

# Trauerprozesse und Traumaverarbeitung im interkulturellen Zusammenhang \*

*David Becker*

## **Zusammenfassung:**

**Der Autor stellt vier Fallvignetten vor. Nicht nur die Symptomatik und ihre Verschiebungen und Entwicklungen in Familien, sondern auch der therapeutische Prozeß kann von gesellschaftlich-politischen Kontexten stark beeinflußt werden. Hier erweist sich, daß das entkontextualisierende Konzept der PTSD-Symptomlisten unangemessen ist, weil es die Aktualität des Traumas und die soziale Bestimmung politischer Traumatisierungen vernachlässigt und damit zu einer Vertiefung der Traumatisierung beitragen kann. In Anlehnung an Bettelheim und Keilson scheint das Konzept der Extremtraumatisierung, die als sequentieller Prozeß betrachtet wird, sinnvoller.**

## *I. Einleitung*

Es gibt eine Reihe psychologischer und psychoanalytischer Begriffe, die heutzutage Eingang in politische Diskussionen gefunden haben, in das Nachdenken über Krieg und Verfolgung, über Folter und Mord. So sehr diese Entwicklung einerseits zu begrüßen ist, weil damit den Schicksalen der einzelnen Personen, die solche sozialen Prozesse erleben, endlich Rechnung getragen wird, so erschreckend ist andererseits der inflationäre Gebrauch von Wörtern wie „Trauma“, „Aufarbeitung“, „Verdrängung“ oder auch „Trauer“, die rasch zu inhaltsleeren Hülsen werden, die nichts mehr aufdecken, sondern im Gegenteil der weiteren Verschleierung der Verhältnisse dienen. Politiker benutzen psychologische Kategorien häufig dann, wenn sie reale Gefahren, Katastrophen und Zerstörungen verleugnen wollen. So wird dann z.B. aus der realen Gefahr atomarer Verseuchung die Angst vor dieser, womit das zu lösende Problem eben nicht die atomare Verseuchung, sondern die psychische Befindlichkeit von Personen ist. Im gleichen Sinne absurd ist die scheinbare

Begeisterung, mit der weltweit die humanitäre, soziale, medizinische und psychische Betreuung von Opfern von Krieg und Verfolgung gefordert wird, während die politischen Verhältnisse, die diese Opfer produzieren, unhinterfragt bleiben. Umgekehrt gilt allerdings auch, daß die Subjekte, die Krieg und Verfolgung erleiden, selten als solche diskutiert werden. In der Welt der Psychologie und Medizin ist die Traumaforschung immer noch ein Randgebiet, der Bezug zwischen sozialen Verhältnissen und psychischer Befindlichkeit tabu. Auch viele politische Organisationen, die sich der Unterstützung der Opfer widmen, stehen psychologischen Überlegungen fremd gegenüber. So kann es z.B. keinen Zweifel an der Bedeutung der solidarischen Aktionen von Gruppen wie Amnesty International geben. Aber diese Aktionen sind nach wie vor hauptsächlich auf direkte Unterdrückung konzentriert, d.h. das Freilassen von Gefangenen, das Ende der Folter etc. Nur wenige scheinen sich dafür zu interessieren, was hinterher mit den Opfern passiert. Nur wenige sind bereit, den komplizierten Überlebensprozeß der Opfer kennenzulernen, zu begreifen, daß gerade hier die internationale Solidarität ein wichtiges Tätigkeitsfeld hätte.

Ich bin am Lateinamerikanischen Institut für Menschenrechte und psychische Gesundheit (ILAS) in Santiago de Chile tätig. Seit vielen Jahren arbeiten wir dort psychotherapeutisch mit den Opfern der Diktatur. Für uns ist das oben angeschnittene Problem doppelt relevant:

- Zum einen, weil wir glauben, unseren Patienten nicht wirklich helfen zu können, wenn wir uns nicht auf die komplizierte Dialektik von sozialen und individuellen Prozessen einlassen. Weder können wir ihnen helfen, wenn wir uns als neutrale Therapeuten gebärden, die eine psychische Krankheit behandeln, noch wenn wir ihnen Vorträge über den politischen Charakter ihres Leids halten. Statt dessen müssen wir immer wieder den Zugang zu sehr individuellen Leidensprozessen suchen, dabei aber gleichzeitig den sozialen und gesellschaftlichen Zusammenhang erkennen und aussprechen.
- Zum zweiten, weil wir in unseren Bemühungen um finanzielle Unterstützung für unsere Arbeit immer wieder darauf gestoßen werden, daß wir nicht wirklich in die Raster internationaler Hilfe passen. Typische Gesundheitsorganisationen halten uns vor, im wesentlichen doch eigentlich Politik zu machen, also nicht zu ihrem Fachgebiet zu gehören. Vielen politischen und Menschenrechtsorganisationen sind wir zu psychologisch, zu sehr mit dem Einzelschicksal beschäftigt, nicht massenwirksam genug.

Von sozialen Prozessen und ihrem Niederschlag in den einzelnen Subjekten gleichzeitig zu reden, ist schwierig und unbequem. Es gibt keine Patentlösungen, und auch der Autor dieses Textes kann keine anbieten. Wir können

allerdings versuchen, Verhältnisse kennenzulernen, und dabei immer wieder den fragmentarischen Charakter unseres Wissens anerkennen. Im ILAS haben wir in den letzten Jahren, neben unserer Tätigkeit in Chile, auch Kollegen in anderen Ländern beraten, so vor allem in El Salvador, Flüchtlingsinstitutionen in Deutschland, Österreich und der Schweiz, Institutionen im ehemaligen Jugoslawien; und seit Anfang 1996 führen wir eine intensivere Beratungsarbeit in Angola durch, mit dem Ziel, die Abrüstung und Reintegration von Kindersoldaten zu unterstützen. Im vorliegenden Text möchte ich über unsere Erfahrungen berichten und reflektieren.

