomorrow: The Ser-
vol programmes in Trinidad and Tobago*. The
Hague: Bernard van Leer Foundation
- Cushman, P. (1995). »Ideology obscured: The
uses of the self in Daniel Stern's infant«, in N.R.
Goldberger und J.B. Verhoff (Hrsg.). *The culture
and psychology reader*. New York: New York Uni-
versity Press
- David, D. (1994). »The community approach to
health and development«. *The Courier*, 147, 2
- Dawes, A., Donald, D. (1994). »Understanding the
psychological consequences of adversity«, in A.
Dawes und D. Donald. *Childhood and adversity:
psychological perspectives from South African
research*. Kapstadt: David Philip
- Desjarlais, R., Eisenberg, L., Good, B., Kleinman,
A. (1995). *World mental health: Problems and pri-
orities in low income countries*. New York: Oxford
University Press
- Eisenbruch, M. (1988). »The mental health of re-
fugee children and their cultural development«. *Inter-
national Migration Review*, 22, 282-300
- Geertz, C. (1973). *The interpretation of cultures*.
New York: Basic Books.
- Gibbs, S. (1994). »Post-war reconstruction in
Mozambique, reframing children's experience of
war and healing«. *Disasters*, 18, (3), 268-276
- Harrell-Bond, B. (1987). *Imposing aid: Emergen-
cy assistance to refugees*. Oxford University Press
- Honwana, A. (1993). »As Insituições Religiosas
Tradicionais e a Reintegração Social dos Grupos
Vulneráveis«. Konsultationsbericht für die DEH in
Mosambik
- , (1996). »Spiritual agency and self-renewal
in Southern Mozambique«. Unveröffentlichte Dok-
torarbeit, School of Oriental and African Studies,
Universität London
- , (im Druck). »Healing for Peace: Traditional
healers and post-war reconstruction in Southern
Mozambique«. *Peace and Conflict: The Journal of
Peace Psychology*
- Ingleby, D. (1995). »Problems in the study of in-
terplay between science and culture«, in N.R.
Goldberger und J.B. Verhoff (Hrsg.). *The culture
and psychology reader*. New York: New York Uni-
versity Press
- James, A. (1993). *Childhood identities: Self and
social relationships in the experience of childhood*.
Edinburgh: Edinburgh University Press
- Kessen, W. (1983). »The human child and other
cultural inventions«, in F.S. Kessel und A. Siegler
(Hrsg.). *The child and other cultural inventions*.
New York: Praeger
- Kleinman, A. (1988). *Rethinking psychiatry: From
cultural category to personal experience*. New
York: The Free Press
- Landrine, H. (1992). »Clinical implications of cul-
tural differences: The Referential versus the Inde-
xical self«. *Clinical Psychology Review*, 12, 401-
415
- Maguire, P. (1987). *Doing participative research:
A feminist approach*. Amherst, Mass: University
of Massachusetts Press
- Maw, A. (1996). »The consultation relationship as
a complex partnership: Experiences of psycho-
logical consultation in Atlantis«. Unveröffentliche
Magisterarbeit (Klinische Psychologie), Univer-
sität Kapstadt
- Mazrui, A.A. (1986). *The Africans*. New York: Prae-
ger
- Melikan, L.R. (1984). »The transfer of psycholo-
gical knowledge to third world countries and its
impact on development: The case of five Arab
Gulf states«. *International Journal of Psychology*,
19, 65-77
- Metraux, J.-C. und Fleury, F. (ohne Jahr). *Creators
of their future: Group work with traumatised com-
munities*
- Ngubane, H. (1977). *Body and mind in Zulu me-
dicine*. London: Academic Press
- Rennie, J.K. (1973). »Christianity, colonialism and
the origins of nationalism among the Ndaus of
Southern Rhodesia before 1935«. Unveröffentliche
Doktorarbeit, North Western University, Evan-
ston, Illinois
- Reynolds, P. (1995). »Making the world mindful of
the pain of the young«. Unveröffentlicher Vortrag,
Institut für Sozialanthropologie, Universität Kap-
stadt
- Richman, N. (1983). *Communicating with children:
Helping children in distress*. London: Save the
Children Fund (UK), Development Manual No. 2
- Rousseau, C. (1995). »The mental health of refu-
gee children«. *Transcultural Psychiatric Research
Review*, 32, 299-332
- Sampson, E.E. (1989). »The challenge of change
for social psychology: Globalisation and psycho-
logy's theory of the person«. *American Psycholo-
gist*, 44, 914-921
- Shweder, R.A., Bourne, E.J. (1984). »Does the
concept of the person vary cross culturally?«, in
R.A. Shweder, R.A. LeVine. *Culture theory: Essays
on mind, self and emotion*. Cambridge: Cam-
bridge University Press
- Straker, G., Moose, F., Becker, R., Nkwale, M.
(1992). *Faces in the revolution*. Kapstadt: David
Philip
- Summerfield, D. (1996). »The psychological lega-
cy of war and atrocity: The question of long term
and transgenerational effects and the need for a
broad view«. *Journal of Nervous and Mental
Disease*, 184 (1), 375-377
- Turton, R.W. (1986). »Bourgeois counselling and
working class clients«. *Psychology in Society*, 6,
85-100
- Ziegler, E., Muenchow, S. (1984). »How to influ-
ence social policy affecting children and families«. *American Psychologist*, 43 (4), 415-420

Timangane – über die psychische Heilung ehemaliger Kindersoldaten*

Timangane ist 16 Jahre alt. Er bat den Psychotherapeuten, an einer spieltherapeutischen Sitzung teilnehmen zu dürfen, denn sein Freund José nahm ebenfalls teil. Sie waren beide zusammen entführt worden. Während der ersten Stunde, an der er teilnahm, modellierte die Gruppe von Jugendlichen verschiedene Figuren aus Lehm. Das Thema dieser Stunden waren die erlebten Erfahrungen während der Zeit nach dem Krieg.

Timangane formte ein Radio.

»Jetzt leben wir im Frieden, und ich kann nachts Radio hören. Während des Krieges schliefen wir im Busch, nicht in unseren Hütten, und wir hatten Angst, entführt zu werden. Niemand konnte nachts Radio hören. Wenn die »matsangas« das Radio gehört hätten, hätten sie gewußt, wo wir waren. Nicht einmal die Babys durften nachts weinen.«

Am Ende der Stunde verabschiedete sich Timangane von dem Therapeuten und seinen Kommilitonen, aber er ging noch nicht weg. Er setzte sich unter einen Baum in den Schatten und wartete darauf, daß die anderen weggingen. Anschließend ging er zum Therapeuten zurück und sagte, er sei nicht wie die anderen. Der Therapeut fragte ihn, wer diese anderen seien. »Die anderen, die hier waren«. Seine Stimme war schneidend, er war kurz angebunden.

Er erklärte den Unterschied: Er sei Soldat gewesen, hätte aber ein Leben gerettet. *»Als wir von einem Gefecht zurückkehrten, befahl mir der Kommandant, eine Frau zu töten, aber ich habe sie nicht getötet. Ich floh mit dieser Frau und ging nach Xinavane.«*

Obwohl der Therapeut die Wahrheit dieser Information nicht in Frage gestellt hatte, weil die psychotherapeutische Arbeit sich auf Innerpsychisches konzentriert, bestand Timangane darauf, dem Therapeuten die Frau vorzustellen, die er gerettet hatte.

Zwei Tage später kam Timangane in Begleitung einer Frau ins psychosoziale Zentrum. Sie erzählte dem Therapeuten, daß sie von einer Gruppe Soldaten entführt worden war, die sie zwangen, Pakete von gestohlenen Nahrungsmitteln und Kleidern zu tragen. Sie und andere Nachbarn wurden gezwungen, zusammen mit den Soldaten schnell zu laufen. Dann befahl der Kommandant einem Soldaten, sie zu töten. Als der Soldat schießen wollte, erkannte sie das Kind und rief seinen Namen: »Timangane!« Der Kindersoldat bekam einen Schreck, denn seit vielen Jahren hatte ihn niemand mehr bei seinem wirklichen Namen gerufen, »Timangane«. Der Kindersoldat hatte inzwischen einen neuen Namen bekommen – John – sein Kriegsname. Die Frau wiederholte den Namen. Sie fragte ihn, ob er sie wiedererkenne. Sie sei seine Tante. Die Tante ergriff die Hand des Kindersoldaten, und sie flohen gemeinsam.

In den folgenden Stunden erklärte Timangane, weshalb er zu den Therapiestunden kam. In seinen Alpträumen werde er von den »Seelen« derer verfolgt, die er getötet hatte. Während des Krieges war Timangane »der Held« gezwungen, viele Menschen umzubringen. Sein Kommandant mußte schon gar nicht mehr kontrollieren, ob der Befehl ausgeführt worden war, denn er konnte sicher sein, daß man ihm gehorchte.

Er selber verlor schon den Überblick und wußte nicht mehr, wieviele Menschen er getötet hat. Er entmenschlichte seine Opfer. Für ihn waren sie keine Menschen, sie waren Feinde, waren Gefangene. Waren Objekte, die man eliminieren mußte.

Indem er sie entmenschlichte, entmenschlichte er sich vor sich selbst. Er war das Instrument, das sie tötete. Der Kommandant war der Mächtige, Herr über Leben und Tod. Timangane identifizierte sich mit dem Kommandanten. In seinen Träumen während der Kriegszeit sah er sich in der Haut des Kommandanten, er hatte die Macht, über Leben und Tod zu entscheiden. Er hatte die Macht, alle Schwachen zu töten. Er hatte die Macht, seine Eltern zu töten, weil sie ihn nicht beschützt hatten, als er entführt wurde. Er hatte die Macht, seine Nachbarn zu töten und jene Lehrer, die ihn nicht beschützt hatten.

Timangane haßt seine Eltern und alle anderen Erwachsenen, die ihn nicht beschützt haben, die Erwachsenen, die aus ihm ein Tötungsinstrument gemacht haben. Er haßt aber auch sich selbst. Wenn seine Tante ihn nicht gerettet hätte, hätte er weiter getötet. Das bedeutet, daß er schließlich Wahlmöglichkeiten hatte. Er hätte schon früher mit seiner Pseudoidentität als Soldat brechen können, mit jenem Wesen, das tötete und für seine Handlung nicht verantwortlich war, weil es »nur Befehle ausführte«. Timangane tat das jedoch nicht bis zu dem Augenblick, in dem seine Tante wieder eine Verbindung herstellte zwischen dem jugendlichen Soldaten John und dem Kind Timangane, dem Timangane der Vorkriegszeit.

Die Verwandlung der Kinder in Soldaten

Der Fall von Timangane bzw. John ist kein Einzelfall. Internationale Organisationen schätzen die Anzahl der Kinder, die in

Mosambik als Soldaten instrumentalisiert wurden, auf zwischen 2.300 und 10.000. Die wirkliche Anzahl dürfte sehr viel größer sein, da sich diese Schätzung nur auf diejenigen Kinder bezog, die von der Rebellenbewegung mißbraucht wurden und diejenigen Kinder nicht mit einbezog, die auf der Grundlage »politischer Mobilisierung« oder auch durch Zwang von den Volksmilizien rekrutiert wurden, einer paramilitärischen Regierungsarmee.

Erwachsene zwingen Kinder zu töten. Es scheint leichter, Kinder auszubilden als Erwachsene, sie einzuschüchtern, zu kontrollieren und am Desertieren zu hindern. Technologische Neuerungen machten es einfacher, Soldaten als Kinder zu gebrauchen. Maschinengewehre vom Typ AK-34 sind leichte Waffen, die sogar von achtjährigen Kindern bedient werden können. Kinder können und werden zu Instrumenten des Todes und der Zerstörung gemacht. Sie sind gleichzeitig Opfer und Täter von Gewalt.

Von 1994 bis heute hat AMOSAPU (Mosambikanische Vereinigung für öffentliche Gesundheit) 546 Kinder und Jugendliche und 230 Familien betreut. Obwohl die geleistete Arbeit vor allem psychotherapeutischer Art ist, trifft man auf unterschiedliche Motive, wenn man die Gründe analysiert, die die Kinder für ihre Taten anführen.

