

# GESTALT THERAPIE

Zeitschrift der  
Deutschen  
Vereinigung für  
Gestalttherapie



**Sandor Ferenczi • Gestalttherapie als  
dionysischer Existentialismus • The-  
menschwerpunkt: Trauma • Glosse:  
Psychologie des Gartenzweigs**

12. Jahrgang  
Heft 1  
Juni 1998

1/98

EDITION HUMANISTISCHE PSYCHOLOGIE

## GESTALT THERAPIE

12. Jahrgang Heft 1

Juni 1998

### INHALTSVERZEICHNIS

Editorial (Renate Becker) .....	1
Hans Waldemar Schuch: Sandor Ferenczi, Pionier der modernen tiefenpsychologischen Psychotherapie – Einige Aspekte des theoretischen Werkes von Sandor Ferenczi (1873 - 1933) .....	3
Claudio Naranjo: Gestalttherapie als dionysischer Existentialismus .....	22

#### *Themenschwerpunkt: Trauma*

Einführung (Annefried Hahn) .....	38
Annefried Hahn: Grundsätzliche Überlegungen zu einem ganzheitlichen Verständnis von Trauma .....	40
Willi Butollo: Trauma und Selbst-Antwort .....	54
Hans Ulrich Wolf: Gestalttherapeutische Arbeit mit traumatisch geschädigten Patienten – Praxisbericht aus dem Gestalt-Klinikum Bad Zwesten .....	69
Sladjana Kosijer: Kriegstraumatisierung und ihre Therapie – Eine Fallgeschichte .....	80
Oliver Schubbe: Spezifische Elemente der Traumatherapie .....	88

#### *Glosse*

Ludwig Frambach: Die Psychologie des Gartenzwergs – Psycho-soziale Studie über eine kleine Existenzform von großer Bedeutung .....	104
--	-----

#### *Leserbriefe*

Alexander Susewind: Gemeinsame Konstruktionen oder gemeinsame Gestalt? – Anfragen an Frank-M. Staemmlers Konzeption der Paartherapie (GT 1/97, 57-69) .....	113
Werner Bock: Anmerkungen zu dem Artikel von Ulrich Lessin: Wu Wei – Annäherungen – Thema und Kontrapunkt con Variazioni – über Veränderungen (m)einer gestalttherapeutischen Haltung (GT 2/97, 32-50) .....	117

#### *Buchbesprechungen*

Christel Hafke: Vertrauen und Versuchung - Über Machtmißbrauch in der Therapie (Günter Ottersbach) ...	119
Arnold R. Beisser: Wozu brauche ich Flügel? (Detlef Klöckner) .....	121

<i>AutorInnen</i> .....	123
-------------------------	-----

<i>Veranstaltungen</i> .....	125
------------------------------	-----

<i>Ausschreibung</i> .....	126
----------------------------	-----

<i>Eingegangene Publikationen</i> .....	127
---	-----

<i>Inserate</i> .....	128
-----------------------	-----

Annefried Hahn

GRUNDSÄTZLICHE ÜBERLEGUNGEN  
ZU EINEM GANZHEITLICHEN  
VERSTÄNDNIS VON TRAUMA

GESTALT  
THERAPIE

Sonderdruck aus GESTALT THERAPIE 1/98

Annefried Hahn

## GRUNDSÄTZLICHE ÜBERLEGUNGEN ZU EINEM GANZHEITLICHEN VERSTÄNDNIS VON TRAUMA

Bei diesem Thema ist es mir besonders wichtig, Zusammenhänge im Sinne zirkularer Wirkweisen von Traumatisierung aufzuzeigen – soweit das der enge Rahmen eines Artikels zuläßt. Ich setze mich mit unterschiedlichen Auffassungen von Trauma auseinander und hinterfrage sie im Hinblick auf die Interdependenz der einzelnen im Umwelt-Feld Gesellschaftspolitische Überlegungen gehören genauso dazu wie Gedanken zum Leibgrund, bis in die Physiologie hinein. Folgerichtig müssen die Konsequenzen für eine adäquate Traumaarbeit ebenfalls alle Lebensbereiche des Menschen betreffen, von der Zelle bis hin zur sozialen und ökologischen Gemeinschaft.

**A holistic approach to trauma.** This article attempts to show the interrelatedness in the sense of the circular ways of traumatization. We shall look at the divers approaches and understandings of trauma and focus on their emphasis on the interdependency of the individual and the environment/field. We need to take into account the socio-political context as well as the understanding of the body as the physical ground. Consequently the working with trauma needs to include all areas of human life starting from the physical ground and going on to the social and ecological community.

Seitdem ich mich mit Traumatisierung befasse, bewege ich mich zwischen den Polen Wut und Trauer einerseits angesichts der inhumanen gesellschaftlichen Verhältnisse in aller Welt, die Kriege, Krankheit und Tod durch Armut und (staatliche) Gewalt zulassen und etablieren und andererseits meinem Mitgefühl mit den einzelnen Betroffenen. Da wünsche ich mir dann ein Meer voller (Gestalt-)Therapeutinnen<sup>1</sup>, Sozialarbeiterinnen, Pädagoginnen usw., die überall am rechten Ort zur rechten Zeit ihren Platz finden, um zu helfen, daß wieder ganz wird, wer oder was fragmentiert, verletzt und zerstört wurde. Und dazu Politikerinnen, die für Freiheit und Autonomie streiten, überall dort, wo sie verweigert werden. Die Visionen von Gemeinschaft entwerfen, die der Humanität im existentiellen Sinn Raum und Zeit geben. Die Dialog und Auseinandersetzung mit Leib und Seele ganzheitlich etablieren. Die Gewalt, Krankheit und Versagen wieder zur Sache der Gemeinschaft/Gesellschaft machen. Die einen Städtebau und eine ökologische Ökonomie entwickeln, die existentiell humanitären Prozessen ein Boden sein können. Kurz, die die einzelnen und ihre Bedürfnisse wieder in den Vordergrund holen – mit einem entschlossenen Blick auf das Umfeld.

---

<sup>1</sup> In diesem Text schreibe ich vorwiegend die weibliche Form. Damit sind stets beide Geschlechter gemeint. Angesichts eines offensichtlichen Trends zum Männlichen habe ich das Bedürfnis, dem Weiblichen Raum zu geben: zunehmend werden Texte wieder unkommentiert in männlicher Diktion geschrieben (auch in diesem Heft).

## ANMERKUNGEN ZU PTSD<sup>1</sup> UND EMDR<sup>2</sup>

Derzeit ist die Traumarbeit weltweit in die Diskussion gerückt. Doch ist das, was allgemein und von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als Trauma bezeichnet wird, den unterschiedlichen traumatischen Prozessen hier und in aller Welt kaum angemessen. Demnach ist ein Trauma ein »belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenhaften Ausmaßes, das bei fast jedem eine tiefe Verstörung hervorrufen würde« (Steil u. a. 1996, 175). Als PTSD wird »die verzögerte oder protrahierte Reaktion« (a. a. O.)<sup>3</sup> auf ein solches Ereignis bezeichnet. Um PTSD zu diagnostizieren, genügen »wiederholte unausweichliche Erinnerungen oder Wiederinszenierung des Ereignisses in Gedächtnis, Tagträumen oder Träumen« (a. a. O.)<sup>3</sup> nach dem traumatischen Erlebnis. Die Traumafolgen, so gesehen, sind also definiert *immer* in Hinsicht auf die Auswirkung im Individuum. PTSD ist eine Kategorie, die wohl einräumt, daß der innerpsychische Schaden von außen, der Umwelt, Machtausübung in der Gesellschaft, Natur, anderen Menschen oder »den Umständen« angerichtet wird, beschränkt sich jedoch auf die *Deklaration der Symptome*.