## *II. Traumatisierungsprozesse: Vier Vignetten*

Ein Beispiel:

Das erste Mal, daß ich sehr bewußt auf die Thematik von Traumata im Zusammenhang von politischen Verhältnissen gestoßen bin, war in Berlin, wo ich als Psychologe zu arbeiten begann, im damals berühmt-berüchtigten Märkischen Viertel, mit seinen allseits bekannten sozialen Problemen und seinen marginalisierten 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, und 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, aus zwei Gründen:

1. weil er dann Buße tun konnte für die Verbrechen des Großvaters,
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.

Noch ein Beispiel. Kollegen in Israel haben mir folgenden Fall erzählt:

Ein israelischer Soldat kämpft in einer Panzereinheit im Jom-Kippur-Krieg. Es kommt zu Kampfhandlungen, bei denen er mit seinem Panzer praktisch

verbrennt. Er überlebt aber die Verbrennungen, wird sehr gut behandelt, auch therapeutisch, scheint bald vollkommen zu gesunden, physisch wie psychisch. Er gründet eine Familie, wird Vater, jahrelang ist alles in Ordnung. Aber dann kommt es zum Libanon-Krieg, der im Prinzip der erste Angriffskrieg ist, den Israel geführt hat. Kurz nach Beginn dieses Krieges geht der scheinbar alles gut überlebt habende ehemalige Soldat auf sein Feld, übergießt es mit Benzin, und sich selber auch, zündet sich an und verbrennt sich und sein Feld.

Noch ein Beispiel:

In El Salvador herrschte Bürgerkrieg. Als José etwa acht Jahre alt ist, werden seine Eltern von Regierungstruppen umgebracht. Er flieht, läuft von einem Ort zum anderen und findet schließlich den Weg zur Guerilla. Mit neun Jahren ist er in der Guerilla tätig und wird dort ein erfolgreicher Soldat. Er findet eine Heimat, er findet einen Ort, wo er gegen die Mörder seiner Eltern kämpfen kann, er hat offensichtlich keine Symptome, er ist ein sehr zuverlässiger Junge, zunächst als Nachrichtenübermittler (Kurier), später tatsächlich als Soldat. Dann, als José etwa 16 ist, kommt der Friedensschluß: Er muß seine Waffe abgeben und wird in ein Dorf gebracht, in dem er und andere lernen sollen, das Land, das man ihnen gegeben hat und das sie für billige Kredite im Rahmen der Friedensvereinbarungen jetzt bekommen haben, zu bearbeiten. Dieser Junge muß also in die Schule zurück. Erst jetzt bricht er zusammen. Das heißt, er beginnt zu trinken und entwickelt dann schwere paranoide Symptome. José kommt in Behandlung. Plötzlich taucht die ganze Thematik der verlorenen Eltern als ziemlich wichtig auf, aber fast noch wichtiger, es geht um die verrückte Realität, darum, daß er das Gefühl hat, jetzt niemand mehr zu sein. Bis zu Kriegsende war er noch jemand. Er hatte Macht, er hatte soziale Teilhabe, 'war was'. Jetzt ist er nur noch ein mittelintelligenter Agrarschüler, der nichts mehr taugt, auch in der Gemeinschaft nicht als wichtig wahrgenommen wird.

Noch ein Beispiel:

1982 sucht mich in meiner Privatpraxis in Chile eine Familie wegen ihres jüngsten Sohnes auf, der aggressiv und sehr ängstlich ist. Er zeigt starke Anklammerungsbedürfnisse, macht Skandal, wenn die Eltern einmal ausgehen wollen. Diese, grundsätzlich eher antiautoritär eingestellt, wundern sich über ihre Reaktionen, weil ihnen nicht anderes einfällt, als den Sohn entweder ziemlich hart zu bestrafen oder durch komplizierte Manöver zu betrügen. Meine erste Frage war, warum wohl diese Leute zu mir kommen. Es stellt sich heraus, daß sie wissen, daß ich im Menschenrechtsbereich tätig bin, daß

sie aber aus Angst nicht in die offiziell für Menschenrechte zuständigen Institutionen geraten wollen.

Ich frage nach der Vorgeschichte. Sie erzählen, daß der Ehemann vor längerer Zeit verhaftet war, daß er sich aber wegen der Folgen schon hat behandeln lassen, und daß sie nicht glauben, die Probleme des Sohnes hätten damit zu tun. Beide sind erfolgreiche Ökonomen, verdienen relativ viel Geld, auch mitten in der Diktatur 1982 in Chile.

