



Julia Bee / Reinhold Görling /
Johannes Kruse / Elke Mühlleitner (Hg.)

Folterbilder und -narrationen

Verhältnisse zwischen Fiktion und Wirklichkeit

Mit 36 Abbildungen

V&R unipress



Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-8471-0003-4

ISBN 978-3-8470-0003-7 (E-Book)

Gedruckt mit freundlicher Unterstützung der VolkswagenStiftung.

© 2013, V&R unipress in Göttingen / www.vr-unipress.de

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages.

Printed in Germany.

Titelbild: © Gregor Schneider, *Passageway No. 4*, 2005 – 2007; aus der Reihe *Weißer Folter*; die Ausstellung fand statt vom 17.03.2007 bis 15.07.2007 im K20/21 Kunstsammlung NRW.

Druck und Bindung: CPI Buch Bücher.de GmbH, Birkach

Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier.

Inhalt

Vorwort	7
-------------------	---

1. Narrativierung traumatischer Erfahrung

Elke Mühlleitner

Repräsentationen, Definitionen und Narrationen. Eine medizinisch-psychologische Perspektive	15
--	----

Dori Laub

Das Erzählbarwerden traumatischer Erfahrungen im Prozess des Zeugnisauslegens: Strategien der Bewältigung von »Krisen der Zeugenschaft«	23
---	----

Rosmarie Barwinski

Erinnerung und Traumabearbeitung	43
--	----

Dima Zito

Arbeit mit dem Unaussprechlichen. Therapie mit Überlebenden von Folter	55
---	----

Franziska Henningsen

Psychisches Trauma-Narrativ. Psychoanalytische Wege zum Verstehen . .	69
---	----

Mechthild Wenk-Ansohn

Sexualisierte Folter und ihre Folgen. Scham begünstigt chronische posttraumatische Beschwerden und behindert die Kommunikation . . .	89
---	----

2. Inszenierungen des Phantasmas

Reinhold Görling

Szenen der Gewalt – Einleitende Überlegungen zum Verhältnis von
Phantasie, Handlung und Aufführung 99

Linda Hentschel

Gewaltbilder und Schlagephantasien oder: Die Rebellion der
Betrachtermelancholie 115

Angela Koch

Sexuelle Gewalt und traumatische Erzählung. Überlegungen zum Film
GRBAVICA – ESMAS GEHEIMNIS 127

Lisa Gotto

Maskierungen. Zur Folterform des *blackface* 145

Franziska Lamott

Zeigen und Verbergen. Foltern vor der Kamera 155

Michaela Wunsch

Folter und die Zeitlichkeit des Traumas im *serial drama* 173

Julia Bee

Szenen der Entmenslichung. Zeitlichkeit, Folter und das Posthumane
in TRUE BLOOD 187

Petra Löffler

Atemnot, Kälte, Schwindel. *Sensory deprivation* und der Terror des Films 221

Volker Woltersdorff

Folter als erotisches Faszinosum. Über sadomasochistische
Inszenierungen von Folterphantasien 237

Jon McKenzie

Abu Ghraib und die Gesellschaft des Spektakels der Martern 251

Autorinnen und Autoren 277

Abbildungen 283

Vorwort

Die Folter, Menschen mit Foltererfahrung, Bilder und Narrationen über die Folter gehören in einem weit größeren als häufig vermuteten Ausmaß zu unserer Lebenswelt. In nahezu einhundert Ländern der Erde wird nach Angaben von Amnesty International zurzeit gefoltert. Wir gehen davon aus, dass mehr als 300.000 Menschen mit Foltererfahrung in Deutschland leben. Die Folter ist eine der schwerwiegendsten Formen der Gewalterfahrung. Diente sie früher überwiegend dem Erpressen von Informationen oder Geständnissen, so stehen bei der Folter heute häufig die Einschüchterung von Bevölkerungsgruppen sowie die Zerstörung der Persönlichkeit des Gefolterten im Zentrum.

Zahlreiche Studien, klinische Berichte und autobiografische Schilderungen weisen darauf hin, dass Foltererfahrungen die Kohärenz des Selbst zerstören können. Die überflutende Emotion in der Foldersituation macht es den Betroffenen unmöglich, die Grenze zwischen Innen und Außen aufrechtzuerhalten, die erschreckendsten Phantasien werden zur Realität. Extrem traumatisierende Situationen werden im psychoanalytischen Verständnis abgespalten und dissoziiert. Neuropsychologische Erkenntnisse weisen darauf hin, dass das sprachliche Gedächtnis während des Traumas durch die extreme Ausschüttung des Stresshormons Cortisol inaktiviert ist und dieses in Form somatischer Sinnesindrücke und visueller Bilder gespeichert wird. Das Trauma kann so nicht in Sinnbezüge gefasst werden, die Mentalisierungsfähigkeit und die Symbolisierungsfähigkeit sind stark beeinträchtigt.

Im Zentrum des traumatischen Erlebens der Folter steht somit auch die mangelnde Symbolisierbarkeit und fragmentierte Erinnerung an die traumatisierende Situation. Wir gehen heute davon aus, dass in dieser unzureichenden Repräsentation eine Ursache für die Entwicklung von Traumafolgeerkrankungen zu suchen ist. Die Beeinträchtigung des Narrativs über die Foldersituation und die damit einhergehende Fragmentierung der Persönlichkeit stellen somit die wesentlichen Folgen der Folter für die Folteropfer dar. Ein konsistentes Narrativ über die Foldersituation durch die Betroffenen kann ein wesentlicher Baustein in der Überwindung der Traumafolgen bedeuten.

Folterbildern und -narrationen begegnen wir aber auch in ganz anderen Kontexten. Nahezu täglich werden in Fernsehproduktionen Folterszenen präsentiert. Im Kino der Gegenwart sind die Helden nicht selten selbst Gefolterte, die aus dieser Erfahrung eine Rechtfertigung für ihr Handeln ziehen wollen. Folter stellt in zahlreichen Filmen den dramaturgischen Höhepunkt der Handlung dar. Die abendländische Kultur fußt auf dem Bild von Christus als dem Gefolterten. Bilder und Narrationen über die Folter und Gefolterte durchziehen unsere Kulturen.

Wie ist das Verhältnis zwischen den Narrationen, ihren Störungen bei Folteropfern und den gesellschaftlichen Phantasmen zur Folter? Der vorliegende Band soll erste Antworten auf diese Fragen geben.

Im ersten Teil des vorliegenden Buches steht die Narrativierung der traumatischen Foltererfahrung durch die Folteropfer im Zentrum. Elke Mühlleitner berichtet über die unterschiedlichen Ebenen der Repräsentation der Folter, Foltererfahrungen und Folterfolgen im medizinisch-psychologischen Kontext. Diese Narrationen sind nicht nur Erzählungen der Opfer, sondern sie umfassen auch Berichte von Tätern und Täterinnen, denn Ärzte und Ärztinnen sowie Psychologen und Psychologinnen waren nicht nur kurativ tätig, sie haben wesentlich auch zur Weiterentwicklung von Foltermethoden beigetragen.

Dori Laub berichtet über die Narration und Erinnerung von Holocaust-Überlebenden und die damit verbundenen intrapsychischen und interpersonellen Veränderungen. Er stellt dar, wie im Prozess des Zeugnisablegens traumatische Erfahrungen erzählbar werden, abhängig auch von der aktuellen Beziehung zwischen Erzählendem und Zuhörendem.

Rosmarie Barwinski gibt in ihrem Beitrag »Erinnerung und Traumabearbeitung« die Problematik der symbolischen Repräsentation traumatischer Erfahrungen wieder. Sie weist aber auch auf die Bedeutung der Idealisierung und Spaltung in den Verarbeitungsprozessen hin. Sie verdeutlicht, dass Erinnerungen an traumatische Ereignisse sehr unterschiedlich im Gedächtnis verankert sind. Daraus leitet sie unterschiedliche Strategien für die Therapie von Folteropfern ab.

Dima Zito berichtet über ihre Arbeit mit Überlebenden von Folter im psychosozialen Zentrum für Flüchtlinge und Folteropfer in Düsseldorf. Sie berichtet, wie die Verarbeitung der Foltererfahrung überdeckt wird von den Migrations- und Flüchtlingsproblemen. Im Zentrum ihres Beitrags steht dabei die traumazentrierte Psychotherapie mit Flüchtlingen mit Foltererfahrungen.