Die Kinder wurden gezwungen, Soldaten oder Milizionäre zu sein.

Einige wurden durch die eigenen Eltern oder durch einflußreiche Mitglieder der Gemeinschaft gezwungen. Andere wurden entführt, ausgebildet und gezwungen zu töten.

Bei der therapeutischen Arbeit von AMOSAPU ist das Hauptziel die psychische Genesung der Kinder und jugendlichen Ex-Soldaten und Ex-Milizionäre. Das bedeutet, den Kindern die Möglichkeit zu bieten, aus dem Trauma herauszukommen, ohne es zu negieren, und sich der

subjektiven Dimension der Verarbeitung des Traumas bewußt zu sein. Dies heißt, daß jedes einzelne Kind aus einem speziellen Umfeld kommt und seinen eigenen Krieg erlebte.

Die Situationen, die dazu führten, daß Kinder zu Soldaten oder Milizionären wurden, sind unterschiedlich. Auch das Alter der Kinder ist unterschiedlich, ebenso wie die Länge der Zeit, die sie dem Krieg und den Greueln ausgesetzt waren, sowie der Grad an psychischer Entwicklung. Auch die Wahrnehmung der erlebten traumatischen Ereignisse ist bei jedem einzelnen verschieden.

Trotzdem lassen sich einige gemeinsame für alle gültigen Prinzipien in der psychotherapeutischen Arbeit benennen: Das Vertrauen der Kinder und Jugendlichen wiederherstellen, sie befähigen, den erlebten traumatischen Erfahrungen einen »Sinn« zu geben, ihr Selbstwertgefühl rekonstruieren lernen, ihre Aggressionen zu kontrollieren, im Anknüpfen an die alte Identität eine Vision des eigenen Lebens für die Zukunft entwerfen.

Im folgenden werden einige Erläuterungen der psychischen Probleme der Traumatisierung von Kindern und Jugendlichen durch den Krieg gegeben sowie der Inhalte der therapeutischen Arbeit.

Die Erschütterungen des Selbst- und Weltverständnisses

Nelson, 16 Jahre

»Mein Vater war Rebell und mein Onkel Kommandeur des Stützpunktes. Ich wuchs auf der Base auf und wurde ausgebildet. Ich war Anführer einer Gruppe, bis sie mich gefangennahmen. Mein Vater starb im Krieg.«

Etwas zu verteidigen ist verbunden damit, etwas zu besitzen. Was Kinder besitzen ist die Liebe ihrer Eltern, die Geborgenheit ihres Dorfes, ihrer Häuser und ihrer Tiere. Um die Liebe und das Vertrauen

derer, die sie lieben, aufrechtzuerhalten, mußten sie akzeptieren, zur Waffe zu greifen und zu töten. Eine Weigerung wäre als Mangel an Loyalität aufgefaßt und von den Eltern und anderen für die Kinder wichtigen Erwachsenen mit Liebesentzug bestraft worden. In der Therapie ist eine der zentralen Fragen, den erlebten traumatischen Erfahrungen einen Sinn zu verleihen. Es besteht eine große Diskrepanz zwischen den traumatischen Erlebnissen und der Fähigkeit der Kinder, die Situation zu verstehen. Dies führt zu einer Situation der Schutzlosigkeit und Verlassenheit.

Nelson griff aus Liebe zu seinem Vater zur Waffe und tötete aus Gründen, die er nicht verstand. Er wurde entführt und als »bewaffneter Bandit« angesehen und von der Regierungsarmee verhört. Das Vertrauen, das er in seinen Vater hatte als der Person, die ihn in den Krieg schickte und die ihn während des Verhörs hätte schützen sollen, lief ins Leere. »Nachts träumte ich, daß mein Vater käme, um mich zu befreien. Er käme, bevor die Frelimo-Soldaten mich töten konnten und tötete sie.«

Das Vertrauen in den Vater blieb erschüttert. Nelson klagte sich in der Folgezeit selber an, Fehler gemacht zu haben, weil er sich hatte gefangennehmen lassen. Nach seiner Befreiung wird er in einem Zentrum für jugendliche Ex-Soldaten aufgenommen, wo die Sozialarbeiter ihn moralisch wegen der Taten, die er gezwungen war zu begehen, als »Banditen« aburteilten. Zu Kriegsende bekam er die Mitteilung, der Vater sei gestorben. Nelson weigerte sich, dies zu glauben. Er steht vor einer Zwickmühle: wenn er glaubt, daß sein Vater tot ist, er aber noch lebt, wäre er in seinen Phantasien der Mörder des Vaters. Wenn er fortfährt zu glauben, der Vater lebe, er aber tot ist, kann er den Trauerprozeß nicht beginnen.

Dieses Dilemma läßt sich in der Psy-

chotherapie nicht auflösen und der Therapeut hielt es für das beste, zusammen mit Nelson den Vater suchen zu gehen.

Der Vater war tatsächlich tot. Die Mutter hatte die Base verlassen und lebte mit einem neuen Partner. Für Nelson ist der Stiefvater jemand, der den Platz seines Vaters besetzt hat. Der Haß auf den Vater, den er aufgegeben hatte, wird nun auf den Stiefvater und die Mutter gerichtet. Nelson verließ die Mutter und den Stiefvater und lebt jetzt in einem Zentrum für Straßenkinder. Nelson entwickelte ein fürsorgliches Verhalten gegenüber anderen Kindern, nimmt die Rolle eines Vaters ein und sorgt für sie. Wenn die Kinder etwas machen, das er für falsch hält und gerade niemand in der Nähe ist, der stär-



ker ist als Nelson, bestraft er sie körperlich. Wenn ein Stärkerer in der Nähe ist, tut er alles, um ihm zu gefallen, tut er so, als nähme er überhaupt keine Rücksicht auf sich selbst. Dies ist ein Abwehrmechanismus: einerseits keinerlei Rücksicht auf sich und andere zu nehmen, andererseits eine extreme Arroganz gegenüber den Schwächsten, ein grandioses und allmächtiges Ich.

Die Kontrolle der Aggression

Calisto, 14 Jahre

»Wer nicht kämpfen wollte, wurde erschossen. (...) Die, die Glück hatten, wurden nur geschlagen. Sie schnitten denen die Kehle durch, die nicht kämpfen wollten. Ich wurde drei Tage trainiert, zu

gehen und zu laufen. Dann bekam ich eine Waffe und gewöhnte mich ans Kämpfen. Der Befehl lautete, wenn wir jemanden aufgriffen, mußten wir ihn töten und die Sachen mitbringen, die er bei sich hatte.«

Aufzuwachsen ist ein aggressiver Vorgang. Das Kind lernt, den Konflikt zwischen den Impulsen des Lebens und des Todes zu bewältigen. Das Kind lernt, Gesten und Worte zu unterdrücken, wenn es merkt, daß dies andere verletzt. Andererseits verinnerlicht das Kind während des Aufwachsens die elterlichen Anforderungen und Verbote. Es bildet sein moralisches Gewissen und seine Ideen aus und bewertet seine Handlungen kritisch. Gewalt und dem Zwang, zu töten oder zu sterben, ausgesetzt zu werden, verursa-

chen einen psychischen Konflikt und schließlich versucht das Kind das Verbot des »Über-Ichs«, keine Greuel zu begehen, zu annullieren.

Der psychische Konflikt, der verursacht wird durch den Zwang, entweder zu töten oder selbst zu sterben, führt zur Aufhebung der regulierenden Funktion des »Über-Ichs«. Dieser Konflikt erzeugt Mechanismen der Pseudo-Identifizierung im Hinblick auf die »Soldaten-Identität«. Diese Pseudo-Identifizierung bewirkt, daß der Kindersoldat die Befehle befolgt ohne sich für sie verantwortlich zu fühlen.

Es ist wichtig, während der Therapie wieder eine gewisse Kontrolle über die Aggressionen sowie die regularisierende Funktion des »Über-Ichs« herzustellen. Dieser Prozeß geht einher mit der Wieder-

herstellung der Identität des Kindes. »Wer bin ich?«, »Was will ich« bedeutet, sich bewußt zu werden, daß das Kind selbst für seine Taten verantwortlich ist.

Ein anderer Aspekt ist mit den Umständen der Entführung selbst verbunden und mit den Greueln, die die Kinder gezwungen wurden zu begehen, z. B. wenn die Kinder vorsätzlich gezwungen wurden, Familienangehörige oder andere für sie wichtige Menschen zu töten, ihre eigenen Häuser zu zerstören, Tod und Zerstörung in ihre eigenen Dörfern zu bringen. Damit wird ein wichtiges Band zwischen dem Kind und erwachsenen Bezugspersonen zerrissen, zwischen ihm und dem Ort, wo es sich Zuhause fühlt, mit den Menschen und Orten, die für es wichtig sind. Die Kinder reagieren mit Schuldgefühlen, die durch Selbstabwertung, Selbstanschuldigungen und einem großen Selbstzerstörungswillen gekennzeichnet sind, aber auch durch den Willen, andere zu zerstören. Calisto sagt, zu töten, aber auch das Risiko einzugehen, selbst zu sterben, werden als normal angesehen.

Die Wahrnehmung des Wertes menschlichen Lebens, des eigenen Lebens und das der anderen, auch die Wahrnehmung des eigenen Körpers als etwas Schönem, etwas das ihnen gehört, wird verletzt. Das Kind erlebt, daß sein Körper es nicht schützen kann, daß eine Kugel, eine Explosion seinen Körper in eine leblose Menge von Knochen und Blut verwandeln kann. Die Utopie, daß die Welt ein sicherer Ort sei, daß die Zukunft vorhersehbar und begreifbar ist, wandelt sich in einen Dschungel, wo nur der Stärkste und Grausamste überlebt.

Wichtig ist es auch, daß die Kinder wieder eine Zukunftsvorstellung entwickeln, an etwas anderes als »no future« denken.

Wie uns die sequentielle Traumatheorie von Keilson zeigt, ist das nicht leicht, wenn die Nachkriegszeit den Ju-

gendlichen wenig soziale Reintegrationschancen bietet. Calisto verlor die Eltern und zwei Brüder im Krieg. Er wurde von der offiziellen Demobilisierung durch die Vereinten Nationen ausgeschlossen, weil er jünger als 16 Jahre war. Aus diesem Grunde wurde er nicht als Soldat betrachtet und bekam darum auch keinen Zugang zu den Programmen, die den Ex-Soldaten materielle und soziale Unterstützung bei der Reintegration boten. In dem Gebiet, in dem er lebt, ist das Land noch immer vermint, was die Landwirtschaft erschwert.

Der Krieg war grausam. Die Nachkriegszeit ist paradoxerweise in der rückblickenden Betrachtung einiger Kinder noch grausamer. Während des Krieges gab es Solidarität zwischen den Soldaten, selbst wenn diese dergestalt war, daß die erwachsenen Soldaten die Fleischstücke und die Kindersoldaten die Hautfetzen aßen. Es gab das Gefühl zu teilen, die Kindersoldaten am Leben zu halten, um sie für Kriegspläne und Greuelthaten zu benutzen. Wenn ein Soldat nachts Wache hielt, konnten die anderen schlafen und sich darauf verlassen, daß er sie im Falle einer Gefahr wecken würde. Im Frieden wurden viele dieser Kinder und Jugendlichen ihrem Schicksal überlassen, dem Verhängnis preisgegeben.

Die Opfer und die, die sie zu Opfern machten

Timangane, Calisto, Nelson und Armando wurden gezwungen, Gewalttaten zu verüben. Sie sind Opfer und gleichzeitig auch Täter. Dies ist nicht immer deutlich. Während der Therapie ist es wichtig, zwischen dem Therapeuten und diesen Jugendlichen ein Bündnis zu schaffen, um zu verhindern, moralisch über sie zu richten, aber ohne so zu tun, als sei die Schwere der von ihnen begangenen Taten vergessen.

