

CV

Manfred Zaumseil arbeitete bis zu seiner Pensionierung 2008 als Professor für klinische Psychologie und Gemeindepsychologie an der Freien Universität in Berlin. Seine Arbeitsschwerpunkte waren: gesellschaftlicher Umgang mit psychischer Krankheit und Strukturen psychosozialer Versorgung. Er beschäftigte sich dann mehr und mehr mit dem Verhältnis von Kultur und (psychischer) Gesundheit und Krankheit und in den letzten Jahren mit der psychosozialen Bewältigung von Naturkatastrophen.

Der Diskurs über Trauma im Kontext von Katastrophen - Einsichten aus dem Umgang mit extremem Leid in Java / Indonesien

Manfred Zaumseil
Internationale Akademie für innovative Pädagogik,
Psychologie und Ökonomie gGmbH (INA) an der Freien Universität Berlin
Malteserstraße 74-100 D-12249 Berlin

Zusammenfassung

Eingangs werden Diskurse über Katastrophen skizziert und anschließend die Entwicklung westlicher Diskurse über die Folgen von Gewalterfahrungen umrissen. Diese mündeten in den gegenwärtigen Traumadiskurs.

Diese Vorstellungen werden im 3. Teil mit einigen Ergebnissen aus einer Untersuchung über extremes Leid im Kontext einer Erdbebenkatastrophe in Java/Indonesien verglichen¹. Aus der Kontrastierung der unterschiedlichen Vorstellungen werden die Besonderheit des westlichen Zugangs zu Katastrophen und zum Trauma deutlich gemacht.

Diskurse über Katastrophen

Katastrophen sind als herausragende Ereignisse definiert, die so große Schäden verursachen, dass Hilfe von außerhalb der Gemeinschaft notwendig wird. (s. z. B. Lindell et al. 2006)

Mit dieser Definition wird ein „Inneres“, die Gemeinschaft einem „Äußeren“, der Gefährdung gegenüber gestellt, das im Rahmen eines „Ereignisses“ auf das Innere schädigend einwirkt.

Das „exponierte“ Innere kann besonders verletzlich (vulnerabel) oder es kann mehr oder weniger widerstandsfähig (resilient) gegenüber der äußeren Gefährdung sein.

In der neueren Definition der UN-ISDR (2009) wird darauf verzichtet, ein äußeres Ereignis zu benennen, die Katastrophe wird allgemeiner als ein ernster Zusammenbruch einer Community oder Gesellschaft gefasst. Damit wird berücksichtigt, dass eine Gemeinschaft ihre Gefährdungen auch selbst produzieren kann. Dies relativiert die Gegenüberstellung von Innen und Außen.

¹ Aus dem Forschungsprojekt „Individuelle und kollektive langfristige Bewältigung von extremem Leid und externer Hilfe nach einer Naturkatastrophe – Sinngehalte und Emotionen“. Gefördert durch: Fritz Thyssen Stiftung - Nov. 2008 - Dec. 2011.

Hier Graphik einfügen

Gefährdungen (hazards) werden probabilistisch definiert: Wenn Menschen mit mächtigen natürlichen und Mensch-gemachten Prozessen koexistieren, gibt es eine Restwahrscheinlichkeit, dass natürliche Variationen in diesen Prozessen extreme Ereignisse mit sehr negativen Konsequenzen produzieren (Lindell et al. 2006)

Innerhalb der Dichotomie zwischen Innen und Außen verschiebt außerdem der Präventionsdiskurs die Verantwortung zur inneren Seite: Dieser Diskurs hat sich zusammen mit der westlichen Idee moderner Staatlichkeit entwickelt. Danach ist die Vorsorge eine auf rationalem Kalkül beruhende Zukunftsbeherrschung. Im 19. Jahrhundert habe sich in den westlichen Gesellschaften die Annahme durchgesetzt, dass Zukunft grundsätzlich zu prognostizieren ist und konkurrierende apokalyptische, eschatologische oder astrologische Zukunftsmodelle traten in den Hintergrund (s. Lengwiler et al. 2010). Bezogen auf Disaster entstand das große internationale Projekt der „Risikoreduktion“ bzw. des (community) Risikomanagement definiert als systematischer Ansatz und Praxis des Management von Unsicherheit, um Schaden und Verlust zu minimieren (UN-ISDR 2009).

Prävention erhöht die Widerstandskraft gegenüber der Gefährdung oder man reduziert die Gefährlichkeit der Bedrohung (z. B. durch Abschalten eines Atomkraftwerks). Für Katastrophen als extreme Ereignisse sind inzwischen spezielle Institutionen zuständig. Sie sorgen für die Sicherheit und das Fortbestehen der Normalität des gesellschaftlichen Lebens. Mit der Institutionalisierung ist eine breite Professionalisierung des Notfall- und des Risikomanagements verbunden. Ortsfremde Experten übernehmen die Regie und übergehen häufig lokale Ressourcen und Kompetenzen.

Der Präventionsdiskurs verlagert die Verantwortung nach innen hin zu rationaler Vorsorge und reduziert den überwältigenden Ereignischarakter der äußeren Bedrohung.