Franziska Henningsen berichtet über psychoanalytische Wege zum Verstehen des psychischen Traumas. Aus ihrer Arbeit als Gutachterin für traumatisierte Folteropfer und Flüchtlinge schildert sie die unterschiedlichen Formen der posttraumatischen Belastungsstörung als Folge von Foltererfahrung. An-

hand von zwei Beispielen wird die besondere Belastung dieser Menschen verdeutlicht.

Im Mittelpunkt des Beitrags von Mechthild Wenk-Ansohn stehen die sexualisierte Folter und ihre Folgen. Sie berichtet über die spezielle posttraumatische Symptomatik bei Frauen nach sexualisierter Folter und beleuchtet insbesondere die Bedeutung der Scham- und Schuldgefühle sowie der Selbstablehnung in diesem Prozess. Das Schweigen über die traumatisierenden Erlebnisse wird als eine Überlebensstrategie der betroffenen Frauen dargestellt.

Im zweiten Teil des Bandes steht die Inszenierung des Folter-Phantasmas im Zentrum, also die mediale Darstellung der Folter und ihre Interaktion mit den Betrachtenden.

In seinen einleitenden Ausführungen geht Reinhold Görling dem Verhältnis von Aufführung, Phantasie und Handlung nach. Zur Einwirkung auf die Subjektivität des Opfers bedienen sich die Täter/innen in der Folter fast immer inszenatorischer Elemente. Dabei entzieht diese performative Praxis dem Opfer gerade den Spielraum der Lösung von Handlungszwängen, welchen Theatralität eröffnen kann. Zugleich zielt die Ausstellung der Gewalt durch die Täter/innen auf eine Entsolidarisierung, eine Abwendung des Blicks, ja letztlich eine Verleugnung des Gesehenen. Analog dazu verhält sich die Phantasie, also die szenische, traumhafte Wahrnehmung, in der die Positionen der Akteure nicht fixiert sind: Sie kann ästhetische Erfahrung, aber auch Unterfütterung von Handlungen und Verleugnung von Verantwortung sein.

Linda Hentschel setzt sich in ihrem Beitrag zu den Gewaltbildern und Schlagephantasien bzw. zur Bedeutung der Rebellion der Betrachtermelancholie mit der Frage auseinander, wie man es vermeiden kann, im Betrachten von Greuelbildern und Feindbildern die Gewalt, die dort dargestellt wird, unbewusst zu wiederholen. Sie plädiert dafür, im Bereich des Visuellen durch und mit der Verletzbarkeit Ungehorsam und Kritik zu üben.

Der Film GRBAVICA – ESMAS GEHEIMNIS setzt sich mit der sexuellen Gewalt und ihren Folgen im ehemaligen Jugoslawien auseinander. Angela Koch analysiert in ihrem Beitrag diesen Film, der Zeugnis über sexuelle Traumatisierung in Ex-Jugoslawien ablegt. Der Film und die begleitende Öffentlichkeitskampagne schufen in der Föderation Bosnien und Herzegowina zumindest ein Bewusstsein für diese Gewalterfahrung.

Einer sich in ihren Bedeutungen überlagernden Bildtradition geht Lisa Gotto in ihrem Beitrag über das *blackface* nach. Wenn jede Maske an der Schwelle zwischen Tod und Leben steht, so ist doch mit dem mit Bambuskohle geschwärzten Gesicht der *minstrel shows* eine besondere Praxis der Gewalt zeitlich und visuell verknüpft: die der Folterungen und Lynchmorde an Afroamerikanern in den ersten Jahrzehnten des vergangenen Jahrhunderts. Beachtet man, dass diese Verbrechen in Fotografien festgehalten und als Postkarten verbreitet

wurden, erscheint es durchaus denkbar, in der Maske der Mickey Mouse einen Widerhall dieser Bilder zu sehen.

Das Verhältnis von Zeigen und Verbergen analysiert Franziska Lamott anhand der Berichte und Fotos aus dem Abu-Ghraib-Gefängnis, die aufzeigten, wie US-amerikanische Armeeingehörige Gefangene quälten und folterten. Sie analysiert die Macht und die Funktion dieser Bilder, die ein pornografisches Format erfüllen und eingebettet sind in eine spezifische mediale Kriegstechnik einer globalisierten Welt.

Michaela Wunsch setzt sich mit der Folter und der Zeitlichkeit des Traumas im *serial drama* auseinander. Sie untersucht, ob sich in der Wiederholungsstruktur der Fernsehserie eine Verbindung zum Trauma herstellen lässt, insbesondere anhand der US-Serien *Lost* und *24*. Insbesondere *Lost* nimmt die traumatische Erfahrung in ihrer episodischen, sich wiederholenden Struktur auf, während *24* bekanntlich den US-amerikanischen Soldaten und Soldatinnen im Irak als eine Art Skript während der Folterungen diente.

In ihrem Beitrag beschreibt Julia Bee Repräsentationen von Folter in der aktuellen amerikanischen TV-Serie *True Blood*. Folterszenen befinden sich hier in einem Spannungsfeld zwischen dem Un-/Menschlich-Werden des Menschen in der Folter und aktuellen sich mit dem Folterdiskurs überlagernden biotechnologischen Innovationen, die den Begriff des Menschen prekär werden lassen. Das Humane wird zu einer Verhandlungssache zwischen Sub- und Suprahumanem in aktuellen *science fiction* Produktionen, in welchen Ängste und Hoffnungen gegenüber dem »Ende des Menschen« in Folterszenarien reflektiert werden. Zentral dafür sind sich zeitlich überlagernde Machtregime sowie eng mit dem Begriff des Menschlichen verflochtene Geschlechterordnungen.

Petra Löffler fragt in ihrem Beitrag »Atemnot, Kälte, Schwindel. *Sensory deprivation* und der Terror des Films«, worin eben dieser Terror des Films besteht. Sie untersucht, wie Medien sich traumatisierend auf den Körper des Betrachtenden auswirken und der Film selbst als Medium der Folter begriffen werden kann, ohne dass Folter direkt repräsentiert wird.

Die »Folter als erotisches Faszinosum« steht im Zentrum des Beitrags von Volker Woltersdorff, in dem er über sadomasochistische Inszenierung von Folterphantasien berichtet. Er arbeitet in seinem Beitrag den Unterschied und die Gemeinsamkeiten zwischen sadomasochistischen Folterphantasien und ihrer Realisierung sowie realen Foltersituationen heraus. Er bezieht sich neben literarischen und filmischen Beispielen auf empirisches Material, welches er in Form von Gruppendiskussionen in der SM- bzw. *bondage*-Szene erhoben hat.

Abschließend greift Jon McKenzie den Skandal um die Folterbilder und -videos aus Abu Ghraib auf. Er analysiert die mediale Darstellung, das Theater der Folter, als ein zeitgenössisches »Spektakel der Martern« und stellt eine außerordentliche gewalttätige Form der politischen Theatralität dar. Anhand der

Metadaten der Fotografien und Videos wird belegbar, wie Folter als ein wochen- und sogar monatelanger Prozess der Erniedrigung und Traumatisierung organisiert wird.

Dieser Band enthält überwiegend die Beiträge eines interdisziplinären Dialogs, der anlässlich der Tagung »Folterbilder und -narrationen. Verhältnisse zwischen Fiktion und Wirklichkeit« vom 11.–12. November 2010 in Düsseldorf geführt wurde. Ärzte und Ärztinnen sowie Psychologen und Psychologinnen, die mit Folteropfern arbeiten, kamen ins Gespräch mit Medienwissenschaftlern und Medienwissenschaftlerinnen, die die Inszenierung und Wirkung der Folter in den Medien untersuchen. Die Beiträge dokumentieren, dass reale Foltererfahrungen und die Narrationen der Gefolterten einerseits sowie andererseits die mediale Inszenierung der Folter zwei unterschiedliche Gegenstandsbereiche darstellen. Aber auch die Wechselwirkungen und Übergänge zwischen diesen Bereichen werden präsent. Die reale Folter ist eine Inszenierung der Macht, reale Folterungen werden zunehmend medial dargestellt und entfalten eine Wirkung im Krieg der Bilder. Und umgekehrt beeinflussen Fernsehserien die Folterpraktiken u.a. von Soldaten und Soldatinnen. Die mediale Inszenierung der Folter hat somit Auswirkungen auf reales Foltergeschehen. Diese Übergänge und Wechselwirkungen aber auch die sich entwickelnden Widersprüche, die sich aus unterschiedlichen wissenschaftlichen Bezugssystemen und Sprachen ergeben, verdeutlicht dieser Band.