PTSD wird – so scheint es – zum Stichwort für jedwedes Leid, das einer einzelnen oder einer Gruppe widerfährt: PTSD ist Kürzel für die Folgen von Vergewaltigung, Mißhandlung, Folter, Genozid, Krieg, Krankheit, Unfall, Operation, Verlust, Versagen. Ob ich vom Pferd falle und mir den Arm breche, oder ob eine algerische Frau das Massaker an ihrem Dorf überlebt – wir beide haben später u. U. Flashbacks, Schlafstörungen und Verfremdungsgefühle. Und die therapeutische Hilfe – dann schlicht als Psychologische Traumatherapie etikettiert – zielt im wesentlichen darauf, diese Symptome zu beseitigen – bei ihr wie bei mir.

Dieses kleine Beispiel macht zwei grundlegende Schwierigkeiten deutlich, die mit dem *Trauma per definitionem* einhergehen: nämlich einerseits das Festmachen an Symptomen, was den Blick auf Traumaprozesse und *intrapsychische, das soziale Umfeld einbeziehende Faktoren* außer acht läßt. Und andererseits werden kulturelle sowie politisch-historische Gegebenheiten, welche häufig erst zur Traumatisierung führen – und oft zur Chronifizierung beitragen, vollständig ignoriert. Auch Hans Keilson zählt in seinem bekannten Werk *Sequentielle Traumatisierung bei Kindern*, in dem er die Ergebnisse seiner Untersuchung der traumatischen Fol-

---

1 Posttraumatische Belastungsstörung; bezeichnet die Folgen eines Psychotraumas, wie sie die WHO (Weltgesundheitsorganisation) festgelegt hat: verzögerte Reaktion (um Wochen oder Monate) auf eine außergewöhnliche Belastung, die fast jede verzweifeln ließe; Flashbacks (unwillkürliche, sehr klare Erinnerungen an Details der traumatischen Situation) bei meist emotionaler Taubheit; Teilnahmslosigkeit; Vermeidung von Situationen, die an das Trauma erinnern; meist auch vegetative Übererregtheit, Vigilanz, Schreckhaftigkeit, Schlafstörungen

2 Eye Movement Desensitization and Reprocessing; bifokale Techniken zur Verringerung der Symptome nach einem Psychotrauma; entwickelt von F. Shapiro. Bei dieser Methode wird die Klientin u. a. aufgefordert, sich ein Bild aus der traumatischen Situation, das immer wieder in den Vordergrund kommt, vorzustellen und *gleichzeitig* einem von der Therapeutin gegebenen Reiz mit ihrer Aufmerksamkeit zu folgen; dies sind beispielsweise waagrecht mit den Fingern geführte Augenbewegungen. Dadurch wird ein innerer Verarbeitungsprozeß in Gang gesetzt; Flashbacks und andere Symptome verschwinden häufig schon nach wenigen Sitzungen. Vgl. Shapiro 1998

3 vgl. auch M. Schutzwahl 1997, 75 ff.

gen des Holocaust und des Krieges bei jüdischen Waisen darstellt, die sozio-kulturellen Umstände zu den Bedingungen von Trauma hinzu:

Obleich gewiß auch hier Unterschiede subjektiver Art von Kind zu Kind wechseln und altersgemäße Differenzierungen auftreten, wird deutlich, daß wir es hier mit einer übergeordneten Art der Soziogenese zu tun haben, und zwar aus der Kategorie der *man made desaster*. Damit ist zugleich die psychologische und die historisch-politische Dimension des Verfolgungsgeschehens beschrieben. (Keilson 1979, 54)

Die Kategorie PTSD jedoch gesteht dem Trauma zwar zu, im *Äußeren des Menschen*, durch die Umwelt, durch das soziale Umfeld, durch Menschenhand etc. verursacht worden zu sein, Diagnostik und ›Reparatur‹ zielen jedoch nur aufs Innere des Menschen.

In meinem Beispiel kann ich das Reiten dann sicher wieder probieren. Doch in welchem Dorf kann sich die Algerierin sicher fühlen? Oder gar autonom und frei? Mindestens im Sinne von »*sich zu den gegebenen Verhältnissen so oder so einzustellen*« (Frankl 1995, 108, Hervorh. vom Verfasser), was in der Tradition der Gestalttherapie ein zentrales Therapieziel darstellt. Denn *kreative Anpassung* meint nichts anderes als *wählen* zu können in *welcher Weise* ich mich zu dem, was (mir) geschieht, stellen will. Angesichts der Vernichtung des eigenen Umfeldes und der drohenden Vernichtung der eigenen Existenz, wie im Beispiel von der Algerierin bedeutet die (Wieder-)Aneignung der Wahlmöglichkeit einen Kraftaufwand und einen Mut, den die meisten Menschen wohl kaum ohne Hilfe aufbringen können. Wer wollte da nicht lieber gleich flüchten – in ein anderes Land oder in andere, innere Welten? Fuhr/Gremmler-Fuhr schreiben:

Die Einsicht in diese Wahlmöglichkeiten auf den verschiedenen Ebenen stellt eine ungeheuerliche Herausforderung für den Menschen dar. Nach Irvin Yaloms Untersuchung »der letzten Dinge« unserer Existenz löst das Bewußtwerden unserer Freiheit und Entscheidungsnotwendigkeit tiefe Ängste vor Unsicherheit und Bodenlosigkeit aus, und wir vermeiden es daher meist, uns dieser ungeheuren Herausforderung zu stellen. (Fuhr/Gremmler-Fuhr 1995, 142)

Die Einsicht in die eigene Freiheit und Wahlmöglichkeit konfrontiert unmittelbar mit deren Begrenzung und im Trauma darüber hinaus mit der existentiellen Bedrohung des eigenen Lebens und/oder des Lebens der Nächsten – für die Therapeutinnen ebenfalls eine »ungeheure Herausforderung«.

