

POLYLOGE

Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“
(peer reviewed)

Materialien aus der „Europäischen Akademie für
biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien
und Kreativitätsförderung“

2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. mult. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen,
Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

In Verbindung mit:

Dr. med. **Dietrich Eck**, Dipl. Psych., Hamburg, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,
Hückeswagen

Univ.-Prof. Dr. phil. (emer.) **Liliana Igrić**, Universität Zagreb

Univ.-Prof. Dr. phil. (emer.) **Nitza Katz-Bernstein**, Universität Dortmund

Prof. Dr. med. (emer.) **Anton Leitner**, Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Uni. Krems

Dipl.-Päd. **Bruno Metzmaker**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für biopsychosoziale
Gesundheit, Rorschach

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen

PD Dr. **Sylvie Petitjean**, Universität Basel

Prof. Dr. phil. **Johanna Sieper**, Institut St. Denis, Paris, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,
Hückeswagen

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper Hückeswagen.

Polyloge ISSN 2511-2732

Ausgabe 12/2019

**Body narratives – Traumatische und Posttraumatische
Erfahrungen aus Sicht der Integrativen Therapie
(1999i/2000c/2000i)**

*Hilarion G. Petzold, Düsseldorf/Amsterdam **

Vortrag auf dem 1. Deutschen Kongreß für Körpertherapie, Berlin, 29.5.-1.6.1998.

Für die Veröffentlichung sprachlich leicht bearbeitet, behält dieser Text
die Charakteristik des Vortrags.

* Aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Naturtherapien und Kreativitätsförderung“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung, Hückeswagen (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper. Mail: forschung@integrativ.eag-fpi.de, oder: info@eag-fpi.de, Information: <http://www.eag-fpi.com>). Erschienen in: *Integrative Bewegungstherapie* Nr. 1-2/1999, S. 4 – 30 und *Petzold, H.G.* (2000c): Body narrative – traumatische und posttraumatische Erfahrungen aus Sicht der Integrative Therapie (Teil 1). *Energie & Charakter* 21, Juli 2000, 45-63; *Petzold, H.G.* (2000i): Body narrative – traumatische und posttraumatische Erfahrungen aus Sicht der Integrative Therapie (Teil 2). *Energie & Charakter* 22, Dezember 2000, 26-41.

Ich möchte diese Ausführungen mit der These beginnen, daß der Mensch von seiner evolutionsbiologischen Entwicklung her dafür ausgerüstet, ausgestattet ist, Traumata zu verarbeiten. Traumatische Erfahrungen sind für den Menschen der Evolutionsgeschichte schlimme, aber "normale" Erfahrungen, besonders für Menschen, die in "wilden" Kontexten gelebt haben bzw. leben, für Menschen, die als Jäger und Sammler in einer feindlichen, überwältigenden, übermächtigen Umgebung für ihren Lebensunterhalt zu sorgen hatten - und das über Millionen von Jahren, denn wir, als *Homo sapiens sapiens erectus*, stehen am Ende einer langen evolutionären Kette. Wenn wir einen Blick auf diese Kette werfen, dann sehen wir, daß auch wir genauso wie im Bereich der Tiere vom Kampf um das Überleben als einer permanenten Kondition lebender Wesen bestimmt sind. Für diesen "Kampf um das Überleben", die „Überwindung von Schwierigkeiten“ sind wir durch die Evolution ausgestattet worden. Ich betone dies am Anfang so deutlich, weil sich m.E. derzeit wieder eine neue Welle in der Psychoszene breit macht, nämlich die "Traumawelle". Nach einer „Frühstörungswelle“, einer „Mißbrauchswelle“ gibt es wieder eine neue Mode, nämlich die des PTSD, der posttraumatischen Belastungsstörung. Es liegt dabei die grundlegende *Fehlannahme* vor, daß das Erleben eines traumatischen Ereignisses immer oder häufig gleichbedeutend sei mit einem Trauma, einer Traumaerfahrung, die pathogen sei und pathologische Nachwirkungen habe – entweder als eine psychische Traumatisierung, die regelhaft spätere Neurosen oder Psychosomatosen im Sinne "später Folgen" hervorbringe oder gar eine "Posttraumatische Belastungsstörung", eine chronifizierte Veränderung der Physiologie, eine "traumatic stress physiology"¹ und der Persönlichkeit bewirke. Das ist eine falsche Annahme, sofern man einen Regelfall oder eine große Häufigkeit annimmt. Die Mehrzahl der Menschen verarbeiten ihre Traumata. Nur eine kleine Zahl von Betroffenen bilden ein PTSD aus. Sehr viele gesunde Menschen haben in ihren Biographien traumatische Ereignisse erlebt. Aber heute gibt es für viele TherapeutInnen jetzt eine Diagnose, bei der die Kassen zahlen, und so wird aus jedem biographischen Trauma ein kausales Moment der Pathogenese. Die "Traumawelle" hilft TherapeutInnen wie PatientInnen aus der Erklärungsnot für die "Ursachen" seelischer Erkrankung. Die habituellen, monokausalen Denkmodelle der Psychoanalyse und Tiefenpsychologie scheinen bestätigt und die Erklärungswünsche der PatientInnen nach Ursache-Folge-Szenarien werden befriedigt. Diese Erklärungen aber greifen keineswegs bei multipel im Lebenslauf *durch komplexe Konfigurationen von Defiziten, Belastungs-*

¹ van der Kolk (1994)

und Schutzfaktoren entstandene Krankheits- bzw. Störungsbilder², jedoch man hat ein "label". - Das genügt, ohne daß man die stigmatisierenden Komponenten und die daraus folgenden Selbststigmatisierungen von PatientInnen durch Übernahme der dysfunktionalen PTSD-Diagnose und mögliche Behandlungsartefakte und Fehlbehandlungen in Rechnung stellt, weil man "falschen" oder nur teilweise relevanten "Fährten" folgt. Man spürt Traumata auf, um sie "wieder durchleben" zu lassen, um sie "durchzuarbeiten", ohne daß es bislang empirische Belege dafür gibt, ob dies möglich ist, welche Risiken damit verbunden sind, ja, was psychophysiologisch, emotions-, kognitionswissenschaftlich gesehen dieses "Durcharbeiten" ist. Die Probleme und offenen Fragen sind hier beträchtlich. Es kommen durch diesen, auch durch die Medien forcierten Trend immer mehr Leute in die psychotherapeutischen Praxen und auch in die Ausbildungsgruppen, die sagen: "Ich bin schwerst traumatisiert, ich habe ein PTSD!" Das ist eine starke These, wenn jemand so etwas über sich sagt. Deshalb muß man sich das genauer anschauen:

Wir alle, insbesondere die Kriegs- und Nachkriegsgeneration, haben in unserem Leben schwere Erfahrungen gemacht, die man als "traumatisch" klassifizieren kann. Aber es werden Differenzierungen erforderlich und es hat verschiedene Klassifikationsversuche gegeben (z.B. Man made desasters, natural desasters, kurz dauernde Typ-I-Traumen und längerdauernde, wiederholte Typ-II-Traumen³). Ich habe vier große Klassen von traumatischen Belastungen (A, B, C, D) sowie drei Typen (I, II, III) der Exposition unterschieden:

1. Viktimale traumatische Erfahrungen (Klasse A):

Das sind Traumatisierungen, *primäre Traumaerfahrungen*, die man als unmittelbar Betroffener, als Opfer "am eigenen Leib" erlebt hat, z. B. Bombennächte im Luftschutzkeller, einen Unfall, eine Vergewaltigung, eine Verbrennung, ein Beinahe-Ertrinken, einen Mißbrauch, eine Mißhandlung, eine invasive Untersuchung in der Chirurgie, eine Operation. Alle diese "critical life events"⁴ haben eine *überstimulierende* Wirkung auf den Leib und *können* traumatisch sein. Dabei kann man als *Expositionstypen* einmalige „traumatic events“ (Typ A I), „serielle Traumatisierungen der gleichen Art“ (Typ A II) und „zeitextendierte Polytraumatisierungen“ (Typ A III) differenzieren.

² Rutter (1998); Petzold (1996j)

³ vgl. Maerker (1997, 6)

⁴ Filipp (1990)

2. Partizipative traumatische Erfahrungen (Klasse B):

Das sind *sekundäre* Traumaerfahrungen, solche, wo man Zeuge eines einzelnen traumatischen Ereignisses (B I) wird oder serieller Ereignisse (B II) oder „Polytraumatisierungen“ (B III), wenn man z.B. als Kind dabei stand, als die kleine Freundin über die Straße laufend vom Auto erfaßt wurde und blutüberströmt auf der Straße starb (B I), wenn man als Unfallhelfer an einem Nebeltag an mehrere schlimme Unfallstellen kommt (B II) oder als Lazarettschwester über Monate im Kriegsgebiet mit unterschiedlichen Schreckensszenarien konfrontiert ist (B III). Auch wenn man selbst nicht bedroht war in solchen Situationen, hat man etwas Schreckliches gesehen. Auch wenn man an eine „Stätte des Grauens“ kommt, also beim traumatischen Geschehen nicht direkt anwesend war, sondern an einen Ort kommt, wo sich Schlimmes ereignete, so ist man dennoch mit den Auswirkungen und Folgen von Gewalt und Zerstörung, mit dem, was Täter hinterlassen haben, konfrontiert und auch das kann traumatische Qualitäten und Nachwirkungen haben:

Wenn man als kleines Kind mit anderen Kindern in den Trümmern spielt und zwischen Huflattich und Holunderschößlingen zwischen den aufragenden Ruinenwänden verrottetes Spielzeug, Knochen findet und plötzlich die Erkenntnis hereinbricht: hier haben Menschen, Kinder gelebt, und die sind jetzt tot. Oder wenn man mit einer Pfadfindergruppe einen Ermordeten findet, der verwesend in einer Schonung liegt oder eine Wasserleiche am Ufer eines Baggersees, blau aufgedunsen nach 14 Tagen im Wasser. Das alles sind Erfahrungen, die man beim Rheinrettungsdienst als junger DLRG-Schwimmer machen kann. Oder wenn man in der Johanniter-Unfallhilfe als Jugendlicher Autobahndienst macht und dort zerrissene Menschen sieht, die aus den Unfallwagen herausgeschleift werden müssen, oder als junger Mensch nach einem Unfall bei einem Krankenhausaufenthalt das schwere Sterben eines alten Mannes im Nachbarbett erleben muß, wenn man im Pflegepraktikum vor dem Medizinstudium im Nachtdienst vor der Situation steht, daß einem plötzlich ein Patient elendig in den Armen wegstirbt, die junge Schwester ist hilflos, weil sie nichts tun kann, und der Praktikant sich geschockt und ohnmächtig fühlt, der Arzt gerade auf einer anderen Station ist und den Patienten vielleicht hätte retten können.

Das alles *kann* aktualiter traumatisch sein. Aber ist es nachwirkend traumatisierend? Und wie lange nachwirkend? Auch im Krankenhaus gibt es schlimme Formen des Leidens und Sterbens, mit denen man als Student in der Famulatur oder als Schwesternschülerin unvorbereitet konfrontiert werden kann. Aber sind das Traumen?

Ich war Kleinkind in Luftschutzkellern, war Trümmerkind, lag als Junge im Krankenhaus mit einem Sterbenden auf dem Zimmer, war Unfallzeuge, war einer der Pfadfinder, die in der Schonung einen

Toten fanden, war Rettungsschwimmer, war bei der Unfallhilfe und Medizinstudent im Nachtdienst mit Sterbenden. Ich habe das alles erlebt, gesehen, - Traumatisches, vielleicht situativ Traumatisierendes, wie so viele Menschen mit Kriegs- und Nachkriegssozialisationen. Und wie diese habe ich kein PTSD und keine traumabezogene, psychische Erkrankung und Problematik ausgebildet. Ich hatte allerdings auch immer Menschen, mit denen ich über Belastendes *entlastend* sprechen konnte und gesprochen habe und viele *protektive* und *salutogene* Erfahrungen in meinem Sozialisationsfeld.

Es gibt also nicht nur traumatische Belastungen in der Opfersituation "am eigenen Leibe", in Kriegszeiten, auf der Flucht, bei Naturkatastrophen, es gibt Traumata auch in professionellen Kontexten, bei der Schutzpolizei, der Feuerwehr, in der Kranken- und Altenpflege. Es kommen viele junge Schwestern und Pfleger in extrem belastende Situationen, z.B. bei plötzlichem und elendiglichem Sterbens von PatientInnen, in Situationen, in denen sie hilflos, ohnmächtig sind, vielleicht auch noch angeschrien werden – vom Arzt, von der Oberschwester -, warum sie "nichts gemacht" hätten. Hier gibt es oft keine Hilfe und Unterstützung, sondern eher Vorwurf und Konfrontation, weil die dazukommenden Fachkräfte auch betroffen und erregt sind. Das sind alles Erfahrungen, die zwar nicht am "eigenen Leibe", jedoch *partizipativ* leibhaftig erfahren werden, denn wir haben als Menschen die Fähigkeit, uns *affizieren* zu lassen. Wir werden affiziert, beeindruckt, nicht nur durch einen Schlag, den man erhält oder durch eine Verletzung. Der Eindruck ist das, was durch die Wahrnehmung auf mich zukommt, mich in Kontakt bringt mit einem Ereignis, mich berührt (konkret und/oder metaphorisch), bewegt, aufwühlt, erschüttert und in mir etwas hinterläßt. Insofern können derartige "*vikarielle*" traumatische Erfahrungen, die "stellvertretend" gemacht werden, die über *identifikatorische* Prozesse aufkommen, ein wichtiges Moment für die mögliche - nicht etwa zwingend eintretende - Entwicklung traumatischer Folgereaktionen sein. Beobachten und Miterleben "in situ" löst in Menschen sehr viel aus, oftmals nicht weniger, als wenn man das Ereignis "invasiv" oder "incisiv" am eigenen Leibe erlebt. Sehen wir einen Menschen mit einer offenen Schnittwunde, zieht sich in uns "alles zusammen". Es kann beim Miterlebenden durch "*Koaffizierung*" und "*Identifikation*" zu durchaus massiven und ähnlichen (keineswegs gleichen) physiologischen Reaktionen kommen wie beim unmittelbar Betroffenen. Vikarieller Streß bzw. Hyperstreß bedeutet gerade für Helfer, die in Katastrophengebieten bzw. bei Katastropheneinsätzen oder Extremsituationen arbeiten, ein nicht unerhebliches Risiko. Ich spreche bei Opfern von Gewalt – besonders von "*man made desaster*", welches ein erhöhtes traumatisierendes Potential hat – und bei Opfern von "*natural desaster*", von "schicksalhaften Katastrophen" (Erdbeben, Überschwemmungen, Seuchen etc.), bei Opfern bzw. Überlebenden, die solchem Geschehen hilflos ausgeliefert sind, von "*primär Traumatisierten*", die auch ein

erhöhtes PTSD-Risiko haben, eben weil sie unvorbereitet, in *ohnmächtigem Kontrollverlust* Tätern und Situationen ausgeliefert waren, wobei nicht selten auch ihre Lebensbasis und ihr Besitz (Haus, Berufssituation, soziale Netzwerke) beschädigt oder zerstört wurden. Sie haben "alles verloren". Man könnte bei Zeugen, die in traumatischen Situationen anwesend, aber nicht unmittelbar bedroht waren und bei Helfern, die *vorbereitet* im Katastropheneinsatz mit Grauenhaftem konfrontiert sind, aber tätig werden können, eine gewisse Situationskontrolle und Selbstwirksamkeit⁵ behalten und in der Regel auf ihre "sichere Basis" zurückkehren können, von "*sekundär Traumatisierten*" sprechen, die auch ein geringeres PTSD-Risiko haben.

3. Perpetrator-Traumatisierung:

Primäre traumatische Erfahrungen (Klasse A) können auch Täter treffen, denn sie bleiben keineswegs unberührt. Der junge Soldat, der im Nahkampf einem Feind, einem anderen jungen Mann ein Bajonett in den Bauch rammt und es – wie er es in der Nahkampfausbildung, der "Ausbildung zum Töten"⁶, gelernt hat – dabei dreht, um die Eingeweide zu zerstören, ist Täter und er bleibt von seinem Tun und von dessen Resultaten (Blut, herausgerissene Eingeweide, Schmerzensschreie, Todeskampf des Gegners) nicht unerschüttert⁷. Auch kriminelle "perpetrators", verbrecherische Gewalttäter, sind in der Regel von ihrem Verbrechen keineswegs unberührt. Ein Mensch, der eine Gewalttat im Affekt begeht oder in einem Sexual-, Zornes-, Bluttausch einen anderen Menschen verletzt, getötet oder mißbraucht hat, wird, wenn er aus seinem Rausch auftaucht und sein Opfer vor sich sieht, von Grauen ergriffen und fragt mit Erschrecken und Entsetzen: "Was habe ich getan?", es sei denn, er ist ein hochpathologischer (z.B. psychotischer, psychopathischer oder sadistischer) Gewalttäter oder ein durch seine Lebensumstände abgebrühter, verrohter Mensch. Aber gerade solche Täter sind oft deshalb so verroht, weil sie selbst Opfer gewaltgeladener Sozialisationsprozesse mit brutalen Mißhandlungen waren oder systematisch als Kinder auf Gewalt konditioniert wurden, wie der amerikanische Militärpsychologe *Dave Grossman*⁸ es für die Wirkung von gewaltfördernden Videospiele auf Kinder untersucht hat, Kinder, die – entsprechend konditioniert - dann nichts dabei empfinden, Klassenkameraden umzubringen oder zu foltern. Viele Täter können aber durch ihre Tat durchaus in eine Situation kommen, die man als *traumatisch* klassifizieren kann. In der Arbeit mit Tätern, sowohl im Bereich des sexuellen

⁵ Flammer (1990)

⁶ Grossman (1999); Biel (1999)

⁷ vgl. das Fallbeispiel in *Bremner, Marmar* (1997, 375); und das beeindruckende Buch von J. Schay (1998)

⁸ Biel (1999)

Mißbrauchs bzw. der sexuellen Gewalt als auch im Bereich der Gewalttäter in kriegerischen Kontexten oder im Bandenwesen, wo Raub, Mord, Körperverletzung an der Tagesordnung sind, sollte man die Erkenntnisse aus der Traumaforschung unbedingt berücksichtigen, weil es nicht nur das Phänomen der *Reviktimisierung*, des erneuten Opferwerdens gibt, sondern auch das Phänomen des *Reperpetration*, des erneuten Täterwerdens. Hinter diesem Phänomen des Reviktimisierens oder der wiederholten gewalttätigen Aktion steht u.a. eine spezifische Neurophysiologie des *Hyperarousals* oder *Numbings* und stehen bestimmte psychologische Mechanismen.