Die Tagung und die Herstellung dieses Bandes erfolgten im Rahmen des interdisziplinären Forschungsprojekts »Die Wiederkehr der Folter? Interdisziplinäre Studie über eine extreme Form der Gewalt, ihre mediale Darstellung und ihre Ächtung«. Dieses Projekt wurde im Rahmen der Förderlinie »Schlüsselthemen der Geisteswissenschaften« von der VolkswagenStiftung gefördert. Wir danken der VolkswagenStiftung herzlich, dass sie durch diese Förderung die interdisziplinäre Zusammenarbeit in dieser Form erst ermöglicht hat. Besonders möchten wir Frau Dr. Vera Szöllösi-Brenig für ihre sehr couragierte und stets unterstützende Betreuung der Projektgruppe danken.

Danken möchten wir aber auch allen Autorinnen und Autoren und Diskutanten der Veranstaltung, die sich der Mühe des interdisziplinären Dialogs unterzogen. Interdisziplinäres Arbeiten bedarf einer Fähigkeit des Perspektivenwechsels. Dieser stellt eigene Positionen in Frage, ermöglicht aber eine Weiterentwicklung über die Perspektive des eigenen Fachgebietes hinaus. Einer initialen Verunsicherung, die im Dialog auszuhalten ist, kann schließlich eine Erweiterung des eigenen Horizonts und des wissenschaftlichen Fachgebietes folgen. Wir wünschen dem und der Lesenden diese Geduld und Toleranz und

hoffen, dass er und sie aus den unterschiedlichen Perspektiven Anregungen für seine und ihre Arbeit zieht.

Düsseldorf und Gießen, im Oktober 2012

Julia Bee
Reinhold Görling
Johannes Kruse
Elke Mühlleitner

1. Narrativierung traumatischer Erfahrung

Repräsentationen, Definitionen und Narrationen. Eine medizinisch-psychologische Perspektive

1. Repräsentationen

»Folterbilder und -narrationen. Verhältnisse zwischen Fiktion und Wirklichkeit« mag für Medizinerinnen und Psychologen im Vergleich zu Kultur- und Medienwissenschaftlern als Titel zunächst merkwürdig klingen. Geht es um philosophisch-geisteswissenschaftliche Fragen oder gibt es doch einen Bezug zur naturwissenschaftlichen Forschung? Zwar ist es genau die Erzählung, der Bericht des Patienten, die die Mediziner und Psychotherapeutinnen in erster Linie zu interessieren haben, doch möchten sich Naturwissenschaftler meist ungern auf einen Diskurs einlassen, der das Unklare, das Fiktionale beinhaltet. Sie beschäftigen sich mit Symptomen, Krankheiten, Dysfunktionen, deren Heilung im Mittelpunkt zu stehen hat. Wenn wir über die Folter sprechen, dann reden wir über die Wahrheit der Folter einerseits, denn in mehr als 100 Ländern der Welt wird nachweislich gefoltert, und dies, obwohl die einschlägigen Resolutionen der Vereinten Nationen global gültig und anerkannt sind. Wir sprechen aber auch gleichzeitig über die Unmöglichkeit, diese Wahrheit der Folter im Kern zu erfassen. Wir nähern uns einer Wirklichkeit der Folter über die Repräsentationen in Erzählungen und Bildern. Wo und wie erfolgt die Repräsentation, die Darstellung der Folter im medizinisch-psychologischen Kontext, welche Bilder und Narrationen werden bereitgestellt und verarbeitet? Und worauf treffen diese?

Aus medizinisch-therapeutischer Sicht interessieren uns einerseits die Folter und ihre Folgen an sich, andererseits der wissenschaftliche Kontext, der ein System von Wissen, von Klassifizierung und Systematisierung, von Definitionen und Transformationen zur Verfügung stellt.

Das Thema Folter ist in der Medizin auf unterschiedliche Weise repräsentiert. Wir können aktuelle Forschungsergebnisse über das Trauma und die Folgen behandeln, Debatten über Diagnostizierung und Behandlung führen, wir können uns aber auch in einer historisch-ethischen Diskussion auseinandersetzen,

wie und in welchem Ausmaß Ärztinnen und Ärzte an der Entwicklung von Foltermethoden und der Folter indirekt und direkt beteiligt waren und sind.

Im Rahmen des Forschungsprojekts »Wiederkehr der Folter?« versuchen wir zwischen den Fachgebieten zu übersetzen bzw. die Multidisziplinarität der Folter im Rahmen von Hören-Sprechen-Aufzeichnen-Darstellen-Sehen zu analysieren.¹ Man kann auch von einer Narrationsspirale und ihren Repräsentationen in »Dokumenten« verschiedenster Art sprechen. Damit tragen wir der Multimedialität der Folternarrative, der mündlichen Weitergabe und dem Zuhören im *face-to-face*, der schriftlichen Aufzeichnung und Verarbeitung und der sekundären Medialisierung Rechnung. Wir gehen bei unserem Thema »Folterbilder und -narrationen« davon aus, dass Folterakte in verschiedenen Varianten erzählt und dargestellt werden, die als Varianten des Ursprungsdramas zirkulieren und eine Gesamterzählung des Falles ergeben. Zwischen den Narrativen ergeben sich Differenzen je nach Zeitpunkt und Adressat.

Die Folter wird als Szene oder Akt über einen Zeitraum t1- tn durchgeführt. Anwesend sind das Folteropfer, der Täter, direkte Zeuginnen bzw. Personal der Einrichtung. Sie erfahren den Folterakt direkt oder indirekt vor ihrem Auge und/oder Ohr, sie deuten ihn nach Szenarien ihrer eigenen Sozialisation, respektive Funktion und Imagination als solchen.

Die nächste Ebene betrifft die Ebene der primären Repräsentation, der Erinnerung an den Folterakt, somit die Ebene des Erzählens oder Nicht-Erzählens, die erste Übersetzung der Fakten in eine Narration durch Täter und Opfer.

Folteropfer wie auch Täter zeigen die Folgen der Folter auf unterschiedliche Weise, sei es in körperlichen und seelischen Symptomen – wobei es sich bei den Opfern um eine extreme Bandbreite von offensichtlichen Verstümmelungen und Wunden bis zum kompletten Rückzug in die Depression und das Schweigen handeln kann – und/oder in der (meist fragmentierten) Narration.

Als dritte Ebene erfolgt die Ebene des Festhaltens, des Dokumentierens, des Speicherns. Dabei handelt es sich um die Speicherung der Narrationen und Repräsentationen – falls diese überhaupt erfolgen – der durch die Traumatisierung transformierten Erzählungen des Opfers (oder Täters), die wiederum in ein bestimmtes Speicher-System aufgenommen werden. Speicher-System deshalb, weil ich hier nicht nur die mündlichen und schriftlichen Ausführungen der Betroffenen dazu zähle, sondern auch den Behälter (oder Container), den der Zuhörer in seinem ganz bestimmten Kontext und in einer bestimmten Rolle für die Dokumentation und Zeugenschaft anbietet (etwa als Familienangehöriger, als Arzt, als Therapeutin, das Gesundheitssystem, als Rechtsanwalt, Staat ...).

1 »Wiederkehr der Folter? Eine interdisziplinäre Studie über eine extreme Form von Gewalt, ihre mediale Darstellung und ihre Ächtung«, gefördert von der VolkswagenStiftung im Rahmen des Förderprogramms »Schlüsselthemen der Geisteswissenschaften«.

Die vermeintlich objektivierende Röntgenaufnahme des lädierten Körpers oder das Bild des Gehirns aus der Magnetresonanztomographie (fMRT) und anderer bildgebender Verfahren, die Krankenakte des Arztes oder das Verhör-Protokoll der Richterin stellen einen Rahmen für die Narration zur Verfügung. Krankengeschichten, Gutachten, Asylanträge, Akten aller Art folgen einer zu einer bestimmten Zeit und für einen bestimmten Zweck festgelegten Moral und Norm.