Das säkularisierte auf rationale Vorsorge setzende Katastrophenverständnis negiert die transzendente Dimension, die nach wie vor in den westlichen Kulturen lebendig ist und gerade die Deutung des Katastrophengeschehens immer schon bestimmt hat. In transzendente Deutungen - etwa wie in Indonesien (aber auch in den USA) - wird ein Erdbeben z. B. als eine Mahnung durch eine höhere Macht gedeutet und mit der moralischen Ordnung verknüpft. Das Übel, das über eine Gemeinschaft kommt, wird mit dem möglicherweise nicht Gott-gefälligen Handeln in Beziehung gesetzt und erhält einen Sinn, der möglicherweise einen Rahmen für kollektiv erprobte Deutungen und Bewältigungsformen abgibt (s. Pargament 2011). Lokales Wissen und lokal verankerten Praktiken, die zum Umgang mit Katastrophen beitragen (s. Bankoff 2007; Deekens 2007) sind mit solchen Verständnissen und Orientierungen verknüpft und werden häufig durch moderne rationale Strategien marginalisiert.

Das säkularisierte technisch – physikalische Verständnis kollidiert mit nicht-westlichen moralischen Ordnungen, Orientierungen und Weltverständnissen, die gerade in den Ländern verbreitet sind, in denen am meisten Katastrophen passieren (s. Argenti-Pillen 2000). Bankoff (2003) weist auf die westlichen Wurzeln der Konzeption hin, dass gefährliche Ereignisse durch den Einsatz geeigneter Technologie kompensiert werden können und dass in diesem Verständnis Katastrophen aus dem mangelhaftem Einsatz adäquater Technologien und Vorsorgemaßnahmen resultieren. Die begriffliche Beschwörung der Kontrolle des Ereignisses durch vorherige, begleitende und nachfolgende Maßnahmen mitsamt der Annahme einer Rückkehr zur Normalität soll möglicherweise der Allgegenwart der

Bedrohung durch die Allgegenwart des effektiven Management ihren Schrecken nehmen. Ein Schrecken, den die Ereignisse wie Nine-Eleven , Katrina oder Fukushima an die Wand gemalt haben, nach denen für viele nichts mehr so war wie davor. Disaster werden unter dieser Perspektive als spezielles Thema („Extremereignisse“) in der Zuständigkeit spezieller Institutionen gesehen, die für Sicherheit der ansonsten nicht weiter in Frage gestellten Normalität des gesellschaftlichen Lebens und seiner Bedingungen zuständig sind. Mit der Institutionalisierung ist eine breite Professionalisierung des Katastrophenmanagement verbunden. Ortsfremde Experten übernehmen die Regie und übergehen häufig lokale Ressourcen und Kompetenzen. Eingebaut in das Modell ist der westliche Mythos von Singularität der Katastrophen und der Rückkehr zur Normalität des sicheren und gewöhnlichen Lebens. (s. Bankoff 2009).

Diese eher traditionelle Position des emergency management, die weit verbreitet ist und sich vor allem in den USA entwickelt hat (s. Lindell et al. 2006) wird zunehmend durch ökologische Konzeptionen in Frage gestellt, die aus der climate – bzw. environmental change Literatur kommen (s. Brown et al. 2011). Entscheidend bei diesen Ansätzen ist das Denken in adaptiven Prozessen. Soziale Gemeinschaften (oder die Weltgemeinschaft als Ganzes) müssen sich größtenteils selbst produzierten Umweltveränderungen anpassen. Statt einer Konservierung der Verhältnisse geht es um eine adaptive Transformation bis hin zur Veränderung von etablierten Strukturen. Diese Perspektive enthält eine geschichtliche Dimension.

Wir halten fest, dass es sich beim Katastrophenthema um verschiedene verschränkte Diskurse handelt. Der Notfall - Management Ansatz setzt auf rationale Kontrolle von Natur und Technologien durch Experten. Der Präventionsansatz ergänzte diese Konzeption durch technische und soziale Vorsorgemaßnahmen. Die innere Sicherheit gegen äußere Bedrohungen wurde aufgerüstet. In den USA wurde das vor allem nach Nine-Eleven auch als homeland security verstanden. Das Innere der eigenen Vulnerabilität ist gegen Gefährdungen, die nicht mehr von außen, sondern ebenfalls von Innen kommen immer schwerer zu schützen. Etablierte Besitz- und Machtstrukturen verhindern strukturelle Veränderungen, die von denen so dringend gefordert werden, die Umwelt- und Klimaveränderungen sehen und davor warnen, daß sich soziale Gemeinschaften sich ihre Lebensgrundlagen selbst entziehen. All diese Diskurse haben kaum einen Anschluss zur transzendentalen Ebene von Bedeutungen und den zugehörigen moralischen Ordnungen, die weltweit eine überragende Rolle bei der Sinnsuche und -findung im Rahmen von Katastrophen spielen.

Der Traumadiskurs

Der wissenschaftliche Traumadiskurs ist sehr ähnlich und weitgehend mit parallelen Begriffen konstruiert wie der über Katastrophen. Es gibt auch sehr ähnliche Diskursentwicklungen.