Daß Symptome wie Schmerzen, Schlaflosigkeit, Flash-Backs, Schreckreaktionen usf. ganz außerordentlich belastend sind für die Betroffenen, steht außer Frage. Daß diese Symptome jedoch hinweisen auf ein *aus dem Gleichgewicht geratenes Ganzes*, steht ebenfalls außer Frage. Und zwar auf *allen Ebenen* aus dem Gleichgewicht geraten: seelisch, leiblich und sozial. Deswegen spreche ich *für eine ganzheitliche Sicht* von Trauma, eine Sicht auf den Menschen in seinem (traumatisierenden bzw. traumatisierten) Umfeld. In eine ganzheitliche, das Feld *einbeziehende* (Trauma)Therapie gehört meiner Meinung nach das Bewußtsein dessen, was Laura Perls gesagt hat, notwendig dazu:

Ich denke, wenn man Menschen dabei unterstützt, authentischer zu werden in Gesellschaften, die mehr oder weniger autoritär oder autoritätsorientiert sind, ist das immer politische Arbeit, in der Therapie, in der Erziehung, in der Sozialarbeit. (L. Perls 1997, 126)

Dennoch hat eine Therapie, die sich begrenzt auf die Beseitigung der allerdeutlichsten Symptome, wie EMDR meines Erachtens ihre Berechtigung – und das nicht nur bei akuten Traumatisierungen wie sie beispielsweise Feuerwehrleute oder Polizistinnen im Einsatz erfahren. Angesichts der schwerwiegenden psychischen Beeinträchtigungen, die das Leiden der einzelnen so unmenschlich erscheinen lassen, ist jede Linderung ein Segen! Nächtliche Alpträume, Schlaflosigkeit, immer wieder ungefragtes Auftauchen klarer Bilder, Töne, Gerüche, Körpersensationen u. ä. aus der traumatischen Situation, sozialer Rückzug, Panikattacken, Selbstmordversuche, aufschießende und unkontrollierbare Aggression, Apathie, Depersonalisationsgefühle – all diese Phänomene, die uns Therapeutinnen auf mögliche Traumatisierung unserer Klientinnen hinweisen, bedeuten für die Betroffenen leidvolle Qual. Ein solches Leid (kurzfristig) zu lindern, reicht, um Techniken, die rasch helfen können, zu befürworten.

Ein weiterer Grund, weswegen ich diese begrenzten Formen der Therapie punktuell befürworte, ist, daß sie eine *niederschwellige* Möglichkeit für die Betroffenen bieten, Hilfe in Anspruch zu nehmen. So berichtete mir ein Kollege von der Feuerwehr, daß Feuerwehrmänner, die durchwegs eine tradierte Haltung nach dem Motto: ›mit Härte (gegen dich selbst) packst du alles (weg)‹ zur Schau tragen, mit überschaubaren und transparenten Angeboten erreicht werden können. Niederschwellige Angebote, das wissen wir, ebnen nicht selten den Weg zu tiefgreifenderen Therapieangeboten. Insofern stärken sie die Autonomie einzelner, zu sich selbst stehen zu können, etwas *für sich* zu tun. Kurz, dem gesellschaftlichen Stigma, das PsychotherapieklientInnen immer noch entwertet, zu entkommen und Hilfe suchen zu können.

Außerdem denke ich, daß Techniken wie EMDR sich u. a. auch deshalb so verbreiten, weil sie Distanzierungsmöglichkeiten für die Therapeutinnen als *Psychohygiene in der therapeutischen Situation* gleich mitliefern. Dies ist ein nicht zu unterschätzender Faktor. Denn die Therapeutin ist gefordert, sehr genau mit ihren eigenen Grenzen zu sein und für Selbststützung zu sorgen. EMDR hilft ihr dabei.

Im vergangenen Jahr habe ich die positiven Wirkungen dieser Methode (unfreiwillig) selbst erprobt. In einem Wochenendworkshop hatte eine Teilnehmerin in der ersten Nacht einen Unfall: Sie wurde ohnmächtig in einem Badezimmer des Seminarhauses und stürzte mit dem Kopf auf die kalten Fliesen. Als andere Teilnehmerinnen mich zu Hilfe riefen, war sie unterkühlt, hatte einen schwachen Puls und verlor immer wieder das Bewußtsein. Die Gruppenmitglieder und ich selbst waren schockiert. Bis zum Eintreffen der Ambulanz (ca. 20 - 30 Min. später) bemühte ich mich mit Hilfe der anderen Frauen, die Verunglückte zu wärmen und im Hier und Jetzt zu halten. Am nächsten Morgen waren die Teilnehmerinnen teils ängstlich verschreckt, teils ärgerlich, teils in sich gekehrt und bedrückt. Die eine oder andere klagte über Kreislaufprobleme. Ich selbst machte mir Sorgen um die Kranke, denn mittags erst sollten wir erfahren, wie es ihr ging, wenn die Untersuchungen abgeschlossen waren. Was also tun? Ich erinnerte mich an EMDR und schlug den

Frauen vor, damit zu arbeiten. Wir taten dies, und mittags ging es allen deutlich besser: die Gesichter hatten wieder Farbe, die nächtlichen Ereignisse waren in den Hintergrund gerückt, und die Lust auf unser gemeinsames Wochenende kam zurück. Für mich war in dieser Situation sehr entlastend, daß ich in Teilen dieser Arbeit – nämlich immer, wenn die Klientin sich mit ihrem Bild oder Körperempfinden innerlich befaßte, während ich abwechselnd ihren rechten und linken Handrücken mit meinen Fingern antippte (eine Technik, die ähnlich wirkt wie das Führen der Augenbewegungen) meine eigenen Bilder und Empfindungen verarbeiten konnte. So liegt nahe, daß diese Art der Arbeit mit traumatisierten Menschen der Therapeutin hilft, das, womit sie konfrontiert wird, unmittelbar ein Stück weit zu verarbeiten .

Um es noch einmal deutlich zu sagen: Unerträgliche, quälende Symptome loswerden zu wollen, finde ich verständlich und legitim. Andererseits sind die Symptome nicht die ›Krankheit‹ selbst. Sondern sie stellen das Bemühen des Organismus dar, wieder ›ins Lot‹ zu kommen. Willi Butollo schreibt dazu:

Symptomverläufe ergeben noch keine Psychologie. Sie sagen noch nichts aus über die *Theorie*, mittels der die Lebensereignisse (z. B. traumatische oder protektive Ereignisse) mit den Lebenserfahrungen (z. B. traumatisches Erleben) verknüpft sind. Sie sagen auch noch wenig aus über die psychische *Verarbeitung*. Gemeint sind die kognitiven und emotionalen Prozesse, die mit den dazugehörigen Bewältigungsversuchen als Reaktion auf das Trauma einsetzen. Eine Spezialform davon ist dann erst die Symptomentwicklung: sie ist als Versuch zur Bewältigung zu verstehen, der die Veränderung eines andernfalls unerträglichen Zustandes zum Ziel hat. Er setzt ein, wenn andere, differenziertere Wege zur Traumabewältigung fehlschlagen oder gar nicht zur Verfügung stehen. Auch wenn dadurch keine optimale Anpassung mit entsprechender subjektiver Zufriedenheit zustande kommt, bewirkt die Symptomentwicklung auf einer anderen Ebene vermutlich die Rückgewinnung zumindest eines gewissen Maßes an Kontrolle über den sonst unkontrollierbaren Belastungszustand. Diesem Umstand ist beim Suchen nach Veränderung Rechnung zu tragen. (Butollo 1997, 28)

Nach diesem Verständnis, das Symptome als Versuch der Bewältigung sieht, ist EMDR unzureichend, da in dieser Methode emotionale Bewältigung und Verarbeitung *im Kontext von Beziehung* kaum berücksichtigt werden. Eingebettet jedoch in einen therapeutischen Prozeß, der den Emotionen *in Verbindung mit dem Beziehungsgeschehen* Raum gibt, ist dieses Verfahren eine Bereicherung.