4. Tertiäre Belastungen (Klasse C):

Angehörige, Freunde und Helfer, die mit Traumaopfern nach dem "traumatic event" und außerhalb des traumatischen Kontextes, des Tatortes, der Katastrophensituation, des "continuums of casualties" zu tun haben, können durch Berichte, Gespräche, Beratungen und Therapien schwer belastet werden und besonders amerikanische Autorinnen⁹ haben von einer "Traumatisierung der Helfer" (Sozialarbeiter, Berater, Psychotherapeuten) gesprochen. Helfer "in situ" können traumatisiert werden, haben auch ein gewisses PTSD-Risiko. Nahe Angehörige sind ebenfalls in einem Risikobereich, wenn ihrem Kind, Mann, Bruder ein Trauma widerfahren ist. Aufgrund der starken affektiven Bindung können sie "allein durch Gedanken" an das grausame Geschehen "verrückt werden".

Bei Psychotherapeuten und Beratern möchte ich nicht von Trauma, sondern lieber von "*tertiären Belastungen*" sprechen, denn es ist schon ein großer Unterschied, ob ich zerrissene Menschen unmittelbar *sehe*, ob ich eigenem Verletzungsrisiko ausgesetzt bin, verletzt wurde, in Lebensgefahr stehe (*primäre traumatische Stimulierung Typ A*), ob ich als unbeteiligter Zeuge oder Helfer Blutgeruch *riechen* muß, der meine Physiologie in Höchstalarm versetzt (*sekundäre traumatische Stimulierung Typ B*), oder ob mir Schlimmes, Grauenhaftes, Horror *berichtet* wird: *tertiäre* belastende Stimulierungen (das Katastrophenopfer berichtet der Therapeutin von ihrer Verschüttung, der Katastrophenhelfer berichtet einem Berater, wie furchtbar es war, die Erdbebenopfer aus den Trümmern zu graben.) Es fehlt bei einem solchen Bericht die *unmittelbare sensorische Stimulierung* (visuelle Eindrücke, Geräusche, Gerüche etc.) und die damit evozierte *psychophysiologische Extremreaktion*. Deshalb ist es m.E. nicht angemessen, bei den Beratern, bei den PsychotherapeutInnen von "traumatischer Erfahrung" oder von "professionellem PTSD-Risiko" zu sprechen, sondern man sollte beim Begriff der "*Belastung*"

⁹ z.B. Pearlman, Saakvitne (1995)

bleiben. Durch ihr professionelles Training - z.B. Selbsterfahrung, Lehranalyse, Supervision - sollten TherapeutInnen mit "kritischen Lebensereignissen", biographischen Extremerfahrungen umgehen können, auf die Bearbeitung von Traumaerfahrungen vorbereitet sein oder zumindest wissen, daß sie für die Bearbeitung solcher Thematik nicht geeignet sind oder durch eigene biographische Vorschädigungen ein Risiko haben. Stattdessen erlebe ich in meinen Traumaseminaren immer wieder eine überraschende Blauäugigkeit, Selbstüberschätzung und häufig sogar eine gewisse Sensationslüsternheit, ein "sensation seeking" bei PsychotherapeutInnen. Ich konfrontiere das. Die Arbeit mit Traumaopfern ist schwer, aber man kann sich damit auch interessant machen bis dahin, daß sich KollegInnen hysterioform als "Primär- und Sekundärtraumatisierte" stilisieren. Ich finde das und einen Teil der damit verbundenen Literatur mit ihrem heroischem Beigeschmack ärgerlich¹⁰. Je schlimmer die Traumatisierung, je größer ist die Glorie des Helfers, der dann sogar selbst - im Dienst am Nächsten - Traumaopfer wird. Jede Krankenschwester muß mit direkten Traumaerfahrungen (Typ B I) umgehen, und das oft nicht nur einmal! (Typ B II). PsychotherapeutInnen sollten Traumatherapien nicht übernehmen, wenn sie mit den Themen nicht umgehen, sie nicht seelisch verarbeiten können und bei sehr hohen Belastungen sich nicht die professionellen Hilfen, die zur Verfügung stehen - z.B. Supervision, Coaching, Intervision - holen. Wir erleben derzeit eine generalisierte Überbewertung von Traumaerfahrungen in einer gewissen Psychotherapieszene, die hier ein neues Argument für ihre Existenzberechtigung gewinnt und wir finden eine beunruhigend große Zahl von "Spezialisten", die plötzlich für Traumaintervention "Expertise haben". Es sind auch viele Modelle da, die vorgeblich theoretisch konsistent und praktisch wirksam sein sollen und als wirksam "verkauft" werden, ohne daß ihr tentativer Charakter offengelegt wird, die Solidität ihrer theoretischen Basis (z.B. der Theorien von *Shapiro* 1998) befragt wird und die bestehenden Forschungen design- und methodenkritisch durchgesehen werden. Hier sind Sorgfalt, Vorsicht und Bescheidenheit angesagt. Mit den verschiedenen und zu differenzierenden bzw. differentiell zu behandelnden Gruppen traumatisierter Menschen, mit traumatischem psychischem Material und traumatischen Kontexten therapeutisch und beratend umgehen zu können, erfordert seelische Belastungsfähigkeit, persönliches Stehvermögen, Integrationskraft und *Menschenliebe*, erfordert viel Lebenserfahrung – durchaus auch eigene oder vikarielle Erfahrungen mit Belastungen und Traumata –, eine spezifische Sensibilität für dieses Thema und Empathie für Menschen mit Traumatisierungen und/oder PTSD. Schwere seelische Wunden, ja Erschütterungen der Persönlichkeit, die so beherrschend waren, das etwas "im Inneren zerbrochen", jemand "gebrochen, zerbrochen"

¹⁰ Pearlman, Saakvitne (1995)

wurde, sind mit therapietechnischen Interventionen allein nicht zu beseitigen. Seminare zu "Kurzzeitmethoden" der Traumatherapie sind m.E. ungeeignet, mit Trauma- und PTSD-Prozessen unerfahrene PsychotherapeutInnen für seriöse Behandlungen von Traumaopfern (victims) und Traumaüberlebenden (survivors) zu qualifizieren. Mittelfristige Weiterbildungsmaßnahmen auf der Basis einer guten Grundausbildung und fachlich kompetente, traumaspezifische Supervision sind hier die geeigneten Mittel der Weiterbildung für TherapeutInnen, die sich mit dieser Thematik ernsthaft und *auf Dauer* befassen wollen und die die Bereitschaft haben, das für die Behandlung von Trauma- und PTSD-PatientInnen erforderliche Engagement, ja die zuweilen notwendige Opferbereitschaft aufzubringen, weil hier, ähnlich wie in der Thanatotherapie¹¹, die Grenzen alleinig *professionellen* Einsatzes überschritten werden müssen, will man wirklich helfend und heilend wirken im Respekt vor der "Andersheit des Anderen"¹² und vor der Unfaßbarkeit des Grauens, die die Opfer erleiden, durchstehen, ertragen müssen, ein Grauen, das "nicht mehr vergessen werden kann"¹³. Es wird notwendig, als Helfer aus der grundsätzlichen Haltung einer „radikalen Ethik“ im Sinne von *Lévinas*¹⁴ und mit einem „ethischen Blick“¹⁵ an die Situationen heranzugehen, wie Casey die Intention des großen Beziehungsphilosophen aufnimmt.

5. Kollektive Traumatisierung (Klasse D):

Neben den "individuellen Traumatisierungen" sind in diesem Zusammenhang auch unbedingt "kollektive Traumatisierungen" in den Blick zu nehmen, denn sehr oft ereignen sich traumatische Erlebnisse in katastrophischen Makro- und Mesokontexten. Das kann einmal der Kontext von Krieg mit Bombardierungen, Schlachten, Pogromen, Massakern sein, es kann aber auch der Kontext eines totalitären Regimes sein mit Verfolgungen, Vertreibung, Deportation, Rassismus, Genozid, Folter und Unterdrückung oder der Kontext von Naturkatastrophen, z.B. Erdbeben, Wirbelstürmen mit Hungersnöten und Seuchen in ihrer Folge sein. Durch solche kollektiv katastrophenhaft erfahrenen Lebensbedingungen können die Menschen ganzer Regionen, Nationen, Völkerschaften traumatisiert werden. Der Genozid an den Armeniern, die Schoah, das Pol-Pot-Regime haben kollektive Traumatisierungen hinterlassen¹⁶. Der zweite Weltkrieg war für fast alle Völker Europas traumatisch, eine *Megakatastrophe*. Als weitere Beispiele von

¹¹ Petzold (1982n, 1999o)

¹² Levinas (1983); Petzold (1996j)

¹³ Petzold (1986b)

¹⁴ Kemp (1997)

¹⁵ Casey (1991, 1999)

¹⁶ vgl. Kuper (1981); Rose (1999); Gerlach (1998); Benz (1998); Ternon (1996); Zülch (1993); Gust (1993); Ohandjanian (1989); Zlepko (1988); Barron (1979); Schneider (1999); Förster (1999); Berding (1998); Grosser (1990); Dabag (1998)

Schreckensherrschaften wären neben vielen anderen der spanische Bürgerkrieg, der Terror *Stalins* oder das Regime *Pinochets* oder der griechischen Obristen zu nennen. Das Werk von *Antunes* (1997) zeigt am Beispiel Portugals, wie eine Nation durch die Diktatur *Salazars* traumatisiert wurde und welche kollektiven seelischen Folgen das haben kann: Gedrücktheit, Angst, Stumpfheit, Verlust von Aktivität und Expansivität, von kreativem Elan und von Entwicklungsimpulsen. Die Menschen sind eingegraut, entsolidarisieren sich unter dem Eindruck von Gewalt¹⁷. Die letzten Kriegsjahre und die Nachkriegsjahre im weltkriegsbetroffenen Europa zeigen solche Bilder kollektiver Traumatisierung. Die Phänomene der poststalinistischen Ära zeigen den Horror der Stalinherrschaft in Nachwirkungen, die bis heute in den Ländern der ehemaligen UdSSR wirken. Individuelle Traumata vor einem derartigen traumaverdüsterten kollektiven Hintergrund können schwer wiegen, weil so etwas wie eine "kollektive Vulnerabilität" entstanden ist. Die deutsche Nachkriegsgeschichte von der "Entnazifizierung" bis zur Goldhagen-Debatte machen deutlich, wie lange kollektive Verarbeitungsprozesse währen können¹⁸. Erst jetzt, nach mehr als einem halben Jahrhundert, konnte in Spanien die Machtergreifung und das Regime *Francos* im spanischen Parlament als Unrechtsregime und Terrorherrschaft öffentlich benannt werden, und vielleicht wurde diese Verurteilung möglich, weil ein mutiger spanischer Richter, *Baltasar Garzón*, einen anderen Menschenrechtsverletzer im Generalsrang, ja in der Position eines Staatsoberhauptes (einer Militärjunta allerdings), General *Pinochet*, unter Anklage stellte¹⁹. In solche kollektive Ereignisse ist das individuelle Schicksal, die persönliche Traumatisierung eingewoben.

Für *Kriegskinder* waren die letzten Kriegs- und die Nachkriegsjahre, die Trümmerfelder, das Nachkriegselend sicher belastende Erfahrungen. Das Klima des Wiederaufbaus, der Neugestaltung, der wechselseitigen Hilfeleistung war aber auch eine Erfahrung der *Überwindung* und *Neuorientierung*. Die Möglichkeit zu helfen bot einen Weg aus Ohnmacht und Kontrollverlust, die Versuche der „Wiedergutmachung“ eine Form von Vergangenheitsbewältigung. Für mich als kleines Kind war die Kriegs- und Nachkriegszeit ein erster Kontakt mit und Eindruck von der traumatischen Wirklichkeit einer *Megakatastrophe*, aber er verblaßte, ohne jemals ganz zu verlöschen. Stärker wurde ein Kontext für mich im Sommer 1963, als ich als junger Student bei den Aufräumarbeiten vier Tage nach dem großen Erdbeben in Skopje²⁰ mithalf. Das war eine ziemlich schlimme Erfahrung, wenn ich das *jetzt* betrachte. Damals habe ich das nicht so gesehen

¹⁷ Sofsky (1996)

¹⁸ Petzold (1996j)

¹⁹ vgl. dazu „Nürnberg ist überall“, *Der Spiegel* 44/1998, S. 184ff.

²⁰ 26.7.1963

und erlebt. Es war eher aufregend in dem Sinne, daß man etwas tun konnte, Menschen helfen konnte. Es entstand bei den jugoslawischen Studentenbrigaden und bei den jungen Soldaten, die als Helfer eingesetzt wurden und bei denen wir wenigen ausländischen Helfer eingegliedert wurden, damals "vor Ort" ein gewisser Aktionismus. Aktionismus von Katastrophen Helfern ist eine Übersteuerungsreaktion, die gar nicht so weit entfernt scheint von derjenigen der Opfer, die von der Katastrophe selbst betroffen sind. Der Unterschied zwischen den Helfern und den Opfern besteht darin, daß die Helfer (wie auch bei Verbrechen die Täter - wenngleich in ganz anderer Weise) die *Situationskontrolle* haben.

Traumatischer Streß ist nicht nur eine *physiologische Kondition*, sondern ganz wesentlich eine *psychologische Kondition* - auf der individuellen wie auf der kollektiven Ebene. Der *locus of control*, der Ort der Kontrolle, ist beim individuellen Opfer, bei der unterdrückten Minderheit, bei Menschen auf der Flucht *external*, d.h. sie sind ausgeliefert an die Täter, an die Situation, die keinen sichtbaren Ausweg hat, Situationen, die *Leonard Cohen* in seinen Texten "Die Opferung des Isaac" oder "The future"²¹ mit bedrückender Intensität vorträgt. Dagegen ist der Täter, sind die Angreifer, die Entsetzliches anrichten mit ihren Bajonetten, mit "hatches blunt and bloody" (*Leonard Cohen*) in der Kontrolle der Situation. Der *locus of control* ist *internal*. Angreifer sind oft in rasender Destruktivität gefangen, d. h.: die gleiche spezifische Hyperstreß-Physiologie, die das Opfer in "blinder Panik" fliehen läßt, macht den Täter zum "blindwütigen Berserker"²². Der Unterschied liegt in der *Situationskontrolle*. Die Helfer, die mit allen Kräften nach Vermißten wühlen, sind oft auch in einer solchen Hyperstreß-Physiologie. Aber: Auch wenn sie wissen, daß sie gefährdet sind, haben sie doch ein geringeres PTSD-Risiko, weil sie handlungsfähig bleiben. Die Handlungsfähigkeit auf der einen Seite und die absolute Ohnmacht, das Ausgeliefertsein an Menschen "auf Gedeih und Verderb" auf der anderen Seite sind bestimmend dafür, ob etwas als traumatische Erfahrung besonders schwere, irreversible Folgen hat und lange nachwirkt, und sie sind auch ein Prädiktor dafür, ob sich ein Posttraumatisches Streßsyndrom (PTSD) entwickelt oder nicht.