Und dann bitte ich die Kinder - neben dem Indexpatienten gibt es noch einen zwei Jahre älteren Bruder - nur ihre Familie zu malen. Der sechsjährige Symptomträger malt die Familie folgendermaßen: Sich selbst malt er außerhalb des Hauses. Seine Eltern und seinen Bruder plaziert er im Haus. Dann malt er noch Möbelstücke, hinter denen bedrohliche Gespenster hervorgucken. Ich zeige diese Zeichnung den Eltern und frage sie, ob ihnen irgend etwas dazu einfällt. Die Mutter sagt: „Wie seltsam. Er hat da was gemalt, was er selber nicht erlebt hat, aber das wortwörtlich. Mein Mann ist nämlich aus der Haft und der Folter dadurch entkommen, daß es ihm gelang, die Folterer davon zu überzeugen, daß er noch eine Geldsumme in seiner Wohnung in Empfang zu nehmen hätte. Und er ist dann mit den Folterern in die Wohnung zurückgekommen, wo ich mit dem kleinen Baby, meinem ersten Sohn, war, und zwei Wochen haben wir in der Wohnung gesessen, mit den Folterern dort, und sind uns wiederbegegnet sozusagen unter der Bettdecke. Was unser kleiner Sohn hier gemalt hat, erinnert mich an diese Situation.“

Es gehört nun zu den speziellen chilenischen Realitäten während der Diktatur, daß ein gewisser Rechtsschutz bestand, wenn es gelang, die Verhaftung öffentlich zu machen; die Hauptgefahr bestand in illegalen Verhaftungen und dem Verschwindenlassen. Diesem Mann ist also gelungen, seine geheime illegale Verhaftung und schwere Folterung zu verwandeln in eine öffentliche, weshalb sich dann der Geheimdienst auch zurückgezogen hat, ihn also freiließ. Allerdings zwangen sie ihn, ein Papier zu unterschreiben, in dem stand: „Ich war freiwillig während 14 Tagen in Gewahrsam der Geheimpolizei. Ich bin dort stets zuvorkommend behandelt worden.“ Noch zwei Jahre lang haben sie ihn jede Woche angerufen und ihn wissen lassen: „Im Zweifelsfalle, solltest du darüber reden, weißt du ja, daß wir auch Unfälle inszenieren können.“ Und zwei Jahre später wurde, wie gesagt, dieses Kind geboren.

Es hat sich dann eine lange Behandlung angeschlossen, die zunächst damit anfing, daß ich den Eltern sagte, sie sollten ihrem symptomtragenden Sohn erzählen, was passiert ist, weil er etwas malte, was er nicht erlebt hatte, was er aber malen konnte, weil er scheinbar der am wenigsten Betroffene war. Es stellte sich heraus, daß das Ehepaar nie wieder miteinander über dieses Thema geredet hatte, und es stellte sich selbstverständlich auch heraus,

daß die angeblich bearbeitete traumatische Erfahrung des Vaters noch überhaupt nicht bearbeitet war. Diese Behandlung hat sich über viele Jahre fortgesetzt, immer wieder mit Unterbrechungen. Ich habe mit ihnen von 1982 bis 1983 gearbeitet, dann nochmals 1986, dann nochmals kurz vor 1988, während des Plebiszits; das letzte Mal habe ich sie 1992 gesehen. Warum diese Unterbrechungen und warum die lange Fortführung der Behandlung? Diese Familie hat immer wieder mit mir aufgearbeitet. In der ersten Behandlungsphase wurde die hier referierte Geschichte mit den Kindern geteilt, und dann haben auch die Eltern in Paartherapie ihre Traumatisierungsgeschichte durchgearbeitet. Zwei Jahre später, kurz nach dem Attentat auf Pinochet, das leider schiefgegangen war, was bedeutete, daß die Repression noch viel schlimmer wurde als sie ohne das Attentat gewesen wäre, kommt die Familie wieder zu mir; das heißt, in einer Situation, wo die gesellschaftliche Bedrohung zunimmt, entfalten sie wieder Symptome. Es stellt sich heraus, daß die beiden Kinder sich noch gut daran erinnern, daß sie bei mir waren und daß die Familie viel miteinander geweint hat, daß sie aber die Inhalte, über die sie gesprochen haben, vergessen haben. In gewissem Sinne wiederholen wir also die erste Behandlung. 1988 - im Umfeld des Plebiszits - suchte mich die Familie erneut auf. Jetzt war der ältere Sohn symptomatisch geworden. Wir begannen eine Behandlungsphase, in der nun auch zum ersten Mal sehr aggressive Thematiken durchgesprochen werden konnten. Über den Psychotherapie-immanenten Entwicklungsprozeß der Familie hinaus wurde deutlich, daß neue oder alte Symptome immer dann auftraten, wenn die gesamtgesellschaftliche Situation in Chile sich stark veränderte, vor allem, wenn erneute Bedrohungen sichtbar wurden.

Der Traumatisierungsprozeß dieser Familie ist nicht nur von internen Strukturproblemen bestimmt, sondern von externen politischen Prozessen. Sie sind in bestimmten Momenten symptomfrei, dann haben sie wieder Symptome, andere, dann hört es wieder auf, und dann fängt es wieder an. Es gibt zudem eine ganze Reihe von Thematiken, die ich selbst erst nach und nach überhaupt habe erfassen können. Wir waren zum Beispiel in den ganzen Jahren 1982 bis 1988 dabei, die gesamten aggressiven Thematiken - auch zwischen ihnen und mir - vertieft zu bearbeiten. Wir konnten trauern über die Selbstzerstörung, den Zusammenhang herstellen zwischen politischer und Foltererfahrung; dennoch gab es eine sehr aggressive Dimension, die wir während der Diktatur gar nicht haben besprechen können oder gefühlt, gespürt haben, weil die externe Aggression so groß war, für uns alle, für mich ebenso wie für die Familie. Diese Dimension haben wir sozusagen immer 'außen vor' gelassen; erst nach dem Ende der Diktatur konnte ein Phase einsetzen, wo wir sie auch zwischen uns zulassen und bearbeiten konnten. Das heißt: Der therapeutische Prozeß, ebenso wie die Störungen, war in vielerlei

Hinsicht beeinflußt von intrapsychischen, aber auch sehr deutlich von sozialen und politischen Prozessen.