Wieder wird ein Inneres und ein Äußeres gegenüber gestellt: Die Idee, dass ein äußeres Geschehen eine gravierende Veränderung des Inneren im Sinne einer Krankheit erzeugen kann wurde Charcot (1878) zugeschrieben, ist aber schon vorher in allen möglichen expliziten oder impliziten Theorien über die Wirkung von Gewalterfahrungen enthalten und tief verwurzelt in zahllosen Illustrationen der europäischen Literatur (s. Borch-Jacobsen 2000).

Seit dem ersten Weltkrieg diagnostizierten Militärpsychiater massenhaft Symptome von unterschiedlich benannten Störungen (Kriegsneurose, traumatische Neurose, Shell-Schock, Kriegs-Neurasthenie – oder umgangssprachlich: Kriegszitterer, Schüttler) und es kam zu Auseinandersetzungen darüber, wie man damit umgehen sollte. Auffällig ist ein deutlicher Wandel darin, welche Ausdrucksformen die Reaktionen auf die Schrecken der Kriege annahmen. Im ersten Weltkrieg dominierte ein hysterisch - expressiver Ausdruckstyp der Störungen, mit dramatischem Zittern und Schütteln, Lähmungen und Wahrnehmungsstörungen, während im 2. Weltkrieg psychosomatische Reaktionen mehr im Vordergrund standen. Im Vietnamkrieg dominierten dann die Störungen, die ab 1980 als Posttraumatische Belastungsstörung PTBS (englisch: posttraumatic stress disorder, PTSD) festgeschrieben und in das amerikanische Diagnosesystem (DSM III, inzwischen IV und V) aufgenommen wurden. Die Definitionen veränderten sich in den unterschiedlichen Auflagen und beanspruchen universelle Gültigkeit. Seit dem I. Weltkrieg erfolgte so etwas wie eine Verinnerlichung der Zeichen: Es ist nicht mehr die auch willkürlich innervierbare Muskulatur mit einem dramatischen Ausdruckspotential beteiligt, sondern im zweiten Weltkrieg dominierte die Sprache der inneren Organe. Das gegenwärtige Verständnis als PTBS stellt andere Phänomene in den Vordergrund die weniger Körper - nah sind: Dies sind unwillkürliche Erinnerungen, Vermeidung, Betäubung der Gefühle und dauernde Übererregung.

Mit diesem Wandel ging eine Änderung der Politik und eine tiefgreifende Einstellungsänderung gegenüber Opfern von Gewalt einher. Es gab anfänglich eine Ratlosigkeit gegenüber den Kriegszitterern des 1. Weltkriegs, die englischen „Shell-shock“ Doktoren bewilligten 120000 Soldaten eine Pension. Die deutschen Psychiater erklärten „Kriegsneurosen“ als Folge einer Prädisposition und Charakterschwäche und verneinten eine Beziehung zwischen Gewalterfahrung und Psychopathologie. Es gab keine Pensionsansprüche und die harte Linie wurde als „Prävention“ gegenüber der unterstellten Tendenz von Soldaten gesehen, den Gefahren des Krieges zu entweichen und finanzielle Kompensation zu erschleichen. (s. Kloocke et al. 2005). 1944 verfügte das Deutsche Oberkommando der Wehrmacht, den Begriff der Neurose durch „abnorme seelische Reaktion“ zu ersetzen. Das andere Extrem wurde in den USA realisiert; dort wurden im II. Weltkrieg hohe Raten von Kriegsneurosen diagnostiziert, und die Tendenz, Soldaten als psychische Opfer der Kriegserfahrung zu sehen verstärkte sich im Korea- und Vietnamkrieg (Shephard 1999). In Großbritannien wurde im 2. Weltkrieg eine mittlere Linie zwischen Fürsorge und Härte verfolgt. Soldaten wurden bei sehr gravierenden psychischen Beeinträchtigungen von der Front genommen und pensioniert. Gravierend ist der Unterschied zwischen der deutschen Bombardierung von London 1940 „the Blitz“ und der Terrorattacke auf das Welthandelszentrum in New York 2001. Für die Zivilbevölkerung in London galten strengere Maßstäbe als für die britischen Soldaten – psychiatrische Diagnosen wurden nicht gestellt. (Shephard 1999). In den USA wurden bei einer großen Anzahl von amerikanischen Bürgern Posttraumatische Belastungsstörungen diagnostiziert, wobei die inzwischen im DSM kodifizierten klinischen Symptome auch für Personen zutrafen, die nur am Fernseher Zeuge des Schreckens waren (s. Young 2006).

Es entstand eine gänzlich neue medikalisierte Sicht auf Opfer und auf die Erfahrung extremen Leids. In den westlichen Ländern – allen voran in den USA – wurden äußere Ereignisse, die die Voraussetzungen für Psychopathologie darstellen können – teilweise unter Einflußnahme gesellschaftlicher Gruppen als „traumatische Ereignisse“ genau kodifiziert. Treten die im DSM niedergelegten Symptome auf, so besteht der Anspruch auf professionelle Hilfe bzw. Entschädigungsleistungen. Die Deutungshoheit und der

Deutungsanspruch der medizinischen und teilweise psychologischen Profession weitet sich zunehmend aus und wird gesellschaftlich und politisch immer mehr akzeptiert. Im Unterschied zu den Vorstellungen vor nur 50 bis 60 Jahren wird das Leid der „Traumatisierten“ allgemein anerkannt, kaum mehr stigmatisiert und Kompensationen oder umfangreiche Hilfsaktionen in Katastrophengebieten gelten als geboten.