²¹ "The Future"

Give me back my broken night
 my secret room, my secret life
 it's lonely here,
 there's no one left to torture.
 Give me absolute control
 over every living soul
 and lay beside me, baby,
 that's an order!
Leonard Cohen, 1992

²² Schay (1998)

Nicht jede traumatische Erfahrung führt zu einem solchen Posttraumatischen Streßsyndrom. Mit Blick auf die Gesamtliteratur kann man sagen, es gibt etwa einen *Range* von 5% bis 55 %, je nach Form der Traumatisierung, Bezugsgruppe, Art und Weite der Definitionskriterien und Erfassungsinstrumente. Das alles ist indes so heterogen, daß eine seriöse Metaanalyse derzeit noch nicht möglich ist. Außerdem gibt es offenbar massive kulturspezifische Differenzen und genderspezifische Unterschiede. Wurden vor 1980 Lebenszeitprävalenzen in den USA von 1-2% für die Allgemeinbevölkerung angegeben - trotz Kriegszeiten und Veteranen aus dem zweiten Weltkrieg, dem Korea- und Vietnamkrieg -, so findet sich jetzt in der National Comorbidity Study²³ 5% für die Männer und 10% für die Frauen. In Deutschland hingegen liegt die Prävalenz (bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen) bei 0,4 % für Männer und bei 2,2 % für Frauen²⁴. Derartige Angaben verweisen auf massive kulturelle Bewertungen, so daß man fragen muß: Wie steht das in Rußland, in China, in Ruanda, in Chile? Was wird in welchem Kontext als "traumatischer Streß" attribuiert und wie tragen solche kognitiven "appraisals" und emotionalen "valuations"²⁵ zur Ausbildung eines PTSD bei? Derzeit erscheint es uns für viele Studien nicht möglich, zuverlässige Vergleichbarkeitsparameter zu erstellen, um die großen Differenzen und den breiten Range bei den verschiedenen Populationen, die massiver Traumatisierung bzw. traumatischem Streß ausgesetzt waren und ein "Posttraumatisches Streßsyndrom" entwickelt haben, zu erklären. Es ist folgendes zu beachten: In welchem Kontext und wann wurden die Daten erhoben, von wem (welcher Berufsgruppe, von Männern oder Frauen, von Selbstbetroffenen), für welche Population, mit welchen Vorannahmen und Zielen, welchen ideologischen oder politischen Absichten gar, mit welchen Fragenstellungen, welchen Instrumenten der Erhebung bzw. Untersuchung – Fragen über Fragen. Man muß sich diese Studien sehr sorgfältig ansehen und die Kontexte betrachten. Das gilt auch für Helferberichte oder Untersuchungen an Helfern. Handelt es sich um eine aktuelle oder abgeschlossene Naturkatastrophe, z.B. um ein Erdbeben, wo die Helfer nach dem Hauptbeben oder in eine Erdbebenphase und in Nachbeben hineinkommen? Ich habe diesen Unterschied 1964 wiederum in Jugoslawien als Helfer bei der großen Save-Überschwemmung in Zagreb²⁶ gemerkt, weil dort keine Außengefahr mehr bestand. Die Flut war abgelaufen und es war ruhig. Die "Situationskontrolle" für den Helfer erhöhte sich damit, weil das Maß der Bedrohung im Hintergrund geringer war. Eine Situation, wo noch akute Gefahr herrscht, wo die Bedrohung unmittelbar anrührt und Beunruhigung von Nachfolgekatastrophen "in der Luft" liegt, macht Bewertungen viel schwieriger, als

²³ Kessler et al. (1995)

²⁴ Perkonig, Wittchen (1999)

²⁵ Petzold (1997p)

²⁶ 26. Oktober 1964

wenn eine umgrenzte Traumasituation da ist, die abgeschlossen ist und wo man „nur“ an einen „Ort des Grauens“ kommt. Dabei ist es noch etwas anderes, wenn der Ort des Grauens das Resultat menschlicher Untaten ist (*man made desaster*) im Vergleich zu einer Naturkatastrophe (*natural desaster*). Wichtig ist auch die Frage, ob es sich um Typ-I-Traumata (in Klasse A oder B) handelt, um *einmalige „events“* von kurzer Dauer - z.B. einen Unfall - oder um *serielle traumatische Erfahrungen* - etwa wiederholte Vergewaltigung -, also um Typ-II-Traumata oder um zeitextendierte Polytraumatisierung (Typ III), wie sie in Kriegs- und Gefangenschaftssituationen mit dem Erleben von Massakern, Folter, Mißhandlung, Hunger, alltäglicher Gewalt einhergehen. Bei all diesen Traumtypologien spielen wieder die Prozesse der kognitiven Einschätzung, des *appraisals* und der emotionalen Bewertung, der *valuation*, der Situation, der Risiken und Ressourcen²⁷ eine Rolle. Die traumatische Situation bedingt nicht nur eine physiologische Reaktion, sondern sie ist immer eine „bewertete“ Situation. Und diese Bewertung wirkt bis in die Physiologie. Das kognitive *„appraisal“* findet überwiegend im präfrontalen Kortex statt und die emotionale *„valuation“* findet im limbischen System statt. Beide Bewertungsqualitäten wirken zusammen und müssen in der Einschätzung der traumatischen Erfahrungen zusammen angeschaut werden. Wenn man die empirischen Untersuchungen genauer betrachtet, dann sieht man, daß offenbar bei professionellen Helfern bei einem Brand oder bei Opfern von Verkehrsunfällen eine geringere Prävalenz gegeben ist, ein PTSD zu entwickeln. *Man made desaster*, z.B. bei Massakern, Folterungen, Tötungen, wie sie z.B. in Südafrika und im Kongo oder in einigen südamerikanischen Staaten stattgefunden haben und z.T. noch stattfinden, wo die Leute seriell (Typ-II) Opfer brutaler Grausamkeiten unterschiedlicher Art (Typ-III) in einer *kollektiven Atmosphäre* der Gewalt werden, wiegen besonders schwer. Solche unentrinnbaren Atmosphären *ergreifen* alle Beteiligten: diejenigen, die im Massaker wüten und diejenigen, die als Opfer flehend am Boden liegen und nichts tun können - absolut ausgeliefert an dieses „blinde Wüten“. Diese kollektiven Atmosphären von Ohnmacht und Gewalt findet man auch bei anderen Katastrophen, bei Naturgewalten, aber sie sind besonders desaströs bei Menschengewalt, z.B. in Kriegssituationen, in denen die Betroffenen insgesamt auf einem absolut übersteuerten physiologischen Niveau leben müssen und von den Atmosphären der Gewalt, des Schreckens, des Grauens und der Absurdität permanent *affiziert* werden.

²⁷ Petzold (1997p)

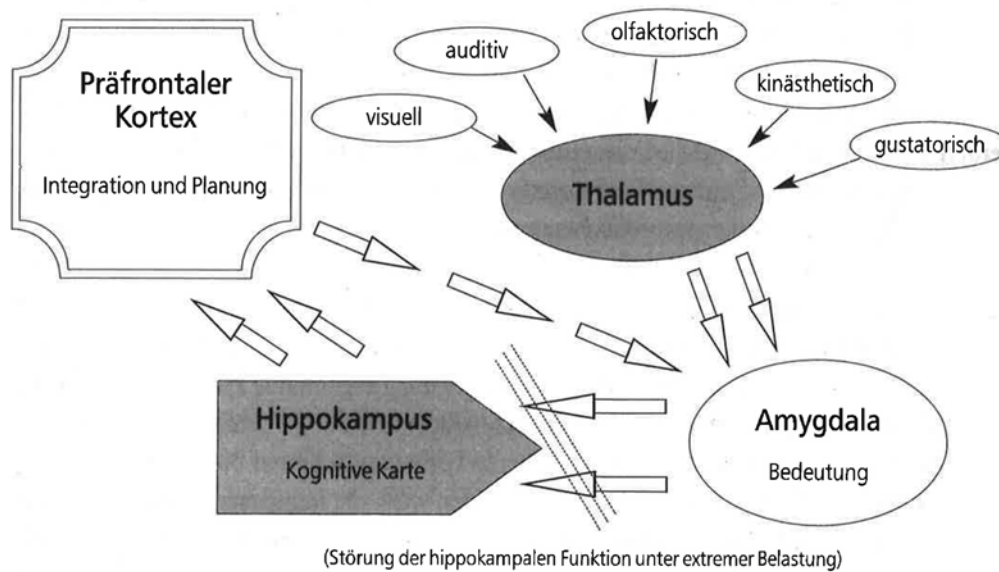


Abbildung: Schematische Darstellung der vermuteten Wirkungen traumatischer emotionaler Hocherregung auf die zerebrale Informationsverarbeitung insbesondere das deklarative Gedächtnis (van der Kolk 2000b, 237)

Die Abbildung ist ein **Modell**, mit dem *van der Kolk*²⁸ aus verschiedenen neurowissenschaftlichen Forschungen²⁹ sehr vereinfacht die Traumaphysiologie visualisiert, so wie sie sich für unseren **heutigen** Kenntnisstand darstellt. Das Wissen um die Zusammenhänge im Bereich der cerebralen Verarbeitungsprozesse oder des Zusammenspiels dieser Prozesse mit dem Immunsystem ist in beständiger Entwicklung, so daß Modelle wie das hier präsentierte immer mit einem gewissen "Vorläufigkeitsvorbehalt" betrachtet werden müssen. Sie gewinnen, wenn sie mit den Phänomenbeobachtungen und der klinischen Erfahrung konvergieren bzw. für diese einen explikativen Wert haben. Dies ist bei dem vorliegenden Modell in besonderer Weise gegeben, und darin liegt seine heuristische Brauchbarkeit. Man sieht schematisiert die Sinneseindrücke wie visueller Sinn, auditiver Sinn, kinästhetischer Sinn usw., unseren "perzeptiven Leib", der traumatische Überstimulierung aufnimmt. Auch Geruchs- und Geschmackssinn sind für eine Traumatisierung sehr bedeutend, wenn z. B. ein Opfer Blut in seinem Mund schmeckt, Blutgeruch riecht. Es gibt noch weitere *interozeptive* und *propriozeptive* Sinne, die im Traumageschehen eine sehr große Rolle spielen. Das sind die Sinne, die Blutdruck und Blutchemie oder die Atmungsvorgänge messen. Unsere Sinne vermitteln das, was in der "Außenwelt" ist, an das neuronale System. *Die "Außenwelt" ist in diesem Falle auch der eigene „Körper“*, obwohl das Gehirn und das gesamte neuronale System mit dem Körper, dem

²⁸ van der Kolk et al. (1996)

²⁹ LeDoux (1996); Hüther (1997)

vegetativen, bzw. dem immunologischen System, unlösbar zum „Leib“ verbunden ist³⁰, ist der Körper in einer gewissen Weise gegenüber dem Nervensystem auch ein Stück Außenwelt, d. h. es kommen Sinneseindrücke hinein und gehen in Verteilerzentralen, z.B. den *Thalamus*. Vom Thalamus geht ein Teil der Gesamtinformation über die Hirnrinde in den präfrontalen Cortex, wo eingegangene Informationen mit anderen Informationen aus vorangegangenen Erfahrungen vernetzt, versprachlicht, symbolisch umgesetzt und in Planungen ausgearbeitet werden und aus diesen Konnektivierungen die Situation eingeschätzt und interpretiert wird. Ein anderer Teil der Information geht aber „auf kurzem Weg“ direkt zum Mandelkern. Dieser leitet bei Gefahr dann direkt Schutz- und Notmaßnahmen ein, die allerdings durch die in der Hirnrinde verarbeitete Information moderiert werden kann. Bei Normalsituationen ohne „emergency character“ kann diese unmittelbar in der Amygdala verarbeitete Information auf das komplexere Niveau der Hirnrinde zurückwirken. Das limbische System und dessen Erregungszustände lassen sich also durch corticale Informationsverarbeitung puffern oder modulieren. Wahrscheinlich hat sie der Neocortex im Verlauf der Evolution u.a. deshalb entwickelt, weil wir Menschen auf Grund unserer geringen Ausstattung mit physischer Stärke und natürlichen Waffen - Reißzähne und Klauen - nur durch Besonnenheit, Nachdenken, planerische Entwürfe, Kreativität überleben konnten. Die Bahn vom Thalamus zum Cortex mit ihrer relativ „langen Leitung“ macht nicht nur den Informationstransport relativ „langsam“, auch das cortikale „processing“ der Information ist relativ komplex und damit „langsam“. Der Teil der Information, die auf kürzerer Bahn vom Thalamus in die *Mandelkerne* im limbischen System geht, ermöglicht in diesem cerebralevolutionär alten Hirnbereich - wie bei allen höheren Säugern - eine Art „basal emotionales Denken“. Man kann auch von *Arche-* oder *Paläokognitionen* sprechen. Tiere denken mit *Gefühlen*, die sie über Außen- und Innenzustände informieren und ihr Handeln orientieren. Die Vor- und Frühmenschen, der *homo habilis*, auch der *neandertaliensis* „dachten“ wohl auf diese Weise, ja das „human animal“ im *homo sapiens sapiens* denkt immer wieder in bestimmten Situationen auf diese Art einer ganz archaischen Überlebens- und Lebenssicherung, *Sichtung (screening)* und Klassifizierung bzw. *Markierung (marking)* der eingehenden Information: z.B. gefährlich/ungefährlich, lebensbedrohlich/sicher, eßbar/nicht eßbar (Beute) - alles Informationen, über die schnell entschieden werden muß, um unmittelbar in Aktion zu treten. Die Phänomene des „Anspringens“, „Aufschreckens“, „Hochfahrens“ sind Ausdruck eines markierenden, einschneidenden, den Strom der *awareness*, der ruhig fließenden organischen Selbstregulation durchschneidenden, basalen, emotionalen Eindrucks (*marking*), der „trifft“ (to hit the mark). Damit wird eine Markierung an das Informationspaket angeheftet, welches in den *Hippocampus* weitergeht. Der Hippocampus ist gleichfalls noch ein altes System des Gehirns, in dem kontextuelle Erfahrungen gespeichert sind. Wahrnehmungsinformationen rufen in ihm Szenen auf

³⁰ Damasio (1995); zur Differenzierung Leib/Körper vgl. *Petzold, van Beek, van der Hoek* (1994)

mit ihren Stimmungen, Erinnerungen an Emotionen, Situations- und Ereignisbewertungen (event valuation), ein Nachspüren, Nachsinnen als Durchforsten der hippokampalen Gedächtnisarchive auf Materialien, durch deren Kontextualisierung die krude Amygdalamarkierung differenziert wird, was in den "höheren" Zentralen des Gehirns in differentielltem Nachdenken, Vorausdenken und Planen elaboriert wird. Auch in der Amygdala sind durchaus Erfahrungen gespeichert, denn es gibt offenbar evolutionsbiologisch programmierte Lernerfahrungen, die z. B. bei Lärm, Blutgeruch oder Rauch bzw. Brandgeruch (auch bei Säuglingen ohne Vorerfahrungen) zu einem Reagieren mit einer "*stress physiology*" führen, bei der Amygdala, Hypothalamus, Hypophyse für ein adäquates Notprogramm sorgen. Zu den phylogenetischen Lernerfahrungen, aus denen solche Programme resultieren, kommen aus "Eindrücken" auch Erfahrungen hinzu, die wir in unserem Leben mit Gefahr gemacht haben: mit Gegenständen, Personen, Bewegungen, Ausdrucksverhalten von Personen. Sie werden in cerebralen Langzeit- und Kurzzeitspeichern – der Hippokampus ist ein solcher - archiviert.

Beim Ausdrucksverhalten von Menschen können wir annehmen, daß es biologisch-genetisch prädisponierte Schemata gibt, auf die wir ansprechen. Untersuchungen bei Säuglingen zeigen, daß diese in den ersten Lebenswochen mimische Gesichtskonfigurationen erkennen können, nicht im Sinne eines kognitiv-reflexiven Erkennens, sondern im Sinne eines reaktiven Erkennens. Sie können von der ersten nachgeburtlichen Woche an Mimik von Eltern spiegeln³¹, denn vorhandene mimetische Muster werden in ihrer Gesichtsmuskulatur von ihren emotionalen Gedächtnisspeichern innerviert. Säuglinge können auch auf ein Drohgesicht oder regungslose Mimik (*still face*) reagieren - es macht ihnen Streß - genauso wie sie auf das *Playface* reagieren können: Man lächelt und das Baby lächelt zurück. Das ist nicht das selbstinitiierte *social referencing*, sondern es ist ein Reflex auf das Gesicht des Erwachsenen. Das Drohgesicht, die Drohgebärde, das Gewaltgesicht, die Laute des Zorns, der Wut sind auch vom Säugling identifizierbar. Insofern kann angenommen werden, daß der hochrote Kopf, die zorneslodernden Augen und die brüllende Stimme den Mandelkern erregt, egal ob das bei einer häuslichen Auseinandersetzung, einer Prügelszene auf dem Schulhof ist, ob das bei einer heißen Kampfesphase im Fußballstadion ist oder bei den Führerreden. Wenn *Hitler* oder *Göbbels* gebrüllt haben, die Menschenmassen brüllend antworteten, hat das die Leute bis zum irrationalen, wahnsinnigen Aufschrei, der den "totalen Krieg" affirmierte, erregt³². Wenn dann auch noch blutrote Fahnen geschwungen werden, geraten die Mandelkerne noch mehr in ein *Hyperarousal*. Man ist alarmiert. Die Alarmierung kann entweder zu

³¹ Petzold, van Beek, van der Hoek (1994)

³² Petzold (1996j)

Flucht oder *Aggression* führen. Beides braucht Kraft, braucht Innervierung, muskuläre und respiratorische Aktivität, Erhöhung des Blutzuckerspiegels usw. Botenstoffe und Stresshormone bewirken eine "*stress physiology*". Das Signal zu kämpfen oder zu fliehen, wenn die Gefahr droht, verletzt zu werden, all das geschieht, wenn die bedrohliche Information in die Mandelkerne kommt und dort "signiert", d.h. physiologisch *markiert* an die Handlungszentren weitergeleitet wird. Es kann aber auch sein, daß die dort eingehende Information aufgrund der prädisponierten Gefahrenmuster blockiert oder umgeleitet wird. Sie geht dann direkt an das Aktionszentrum des Hypothalamus, der akute Notfallreaktionen einleitet und geht nicht mehr weiter zum Hippocampus, der Informationen zuordnet und mit biographischen Erfahrungen kontextualisiert, die grobe emotionale Kontextuierung der Amygdala etwas feiner macht, *differenzierte emotionale* Bewertungen ermöglicht, die ich als *valuation* bezeichne, durch welche wir dem Geschehenen einen feineren emotionalen Wert geben. Wenn die Informationen von der Amygdala zum Hippokampus durchgehen, wenn die "Markierung" besagt: "gefährlich, aber zu meistern", dann werden sie im Hippokampus mit abgespeicherten Informationen aus vorgängigem Erleben, mit Erinnerungen an frühere Erfahrungen (auch *Erinnerungen* an Gefühle, was emotionale Anmutungen, aber keine Affekte sind), angereichert und gehen weiter in den *präfrontalen Kortex*, wo sie noch einmal kognitiv feiner eingeschätzt und *ausgewertet (appraisal)*, in Plänen und Entwürfen ausgearbeitet werden. Durch *valuation* und *appraisal* werden bewährte Strategien des Handelns aufgegriffen oder aber auch neue geschaffen, was gewisse Zeit braucht. Deswegen ist die "kurze Leitung" von der "*Informationszentrale*" (*Thalamus*) in die "*Wächterzentrale*" (*Amygdala*) so absolut wichtig für unser Überleben. Damit wir schnell reagieren können, werden Informationsströme durch die Amygdala blockiert. Man denkt "emotional", denn Emotionen sind - wie gesagt - Arche- oder Paläokognitionen. Man läuft scheinbar in "blinder Panik" davon, folgt affektiven und motorischen Steuerungen. Das ist im Urwald, in der Savanne oder im Bergland sicher richtig, denn an diese *Ökologien* bzw. *Habitate* ist der Mensch über Millionen von Jahren adaptiert und wenn man sein Habitat, das Gelände kennt, dann kann man sich seinen Regulationsmechanismen überlassen. In einem "Großstadtdschungel" sieht das ganz anders aus. Man muß sich klar machen, daß die Hochkulturen der Menschheit, die 4000 bis 5000 Jahre alt sind, auf der evolutionären Uhr nur einige Minuten umfassen. In diesen jüngsten Minuten kann man sich nicht so leicht umstellen, denn evolutionärer Wandel braucht zehntausende von Jahren und mehr.