### *III. Politische Traumatisierung: Konzepte und Momente*

Mit diesen verschiedenen Vignetten möchte ich mich der Frage annähern, was Traumatisierung eigentlich ist. Solche politischen Traumatisierungen unterscheiden sich deutlich von allen anderen, wie z.B. Herzinfarkt oder Unfall. In Anlehnung an Bruno Bettelheim, der als erster den Begriff von der „extremen Situation“ geprägt hat, ist es deshalb sinnvoll, einen eigenen Begriff zu benutzen. Im ILAS sprechen wir von „Extremtraumatisierung“.

Der weltweit meistbenutzte Begriff ist der des „Post Traumatic Stress Disorder“ (PTSD), bzw. seine deutsche Übersetzung, das „Posttraumatische Belastungssyndrom“. In diesem Traumakonzept werden zwar eine Reihe von Symptomen zusammengefaßt, die häufig auftreten und die für statistische und medizinische Zwecke vielleicht manchmal sinnvoll sein mögen, aber leider als Liste, als Symptomliste ungenügend sind und als Definition am Problem vorbeigehen. Zunächst einmal haben wir es nie mit „post“ zu tun, sondern die Traumatisierung geht weiter. Die Traumata, um die es hier geht, sind anders als die sonstigen Traumatisierungen, obwohl es sicher Überschneidungen gibt. Die Posttraumatische Belastungsstörung interessiert sich nicht für das, was die Traumatisierung auslöst, sondern sie ist ein Symptomkatalog, der den auslösenden Faktor für x-beliebig hält; so betrachtet, wären Herzinfarkt und Folter genau das gleiche. Wenn aber die Störung eine ist, die nicht nur in Menschen, sondern zwischen Menschen und in Gesellschaften existiert, dann kann unsere Diagnostik selbst ein traumatisierendes Agens sein.

Das heißt: Wir müssen uns mit unserer Sprache sehr genau überlegen, wen wir wie diagnostizieren und im Zweifelsfälle noch kränker machen. Denn die Fälle, die hier beispielhaft skizziert wurden, sind ja eben keine Fälle, wo die Leute ‘einfach krank werden’, sondern sie werden krank innerhalb spezifischer politischer, kultureller Kontexte und in Bezug auf diese. Das gilt für die Shoah ebenso wie für die Kriegsteilnehmer in El Salvador, ebenso wie für Flüchtlinge, usw. Diese Krankheiten sind nicht verstehbar als vom sozialen Kontext abgetrennte Krankheiten. Anders gesagt: Teil der Krankheit ist ja die Aufspaltung zwischen sozialem Prozeß und privatem Erleben. Politische Unterdrückung funktioniert immer am konkreten Körper, ergibt aber nur einen Sinn als Teil eines gesellschaftlichen Prozesses. Die konkreten Körper werden zerstört im Rahmen sozialer politischer Machtentfaltung. Wenn wir

nun diese konkreten Körper abspalten und sagen: „Sie sind krank, müssen ins Krankenhaus usw.“, und Namen für ihre Krankheit erfinden, die diesen politischen Bezug vergessen oder in den Hintergrund rücken lassen, dann laufen wir tatsächlich Gefahr, die Menschen, noch bevor wir überhaupt mit ihnen zu arbeiten begonnen haben, noch kränker zu machen. Der PTSD ist in diesem Sinne ein Meisterstück der entkontextualisierenden, entpolitisierenden Begriffsbildung.

Das Konzept der Extremtraumatisierung wird durch Hans Keilsons Begriff der sequentiellen Traumatisierung sinnvoll ergänzt. Die Idee der sequentiellen Traumatisierung ist ein radikaler Bruch mit allen unseren Vorstellungen über Trauma, weil wir uns dieses, in seiner metaphorischen Qualität von der Medizin her übertragen, letztendlich als einmaligen Bruch mit Konsequenzen vorstellen. Es ist z.B. im medizinischen Sinne ein Trauma, wenn ich mir einen Arm breche. Aber sequentielle Traumatisierung heißt, daß Trauma als Prozeß stattfindet. Es geht also nicht um ein Mal, auch nicht um viele Male, sondern um einen Prozeß, wo - um bei der Metapher zu bleiben - ein Knochen endlos zerbricht. In diesem Sinne kann man verschiedene Momente des Traumatisierungsprozesses unterscheiden: bei Flüchtlingen etwa Folter und Haft im Heimatland, Flucht, Aufenthalt im Asyl, Rückkehr; oder (wie Keilson in seiner Arbeit über jüdische Kriegswaisen in Holland) den Beginn der Verfolgung, die Trennung von den Eltern, die Zeit nach dem Krieg. Wir unterscheiden also Sequenzen der Traumatisierung, wobei die einzelne Sequenz immer in Bezug auf die traumatische Situation beschrieben wird, d.h. in Bezug auf eine gegebene soziale und politische Realität.

Damit sind wir bei einem dritten Moment angelangt, das anhand der Beispiele deutlich geworden sein dürfte: Politische Traumatisierungsprozesse sind nicht nur sozial und individuell, sondern immer auch kulturspezifisch. Traumatisierung in Chile ist nicht das gleiche wie Trauma in Deutschland oder in Angola oder in sonst irgendeinem Land, sondern Trauma, politische Traumatisierung kann überhaupt nur verstanden werden, in dem jeweiligen Kontext, in dem sie stattfindet. Natürlich gibt es übergreifende Erfahrungen und Aspekte, 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 interkulturellen Raum herzustellen, indem wir lernen, was diesen Menschen passiert, indem wir versuchen, Behandlungsformen zu erfinden, und indem wir in der Lage sind, mit den Traumatisierungsprozessen und der notwendigen Thematik der Trauer in sinnhafter Weise umzugehen.