Zu diesem Prozeß gehört auch die Arbeit mit der Desillusionierung, die *immer* mit einem Trauma einhergeht. Desillusionierung ist normalerweise ein wichtiger Schritt hin zu mehr Autonomie und Freiheit. Geschieht Desillusionierung jedoch durch einen traumatischen Prozeß, bringt sie das Selbst- und Weltbild der Betroffenen derartig ins Wanken, daß für Erfahrungen jenseits des Traumas kein Raum mehr bleibt. Allein der Prozeß der Differenzierung des Aus-der-Illusion-Fallens – wer oder was in der Welt ist lebensbedrohlich und wer oder was nicht; was kann ich bewältigen und was nicht; wann benötige ich Unterstützung und wo erhalte ich sie; wie (ir)real sind meine (Un)wertgefühle, und wie ›normal‹ ist die Begrenzung



dessen, was ich vermag? – bedarf des therapeutischen Dialoges, der therapeutischen Beziehung!

Letztlich fordert Traumatisierung die Auseinandersetzung mit der eigenen Macht und ihrer Begrenzung, sowie mit der Macht der Umwelt und den eigenen (Un)Möglichkeiten, ihr Einhalt zu gebieten. *Die Auseinandersetzung mit den individuellen und gesellschaftlichen Grenzen sehe ich als den existentiell emanzipatorischen Teil der Traumatherapie.* Denn in traumatischen Ereignissen finden intrusive Grenzverletzungen bis hin zur Zerstörung statt. Die Arbeit entlang der (versehrten oder verlorenen) Grenze kann hier zu neuen Grenzprozessen führen, die die traumatische Erfahrung emanzipatorisch einschließen. Wie z. B. bei Maren<sup>1</sup>, die in ihrer Kindheit sexuell mißbraucht wurde. Sie verzieh sich ihre 5 Schwangerschaftsabbrüche, bekam ein Kind und wurde Hebamme.

## GESELLSCHAFTLICHE ASPEKTE DES LEIDENS AM TRAUMA

*Extremtraumatisierung* ist eine diagnostische Kategorie, die der gesellschaftlichen Dimension von Trauma gerecht werden soll. Um zu unterscheiden zwischen Traumata, die dem Bereich Unfall, Katastrophe usw. angehören und denen, die *man-made* – nach dieser Definition gesellschaftlich bedingt – sind, also: Mißbrauch, Folter, Krieg usw. und um der Prozeßhaftigkeit des traumatisierenden Geschehens gerecht zu werden, arbeiten verschiedene Therapeutinnen und Forscherinnen mit diesem Begriff:

Extremtraumatisierung ist ein Prozeß im Leben der Subjekte einer Gesellschaft, der definiert wird durch seine Intensität, durch die Unfähigkeit der Subjekte und der Gesellschaft, adäquat darauf zu antworten und durch die Erschütterung und die dauerhaften pathogenen Wirkungen, die er in der psychischen und sozialen Organisation hervorruft. Extremtraumatisierung kennzeichnet sich durch eine Art, die Macht in einer Gesellschaft auszuüben, bei der die sozialpolitische Struktur sich auf der Zerstörung und Auslöschung einiger Mitglieder dieser Gesellschaft durch andere Mitglieder derselben Gesellschaft gründet. (Becker a. a. O., 37)

Auch für David Becker – Mitarbeiter einer südamerikanischen Kollegengruppe, die Trauma in verschiedenen südamerikanischen Ländern untersucht – ist eine bloß auf Symptomen fußende Diagnostik und Therapie nicht in der Lage, das Notwendige zur Wiederherstellung der Integrität der Klientin ins Auge zu fassen. Dazu gehört auch die Auseinandersetzung – der Betroffenen wie der Therapeutin – mit den gesellschaftlichen Verhältnissen, unter denen das Trauma stattfand. Das jedoch kann uns in Schwierigkeiten führen. Wir laufen Gefahr, die gesellschaftliche mit der individuellen Ebene zu vermischen. Oder wir verlieren die gesellschaftliche Ebene aus den Augen, wenn wir uns der einzelnen Betroffenen nähern, oder umgekehrt.

---

<sup>1</sup> Name geändert

Wenn wir uns mit dem Leid auseinandersetzen, das einzelne Individuen erfahren haben, dann können wir das besondere Einzelschicksal besser nachvollziehen, laufen aber Gefahr, dieses mit einem umfassenden Verständnis des gesellschaftlichen Prozesses zu verwechseln. Allerdings gilt auch, daß keine gesellschaftliche Analyse uns das persönliche Leid wird vollständig erschließen können. (Becker 1997, 29)

David Becker drückt mit diesem Satz das *Dilemma* aus, in das wir geraten, wenn wir uns dem Trauma ganzheitlich – nämlich als *Desaster* im Feld, als *Desaster* zwischen der einzelnen *und* ihrem Umfeld – nähern wollen: sobald wir uns der einzelnen nähern, erschließt sich uns das Leid. Willi Butollo nennt das so: »Denn der wirklich empathische Blick in das Auge des Leidenden ist Begegnung im Leid« (Butollo 1997, 23) Um über den Mikrokosmos der persönlichen Begegnung hinauszusehen, bedarf es der Distanz. Erst aus der Distanz lassen sich Macht- und andere Strukturen, Historien, soziale (Un)Ordnungen usw. erkennen Die Not der einzelnen bekommt einen gewissen *Sinn* durch die Zusammenhänge, in denen sie erscheint. Erfahbar jedoch ist Gesellschaftliches nur im Mikrokosmos des persönlichen Erlebens. Pierre Bourdieu schreibt zutreffend in seinem neuen Buch *Das Elend der Welt*:

Dieses *positionsbedingte Elend*, bezogen auf die Perspektive dessen, der es erfährt und dabei in den Grenzen des Mikrokosmos gefangen bleibt, erscheint zwangsläufig als »gänzlich relativ«, d. h. völlig unreal, wenn man es aus der Perspektive des Makrokosmos mit dem großen situationsbedingten Elend vergleicht;... Doch indem man die große Not zum ausschließlichen Maß aller Formen der Not erhebt, versagt man sich, einen ganzen Teil der Leiden *wahrzunehmen* und zu verstehen, die für eine soziale Ordnung charakteristisch sind, (Bourdieu 1997, 19, Hervorhebungen vom Verfasser)

Die gesellschaftlichen (Leidens-)Prozesse im Zusammenhang zu sehen, bedarf also der Distanz. Sie *wahrzunehmen* jedoch braucht die *Begegnung*, wie Butollo sagt, bzw. die Perspektive des Mikrokosmos, wie sie Bourdieu in seiner neuen Untersuchung radikal in den Mittelpunkt stellt. Auch für seine Studie *Elend und Gewalt* begibt sich der peruanische Psychoanalytiker César Rodriguez Rabanal, über die ich an anderer Stelle ausführlich berichtet habe (Hahn a. a. O, 76 ff), in den Mikrokosmos der Slums von Lima. Ihn interessieren »die Wirkungen manifester Gewalt und vitaler Bedrohung auf das seelische Geschehen« (Rabanal 1995, 10). Sein therapeutisches Zentrum als Ort der Therapie und des Studiums der Gewaltzusammenhänge erhält seinen Platz direkt »vor Ort«. Denn nur dort sind die Bewohner des Elendsviertels zu erreichen. In dieser Studie kommt Rabanal zu der Erkenntnis, daß alle gesellschaftlichen Kräfte einen Anteil am Gewaltgeschehen haben: die Täter *und* die Opfer, die Armen *und* die Reichen, die Gebildeten *und* die Analphabeten usw.