Eine weitere Ebene erreichen wir in unserer Narrationsspirale, die sich auf das Ursprungs-drama aufsetzt: Nach der Sammlung der Fakten und Narrationen folgen die Synthesen der Wissenschaften, sei es in der Diagnostizierung nach einem bestimmten Diagnoseschema und Wissenschaftsverständnis, ganz allgemein in der Theoriebildung oder in den politischen Instanzen etwa bei Gerichtsverhandlungen, wo es um Entschädigung oder die Bewilligung von Asyl geht.

Als sekundäre Repräsentationen des Folterakts werden die literarischen und filmischen Verarbeitungen in Form von Aufzeichnungen und Visualisierungen verstanden, etwa im Roman, in der Ausstellung, im Film.

In der dargelegten Narrationskette sind sowohl die zeitliche Dynamik als auch die sachlichen und fachlichen Filter wichtig. Ein Folterakt wird in den Sprachen der Medizin, des Rechts und des Films ganz unterschiedlich repräsentiert bzw. stilisiert, stets findet ein Transfer der Bilder und Narrationen statt. Und man könnte das bekannte Diktum Niklas Luhmanns dahingehend verändern, dass wir sagen: Fast alles, was wir über die Folter wissen, wissen wir über die Medien.

2. Definitionen und Diagnosen

In ihrem umfassenden Buch *The Mental Consequences of Torture* haben Ellen Gerrity und ihre Kollegen festgestellt: »Torture is one of the most extreme forms of human violence, and the consequences of torture represent a critically understudied area of scientific research« (2001, S. 5).

Warum ist das so und auf welchen Ebenen begegnen wir dem Thema im medizinischen Kontext? Hauptsächlich wird die Folter im Fach Psychotraumatologie, das sich als relativ junger wissenschaftlicher Forschungszweig erst in den letzten 30 Jahren etabliert hat, behandelt.

Folter ist der grausame und degradierende Missbrauch eines menschlichen Individuums, oftmals in Gefangenschaft, mit dem Potential für schwerwiegendes lebenslanges Leiden für das Opfer und sein familiäres Umfeld, aber auch für ganze Populationen. Folter, wie sie die World Medical Association (Weltärztebund) von 1975 definierte, ist »die vorsätzliche, systematische oder mutwillige Zufügung von physischen oder psychischen Leiden durch eine oder mehrere

Personen, die entweder eigenmächtig oder auf Anordnung handeln, um eine andere Person zur Preisgabe von Informationen, zur Ablegung eines Geständnisses oder zu irgend etwas anderem zu zwingen«.² Diese Definition wird von der *medical community* weitestgehend akzeptiert. Im Gegensatz zur Definition der UN, die das Hauptaugenmerk auf politische und juristische Verantwortung der Regierungen legt, ist die Definition der Mediziner/innen weiter gefasst: Der Täter wird nicht notwendigerweise einem politischen System unterstellt bzw. handelt er nicht explizit mit staatlicher Zustimmung.

Es ist häufig betont worden, dass nur das Lebewesen Mensch fähig ist, zu foltern. Und für die Humanmedizin, wo Menschen Menschen behandeln, ist dies kein unwesentlicher Fakt für das Verständnis der Symptome und insbesondere für die Therapie, die das Vertrauen zur Grundlage der Behandlung zählt.

Woher kommt diese Fähigkeit zu foltern? Wir alle können Folterbilder abrufen, ohne selbst bei einem Folterakt anwesend gewesen zu sein. Der ans Kreuz geschlagene Christus ist nahezu allen Menschen – auch nicht christlicher Herkunft – von Kindheit an vertraut. Wir wissen – bewusst oder unbewusst – genau, wie Folter funktioniert. Irgendwann im Laufe der menschlichen Entwicklung haben wir erfahren, dass wir anderen Lebewesen Schmerzen zufügen können, weil wir es einerseits selbst getan und erlebt haben oder andererseits beobachten konnten oder mussten. Es ist betont worden, wie wichtig es ist, seine eigene Traumageschichte zu kennen, die im Umgang mit Traumatisierten zum Tragen kommt, die aber auch im Vorfeld erklärt, warum wir als Helfer/in oder Täter/in mit dem Thema zu tun haben.

Folter wird in der Psychotraumatologie als eine extreme Form interpersoneller Gewalt, als so genanntes »*man-made-disaster*« beschrieben. Die Folgen dieser Extremtraumatisierung zeigen sich neben den körperlichen Symptomen auf neurobiologischer und endokrinologischer Ebene, auf kognitiver und psychologischer Ebene. Als Bewältigungsmechanismen bleiben den Opfern während des Folteraktes lediglich Mechanismen, die die Erzählbarkeit nachhaltig stören: Derealisierung, Depersonalisierung und dissoziative Reaktionen.

Gedächtnisleistungen und die Erinnerungsfähigkeit werden durch das extreme Trauma nachhaltig gestört, so unterliegt die Tat selbst auf Grund der genannten Bewältigungsversuche oftmals einer Amnesie. Die Erinnerung an das Trauma ist zwar gespeichert, doch sie kann zunächst nicht in Worte gefasst werden. Schwer Traumatisierte können erst allmählich, und manchmal erst nach

2 Deklaration von Tokio. Richtlinien für Ärzte bei Folterungen, Grausamkeiten und anderen unmenschlichen oder die Menschenwürde verletzenden Handlungen oder Misshandlungen in Verbindung mit Haft und Gefangenschaft. Oktober 1975. In: Weltärztebund (Hrsg.): *Handbuch der Deklarationen, Erklärungen und Entschlüsseungen*. 2008, S. 158 f. Vgl. www.bundesaeztekammer.de/downloads/handbuchwma.pdf, zuletzt eingesehen am 1.8.12.

Jahren, eine verbale Erzählung aus ihren sensorisch-affektiven Erinnerungsbruchstücken konstruieren.

Medizinerinnen und Psychotherapeuten schließen von den Narrationen der Kranken und ihren eigenen, in einem bestimmten wissenschaftlichen Kontext erworbenen Beobachtungsfähigkeiten, vermittelt durch das vorgegebene Gesundheits- und Klassifizierungssystem, auf eine bestimmte Diagnose, die sich im Laufe der Geschichte – gerade in Bezug auf das Verständnis von Trauma – verändert hat und weiterhin verändert. Erst 1980 ist die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) in das internationale Klassifizierungssystem DSM III aufgenommen worden. Zwar sind Psychiater und Psychotherapeutinnen speziell während des Ersten und gerade nach dem Zweiten Weltkrieg mit traumatisierten Patienten konfrontiert gewesen, doch erst nach dem Vietnam-Krieg setzte sich die zunehmende Forschungsaktivität im Bereich der psychischen Traumen durch. In der deutschsprachigen Fachliteratur wird die PTBS zeitverzögert erst ab Mitte der 1990er Jahre umfassend beschrieben (vgl. Klooce et al., 2005).

Die Übersetzung des Leidens in die wissenschaftlichen Schemen und Klassifizierungssysteme, die Transformation in eine Dysfunktion, etwa in der Kategorie »Persönlichkeitswandel nach Extrembelastung«, »Erlebnisreaktive Entwicklung« oder »DESNOS – Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified« hat häufig mit der Wirklichkeit und den Bedürfnissen der Patienten und Patientinnen nicht viel zu tun. Dennoch kann die Diagnose im Hinblick auf Anerkennung, Behandlung und Entschädigung von Nutzen sein. Doch immer haben die Diagnosen eine gesellschaftlich-politische Dimension vernachlässigt. Nicht der/die Gefolterte ist gestört, sondern das System, das die Folter zulässt.

Im Zusammenhang mit der Folter sind die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) und komplexe PTBS häufig gestellte Diagnosen. Als wesentliche Merkmale der PTBS gelten einerseits eindringende Erinnerungen von Traumaanteilen in verschiedensten Formen, z. B. als Albträume und *flashbacks*. Außerdem vermeiden die Kranken (unbewußt) bestimmte Personen, Orte und Situationen, die sie an das Trauma erinnern könnten und es findet sich eine massive Anhebung des vegetativen Erregungsniveaus, das sich vor allem in Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen, Unruhe und dergleichen äußert.