Die Frage ist nun, wie man solchen Ansprüchen Genüge tun soll. Wie bereits gesagt, haben wir dafür auch im ILAS keine endgültigen Antworten. 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 auch, wie sich der Kontakt ILAS - Angola entwickelt hat.

### *III. Die Arbeit in Angola*

Der Prozeß, in dem unser Team in Angola tätig geworden ist, begann damit, daß durch Vermittlung von Medico International angolansische Kollegen ein Buch von uns lasen, wo wir u.a. auf den PTSD schimpften und unsere eigene Traumakonzeption vorstellten. Die Angolaner meinten nun, diese Konzeption sei für ihre Verhältnisse nützlich, und baten uns daher um Beratung im Zusammenhang mit der Abrüstung und der geplanten Reintegration von Kindersoldaten.

Ich wußte ein bißchen über Angola aus früheren Zeiten: Schrecklicher Bürgerkrieg, der seit der Unabhängigkeit andauert, rechte Guerilla, unterstützt durch Südafrika, Friedensprozeß 1992 schiefgegangen infolge mangelnder UNO-Intervention, und jetzt noch mal. Das allererste, was wir gemacht haben, war, ziemlich lange über diese Anfrage im Team zu reden. Wir haben uns gefragt, 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 haben gedacht, da als Trauma-Jet-Set nach Angola einzufliegen und wieder weg - das können und wollen wir nicht. Wir haben auch gedacht, wir haben Angst. Wir haben darüber geredet, daß es in Afrika (das hat uns auch unser Hausarzt bestätigt) nicht einfach Malaria gibt, sondern ganz schreckliche Formen der Malaria, an denen man unmittelbar sterben kann. Wir haben uns gefragt: Können wir überhaupt damit zurechtkommen, daß uns alles fremd ist? Die sprechen Portugiesisch, wir sprechen Spanisch, außerdem haben sie die Kubaner so lange da gehabt. Vielleicht finden die ja diese ganze lateinamerikanische Geschichte mühselig. Wir haben also erst einmal sehr gezögert.

Dann haben wir aber doch gefunden, daß unter gewissen Voraussetzungen eine Arbeit sinnvoll sein konnte, allerdings *erstens* 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 in Angola, die selbst die Arbeit im Lande machen würde, die Multiplikatorenarbeit; daß wir also uns mit einer kleinen Gruppe gut kennenlernen wollen, der wir helfen, ihre Arbeit besser zu machen. Eine *dritte* mitgeteilte Voraussetzung war, daß wir nicht dort hinkommen, um zu 'predigen', sondern um mit ihnen gemeinsam zu lernen, und auszuprobieren,

sam 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 gern 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 Nachsuchenden 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 für zwei Wochen hingefahren und war gebührend schockiert über die Verhältnisse dort. Ich weiß in ganz Lateinamerika, das ich relativ gut kenne, kein Land, wo es so furchtbar ist wie Angola. Es ist schmutzig, es ist kaputt. Die Regierung ist korrupt. Die Armut ist riesig. Es gibt in diesem Land mehr Minen, als im ganzen II. Weltkrieg verwendet wurden. Es ist ein Land, das reich sein könnte, wo die Wirtschaft blühen könnte, weil es mit atemberaubenden Ressourcen ausgestattet ist - Diamanten, Öl, Landwirtschaft - und dennoch ist das Land vollkommen und in kaum vorstellbarem Ausmaß am Ende.

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 entwickelt und ausgebaut haben. Es ist auch nicht so wie z. B. in Guatemala, wo die politische Repression Strukturen hatte, die vor allem darauf abzielten, die indianischen Communities, also 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 angolanischen Kollegen, eine „Diagnose“ zu stellen (um im klinischen Jargon zu bleiben). 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, wie sein Vater, der im Widerstand gegen die Kolonialmacht tätig gewesen war, von dieser entdeckt und verhaftet wurde, die ihm als abschreckendes Beispiel vor den Augen seiner ganzen Familie mit einer Säge den Kopf absägte.
2. Das Wiederaufflammen des Krieges 1992: Damals war es im Rahmen der UNO-Intervention zu einem Waffenstillstand und zu Wahlen gekommen, die aber entgegen den Wünschen der USA von der Regierung gewonnen wurden. Entsprechend begann der Krieg sofort von neuem, härter und brutaler als zuvor, wobei anzunehmen ist, daß die subjektive Wahrnehmung dieses Terrors um so schlimmer war, weil man noch kurz vorher geglaubt hatte, der Krieg sei endgültig zu Ende. Ein Kollege berichtet, wie er in dieser Zeit von Regierungstruppen fast umgebracht worden wäre, weil er physisch den Anhängern von UNITA (der Guerilla) ähnlich sehe.
3. Das Mißtrauen zwischen den Angolanern: Von Anfang an war dieses Mißtrauen trotz meiner Verständnisschwierigkeiten spürbar. Unter einer allgemein scheinbar freundlichen und herzlichen Atmosphäre war immer eine gewisse Unsicherheit bemerkbar, eine Tendenz, genau das nicht zu sagen, was einem entsprechend des Gesprächsverlaufes auf der Zunge hätte liegen müssen. In einem Seminar, an dem Personen teilnahmen, die zum Teil zur Regierung und zum Teil zur UNITA gehörten, war dies besonders deutlich. 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 Ausländern: Im gleichen Kontext wurde auch die spezielle Problematik in bezug auf Ausländer deutlich. Auf der einen Seite ist Angola nun seit vielen Jahren Spielball internationaler Interessen. In diesem Sinne muß auch der solidarischste aller Ausländer berechtigterweise mit ausgeprägtem Mißtrauen wahrgenommen werden. Auf der anderen Seite ist das Land inzwischen so zerstört, daß es ohne internationale Hilfen kaum neue Perspektiven entwickeln kann. Ausländer sind also eine Notwendigkeit, aber immer auch eine Wiederholung dessen, was den Terror hat beginnen lassen. Diese Ambivalenz habe ich immer wieder selbst zu spüren bekommen. Für das sich nach und nach entwickelnde Vertrauen war es notwendig, immer wieder im einzelnen zu zeigen, daß ich nicht ge-