Von Anfang an wurde ähnlich wie bei der Katastrophe eine Gegenüberstellung von inneren und äußeren Bedingungen vorgenommen. Die Vulnerabilität wurde jedoch beim Diskurs über extremes Leid zunächst für etwas Anormales oder Minderwertiges (z. B. von Bonhoeffer) gehalten oder auf eine Vorschädigung zurückgeführt – damit konnten Ansprüche auf Hilfe und Kompensation abgewehrt werden. Dann wurde die Opferseite stark betont und eine immer größere Zahl von Belastungserfahrungen für psychische Störungen verantwortlich gemacht.

Inzwischen werden aber in der sogenannten positiven Psychologie mehr die Stärken der Menschen herausgestellt. Bonanno et al. (2011) weisen darauf hin, dass die meisten Menschen in ihrem Leben mindestens einmal ein Ereignis erleben, das gravierend genug ist, um den Kriterien des DSM IV zu entsprechen, und die meisten bleiben danach ohne Beeinträchtigung. Sie zeigen dann eine Widerstandsfähigkeit (resilience) die von Norris et al. (2009) als Fähigkeit bzw. Prozess der Anpassung gesehen wird. Bonanno et al. (2011) kritisieren, dass die Forschung über Verlust und schreckliche Erlebnisse von einem psychopathologischen Ansatz dominiert wurde, in dem schreckliche Ereignisse oder Verluste von vornherein als „traumatische Ereignisse“ definiert wurden und die Betroffenen unter dem Gesichtspunkt einer Traumatisierung durch dieses Ereignis betrachtet wurden. Damit wurde in der westlichen Psychiatrie bzw. Psychologie die Auseinandersetzung von Menschen mit großem Leid von vornherein in Begrifflichkeiten der Psychopathologie geführt.

Typischerweise würden nur 5-10 % der exponierten Menschen eine PTSD entwickeln. Wenn die Exposition sehr schwer und langdauernd ist, kann die Rate ansteigen, überschreitet aber nur selten 30 % (Bonanno et al. 2011). Die Verknüpfung zwischen einem Ereignis, das gleichwohl „traumatisch“ genannt wird und einer „pathologischen“ Reaktion ist daher nur lose und zudem unspezifisch, da in der Folge auch andere psychische Störungen wie z. B. Depression oder Stoffabhängigkeiten diagnostiziert werden.

Insgesamt zeigt sich im Traumadiskurs eine wechselnde Handhabung der Gegenüberstellung von etwas Innerem und etwas Äußerem. Die Konstruktionsweise dieser unterschiedlichen Oppositionen ist eng mit westlichen Vorstellungen und Metaphern verbunden. Die Phänomenologie dessen, was dem Individuum als innere Reaktion auf ein speziell konstruiertes äußeres Ereignis zugeschrieben wird unterlag selbst einer Wendung nach Innen. Die Zeichen waren anfangs appellativ, verloren dann als innere Vorgänge ihre Sichtbarkeit.

Die Tatsache, dass schreckliche Erlebnisse sowohl eine Überforderung als auch Anpassungsprozesse zur Folge haben können wurde meist weitgehend vom Kontext gelöst und individualisiert. Es gab die Verletzbaren (Vulnerablen) und Schwachen, die zum Opfer wurden und auf der anderen Seite die, die Widerstandskraft (resilience), Wehrhaftigkeit, Mannbarkeit oder Fitness besaßen. Es wurden kaum Konzepte von kollektiver Traumatisierung entwickelt (s. Somasundaram 2007). Den Vulnerablen wurden zunächst staatlicher Fürsorge verweigert, später wurden sie legitime Adressaten professioneller Hilfe, durch staatliche oder private Organisationen. Ihr Leiden wurde damit anerkannt, jedoch sowohl individualisiert als auch zunehmend medikalisiert, d. h. unter die Kompetenz und Deutungshoheit der Medizin gestellt. Die Metapher der Wunde (Trauma) legt eine

strukturelle Veränderung des Menschen nahe, die andauern und mit professioneller Unterstützung geheilt werden kann. In der Neurobiologie des PTSBS sucht und findet man Korrelate der Funktionsstörungen (s. Schmahl 2009).

In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts setzte außerdem eine Transformation von staatlichem und zivilgesellschaftlichen zu liberal-individualistischen Präventionspraktiken ein. Lengwiler et al. (2010) reden vom „präventiven Selbst“ das sich selbst um Widerstandsfähigkeit, Fitness und die Minimierung von Krankheiten kümmern soll.

Das „Innere“ im westlichen Traumadiskurs ist somit ein Individuum, das einem äußeren als „traumatisch“ geltenden Ereignis exponiert ist. Es wird psychisch krank, wenn es eine entsprechende Disposition besitzt und braucht und erhält auch inzwischen Hilfe von Außen durch medizinische/psychologische Experten, um wieder gesund zu werden. Es ist besonders ansprechbar für kognitive Verhaltenstherapie und ergänzender Gabe von antidepressiven Medikamenten. Das Individuum kann präventiv an seiner Disposition arbeiten und seine Widerstandsfähigkeit erhöhen.