Neben der PTBS sind jedoch eine Reihe weiterer Diagnosen für extrem Traumatisierte relevant: Schmerzsyndrome, Angst- und Panikstörungen, Depressionen und Persönlichkeitsstörungen zählen zu den häufig diagnostizierten Folgeerkrankungen.

3. Narrationen

»Schon die Form der Darstellung selbst wird als Moment des Heilungsprozesses verstanden, insofern die Darstellung Zeugnis vom Leiden ablegt« (2009, S. 103), so der Philosoph und Psychoanalytiker Daniel Strassberg. Menschen haben die Möglichkeit zu entscheiden, sie können sich fragen, inwieweit sie sich durch die »Tätigkeit als Wissenschaftler auf die Seite der Opfer oder auf die Seite der Täter« schlagen und: »ob das Opfer eines traumatischen Ereignisses durch die wissenschaftliche Darstellung nicht noch einmal geschädigt wird« (ebd.). Freuds Krankengeschichten lasen manche Zeitgenossen »wie Novellen«, heute finden wir oft nur kurze schematische Zusammenfassungen in den Lehrbüchern der Psychologen und Mediziner und die Geschichte des Kranken schrumpft auf die Darstellung von Symptomen.

Ein anderer Themenkomplex, im Rahmen dessen die Folter in der Medizin und Psychologie repräsentiert ist, betrifft die Tatsache, dass Ärztinnen und Psychologen auch effektive Foltermethoden mit entwickelt haben (vgl. Rejali, 2007). Bekannt geworden ist nicht nur das Experiment zur sensorischen Deprivation, wonach sich die Identität des Probanden nach etwa 48 Stunden aufzulösen beginnt, sondern auch zahlreiche Versuche mit Psychopharmaka. Ärzte und Therapeutinnen haben dabei mitgewirkt, das Opfer für den Täter am Leben zu erhalten, und sie haben traumatisierte Soldaten nach Anwendung drastischer Therapiemethoden an die Front zurück geschickt. Ärzte handeln damit immer wieder flagrant gegen den hippokratischen Eid. Robert Jay Lifton und andere haben nicht nur auf die Nazi-Ärzte, sondern auch auf die Rolle der amerikanischen Ärzte in Guantanamo, Abu Ghraib und anderen US-Gefängnissen von heute hingewiesen. Hier arbeiten Mediziner/innen an der militärischen Befehlsstruktur mit, die Folter zulässt, fördert oder sogar praktiziert, auch wenn die Folter heute oft unter dem verschleiernnden Mantel der »fortgeschrittenen Vernehmungstechnik« (*enhanced interrogation technique*) stattfindet.

Das Fehlverhalten von Ärzten und Psychologinnen wird wenig thematisiert, Krieg und Folter sind keine Themen in der medizinischen und psychologischen Ausbildung. Lange Zeit wurden psychische Traumen im Konflikt mit den Interessen eines Gemeinwohls gesehen. Immer spielten ökonomische Überlegungen, d.h. die Frage der Kausalität, der Verantwortlichkeit und der Entschädigungspflicht eine zentrale Rolle in der Diskussion um psychische Traumatisierung. Immer wieder zeigt sich hierbei, dass sich die medizinische Fachdiskussion weg von den individuellen Patienten hin zu einer Perspektive auf die kollektive nationale Gesundheit bzw. politische oder volkswirtschaftliche Belange bewegte.

Abschließend möchte ich noch einmal auf die Repräsentationspraktiken und die uns interessierenden Fragen zurückkommen:

»Die Rede vom Trauma nimmt in der Regel Bezug auf eine Form der Zensur, auf ein normatives Hindernis, welches die Repräsentation eines belastenden Ereignisses sowie die adäquate Reaktion auf diese Repräsentation verhindert« (2009, S. 118) schreibt Barbara Zielke über das Trauma als Repräsentationsproblem. Wozu brauchen wir überhaupt eine Erzählung über die Folter und wie entsteht das Narrativ zwischen Fiktion und Wirklichkeit? Welche Ansprüche der Therapeutinnen, Gutachterinnen, Asylbehörden stehen den Bedürfnissen und Möglichkeiten der Folteropfer, den Patienten gegenüber? Die fragmentierte Erzählung eines Traumatisierten stößt auf die Trauma-Geschichte der Rezipientin, die möglicherweise einer Co-Traumatisierung ausgesetzt ist.

Wer erzählt, wer übersetzt und vermittelt, wer fragt, wer hört zu? Wo wird ein Interview geführt, und wie tritt der oder die Fragende der oder dem Befragten gegenüber? Und können wir überhaupt nachvollziehen, was genau zwischen dem Akt des Sprechens und dem Akt des Aufzeichnens passiert? Jede Erzählung konstruiert die Wirklichkeit neu, das Narrativ verändert sich in der Konfrontation, Befragung und Begutachtung und im Laufe der therapeutischen Begegnungen. Die Folterrealität steht immer einer fiktiven Verarbeitung gegenüber. Wir können versuchen, einem Gefolterten zuzuhören, seine Geschichte aufzeichnen, Zeuginnen werden, ihm Hilfe anbieten und die Folter-Folgen behandeln, Spannungen abbauen, das Leiden lindern, Lebenswillen stärken. Aber wir werden nie herausfinden können, welche Grenzerfahrung zwischen Leben und Tod die Gefolterte wirklich gemacht hat – und ob es tatsächlich so war, wie er/sie es schildert. Und doch beginnen wir uns – auch auf Grund der genaueren Forschungsergebnisse im Bereich der Psychotraumatologie – von den Praktiken zu entfernen, die vor wenigen Jahren noch üblich waren, als Ärztinnen und Richter traumatisierte Menschen als Simulanten und Phantasten abgetan, der Unwahrheit bezichtigt haben, weil ihre Erzählungen weder Kohärenz noch Sinn ergeben haben mögen.

Literatur

- Gerrity, Ellen; Keane, Terence M. und Farris Tuma: Introduction. In: Diess. (Hrsgg.): *The Mental Health Consequences of Torture*. New York/Boston/Dordrecht/London/ Moscow 2001, S. 3 – 12.
- Kloocke, Ruth; Schmiedebach, Heinz-Peter und Stefan Priebe: Psychisches Trauma in deutschsprachigen Lehrbüchern der Nachkriegszeit – die psychiatrische »Lehrmeinung« zwischen 1945 und 2002. In: *Psychiatrische Praxis*, 32, 2005, S. 327 – 333.
- Lifton, Robert J.: Ärzte und Folter – das Beispiel USA. In: Furtmayr, Holger; Krása, Kerstin und Andreas Frewer (Hrsgg.): *Folter und ärztliche Verantwortung*. Göttingen 2009, S. 139 – 142.
- Rejali, Darius: *Torture and Democracy*. Princeton 2007.

- Strassberg, Daniel: Moral oder Objektivität? Oder: Wie richtig über das Trauma sprechen?
In: Karger, André (Hrsg.): *Trauma und Wissenschaft. Psychoanalytische Blätter*, 29, 2009, S. 92 – 116.
- Weltärztebund (Hrsg.): *Handbuch der Deklarationen, Erklärungen und Entschließungen*. Köln 2008. www.bundesaerztekammer.de/downloads/handbuchwma.pdf (01.08.2012).
- Zielke, Barbara: Bahnung oder Bedeutung? Überlegungen zum Einzug der Neurobiologie in die Psychotraumatologie. In: Karger, André (Hrsg.): *Trauma und Wissenschaft. Psychoanalytische Blätter*, 29, 2009, S. 117 – 138.

Das Erzählbarwerden traumatischer Erfahrungen im Prozess des Zeugnisablegens: Strategien der Bewältigung von »Krisen der Zeugenschaft«

Wenn ich Zeugnissen traumatischer Erfahrungen zuhöre, geht es mir nicht darum, historische Tatsachen zu erhärten. Es geht mir vielmehr darum, der menschlichen Erfahrung zu erlauben sich herauszubilden, sich zu entwickeln und Ausdruck anzunehmen. Es ist gerade die Verpflichtung des Historikers zur Sorgfalt im Umgang mit historischen Fakten, die mir die Freiheit gibt, diesen persönlichen Erfahrungen nachzugehen, Erfahrungen, welche sogar von den bestehenden historischen Fakten abweichen können. Wenn dies der Fall ist, muss ich der Frage nachgehen, warum es eine solche Abweichung gibt.