Zur Auseinandersetzung mit dem Trauma im gesellschaftlichen Feld gehört auch, politische Bedingungen zu schaffen, die Gewalt, Terror, Machtmißbrauch usw. begrenzen. Dies ist Aufgabe der Politikerinnen und der Bürgerinnen. Welch

existentielle Herausforderung es bedeutet, dies im eigenen vom Terror betroffenen Land zu tun, d. h. der Verstrickung zu widerstehen, zwischen Betroffenheit und gesellschaftlicher Analyse – dazu an dieser Stelle ein Erlebnis:

Im vergangenen Herbst habe ich durch einen Zufall zwei Menschen kennengelernt, die den Terror in Algerien bekämpfen. Ich wurde überraschenderweise (insofern ich keine Journalistin bin) eingeladen zu einem Pressegespräch mit Khalida Messaoudi und Tarik Mira, einer Parlamentarierin und einem Parlamentarier aus dem demokratischen Widerstand in Algerien. Die frühere Lehrerin Khalida Messaoudi setzt mit ihrem offenen Kampf gegen die Verantwortlichen ihr Leben aufs Spiel. Immer wieder erreichen sie Morddrohungen. Sie fährt in die Dörfer und sieht sich die unvorstellbaren Folgen der Massaker an. So überzeugt sie sich von dem, was in ihrem Land geschieht. Der offiziellen Propaganda traut sie nicht. Sie spricht mit den Überlebenden und macht ihnen Mut – dabei vielleicht auch sich selbst. Unter den getöteten jungen Tätern in einem Dorf erkannte sie einen ihrer ehemaligen Schüler. Seitdem fühlt sie sich mitverantwortlich. Den beiden Abgeordneten fiel es sichtlich schwer, der Presse ihre Einschätzungen dessen, was sie gesehen und erlebt hatten, mitzuteilen. Die klare Analyse eines vom Terror zerrissenen Landes bedeutet eine ungeheure Herausforderung für diejenigen, die Teil dieses Landes und so selbst betroffen sind.

In einer Gesellschaft, in der das Leben der Bürgerinnen derart bedroht wird, ist die Arbeit der Politikerinnen des Widerstands ein zentraler Aspekt der Traumabegrenzung. Denn nur auf politischem Wege können die gesellschaftlichen Bedingungen für ein friedliches Zusammenleben geschaffen werden.

Zu der Schwierigkeit, Trauma als ganzheitlichen, sich zirkular bedingenden Prozeß von Individuum und Umwelt/Feld wahrzunehmen, kommt das *Dilemma*, den *transgenerationalen Prozessen* Rechnung zu tragen, hinzu. Denn sie sind ein Teil gesellschaftlichen Lebens.

Wenn eine Frau der oberen Mittelschicht während der Diktatur eine Angstkrise erleidet, weil sie der Meinung ist, General Pinochets oberstes Ziel sei die Vernichtung der Juden, so liegt es nahe anzunehmen, daß sie unter Verfolgungswahn leidet. Wenn wir jedoch in Erfahrung bringen, daß ihre Mutter im Konzentrationslager Auschwitz interniert war, so werden wir verstehen, daß wir es hier mit der Fortsetzung des Traumas in die zweite Generation zu tun haben (David Becker a. a. O., 33)

Diese Prozesse über die Generationen hinweg spielen in der Diagnostik von PTSD keine Rolle, ebensowenig wie gesellschaftliche Zumutungen, die geeignet sind, frühere Traumatisierungen wieder aufleben zu lassen.

Wie aber werden Traumata über Generationen weitergegeben? Und was heißt das? In erster Linie doch wohl das Weitergeben von bewußten oder unbewußten Strategien, *mit* dem Trauma zu leben. Zu diesen Strategien gehören die *Gemeinschaftsstrukturen*, von der Familie bis zu den großen gesellschaftlichen Gefügen, die eben sichern sollen, die Grenzen nach außen und innen, die Existenz, die Verbindung mit anderen, *per definitionem* vertrauten Menschen usf. Zu diesen Strategien gehören weiter die *Moral und Werte* des jeweiligen Feldes, durch die das ›Böse‹, das im Trauma aufscheint, gebannt werden soll. Der *Habitus*, einverlebte

Haltung, Gebärde, Sprache usw. kann auch eine Strategie sein, Zugehörigkeit zu klären, Freund von Feind zu unterscheiden, Hierarchien deutlich zu machen, das ›Böse‹ zu meiden.

An dieser Stelle will ich einen Gedanken mitteilen zur Rolle des Leibes bei der Weitergabe von Trauma bzw. *Umgang* mit dem Trauma von Generation zu Generation, den Gedanken der *Einverleibung*. Denn Überzeugungen, Haltungen, Sprache usw. sind keineswegs nur pädagogisch erzeugt. Sondern sie sind, wie Pierre Bourdieu sagt, »ein *Zustand des Leibes*« (Bourdieu 1993, 126, Hervorhebung vom Verfasser). Somit ist der Leib historisch und kulturell geworden, nicht nur biologisch.

Die körperliche Hexis ist die realisierte, *einverleibte*, zur dauerhaften Disposition, zur stabilen Art und Weise der Körperhaltung, des Redens, Gehens und damit des *Fühlens* und *Denkens* gewordene politische Mythologie. (Bourdieu a. a. O, 129, Hervorhebungen vom Verfasser)

So haben wir ein dichtes Geflecht von Normen, Anschauungen und Körperhaltungen, Bewegungen bzw. Nicht-Bewegungen, meist bei *gleichzeitiger Tabuisierung* des Themas, der Gefahr, um die es geht, beispielsweise der Gefahr von Mißbrauch. Nehmen wir die Erziehung von Mädchen bis in die 70er Jahre hinein. Für sie gab es eine Unmenge von Normen, Geboten und Verboten, sowie Handlungs- und Bewegungsvorgaben. Das Gebot der Zurückhaltung bei geschlossenen Beinen und niedergeschlagenem Blick ist vielen Frauen meiner Generation noch gut in Erinnerung. Die Kleidung durfte nicht aufreizen, d. h. sie mußte alle Geschlechtsmerkmale verhüllen. Zu Beginn der Pubertät wurden Mädchen und Jungen getrennt. Die Koedukation wurde vielerorts erst in den 70er Jahren eingeführt. *Gleichzeitig* wurden Gespräche über amouröse Abenteuer, sexuelle Übergriffe, Unsicherheiten mit dem anderen Geschlecht oder dem eigenen Körper tabuisiert. Die Gefahren – Schwangerschaft, Vergewaltigung, ›schlechter Ruf‹ – erschienen im Gewand des ›Schicksals‹ und/oder als Folgen ›falschen‹ Verhaltens, eines ›schamlosen‹ *Habitus*.

Normen, Anschauungen und *Habitus* können m. E. nur über Einverleibung, das ein Teil des Introjizierens ist, übernommen werden, solange es keine Kommunikation über die *realen* Nöte und Gefahren gibt. So konnte in früheren Jahren Mißbrauch stattfinden, ohne daß die Betroffenen erfuhren, daß sie nicht die einzigen waren, daß dies kein Schicksalsschlag, sondern verschwiegener Teil des Gemeinwesens war. Mit solcherart Verlagerung der Verantwortung für das *man-made desaster* auf die einzelne Betroffene wurden aktive und kollektive Formen des Wehrens gleichsam *tabu*. Die so etablierten ›Schutzhaltungen‹ erzeugen bestenfalls eine *Illusion von Schutz*, meist verbunden mit diffusem Unbehagen oder Angst, schützen jedoch tun sie nicht.