Ein Beispiel hierzu: Ich war in den 60er Jahren in Paris in einem kleinem Kino, in dem Horrorfilme gezeigt wurden. Dort brach während der Vorstellung ein Brand aus. Das Kino war sehr schlecht

ausgestattet, ohne Fluchtwegzeichen. Auf der einen Seite neben der Bühne züngelten die Flammen hoch. Die Leute waren erschrocken, aber relativ ruhig. Dann wurden oben die beiden Türen aufgemacht, die man als zwei helle Löcher erkennen konnte, und jetzt brach Panik unter den Kinobesuchern aus und alle stürmten hinauf. Ich befand mich unten am Rande der zweiten Sitzreihe, versuchte ruhig zu bleiben und fand tatsächlich hinter dem Vorhang noch einen Ausgang, nachdem ich durch einen Schlag in die Seite für kurze Zeit "außer Gefecht" gesetzt worden war, so daß ich ruhig werden konnte.

Hinterher erst wurde mir klar, was eigentlich passiert war. Die Menschen haben wie Höhlenbewohner im Neolithikum reagiert. Diese sind bei Katastrophen im Berg, bei Erdbeben, Wassereinbrüchen sicher auch immer zu dem „hellen Loch“ des Höhleneingangs hingeströmt. In den kleinen Horden von 10-20 Leuten war das sinnvoll und möglich, aber nicht mehr heute in einem Kino mit 100-200 Menschen oder mehr. Das panische Stürmen zum Licht war eine archaische phylogenetische Reaktion. Derartige atavistische Reaktionen von "Steinzeitmenschen" sind auch heute immer wieder in Gefahrenmomenten, in Kontexten der Jagd, auch der Menschenjagd, zu beobachten. Menschenjagd ist ein ubiquitäres Phänomen, denn überall auf der Welt werden Menschen auf die gleiche Weise gejagt. Jäger und Gejagte haben immer ein gleiches Muster, genauso wie Massaker, die auf der ganzen Welt in der gleichen Art und Weise durchgeführt werden. *Wolfgang Sofsky*³³ hat diese Abläufe ausführlich beschrieben. Es werden archaische Muster der Übererregung offenbar ausgelöst durch eine bestimmte Amygdalareaktion: die der Blockierung unserer "zivilisatorischen Erfahrung", unserer Möglichkeiten der besonnenen Überlegung und der rationalen Einordnung. Kopflose Flucht, Sprachlosigkeit, stummes Entsetzen auf der Seite der Opfer, wildes, blindwütiges Hinschlachten von Menschen in "sinnloser Raserei" auf der Seite der Täter treten an die Stelle der Vernunft. So „außer sich“, so aufgewühlt, übererregt, übersteuert sind die Täter, nachdem sie gewütet, gemordet, geschändet haben, daß sie erst durch Kaskaden von Cortisolausschüttung zu einer Hemmung, in einen Abschwung kommen müssen, um für die wenigen Überlebenden Milde „*walten*“ zu lassen. Sie müssen sich geradezu mit *Gewalt* zwingen, "Gnade *walten* zu lassen", "Nachsicht zu üben". Unsere Sprache zeigt sehr deutlich, daß dieser Prozeß des „Herunterfahrens“ von aggressiver Übererregtheit gar nicht so einfach ist. Und auch die Opfer haben natürlich alle Mühe, wieder „zu sich zu kommen“, weil sie „außer sich waren“, sich zu beruhigen, aus Entsetzen, Panik, der Streißphysiologie herauszufinden, zu sich zu finden. Das alles kann auch leicht umkippen, wenn die Fliehenden plötzlich Verstärkung bekommen, die Panik umschlägt in den erneuten Angriff und sie dann zu Jägern werden - auf der gleichen Physiologie aufbauend. Die psychophysiologischen Zustände sind gar nicht so unterschiedlich. Beides

³³ Sofsky (1996)

sind Hypererregungszustände, die wir durch unsere habituellen Erfahrungsmuster nicht mehr eingrenzen können, die durch rationale Besonnenheit, Nachdenklichkeit, Überlegtheit, Reflexion nicht mehr gesteuert werden können. In kollektiven Kontexten des Grauens, wo Angst und Entsetzen „herrschen“, kann es zu einem Exacerbieren des *Hyperarousals* kommen, wenn ohrenbetäubender Lärm, Schmerzens- und Schreckensschreie, unvorstellbare Bilder von brennenden Häusern, von Leichenteilen, verstümmelten Körpern, verspritztem Gehirn „auf uns einstürmen“, Rauch und Gestank, Pheromone, Geruch von Angstschweiß, Exkrementen, Blut, die den Raum erfüllen, uns „überfluten“. Das alles löst eine massive Streßphysiologie aus, zumal, wenn sich Menschen in ihrer Panik und ihrem Entsetzen wechselseitig „anstecken“.

Dies alles kann bei manchen Menschen eine *posttraumatische Belastungsstörung* im Gefolge haben. Sie kommen nicht mehr zur Ruhe, bleiben *alarmiert* oder doch so *sensibilisiert*, daß schon kleine Belastungen und geringfügige Auslösereize die „Streßphysiologie“, ein Hyperarousal auslösen. Dabei werden oft auch Phänomene „nicht-bewußt“ wahrgenommen.³⁴ Eine meiner Patientinnen, die jede Form von Auslösereizen phobisch vermied, keinen Fernseher hatte, keine Zeitung las, um nicht mit Katastrophenmeldungen konfrontiert zu werden, kam einmal - kaum fähig zu sprechen - in einem sehr hohen Erregungszustand zur Therapie. Er sei plötzlich und ihr unerklärlich auf dem Weg zur Behandlung aufgetreten, meinte sie. Nach einem beruhigenden „talk down“ unter Einsatz der von der Patientin beherrschten IDR-Entspannungstechnik³⁵ kam ihr das Bild einer Filmreklame in den Sinn, das eine Kriegsszene zeigt und das sie nur kurz auf dem Weg zur Therapie mit einem Blick aus dem Fenster der anfahrenden Straßenbahn an der Haltestelle auf einer Litfaßsäule gesehen und gar nicht „bewußt registriert“ hatte. Die Gewaltszene wird subliminal oder nur am „Rande des Bewußtseinsfeldes“ wahrgenommen, weil die Information zu schnell vorüber ist. Es wird aber eine Beunruhigung gespürt und nachfolgend ein intrusives Gefühl der Panik, so daß sie wieder völlig aufgewühlt war, von allen rationalen Interpretationsmöglichkeiten abgekoppelt. Bei solchen geringfügigen externalen „triggern“, die z.T. unterhalb der Bewußtseinsschwelle wirken, wird für PTSD-PatientInnen die Situationskontrolle schwierig, weil bei ihnen zuweilen „wie aus heiterem Himmel“ Phänomene auftreten, wie sie in der akuten Traumasituation eingetreten waren: die Sprache geht verloren, unaussprechliches Entsetzen, namenloses Grauen, *unvoicable horrors* ergreifen sie. Das müssen gerade die Psychotherapeuten, die so stark darauf zentriert sind, die Dinge *besprechbar* zu machen bzw. in Worte zu fassen, wissen, daß hier tatsächlich „keine Worte“ vorhanden sind für diese Ausnahmezustände und die hinter ihnen stehenden Situationen. Diese Blockierungen sind im Kern ein sinnvoller

³⁴ Perrig et. al. (1993)

³⁵ Petzold (1974j, 2000)

Überlebensmechanismus, denn ohne sprachliches *processing* kann man schnell handeln. Natürlich befinden wir uns nicht mehr im Urwald oder in der Savanne, sondern in ganz anderen, z.B. urbanen, jedenfalls in zivilisierten Kontexten. Und auch im modernen Krieg sind wir in anderen Kontexten, als in jenen, in denen wir unsere evolutionären Überlebensmuster gelernt, ausgebildet und genetisch verankert haben. Aber die Überlastungsereignisse im Kriegsgeschehen sind doch so massiv, daß sie die alten Kernmuster der Streßphysiologie aufrufen wie die Blockierung der verbalsprachlichen Verarbeitung. Für die Therapie ist Versprachlichung als Möglichkeit der Traumabewältigung als *das zentrale Mittel* der Wahl deshalb in Frage zu stellen. Wenn Menschen in der Steinzeit bei Katastrophen oder von marodisierenden Horden traumatisiert waren, haben sie wohl kaum die Geschehnisse "durchgesprochen", sondern sie haben sich vermutlich aneinander gekuschelt im Versuch, einen zwischenleiblichen "safe place"³⁶ herzustellen. Wir können das auch bei traumatisierenden Ereignissen heute sehen, wie Menschen sich aneinander klammern. Sie suchen beieinander Schutz, versuchen sich Halt zu geben, die Bedrohung durch körperliche Nähe zu kompensieren, denn Körperkontakt mit bergender Qualität beruhigt, bringt die panikspezifische Übererregung herunter oder hält sie auf einem „verkräftbaren“ Maß. Bei derartigen Katastrophen, das läßt sich bei Menschen und Tieren (z.B. bei Überflutungen) beobachten, rücken sogar die verfeindeten Gruppen zusammen.

Auf der Täterseite finden wir auch eine eigenartige Suche nach Zwischenleiblichkeit vor und nach der "Schlacht", und zwar in der Kameraderie zwischen Männern und im Sexualkontakt zwischen Männern und Frauen, auch in Form von Prostitution in Front- und Etappenbordellen. Diese Themen, "Zwischenleiblichkeit" und "Sexualität" im Kontext von Gewalt und Tod sind wissenschaftlich noch kaum untersucht. Hier ist Forschung dringend angesagt, um zu verstehen, warum es zu bestimmten Formen traumatisierender Gewalt kommt: Vergewaltigungen, Kastrationen, Verstümmelung, wie man sie transkulturell bei Progromen oder bei Eroberungen und Plünderungen findet. Die häufig mit diesen Ereignissen verbundenen Vergewaltigungen - man denke nur an die letzten Balkankriege - können verschiedene Funktionen haben: einerseits den "safe place des Zwischenleiblichen" zu entwerten und zu zerstören, andererseits das aggressive Hyperarousal der Täter durch einen erzwungenen Sexual- bzw. Körperkontakt in einen Abschwung zu bringen und damit in den Griff zu bekommen (vgl. die Funktion der Frontbordelle). Raub und Inbesitznahme des "Eigentums" ("Haus und Hof, Acker, Vieh, Weib und Kind und alles, was sein ist" - vgl. *Luthers Kleiner Katechismus*) des Gegners, neben seiner letzten Demütigung, daß er "die Seinen" nicht schützen konnte, Erniedrigung der vergewaltigten Frauen, ja Zerstörung der

³⁶ Katz-Bernstein (1996)

persönlichen Souveränität, die wesentlich in der persönlichen "Leibhabe" gründet³⁷, im Erleben: das ist mein Körper, über den ich Verfügungsrecht habe, ein Recht, das mit dem *Habeas Corpus Act* von 1679 das Subjekt als Souverän gegenüber dem staatlichen Subjekt festschreibt und damit im eigentlichen Sinne das freie Subjekt neuzeitlicher demokratischer Gesellschaften grundlegt. Die Integrative Therapie zentriert deshalb ihren klinischen und persönlichkeitsbildenden Ansatz in der Wiederherstellung, Bewahrung und Entwicklung der *persönlichen Souveränität* des Leibsubjektes³⁸, und hier liegt auch ein Schwerpunkt ihres traumatherapeutischen Konzeptes³⁹. Mit Vergewaltigung, Verstümmelung, Folter, Tötung wird natürlich das Leibsubjekt seiner Subjekthaftigkeit beraubt, wird ein „Dingkörper“, eine Sache, die zerstört, vernichtet, weggeworfen werden kann. Der Mensch verliert sein Menschsein, seine *Hominität*, die Frucht des Prozesses der *Kultur* ist - und der überschreitet die biologische Hominisation. In jeder Gewalttat - und das macht sie so furchtbar und jeweils zu einem *kollektiven Ereignis*, einem *Verbrechen gegen die Menschlichkeit, gegen die Menschheit* - liegt das ultimative Trauma in dem persönlich erlebten Angriff auf das *humanum* in seiner Essenz. Hier wird auch eine *physiologische* Argumentation - so wichtig sie auch ist, z.B. das Modell einer Amygdaladysregulation - überschritten werden müssen hin zu einer *existentiellen* und *anthropologischen* Argumentation, ja in der Konsequenz zu einer *ethischen* und *politischen* Perspektive: einer grundsätzlichen Verantwortung für den Anderen⁴⁰ und einer fundamentalen Unantastbarkeit der Menschenwürde.

Das alles - die Strukturen progromatischer Exzesse der Entweihung, Schändung, Erniedrigung, des Quälens, Vergewaltigens und Verstümmelns - wurde noch viel zu wenig überdacht und untersucht, weil Menschen sich scheuen - verständlicherweise - diese Situation oder Dokumente zu solchen Situationen auszuwerten⁴¹. Ich habe in der Begleitung von Forschungsarbeiten zum Thema Traumatisierung mit DissertandInnen und DiplomandInnen über Geschehnisse im ehemaligen Jugoslawien Krisensitzungen machen müssen, weil das Rezipieren dieser Dokumente - Bilder, Interviews mit Opfern - nicht nur eine intellektuelle Tätigkeit ist. Es entstehen Bilder vor den „inneren Augen“. Die Phantasie erschafft sie aus den Berichten. Sie haben große, z.T. überwältigende Intensität, indes von anderer Qualität als etwa in den *Jean-Claude-van-Damme*-Filmen „Cyborg“ oder „Universal Soldier“ oder in dem Vietnam-Bewältigungsversuch „Platoon“. Denn wir werden durch die Mediatisierung zwar erregt, aber wir wissen jederzeit: wir haben die Situation unter Kontrolle, dies ist Fiktion, wohingegen die Beschreibungen des

³⁷ Petzold, Orth (1997b)

³⁸ Petzold, Orth (1997b); Petzold, Steffan (1999b)

³⁹ Band (1993); Lüdemann (1996)

⁴⁰ Lévinas (1983); Petzold (1996k)

⁴¹ vgl. aber Bataille (1962, 1978)

„realen Grauens“, diese Daten des Schreckens, die in einer ruhigen Situation des Archivs, des Forschungskontextes ausgearbeitet und „seriell“ überdacht werden, die Realität nahe heranbringen. Da werden MitarbeiterInnen doch sehr stark - oft kaum aushaltbar - *affiziert*, hoch erregt oder bedrückt, zuweilen bis zur Depression, zum Abstumpfen, zwei Reaktionen, die keineswegs gleich, aber ähnlich wie bei den Opfern auftauchen, nämlich die Übererregung und ein Abstumpfen.

Hyperarousal und *Numbing* sind zwei wichtige Reaktionen, die beide eine klar protektive Funktion haben, nämlich das psychophysiologische Funktionieren des Menschen zu schützen und zu bewahren. Deshalb sollte man diese Reaktionen, ähnlich wie den Mechanismus der *Dissoziation*, den *Janet*⁴² als erster beschrieben hat, oder den der *Verdrängung*⁴³ nicht pathologisieren, wie es in der Regel bei den Freudianern und einigen Neo-Janetianern⁴⁴ geschieht. Solche Mechanismen sind evolutionsbiologisch konsistent entwickelt worden und wurden nicht ausselektiert. Sie sind deshalb zunächst einmal als sinnvoll anzusehen und müssen nur dann, wenn sie die Entwicklungen verhindern, etwa dadurch, daß sie sich generalisieren oder überakzentuiert weiterwirken, therapeutisch modifiziert werden: z.B. *Hyperarousal* zu Aufmerksamkeit, Wachsamkeit und *Numbing* zu Ruhe und Gelassenheit.

Frage aus dem Teilnehmerkreis: Wenn eine Person in diesem akuten traumatisierten Zustand in solchen Mustern der Übererregung oder des Stupors ist, dann ist ja eine sprachliche Verarbeitung zunächst zuerst einmal gar nicht sinnvoll. Das wäre dann ja sinnvoller, auch in archaischer Weise zu helfen, indem man die Person in den Arm nimmt. Und was ist mit den Tätern, die Unausprechliches getan haben?

HP: Es kommt in der Tat auf die Art der Traumatisierung an. Wir kennen aus der Beobachtung von Militärpsychologen das Phänomen des *buddying*, der Kumpelei: Wenn Soldaten vom Einsatz zurückkommen, besonders im siegreichen Fall, lassen sie sich oftmals volllaufen und grölen, nehmen sich in die Arme und hauen sich auf die Schulter, weinen. Diese Formen der Streßbewältigung sind - so schlimm das klingt - offensichtlich sehr „funktional“. Wir finden das auf der Täterseite überall. In den Auswertungen von *Alexander Primaveri*⁴⁵, der die Greuelthaten von Polizeibattalionen im Zweiten Weltkrieg dokumentiert hat, wird das Saufen und die Nähe immer wieder genannt. *Primaveri* beschreibt die „ganz

⁴² Janet (1889)

⁴³ Freud (1914)

⁴⁴ van der Hart et al. (1993); van der Hart, Steele (1997)

⁴⁵ Müller-Münch (1996, 5)

normalen Familienväter“ der Dortmunder Terrortruppe des “Polizeibataillon 61” nach vollbrachten Massakern: “Danach feierten sie voller Stolz bei Bier und Schnaps. An der Tür der Bar notierten sie auf einer Strichliste jeden ermordeten Juden”⁴⁶. Sedierender Suff und Kameraderie haben offensichtlich die Funktion dieses Hyperarousal herunterzufahren. Die entsprechende Physiologie tritt ein. Bei den Opfern - ich habe es bereits beschrieben -, entsteht das Bedürfnis des Festhaltens, des Haltens, der Nähe, zuweilen auch die sexuelle Hinwendung zu den Tätern im Sinne des “Stockholm Syndroms”.