Als Psychoanalytiker glaube ich, dass das, was das gegenwärtige Leben beeinflusst und die Zukunft formt, nicht nur die Realität historischer traumatischer Ereignisse ist, sondern auch die Art und Weise, in der diese Realitäten erinnert und übermittelt werden. Im Zentrum meiner Überlegungen steht also auch dann die Integrität des Gedächtnisses, wenn diese Erinnerungen dissoziiert, verdrängt oder niemals vollständig zu einer bewussten Vergegenwärtigung gelangt sind. Um den Strängen solcher Erinnerungen zu folgen, müssen wir erst die traumatische Erinnerung selbst untersuchen.

1. Die Natur der traumatischen Erfahrung

Philosophen, Psychoanalytiker, Psychiater, Neurowissenschaftler und Schriftsteller haben versucht, das Wesen der Erfahrung massiver psychischer Traumata zu beschreiben. Der Psychoanalytikerin Boulanger zufolge lässt »Trauma« die Grenze zwischen äußerer Welt und innerer Erfahrung »einstürzen«: »Wenn die äußere Welt ein direktes Spiegelbild unserer schlimmsten Gedanken, Gefühle, Phantasien und Alpträume wird, ist Realitätsprüfung irrelevant geworden« (2005, S. 22). Kognitive Funktionen, wie das reflektierende Erfassen äußerer Ereignisse und die Beobachtung eigener Reaktionen auf sie, hören unter Bedingungen schwerwiegender Traumatisierung auf zu funktionieren. Tarantelli vergleicht psychische Traumata katastrophischen Ausmaßes mit

»einer Explosion, die zerstört, was immer in ihrem Epizentrum ist. Es kann nicht wahrgenommen oder erfahren werden, weil es nichts mehr gibt, das wahrnehmen, erfahren oder denken leisten könnte. Eine andere Art und Weise, dies auszudrücken, ist, dass es eine vollkommene Abwesenheit, einen vollkommenen Bruch im Dasein gibt, einen Moment, in dem nichts existiert« (2003, S. 916).

Beide Autoren geben an, dass es die Abwesenheit mentaler Erfahrung ist, welche massive psychische Traumata auszeichnet, denn die Psyche ist weder kognitiv noch emotional in der Lage, das traumatische Ereignis wahrzunehmen. Schon 1959 schreibt Bion im Zusammenhang seiner Reflexion über traumatische Erfahrungen über Angriffe auf Kopplungen, auf die Verbindungen zwischen Gedanken, welche Bedeutung ermöglichen (vgl. Bion, 1959/1995)¹. Terrence Des Pres schreibt über den *Konkretismus* des Lebens im Extremzustand: »Im Extremen werden die Geisteszustände objektiv, Metaphern nehmen Wirklichkeit an und das Wort wird Fleisch« (1977, S. 205/2008, S. 197). Cathy Caruth schreibt mit Bezug auf Freuds *Jenseits des Lustprinzips*, dass es in der traumatischen Erfahrung weniger um die körperliche Bedrohung selbst, als darum gehe, dass »die buchstäbliche Bedrohung des körperlichen Daseins als solche vom Bewusstsein einen Moment zu spät wahrgenommen wird« (1996, S. 62). Es ist im Wesentlichen eine verpasste Erfahrung, »und es ist dieser Mangel der direkten Erfahrung, der paradoxerweise die Basis der Wiederholung des Albtraums wird« (ebd.).

Jean Améry, selbst ein Überlebender der Gestapo Folterkammern und von Ausschwitz, schreibt:

»Aber nur in der Folter wird die Transformation einer Person in Fleisch vollkommen, die gefolterte Person ist nur ein Körper und nichts darüber hinaus [...] der Schmerz war der, der er war, darüber hinaus ist nichts zu sagen [...] *Gefühlsqualitäten sind so unvergleichbar wie unbeschreibbar*, sie markieren die Grenze sprachlichen Mitteilungsvermögens« (1980, S. 33/2008, S. 63, Hervorhebung D.L.).

Alle diese Autorinnen und Autoren scheinen zu der Schlussfolgerung zu kommen, dass das Selbst, sobald es der Einwirkung massiver psychischer Traumatisierung ausgesetzt wurde, nicht mehr länger als Interpret der Erfahrung und Schöpfer von Bedeutung funktionieren kann. Um Tarantelli zu zitieren:

»Die unbegrenzte Emotion zerstört die Dualität von Innen und Außen, auf welche die Existenz des Ich gegründet ist. Dies bedeutet, dass das äußere Ereignis und das innere Ereignis simultan werden, synchron, oder die gleiche Sache, oder dass es nicht länger ein Außen gibt, von wo es kommt oder ein Innen, welches es verarbeiten kann« (2003, S. 919).

1 Wenn vorhanden, wird die deutsche Übersetzung als zweite in der Klammer zitiert, ansonsten bezieht sich die Zitation auf die vom Autor angegebene englische Fassung.

Ein zweiter Ansatz, welcher eine deutliche Differenz in der kognitiven Bildung und Speicherung traumatischer Erinnerungen postuliert, wird von Boulanger erläutert:

»Neuere neuropsychologische Forschung, Metastudien von van der Kolk, McFarlane, and Weisaeth (1996) und van der Kolk (2002) zufolge, weist nach, dass das Gehirn unter extremem Stress versagt, Gedanken effizient zu formulieren. In traumatischen Situationen unterbricht die erhöhte Ausschüttung von Noradrenalin die Funktion des Hippocampus, welcher für die normale Speicherung des Gedächtnisses notwendig ist. Statt durch die Mediation des Hippocampus und des präfrontalen Cortex integriert zu werden, werden traumatische Erinnerungen buchstäblich kurzgeschlossen und in der Amygdala als somatische Sinneseindrücke und visuelle Bilder gespeichert. Das sprachliche Gedächtnis, welches auf den höheren kortikalen Funktionen beruht, wird häufig während des Traumas inaktiviert; daher scheinen sensorische, affektive und motorische Erinnerungen oft keine Bedeutung zu haben« (2005, S. 22).

Die beiden Ansätze, die ich bislang beschrieben habe, um Erfahrung und Erinnerung massiver psychischer Traumata zu formulieren, sind der traditionell psychoanalytische, in welchem das Brechen des Reizschutzes durch das äußere traumatische Ereignis zur Desintegration des Selbst und des wahrnehmenden psychischen Apparats führt, und der neurophysiologische, welcher postuliert, dass das Noradrenalin, welches während der Erfahrung des traumatischen Ereignisses ausgeschüttet wird, auf die Hippocampusfunktionen einwirkt und so die Integration der Erfahrung in symbolische Gedanken, die assoziiert, assimiliert, integriert und erinnert werden können, beeinträchtigt.

Ich würde nun gerne eine dritte, ergänzende Formulierung vorschlagen, die aus dem hervorgegangen ist, was in der Psychoanalyse Objektbeziehungstheorie genannt wird. Das Holocaust-Trauma – und gleichermaßen das Genozid-Trauma – lässt sich nicht begreifen, weil in seinem innersten Kern das völlige Versagen zwischenmenschlicher Empathie liegt. Der Henker erhört die Appelle des Opfers um sein Leben nicht. Stattdessen fährt er unbarmherzig mit der Exekution fort. Empathie, die Bereitschaft zu antworten, hörte in den Lagern auf zu existieren. Ein antwortendes »Du« auf die grundlegenden Bedürfnisse des anderen gab es nicht mehr. Der Glaube an die Möglichkeit von Kommunikation starb; es gab keine innerpsychische Matrix von zwei Menschen, eines Selbst und eines antwortenden Gegenüber, mehr. Die Opfer fühlten, dass da nicht länger jemand war; »dass sie auf niemand zählen könnten« (Wiesel 1968/70, S. 229/1989, S. 176). Das natürliche Resultat dieser Verlassenheit ist eine akute Vereinsamung, die man in seinem Innern spürt, oder, wie es so treffend von Jean Améry gefasst wurde: »Das Erlebnis der Verfolgung war im letzten Grund das einer äußersten *Einsamkeit*« (2008, S. 114/1980, S. 70, Hervorhebung des Autors D. L.). Wie Primo Levi schrieb: »Denn [...] im Lager [...] ist jeder verzweifelt und grausam allein« (1958/1978, S. 80/1979, S. 92). Diese Verzweiflung über die

Unmöglichkeit, mit anderen kommunizieren zu können, hat die Fähigkeit der Opfer vermindert, in Beziehung und Einklang mit sich selbst zu sein, fähig zu sein, die eigenen Erfahrungen wahrzunehmen oder zu reflektieren.