Extremes Leid im Kontext einer Erdbebenkatastrophe in Java/Indonesien

Ich will hier einige Ergebnisse aus einer Studie über die Bewältigung eines Erdbebens in Indonesien diskutieren, um die Besonderheit und die spezielle Konstruktionsweise des westlichen Traumadiskurses aufzuzeigen.

Wir haben 3 und fünf Jahre nach einem schweren Erdbeben in Java / Indonesien, bei dem im Jahr 2006 etwa 7000 Menschen starben, Interviews und Feldbeobachtungen in drei der betroffenen Dörfer gemacht.² Der Diskurs über Trauma war nicht der Hauptfokus der Studie.

Das Wort „Trauma“ im Untersuchungsgebiet war ein neu importiertes Konzept, das schnell aufgegriffen und auf der Basis bestehender Vorstellungen über den Umgang mit extremem Leid interpretiert und umgedeutet wurde. Eine unserer Interviewpartnerinnen in Jawa sagt:

„Ja, ich bekam das Wort während den Bebens mit, ich hörte die Leute sagen „Trauma... ich habe ein Trauma bekommen“ So folgte ich einfach deren Ausdrucksweise. (sie lacht) Trauma hatten wir hier vorher nicht.. wurde eingeführt, ich weiß auch nicht woher.“

Die bestehenden Verständnisse und Praktiken des Umgangs mit extremem Leid und existentieller Unsicherheit in Java beziehen ihren Sinn aus einer anderen moralische Ordnung und Kosmologie. Hierbei ist die Gegenüberstellung von Innerem und Äußerem anders konstruiert.

Im westlichen Denken werden weitere Gegenüberstellungen innerhalb der inneren Sphäre vorgenommen, die kaum übertragbar sind: Es wird keine so scharfe Trennung von Körper und Geist, und auch nicht zwischen Gefühl und Wissen vorgenommen. Ebenso wenig gibt es im allgemeinen Verständnis eine strikte Trennung zwischen einer körperlichen und einer seelischen Erkrankung.

Schreck (kaget) kann nach verbreiteter Überzeugung vor allem bei Kindern, die ihre Gefühle noch nicht kontrollieren können zu allen möglichen Krankheiten führen.

Starke Emotionen oder gar Leidenschaften sind etwas Grobes (kasar) und zu Kontrollierendes und führen zu Krankheiten und unschicklichem Verhalten. Sie gehören zur Außenseite (Lahir), d. h. zu den den äußeren Handlungen (Verhalten), Bewegungen, Gesten

² Zaumseil Manfred, Prawitasari-Hadiyono Johana E., Sullivan Gavin B., Schwarz Silke, von Vacano Mechthild (Eds.) Cultural psychology of coping with disasters - The case of an earthquake in Java / Indonesia. Springer, New York (forthcoming)

und Reden des Menschen. Die Innenseite (Batin) entspricht in etwa dem subjektive Bewußtsein. Dies ist für manche die eigentliche, die höherstehende Wirklichkeit. Die Innenseite kommt nur zu sich selbst und löst sich vom Groben (kasar) wenn man sie ständig verfeinert (halus) (s. Magnis-Suseno 1981), Geertz, 1960) Das Batin, die Innenseite jedes Menschen enthält als Urgrund das Göttliche, das man bei entsprechende Vertiefung ins Innere finden kann. Der Weg dazu geht über das komplexe Konstrukt „rasa“. Rasa bedeutet sowohl Gefühl, Empfindung als auch intuitive Erkenntnis. Rasa und ein jegliches tiefes Gefühl oder tiefes eigentliches Erkennen ist mit dem Herzen (hati) verbunden. In seiner Vollendung (in der mit islamischen Quellen verbundenen javanischen Mystik) ist rasa der Zustand des Innewerdens des Numinosen bzw. Göttlichen in der eigenen Person, die aber keineswegs individualistisch gedacht wird.

Diese traditionell javanischen Konzepte sind inzwischen teilweise abgelöst oder vermischt mit neueren religiösen Vorstellungen, dominierend sind unterschiedliche Strömungen des Islam (s. Ricklefs, 2008) . Vieles von den javanischen Lebens-Haltungen und psychologischen Grundkoordinaten ist jedoch nach wie vor in den vielfältig variierenden Orientierungen gegenüber der Erfahrung extremen Leides lebendig. Und es wird in dem untergebracht, was die javanischen Dorfbewohner jetzt mit dem neu eingeführten Traumabegriff verbinden.

Verstörung und Genesung des Herzens

Extremes in Verbindung mit der Naturkatastrophe erfahrenes Leid wird meist als große oder übergroße Angst, als Schrecken und als Sorge und tiefen Enttäuschung über Verlust geschildert und in vielen Formulierungen auf das Herz bezogen. Beschreibungen des Leids werden fast immer damit verknüpft, wie damit umgegangen wird. Das Leid steht selten für sich scheint eine Einheit mit seiner Abhilfe zu bilden, die Verknüpfung läuft oft über das Herz, das ja sowohl als Ort oder Metapher der Leid Gefühle als auch als Kraftquelle gilt.