Wir müssen traumatische Situationen sehr spezifiziert betrachten, um zu angemessenen Indikationen und Behandlungsstrategien zu kommen. Körperliche Berührung, stützende Nähe, von der wir auf Grund der Alltagserfahrung, aber auch aus Tierexperimenten bei Primaten wissen, daß sie eine beruhigende Wirkung hat, kann bei Opfern physischer Gewalt, Mißhandlung, sexuellem Mißbrauch, Folter genau das Gegenteil, nämlich Angst, Panik, Ekel, Entsetzen hervorrufen. Dabei kann das Setting eine wichtige Rolle spielen. Es ist etwas anderes, körperliche Nähe in der Gruppe herzustellen als in der Einzelsituation. In der Einzelberatung bzw. -therapie ist *strukturell* ein Mächtiger (Therapeut), der die Situation kontrolliert, mit einem Ohnmächtigen (Patient) zusammen, der über einen schwachen *locus of control* verfügt. In der Gruppe sieht das anders aus, dort wird Situationskontrolle von vielen gewährleistet - es sei denn, wir haben PatientInnen vor uns, die durch Gewalttaten von Gruppen traumatisiert wurden. In den Interventionsprogrammen spielt Gruppenarbeit eine wichtige Rolle, Gruppenarbeit, die nicht auf der Ebene konfliktzentrierter Psychotherapie verläuft, sondern auf der Ebene von Spiel, Bewegung, selbstgesteuerter Aktivität und sozialem Miteinander. Diese ressourcenorientierte Arbeit stärkt die *Souveränität* des einzelnen wie auch der Gesamtgruppe und dabei kommt Verbales und Nonverbales zum Tragen, sprachliche Verarbeitung und zwischenmenschliche Stütze. Man gewinnt auf diese Weise wieder Vertrauen zu Menschen. Das ist gerade bei Folteropfern wesentlich, denn bei ihnen haben wir die *Körpergeschichte* der direkten Einwirkung auf den Leib durch einen anderen Menschen im Hintergrund. Das ist qualitativ schon etwas anderes als die Verletzung bei einem Sturm. Physiologisch ist eine solche Verletzung durch Menschenhand nicht so weit entfernt von der in einer Naturkatastrophe erlittenen Verwundung, und dennoch ist sie qualitativ etwas ganz anderes, weil da die *Bewertung des Geschehens* mit hereinkommt, das Unfaßbare, das Unverständnis darüber, daß ein anderer Mensch mir das antun kann - obwohl in uns auch das tiefe eingeborene Wissen ist, daß Menschen so etwas tun können.

⁴⁶ ebd.

Frage: Sind denn alle Menschen potentielle Täter, die anderen Traumatisches zufügen können?

HP: Das ist eine schwerwiegende Frage. Ich denke, daß viele Menschen sich nicht an Progromen und Folterungen direkt beteiligen würden, aber - das haben die Konzentrationslager und Gulags gezeigt - doch noch viel zu viele. *Stalin* und *Hitler* haben die Millionen und Abermillionen Opfer ja nicht selbst hingeschlachtet. Jedoch geht es nicht an zu sagen: Diese beiden Psychopathen und ihre Helfershelfer waren die Täter. Die meisten Deutschen und Österreicher wußten von den Lagern und haben nicht gehandelt. Die Schweizer wiesen Flüchtlinge an der Grenze zurück: "Das Boot ist voll!" Unter einer solchen Perspektive sind fast alle Täter. Wir haben alle die *Möglichkeit* in Progromen zu entgleisen, auch wenn nicht jeder eine solche Entgleisung zulassen wird. Wir haben alle die *Möglichkeit*, uns an einer Menschenjagd, zu beteiligen, in den "Strudel der Ereignisse" gerissen zu werden. Vor etlichen Jahren war ich selbst an einer Menschenjagd beteiligt. In Amsterdam, in einem kleinen Park schrie eine alte Frau: "Meine Handtasche ..., da hinten, da läuft er..." Und plötzlich setzen sich die Leute in Bewegung, Männer rannten einem Jogger nach. Ich auch. Nun, andere waren schneller, und als ich ankam, lag der Mann bereits am Boden und wurde von den Verfolgern getreten und geschlagen. Ich bin dazwischengegangen. Makabrer Ausgang: Der Läufer hatte gar keine Handtasche, die stand noch unter der Parkbank. Die alte Dame war etwas desorientiert. Es reichte nur der Ruf: "Der hat ..." und dann liefen die Leute auch schon los. Die Bewegungsmuster der anderen Laufenden haben mich angesteckt. Die Atmosphäre der Jagd „ergreift“. Nach *Hermann Schmitz* sind „Atmosphären ergreifende Gefühlsmächte, die randlos in den Raum ergossen sind“ und deshalb jeden ergreifen. Das erklärt, warum Gefühle mit ihrer atmosphärischen Qualität "anstecken", so daß sich Gewalt und Aggression auf der Täterseite sowie Panik und Furcht auf der Opferseite "massenhaft" ausbreiten können. Das macht auch verständlich, warum die Arbeit mit Traumapatienten oder in traumatischen Situationen so belastend sein kann. Es werden aber auch Perspektiven für alternative Wege der Behandlung durch diese Phänomene eröffnet, denn wenn ich hier Bilder evoziere und das rhetorisch herüberbringe, mit der Stimme Erregung transportiere, „ergreife“ ich die Zuhörer durch die Atmosphäre, die ich schaffe, „schlage sie in Bann“ durch diesen Effekt der "Ergriffenheit" von der Atmosphäre (des Grauens und der Gewalt) als Massenphänomene bzw. Gruppenphänomene.

Genauso können auch Atmosphären der Entlastung, Beruhigung, des Trostes, der Freude und Heiterkeit Menschen ergreifen und ergriffen machen. Hier liegen wohl wichtige Möglichkeiten einer effektiven Traumatherapie und eines effektiven *Debriefings* durch ein *emotionales "Unstimmen"* sowohl in soziotherapeutischen

Maßnahmen, in Sozialprogrammen mit Gruppen von Traumapatienten, z.B. bei Migranten durch Aktivitätsgruppen und *Netzwerkarbeit*⁴⁷, durch kreativ- und bewegungstherapeutische Angebote⁴⁸. Und auch im dyadischen Therapiesetting wird mit "Umstimmungen" gearbeitet, indem man die Effekte des "Aufsetzens einer anderen *Miene*"- etwa eine „Neugiermiene“, eine „Lächelnmiene“ - erprobt, denn durch die "*movement produced information*" der Gesichtsmimik, durch das motorische Muster der Emotion in Mimik, Gestik, Bewegung, das an das Gehirn weitergemeldet wird, kann durch diesen "*bottom up approach*"⁴⁹ die cerebrale Reaktion verändert werden, die Haltung verändert die Stimmung⁵⁰. Die Streßphysiologie wird auf eine andere Ebene transformiert und das ist wesentlich ein emotionales Geschehen. Es geht also keineswegs wie im EMDR primär um ein kognitives Informationprocessing. Man muß eigentlich mit Atmosphären "manipulieren" können. Nun sind ja alle therapeutischen Interventionen „manipulativ“. *Man kann in Therapien nicht nicht manipulieren*. Wenn man das ehrlich und strukturlogisch genau betrachtet - und das ist gerade in der Behandlung von TraumapatientInnen wesentlich -, kann man dem nicht entgehen. Man kann die „Manipulationen“ nur intersubjektiv, ethisch, klinisch, wissenschaftlich *legitimieren*. Man muß deshalb den Patienten, so weit das irgend möglich ist, über das aufklären, was geschieht, *informed consent* herstellen, und seine *compliance*, seine Kooperation zu erlangen suchen. Vor allen Dingen muß man von ihm die Legitimation erhalten, diese „Manipulationen“ vorzunehmen. Dabei ist Druck und Einschüchterung zu vermeiden, wie man es manchmal bei Traumatherapien findet, die mit Expositionstechniken arbeiten und von der *Ideologie* gefangen sind, die traumatischen Situationen *müßten* wieder „durchlebt“ werden, der Patient *müsse* sich der Situation erneut stellen. Das ist eine sehr problematische Konzeption, bei der schwerwiegende ethische Vorbehalte zu machen sind und auch klinische, denn es besteht doch eine erhebliche *Retraumatisierungsgefahr*. Es gibt auch andere Wege. Auf jeden Fall muß das Wohl des Patienten, der "*client welfare*", an erster Stelle stehen, und dazu gehört auch der Respekt vor seiner Würde und seiner Entscheidung, weil gerade Traumaopfern oft die Würde und Selbstentscheidung genommen worden ist. Deshalb ist auch bei Suggestivtechniken Vorsicht geboten, oder bei Methoden der Krisenintervention, aber das ist nicht immer einfach. Jede hypnotische Beeinflussung oder jedes *Debriefing* ist natürlich eine „Manipulation“, um diese psychologischen und physiologischen Konditionierungen und Dysregulationen in den Griff zu bekommen.

⁴⁷ Hass, Petzold (1999)

⁴⁸ Iturra, Petzold (1996)

⁴⁹ Petzold (1992b); Bloch, Lemeignan (1992)

⁵⁰ vgl. die empirischen Studien hierzu von Döring-Seipel (1996)

Das dargestellte Modell der Hippokampusblockierung und der Amygdala-Dysregulierung ist schon sehr brauchbar und gründet in den Forschungen von *Joseph LeDoux* u.a. Die Erkenntnisse sind teilweise aus Tierversuchen gewonnen, teilweise im PET, in der Visualisierung von Hirnphysiologie durch bildgebende Verfahren. Wir können auf dem Computerbild sehen, daß bei PTSD-Patienten im Vergleich zu Nicht-PTSD-Patienten in alarmierenden Situationen deutliche Farbunterschiede zu sehen sind.⁵¹ Die Farben sind "Metaphern" für physiologische Prozesse im Gehirn. Bei beiden Probanden leuchtet die Amygdala hellrot bis orange auf. Beim Nicht-Traumatisierten zeigt der Bereich des Hippocampus und des präfrontalen Kortex mit der hellgelben Farbe einen hohen Stoffwechsel. Bei dem PTSD-Patienten wird der Hippokampus grün-blau, der präfrontale Kortex grün, d.h. wir haben hier ein Absinken der physiologischen Aktivität, die Funktionen sind blockiert. Das korreliert mit Ergebnissen, die man bei Vietnamveteranen mit chronifizierten PTSD gefunden hat, bei denen ein meßbarer Gewichtsverlust des Hippocampus nachgewiesen wurde. Hier ist es offensichtlich zu irreversiblen Schädigungen gekommen. Zur Erklärung gibt es verschiedene Hypothesen. Einmal die einer cortikosteroiden Fehlsteuerung bei den PTSD-Patienten. Es kann auch sein, daß die dauerhafte Unterfunktion im Sinne einer Disuse-Hypothese Konsequenzen hat, d.h. Zentren, die nicht optimal gebraucht werden, bilden sich zurück und es kommt durch diese Dysfunktion zu irreversiblen Schäden. Das alles ist für Psychotherapeuten, die mit Traumapatienten, insbesondere PTSD-Patienten arbeiten, wichtig zu wissen. Die klassischen Behandlungskonzepte greifen hier nicht.

Frage: Sie erwähnten im Zusammenhang mit der Brandsituation im Kino, daß Sie sich nicht haben ergreifen lassen, sondern Sie haben Ihren Cortex benutzt und nach einem anderen Ausgang gesucht. Was ist die Erklärung, daß einige Individuen diese Blockierung nicht haben?

HP: Von Panikblockierung können wir eigentlich alle betroffen werden. Die Frage ist, ob die Blockierung sich fixiert oder ob man "sich wieder fängt". Diese Frage ist schwierig zu beantworten. Es ist durchaus anzunehmen, daß bei der Gruppe der Menschen, die ein PTSD entwickeln, eine genetisch prädisponierte Vulnerabilität vorliegt. Wir sind keine "unbeschriebenen Blätter", sondern bringen Ressourcen mit und/oder Vorschädigungen. Menschen haben Geschichte, Geschichte mit traumatischen Erfahrungen, mit Hyperstress, mit Dysregulationen. Ich war durch die Tätigkeit als DLRG-Rettungsschwimmer und bei der Johanniter-Unfallhilfe wohl einigermaßen "krisenfest". Es war aber vielleicht auch der Stoß in die Rippen, der mir eine unfreiwillige Verschnaufpause gegeben hat, so daß ich ruhig

⁵¹ van der Kolk et al. (1998)

werden konnte. Ich mache auch von Jugend an Kampfsport. Man lernt dabei sich zu konzentrieren und kann eine "ruhige Physiologie" herstellen. In den Traumapräventivtrainings, die von uns für Schutzpolizisten und Feuerwehrleute entwickelt worden sind, haben wir auch Übungen aus den Budo-Künsten hereingenommen, insbesondere die Zentrierung über Atem und innere Orientierung.

Frage: Für mich ist noch die Frage nach dem Umkehrungseffekt offen, wie man vom Helfer zum Täter werden kann, der beim Beispiel mit der gestohlenen Handtasche kam. Da wurden Leute aktiv - mit Negativkonsequenzen. Ich finde mich aber auch in einer Gesellschaft, in der man nicht handelnd eingreift oder wo die Leute bei Hilferufen passiv oder erstarrt sind. Wie ist das zu sehen?

HP: Das ist Abschottung, eine Möglichkeit, Gefahr zu entgehen. Man hält sich raus. In dem Moment aber, wo sich eine Gruppe zusammenrottet, kommt es zu "Mitläufermustern". Es ist immer besser in der Gruppe der Jagenden zu sein als in der Gruppe der Gejagten. Das ist evident. Und dort war so eine Situation. Es ist etwas anderes als in einer gefährlichen Situation, z.B. in der U-Bahn, wenn da drei bis vier Jugendliche jemanden angreifen. Hier geht die "Gefahrenphysiologie" hoch: Man "verdrückt sich", "macht sich dünne". Dann gibt es auch noch die sensationslüsternen Zuschauer, die sich am Grauen weiden, sich einen "physiologischen Rausch" holen. Gräßliches stimuliert, wie die Spektakel der öffentlichen Folterungen, Vierteilungen, Hinrichtungen im Mittelalter - aber auch heute noch, z.B. in Uganda, China - zeigen. Wir Menschen produzieren unseren eigenen physiologischen Cocktail, das ist nichts Ungewöhnliches. Es gibt auch Leute, wie die Extremsportler oder gewalttätige Fußballfans, die adrenalinsüchtig sind. Man muß das alles sehr situationspezifisch betrachten.

Frage: Mich beschäftigt noch die Frage der individuellen Traumageschichte, inwieweit Traumen, die erlebt wurden, auch einen Schutz darstellen. Das würde zu dem Gedanken führen, ob eine zu behütete Kindheit für Traumata anfällig macht.

HP: Es gibt durchaus das Theorem der psychischen Immunisierung⁵² durch belastende Erfahrungen, die so "dosiert" waren, daß sie bewältigt werden konnten oder das Konzept der "psychischen Impfung" in der Traumatherapie⁵³ - kein unproblematisches Konzept. In unseren Projekten in Jugoslawien konnten wir die Beobachtung machen, daß Kinder aus sogenannten „Unterschichtsfamilien“, die

⁵² Rutter (1991)

⁵³ Meichenbaum (1994)

harte Sozialisationsbedingungen hatten, lebensstüchtig werden mußten, mit den schlimmen Situationen, denen sie durch Krieg, Flucht, Vertreibung ausgesetzt waren, offenbar besser fertig wurden als Kinder aus „guten Familien“, die durch die grauenhaften Ereignisse „aus dem Himmel in die Hölle, in den unvorstellbaren Horror“ fielen, wie ein jugendlicher Lehrersohn das formulierte. Für diese Kinder war unter den spezifischen Bedingungen der Kriegs- und Katastrophensituation die gute, „normale“ Kinderstube ein Risikofaktor. Wir lernen ja durch die Bewältigung von schwierigen Situationen und werden mit Copingmöglichkeiten ausgestattet. Forschungsergebnisse zeigen, daß Menschen, die schwierige biographische Karrieren hatten, z.B. Soldaten der Unterschicht im Vietnamkrieg im Vergleich zu solchen der Mittelschicht, eine höhere *Resilienz* gegenüber traumatischem Streß hatten, es also so etwas wie eine psychische Immunisierung gibt. *Michael Rutter*⁵⁴ hat die "protektiven Faktoren" als solche Effekte bezeichnet, die so etwas wie eine psychologische Immunisierung ermöglichen, so daß dosierter oder bewältigbarer traumatischer Streß zu einer *Resilienz*, einer Widerstandskraft führt. Ich vertrete eine andere Position: Protektive Faktoren sind zu kostbar, als daß sie nur in der Funktion des *buffering*, des Abpuffern und der Erzeugung von *Resilienz* zum Tragen kommen⁵⁵. Sie sind als solche sehr wichtig für die Entwicklung einer „souveränen Persönlichkeit“⁵⁶. Das Resilienzkonzept muß mit Vorsicht betrachtet und differentiell gesehen werden. Erfahrungen, Lebenserfahrungen mit schwierigen Situationen *können* einerseits zu einer Stärkung von Überlebensmustern führen - kein Zweifel -, zum anderen aber kann es auch sein, daß Menschen auf Dauer ausbrennen, wenn die Belastungen zu groß werden und es nicht mehr möglich ist, sie zu kompensieren. Dann wird die Haut dünn und reißt. Es kommt zum Burnout, zu Dekompensationen oder es kommt zu einer generalisierten Verrohung, wie bei den Formen von Soldateska, Formen des gewalttätigen Bandenwesens, Marrodeure, die ständig traumatische Ereignisse sowie deren Opfer schaffen und zugleich am Horror partizipieren. *Van Dammes* Film "Cyborg" zeigt diese Phänomene. Es ist ja nicht so, daß der Täter nicht affiziert wird. Der weiß sehr wohl, was es heißt, Opfer zu sein, genauso wie ehemalige Opfer, die an die Macht kommen, sehr schnell ganz grausame Täter werden können, weil Opfer und Täter keine voneinander geschiedenen Realitäten sind. Sie bilden *in situ* eine *Konfiguration*, die eine konfigurale und kontextualisierte Betrachtung notwendig macht. Die Blockierungen zum Hippocampus, die auf der Opferseite Apathie, das Numbing erzeugen, auf der Täterseite Abstumpfung und Verrohung, können in Katastrophenzeiten lebenssichernd werden, wenn sie Überlastungen abpuffern. Auf Dauer verhindern

⁵⁴ Rutter (1991)

⁵⁵ Petzold, Goffin, Oudhof (1993)

⁵⁶ Petzold, Orth (1997b)

sie aber, daß eine *Wellnessphysiologie* aufgebaut werden kann und die normale Regulationsfähigkeit erhalten bleibt. Der Mensch hat nämlich die Fähigkeit, Streß zu erleben, zu durchleben, in ein Arousal oder Hyperarousal zu kommen, dann aber auch wieder abzuschwingen, sich zu erholen, um wieder eine gute Spannung aufbauen zu können. Ein *Abschwung* ist kein *Numbing*, durch das man in einer chronifizierenden Apathie, in Resignation oder Verrohung bleibt. Das ist die andere Gefahr neben der der Übererregbarkeit. Hier denke ich, muß die Therapie einsetzen.