Geht man vom tiefgreifenden Zustand innerer Vereinsamung aus, welchen der Überlebende extremer Traumatisierung erleiden musste, so ist es notwendig, die Beziehung zu erforschen, die zwischen dem traumatischen Zustand der Einsamkeit und Objektlosigkeit und dem Fehlen mitteilbarer Gedanken besteht. Damit die traumatische Empfindung als Gedanke erfahren werden kann, muss diese den Prozess der Symbolisierung durchlaufen. Melanie Klein zufolge ist es »nicht nur [dass] Symbolik zur Grundlage von Fantasie und Sublimierung [wird], sondern darüber hinaus ist sie die Basis der Beziehung des Subjekts zur äußeren Welt und zur Realität allgemein« (1975 (1930), S. 221/1995, S. 353). Daher muss der Prozess der Symbolisierung vorhanden sein, um die Realität wahrzunehmen, zu erkennen und in ihr zu partizipieren. »Symbolbildung bestimmt« Hanna Segal zufolge »die Fähigkeit zu kommunizieren, da jede Kommunikation durch die Bedeutungen von Symbolen gebildet wird« (1991, S. 395/1995, S. 213). Sie fährt fort: »Symbole werden nicht nur für die Kommunikation mit der äußeren Welt benötigt, sondern auch für die innere Kommunikation«, das heißt, mit einem selbst. »Ich glaube, die Fähigkeit mit sich selbst durch die Verwendung von Symbolen zu kommunizieren, ist die Grundlage verbalen Denkens, also der Fähigkeit, mit sich selbst durch die Bedeutung von Worten zu kommunizieren« (ebd., S. 396/S. 214). Wenn der einfühlende andere in der äußeren Welt der Todeslager gänzlich versagt, erlischt auch das innere, einfühlende »Du«, welches die Grundlage des inneren Dialogs bildet. In diesem Sinne fand für Überlebende des Holocaust keine Symbolisierung statt und folglich war auch kein inneres Wissen um die traumatischen Erfahrungen möglich. Die beiden aufeinander folgenden Konsequenzen, erstens die Zerstörung des inneren Objekts des »anderen«, zweitens der Zusammenbruch des Symbolisierungsprozesses, führt zu einer Abwesenheit bewusster Erfahrung und auch zur Abwesenheit verdrängter Erinnerung. Es ist, als ob Erinnerung in ihrem umfassenden Sinne nicht mehr vorhanden wäre, ein Zustand, welcher sehr gut zu van der Kolks Beschreibung traumatischer Erinnerung passt, als die Rückkehr von »emotionalen und sensorischen Zuständen, in denen nur wenig verbale Repräsentationsfähigkeit besteht« (1996, S. 296/2000, S. 239).

Die oben beschriebenen Prozesse, die den Zusammenbruch des Prozesses mentaler Verarbeitung und den Wegfall des Dialogs mit dem inneren »Du« (und, letztendlich, der Symbolisierung und des Denkens) bedingen, führen zu einer gewissen Abwesenheit, oder besser, Auslöschung des Gedächtnisses. Primo Levi hat diesen Zustand in seiner Schilderung des Zustands des Muselmannes in den Todeslagern treffend beschrieben. Die Abwesenheit jeder »Spur eines Gedankens« (Levi, 96, 1979) [...] deutete auf eine Zerstörung jeglicher geistiger Akti-

vität hin, welche einer vollständigen Individualität, Subjektivität oder Person eigen wäre« (Levi zitiert nach Tarantelli, 2005, S. 917). Daher wurde der Bericht über diesen Zustand aus seinem Inneren heraus unmöglich.

Vielleicht aufgrund ihrer einzigartigen Qualität, ihres Eigenlebens, ist die Macht, die traumatische Erinnerungen das ganze Leben über ausüben, unermesslich. Van der Kolk erklärt: »(t)errifying events may be remembered with extreme vividness or may totally resist integration [...] trauma can lead to extremes of retention and forgetting« (1996, S. 282).² In jedem Fall bleiben diese Erinnerungen intensiv, fast eingefroren, unwandelbar und vom Lauf der Zeit unverändert. Sie entziehen sich einer Anpassung oder evolutionären Veränderung durch Integration in das assoziative Netzwerk. Sie bleiben abgesondert, bewahren ihre Sogkraft in ihrer widersprüchlichen, detaillierten und andauernden Deutlichkeit ebenso wie in der gleichzeitig dichten, gar absorbierenden Undurchdringlichkeit, in die sie gehüllt sind. Sie haben eine andere Qualität als normale Erinnerungen, weil sie viele Jahre nach dem originären traumatischen Ereignis anhaltend Einfluss auf unbewusste kognitive Prozesse haben können. Ein extremer Fall der Folgen traumatischer Erinnerungen kann bei Überlebenden gefunden werden, die als an einer »traumatischen Psychose« leidend beschrieben werden.

2. Der verstummte Zeuge des Traumas: Chronisch hospitalisierte Holocaust-Überlebende in psychiatrischen Institutionen in Israel

Die Anzahl von Holocaust-Überlebenden der auf Dauer hospitalisierten Psychiatriepatienten und -patientinnen in Israel wurde in wiederholten Befragungen in den 1990er Jahren als unverhältnismäßig hoch herausgestellt. Die Dauer ihrer Aufenthalte war, im Vergleich zu anderen Patienten der Psychiatrie, länger; sie hatten Jahrzehnte in den Kliniken verbracht und durchliefen viele Behandlungen ohne Wirkung. Hauptsächlich wurden sie als schizophran diagnostiziert und nur wenige von ihnen hatten in ihren Krankenakten Verweise auf ihre Holocaust Erfahrungen. 26 von ihnen erklärten sich bereit, in einer von Yale finanzierten Studie ein Zeugnis abzulegen, welches auf Video aufgezeichnet wurde. Diese Zeugenaussagen dauerten zwischen einer und zwei Stunden ohne Unterbrechung. Die »Abwesenheit« oder Auslöschung ihrer traumatischen Erfahrung wird deutlich in Aussagen dieser hospitalisierten Überlebenden, in

2 »Furchterregende Erlebnisse können äußerst intensiv erinnert werden oder sich der Integration vollkommen entziehen. In vielen Fällen zeigen traumatisierte Individuen eine Kombination aus beidem« (van der Kolk, 2000, S. 224).

denen beispielsweise behauptet wird, dass sie den Holocaust gar nicht erlebt hätten, dass sie absolut keine Erinnerung daran hätten, und dass sie sich tausende Meilen weit weg vor den Schauplätzen der Greuel in Sicherheit gebracht hätten (während ihre Berichte über diese Greuelthaten darauf hindeuteten, dass sie sie als Augenzeuge erlebt haben).

Beispiele des Versuchs diese Erfahrung zu normalisieren oder unvollständige Versuche, die Erfahrung zu integrieren, zeigten sich wie folgt: als Unklarheit in der Art und Weise, wie die Erfahrungen verbunden werden, (sich unsicher sein, wie es wirklich passierte), in Aussagen, dass die Erfahrungen, die sie durchlebt haben (morgens im nächsten Etagenbett neben dem toten Vater aufwachen), ganz normal waren, weil »Menschen im Krieg sterben«, oder sie beharren darauf, totale emotionale Ausgeglichenheit oder Balance erreicht zu haben, nach allem, was sie erlebt hätten.

Sie erzählten in Fragmenten, die ihre Interviewer zusammensetzten, um sie zu einem Ganzen zu formen. Ihre Erzählungen waren wie erstarrt, mit wenig psychischer Regung oder Verbindung zu dem, was sie sagten. Es gab keine Bewegung, keinen Fluss in ihnen, und fast gar keine Beteiligung. Insbesondere vermieden sie das Pronomen »Ich«. Selbst wenn sie extrem engagiert waren und sich entschlossen hatten, Zeugnis abzulegen, war es deutlich, dass sie Angst vor ihren Erinnerungen hatten und andauernd damit kämpften, diese einzugrenzen.