Frau S. wurde verschüttet, erstickte fast unter den Resten der Mauer und wurde mit verkrüppeltem Bein geborgen. Sie benutzt für ihr Leiden das neue Wort Trauma sehr spezifisch. Sie habe ein Mauer-Trauma (trauma sama tembok). Sie wird von angstvollen Erinnerungen geplagt, die den Schlaf rauben, dies berichtet sie nicht ohne die mögliche Abhilfe das Aufblicken zum Allmächtigen macht das Herz ruhig (tentram) und vertreibt die Erinnerungen.

„Trauma ist ein durchschimmernde Gefühl, ja, bei der Vorstellung des Bebens, dann sind die Gedanken im Herzen unruhig und unsicher, ein Gefühl, das den Schlaf verhindert, aber wenn ich nach oben blicke, dann kann ich einschlafen“.

Extremes Leid stürzt das Innere (Batin) in eine chaotische „Vermischung“ (campur) – in Verwirrung (bingung) und hierdurch kann die innere Verbindung und das Vertrauen zum Göttlichen gefährdet werden. Diese Phasen der Verwirrung im Herzen gelten als normal. Die, die uns darüber erzählten, schauen rückblickend auf diese Phasen und betonen wie wichtig die Genesung des Herzens ist. Dies geschieht dadurch, dass man das Schicksal annimmt (nrimo), dass man sich dem Allmächtigen in seinem Herzen überantwortet (pasrah), statt gegen das Schicksal aufzubegehren, dass man Geduld (sabar) aufbringt und wieder Dankbarkeit (syukur) empfinden kann. Damit läßt sich die innere Verbindung zum Göttlichen im eigenen Inneren wieder herstellen und man gewinnt Einsicht und Weisheit (hikmah). Es besteht eine Wechselwirkung zum äußeren auf Überleben und Wiederaufbau gerichteten Tun. Dessen Wiederaufnahme vertreibt das innere Chaos und das Grübeln (pikir). Und die Wiedererlangung des inneren (batin) Gleichgewichts strahlt ab auf alle

sozialen Beziehungen und die Möglichkeit der Erfüllung der Pflichten auf eine takkräftige (semangat) Weise.

Es dominiert der Glaube an die Selbstheilung im folgenden Zitat mit Verweis auf das alte (javanische) Wissen und es fehlt nicht der Verweis auf Gott (Die InterviewpartnerInnen sind - wie diese auch - überwiegend muslimisch) und die Notwendigkeit das Geschehene anzunehmen:

„Ich fühle/weiß (rasa), dass üblicherweise das gekränktes Herz oder verletzte Herz heilt, oder dass es sich selbst von innen heilt, wenn man über die alte Weisheit verfügt. Was geschieht, wird dann innerlich angenommen als Wille des Allmächtigen, den man nicht ablehnen darf.“

Man wünscht sich mentale Stärke (kuat mentalnya) um nicht verrückt (gila) zu werden. Man wünscht sich wieder ruhig und friedvoll zu werden (tentram). Mit der Annahme des Schicksals (nasib) kann man wieder ein großes Herz bekommen (menbesarken hati). Manche beteuern, dass Ihr Glaube an Gott sie befähigt, jeden Verlust mit Dankbarkeit annehmen zu können, so dass sie kein Trauma verspüren.

Zusammenfassend:

Der Traumabgriff wird mit vorhandenen Vorstellungen gefüllt. Es ist ein kürzer oder länger andauernder Zustand oder Prozess, der meist als Einheit der Verstörung /Verwirrung und der Genesung des Herzens dargestellt wird. Verstörung und Bewältigung gehören in einer als ohnehin unsicher erfahrenen und geltenden Welt zusammen. Sie sind nicht aufgespalten in professionelle Diagnose und Therapie.

Eine Katastrophe wird als Mahnung gesehen und extremes Leid in besondere Haltungen zur Welt, zur moralischen Ordnung, zur transzendentalen Sphäre, zum Leben, zu anderen und zu alltäglichen Pflichten eingebettet. Die im westlichen Denken erfolgende Auftrennung von Trauma und Bewältigung und entsprechender Diagnose und Therapie wird so nicht vorgenommen. Beides wird als Einheit gedacht, empfunden und im Interview mitgeteilt. Die immer wiederholte Botschaft unserer Interviewpartner ist „Indem ich dieses Leid habe, gehe ich so und so damit um“. Diese Einheit, die uns die Interviewpartner anboten, steckt in den Javanisch/Indonesischen Begriffen mit der Achse rasa/hati und der fehlenden Auftrennung zwischen einer irdisch/realen und transzendental göttlichen Welt, die sich ja im eigenen Selbst findet.

Das Herz (hati) ist das Erfahrungs- und Empfindungszentrum und der Referenzpunkt innerer (batin) d. h. tiefgreifender Bildung und intuitiven Erkenntnis. Es stellt die Brücke zum Transzendentalen, Numinösen, Spirituellen oder zum Göttlichen (je nach Orientierung) dar. Hati ist physisch und spirituell - man deutet auf das Herz – auch wenn es für das anatomische Herz einen anderen Begriff gibt (jantung). Die Genesung ist auch sehr praktisch gemeint: durch alltägliches Tun, sich ablenken, ermutigt werden und sich selbst ermutigen (diberani-beranikan saja) sich einen weniger bedrohten Schlafplatz suchen, sich gewöhnen und Zeit lassen, in Gesellschaft mit anderen sein.