kommen war um zu (be-)lehren, und andererseits die Frustration der Kollegen auszuhalten, daß ich keine Rezepte anbieten konnte und wollte.

5. Angst und Ohnmacht: Ein weiteres Element der Traumatisierung war die dauernde Mischung aus Angst und Ohnmacht gegenüber dem 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 der Friedensprozeß ist. Niemand und nichts stellt eine glaubhafte Autorität dar, und das Gewaltpotential ist hoch. Gegenüber diesen Verhältnissen fühlen sich die meisten völlig ohnmächtig. Immer wieder erlebte ich Diskussionen der angolanischen 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 ab. 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 des Umgangs mit ihnen war von Anfang an 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 Motiv des allgegenwärtigen Todes ist. Erst beim zweiten Besuch in Angola im August 1996, als bereits eine ziemlich strukturierte Beziehung zu den Angolanern bestand und ich auch in Begleitung eines zweiten Mitgliedes des ILAS-Teams gekommen 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: „Wißt ihr, ich habe früher immer gedacht, daß Weinen eigentlich nur für Feiglinge ist. Nun habt ihr da eure Trauertheorien. Ich hab auch euer Zeugs gelesen, und ich hab’ in den letzten Monaten meinen privaten Trauerprozeß begonnen. Aber ich bin mir immer noch nicht sicher, ob das eigentlich gut ist. Denn im Zweifelsfalle tut Weinen doch mehr weh, als ich mir wünschen würde.“

Als wir dann zur konkreten Supervision der Arbeitssituationen kommen - das angolanische Team hat inzwischen acht neue Teams im Lande gegründet - schildert Lucia eine Problemsituation, in der sie mit einer Gruppe über Trauma redet, über Folgen des Krieges. Im Gespräch fängt plötzlich eine Frau zu weinen an, und zwar nicht auf eine erlösende Weise, sondern auf eine depressive und bedrückende Weise, so daß man das Gefühl hat, eine Wunde sei offen, aber es gebe keine Möglichkeit zu trösten. Lucia beschreibt, wie sie die Frau anzusprechen versucht, doch

die Frau reagiert nicht, redet nicht, sondern weint nur, vermag auch nichts über ihr Weinen zu sagen; Lucia hat dabei das Gefühl, weitgehend zu versagen, nichts wirklich ordentlich zu wissen, und daß es wahrscheinlich überhaupt ein Fehler war, die Gruppe sich so offen und unkontrolliert äußern zu lassen. Lucia hat sich sehr hilflos gefühlt; die Frau erlangt schließlich ohne Hilfe die Kontrolle wieder, sie verfällt in Schweigen, dann redet eine andere Person weiter.

Wir haben dann darüber in der Gruppe geredet. 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 selbst und ihren eigenen komplizierten Prozeß, der im Moment abläuft. Meine Kollegin und ich hatten beide das Gefühl, daß Lucia uns auf indirekte Weise bat, uns mit ihrer persönlichen Geschichte auseinanderzusetzen. Wir hatten zugleich den Eindruck, wenn wir sie jetzt nach ihrer Geschichte fragten, würde sie erzählen, doch es wäre wie eine Vergewaltigung. Wenn wir sie aber nicht darnach fragten, wäre die Situation auch verstrickt.

Wir haben uns dann entschlossen, zunächst auf einer eher 'technischen' Ebene diese Verbindungen anzusprechen; mit der Supervisionsgruppe konnten wir herausarbeiten, daß die weinende Frau ausgedrückt hat, was in Lucias ganzer Gruppe präsent war, und daß es der Therapeutin offensichtlich in dem Moment nicht gelungen ist, die Wunde der ganzen Gruppe zu sehen, sondern daß sie nur die einzelne Frau gesehen hat. Wir haben dazu gesagt, wir fänden, es gebe auch Wunden, die man einfach anerkennen könne. Man müsse nicht gleich 'alles auf einmal' 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. Irgendwann im weiteren Verlauf sagte einer der Kollegen zu Lucia, sie sei doch eigentlich eine gute Therapeutin, der es immer schwerfiele zu akzeptieren, daß sie es gut mache. Darauf brach Lucia in Tränen aus und weinte herzerbrechend, und uns ging es ganz genauso wie ihr in Bezug auf ihre Gruppe in der Community. Wir haben uns aber an unsere eigenen Anweisungen gehalten und nur gesagt, daß wir ihr Weinen erlaubt fänden und nicht der Ansicht seien, sie müsse die Gründe dafür erklären. Wir haben dann den ganzen Nachmittag in dieser Supervisionsgruppe mit Rollenspielen über Trauerprozesse gearbeitet, also über Verluste in Familien usw. Und die Kollegin Lucia hat dort sehr gut gearbeitet. 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 verstehen kann."