## DAS VERLEUGNEN VON VERLUSTEN UND DIE UNFÄHIGKEIT ZU TRAUERN

Jedes traumatische Erlebnis geht einher mit einem Verlust. Zum Verlust eigener körperlicher und/oder seelischer Unversehrtheit oder dem Verlust nahestehender Menschen kommt meist ein Verlust an Vertrauen hinzu: Vertrauen in die natürliche

oder soziale Umgebung oder beides, Vertrauen in die Kontinuität der Umgebung, Vertrauen in die liebsten Nächsten, Vertrauen in den eigenen Leib. Das Leugnen von Verlusten und die Vermeidung von Trauerprozessen gehören allerdings zur westlichen Kultur, zur westlichen Lebens(un)art dazu.

Verluste treffen derzeit viele Menschen hierzulande: Abstriche von der Lebensqualität durch steigende Preise und geringere Einnahmen, Verlust des Arbeitsplatzes oder die Angst davor, Verlust bisheriger Arbeitsfelder, Verlust von Wohnraum, Verlust durch Krankheit, Alter, Unfall, Krankheiten und Operationen, Selbstmord, Verlust der Integrität der Wohnung durch Einbrüche und letztendlich der Verlust der Illusion, daß all das ausgerechnet mich nicht betrifft.

Durch ihre Leugnung bedingt, werden Verluste *schlechthin* weitgehend traumatisch erlebt, selbst die geringsten. Eine Trauerkultur haben wir nicht (mehr). Dies mag zusammenhängen mit der Weigerung dieser Nation, die Verluste durch den Faschismus zu beweinen. Der Holocaust, der Krieg und das jahrzehntelange Schweigen darüber bei gleichzeitigen subjektiven Erlebnisberichten (die es in nahezu allen Familien gab und gibt, oft als Abenteuer verkleidet) ließ und läßt den Schrecken atmosphärisch werden. Solche ›Kriegsberichte‹ sind ebenfalls ein Weg, mit dem Trauma zu leben, eine Bewältigungsstrategie. Und auch auf diese Weise wird das Trauma in die nächste Generation weitergegeben, von den Opfern, aber auch von den Tätern wie im folgenden Beispiel.

Ein lieber Freund, 1942 geboren, erzählte mir seine Geschichte des unausgesprochenen Zwiespalts: Als mein Freund seinem geliebten Onkel eines Tages von der Schule und dem Geschichtsunterricht, in dem sie gerade den Nationalsozialismus kritisch durchnahmen, erzählte, bekam er eine Geschichte zu hören. Eine wahre Geschichte, die den ›Unsinn‹, den die Lehrer ihn lehrten, entkräften sollte: Der Onkel war SS-Mann gewesen, und er war mit anderen ›Kameraden‹ per Zug in Frankreich Richtung Heimat unterwegs gewesen. Bei einem Halt auf einem Bahnhof wurden sie von Partisanen überfallen. Der Onkel überlebte, während er mitansah, wie andere umkamen. Er ging mit einer Gruppe weiterer Überlebender ins Dorf, um ›Vergeltung‹ zu üben. Sie trieben wahllos Männer zusammen und erschossen sie. Meinen Freund stürzte diese Geschichte in einen inneren Konflikt. Denn er spürte deutlich, daß *etwas nicht in Ordnung* war. Da er den Onkel aber sehr mochte, übernahm er dessen ›Entschuldigungen‹: Die Partisanen waren die Bösen, denn sie töteten harmlose Soldaten auf Heimaturlaub, die gerade ganz friedlich dabei waren, die Bilder ihrer Bräute, Frauen und Kinder herumschleichen. Eine schändliche Tat! Es ist ja verständlich, daß man daraufhin ›alles, was Hosen trägt‹, erschießt. So beruhigte mein Freund sich selbst über die Morde seines Onkels. Erst viel später war er in der Lage, in Distanz zu treten und ihn als Teil einer Armee zu sehen, die in Frankreich eingefallen war und sich auf einem verbrecherischen Eroberungsfeldzug befand. Diese Erkenntnis war verwirrend und schmerzvoll für meinen Freund. Als Kind jedoch war es ihm unmöglich gewesen, den geliebten Onkel als Verbrecher zu sehen. »Ich versuchte, das gute Bild von meinem Onkel zu behalten und fühlte mich dabei unwohl«, sagt er heute.

In dieser Geschichte wird augenscheinlich, inwiefern ein Täter ebenfalls traumatisiert ist. Der Onkel wurde in einer entspannten Situation mit dem Tod seiner ›Kameraden‹ und der Bedrohung seines eigenen Lebens konfrontiert. Aus der damit notwendig verbundenen Hilflosigkeit, dem Gefühl des Ausgeliefertseins,

·befreite· er sich, indem er angriff und tötete. Sein Rachegefühl und der Glaube, im Recht zu sein, unterstützten ihn dabei. Angst, Panik. Trauer, Verzweiflung, die auch da sein mußten, konnten auf diese Weise begrenzt werden. Dieser Akt der Gewalt mochte das Erlebte erträglich machen für ihn und gab das Trauma zugleich weiter: an seine Opfer damals und später an das Kind. Das Aufsichnehmen der Schuld, getötet zu haben, würde wahrscheinlich den plötzlichen Verlust der Freunde wieder spürbar machen, die Verzweiflung und Todesangst wieder freisetzen.

Auch der Junge, dem diese Geschichte erzählt wurde, konnte seiner eigenen Angst, Trauer und Verzweiflung, die solch ein innerer Konflikt (die Entdeckung, daß ein geliebter Mensch ein Mörder war) sicher auslöst, keinen Raum geben. Dazu hätte er die Unterstützung der Erwachsenen gebraucht. Auf diese Weise lebte das Trauma durch ihn weiter.

Immer noch grenzen wir alles aus, was an Verlust erinnert, machen das Bedrohliche unsichtbar und verleugnen oder stigmatisieren es: Das Alter wird mit Jugendwahn bekämpft. Krankheit wird hospitalisiert, solange das Geld reicht. Behinderte sollen ins Heim. Arbeitslose seien arbeitsscheu. Asylanten wollen uns unseren Reichtum stehlen. Obdachlose werden wieder zur Stadtgrenze gebracht. Das schafft allerdings die schmerzlichen Verluste und die Angst vor Verlusten nicht aus der Welt, sondern verdrängt sie lediglich in ein Schattendasein, in die Depression, Dissoziation, Gewalt u. a.

Insofern sehe ich Verlust und Trauer als zentrale Themen in der Traumatherapie an. Darüberhinaus benötigen Trauerprozesse einen angemessenen Platz im Gemeinwesen. Den zu schaffen, wäre u. a. Aufgabe der Politik

## **EINIGE WORTE ZUM LEIBLICHEN GRUND**

Der Leib bildet eine unserer wesentlichsten Stützen im täglichen Leben (vgl. Hahn 1995, 89 ff). Stellen Sie sich nur einmal vor, Sie wären taub. Was verändert sich dadurch? Wie nehmen andere Sinne die Rolle ein, die zuvor Ihren Ohren zukam: die Augen, Ihr Tastsinn, Ihre Nase, Ihr kinästhetischer Sinn?