Die Problematik der Verständigung zwischen der internationalen Helferszene und den Leuten im Erdbebengebiet liegt in dem Anspruch, das kranke Innere – so wie es westlich konzeptualisiert wird zu diagnostizieren und zu therapieren. Die Erfahrung des großen Leids nach der Katastrophe ist eine kollektive geteilte Erfahrung. Insofern überrascht nicht die Formulierung, die wir öfters hörten, „traumatisiert sind wir alle“. Indem das gesagt wird, wird auch vermittelt „wir wissen auch wie wir damit umzugehen haben“. Die Traumatherapeuten brauchen Diagnostik im Sinne einer Triage – die Sortierung nach denen,

die schwere Symptome oder leichte Symptome haben und die Identifikation von Risikogruppen, bei denen man präventiv Krankheitsentwicklung verhindern muß. Wenn man danach sucht findet man lokale Konzepte, die sich mit dem importierten Denken in Zusammenhang bringen lassen. Es gibt sich aufdrängende Erinnerungen, die teilweise auch durch Stimuli ausgelöst werden, die an das Beben erinnern. Es gibt länger anhaltende Zeichen der Erregung und Schlafstörungen und auch Zeichen des emotionalen Betäubtseins nach dem Beben. Also gibt es Zuordnungsmöglichkeiten von Therapien nach westlicher Logik. Die westliche Idee der - wenn auch dosierten - Konfrontation traumatischer Erinnerungen liegt quer zur javanischen Vorstellung, dass Vergessen und nicht Erinnern heilt. Das Denken an die Geschehnisse (pikir) ist extrem negativ konnotiert.

Der Traumabegriff eignet sich für die Mobilisierung und Legitimierung von Ressourcen und wird insofern von Betroffenen oft dankbar aufgegriffen. In unserem Untersuchungsgebiet boten Studenten der nahen Universität unmittelbar nach dem Beben „Traumagruppen“ für Kinder an. Die durch das Erlebte verstörten Kinder wurden spielerisch abgelenkt und beschäftigt. Die durch die Aufräumarbeiten beanspruchten Eltern nahmen das Angebot dankbar an.

Mit dem westlichen Zugriff auf die Problematik ist eine Medikalisierung und Individualisierung des extremen Leids verbunden. Die Deutungshoheit und der Anspruch der exklusiven Bearbeitung der Problematik am Individuum liegt bei medizinischen und klinisch psychologischen Experten.

Schlußfolgerung

Im Diskurs über die Katastrophe wurde ein verletzbares Inneres einem gefährdenden Äußeren gegenüber gestellt. Im disaster management wurde ein systematischer Ansatz entwickelt, in dem besonderen Experten und Organisationen die Beherrschung von Unsicherheit übertragen wurde. Die als singulär aufgefaßte Katastrophe wird im Diskurs des risk management durch präventive Anstrengungen und rationale Kontrolle aufgefangen. Diese Hoffnung ist inzwischen brüchig geworden. Insbesondere wird die Trennung von Innen und Außen in Frage gestellt. Die Bedrohungen können von Innen kommen – das sichere normale und gewöhnliche Leben könnte ein westlicher Mythos (s. Bankoff 2009) sein und die Gefahren lassen sich durch die zuständigen Experten und deren Organisationen nicht bannen. Dann wäre die Normalität zu verlassen und es wären tiefgreifende Veränderungen der Verhältnisse notwendig.

Der Traumadiskurs thematisierte die individuellen Zusammenbrüche zunächst der Soldaten im Krieg. Es gab das Problem mangelnder nationaler Wehrhaftigkeit und später rückte das der Fürsorge und Hilfe für die Soldaten in den Vordergrund. Die Opferposition wurde gesellschaftlich akzeptabel und legitim und auf viele gesellschaftlich Bereiche und schließlich auch auf die Opfer von Katastrophen weltweit übertragen. Man versuchte kollektiven Katastrophen mit technischer Kontrolle und individuelle Verstörung mit neuen Therapietechniken professionell zu bearbeiten und beherrschbar zu machen.

Sowohl Katastrophen als auch extremes Leid haben in vielen Ländern weniger den Status der Singularität und sind in anderer Weise in lokales Wissen, lokale Orientierungen und Haltungen, moralische Ordnungen und lokale Praktiken eingelassen. Schon die Trennung zwischen einer kollektiven Katastrophe und einem individuellen Trauma macht Schwierigkeiten, weil sich die Person kaum vom gemeinschaftlichen Kontext abtrennen lässt. Das ländliche Java in der Untersuchungsregion ist einer Landschaft des Risikos (s. Zaumseil

et al. in Vorbereitung). Die Unsicherheit einer Bedrohung durch Beben und häufige Vulkanausbrüche gehört seit Jahrhunderten zum Alltag der Bevölkerung. Das Wissen und die Praxis einer Zusammengehörigkeit der Verstörung und der Genesung des Herzens wird als Selbstverständlichkeit empfunden. Die Unsicherheit wird weniger als bewusste Herausforderung erlebt. Deren Präsenz ist in die Kosmologie, die Haltungen gegenüber der Welt und in die Praktiken des alltäglichen Lebens eingelassen. Es dominiert eine überraschend positive optimistische Orientierung gegenüber der Zukunft, die mit der oft besorgten Haltung gegenüber der Zukunft in westlichen Ländern kontrastiert.