Konkret endete der bewaffnete Konflikt in Mosambik durch einen Friedensvertrag, der denjenigen Immunität versprach, die während des Krieges Greuel begangen hatten. Die Verantwortlichen für die Greuel sind weiterhin an der Macht und wenig oder gar nichts wird getan, um die von ihnen verursachten Schäden zu beheben.

Daher entsteht während der Therapie das Gebot, die Identifizierung des Kindes mit dem Aggressor aufzulösen, es dazu zu bringen, sich als Opfer zu sehen. Wo ein Opfer, da auch ein Verfolger. Woraus das Dilemma resultiert, daß die Verfolger von früher heute noch an der Macht sind. Sie können immer noch verfolgen. Die Verfolger erkennen die verursachten Schäden nicht an. Die Angst, die Verfolger zu benennen, erschwert den Kindern die Möglichkeit, sich als Opfer zu sehen, ihren Haß nach außen zu wenden. Es besteht jedoch die Möglichkeit, an diesem Konflikt durch den Gebrauch von Symbolen zu arbeiten.

Eine Methode, die in der Therapie von Timangane, Calisto, Nelson und Armando angewandt wurde, besteht darin, Geschichten zu erfinden, in denen keine realen Personen vorkommen. Ein Tier, zum Beispiel eine Schlange, kann die Rolle des Verfolgers einnehmen. Eine Ratte, ein Kaninchen die des Opfers. Auf diese Tiere, die das Kind selbst aussucht, können die verschiedenen Gefühle projiziert werden, ohne Gefahr zu laufen, die wirklichen Verfolger zu benennen.

Der Inhalt, die Charakteristika der symbolischen Tiere werden vom Kind ausgewählt. Sie erzeugen in ihrer Phantasie Monstren. Calisto erfand ein Monster, das eine Mischung aus Mamba-Kobra, Löwe und Boa war. Dessen Charakterzüge waren unter anderem:

■ die Mamba ist ein heimtückisches Tier, das sich im Busch versteckt und unerwartet angreift,

■ die Mamba spritzt ihr tödliches Gift in den Körper des Opfers und das eigene Blut des Opfers transportiert das Gift weiter,

■ der starke Löwe zerreißt seine Opfer und fördert ihre Eingeweide, ihre Knochen, Haut und Blut zutage,

■ die Boa, die den Körper und das Skelett ihres Opfers zermalmt und in ihren dunklen Leib verschluckt.

Diese Bilder und Assoziationen führen uns in das gewundene Labyrinth der psychischen Traumatisierung der Kinder. Die Erschütterungen des Gefühlslebens und des Denkvermögens der Kinder sowie die Erschütterungen der psychischen Struktur sind nur schwer zu erkennen und zu verstehen. Oft sind die Symptome individuell und nur schwer einzugruppiert. Sie zeigen erst im Verlauf der Therapie ihre Bedeutung. Diese Materialien erlauben es uns, in den therapeutischen Prozeß der Vergangenheitsbewältigung einzutreten, das Band zwischen dem Kaninchen und dem Monster, das es verschlang. Er erlaubt uns auch, die Schlitzze zu finden, um aus dem dunklen Bauch der Boa zu entkommen. Der Gebrauch von Masken und Rollenspielen ist ebenfalls ein effizientes Mittel therapeutischer Arbeit.

Die Reinigungsrituale

Timangane, der Junge, dessen Fall am Anfang geschildert wurde, wird von den Seelen derer verfolgt, die er getötet hat.

Timangane lebte als interner Vertriebener in einer benachbarten Gemeinde. Er hatte Angst, von seinen ehemaligen Entführern oder seinen Waffenbrüdern getötet zu werden, weil er die Befehle seiner Vorgesetzten nicht ausgeführt hatte und, schlimmer noch, desertiert war. Er hatte Angst, in sein Dorf zurückzukehren und selbst in der Stadt, in die er sich ge-

flüchtet hatte, hatte er Angst, von den Regierungssoldaten als »ehemaliger Rebell« oder schlimmer noch, als feindlicher Spion, erkannt zu werden. Nirgendwo fühlte er sich sicher. Erst nach dem Waffenstillstand kehrte er in sein Dorf zurück, als sein Vater ihn holte. Bevor er das Haus der Eltern betrat, ging er mit ihnen zu einem religiösen Oberhaupt der Zions-Kirche, um sich einem Reinigungsritual zu unterziehen.

Beim Reinigungsritual wurde aus dem Kindersoldaten John und dem späteren vertriebenen Jungen wieder der, der er vor der Entführung war. Beim Ritual wurde Timangane mit dem Blut und der Asche einer Taube bedeckt. Anschließend wurde das Blut abgewaschen. Das Blut symbolisiert die Toten, die Asche die Zerstörung. Gemäß der Erklärungen des religiösen Führers hatte es in der Geschichte der Gemeinde auch schon früher Kriege gegeben, vor dem Bürgerkrieg, an dem Timangane teilnahm. Nach dem Ende dieser Kriege kehrten die Krieger in ihre Dörfer zurück. Die Dorfbewohner wußten, daß die Krieger getötet und Hütten angezündet hatten, und daß ihre Hände mit Blut befleckt waren. Aber sie hatten für die Interessen des Dorfes oder seines Führers gekämpft. Sie hatten ein Recht darauf, wieder in die Gemeinschaft aufgenommen zu werden, zu der sie früher gehört hatten. Auch die mitgeschleppten Kriegsgefangenen wurden in die Familien der siegreichen Krieger aufgenommen.

Dieses Ritual wurde auch nach dem Bürgerkrieg abgehalten, an dem Timangane teilgenommen hatte. Aus John wurde wieder Timangane. Niemand fragte »John«, was er während des Krieges getan hatte. »John« verpflichtete sich, wieder zu Timangane zu werden.

Dieses Ritual ermöglichte es Timangane, wieder in das gleiche Dorf zurückzukehren, aus dem er gekommen war, und den Alltag der vielen anderen Ju-

gendlichen zu teilen, die in den Reihen der Regierungsarmee oder den paramilitärischen Regierungstruppen gekämpft haben.

Die symbolische Reinigung vom Blut und Asche nimmt die beschwerlichen Erinnerungen an die Vergangenheit mit sich fort. Die Erinnerungen an die Erlebnisse während des Krieges müssen unterdrückt werden.

Die Unterdrückung der traumatischen Erinnerungen

Es gibt ähnliche Praktiken, bei denen z.B. die negativen Erinnerungen und Verhaltensweisen symbolisch in eine Flasche gesteckt und in den Fluß geworfen werden. Eine andere Variante besteht darin, die Flasche an eine Wegkreuzung zu werfen und wegzugehen, ohne sich umzublicken. Der Fluß bzw. der Weg nehmen die Verhaltensweisen und die unerwünschten Erinnerungen mit.

Timanganes Eltern und die Ältesten im Dorf versuchten so, die Erinnerungen an die Vergangenheit zu unterdrücken. Von diesen Erfahrungen der Vergangenheit zu sprechen, wurde zum Tabu. Dieses Tabu schützt die Eltern davor, über eine Situation zu sprechen, in der sie als schützende Eltern versagten. Es bewahrt sie vor dem Schuldgefühl, nicht in der Lage gewesen zu sein zu verhindern, daß ihr Sohn entführt und gezwungen wurde, Greueln zu begehen.

Timangane hatte weiterhin Angst, seine ehemaligen Entführer könnten ihn suchen kommen. Diese Angst verflüchtigte sich erst als er erfuhr, daß die frühere Regierungspartei die Wahlen gewinnen würde. In den Therapiestunden erinnerte er sich jedoch an Episoden aus seinem Leben als Soldat. Er dachte, er habe wie die anderen erwachsenen Soldaten das Recht, das Demobilisierungsgeld zu bekommen.

KINDERSOLDATEN IN MOSAMBIK

Über die Wiederherstellung des Lebens

Mosambik – die Schäden von fast 30 Jahren Krieg wirken fort: Ein Drittel der Bevölkerung auf der Flucht; im Boden mehr als zwei Millionen Minen und überall im Land kriegstraumatisierte Opfer, darunter Tausende von Kindern, die als Kindersoldaten zu schrecklichen Gewalttaten gezwungen wurden.

Unsere Partnerorganisation AMOSAPU hilft Ihnen, ihr seelisches Gleichgewicht wiederzuerlangen und in den sozialen Alltag zurückfinden – mit Psychologen und Sozialarbeitern, in Selbsthilfegruppen, durch Weiterbildung und einkommenschaffende Aktivitäten.

Bitte fordern Sie weitere Informationen an.

medico
international

medico international · Obermainanlage 7 · D-60314 Frankfurt

Tel.: 069 94438-0 · Fax: 069 436002

eMail: medico_international@t-online.de

<http://home.t-online.de/home/medico.de>

Spendenkonto: Stichwort »Mozambik«
1800 Frankfurter Sparkasse (BLZ 500 502 01)
6999-508 Postbank Köln (BLZ 370 100 50)

Das Ritual löschte die Kriegserinnerungen nicht aus. Timangane brach das Schweigen, brach das Tabu. Er sprach mit seinem Vater über seine Schlafstörungen, von seiner Angst vor dem Einschlafen aus Furcht vor Alpträumen, und von seinem Leiden, wenn er von seinen Alpträumen voller Schreck geweckt wurde.

Die Eltern ignorierten die Hilferufe Timanganes und bestrafte den Tabubruch mit Gleichgültigkeit. Timangane zeigte daraufhin Symptome von Schlafwandeln. Nachts stand er auf und ging zur Hütte der Eltern, was in seiner Kultur ausdrücklich verboten ist. Er lief im Kreis um die Eltern herum und wiederholte mechanisch »Habt keine Angst. Ich stehe Wache.« Dieses Verhalten, das wahrscheinlich Ausdruck einer hysterischen Reaktion ist, dient der Abwehr von Vorstellungen, die bei ihm unangenehme Gefühle wie Angst und Beklemmung auslösen könnten. Es ist eine Art emotionale Reaktion auf die traumatischen Kriegserlebnisse.

Timangane und seine Eltern suchten Rat bei einer lokalen Heilerin. Die Heilerin gab Timanganes Mutter einige Wurzeln. Sie wurden in ein Tuch eingewickelt und unter die Matte gelegt, auf der Timangane schlief. Diese Wurzeln sollten die bösen Geister vertreiben. Eine gute Woche lang konnte Timangane ruhig schlafen. Doch dann kamen die Alpträume wieder. »Es war an dem Tag, an dem mein Vater mit mir schimpfte, weil ich kein Wasser vom Brunnen geholt hatte. Aber Wasserholen ist Frauen- oder Kinderarbeit. Der Streit mit dem Vater eskalierte so weit, daß er mir sagte, wenn ich mich schon wie ein erwachsener Mann fühle und von ihm keine Anordnungen mehr akzeptieren würde, dann müsse ich das Haus verlassen und mir eine Frau suchen, die für mich Wasser holen ginge.«

Der Streit zwischen Timangane und seinem Vater entfachte Timanganes psy-

chischen Konflikt wieder neu. Schon während des Besuchs bei der Heilerin hatte sie dem Vater gesagt, die Alpträume des Sohnes könnten dadurch verursacht sein, daß diese Morde, Verstümmelungen und Raubzüge gesehen und »unanständige Sachen« getan hatte. In diesem Falle zögen die »Geister der Toten« in den Körper des Jungen ein. Und weil diese Geister keine Geister von Familienangehörigen des Kindes sind, bräuchten sie einen guten Empfang. Die Alpträume bedeuteten, daß Geister sich im Körper des Kindes befänden und mit seinen Eltern reden wollten. Daher sei es notwendig, den Geist mit Hilfe des Heilers zum Dialog mit Timangane und seinen Eltern zu bringen. Der Geist müsse beschwichtigt werden und man müsse herausfinden, was der Grund dafür sein, daß er den Jungen verfolge und ihm geben, was er fordere, um sich zu beruhigen. Als Zeichen der Ehrfurcht müsse man dem Geist geben, was er verlange. Man müsse ihn überzeugen, Timanganes Körper wieder zu verlassen. Trotz des Schlafwandeln des Sohnes und der hysterischen Symptome, die eine Verbindung mit den traumatischen Kriegserlebnissen verdeutlichten, weigerte sich der Vater weiterhin, den Krieg als eine mögliche Ursache für die Probleme



des Sohnes anzuerkennen.