Eine meiner interessantesten Therapiestunden habe ich vor Jahren erlebt, als der Strom ausfiel. Da es Winter und Abend war, tauchte der Raum in Dunkelheit. Und keine Kerzen weit und breit. Meine Klientin und ich stellten beide fest, daß wir sehr auf das Sehen angewiesen waren und entschieden dieser Tatsache zum Trotz, diese Stunde in Dunkelheit zu verbringen. Wir nutzten die Zeit, herauszufinden auf welche Weise wir kommunizieren konnten, ohne uns sehen zu können. Nichts funktionierte mehr automatisch. Hören und tasten mußten wir beide mit Hilfe erhöhter Achtsamkeit. Gewahrsein bekam einen zentralen Stellenwert. Wir erlebten, wie existentiell wichtig unsere Körper – und zwar durchaus in ihrem biologischen Funktionieren – für sozialen Austausch sind.

Bei der Traumatisierung nun wird der Leib in erheblichem Maße geschädigt, und zwar durch die traumatische Erfahrung selbst, unerheblich, ob die Betroffene tatsächlich physisch verletzt wird oder nicht. Dies ist hinreichend belegt. Die Schädigungen erfolgen im Gehirn, im limbischen System, das neben seinen vegetativen und antriebhafte Funktionen auch kognitive Leistungen erbringt, wie seit wenigen Jahren bekannt ist (vgl. auch Roth 1997, 194 ff):

Drei verschiedene Arbeiten aus drei verschiedenen Laboratorien haben gezeigt, daß Menschen mit PTSD ein im Vergleich zu Kontrollpersonen verringertes Hippocampalvolumen<sup>1</sup> besitzen: Bremner und seine Mitarbeiter haben herausgefunden, daß Vietnam-Kriegsveteranen mit PTSD, im Vergleich zu Veteranen, die nicht unter solchen Symptomen litten, eine Reduktion ihres rechten Hippocampus-Volumens um 8 Prozent aufwiesen. Murray Stein (1994) entdeckte bei Frauen mit PTSD, welche wiederholt in ihrer Kindheit sexuell mißbraucht worden sind, eine Reduktion des Hippocampalvolumens um 7 Prozent. Tamara Gurvits und Roger Pitman entdeckten, daß die Vietnam-Veteranen mit den heftigsten Gefechtseinsätzen und den am stärksten auftretenden PTSD im Vergleich zu den Veteranen, die Gefechte gesehen haben, aber keine Symptome besitzen, eine Verkleinerung des linken Hippocampus um 26 Prozent und des rechten Hippocampus um 22 Prozent aufwiesen. Die Stärke ihrer PTSD war direkt proportional zum Ausmaß der Schrumpfung ihres Hippocampus. (Kolk et al. 1997, 8)

Dies legt nahe, daß als Folge des Traumas physische Veränderungen mit psychischen einhergehen. Denn, so schreiben die Autoren weiter:

... ist es wahrscheinlich, daß dieses verringerte Volumen, zumindest teilweise, für die kontinuierliche Dissoziation und Misinterpretation von Informationen in Richtung einer Bedrohung, wie es bei Menschen mit PTSD festgestellt wurde, verantwortlich ist ... daß starke emotionale Erregung die geeignete Evaluation und Kategorisierung von Erfahrungen durch Störungen der Hippocampalfunktionen verhindern können... Da aber der Hippocampus daran gehindert wird, seine integrative Funktion zu erfüllen, sind diese verschiedenen Eindrücke nicht in einem einheitlichen Ganzen vereinigt. Die Erfahrung wird abgelegt und später als isolierte Bilder, körperliche Empfindungen, Gerüche und Geräusche, die fremd und von anderen Lebenserfahrungen getrennt erscheinen, wiederbelebt... Es ist durchaus möglich, daß ein mangelhaft arbeitender Hippocampus in der andauernden Fragmentierung der Erfahrung bei PTSD eine Rolle spielt. (a. a. O., 10)

So findet das, was viele Kolleginnen längst in der praktischen Arbeit erkannt haben, nämlich Menschen mit traumatischen Erlebnissen, Dissoziationen, Fragmentierungen, sogenannten Borderline-Prozessen usf. auf keinen Fall in kathartischen Ausdruck zu führen, seinen Grund. Die fragmentierende und retraumatisierende Wirkung von nicht (er)tragbaren Affekten ist bekannt.

Wir alle wissen, daß Spaltungen zwischen Emotion und Kognition unendliches Leid für die Betroffenen bedeuten können. Sie haben mehr oder weniger deutliche Orientierungsprobleme: Warnt die Angst, die aufsteigt, mich vor einer Bedrohung?

---

<sup>1</sup> Der Hippocampus ist der Organisator von Lernen und Gedächtnis, zumindest was das sogenannte deklarative Gedächtnis betrifft, welches all das Wissen umfaßt, das wir bewußt reproduzieren können. ... Zerstörung des Hippocampus führt zu schweren Beeinträchtigungen des Erinnerungsvermögens (retrograde Amnesie) und der Fähigkeit, neues Wissen zu erwerben und auch nur für eine kurze Zeitspanne zu behalten (anterogarde Amnesie). (Roth 1997, 209)

Oder ist sie nur ein Reflex angesichts bekannter Bilder, Gerüche oder Körperreaktionen? Ist das, was ich tue, das, was ich geplant hatte? Oder waren andere Dinge wichtig, die ich vergessen habe? Manche können sich nicht genug konzentrieren, um eine Handlung zum Ende zu führen. Andere müssen sich ständig der Beziehung zu ihrem Partner versichern, da die Erfahrungen mit ihm »immer wieder wie in einem großen schwarzen Loch verschwinden«, wie mir einmal eine Klientin sagte.

Wenn wir unseren Klientinnen, die mit Traumatisierungen zu uns kommen, genau zuhören, so sagen sie uns, wo der Weg hinführen soll. Die Traumatisierungsprozesse entziehen sich nämlich keineswegs *vollständig* dem Gewahrsein. Manche sagen mir ganz direkt: »In meinem Kopf stimmt etwas nicht. Aber ich bin nicht verrückt!« Alle jedoch suchen nach verlorenen Verbindungen: zwischen Kopf und Körper, zwischen Gefühl und Begreifen, zwischen gestern, heute und morgen, zwischen sich und anderen, zwischen Ruhe und Erregung, zwischen dem Trauma und dem normalen Leben. Die Teilnehmerinnen in einer Frauentherapiegruppe z. B. verlangen immer wieder nach einer Wahrnehmungsübung, in der sie die verschiedenen Ebenen der Wahrnehmung – sehen, riechen, hören, Körperwahrnehmung etc. – und ihre Reaktionen darauf – Gefühle, Körpersensationen, Impulse, Phantasien – erleben können. Sie empfinden diese Übung als heilsam, denn Verbindungen *und* Dissoziationen werden direkt erfahren. Sie lernen zu unterscheiden zwischen direkten Reaktionen auf das, was *gerade geschieht*, und *quasi automatischen* Reaktionen. Und sie können ihr Erleben bewerten und in Bezug setzen zur sozialen Wirklichkeit.