Literatur:

- Argenti-Pillen, A. (2000): The Discourse on Trauma in Non-Western Cultural Contexts. Contributions of an Ethnographic Method. In: McFarlane, M. C. /Shalev A. C./Yehuda R. (Hg.): International handbook of human response to trauma. New York S. 87–102.
- Bankoff, G. (2003): Cultures of Disaster: Society and Natural Hazard in the Philippines: New York.
- Bankoff, G.(2007): The Historical Geography of Disaster: 'Vulnerability' and 'Local Knowledge'. In: Bankoff, G./Georg Frerks, G./Hilhorst,T. (Hg.): Mapping vulnerability. Disasters, development, and people. London S. 25–36.
- Bankoff, G. (2009): Cultures of Disaster, Cultures of Coping - Hazard as a Frequent Life Experience in the Philippines, 1600-2000. In: Mauch, C./ Pfister C. (Hg.): Natural disasters, cultural responses. Case studies toward a global environmental history. Lanham, MD., S. 265–284.
- Bonanno, George A.; Westphal, Maren; Mancini, Anthony D. (2011): Resilience to Loss and Potential Trauma. Annu. Rev. Clin. Psychol. 2011. 7:511–35. In: Annu. Rev. Clin. Psychol 7, S. 511–535
- Borch-Jacobsen M.(2000) How to predict the past:from trauma to repression. History of Psychiatry, XI, 15-03, S. 43–60.
- Brown K. / Westaway E. (2011) Agency, Capacity, and Resilience to Environmental Change: Lessons from Human Development, Well-Being, and Disasters, *Annual Review of Environment and Resources*, 36, pp.14.1–14.22.
- Charcot, J. M.(1878), 'De l'influence des lésions traumatiques sur le développement des phénomènes d'hystérie locale', *Le Progrès médical*, vi, 335-7.
- Dekens, J. (2007): Local Knowledge for Disaster Preparedness. A Literature Review. International Centre for Integrated Mountain Development (ICIMOD). Kathmandu, Nepal.
- Geertz, C. (1960): The Religion of Java. Glencoe.
- Kloocke R./Schmiedebach H. P./Priebe, S. (2005) Psychological injury in the two World Wars: changing concepts and terms in German psychiatry. *History of Psychiatry*, 16(1): 43–60
- Lengwiler M./ Madarasz, J. (2010) Präventionsgeschichte als Kulturgeschichte der Gesundheitspolitik. In Martin Lengwiler, M./ Madarasz, J. (Hrsg.) *Das präventive Selbst. Eine Kulturgeschichte moderner Gesundheitspolitik*. Bielefeld. S. 11-28.
- Lindell M. K./ Prater C. S./ Perry R. W. (2006) Fundamentals of Emergency Management. <http://training.fema.gov/EMIWeb/edu/feml.asp>. (Zugriff: Dez. 12)
- Magnis-Suseno, F. (1981): Javanische Weisheit und Ethik. Studien zu einer östlichen Moral. München, Wien.

- Norris FH/Tracy M/ Galea S. (2009) Looking for resilience: understanding the longitudinal trajectories of responses to stress. *Social Science & Medicine* 2009 Jun;68(12):2190-8.
- Pargament, K. I. (2011) Religion and coping: the current state of knowledge. In: Folkman S./ Nathan P. E. (Hrsg) *The Oxford Handbook of Stress, Health, and Coping* Oxford University Press, New York, S. 269-288.
- Ricklefs, M. C. (2008): Religion, Politics and Social Dynamics in Java. Historical and Contemporary Rymes. In: Fealy G./ White S.(Hg.): *Expressing Islam. Religious life and politics in Indonesia*. Singapore, S. 115–136.
- Schmahl C. (2009) Neurobiologie In: Maercker, A. (Hrsg.) *Posttraumatische Belastungsstörungen*. Springer, Heidelberg. 51-64.
- Shephard B. (1999) 'Pitiless psychology': the role of prevention in British military psychiatry in the Second World War. *History of Psychiatry*, X, 491-524.
- Somasundaram Daya (2007) Collective trauma in northern Sri Lanka: a qualitative psychosocial-ecological study. *International Journal of Mental Health Systems* 2007, 1:5 - <http://www.ijmhs.com/content/1/1/5> (open Access Aug 2012)
- UNISDR (United Nations International Strategy for Disaster Reduction) (2009) Terminology on disaster risk reduction <http://www.unisdr.org/we/inform/terminology> (Zugriff: Dez. 12)
- Young, A. (2006): Trauma und Verarbeitung in den USA nach dem 11. September. Ein anthropologischer Blick auf virtuelle Traumata und Resilienz. In: Wohlfart E. / Zaumseil M. (Hg.): *Transkulturelle Psychiatrie - Interkulturelle Psychotherapie. Interdisziplinäre Theorie und Praxis*. Heidelberg, S. 391–410.
- Zaumseil Manfred, Prawitasari Hadiyono, J. Living in a landscape of risk in Java / Indonesia. In: Christoph Wulf, Isabel Capeloa Gil (Eds) *A critique of singularity – The catastrophic event and the rhetoric of representation*. Paderborn in Vorbereitung