Eine andere Möglichkeit, die von der Heilerin erwogen wurde, war die Behandlung mit dem Geist eines Familienmitglieds. Wenn es ein familiärer Geist ist, so wird er während der Zeremonie »Kufembo« – die Zeremonie, bei der die Geister der Toten mit den Lebenden sprechen – den Grund dafür nennen, warum er bei Timangane Alpträume verursachte und sagen, was nötig sei, um den Konflikt zu beenden. Auch diese Variante lehnte der Vater ab. Er entschied sich für die Kräuter und das Tuch, die benutzt werden, um umherstreunende Geister zu vertreiben, ohne mit ihnen zu reden. So wurde die Gelegenheit einer psychischen Verarbeitung vertan, bei der Timangane und seine Eltern in einem katharischen Prozeß die traumatischen Ereignisse, die den psychischen Konflikt verursachten, hätten neu durchleben können.

Beim Streit zwischen Timangane und seinem Vater wegen des Wassers wurden starke Emotionen freigesetzt, die dem banalen Streitfall überhaupt nicht angemessen waren. Die Vater-Sohn-Beziehung, die bereits angeknackst war, drohte zu zerbrechen. Der Vater tat so, als könne er durch den Abbruch der Beziehung zu seinem Sohn – indem er ihn aus dem Haus warf – den Konflikt lösen. Diese Wahl, die Beziehung abubrechen und den Sohn zum Erwachsenen zu erklären, was bedeutete, daß der Vater keine Verantwortung mehr für ihn hat, erlaubte es dem Vater, eine direkte Konfrontation mit der Ursache des Konfliktes mit dem Sohn zu umgehen.

Wie die Mehrzahl der Kinder aus seinem kulturellen Umfeld, erhielt auch Timangane bei seiner Geburt den traditionellen Namen seines Großvaters väterlicherseits. Durch diesen Brauch zeigt die Gemeinschaft ihre Vorstellung vom Leben des Menschen, gemäß dessen die Ahnen in den Kindern weiterleben, die ihren Na-

men erhalten. Diese Ahnen beschützen die Kinder und bestimmen ihr Glück und Unglück.

Das Verhältnis der Eltern zu ihren Kindern wird durch diese Vorstellung geprägt. In den Gesichtszügen und im Verhalten des Kindes erkennen die Eltern Ähnlichkeiten mit den Ahnen.

Timangane wurde geraubt. Timangane wurde gezwungen zu töten. Der Vater fragte Timangane niemals, was geschehen war. Timangane wartete ständig darauf, daß der Vater mit ihm reden möge. Die Tante, die er gerettet hatte, würde mit Sicherheit dem Vater die Umstände erzählen, unter denen sie beide gelebt hatten, sie und Timangane, oder besser gesagt der Soldat John, der Jugendliche, der kaltblütig mordete.

Der Vater machte sich Vorwürfe, nicht in der Lage gewesen zu sein, den Jungen zu schützen und seine Entführung zu verhindern. Auch dieses Schuldgefühl projizierte er auf den Sohn: »Er hätte fliehen können, hätte die Entführung vermeiden können, hätte sich weigern können zu töten«. Aber die Weigerung zu töten, hätte den Tod des Sohnes bedeutet. Ist es möglich, daß der Vater denkt, es wäre besser gewesen, der Sohn wäre gestorben, anstatt sich in einen Mörder zu verwandeln? Seine Unfähigkeit, diese Frage zu beantworten, bewirkte, daß er die Lösung auf ein imaginäres Terrain übertrug: er selber wollte in seiner Phantasie den Sohn töten. Er wollte, daß der Sohn verschwände. Wenn er ein Mann würde, sollte er sein Leben weit von dem des Vaters verbringen. Intensive Liebe und Haß beherrschten den Vater gleichzeitig, sie waren der Grund für seine Zweideutigkeit.

Die Heilerin wollte mit ihren therapeutischen Praktiken bewirken, daß über die Geschehnisse während des Krieges gesprochen würde, wollte, daß die Toten mit ihm sprächen, wollte das Schweigen brechen. Die Zeremonie des »Kufembo«

würde es erlauben, über das Trauma zu reden, würde Timangane helfen, wieder Zugang zu seiner Kindheit und Jugend zu finden, ohne die Realität des Traumas auszulöschen. Andererseits verwendete Timanganes Vater einen Großteil seiner psychischen Energie darauf, die eigenen Traumata in der Beziehung zu seinem eigenen Vater zu unterdrücken. »Ich hatte keinen Vater!«. Sein Vater ließ ihn bei der Mutter und ging in die Minen Südafrikas. In Südafrika gründete er eine neue Familie und schickte nur gelegentlich Unterstützung für ihn und die Mutter. Die Mutter dachte, wenn sie ihn nicht auf die Welt gebracht hätte, wäre sie frei. Dann könnte sie das Brautgeld zurückgeben und in das Haus ihrer Eltern zurückkehren. Wegen des Mangels, den sie durchlitt, und ihrer Unfähigkeit, den abwesenden Vater zur Rechenschaft zu ziehen, lenkte sie ihre Frustration auf den Sohn. Die Geschichte wiederholte sich: jetzt hatte dieser Sohn seinen Sohn nicht schützen können.

Timangane war nicht nur ein Opfer. Paradoxerweise war er mächtig und zugleich gezwungen, schlimmste Grausamkeiten zu begehen. Diese Grausamkeiten sind schlimmer als die Gewaltakte seiner Phantasie. Die gewalttätige Realität ersetzt die Phantasmen.

Timangane wurde auf brutale Art und Weise mit dem Verlust seiner Illusionen konfrontiert. Frühzeitig erfuhr er Einsamkeit, das Fehlen der Eltern und ihre Beschützerrolle sowie die Hilfe, die sie geben könnten. Er verlor den Glauben an die elterliche Kraft. Der Verlust dieses Glaubens, die Einführung in die Welt der Erwachsenen, der Zugang zu Sexualität mit den weiblichen Gefangenen, die von ihm begangenen Morde, all das geschah mit realer Gewalt und nicht in Form von traditionellen Praktiken, die sozial eingebunden, geschützt und kodifiziert sind.

Zu seinem Kampf um kindliche Illusionen gesellte sich der Kampf um fami-

liäre Geborgenheit.

Als Timangane zum ersten Mal an der Spieltherapie teilnahm, wurde er in seinen Träumen von den »Seelen« derer verfolgt, die er getötet hatte. In der Einzeltherapie gelang es, die Bedeutung von einigen seiner Alpträume zu entschlüsseln. Er bekam ein neues Verhältnis zu sich selbst. Timangane und John, die beiden Persönlichkeiten ein- und derselben Biographie. Die Einzeltherapie wurde von familientherapeutischen Sitzungen begleitet, von Besuchen in der Familie, die es ermöglichten, den Vater in den Heilungsprozess mit einzubeziehen. Dieser Prozess ist noch weit von einem Abschluß entfernt.

übersetzt von Corinna Kreidler

* Dieser Text basiert auf einem Vortrag, der auf dem Kongress über Kinder, Krieg und Verfolgung in Maputo, Mosambik im Dezember 1996 gehalten wurde. Es handelt sich dabei um einen Erfahrungsbericht aus der Arbeit eines Projektes mit kriegstraumatisierten Kindern und Jugendlichen in Mosambik, das von medico international unterstützt wird.

David Becker

Die Schwierigkeit zu trauern – Erfahrungen in Angola *

Das erste Mal, als ich sehr bewußt auf die Thematik von Traumata in Zusammenhang von politischen Verhältnissen stieß, war in Berlin, wo ich als Psychologe zu arbeiten begann, im damals berühmt-berüchtigten Märkischen Viertel, mit seinen allseits bekannten sozialen Problemen und seinen marginalen Jugendlichen. Damals nahm ich einen Jungen in Behandlung, der mir auffiel, weil er einerseits aussah wie ein Engel, ich ihn andererseits aber außerordentlich unerträglich, unangenehm und verlogen fand. Er ging mir mehr auf die Nerven, als es mir normalerweise Patienten zu tun pflegen. Und als mir dann seine Mutter auch noch sagte (der Junge war in Behandlung gekommen wegen »Verhaltensauffälligkeiten« in der Schule, insbesondere aggressivem Verhalten), er solle Pfarrer werden, wurde ich etwas stutzig. Im Laufe der Behandlung, als die Familie etwas mehr Vertrauen in mich hatte, bin ich dann dieser Frage (Pfarrerberuf) nachgegangen. Es stellte sich heraus, daß der Vater der Mutter ein relevanter Täter während der Zeit des Faschismus in Deutschland war und daß die streng katholische Mutter meinte, daß mein Patient Pfarrer werden sollte, und zwar aus zwei Gründen:

- 1. weil er dann Buße tun könnte für die Verbrechen des Großvaters und
- 2. weil katholische Pfarrer im Zölibat leben und damit das Böse im Blut dieser Familie ausgemerzt würde.

Hätte ich danach nicht gefragt, wäre ich dem nicht nachgegangen, hätte ich das alles nie erfahren. Es hat sich dann aber als Schlüsselszene für diese Behandlung erwiesen. Man sieht, daß Trau-

matisierungsprozesse im politischen Zusammenhang sich nicht auf Flüchtlinge oder ferne, unterentwickelte Länder beschränken, sondern auch mitten unter uns stattfinden, obwohl wir das häufig nicht wissen.

Am Lateinamerikanischen Institut für psychische Gesundheit und Menschenrechte (ILAS) arbeiten wir seit vielen Jahren mit den Opfern der politischen Verfolgung. In den letzten Jahren haben wir neben unseren Aktivitäten in Chile in zunehmendem Umfang auch damit begonnen, Kollegen in anderen Ländern zu beraten. Die Wörter »Extremtraumatisierung«, »Trauerprozeß« und »interkultureller Zusammenhang« kann man als Schlüsselwörter für unsere Arbeit begreifen. Als Extremtraumatisierung bezeichnen wir sequentielle traumatische Prozesse, die in Abhängigkeit von politischen Gewaltverhältnissen stattfinden. Sie sind individuell und sozial und immer kulturspezifisch. Traumatisierung in Chile ist nicht das gleiche wie Traumatisierung in Deutschland oder Traumatisierung in Angola oder in sonst irgendeinem Land, sondern Trauma, politische Traumatisierung kann überhaupt nur in dem jeweiligen Kontext, in dem sie stattfindet, verstanden werden. Natürlich gibt es übergreifende Erfahrungen und ähnliche Dinge, aber es handelt sich immer wieder um neu zu verstehende spezifische Kontexte, weil wir sonst nicht davon reden können, was den Menschen wirklich passiert. Es geht hier nicht um Ethnologie oder Trauerrituale im Busch. Vielmehr geht es darum, überall auf der Welt, wo mit traumatisierten Menschen gearbeitet wird, einen in-

terkulturellen Raum herzustellen, indem wir lernen, was diesen Menschen passiert, indem wir versuchen Behandlungsformen zu erfinden, und indem wir uns in die Lage versetzen, mit den Traumatisierungsprozessen und der notwendigen Thematik der Trauer in irgendeinem Umfang umzugehen.

Die Frage ist nun, wie man solchen Ansprüchen genügen kann. Auch im ILAS haben wir dafür keine endgültigen Antworten, aber wir haben Erfahrungen gesammelt, die möglicherweise mitteilenswert sind. Im folgenden möchte ich etwas genauer über unsere Arbeit in Angola berichten. Dabei geht es eben nicht nur darum zu schildern, was in Angola passiert, sondern wie sich der Kontakt zwischen ILAS und Angola entwickelt hat.