Bei den hospitalisierten Überlebenden ist das Zeugnisablegen ein Kampf, nicht nur, weil er dem schierem Horror der wiederkehrenden Erinnerungen geschuldet ist, sondern auch, weil der oder die Überlebende die Erinnerungen nicht als ihm oder ihr zugehörig annehmen konnte. Der Interviewer wird mit hineingezogen und muss von Anfang an teilnehmen. Er muss aktiv werden und den Weg vorzeigen, indem er sich selbst als authentisches, neues Objekt anbietet, welches bereit ist sowohl absolut präsent als auch vollständig beteiligt zu sein in der Aufgabe des Erfahrens. Der Interviewer muss also schon *vor dem Patienten* in der traumatischen Erfahrung sein, um ihn dort geduldig zu erwarten.

Während des Prozesses des Zeugnisablegens schien es, wenn die Überlebenden ihren Blick nach innen auf bestimmte Erfahrungen richteten, als würden sie sich entsetzt davon abwenden, in einem plötzlichem Rückzug vor dem, was sie gesehen hatten. Sie würden sich dann erneut umwenden, um sie wieder zu betrachten, aber dieses Mal würden sie scheinbar nichts sehen. Eine unpersonliche generelle Aussage würde folgen. Sogar metaphorisch klingende Aussagen, wie »wir waren zu abnormal, um Gefühle zu haben« kehrten die seelische Lähmung nicht um und führten nicht in tiefere Schichten von Assoziationen und Reflektionen. Sie blieben hohle, stereotype Äußerungen, Worte, die von jeder tieferen emotionalen oder kognitiven Schicht von Bedeutung abgeschnitten waren und die keine Verbindung zu narrativer Einbindung boten. Trotz des Mangels an verbalem Denken waren Überlebende in der Lage, intensive, über-

wältigende Affekte, Schrecken, Schmerz und extreme Trauer auszudrücken. In diesen Phasen musste man dem unmittelbaren Schrecken und der Aufregung des Überlebenden mit Beschwichtigung begegnen. Manchmal musste eine Frage viele Male und in verschiedenen Formen gestellt werden, um eine bis dahin »vergessene« Antwort auftauchen zu lassen.

Die Art, in welcher sich Zeugnisse psychotischer Überlebender von solchen, die nicht hospitalisiert sind, unterscheiden, kann weitestgehend von der Erscheinungsform des Zeugnisses selbst her erfasst werden. Zeugnisse von nicht-psychotischen, »normalen« Überlebenden beginnen, wenn angemessene Umstände des Zuhörens geschaffen werden, ein Eigenleben zu entwickeln. Die Überlebende beginnt ihre Erfahrungen zu erinnern und Erinnerungen, zugleich kognitiv und affektiv, nehmen exponentiell zu. Sie kennt nicht das ganze Ausmaß dessen, was sie über das Trauma weiß. Es ist nur im Prozess des Zeugnisablegens, dass sich dieses Wissen herausbildet und ausgesprochen wird. Es fühlt sich an, als ob es einige unbestimmte Überbleibsel oder Reste gegeben hätte, die erst vor unseren Augen und viele Jahrzehnte später aufgekeimt sind.

Die Möglichkeit zur emotionalen Heilung sowie die emotionale Kraft, die im Prozess des Zeugnisablegens gewonnen wird, sind bei dem Anteil der nicht an einer Psychose Leidenden eindeutig zu erkennen. Für die chronisch hospitalisierten Patientinnen und Patienten existiert jedoch eine unüberbrückbare Kluft in ihrer Fähigkeit zu narrativieren und jedwede traumatische Erfahrung symbolisch zu bearbeiten. So wird Primo Levis oben erwähnte Beschreibung der *Muselmänner* zu einem guten Modell, um die chronisch hospitalisierten (psychotischen) Patientinnen und Patienten in Israel zu betrachten; auch sie wurden in einem bestimmten Sinne Muselmänner, von ihrer Realität und ihren Sinneswahrnehmungen völlig abgeschnitten. Sie sind zu lebenden Leichen geworden, haben den extremsten Punkt menschlicher Erfahrung erreicht. Nicht nur ihr inneres »Du« ist zerstört worden, auch ihr »Ich«: Das unmittelbare Selbst wurde gleichzeitig ausgelöscht.

Bezogen auf die Überlebenden, die aufgrund psychiatrischer Krankheit chronisch hospitalisiert worden sind, findet der Prozess des Zeugnisablegens nicht statt; in den meisten Fällen wurde er nicht lebendig. Der Interviewprozess fühlt sich ähnlich der Arbeit an, etwas einem Stein zu entreißen. Die Erinnerungen bleiben größtenteils verborgen, fast willentlich, soweit die Bildung einer verbalen Narration betroffen ist. Es wäre jedoch nicht richtig, anzunehmen, dass diese Patienten, die als schizophren diagnostiziert worden sind, keine Motivation hätten. Überlebende sind mehr als willens zu sprechen, und die Interviews dauerten oft mehr als ein oder zwei Stunden ohne Unterbrechung an. Obwohl ich unverändert eine starke positive Übertragung gefühlt habe, ein entschlossenes Arbeitsbündnis, war das Ergebnis letztendlich, und frustrierenderweise,

das Gleiche. Es war fast unmöglich, die zutiefst gestörten Schemata dieser Patienten und Patientinnen zu entfernen oder zu reintegrieren.

Nichtsdestotrotz: Als vier Monate nach den Aufnahmen der Video-Zeugnisse erneut umfangreiche psychologische Tests gemacht wurden, gab es eine 30-prozentige Reduktion der auf das Trauma bezogenen Symptome (vor allem im Rückzugsverhalten) im Vergleich zu ihren Werten vor dem Zeugnisablegen. Anscheinend stellte das Zeugnisablegen bis zu einem gewissen Grad ein antwortendes »Du« wieder her, sowohl innerlich, als auch gegenüber den Pflegerinnen und Pflegern. Dies erlaubte den Überlebenden, eine Ebene der Resonanz gegenüber ihren durcheinandergebrachten und überwältigenden Gefühlen zu finden, sie als annehmbarer zu erleben, auch wenn noch keine kohärente Narration gebildet werden konnte.

3. Die Bildung mentaler Räume (*psychic container*): Die Überbringer von Nachrichten und das parallele Leben

Während die psychiatrisch hospitalisierten Überlebenden ein Extrem verbaler Stummheit darstellen, ging die überwiegende Mehrheit der Überlebenden auf andere Weise mit ihren Erinnerungen um. Bald nach dem Krieg verstanden sich die Überlebenden als Überbringer/innen von Nachrichten, die unmittelbar mitgeteilt werden mussten: Es gab eine Atmosphäre der Dringlichkeit und Eile, ein Bedürfnis nicht nur mitzuteilen, sondern auch zu warnen. Bereits im Frühling und Sommer 1946 führte der amerikanische Psychologe David Boder 80 Interviews mit Überlebenden in den Vertriebenenlagern verschiedener europäischer Länder durch, die er auf Tonband aufnahm. Hört man diesen Zeugnissen zu, ist man beeindruckt von der Unmittelbarkeit der Erfahrung und der Rohheit der Brutalitäten, die nacherzählt wurden, während man zur gleichen Zeit einen Grad der Unsicherheit in dem Überlebenden bemerkt, darüber, ob diese Ereignisse wirklich passiert sind. Sind die beiden Töchter einer Frau, die nach Auschwitz deportiert wurden, wirklich gestorben? Oder werden sie noch wiederkommen? Überlebende scheinen sich selbst als die Überbringer von Nachrichten wahrzunehmen, welche der Welt mitgeteilt werden müssen, um Hilfe herbeizurufen. Sie müssen die Dinge, die passiert sind, erzählen, weil, wie sie richtig erkannt hatten, diese Dinge anderen bisher nicht bekannt waren. Ich frage mich, inwieweit die Funktion als Überbringer von Nachrichten ihnen als Schutz vor den Folgen der Erfahrungen selbst diente. Die Welle dieser frühen Zeugnisse, meist geschriebene, und von der Anzahl her etwa 7.000 (manche glauben es waren mehr als 20.000), verebte, als kein größeres Echo als Reaktion zurückkam. Die Überlebenden konzentrierten ihre Bemühungen darauf, ein