Wir wollen verhindern, sofern das möglich ist - die Ergebnisse der *Debriefings* sind eher mäßig, d.h. es lassen sich bislang keine Effekte für eine PTSD-Prophylaxe nachweisen -, daß sich ein PTSD etabliert. Das Trauma hat sich in den Körper eingegraben, schlimme Erlebnisse haben sich dem *Körpergedächtnis*⁵⁷ - nicht nur der szenischen Erinnerung als mentalem Geschehen - eingeschrieben (*inscripting*) als eine spezifische Physiologie: „the body keeps the score“⁵⁸. Und diese in den Leib ein-gedrückten Erlebnisse, traumatische Eindrücke, eingegrabene Körpergeschichten, haben die Tendenz, sich fortzuschreiben. Diese "*body narratives*" wieder umzuschreiben (*rescripting*) in eine andere Erzählung, das wird Aufgabe von Therapie sein. Das *rescripting*, dieses Umschreiben ist im Wesentlichen eine Veränderung der Art und Weise, wie wir auf Außenstimulierungen und Innenstimulierungen reagieren, bedeutet eine Veränderung der Erlebensmuster, der *intrusiven Gedanken*, *Emotionen* und *Propriozeptionen*. Von den meisten Traumaforschern und -therapeuten wurde nicht ausreichend beachtet, daß Menschen auch überflutende intrusive, eindringende *Propriozeptionen* haben neben den bedrängenden Emotionen. Es sind nicht nur die *Bilder* als Flashbacks da, eine quasi halluzinatorische Vergegenwärtigung der Traumaereignisse, die nicht kontrollierbar ist, sondern es wird immer die "*ganze Szene*" evoziert, und die *ganze Szene geht quer durch den Körper*. Man kann *Szene und Leib* nicht voneinander trennen. Man wird von dem Geschehen der Szene ergriffen, stimuliert und trägt zugleich zum Verdichten des Geschehens bei - die eigenen Entsetzensschreie stimulieren die Opfer und die Täter gleichzeitig. Gewalt und Entsetzen, Bedrohung und Furcht sind *emotionale Konfigurationen*, das gilt es zu beachten. Das ins Gedächtnis eingeschriebene Bild des Täters bleibt, auch wenn der Schrecken vorüber ist, *anwesend als Potentialität* - er könnte wiederkommen!⁵⁹ Er bleibt gegenwärtig mit seiner Atmosphäre der Gewalt, die mir „durch und durch“ gegangen ist, „in die Knochen gefahren“ ist, unauslöschlich. Wir haben jetzt in diesem Vortragsaal eine sehr

⁵⁷ Hermant (1986)

⁵⁸ van der Kolk (1994)

⁵⁹ vgl. hier den Psychoschocker „La sindroma de Stendhal“, Regie: Dario Argento, Italien 1995, Cine 2000, Medusa Film; dtsh.: Das Stendhal-Syndrom, Splendid Video 1996

dichte Atmosphäre, und wenn jemand jetzt aus einer lockeren Atmosphäre von draußen hereinkommen und sich hinsetzen würde, würde er von der Atmosphäre ergriffen, d.h. in ihm würden Bilder und Stimmungen evoziert werden, die ihn "umstimmen", eigenes biographisches Material aufrufen. Seine mimischen Signale, seine innere Haltung, die sich veräußert, trägt dann wiederum zur Atmosphäre bei. *Atmosphären sind akkumulativ*, werden angereichert durch jede neue Person, die hinzukommt. Sie verdichten sich in dieser Art und Weise. Deswegen müssen wir schauen, daß Leute aus akkumulativen Atmosphären der Tristesse herauskommen, wie sie im Lagerleben von allen Seiten generiert werden - die serbischen Flüchtlingslager, schlecht versorgt und abgeschrieben, weil sie eigentlich nicht da sein dürften, haben mir das unlängst in bedrückender Weise deutlich gemacht. Hier perpetuieren sich die posttraumatischen Ereignisse, weil sie durch die politischen Rahmenbedingungen und die alltägliche Bedrückung bekräftigt und gefördert werden. Eine Dekonditionierung kann nicht stattfinden. Aber auch wenn Flüchtlinge in Auffangeinrichtungen in Deutschland, Österreich oder in den Niederlanden sind und immer damit rechnen müssen, daß sie "repatriert" werden, "rückgeführt", "ausgeschafft", so daß sie ständig unter einer Bedrohung leben, ist unter einer solchen Bedrohung eine konsolidierende Traumatherapie nicht oder nur äußerst schwer möglich. Ein Dach überm Kopf und Nahrung allein genügen nicht, weil der Druck einer oft gnadenlosen Regierungsbürokratie eine innere Beruhigung unmöglich macht. Sie bekommen oft einfach nicht die drei oder vier Jahre "Asyl", eine "Freistatt", einen "Zufluchtsort", Zeit, die erforderlich ist, um eine Konsolidierung zu ermöglichen

Frage: Das vorgestellte Traumamodell bezieht sich ja auf plötzliche Ereignisse. Gibt es sowas wie eine schleichende Traumatisierung?

HP: Ich denke nicht. Wir haben da eher Burnoutprozesse als chronische Überlastungen und/oder Defizite als chronifizierte Unterstimulierungen - wir haben in unserem theoretischen Ansatz deshalb den Oberbegriff der "*Schädigung*" gewählt⁶⁰. Unter "*Schädigung*" fassen wir "*Traumata*" als internale und externale Überstimulierungen, "*Defizite*" als Unterstimulierungen oder einseitige Stimulierungen (Monotonieeffekte, z.B. longterm shelter, Leute, die Monate im Bunker verbracht haben), weiterhin "*Konflikte*" als gegenläufige Impulse, die aufeinandertreffen und nicht gelöst werden können und "*Störungen*", wo Regulationsprozesse ständig unterbrochen werden. Ich würde die Defiziterfahrungen also nicht unter dem Begriff Trauma subsumieren, weil sie therapeutisch auch anders angegangen werden müssen. Wir haben natürlich in Krisen- und Notsituationen eine multifaktorielle pathogene Situation, in der wir traumatische Ereignisse, existentielle Konflikte, Mangelsituationen, Demütigungen und vieles andere

⁶⁰ Petzold (1992a, 1996f)

mehr finden. Wenn wir mit Menschen arbeiten, die aus dem ehemaligen Jugoslawien kommen oder aus bestimmten Bereichen der Türkei - meine ersten Therapieerfahrungen mit Traumapatienten machte ich 1980 in einer multiethnischen Gruppe mit chilenischen Emigranten, Leuten, die bei den griechischen Obristen und bei Tito im Gefängnis gesessen hatten. Da muß man sehr flexibel sein. Die Situationen der Menschen müssen ganz unterschiedlich angegangen werden, denn die *verschiedenen* Traumata und die chronifizierenden Mangelsituationen hinterlassen *in ihrer Kombination* auch im Körper Spuren. Wir nennen sie *Narrative - body narratives* -, d.h. eine Erzählung, die in den Körper, in das Leibgedächtnis eingeschrieben ist, und zwar nicht nur als eine verbale Erzählung, sondern eine *physiologische Erzählung*, die in meine Physiologie hineingeschrieben ist, "auf den Leib geschrieben", "in Fleisch und Blut übergegangen" ist. Jede Gramfalte, die gebeugte oder aufrechte Haltung, ein restringiertes oder freies Atemmuster, eine ständige Übererregtheit oder eine gute Entspanntheit, eine permanente Abgestumpftheit oder lebendige Wachheit zeigen das. Negative *body narratives* können mit Mitteln einer sanften, streßreduzierenden, die Selbstregulation (im physiologischen Sinne) "fördernden" Leibtherapie angegangen werden, wozu dann für die meisten Menschen - nicht für alle - auch das verbale Durcharbeiten, im Sinne einer Integration in den Lebenszusammenhang, hinzukommen muß. Es werden durch Traumata auch Wertesysteme in einer ganz brutalen Weise zerschlagen. Menschen, die keine Werte mehr haben - nicht gemeint sind die Werte, die man in irgendwelchen Geboten liest, sondern Werte, die existentiell erfahren sind, die subliminal präsent sind, auf denen wir unser Leben aufbauen, wie z.B. das Vertrauen in Menschen - sind dann sehr beschädigt. *Dafür* brauche wir die verbale Therapie, die gar nicht so sehr auf das "Durcharbeiten" des Traumas in seinen Details gerichtet sein muß. Das sogenannte "Durcharbeiten" des Traumas ist allzu oft *Retraumatisierung*. Auch das Suchen nach irgendwelchen verborgenen frühen Mißbrauchssituationen ist zuweilen eher problematisch als hilfreich.⁶¹, wenn diese mit Erfolg *dissoziiert* (nicht *verdrängt*) sind. Traumata sind meistens gut "eingepackt" in Ablagestrukturen, und diese sind tragfähig geworden, außer wir haben eine massive Symptomatik. Wenn eine solche vorliegt, dann muß man oft - nicht immer - an die Hintergrundstrukturen herangehen, in aller Vorsicht, denn bei Traumen gilt keineswegs immer: "Die Wahrheit wird euch frei machen!" Auch wenn Menschen mit schwerer Symptomatik kommen, heißt das nicht, daß man *in jedem Fall* nach Gewalt oder Mißbrauch suchen, „graben“ oder stattgefundenere Ereignisse bis ins Detail bearbeiten muß, denn das kann eine äußerst riskante Sache sein. Viel wichtiger ist, das "Durcharbeiten" differentiell anzugehen, im Gespräch mit dem Betroffenen über die Interventionstiefe und -breite zu sprechen. Viele Patienten wollen - und das ist ihr gutes Recht - nicht mehr in Gedanken an die Orte des Grauens gehen. Manchen hat es sehr viel Arbeit gekostet, schlimme Bilder „an die Seite zu stellen“, *Dissoziierungsarbeit* zu

⁶¹ Shacter (1996)

leisten. Andere sagen: Es ist gut, daß ich das schnell vergessen oder verdrängen konnte. Vergessen, Verdrängen, Dissoziieren - es sei wiederholt - sind unter evolutionsbiologischer Perspektive wohl als sehr funktionale Bewältigungsmuster entwickelt worden. Welchen Grund gäbe es, sie zu pathologisieren? Die *Hypothese*: "Verdrängung" (was ist das, neurowissenschaftlich gesehen?) macht krank, ist - empirisch gesehen - nie belegt worden. Wohl aber gibt es gegenteilige Befunde⁶². Was gibt uns das Recht, die dem Patienten mögliche oder erarbeitete Dissoziierung als „Abwehr“ oder als „Widerstand“ zu stigmatisieren? In der Literatur wird überall vor der Gefahr der „*Retraumatisierung*“ gewarnt, von „vorsichtigem Vorgehen“ gesprochen, aber es werden keine Kriterien dafür gegeben, was nun "vorsichtig" sei. Es wird vom "massiven *Widerstand*" der Patienten gesprochen, sich die Traumaszene nochmals anzusehen, aber wer geht schon gerne auf einen Horrortrip, zumal es keine überzeugenden kontrollierten Studien darüber gibt, daß es die *Expositionen* sind, die PTSD Symptomatik vermindern oder verbessern. Schließlich ist aus theoretischen Erwägungen - z.B. den hirnelektrophysiologischen Arbeiten von *Le Doux* und den gedächtnispsychologischen von *Schacter* - Zweifel an der Expositionstechnik begründet. Wird wirklich das Traumaerlebnis abgerufen? Oder werden zumindest teilweise Artefakte geschaffen, wie die *false memory debate* nahelegt? Erzeugt die Expositionsbehandlung nicht gar eine Abstumpfung (*numbing*) des Erlebens? Wird die Traumasyptomatik (Intrusion, Ängste) nur kognitiv gepuffert - die Angst wird beherrscht, aber die Traumaphysiologie bleibt "blande" bestehen? Die Arbeiten von *Le Doux* legen das nahe. Die Studien zu Expositionstherapien oder zum EMDR haben keine physiologischen Parameter untersucht. Hier besteht also großer Forschungsbedarf. Traumatherapie ist, wie die Psychotherapie von Erwachsenen insgesamt⁶³, in einer rasanten Entwicklung, nichts steht wirklich fest⁶⁴. Auch auf Grund ethischer Argumente ist nach anderen therapeutischen Wegen zu suchen als nach der *Traumakonfrontation* als „*via regia*“. Wir haben solche Wege beschritten:

1. Mit grundsätzlich ressourcenorientiertem und lösungszentriertem Arbeiten,
2. mit Interventionen, die das „soziale Netzwerk“ reorganisieren und stärken,
3. die Copingfähigkeiten aufbauen und stärken,
4. Entspannungsfähigkeit und psychophysiologische Selbstregulation aufbauen durch Entspannungs-, Atem- und Sport-/Lauftherapie,
5. die symptomvermindernd arbeiten (z.B. bei Intrusionen durch Arbeit mit Distraktoren, psychophysiologischen Umstimmungstechniken),
6. mit „Durcharbeiten“ der Traumaereignisse und ihrer Kontexte auf einer generellen Ebene, falls gewünscht und indiziert, auch auf einer spezifischen,

⁶² Bonanno et al. (1995, 1998a,b)

⁶³ Champion, Power (2000)

⁶⁴ Yule (1999); van der Veer (1998)

7. Arbeit an der Konsolidierung des Wertesystems, Förderung von Überwindungsprozessen und engagierter Haltung,
8. Selbstbehauptungstraining und Förderung „persönlicher Souveränität“,
9. wo nötig unterstützende Medikation,
10. sozialtherapeutische und sozialintegrative Maßnahmen.