Unsere Tätigkeit in Angola begann damit, daß durch Vermittlung von medico international angolansische Kolleginnen und Kollegen ein Buch von uns gelesen haben, in dem wir u.a. auf PTSD geschimpft haben und unsere eigene Traumakonzeption vorstellten. Die Angolanerinnen und Angolaner meinten nun, diese Konzeption sei ihnen nützlich und baten uns daher um Beratung im Zusammenhang mit der Demobilisierung und geplanten Reintegration von Kindersoldaten.

Ich wußte ein bißchen über Angola aus früheren Zeiten: Schrecklicher Bürgerkrieg, seit der Unabhängigkeit geht es dort immer weiter mit dem Bürgerkrieg, rechte Guerilla (Unita), unterstützt durch Südafrika, Friedensprozeß schief gegangen 1992 durch mangelnde UNO-Intervention und jetzt noch mal. Das Allererste, was wir machten, war ziemlich lange über diese Anfrage im Team zu reden. Wir fragten uns, ob wir eine solche Reise nach Afrika antreten können und wollen. Aufgrund unserer eigenen Erfahrungen in Chile hatten wir großes Mißtrauen gegenüber externen Institutionen. Wir dachten, da als Trauma-Jet-Set nach Angola ein-

zufliegen und wieder weg, das können und wollen wir nicht. Wir dachten auch, wir haben Angst. Wir redeten darüber, daß es in Afrika (das hat uns auch unser Hausarzt bestätigt) nicht nur die Malaria gibt, sondern ganz schreckliche Formen der Malaria, an der man unmittelbar sterben kann. Wir fragten uns: Können wir überhaupt damit zurechtkommen, daß uns alles fremd ist? Die sprechen portugiesisch, wir sprechen spanisch; außerdem hatten sie die Kubaner so lange da. Vielleicht finden die ja diese ganze lateinamerikanische Geschichte mühselig. Wir haben also erst mal sehr gezögert. Dann haben wir aber doch gefunden, daß unter gewissen Voraussetzungen eine Arbeit sinnvoll sein könnte, allerdings nicht als kurzer Einsatz, sondern als längerfristiges Angebot, das erlaubt, das Land gut kennenzulernen, eine echte Zusammenarbeit aufzubauen. Ein zweites wichtiges Moment war für uns der feste Bezug zu einer kleinen Gruppe von Personen in Angola, die selbst die Arbeit im Lande machen würden, die Multiplikatorenarbeit. Daß wir also nicht den Massen predigen wollen, sondern eine kleine Gruppe gut kennenlernen wollen, der wir helfen, ihre Arbeit besser zu machen. Eine dritte, mitgeteilte Voraussetzung war, daß wir nicht dahin kommen, um zu predigen, sondern um mit ihnen gemeinsam zu lernen und auszuprobieren, ob sie vielleicht etwas von uns benutzen können. Unsere Grundhaltung war also: Ihr müßt eure Arbeit selbst erfinden, und was Trauma in Angola heißt, müßt ihr selber bestimmen und dabei wollen wir euch gerne helfen. Nun klingt eine solche Haltung aus der Distanz heraus sicher pädagogisch richtig. Sie ist aber im Konkreten sehr schwer durchzuhalten und auch für die um Beratung Bitenden zunächst etwas frustrierend. Schließlich hat man ja um Hilfe gebeten, weil man annimmt, daß die anderen besser wissen, wie man es machen muß.

Ausgangssituation einer solchen Arbeit ist also, daß die »Lehrer« nicht genug wissen und Hoffnungen auf die Kreativität der »Schüler« setzen, während diese einerseits auf einen fertigen Rezeptekatalog hoffen, sich dabei selbst für unwissend halten, und andererseits ein berechtigtes Mißtrauen gegenüber jeder externen Intervention hegen.

Ich bin dann ein erstes Mal im Februar 1996 zwei Wochen hingefahren, und war gebührend schockiert über die Verhältnisse dort. Ich kenne in ganz Lateinamerika, das ich relativ gut kenne, kein Land, wo es so furchtbar ist wie in Angola. Es ist kaputt. Die Regierung ist korrupt. Die Armut ist riesig. Es ist ein Land, in dem es mehr Minen gibt, als im ganzen zweiten Weltkrieg verwendet worden sind. Es ist ein Land, das reich sein könnte, in dem die Wirtschaft blühen könnte, weil es von seinen Ressourcen her atemberaubend ist. Es gibt Diamanten, es gibt Öl, es gibt eine wunderbare Landwirtschaft – und es ist ein Land, das vollkommen am Ende ist, so am Ende, wie man sich das gar nicht vorstellen kann. Und es ist ein Land, in dem alle Beteiligten so traumatisiert sind, daß es gar keinen Sinn hat, darüber nachzudenken, ob man dort Therapeuten ausbilden will, weil es von Anfang an vollkommen offensichtlich ist, daß man nicht ein ganzes Land auf die Couch legen kann. Außerdem sind ja alle direkt betroffen. Therapeuten und Patienten müßten sich also gemeinsam auf die Couch legen. Dementsprechend stellt sich die Frage der Traumabehandlung von Anfang an ganz anders in Angola, als z.B. bei uns in Chile, wo wir gewisse therapeutische Versorgungsstrukturen, zu Recht entwickelt und ausgebaut haben. Es ist auch nicht so, wie z. B. in Guatemala, wo die politische Repression Strukturen hatte, die vor allem darauf abzielte, die indianischen Communities kaputt zu kriegen, also gemeinhin Identität zu zerstören, weshalb

die therapeutische Arbeit dort sehr stark an den fragmentierten Gemeinden ansetzen muß.

Ich kam also in ein Land, wo die Zerstörung fast total ist. Die erste Aufgabe war, zusammen mit den angolansischen Kollegen, eine »Diagnose« (um im klinischen Jargon zu bleiben) zu machen. Die Grundfrage war: Was heißt Traumatisierung in eurem Land?

Eine solche »Diagnose« kann keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben, aber sie hat den Vorteil, daß in ihr unmittelbar der permanente Bezug zwischen individuellem und sozialem Prozeß deutlich wird, daß die soziale Wirklichkeit nicht als abgehobene Analyse sondern als lebendige Erfahrung spürbar wird. Folgende Elemente des Traumatisierungsprozesses in Angola wurden so herausgearbeitet:

■ 1. Die Kolonialherrschaft. – Ein Kollege berichtete davon, wie seinem Vater, der im anticolonialen Widerstand tätig gewesen war, von den Kolonialherren entdeckt und verhaftet wurde, um ihm dann schließlich als abschreckendes Beispiel vor den Augen seiner ganzen Familie den Kopf mit einer Säge abzusägen.

■ 2. Das Wiederaufflammen des Krieges 1992. – Damals war es im Rahmen der Intervention der UNO zu einem Waffenstillstand und zu Wahlen gekommen, die aber entgegen den Wünschen der USA von der Regierung gewonnen wurde, und dementsprechend begann der Krieg sofort von Neuem, härter und brutaler als vorher, wobei anzunehmen ist, daß die subjektive Wahrnehmung dieses Terrors um so schlimmer war, weil man noch kurz vorher geglaubt hatte, der Krieg wäre endgültig zu Ende. Ein Kollege berichtete davon, wie er in dieser Zeit selbst fast umgebracht worden wäre von Regierungstruppen, weil er physisch den Anhängern der UNITA ähnlich sähe.

■ 3. Das Mißtrauen zwischen den Angolanern. – Von Anfang an war das Miß-

trauen unter den Angolanern spürbar. Trotz meiner Verständnisschwierigkeiten war unter einer allgemein scheinbar freundlichen und herzlichen Atmosphäre immer eine gewisse Unsicherheit bemerkbar, eine Tendenz, genau das nicht zu sagen, was einem entsprechend des Gesprächsverlaufes auf der Zunge hätte liegen müssen. Insbesondere in einem Seminar, an dem Leute teilnahmen, die zum Teil zur Regierung und zum Teil zu UNITA gehörten, war dies deutlich sichtbar. Trotzdem wurde es zunächst von niemandem angesprochen. Als ich es dann schließlich tat, wurde die Idee zurückgewiesen, nur um mir dann nach einer längeren Diskussion in der Mittagspause, an der ich nicht teilnahm, mitzuteilen, daß das Mißtrauen tatsächlich existiere und sehr groß sei. Deutlich wurde hier vor allem die Angst vor neuer Aggression.

■ 4. Das Mißtrauen gegenüber den Ausländern. – Im gleichen Kontext wurde auch die spezielle Problematik in bezug auf Ausländer deutlich. Auf der einen Seite ist Angola nun schon seit vielen, vielen Jahren Spielball internationaler Interessen. In diesem Sinne muß auch dem solidarischste aller Ausländer berechneterweise mit hohem Mißtrauen begegnet werden. Auf der anderen Seite ist das Land inzwischen so zerstört, daß es ohne internationale Hilfe gar keine neuen Perspektiven entwickeln kann. Ausländer sind also eine Notwendigkeit, aber immer auch eine Wiederholung dessen, was den Terror überhaupt erst hat beginnen lassen. Natürlich habe ich diese Ambivalenz immer wieder an mir selbst zu spüren bekommen. Für das sich nach und nach entwickelnde Vertrauen war es notwendig immer wieder konkret zu bestätigen, daß ich nicht gekommen war, um zu lehren, bzw. zu befehlen, ebenso wie die Frustration der Kollegen auszuhalten, daß ich keine Rezepte anbieten konnte und wollte.

■ 5. Die Angst und Ohnmacht. – Ein weiteres Element der Traumatisierung war die dauernde Mischung aus Angst und Ohnmacht gegenüber dem gegenwärtigen Geschehen. Niemand will an den neuen Frieden wirklich glauben. Man will sich nicht nochmals falsche Illusionen machen. Außerdem bestätigt die Realität immer wieder, wie unsicher dieser Friedensprozeß ist. Niemand und nichts sind glaubhafte Autoritäten, und das Gewaltpotential ist unendlich hoch. Gegenüber diesen Verhältnissen fühlen sich die meisten völlig ohnmächtig. Immer wieder erlebte ich so Diskussionen der angolanischen Kolleginnen und Kollegen, wo sich der Teufelskreis zwischen Angst und Ohnmacht wiederholte: *»Wir wissen nicht was passieren wird, also lohnt es sich eigentlich gar nicht, etwas machen zu wollen. Am besten warten wir. Aber wenn wir warten, dann wird die Angst und Unsicherheit immer größer, werden wir immer abhängiger von gefährlichen Mächten.«*

■ 6. Die Schwierigkeit zu trauern. – Das Thema der Verluste und wie man mit ihnen umgeht, war von Anfang an sehr zentral. Es tauchte beim ersten Besuch im Anschluß an die Diskussion über Mißtrauen auf, und zwar als längere Beschreibung verschiedener Rituale, die bei Todesfällen in Angola Anwendung finden. Deutlich wurde dabei allerdings, wie wenig über dieses Thema bisher geredet worden war, wie stark angstbesetzt das Thema des allgegenwärtigen Todes ist. Erst beim zweiten Besuch in Angola im August 1996, als also bereits eine ziemlich stukturierte Beziehung zu den Angolanerinnen und Angolanern bestand, ich auch nicht mehr allein, sondern in Begleitung eines zweiten Mitgliedes des ILAS-Teams war, konnte dieses Thema genauer begriffen werden. Eine der angolanischen Kolleginnen, ich will sie hier Lucia nennen, sagte uns bei der ersten Gruppensitzung unseres zweiten Besuches

Rehabilitation von Minenopfern

Angola – Kriegszustand ohne Krieg

Angola ist das Land: In dem Krüppel eine Nicht-Mehr-Minderheit sind. Mit 10 Millionen Minen für 10 Millionen Angolaner. Luena ist die Stadt: Eingeschnürt vom tödlichen Gürtel der Minen. Früher Schauplatz heftigster Kämpfe. Mit 100.000 Einwohnern plus 100.000 Flüchtlingen. Davon 16.000 Kriegsbehinderte.