## FINIS

Wie wir gesehen haben, ist das Thema Trauma außerordentlich komplex. Trauma wirkt zirkulär in alle Bereiche der betroffenen Menschen hinein: Psyche, Leib und Umwelt – ökologisch und sozial. Trauma ist immer auch Beziehungsgeschehen. Denn es entsteht im Zwischen: der Menschen untereinander, der Menschen und der Natur, der Menschen und der Technik (zweite Natur). Die Entwicklung der Arbeit mit dem Trauma muß diesem ganzheitlichen Geschehen gerecht werden – am besten durch den (inzwischen begonnenen) Dialog der Traumaarbeiterinnen miteinander, schulenübergreifend und interdisziplinär. Für die Gestalttherapie sehe ich die Aufgabe, ihre Theorie und Praxis neu zu überdenken und zu erweitern. In diesem Sinne wünsche ich mir eine lebendige und innovative Diskussion und Forschung zu diesem Thema in den nächsten Jahren.

## LITERATUR

Becker, D. (1997): Prüfstempel PTSD – Einwände gegen das herrschende »Trauma«-Konzept. In: Schnelle Eingreiftruppe »Seele«. Frankfurt/M. (medico international), 25-48

Bourdieu, P. (1993): Sozialer Sinn. Kritik der theoretischen Vernunft. Frankfurt/M. (Suhrkamp)

Bourdieu, P. (1997): Das Elend der Welt. Zeugnisse und Diagnosen alltäglichen Leidens an der Gesellschaft. Konstanz (UVK)



- Butollo, W. (1997): Traumapsychologie und Traumapsychotherapie – Eine Herausforderung für psychotherapeutische Praxis und Forschung. In: Psychotherapie 2. Jahrg. 1997, Bd. 2, 23-34
- Frankl, V.E. (1995): ...trotzdem ja zum Leben sagen. München (dtv)
- Fuhr, R./Gremmler-Fuhr, M. (1995): Gestaltansatz – Grundkonzepte und -modelle aus neuer Perspektive. Köln (EHP)
- Hahn, A. (1995): Diagnostik in der Begegnung. In: Gestalttherapie 1/95 84-91
- Hahn, A. (1997): Dem Leiden begegnen. In: Gestalt in Aktion. Berlin, Milow (Schibri), 71-84
- Keilson, H. (1997): Sequentielle Traumatisierung bei Kindern. Stuttgart (Enke)
- Kolk, B. van der (1996/97): Die Psychobiologie traumatischer Erinnerungen: Klinische Folgerungen aus Studien über Neuroimagination. Manuskript
- Perls, L. (1997): Der Weg zur Gestalttherapie. Wuppertal (Peter Hammer)
- Rabanal, C. R. (1995): Elend und Gewalt. Eine psychoanalytische Studie aus Peru. Frankfurt/M. (Fischer)
- Roth, G. (1997): Das Gehirn und seine Wirklichkeit. Frankfurt/M. (Suhrkamp)
- Shapiro, F. (1998): EMDR. Grundlagen und Praxis. Paderborn (Junfermann)
- Schützwohl, M. (1997): Diagnostik und Differentialdiagnostik. In: Maercker, A.: Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen. Berlin u. a. (Springer), 75-103
- Steil, R., Ehlers, A. (1996): Die Posttraumatische Belastungsstörung: Eine Übersicht. In: Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin, 17. Jg., 3, 169-212

*Anschrift der Verfasserin:*

*Annefried Hahn  
Stierstr. 14  
12159 Berlin*

Abstracts-Datei  
**GESTALT-ÜBERBLICK**

Eine kontinuierlich aktualisierte Übersicht über alle Artikel aus der Zeitschrift GESTALT THERAPIE seit der Nummer 1/1987 mit Abstracts und Schlüsselbegriffen ist auf Diskette bzw. CD-ROM verfügbar. Die Daten sind im Rich-Text-Format gespeichert, so dass sie mit allen gängigen Textprogrammen gelesen und ausgedruckt werden können. Die Datei kostet auf Diskette EUR 22,- und auf CD-ROM EUR 26,- einschließlich Versand und Mehrwertsteuer. Sie ist über die DVG-Geschäftsstelle (siehe Impressum) oder direkt zu bestellen bei:

Dipl.-Psych. Frank-M. Staemmler  
Zentrum für Gestalttherapie  
Kardinal-Döpfner-Platz 1 · 97070 Würzburg  
Tel.: 0931-58000 · Fax: 0931-3538560  
e-Mail: z.f.g@t-online.de

**Zeitschrift der Deutschen Vereinigung für  
Gestalttherapie e.V. (DVG)**



**Geschäftsstelle der DVG**

Anne Kehlen  
Grupellostr. 30, 40210 Düsseldorf  
Tel.: 0211/369 46 38, e-Mail: DVGgest2@aol.com

**Vorstand**

Cordula Zimmermann, Anne Schmidt-Gertz,  
Renate Becker, Barbara Schulz, Fritz Richtermeier

**Herausgeber**

Deutsche Vereinigung für Gestalttherapie e.V. (DVG)  
Verantwortlich: Renate Becker

**Redaktionsteam**

Renate Becker, Klaus Bessel, Annefried Hahn,  
Rainer M. Halmen, Detlef Klöckner, Ulrich Lessin,  
Heide Lex, Günter Ottersbach

*Koordination und Endlektorat:*  
Annefried Hahn

*Assoziierte Redaktionsmitglieder:*  
Peter Rumpfer (Österreich), Urs Isenegger (Schweiz)

**Erscheinungsweise und Abonnement**

Die Zeitschrift erscheint zweimal im Jahr. Der Abonnementpreis beträgt DM 38,- zuzüglich Versandkosten, Einzelheft: DM 22,- zuzüglich Versandkosten. Mitglieder der Deutschen Vereinigung für Gestalttherapie e.V. (DVG) erhalten die Zeitschrift im Rahmen ihres Jahresbeitrags kostenlos übersandt. Bestellungen richten Sie bitte an den Verlag. Abbestellungen sind nur zum Jahresende unter Einhaltung einer dreimonatigen Frist möglich.

*Wir bitten um rechtzeitige Mitteilung von Adressenänderungen!*

Alle Beiträge sind urheberrechtlich geschützt, Nachdrucke nur mit schriftlicher Genehmigung und ausführlicher Quellenangabe zulässig. Mit Verfasseramen veröffentlichte Beiträge decken sich nicht unbedingt mit der Meinung der Redaktion.

Für unverlangt eingesandte Manuskripte wird keine Gewähr übernommen.

Redaktionsschluß ist jeweils der 2. Januar und 1. Juni.

Die Redaktion behält sich das Recht vor,  
Leserbriefe zu kürzen.

**Anschrift der Redaktion**

Dr. Renate Becker  
Meinekestr. 8, 10719 Berlin, Tel./Fax: 030/881 29 04

**Anschrift des Verlages**

Edition Humanistische Psychologie,  
Postfach 32 01 73, D-50795 Köln  
Tel.: 02 21/530 44 11, Fax: 02 21/530 20 62  
e-Mail: info@ehp-koeln.com

Anzeigenverwaltung beim Verlag

**Druckerei**

Ulrich Himmels  
Industriestr. 31, 52525 Heinsberg

**Titelbild:** Sandor Ferenczi

ISSN - 0933 - 4238