Ich habe die Dynamik der Annäherung an dieses traumatische Element ausführlich erzählt, weil hier nicht nur erneut der Zusammenhang zwischen individuellem und sozialem Prozeß deutlich wird, die Tatsache, daß in Angola alle Beteiligten 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 ihr 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 haben wir uns ein Setting ausgedacht, bei dem wir alle drei Monate mit einer festen Gruppe arbeiten. Wir haben angefangen, etwas Portugiesisch zu lernen, und vorsichtig begonnen, uns den lokalen Problemen zu nähern. Wir haben begriffen, daß das Wichtigste die Anerkennung unseres Gegenübers ist. Es geht nicht darum, daß wir bedeutungsvoll anmutende Rituale erfinden, damit die Angolaner all die Toten, die sie akkumuliert haben, betrauern können. Vielmehr müssen wir Vertrauen haben in die Fähigkeit der Gruppe, selbst Strukturen zu entwickeln. Wir wollen solche Strukturen mit ihnen suchen. Wir waren bestrebt, äußerst behutsam zu agieren, und wir haben unseren Respekt zu verdeutlichen gesucht, unsere tiefe Anerkennung für die Arbeit der Kollegen unter den außerordentlich schwierigen Bedingungen. Ich denke, wir haben Glück gehabt. Es hat in diesem Falle ein Prozeß eingesetzt, den wir als sehr positiv einschätzen und von dem ich einen kleinen Ausschnitt erzählt habe.

Bei diesem Ausschnitt ging es aber nicht in erster Linie um Erfolg, denn auch ein Scheitern wäre möglich gewesen. Es ging mir hier mehr darum, einmal aus einem nicht eindeutig therapeutischem Zusammenhang heraus deutlich zu machen, daß für uns Therapie, therapeutische Arbeit im wesentlichen ein sehr vorsichtiges Suchen nach 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 dafür sind, daß das Unsprechbare sprechbar wird.

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 Umstände geworden sein, daß Psychotherapie zum ersten sozialen Ort wird, an dem individuelle Krankheit wieder sozial wird? Wie bewußt müssen wir über diesen Sachverhalt Klarheit gewinnen? Und schaffen wir es dabei, ein Stück Bindung herzustellen, wo erste Ansätze zu einer Symbolisierung stattfinden können? Wieviel Prozeß können wir begleiten, nicht lösen?

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 Therapie ab, sondern auf das Schaffen von Räumen, in denen die Subjekte ihrer Sprache wiederfinden können, beginnen können, über sich zu reden. Wir machen das mit einer kleinen Gruppe von Leuten, diese wiederum machen es mit vielen anderen Gruppen, die es ihrerseits direkt in der Community machen. In diesem Prozeß wird hoffentlich nach und nach eine „Therapie“ von Angolanern für Angolaner entwickelt.

#### *IV. Traumatische Trauerprozesse*

Anstelle einer zusammenfassenden Diskussion möchte ich zum Schluß ein Gedicht von Nelly Sachs vorstellen, zitiert in einem wunderbaren Buch von Hans Holderegger (1993), ein Gedicht, das das Wesen der traumatischen Erfahrung und der Trauer, die sie impliziert, bedrängend lebendig macht:

##### Diese Nacht

ging ich eine dunkle Nebenstraße  
um die Ecke

Da legte sich mein Schatten  
in meinen Arm

Dieses ermüdete Kleidungsstück  
wollte getragen werden

und die Farbe Nichts sprach mich an:

*Du bist jenseits!*

Holderegger interpretiert dieses Gedicht in vielen Facetten, aber er wendet es am Schluß so, daß der meiner Ansicht nach zentrale Punkt im traumatischen Prozeß zur Sprache kommt:

„Die letzte Zeile ist kursiv gedruckt und mit einem Ausrufezeichen versehen. Sie wirkt wie das Negativ eines Schreis, der dem traumatisierten lyrischen Ich nicht möglich ist. Mit dem letzten Hauch der Schlußzeile vollzieht sich eine Wandlung, die das Gedicht mit seinen Bildern vorbereitet und zum Ausdruck bringt. Es fehlt der Affekt. Das Lebendige ist

endgültig gewichen. Die Wandlung besteht in einem transzendenten Vorgang, einem Übergang in einen anderen Zustand, was auch durch die Veränderung des Schriftbildes zum Ausdruck gebracht wird. Die radikalste Regression ist der Tod, das Nichtsein. Das Grauen des Traumas, von dem Nelly Sachs berichtet, besteht darin, daß dieser Tod vom Ich, das wie neben sich selber steht, noch wahrgenommen wird. Der Tod hat kein Ende, das ist der apokalyptische Schrecken dieses Traumas.“ (Hollerregger 1993, 148 - 149)

Meiner Ansicht nach ist das eine sehr gute Beschreibung dessen, was im Trauma passiert. Das sind Menschen, die den Tod erlebt haben. Aber nicht so, daß sie wenigstens die Gnade des wirklichen Todes hätten, sondern so, daß sie gleichzeitig lebendig sind und diesen Tod in sich wahrnehmen. Ich denke, wir müssen, wenn wir uns in Diagnostik und in Therapie damit beschäftigen, wissen, daß das das Thema ist. Wir müssen uns fragen was dieses Thema für uns selbst bedeutet. Wie fühlt es sich denn an, mit dem Tod zu arbeiten? Was löst das in uns aus?