Foto: Leon Maresch

Das Ereignis am erklärten Ende eines Krieges: die Geberkonferenz. In Brüssel, September 1995. Die blutigen Vertreter der Kriegsparteien Angolas reichen sich die Hand. 500 Vertreter aus den Geberländern, aus Industrie und Internationalen Organisationen. Das Land wird vermessen, neu auf- und eingeteilt. Künftiger Gewinn wird hochgerechnet. Auf Dauer wenig profitable Zonen verworfen. Die Geber geben nichts auf bloße Armut. Die angolanischen Regionen mit Diamanten und Öl, Hauptstadt und Küstenteile haben Vorrang. Der große Rest des Landes wird einfach übersehen.

Zum Beispiel die Stadt Luena. Hier liegt das neue medico-Projekt. Jenseits von bloßer Nothilfe, wie sie bis jetzt dort gilt, soll eine Perspektive eröffnet werden. Minenräumung und Minenaufklärung, das Einrichten einer Prothesenwerkstatt, Kurse zur Berufsausbildung. Die Stärkung der Selbstorganisation von Behinderten und die Unterstützung von Flüchtlingen bei ihrer Rückkehr.

Bitte fordern Sie weitere Informationen an.

B O N

Bitte schicken Sie mir kostenloses Infomaterial über das medico-Projekt in Luena und Hintergrundinformationen.

Name: _____

Adresse: _____

medico international

Obermainanlage 7 · 60314 Frankfurt · Tel: 069 94438-0 · Fax: 069 436002

eMail: medico_international@t-online.de • <http://home.t-online.de/home/medico.de>

Spendenkonto: **Stichwort »Angola«**

1800 Frankfurter Sparkasse (BLZ 500 502 01)

6999-508 Postbank Köln (BLZ 370 100 50)

medico
international

folgendes: »Wißt ihr, ich habe früher immer gedacht, daß eigentlich nur Feiglinge weinen. Nun habt ihr da eure Trauertheorien. Ich hab auch euer Zeugs gelesen, und ich habe in den letzten Monaten meinen privaten Trauerprozeß begonnen. Aber ich bin mir immer noch nicht sicher, ob das eigentlich gut ist. Weil im Zweifelsfalle tut weinen eigentlich doch mehr weh, als ich mir das wünschen würde.«

Als wir dann zu der konkreten Supervision der Arbeitssituationen kamen, das angolische Team hatte inzwischen acht neue Teams im Lande gegründet, schilderte Lucia eine Problemsituation, in der sie mit einer Gruppe über Trauma redet, über Folgen des Krieges, und im Gespräch eine Frau plötzlich anfängt zu weinen, und zwar nicht zu weinen auf so eine angenehme Art und Weise, sondern zu weinen auf so eine depressive Art und Weise, so eine Art, wo man nur das Gefühl hat, es sei eine Wunde offen, aber es gibt nichts zu trösten. Sie beschrieb, wie sie die Frau versucht anzusprechen, und die Frau reagiert nicht, redet nicht, sondern weint nur, kann auch nichts über ihr Weinen sagen, wie sie, die Kollegin Lucia, das Gefühl hat, ganz stark zu versagen, daß sie eben nichts ordentlich weiß und daß es wahrscheinlich ein Fehler war überhaupt, die Gruppe sich so offen und unkontrolliert äußern zu lassen. Lucia sagte, daß sie sich sehr hilflos gefühlt hatte, und daß die Frau sich schließlich selbst unter Kontrolle bekam, ins Schweigen verfiel und dann ein anderer weiterredete. Wir redeten dann darüber in der Gruppe. Es war sichtbar, daß Lucia einerseits über eine Frau in einer Community redete, die diese Trauer gezeigt hatte, aber gleichzeitig redete sie auch über sich selber und ihren eigenen komplizierten Prozeß, der im Moment abläuft.

Meine Kollegin und ich hatten beide das Gefühl, daß Lucia uns auf eine komplizierte Art und Weise bat, uns mit ihrer

persönlichen Geschichte auseinanderzusetzen. Wir hatten aber auch den Eindruck, daß wenn wir sie jetzt nach ihrer Geschichte fragen, wird sie erzählen, aber es ist wie eine Vergewaltigung. Jedoch wenn wir sie nicht danach fragen, ist es auch kompliziert. Wir entschlossen uns dann erstmal, relativ technisch darüber zu reden, was da passiert war und arbeiteten mit der Gruppe aus, daß diese Frau, die geweint hatte, das ausgedrückt hatte, was in der ganzen Gruppe präsent war und daß es der Therapeutin offensichtlich in dem Moment nicht gelungen war, die Wunde in der ganzen Gruppe zu sehen, sondern sie nur die einzelne Frau sah. Wir sagten dazu, daß wir fänden, es gäbe auch Wunden, die man einfach anerkennen könne. Man müsse es nicht gleich lösen. Und in diesem Falle ginge es vielleicht auch darum, zu akzeptieren, daß ein solches Stück Trauer auftaucht, obwohl man sie nicht gleich versteht. Dann ging das Gespräch weiter und irgendwann im Gespräch sagte einer der Kollegen der Kollegin Lucia, daß sie doch eigentlich eine gute Therapeutin sei, der es immer schwer fiel zu akzeptieren, daß sie ihre Arbeit gut machen würde.

Als das der Kollege sagte, brach die Kollegin Lucia in Tränen aus und weinte herzzerbrechend, und uns ging es ganz genauso wie ihr in bezug auf ihre Gruppe in der Community. Wir hielten uns aber an unsere eigenen Anweisungen und sagten nur, daß wir es erlaubt fänden, daß sie weine und daß wir nicht fänden, sie müsse uns erklären warum. Wir arbeiteten dann den ganzen Nachmittag mit dieser gleichen Gruppe mit Rollenspielen über Trauerprozesse, also über Verluste in Familien usw. Und die Kollegin Lucia hat dabei sehr gut mitgearbeitet. Kurz vor Schluß sagte sie dann: »Ich möchte euch doch gerne noch ein bißchen was sagen, ich möchte euch sagen, daß mein privater Trauerprozeß, der hier irgendwie zum

Durchbruch gekommen ist, etwas damit zu tun hat, daß mir in letzter Zeit starke Erinnerungen über eigene Mißbrauchserfahrungen hochgekommen sind, und ich daran knabbere und arbeite. Mehr will ich darüber nicht sagen, aber es ist mir wichtig, daß ihr in der Gruppe wißt, daß es einen Zusammenhang gibt, den ich jetzt verstehen kann.«

Ich habe so ausführlich von der Dynamik, mit der wir diesem letzten traumatischen Element näher gekommen sind, erzählt, weil hier nicht nur erneut der Zusammenhang zwischen individuellem und sozialem Prozeß deutlich wird, die Tatsache, daß in Angola alle traumatisiert sind, sondern auch weil verständlich wird, wie bereits in der »Diagnose« Prozesse stattfinden, die uns der Frage nach der »Behandlung« annähern. Ich bin nicht der Therapeut der Kollegin Lucia, aber wenn ich mit Lucia arbeite, dann muß ich davon ausgehen, daß diese traumatische Geschichte zum Tragen kommt. Ich muß mich fragen: Was ist der Raum, was ist das Setting, von dem ich glaube, daß es dieses Trauma, im Sinne Winnicotts, »halten« kann?

In diesem Falle in Angola, haben wir uns ein Setting ausgedacht, wo wir mit einer festen Gruppe alle drei Monate arbeiten. Wir haben uns ein Setting ausgedacht, in dem wir anfangen, etwas Portugiesisch zu lernen, und in dem wir sehr vorsichtig begonnen haben, uns den lokalen Problemen anzunähern. Wir haben gemerkt, daß das Wichtigste die Anerkennung unseres Gegenübers ist. Es geht nicht darum, daß wir da nun jetzt bedeutende Rituale erfinden, damit die Angolaner, all die Toten, die sich dort akkumuliert haben, betrauern können. Vielmehr geht es darum, daß wir Vertrauen haben müssen in die Fähigkeit der Gruppe selbst Strukturen zu entwickeln. Wir wollen solche Strukturen mit ihnen suchen. Wir haben versucht, nicht auszunutzen, und wir

haben versucht, deutlich zu machen, wie sehr wir anerkennen, was die Kollegen mit ihren dort sehr schwierigen Bedingungen machen. Ich denke, wir haben Glück gehabt. Es hat sich in diesem Fall ein Prozeß begonnen zu entwickeln, den wir als sehr positiv einschätzen und von dem ich nun einen kleinen Ausschnitt erzählt habe. Es ging mir aber nicht so sehr um den Erfolg, denn es hätte auch als Mißerfolg ausgehen können. Es ging mir hier mehr darum, einmal aus einem ganz untherapeutischen oder doch nicht sehr ganz klar therapeutischen Zusammenhang zu versuchen nahezubringen, daß für uns Therapie, therapeutische Arbeit im Wesentlichen ein sehr vorsichtiges Suchen nach der Kontaktaufnahme und einer Anerkennung der eigenen Fremdheit ist. Wenn es gelingt, die eigene Fremdheit, die eigene Nichtneutralität, die eigene Befangenheit offenzulegen, dann kann es manchmal zu Kontakten kommen, die vertrauensvoll genug sind, um das Unausprechbare sprechbar zu machen.

Dabei geht es dann weniger darum, den einzelnen Patienten gesund zu machen, als vielmehr um die Frage, wieviel Krankheit wir im gesellschaftlichen Raum aushalten können? Wie pervers müssen die Situationen geworden sein, daß Psychotherapie zum ersten sozialen Ort wird, an dem individuelle Krankheit wieder sozial wird? Wie bewußt müssen wir über diese Sache sein? Und schaffen wir es dabei, ein Stück Bindung herzustellen, wo erste Ansätze zu einer Symbolisierung stattfinden können?

In Angola ist das Problem von Anfang an nicht auf einen typisch therapeutischen Raum beschränkt. Schließlich ist es ja, wie bereits gesagt, von Anfang an völliger Unsinn, ein ganzes Volk therapieren zu wollen. Unsere Arbeit in Angola zielt also nicht auf Therapien ab, sondern auf das Schaffen von Räumen, in denen die Subjekte ihrer Sprache wiederfinden kön-

nen, beginnen können über sich zu reden. Wir machen das mit einer kleinen Gruppe von Leuten, diese aber wiederum praktizieren das mit vielen anderen Gruppen, die es wiederum direkt in der Community praktizieren. In diesem Prozeß wird hoffentlich nach und nach eine »Therapie« von Angolanerinnen und Angolanern für Angolanerinnen und Angolaner erfunden.

* Der vorliegende Text ist eine Bearbeitung von Vorträgen, die der Autor unter dem Titel »Trauerprozesse und Traumaverarbeitung im interkulturellen Zusammenhang« im Oktober und Dezember 1996 in Bern und München unter dem oben genannten Titel gehalten hat.

[Faded bleed-through text from the reverse side of the page, mostly illegible.]

Refugio München

Protokoll einer Abschiebung

Die psychosozialen Beratungszentren für Flüchtlinge in Deutschland bieten Therapien und Beratung für Flüchtlinge an, die sich in schweren psychischen Krisen befinden. Viele Flüchtlinge haben durch Folter, Krieg und Verfolgung schwere Traumatisierungen erlitten. Seit der Änderung des Asylrechts von 1993 stellen Folter und andere extrem traumatisierende Erfahrungen keine Asylgründe mehr dar. Nach Antragsstellung werden Flüchtlinge im Asylverfahren quasi verhört. Gelingt es einem Flüchtling in diesem »Gespräch« nicht, den Ansprüchen der Behörde nach Detailtreue und Widerspruchsfreiheit der Aussagen zu genügen, zum Beispiel aufgrund traumatischer Erfahrungen, droht ihm die Abschiebung, oft nach einem längeren Aufenthalt im Abschiebegefängnis.

Das psychosoziale Behandlungszentrum Refugio in München hat einen Bericht über eine Familie protokolliert, den wir hier, leicht gekürzt, dokumentieren. Danach folgt der von der Gruppe S.A.G.A. (Südbadisches Aktionsbündnis gegen Abschiebung) in der Broschüre »Leben hinter Zäunen und Stacheldraht« publizierte Auszug aus einem Anhörungsprotokoll des Bundesamtes für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge. (die Red.)