Exemplarisch sei der Punkt sieben aufgegriffen, die Arbeit am Wertesystem, weil man diesem Aspekt bislang zu wenig Beachtung geschenkt hat. Traumaereignisse beschädigen ja oft das persönliche Wertegefüge, das Vertrauen in die Menschen und die Welt, bauen neue Vorurteile und Stereotype auf.⁶⁵ Statt auf die Details der *persönlichen* Traumaerfahrungen zu fokussieren, die oft als belastend erlebt werden, gehen wir die Thematik auf einer generellen Ebene an, z.B. als ein gemeinsames Überdenken der Gewalttätigkeit im Menschen, der Frage nach dem Bösen, aber auch der Frage nach dem Guten im Menschen. Das bietet für den Betroffenen einen hinreichenden und wichtigen Zugang, weil damit die Situation genügend generell bleibt und den Patienten nicht sofort in das Aufbrechen der alten Muster hineinbringt, sondern ihm die Möglichkeit bietet, auf übergeordneter Ebene eine *Erfahrung des „Überwindens“* zu machen, Unsicherheiten abzugeben, Sicherheit zu gewinnen.⁶⁶ und *neuen* Sinn zu schaffen, der zu einem „persönlichen Wachstum“ als Mensch, zu seiner „Souveränität“ beiträgt, zur Dimension des „Sinnes“. Wenn eine „psychological preparedness“, etwa von politisch bewußten und aktiven Menschen (wie die Forschungen von Basoglu⁶⁷ zeigen), dazu führt, daß sie Foltererfahrungen besser verarbeiten als Menschen, die unvorbereitet und ohne engagierten Hintergrund Folter ausgesetzt waren, dann bestätigt das nicht nur die alte Aussage von *Marc Aurel*⁶⁸, daß der Mensch wie ein Ringer mit festem Stand auf die Schläge des Lebens vorbereitet sein soll und deshalb sich auch vorbereiten kann, sondern es eröffnet auch Perspektiven für eine „Ex post facto-Strategie“, wie sie ein Patient, Opfer von Mißhandlungen im ehemaligen Jugoslawien, formulierte: „Weil ich Schlimmes erlitten habe, kann ich und werde ich mich engagieren. Ich werde mich für die Verhinderung von Gewalt einsetzen, ich werde darauf vorbereitet sein, daß Menschen gewalttätig sein können und ich werde Strategien entwickeln, mich damit auseinandersetzen, ohne selbst Haß, Gewalt und Destruktivität zu entwickeln, weil das vergiftet. Festigkeit, Mitleid⁶⁹, Vergeben, Aufrichtigkeit und Mut, das will ich entwickeln. Ich *will* Idealist

⁶⁵ Strangor (2000)

⁶⁶ Sorrentino, Roney (2000)

⁶⁷ Basoglu et al. (1997a,b)

⁶⁸ Marc Aurel (1998, 173) Lib. VII, 61

⁶⁹ zum Thema Mitleid/compassion vgl. Leavis (1972), Leuner (1967); Lück (1977);

werden! Früher war ich gar nichts. Ich brauche einfach nach meinen Erfahrungen *Sinn!*“
Und was brauchen die Täter? Brauchen sie nicht auch Reue, Vergebung, Sinn?..⁷⁰

Sinn ist etwas, was aus den Sinnen, aber auch aus dem Nach-sinnen kommt und das Selbst des Menschen kräftigt⁷¹. Das konkrete Erleben eines verstehenden, verständnisvollen Therapeuten fördert und ermöglicht Sinnerfahrungen, besser noch das Miterleben einer Therapiegruppe, in der das Faktum des Traumas gemeinsam „durchgeföhlt“, „nachgeföhlt“ und „nachsinnend“ reflektiert wird und wo man sieht: Es gibt auch *Sinn* aus dem Un-sinn, z.B. daß man sich dafür engagiert, sich Gewalt entgegenzustellen. Die Arbeit etwa in „Amnesty International“ gibt ehemaligen Folteropfern die Möglichkeit, wieder einen Sinn sehen zu können, das Erleben, daß man überhaupt etwas tun kann: die Aktivierung in Aktionen der Solidarität und der „wechselseitigen Hilfeleistung“. „Wechselseitige Hilfeleistung“ ist für den Menschen eigentlich ein Grundmuster, wie Fürst *Peter Kropotkin* in seinem großen und bedeutenden Werk mit gleichnamigen Titel herausgearbeitet hat.⁷² Es gibt ja nicht nur phylogenetische Muster des Tötens, der Jagd und des Massakers, sondern auch Muster der Hilfeleistung: das des *intuitive parenting* etwa - alle Menschen in der Welt pflegen ihre Säuglinge mit gleichen Grundmustern -, oder wenn wir Verletzte versorgen (wenn wir nicht gerade auf der Täterseite und die anderen die Opfer sind), ähnlich wie die Delphine ein anderes verletztes Delphintier an die Wasseroberfläche tragen und stützen. Menschen haben also nicht nur Muster der Gewalt, sondern auch Muster der Pflege und der Linderung, Gesten des Trostes, die phylogenetisch disponiert sind. Ich spreche über solche Dinge mit meinen KlientInnen und PatientInnen, erzähle ihnen etwas über Evolution, über Hominisation, die mühsame Entwicklung zu einer menschlichen Kultur. „Mensch, werde, der du bist!“ Dieser alte Satz aus der Antike gibt der Menschheit die schwere Aufgabe auf, eine wirklich *menschliche Natur - Hominität*, die in *Humanität* gründet - aufzubauen, ein Programm über Jahrhunderte, an dem wir immer noch arbeiten. *Pittakos*, einer der „sieben Weisen von Athen“, sagte: „*Schwer ist es gut zu sein*,“ und das ist eine Herausforderung! Ich führe mit meinen PatientInnen also „Sinngespräche“, „Trostgespräche“, Gespräche, die Zuversicht und Hoffnung stiften sollen und können, durch die man „Tugenden“ entwickeln kann, nicht als moralischer Zwang, sondern als Selbstgestaltung: Das Selbst wird Künstler und Kunstwerk des souveränen Subjekts.⁷³ Das ist meine Erfahrung, und ich schließe mich hier an eine alte Tradition an, die des *Epiktet*, des *Seneca*, des *Plutarch*. In der Integrativen Therapie sprechen wir hier von „*narrativer Praxis*“⁷⁴, ein Verfahren, das in seinen Anfängen in meine biographische Geschichte zurückgeht.

⁷⁰ vgl. hierzu den grundlegenden Band von McCullough et al. (2000)

⁷¹ Dweck (2000)

⁷² Kropotkin (1902)

⁷³ Petzold (1999q)

⁷⁴ Petzold (1991o); McLeod (1998)

Mein Vater, aus Rußland nach Holland emigriert (1922), später als Verfolgter des Naziregimes in Zuchthaus und Lagerhaft geschunden, meine Mutter als Untergrundarbeiterin der bekennenden Kirche von der Gestapo verhört und mißhandelt, haben ihre Geschichte erzählt, ihre Erlebnisse verarbeitet. Sie sind an ihren Erfahrungen gewachsen: "Vindica te tibi" - "Du mußt dich selbst verstehen lernen," wie mein Vater diesen *Seneca*-Satz frei übersetzte. „Du mußt Dein Selbst gestalten“⁷⁵ und "Du mußt die Menschen lieben lernen, um nicht an ihnen zu verzweifeln." Und meine Mutter pflegte zu ergänzen: "Du mußt das Schöne in dir entdecken und tatkräftig gestalten" und "Du mußt mit Menschen darum ringen, daß sie das Gute wollen!" - "Man muß das Gute und das Schöne wollen, mit Engagement und Tatkraft zu realisieren trachten, *sonst ist es nicht*. Das Gute ist da, wo man es tut, und es beginnt mit Deinem Tun!" Lebensweisheiten, die aus dem Leiden erwachsen, die zu einer *techne peri bíon*, einer *Lebenskunst* wurden. Ich habe das bei vielen Menschen in und nach Katastrophen gefunden, daß sie daran gewachsen sind, nicht verzweifelten, eine "Überwindungserfahrung" gemacht haben und daraus zu einer "Sorge um sich" - *epimíleia heautoû* nannte das *Sokrates* - zu einer *ars vitae*, einer *Lebenskunst (biotike)* fanden, von der *Marc Aurel*⁷⁶ geschrieben hatte, und die zugleich eine „Sorge um den Anderen“ engagiert vertraten, die schon *Demokrit*⁷⁷ forderte. Das ist eine gute Tradition, wenn sie nicht in moralinsaure Vorschriften abdriftet, gegen die sich schon *Wieland* 1778 in seiner Schrift wandte: "Philosophie als Kunst zu leben und Heilkunst der Seele betrachtet." Man muß die Souveränität, die Selbstmächtigkeit (*autárkeia*) des Subjekts bekräftigen und zugleich die Menschlichkeit (*philanthopeia*), die allerdings auch kluge Wahl, Lebensklugheit verlangt und gemeinsames Bemühen um das Verstehen des Lebens, seine Auslegung und Gestaltungen, ein Unterfangen, bei dem ich den Anderen als Mitmenschen, Mithermeneuten, Mitgestalter (*poietes*) brauche. Eine *narrative Traumatherapie*, in der das Furchtbare, Leidvolle in Gesprächs- und Erzählgemeinschaften geteilt werden kann, nimmt natürliche Verarbeitungsmöglichkeiten auf, die die Menschen von selbst, miteinander praktizieren, wenn man dafür einen geeigneten Raum bereitstellt, denn erzähltes Grauen ist aus dem Bereich des "Unaussprechlichen", der "unvoicable terrors" dann herausgenommen, und "geteiltes Leid ist halbes Leid". Vor diesem Hintergrund versuche ich für die Patienten und mit den Patienten einen *Erklärungshorizont* zu schaffen. Die traumatisierten Patienten müssen Unfaßbares wieder fassen lernen. Wenn man dazu beiträgt, Sinnstrukturen aufzubauen, kann auch Geschichte weitergehen. PTSD heißt,

⁷⁵ vgl. Petzold (1999k)

⁷⁶ Marc Aurel (1998, 173)

⁷⁷ Menschen, die Not und Unrecht leiden „muß man nach allen Kräften helfen.“ (*Demokrit*, Fragmente, 261); Capelle (1968, 456)

physiologisch, emotional, kognitiv, kontextuell festgeschriebene, eingeschriebene, fixierte Geschichte, die sich beständig reinszenieren muß, nicht im Sinne des *Freudschen* Wiederholungszwanges, sondern aus der fehlkonditionierten dysfunktionalen Physiologie. Die verhindert, ein neues Regulationsmuster zu finden oder ein altes, funktionales zu reetablieren. Um keiner physiologistischen Verkürzung das Wort zu reden: aus dem traumabedingten Zusammenbruch eines Menschen- und Weltbildes, dessen unbeschädigter Wiederaufbau niemals mehr möglich ist, wird ein vollständiger Neuaufbau als *Überwindung* und als *Reifungsschnitt* erforderlich, indem man aus einer neuen Haltung der Lebensweisheit zu einer *ars vivendi* und einer Liebe zum Leben findet.

Abschließend ist es mir ein Anliegen, noch einige Worte zu „kollektiven Traumatisierungen“ zu sagen. Über sie gilt es nachzudenken und zu arbeiten, über die eventuellen Zusammenhänge zwischen den Materialschlachten an der Somme, an der Marne und bei Ypern und Verdun, wo hunderttausende von Franzosen und britischen Soldaten - deutschen natürlich auch - sinnlos und grauenhaft bei den ersten schreckliche Giftgasangriffen, einer deutschen Schreckenserfindung, starben, und der unsinnigen Bombardierung von Dresden, angeordnet durch einen britischen General im Februar 1945 als Fangstoß für einen bereits besiegten Gegner. Beide Schreckensereignisse, die Westfront wie auch Dresden, wurden nie wirklich zwischen den Völkern aufgearbeitet. Wenn wir in die Geschichte kollektiver Traumatisierungen hineingehen, und das müßten wir eigentlich, dann würde es sehr aufregend und bedrückend werden, aber auch *hoffnungsvoll*, blickt man z.B. auf das, was zwischen Deutschland und Frankreich trotz 1870/71, 1914-18 und trotz des Zweiten Weltkrieges an Aussöhnungs-, ja sogar Freundschaftsarbeit möglich wurde und geschehen ist, und das, was zwischen Deutschland und Tschechien nach und nach geschieht und zwischen Deutschland und Rußland gerade ein wenig beginnt. Die Deutsche Wehrmacht und die Kriegereignisse haben in Rußland 25 bis 30 Millionen Tote verursacht. Besonders die letzte Phase des Krieges, wo von der deutschen Soldateska über 3000 russische Dörfer verwüstet und mit Prognomen überzogen wurden, war eine Barbarei von extremer Grausamkeit, wie sie in dem beeindruckenden Film „Idi i smotri - Komm und siehe“ des Regisseurs *Elem Klimow* mit *Krawtschenko*⁷⁸ als Hauptdarsteller dokumentiert ist. Wenn wir an diese noch offenen Rechnungen gehen, und das steht uns noch bevor, dürfte das so schwierig werden wie das Gespräch zwischen Rußland und Polen über die Opfer von Katyn - diese über 4000 vom russischen Geheimdienst 1943 erschossenen jungen polnischen Offiziere. Über solche Schreckenstaten und die

⁷⁸ UdSSR 1985, Filmverlag der Autoren, München, vgl. die Dokumentation zu *Krawtschenko* „Der Vernichtungskrieg von Hitlers Wehrmacht in Weißrußland. Der Tod und der Junge“, arte, 1997

„Leiden des russischen Volkes“⁷⁹ zu sprechen steht noch vor Deutschen und Russen und muß Gegenstand der Forschung zu kollektiven Traumata sein, wie auch das Faktum, daß Rußland seine Geschichte des Stalinterrors verarbeiten und aufarbeiten muß, denn kollektive Traumatisierungen *müssen* - anders als individuelle - unabdingbar bearbeitet werden. Eines ist klar: Serielle Kollektivtraumata wie in Jugoslawien, wo wir 500 Jahre und mehr an traumatischer Geschichte haben, die nie wirklich bearbeitet wurde, führen dazu, daß sich Geschichte reinszeniert. Und die neuen Reinszenierungen sind durch die unsäglichen Ereignisse, die unvorstellbare Menschenverachtung des Regimes in Belgrad mit ihren Folgen und die unverantwortliche Dummheit des Natoeinsatzes - bar jeder halbwegs fundierten Kenntnis von Geschichte, Mentalität und Verhältnissen - bereits wieder vorprogrammiert. Wir als Psychotherapeuten in Deutschland haben da auch eine Verpflichtung, nicht nur über das individuelle Trauma nachzudenken, sondern auch über Kollektivtraumatisierungen, *exemplarisch* über die von Deutschen verursachten, um von dorthier über die Fähigkeit, die Möglichkeit von *ganz gewöhnlichen Menschen* zum *Genozid*⁸⁰ nachzusinnen und über die Phänomene der kollektiven Verdrängung und der kollektiven Banalisierung. Lady Di beispielsweise hat einige ganz gute Sachen gemacht, aber plötzlich wird sie zu einer Ikone aufgebaut, durch die engagierter Altruismus grauenvoll banalisiert wird und es gibt eine Massenhysterie, die genauso leicht hätte umschlagen können aus einer Betroffenheit (der Jargon der Betroffenheit wird ja gerade von Psychotherapeuten sehr gepflegt) in Gewalt. Das alles ist ein paar Wochen her und alle haben die guten Taten der unglücklichen Lady Di glorifiziert. Der Tod von Mutter Theresa hat noch weitere Akzente gesetzt. Durch die Bewunderung der großen Heiligen und der banalisierten Ikonen - manche sind sie beides - verhindern wir, daß **wir** die Dinge anpacken und uns selbst eingestehen: „In uns ist auch ein Raubtier, und das gilt es nicht nur zu zähmen, mit diesem bitteren Faktum müssen wir uns konfrontieren,“ wenn man, wie *Demokrit* sagte, „sein Innerstes öffnet und darin einen reichen Vorrat an bösen Impulsen verschiedenster Art und viele schlimme Leidenschaften findet.“⁸¹

Ich vertrete engagiert den Standpunkt, wir, die Therapeuten, dürfen uns nicht von der aktiven Arbeit, nämlich *man made desaster* zu verhindern, entbinden, etwa dadurch, daß wir sagen: Nun, in der Einzeltherapie, in der Gruppentherapie tun wir etwas. Das reicht nicht. Politische Aktivität, Friedensarbeit⁸², tatkräftige Hilfe sind notwendig! Es ist leider äußerst schwierig, KollegInnen, Menschen zu finden, die in solchen Krisengebieten wie in Jugoslawien für wenig Geld und in gefährlichen Situationen arbeiten. Ich meine aber, man muß an solche Orte gehen, um den Menschen und sich selbst zu verstehen: Man muß vor allen Dingen die humanistische rosarote Philosophie

⁷⁹ Hugo Petzold (1938)

⁸⁰ vgl. Anmerkung 16

⁸¹ Demokrit, Fragment 149

⁸² Petzold (1986a)

vom "guten Menschen" ganz kritisch hinterfragen, sie durch eine "desillusionierte Anthropologie"⁸³ ersetzen, denn sie ist realistisch und nicht resignativ. Sie bringt eine "engagierte Anthropologie" hervor, mit der man die Möglichkeit der Entwicklung eines Guten gewinnt. Das Gute muß man genauso *üben* wie man Milde *üben* muß, nicht mit dem Ziel des guten Endes, sondern mit dem Ziel, daß in den Prozessen der Gewalt, der Traumatisierung, des Entsetzens immer noch Gutes präsent sein kann, das abpuffern, trösten, heilen kann und das stabilisierende Phasen ermöglicht, bis wieder eine Phase der Gewalt aufkommt, gegen die wir wieder aufstehen müssen - so lange, bis sich dieses Muster in unseren Genen und unserer Weltkultur wandelt.

⁸³ Petzold (1996k)

Zusammenfassung:**Body narratives – Traumatische und Posttraumatische Erfahrungen aus Sicht der *Integrativen Therapie***

Der ultimative Ort von Gewalt ist der menschliche Leib, der gequält, gefoltert, eingekerkert, getötet wird. Traumatische Erfahrungen werden in das Leibgedächtnis mit unbarmherzigem Griffel eingeschrieben, eine Traumaphysiologie, die über den Leib hereinbricht und den ganzen Menschen ergreift. Zuweilen bleiben unauslöschliche Spuren. Die Leibtherapie muß - will sie hilfreich sein - Wege finden, diese Narrative umzuschreiben ohne zu retraumatisieren, denn diese Gefahr ist groß. Ihre herkömmlichen Konzepte der emotionalen Aktivierung greifen nicht, sind "riskante Therapie". Neue Wege müssen gefunden werden, über sie, eine integrative, leiborientierte Traumatherapie soll berichtet werden.

Schlüsselwörter: Körpertherapie, Traumatisierung, Leibgedächtnis, Körpererzählungen, *Integrative Traumatherapie*

Summary:**Body narratives - traumatic and post-traumatic experiences from the point of view of *integrative therapy***

The ultimate place of violence is the human body, which is maimed, tortured, incarcerated, exterminated. Traumatic experiences are engraved into the body's memory with a merciless style, a traumaphysiology which is befalling the body taking possession of the human being total, at times leaving inextinguishable marks. If body therapy wants to be helpful it must find a way to rewrite these narratives without retraumatization for this is a menacing danger. Traditional therapeutic concepts as emotional reactivation and working through are inappropriate, „risky therapy“. New pathways have to be found, about which - an integrated, bodyoriented and network centred trauma therapy - this paper is reporting.

Keywords: Body Therapy, Traumatization, Body Memory, Body Narratives, *Integrative Trauma Therapy*, Trauma Therapy

Literatur

Band, J.-B. (1993): L'affaire de la main volée. Une histoire iuridique du Corps. Paris: Verlag?