Eines der typischsten Probleme ist zum Beispiel, daß wir alle gerne helfen wollen. Natürlich, wer will nicht gerne sozial sein und helfen? Aber daß es uns ganz schwer fällt, auch mal böse zu sein, zu merken, daß einem ein Opfer auch ganz unangenehm sein kann und daß wir dem Tod, den diese Patienten in sich tragen nicht entkommen können, nur entscheiden können, ob wir uns ihm stellen. Der Tod, um den es in Traumatisierungen und politischen Traumatisierungen geht, ist immer ein höchst aggressiv geladener Tod, der auch uns immer wieder droht, zu erschlagen. Wir haben das Recht, davor Angst zu haben und unsicher zu sein.

Eigentlich können wir in Bezug auf die Therapie von traumatischen Prozessen nur von Trauerprozessen sprechen, denn die Katastrophen sind ja schon passiert. Man kann vielleicht betrauern, aber mit Sicherheit nicht wieder gutmachen. Wir können ja geschehenes Unrecht nicht in Recht verwandeln. Allerdings sind die Trauerprozesse um die es hier geht sehr spezieller Natur. Bei allen Trauerprozessen kann man eine erste Phase unterscheiden, die mit der Akzeptanz des Verlustes, mit der Anerkennung der Realität des Verlorenen zu tun hat und eine Zweite, die dann mit dem eigentlichen Trauern, bzw. dem was wir Trauerarbeit nennen zu tun hat. Das Problem ist, wenn wir von Extremtraumatisierten, z.B. Folteropfern sprechen, dann ist nicht etwas anderes verloren gegangen, sondern man ist selber verloren gegangen. Das ist nun sehr schwierig. Denn wie trauert man, wenn man selbst verloren ist? Wie soll man denn betrauern, daß man selber nicht mehr existiert, bzw. ein schwarzes Loch in der Psyche hat (Cohen, J. und Kinston, W.), oder wie Nelly Sachs es beschreibt „jenseits ist“? Der Selbstverlust um den es hier geht, kann nicht einfach betrauert werden, sondern muß zunächst einmal als solcher zur Sprache kommen können und anerkannt werden, im Rahmen ei-

ner lebendigen Beziehung. Dieser Tod muß zwischen uns und unseren Patienten lebendig werden können, in dem Sinne, als der Tod, ohne ihn zu verleugnen, Bestandteil der Beziehung zwischen Therapeut und Patient wird. Und das heißt dann, daß der Tod zwar nicht verschwindet, aber daß er Teil einer lebendigen Beziehung wird. Das kann er aber wiederum nur sein, und damit komme ich auf den Anfang zurück, wenn wir diesen Tod, da wo er stattgefunden hat, und bezogen auf die Verhältnisse, in denen er stattfindet, immer wieder neu anerkennen, immer wieder neu verstehen. Begräbnisrituale gehören zu den ältesten zivilisatorischen Leistungen der Menschheit. Wir müssen sich also Überlegen, wenn das so wichtig ist, schon bei normalen Todesfällen, was haben wir denn für Rituale anzubieten, wenn es um Todesfälle von einem selbst geht. Was haben wir denn anzubieten, wenn wir z. B. Flüchtlinge aufnehmen, und ihnen statt Halt und Anerkennung der gelebten Zerstörung immer wieder nur eine Bestätigung der Zerstörung liefern. Und ich denke, wir müßten in diesem Sinne dann uns fragen, ja, wo erlauben wir denn, daß Räume zustande kommen, wo Symbolisierung ein bißchen stattfinden kann, wo das schwärze Loch stückchenweise übersetzt werden kann in, einen zwischenmenschlichen Raum und dann irgendwann mal auch Trauer beginnen kann. Trauer, die unsere Täter- oder Mittäterschaft oder auch Ambivalenzen in der Opfer-Täter-Situation nicht beseitigen kann und will. Die aber zumindest ein Anfang wäre, um in diese Thematik ein bißchen weiterzukommen. In diesem Sinne geht es dann auch nicht um Therapie im engeren Sinne, sondern um individuelle, familiäre, gesellschaftliche „Möglichkeitsräume“, in denen ein Stück wirkliche Aufarbeitung möglich wird. Dies ist eine politische und psychotherapeutische Aufgabe.

*Anmerkung:*

- \* Im Herbst 1996 hat der Autor unter gleichlautendem Titel in Hamburg, Berlin, Bern und München Vorträge gehalten, die sich inhaltlich überschneiden, aber nicht identisch sind. Der vorliegende Text ist die Bearbeitung des Hamburger Vortrags.

*Literatur*

- Becker, D. (1992), *Ohne Haß keine Versöhnung. Das Trauma der Verfolgten*. Freiburg: Kore
- Becker, D. (1996), Chile - Wirtschaftsmythos und Menschenrechtsrealität in der Nachdiktatur. In: Karin Gabbert u.a. (Hrsg.), *Offene Rechnungen*. Bad Honnef: Horlemann
- Bettelheim, B. (1943), Individuelles und Massenverhalten in Extremsituationen. In: ders., *Erziehung zum Überleben. Zur Psychologie der Extremsituationen*. München: Kindler
- Holderregger, H. (1993), *Der Umgang mit dem Trauma*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Keilson, H. (1979), *Sequentielle Traumatisierung bei Kindern. Deskriptiv-klinische und quantifizierend-statistische follow-up Untersuchung zum Schicksal der jüdischen Kriegswaisen in den Niederlanden*. Stuttgart: Klett-Cotta
- Kinston, W. & Cohen, J. (1986), Primal Repression. Clinical and Theoretical Aspects. In: *Int. J. Psycho-Anal., No 67*
- Winnicott, D.W. (1976), *Reifungsprozess und fördernde Umwelt*. München: Kindler