Ein Jahr Begleitung der Familie Simsek

Fariz (30), Sahize (20), Bilal (5), Leyla (3 1/2)

Fariz Simsek wurde in seiner Heimatstadt Batman verfolgt, bedroht und mehrmals

festgenommen, weil er sich für mehr Rechte für Kurdinnen und Kurden einsetzte. Deshalb mußte er 1989 nach Istanbul umsiedeln. Bei einem Besuch in seiner Heimat wurden bei einer Polizeikontrolle in seinem Auto Kassetten mit kurdischer Musik und Zeitungen gefunden. Am 30.12.1990 wurde er inhaftiert und zehn Tage lang gefoltert – seine 15-jährige hochschwangere Frau Sahize wurde bei einer Hausdurchsuchung schwer geschlagen. Sie wußte nichts über den Verbleib ihres Mannes, als sie dann am zweiten Tag seines Gefängnisaufenthaltes ihr erstes Kind Bilal zur Welt brachte. Nach seiner Freilassung aus dem Gefängnis Mitte Januar 1991 lebte Fariz versteckt, während Sahize Simsek weiter bedroht und mißhandelt wurde, weil ihr Mann nicht auffindbar war. In dieser Auswegslosigkeit entschloß sich das Ehepaar zur Flucht nach Deutschland, wo am zweiten Tag nach der Ankunft am 14. Mai 1991 die Tochter Leyla zur Welt kam. – Der 16 Monate alte Bilal blieb für einige Zeit noch bei der Großmutter in der Türkei zurück.

Stationen in Deutschland – über zwei Jahre Unterbringung in acht verschiedenen Asylunterkünften an verschiedenen Orten.

- ab 9.4.1994 Untersuchungshaft in der JVA Augsburg wegen Teilnahme an der zuvor kurzfristig verbotenen Newroz-Feier vor der Dampfbläserhalle in Augsburg.
- 14.4.1994: Bescheid über die Ablehnung des Asylgesuches als »offensichtlich unbegründet« wegen angeblich gefälschter Dokumente, deren Echtheit durch die

deutsche Botschaft in Ankara am 27. Januar 1995 bestätigt wurde.

■ Umwandlung der Untersuchungshaft in Abschiebehaft; insgesamt Haft von neun Monaten und 22 Tagen.

■ Ablehnung weiterer Gerichtsverfahren.

■ 23.11.1994 Untersuchung von Bilal Simsek in Refugio München wegen Entwicklungsrückstand, schweren Verhaltens- und Eßstörungen.

■ Dezember 1994: Mitteilung an Refugio München über Suizidalität und nachgewiesenen Folterschäden von Fariz Simsek durch behandelnde Ärztin der JVA Augsburg.

■ 23.12.1994: Umverlegung in JVA Stadelheim mit Absicht der Abschiebung am 27.12.1994, zur Zeit des bundesweiten Abschiebestopps (ohne Information und Wissen der behandelnden Ärztin in der JVA Augsburg, bei Suizidalität und ohne Information der Ehefrau Sahize Simsek).

■ 25. und 26.12.1995: Versuch eines Besuchs von Fariz Simsek in der JVA Stadelheim durch ärztliche Mitarbeiterin von Refugio München (keine Besuchsmöglichkeit, keine Hilfe durch Ärzte der JVA).

■ 27.12.1994, 8 Uhr: wiederum keine Möglichkeit, Fariz Simsek zu untersuchen. der »count down« zur Abschiebung läuft.

■ 27.12.1994: Erster Abschiebeversuch in Handschellen auf dem Flughafen (als »Straftäter«, ohne rechtskräftiges Urteil). Verhinderung der Abschiebung durch Folgeantrag in letzter Minute.

■ 28.12.1994: Besuch von Fariz Simsek durch ärztliche Mitarbeiterin von Refugio: schwere Depression mit akuter Suizidalität, Angstsymptomatik, posttraumatische Belastungsstörung. Petitionsantrag beim Bayerischen Landtag.

■ 5.1.1995: zurück in JVA Augsburg zur medizinischen Behandlung.

■ 31.1.1995: zweiter Abschiebeversuch erneut in Handschellen auf dem

Münchner Flughafen. 30 Minuten vor Abflug: Stopp der Abschiebung durch BVG Karlsruhe wegen akuter Suizidgefahr.

■ 2.2.1995: Ende der Abschiebehaft von 6 Monaten, erneut geforderte Abschiebehaft wurde durch Richter abgelehnt.

■ 2.2.1995: psychiatrische Untersuchung mit Ziel der Verwahrung in einem Bezirkskrankenhaus wegen »akuter« Suizidgefahr (zuvor durch JVA-Ärztin und Refugio München bescheinigte Suizidalität kein Abschiebehindernis) – nun bestand offensichtlich Interesse, Fariz Simsek zu »verwahren«.

■ ab 2.1.1995: Fariz Simsek erstmals wieder »auf freiem Fuß«.

■ seitdem weiter absolut unsicherer Aufenthaltsstatus mit ständiger Gefahr eines erneuten Abschiebeversuches.

■ Befristete Aufenthaltsgenehmigung für jeweils vier bis acht Tage, ständige Kontrollen in der Unterkunft, »ob er noch da sei«, ob er nicht eventuell »illegal« arbeite.

■ anonyme Drohbriefe.

■ 31.3.1995: geplanter dritter Abschiebeversuch. Fariz Simsek entzieht sich diesem durch Untertauchen am 29.3.1995.

■ 31.3.1995: 6 Uhr morgens: Aufbrechen der Tür der Unterkunft zum Zwecke der Inhaftierung von Fariz Simsek. Sahize Simsek hält sich dort allein auf, die Kinder sind vom 28.2. bis 21.4.1995 in der Kinderklinik Josefinum, Augsburg, wegen »Dystrophie, massiver psychogener Eßstörung, psychomotorischer und psychosozialer Entwicklungsretardierung«.

■ 28.4.1995: Abschiebung der restlichen Familie Simsek: Sahize, Bilal und Leyla vorgesehen.

■ 29.4.1995: Aufnahme der Mutter mit den beiden Kindern ins Kirchenasyl in St. Raphael, Steppach bei Augsburg.

■ 28.6.1995: Petitionsausschuß des Bayerischen Landtags: Ablehnung der Duldung.

■ 20.7.1995: Landtagsdebatte zum Bleiberecht von Kurdinnen und Kurden aufgrund von 200 Eingaben: abgelehnt. Zur gleichen Zeit Abschiebung von Sahize, Bilal und Leyla vorgesehen, Observierung des Kirchenasyls.

■ 10.8.1995: Abschiebehaftantrag »für Sahize, Bilal und Leyla ab dem Zeitpunkt des Aufgreifens der Betroffenen«.

■ 28.9.1995: Antrag auf Abschiebehaft für die Kleinkinder Bilal und Leyla (drei und vier Jahre) durch Landratsamt Augsburg: »ist verhältnismäßig«.

■ 30.10.1995: Gerichtsurteil für Fariz Simsek (zur Demo anlässlich des Newrozfestes): Freiheitsstrafe von neun Monaten auf Bewährung wegen Nötigung und

Landfriedensbruch, Beweisaufnahme: »Fariz Simsek hat keine Gewalttaten begangen«.

■ 20.12.1995: Sahize, Bilal und Leyla finden nach acht Monaten in St. Raphael zusammen mit Fariz Simsek Aufnahme in den Niederlanden.

Vor kurzem wurde dort Familie Simsek vom Justizministerium eine unbeschränkte Aufenthaltsgenehmigung erteilt.

Zusätzlich zu den Trauma- und Foltererfahrungen erlitten alle Mitglieder der Familie Simsek in Deutschland Retraumatisierungen durch ständige Unsicherheit, erfuhren Unerwünschtsein und durchlebten wiederholt Todesangst.

Auszüge aus einem Protokoll des Bundesamtes:

Anhörer:	Herr Grothe
Anhörungsbeginn:	08.00 Uhr
Anhörungsende:	09.15 Uhr
Rückübersetzungsbeginn:	09.15 Uhr
Rückübersetzungsende:	09.35 Uhr
geschlossen:	Grothe

Für die Richtigkeit der Übersetzung vom Tonträger
Woelky

F.: Bitte geben Sie Ihre Asylgründe an; hier besteht nicht die Möglichkeit, in aller Breite eine Lebensgeschichte darzulegen.

A.: Als ich in ... lebte, im Jahre 1994, war der Druck des Staates sehr groß. Ich war dem besonders ausgesetzt, weil ich der älteste in unserer Familie bin. Die Sonderheiten und die MIT-Angehörigen unterdrückten mich und schlugen mich.

F.: Wann sind Sie geschlagen worden?

A.: Am 12.09.94.

F.: Können Sie das etwas näher darlegen?

A.: Die Sondereinheiten kamen zu mir ins Dorf und sagten, daß wir entweder Dorfschützer werden sollten oder das Dorf verlassen sollten. Sie warfen uns vor, daß wir Kurden und Aleviten wären und warum wir nicht Dorfschützer werden wollten. Dann haben sie uns geschlagen.

F.: Wieviele Schläge haben Sie persönlich erhalten?

A.: Dies geschah ziemlich oft, fast jeden Tag.

F.: Nochmals, wieviel Schläge haben Sie persönlich erhalten?

A.: Das weiß ich nicht, unter anderem haben sie mich mit dem Gewehrkolben geschlagen.

Vorhalt: Sie haben ein konkretes Datum für diese Schläge angegeben; im Gegensatz dazu haben Sie nachher gesagt, daß Sie fast täglich geschlagen worden seien, daß Sie nicht wüßten, wieviele Schläge Sie erhalten hätten und daß Sie »unter anderem« mit einem Gewehrkolben geschlagen worden seien. Wenn Sie nicht näher angeben können, was an diesem 12.09.1994 geschehen ist, so muß Ihre Aussage als ungenau gewertet werden.

Antwort: Dieses Datum hat eine Besonderheit; an diesem Tag wurden unsere Leute verbrannt. Dazu habe ich Unterlagen dabei, nämlich Zeitungsberichte.

F.: Nochmals, sind Sie nicht in der Lage, meine vorher gestellte Frage nach den Schlägen zu beantworten?

A.: Wie soll ich diese Frage beantworten. Ich war unter Druck und in Streß und habe mir nicht gemerkt, wieviele Schläge ich bekommen habe.

F.: Womit wurden Sie geschlagen, und wohin wurden Sie geschlagen?

A.: Mit dem Gewehrkolben auf die Schulter und mit der Faust ins Gesicht. Ich fiel dann zu Boden. Wir sind dann nach Istanbul umgezogen, und dort war die Situation auch nicht anders als im Dorf. Dort haben wir denselben Druck zu spüren bekommen und man sagte uns ebenfalls, daß wir Kurden und Aleviten wären.

F.: Wo befand sich das Café, in dem Sie arbeiteten?

A.: In der Nähe unseres Hauses in Istanbul. Am 13.03.95 habe ich an Demonstrationen teilgenommen, die sich gegen die Vorfälle in Gazi gerichtet haben. Bei dieser Gelegenheit gab es einen Zusammenstoß mit der Polizei, wobei ich an der Augenbraue eine Verletzung erlitten habe.

F.: Haben Sie als einfacher Demonstrant teilgenommen, oder waren Sie mit der Organisation der Demonstration befaßt?

A.: Als einfacher Demonstrant.

F.: War diese Demonstration genehmigt?

A.: Es war eine nicht genehmigte Demonstration. Auf der Flucht sah ich, wie ein Zivilpolizist jemanden neben mir mit der Waffe erschoss. Insgesamt gab es 7 Tote und viele Verletzte und viele Festgenommene. Am 15.03.95 kamen Zivilpolizisten zu mir nach Hause und haben mich beschimpft und geschlagen. Sie warfen mir vor, daß ich Terrorist und PKK-Angehöriger sei. Sie brachten mich zum Revier der politischen Polizei. Dort wurde ich verhört und gefoltert und bekam Stromschläge.