Barron, J. (1979): Das Massaker: der erschütternde Bericht über den kommunistischen Völkermord in Kambodscha. Uhldingen: Stephanus-Edition.

Basoglu, M. (1988): Publications on Torture. Graduate work, Institute of Psychiatry, University of London.

Basoglu, M., Mineka, S., Paker, M., Aker, T., Livanou, M., Gök, S. (1997): Psychological preparedness for trauma as a protective factor in survivors of torture. *Psychological Medicine* 27, Cambridge Univ. Press, 1421-1433.

Bataille, G. (1978): Die Tränen des Eros. München: Matthes & Seiz.

Bataille, G. (1989): Gille de Rais. Leben und Prozeß eines Kindermörders. Hamburg: Merlin.

Batuev, A.S., Sokolova, L.V. (1993): A.A. Uktomskii on human nature. *Journal of Russian and East European Psychology*. 1, 13-45.

Benz, W. (Hg.) (1998): Einsatz im „Reichskommissariat Ostland“: Dokumente zum Völkermord im Baltikum und in Weißrußland 1941-1944. Berlin: Metropol.

Berding, H. (Hg.) (1998): Genozid und Charisma. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Biel, M. (1999): Warum töten wir? Interview mit Dave Grossman. *Der Spiegel* 39/1999, UM 4.

Bloch, S., Lemeignan, M. (1992): Precise respiratory-posturo-facial patterns are related to specific basic emotions, *Bewegen & Hulpverlening* 1 (1992) 31-39.

Bonanno, G.A., Keltner, D., Holen, A., Horowitz, M.J. (1995): When avoiding unpleasant emotion might not be such a bad thing: Verbal-automatic response dissociation and midlife conjugal bereavement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 975-989.

Bonanno, G.A., Siddique, H., Kelter, D., Horowitz, M.J. (1998a): How do repressors and self-deceivers grieve the loss of a spouse? Washington D.C.: Catholic University of America, Department of Psychology. The Life Cycle Institute.

Bonanno, G.A., Zuoji, H., Siddique, H., Horowitz, M.J. (1998b): Verbal-autonomic response dissociation and the course of midlife conjugal bereavement: A follow-up at 25 months. Washington D.C.: Catholic University of America, Department of Psychology. The Life Cycle Institute.

Bowlby, J. (1980): Loss: Sadness and depression. (Attachment and loss, Vol. 3). New York: Basic Books.

- Bremner, J.D., Marmar, C.R.* (1996): Trauma, memory, and dissociation. Washington: American Psychiatric Press.
- Capelle, W.* (1968): Die Vorsokratiker. Stuttgart: Kröner.
- Casey, E.* (1991): Spirit and Soul. Woodstock CT: Spring Press.
- Casey, E.* (1999): Faith of Place. Berkeley: Univ. of California Press.
- Champion, L.A., Power, M.J.* (eds.) (2000): Adult Psychological Problems. An Introduction. New York: Psychology Press.
- Dabag, M.* (Hg.) (1998): Genozid und Moderne, Bd. 1. Opladen: Leske + Budrich.
- Damasio, A.* (1994): Descartes Irrtum. Fühlen, Denken und Handeln des menschlichen Gehirns. München: List.
- Döring-Seipel, E.* (1996): Stimmung und Körperhaltung. Weinheim: Beltz.
- Dweck, C.* (1999): Self-Theories: Their Role in Motivation, Personality, and Development. New York: Psychology Press.
- Filipp, S.H.* (1990): Kritische Lebensereignisse. München: Urban & Schwarzenberg.
- Flammer, A.* (1990): Erfahrung der eigenen Wirklichkeit. Einführung in die Psychologie der Kontrollmeinung. Bern: Huber.
- Förster, S.* (Hg.) (1999): Genozid in der modernen Geschichte. Münster: Lit-Verlag.
- Freud, S.* (1914): Erinnern, Wiederholen und Durcharbeiten. Weitere Ratschläge zur Technik der Psychoanalyse II. In: *Studienausgabe, Erweiterungsband* (= Schriften zur Beratungstechnik. Hg. von A. Mitscherlich, A. Richards, J. Strachey, I. Grubich-Simitis. Frankfurt/M.: Fischer 1975) 205-216.
- Gerlach, Ch.* (1998): Krieg, Ernährung, Völkermord: Forschungen zur deutschen Vernichtungspolitik in Zweitem Weltkrieg. Hamburg: Hamburger Edition.
- Grosser, A.* (1990): Ermordung der Menschheit: der Genozid im Gedächtnis der Völker. München: Hanser.
- Grossman, D.* (1999): Stop Teaching Our Kids To Kill. New York: Random House.
- Gust, W.* (1993): Der Völkermord an den Armeniern: die Tragödie des ältesten Christenvolkes der Welt. München: Hanser.
- Hermant, G.* (1986): Le corps et sa mémoire, Paris: Doin editions.

Hass, W. Petzold, H.G. (1999): Die Bedeutung sozialer Netzwerke und sozialer Unterstützung für die Psychotherapie - diagnostische und therapeutische Verfahren. In: Petzold, Märtens (1999a) 193-272.

Hüther, G. (1997): Biologie der Angst. Wie aus Streß Gefühle werden. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Iturra, P., Petzold, H.G. (1996): Working with traumatized refugees, an integrated body oriented approach. Postgraduate Programme IBT, Faculty of Human Movement Sciences, Free University of Amsterdam 1996.

Janet, P. (1889): L'automatisme psychologique. Paris: Alcan.

Kropotkin, P. (1902): Mutual aid. A factor of evolution. London 1902, dtsh. 1904, 1977.

Katz-Bernstein, N. (1996): Das Konzept des „Safe Place“ - ein Beitrag zur Praxeologie Integrativer Kinderpsychotherapie. In: Metzmacher, B., Petzold, H.G., Zaepfel, H. (Hg.): Praxis der Integrativen Kindertherapie, Bd.2. Paderborn: Junfermann, 111-142.

Kemp (1997): Immanuel Lévinas. Paris: Edition Ince Marin.

Kessler, R.C., Price, R.H., Wortmann, C.B. (1985): Social factors in psychopathology: Stress, social support and coping processes. Annual Review of Psychology 1985 531-572.

Kuper, L. (1981): Genocide, its political use in the 20th century. Harmondsworth: Penguin.

Leavis, F.R. (1972): Nor shall my sword: Discourses on pluralism, compassion and social hope. London: Chatto & Windus.

LeDoux, J.E. (1996): The emotional brain. New York: Simon & Schuster.

Leuner, H.D. (1967): Als Mitleid ein Verbrechen war. Deutschlands stille Helden 1939-45. Wiesbaden: Limes.

Lévinas, E. (1983): La trace de l'autre. Paris 1963. dtsh.: Die Spur des Anderen. Freiburg: Alber.

Lück, H.E. (1977): Mitleid, Vertrauen, Verantwortung. Ergebnisse der Erforschung prosozialen Verhaltens. Stuttgart: Klett.

Lüdemann, S. (1996): Leibeigenschaften. Zur juristischen Anatomie des menschlichen Körpers. In: Hager, F.: Körper denken. Aufgaben der historischen Anthropologie. Berlin: Reimer-Verlag, 171-182.

Marc Aurel (1998): Wege zu sich selbst. Düsseldorf: Artemis & Winkler.

Maerker, A. (Hg.) (1997): Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen. Berlin: Springer.

Maerker, A., Schützwohl, M., Solomon, Z. (eds.) (1999): Post-traumatic stress disorder: a lifespan developmental perspective. Seattle: Hogrefe & Huber.

McCullough, M.E., Pargament, K.I., Thoresen, C.E. (eds.) (2000): Forgiveness. Theory, Research, and Practice. New York: Psychology Press.

McLeod, J. (1997): Narrative and Psychotherapy. London: Sage.

Meichenbaum, D. (1994): A clinical handbook. Practical therapist manual for assessing and treating adults with post-traumatic stress disorder. Waterloo: Psychology Institute Press.

Müller-Münch, I. (1997): Die Mordbrenner kamen aus den eigenen Reihen. Eine neue Generation von Polizeipräsidenten öffnet Archive und enthüllt Taten der Polizeibataillone in der NS-Zeit. *Frankfurter Rundschau* 252/1997, 3.

„Nürnberg ist überall“. *Der Spiegel* 44/1998, S. 184ff. (o. Autorenangabe)

Ohandjanian, A. (1989): Armenien: der verschwiegene Völkermord. Wien u.a.: Böhlau.

Pearlman, G., Saakvitne, K. (1995): Trauma and the Therapist. New York: Norton.

Perkonig, A., Wittchen, H.-U. (1999): Prevalence and comorbidity of traumatic events and posttraumatic stress disorder in adolescents and young adults. In: Maercker et al. (1999) 113-133.

Perrig, W.J., Wippich, W., Perrig-Chiello, P. (1993): Unbewußte Informationsverarbeitung. Bern: Huber.

Petzold, H.G. (Hrsg.) (1974j): Psychotherapie und Körperdynamik: Paderborn: Junfermann. (3. Aufl. 1979)

Petzold, H.G. (1982n): Gestalttherapeutische Perspektiven zu einer "engagierten Thanatotherapie", 1. Tagungsbericht für Thanatopsychologie, Univ. Oldenburg, Abt. Vechta 4.-6. Nov. 1982, Tagungsbericht, Vechta; Proceedings, Klotz, Frankfurt 1983; (1985a) 538-552.

Petzold, H.G. (1985a): Mit alten Menschen arbeiten. München: Pfeiffer.

Petzold, H.G. (Hrsg.) (1986a): Psychotherapie und Friedensarbeit. Paderborn: Junfermann.

Petzold, H.G. (1986b): Was nicht mehr vergessen werden kann. Psychotherapie mit politisch Verfolgten und Gefolterten. In: Petzold (1986a) 357-372; auch in: *Integrative Therapie* 3/4, 268-280.

Petzold, H.G. (1991a): Integrative Therapie. Ausgewählte Werke Bd. II, 1: Klinische Philosophie. Paderborn: Junfermann.

Petzold, H.G. (1991o): Zeit, Zeitqualitäten, Identitätsarbeit und biographische Narration - Chronosophische Überlegungen. In: Petzold (1992a) 333-395.

Petzold, H.G. (1992a): Integrative Therapie. Ausgewählte Werke Bd. II, 2: Klinische Theorie. Paderborn: Junfermann.

Petzold, H.G. (1992b): Konzepte zu einer integrativen Emotionstheorie und zur emotionalen Differenzierungsarbeit als Thymopraktik. In: *Petzold (1992a)* 789-870.

Petzold, H.G. (1993a): Integrative Therapie. Ausgewählte Werke Bd. II, 3: Klinische Praxeologie. Paderborn: Junfermann.

Petzold, H.G. (1994j): Die Kraft liebevoller Blicke. Psychotherapie und Babyforschung, Bd. 2. Paderborn: Junfermann.

Petzold, H.G. (1996f): Krankheitsursachen im Erwachsenenleben - Perspektiven für Diagnostik, Therapie und Lebenshilfe aus integrativtherapeutischer Sicht. *Integrative Therapie* 2/3, 288-318.

Petzold, H.G. (1996j): Identitätsvernichtung, Identitätsarbeit, "Kulturarbeit" - Werkstattbericht mit persönlichen und prinzipiellen Überlegungen aus Anlaß der Tagebücher von *Victor Klemperer*, dem hundertsten Geburtstag von *Wilhelm Reich* und anderer Anstöße. *Integrative Therapie* 4, 371-450.

Petzold, H.G. (1996k): Der „Anderer“ - das Fremde und das Selbst. Tentative, grundsätzliche und persönliche Überlegungen für die Psychotherapie anläßlich des Todes von *Emmanuel Lévinas* (1906-1995). *Integrative Therapie* 2-3, 319-349. Auch in: *Petzold, Orth (1999a)* 337-360.

Petzold, H.G. (1997p): Das Ressourcenkonzept in der sozialinterventiven Praxeologie und Systemberatung. *Integrative Therapie* 4, 435-471 und in: *Petzold (1998a)* 353-394.

Petzold, H.G. (Hrsg.) (1998a): Integrative Supervision, Meta-Consulting & Organisationsentwicklung. Modelle und Methoden reflexiver Praxis. Ein Handbuch. Paderborn: Junfermann.

Petzold, H.G. (1999k): „Lebensgeschichten verstehen lernen heißt, sich selbst und andere verstehen lernen - über Biographiearbeit, traumatische Belastungen und Neuorientierung. Düsseldorf: FPI. *Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft* 6/99, 41-62.

Petzold, H.G. (1999o): Hermeneutische Gestalttherapie? - Oder die Banalität „sprachlichen Handelns“? Düsseldorf/Hückeswagen: FPI/EAG. (in Vorb.)

Petzold, H.G. (1999q): Das Selbst als Künstler und als Kunstwerk - rezeptive Kunsttherapie und die heilende Kraft „ästhetischer Erfahrung“. Düsseldorf/Hückeswagen: FPI/EAG. Und in: *Kunst & Therapie* 1-2/1999 (in Druck)

Petzold, H.G. (Hg.) (2000b): Das IDR-System der Entspannung - Integrative und Differentielle Relaxation. Düsseldorf: FPI (in Vorb.)

Petzold, H.G., van Beek, Y., van der Hoek, A.-M. (1994): Grundlagen und Grundmuster "intimer Kommunikation und Interaktion" - "Intuitive Parenting" und "Sensitive Caregiving" von der Säuglingszeit über die Lebensspanne. In: *Petzold (1994j)* 491-646.

Petzold, H.G., Goffin, J.J.M., Oudhof, J. (1993): Protektive Faktoren und Prozesse - die "positive" Perspektive in der longitudinalen, "klinischen Entwicklungspsychologie" und ihre Umsetzung in die Praxis der Integrativen Therapie, in: *Petzold (1993c)* und in : *Petzold, Sieper (1993a)* 173-266.

Petzold, H.G., Orth, I. (1997b): Wege zu "fundierter Kollegialität" - innerer Ort und äußerer Raum der Souveränität. Report Psychologie 3 (1998) 234-239; erw. in: Slembek, E., Geissner, H., Feedback - Das Selbstbild im Spiegel der Fremdbilder. St. Ingbert: Röhrig Universitätsverlag (1998) 107-126.

Petzold, H.G., Orth, I. (1999a): Die Mythen der Psychotherapie. Ideologien, Machtstrukturen und Wege kritischer Praxis. Paderborn: Junfermann.

Petzold, H.G., Sieper, J. (1993a): Integration und Kreation, 2 Bde. Junfermann: Paderborn (2. Aufl. 1996).

Petzold, H.G. & Steffan, A. (1999b). Ausbildung, Selbsterfahrung und Selbstmodelle in der Integrativen Therapie - Hintergründe, Konzepte und Forschungsergebnisse zu einer „transversalen“ Weiterbildungskultur. Düsseldorf: FPI und in: Gestalt (Schweiz) 37 (Februar 2000), 25-65.

Petzold, Hugo (1936): Leiden und Zeugnis des russischen Volkes. Rosenkreuzer Zeitschrift 4, Seeheim.

Rose, R. (Hg.) (1999): „Den Rauch hatten wir täglich vor Augen“: Der nationalsozialistische Völkermord an den Sinti und Roma. Heidelberg: Verl.

Rutter, M. (1988): Studies of psychosocial risk. The power of longitudinal data, Cambridge: Cambridge Univ. Press.

Rutter, M. (1991): Childhood experiences and adult psychosocial functioning. In: Ciba Foundation Symposium (1991) 189-208

Schacter, D. (1996): Searching for memory. The brain, the mind, and the past. New York: Basic Books. dtsh.: Wir sind Erinnerung. Gedächtnis und Persönlichkeit. Reinbek: Rowohlt.

Schay, J. (1998): Achill in Vietnam. Kampftrauma und Persönlichkeitsverlust. Hamburg: Hamburger Edition.

Schneider, B. (Hg.) (1999): Erinnerungen an das Töten: Genozid reflexiv. Wien u.a.: Böhlau.

Sofsky, W. (1996): Traktat über die Gewalt. Frankfurt/M.: Fischer.

Sorrentino, M.R., Roney, Ch.J.R. (2000): The Uncertain Mind. Individual Differences In Facing The Unknown. New York: Psychology Press.

Stangor, Ch. (ed.) (2000): Stereotypes and Prejudice. Essential Readings. New York: Psychology Press.

Ternon, Y. (1996): Der verbrecherische Staat. Völkermord im 20. Jahrhundert. Hamburg: Hamburger Edition.

Van der Hart, O., Steele, K., Boon, S., Brown, P. (1993): The treatment of traumatic memories: Synthetics, realization, integration. Dissociation 6, 162-180.

Van der Hart, O., Steele, K. (1997): Time distortions in dissociative identity disorder: Janetian concepts and treatment. Dissociation 9, 93-105.

van der Kolk, B.A. (1994): The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of PTSD. *Harvard Review of Psychiatry* 1, 253-265.

van der Kolk, B.A., McFarlane, A.C., Weisaeth, L. (eds.) (1996): Traumatic Stress. The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society. New York: The Guilford Press.

Van der Veer, G. (1998): Counseling and Therapy with Refugees and Victims of Trauma. New York: Wiley.

Yule, W. (1999): Post Traumatic Stress Disorders. Concept and Therapy. New York: Wiley.

Zlepko, D. (Hg.) (1988): Der ukrainische Hunger-Holocaust: Stalins verschwiegener Völkermord 1932/33 an 7 Millionen ukrainischen Bauern im Spiegel geheimgehaltener Akten des deutschen Auswärtigen Amtes. Eine Dokumentation aus den Beständen des politischen Archivs im Auswärtigen Amt, Bonn. Sonnenbühl: Wild.

Zülch, T. (Hg.) (1993): „Ethnische Säuberung“ - Völkermord für „Großserbien“: eine Dokumentation der Gesellschaft für Bedrohte Völker. Hamburg: Luchterhand-Literaturverlag.