F.: Wie lange sind Sie insgesamt festgehalten worden?

A.: Drei Stunden.

F.: Können Sie den Ablauf bitte ausführlich und in Einzelheiten schildern?

A.: Sie sagten, ich sei Terrorist und ich hätte der PKK geholfen und das hätte ich im Dorf gemacht und würde es jetzt weitermachen. Dann beschimpften sie mich und sagten, du Hurensohn, sag jetzt alles. Dann haben sie mich ständig geschlagen und unter Strom gesetzt. Dann sagten sie, ich sei an diesen Vorfällen beteiligt gewesen und aus Mangel an Beweisen haben sie mich dann freigelassen. Ich kehrte dann nach Hause zurück und es gab dann ein paar mal Kontrollen zu Hause. Auch bei anderen Kontrollen werde ich einfach mitgenommen, wenn sie am Ausweis sehen, daß ich aus Tunceli stamme. Ich habe einmal versucht, eine Arbeit aufzunehmen, und ich wurde abgewiesen, weil ich Kurde und Alevit war.

F.: Können Sie bitte die Folter ausführlich und in Einzelheiten schildern?

A.: Das habe ich vorgetragen. Ich bekam Stromstöße, und ich wurde geschlagen.

F.: Können Sie bitte die Art und Weise, wie Sie Stromstöße bekamen und geschlagen wurden, ausführlich und in Einzelheiten schildern.

A.: Ich saß auf einem Stuhl und der war mit Kabeln verbunden und dann drückten sie auf einen Knopf und ich bekam Strom und zitterte. Dann wurde ich mit Gummiknüppeln auf meine Fußsohlen geschlagen.

Vorhalt: Ich habe Sie jetzt mehrfach aufgefordert, die Vorgehensweise bei der Folter ausführlich und in Einzelheiten zu schildern. Sie haben lediglich gesagt, daß Sie auf einem Stuhl gesessen hätten und Strom durchgeleitet worden sei. Wenn Sie dies nicht näher darlegen können, so muß ich an Ihren Angaben zweifeln.

Antwort: Ich sage jetzt auch die Einzelheiten. Sie haben mir Strom gegeben, auf die Fußsohlen geschlagen und dann wurde mir auch ein Nagel aus dem Fußzehen gezogen.

F.: Um eine Nagel aus dem Fußzehen zu ziehen, mußte zunächst der Schuh ausgezogen werden. Solche und ähnliche Einzelheiten haben Sie nicht vorgetragen, trotz mehrfacher Aufforderung. Zum letzten Mal, können Sie den Ablauf der Folter, also die drei Stunden auf jener Polizeiwache, ausführlich und in Einzelheiten nachvollziehbar schildern?

A.: Das ist klar, daß man da die Schuhe und die Strümpfe auszieht. Wie schon gesagt wurde ich in diesen drei Stunden gefoltert. Wir sind in diesen Raum hineingegangen und sie haben mich auf diesen Stuhl gesetzt. Sie haben gefragt, warum ich hierher gekommen sei, ich würde aus dem Osten stammen. Dann sagte ich, daß die ganze Bevölkerung im Raume Dersim unter Druck stehen würde und zum Teil gefoltert würde. Und viele Häuser verbrannt worden seien und viele hierher umgezogen seien. Ich sei dazu gezwungen worden, unsere Heimat zu verlassen.

F.: Nochmals, den Ablauf der Folter möchte ich wissen, nicht in aller Ausführlichkeit was nun wer gesagt hat.

Antwort: Ich saß auf diesem Stuhl und nach Aufforderung mußte ich Schuhe und Socken ausziehen.

F.: Können Sie den Stuhl beschreiben?

A.: Ich weiß nicht genau, mit Elektrizität, aber aus Holz. Dann haben Sie mir mit der Hand ins Gesicht geschlagen.

F.: Was meinen Sie mit »Elektrizität«?

A.: Wie soll ich das beantworten, ich bin kein Polizist und kein Folterer. Wie sie das gemacht haben, weiß ich nicht. Sie haben mich dann auf die Fußsohle geschlagen.

F.: Während Sie auf dem Stuhl saßen?

A.: Ich lag auf dem Boden. Ich könnte es Ihnen jetzt zeigen, mein Zehennagel wurde mir gezogen. Sie hatten ja keine Beweise, deswegen mußten sie mich nach drei Stunden freilassen. Ich kehrte dann nach Hause zurück. Ich habe dann beschlossen auszureisen.

F.: Als was haben Sie zu diesem Zeitpunkt gearbeitet?

A.: Zu diesem Zeitpunkt habe ich nicht gearbeitet.

F.: Waren Sie nicht mehr Kellner im Café Ihres Vaters?

A.: Nein, nicht mehr.

F.: Warum nicht?

A.: Aus Angst vor der Polizei.

F.: Ist Ihnen danach noch etwas seitens der Staatsgewalt zugestoßen?

A.: Meinen Vater haben sie einige Male nach mir gefragt.

F.: Ist Ihnen etwas zugestoßen, ja oder nein?

A.: Nein.

F.: Sind damit Ihre Asylgründe genannt, oder haben Sie noch etwas hinzuzufügen?

A.: Ich habe noch einige Unterlagen, Zeitungsberichte.

F.: Handeln diese Zeitungsberichte von der Vertreibung aus dem Dorf im Jahre 1994?

A.: Ja.

Vorhalt: Sie sind von der Polizei freigelassen worden, weil keine Beweise gegen Sie vorgelegen haben; weshalb meinen Sie dann, daß Sie etwas von der Polizei zu befürchten hätten?

Antwort: Allein deshalb, weil ich Kurde und Alevit bin, stand ich unter Beobachtung.

Vorhalt: Trotz dieser »Beobachtung« ist Ihnen zwischen März 1995 und Ihrer Ausreise im Dezember 1995 nichts zugestoßen; weshalb sollte Ihnen jetzt also bei Ihrer Rückkehr etwas geschehen?

A.: Wenn ich jetzt zurückkehren würde, würde ich festgenommen werden, getötet werden, und meine Leiche würde irgendwohin geworfen werden.

Das Anhörungsprotokoll wurde dem Antragsteller nach Diktat auf den Tonträger von dem anwesenden Dolmetscher in die türkische Sprache rückübersetzt und vom Antragsteller in übersetzter Form genehmigt. Der Antragsteller hat sich einverstanden erklärt, daß ihm eine Abschrift des Protokolls zugesandt wird. Eine Genehmigung liegt dem Anhörungsprotokoll bei.

medico-Projekte 1992-1997

El Salvador

ACISAM (Asociación de Capacitación e Investigación para la Salud Mental) Multiplikator/-innen wurden durch Mitglieder des Equipo Internacionalista, Marie Langer aus Mexiko, für gemeinwesenorientierte Salud Mental-Aktivitäten ausgebildet.

Nicaragua

CAPS

(Centro de Atención Psico-Social) Es wird versucht, in Anlehnung an Gesundheitsdienste eine basisnahe psychosoziale Betreuung mit Einzelberatungen, Familiengesprächen und Gruppentherapien aufzubauen.

HEODRA

(Hospital Escuela Dr. O. D. Rosales) Medico unterstützt das Programm »niño acompañado«, in dem Familienangehörigen, auch finanziell, ermöglicht wird, die Kinder während ihres Krankenhausaufenthaltes zu begleiten. Es wurde auch eine »Spielecke« eingerichtet und die Voraussetzungen für eine hochspezifische Diagnostik und Behandlung geschaffen.

Chile

ILAS (Instituto Latinoamericano de Salud Mental y Derechos Humanos) Für Extremtraumatisierte wird eine psychoanalytische Behandlung in Einzel-, Familien- und Gruppentherapien angeboten.

CODEPU

(Comite de Defensa de los Derechos del Pueblo)

Mit Opfern der Repression und ihren Angehörigen wurden systemisch orientierte Familientherapien durchgeführt.

In der Region Maule wurde versucht, durch juristische und psychologische Beratung von Opfern der Repression, durch Recherchetätigkeit die Aufarbeitung von Menschenrechtsverletzungen zu unterstützen.

In einem umfassenden Menschenrechtsprogramm für die Förderung der neuen Demokratie setzt sich CODEPU für die Förderung der Menschenrechte ein. Dazu zählen psychologischer und juristischer Beistand, die Anklage und Verfolgung von Menschenrechtsverletzungen, Aufklärung und Ausbildung, Gespräche mit Politikerinnen und Politikern und natürlich die Erarbeitung entsprechender Grundlagen.

Chile, Argentinien, Guatemala, El Salvador

In der *Vier-Länder-Studie* werden die Auswirkungen staatlicher Gewalt auf Kinder und Jugendliche in vier Ländern Lateinamerikas untersucht. Eine gemeinsame Recherche, der Austausch, die Entwicklung von Konzepten für unabhängige Gesundheitseinrichtungen in den verschiedenen Ländern sind Bestandteile dieser Studie.

medico-Projekte 1992-1997

Mosambik

Der Projektpartner AMOSAPU widmet sich der psychosozialen Betreuung kriegstraumatisierter Kinder und Jugendlicher, insbesondere ehemaliger Kinder-Soldaten, in der ländlichen Gemeinde »Ilha Josina Machel«.

Namibia

Women's Solidarity führt Beratung und Hilfe bei Gewalt gegen Frauen durch und ist an einem Erfahrungsaustausch zwischen verschiedenen Frauenhäusern im südlichen Afrika beteiligt.

Südafrika

Das Media Peace Centre organisiert ein Journalistenseminar zum Thema Wahrheit, Versöhnung und Medien, zur Untersuchung der Rolle der Medien bei der Begleitung der »Truth and Reconciliation Commission«.

Süd-Süd-Austausch Angola - Chile

Ein Programm zur Demobilisierung und Wiedereingliederung von Kindsoldaten in Angola wurde unterstützt, sowie auch Workshops zum Thema Traumatisierung mit ILAS-Mitarbeiter/-innen aus Chile.

Süd-Süd-Austausch Türkei/Kurdisten - Chile

Ebenfalls durch ILAS-Mitarbeiter/-innen wurde eine Evaluierung und Beratung bei der Konzeptionsentwicklung für ein Behandlungszentrum für Folteropfer durchgeführt.

Flucht/Asyl in Deutschland

Die Jahrestagung der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge wird finanziell unterstützt.

Medico fördert auch die Arbeit der Forschungsstelle für Flucht und Migration in Berlin.

medico-Spendenkonto
Stichwort »Salud Mental«:
1800 Frankfurter Sparkasse
(BLZ 500 502 01)
6999-508 Postbank Köln
(BLZ 370 100 50)

medico

international
Obermainanlage 7 | D-60314 Frankfurt/M
Tel. 069 94438-0 | Fax: 069 436002

Alle reden vom »Trauma«. Ganze Kontinente und Bevölkerungen gelten als »traumatisiert«. Rita Süßmuth verlangt sogar eine »schnelle Eingreiftruppe Seele«. Die gescheiterte Entwicklungshilfe erlebt ihre Metamorphose in Traumatherapie. Da die Beseitigung der materiellen Not sich als unlösbar erwiesen hat, geht es nun um die »innere Einstellung«. In einer vollends schrecklichen Welt gilt die Teilnahme am beschädigten Leben nunmehr als »normal«.

Mit Beiträgen von David Becker (Lateinamerikanisches Institut für Psychische Gesundheit und Menschenrechte, Santiago de Chile), Derek Summerfield (Medical Foundation for the Care of Victims of Torture, London), Françoise Sironi (Primo-Levi-Zentrum für die Behandlung von Folteropfern, Paris), Andy Dawes und Alicia Honwana (Universität Kapstadt), Efraime Boia Junior (Psychiater der Mosambikanischen Vereinigung für Öffentliche Gesundheit, AMOSAPU).

medico

international

ISSN 1430-9696

ISBN 3-923363-26-5 - 10 DM

»SEELE«

**Schnelle
Eingreif-
truppe**

auf dem Weg in die therapeutische Weltgesellschaft

Texte für eine kritische »Trauma-Arbeit«