

Inhalt

Einleitung		9
1	Flucht und deutsche Asylpolitik	29
1.1	Die Flüchtlingsproblematik des 20. Jahrhunderts	29
1.1.1	Flucht - Flüchtlinge - eine notwendige Differenzierung der Begrifflichkeiten	33
1.1.2	Fluchtursachen	41
1.2	Entwicklung und Elemente des Asylrechts	49
1.2.1	Artikel 16a im Grundgesetz	51
1.2.2	Überblick über das Asylverfahrensgesetz	52
1.2.3	Überblick über asylrelevante Elemente des Ausländergesetzes	53
1.2.4	Ansätze des Asylbewerberleistungsgesetzes	55
1.2.5	Völkerrechtliche und gemeinschaftsrechtliche Abkommen	56
1.2.6	Differenzierung der Gruppe der Flüchtlinge auf Grundlage des Asylrechts	59
1.2.7	Zahlen und Fakten	64
1.2.8	Zusammenfassung	65
2	Die psychosoziale Situation traumatisierter Flüchtlinge im Exilland BRD	69
2.1	Sozialisations-, Sozialstrukturen und psychische Belastungen im Herkunftskontext	69
2.1.1	Sozialisations- und Sozialstrukturen im Herkunftsland	70
2.1.2	Psychische Belastungen aufgrund von Verfolgung und Flucht	75
2.1.2.1	Traumatische Erfahrungen	77

2.1.2.2	Extremtraumatische Erfahrungen am Beispiel von Folter	82
2.1.3	Zusammenfassung	89
2.2	Psychosoziale Faktoren und Lebensbedingungen traumatisierter Flüchtlinge im Exil in der BRD	90
2.2.1	Psychische Vorgänge im Exilleben	92
2.2.1.1	Die Posttraumatische Belastungsreaktion	96
2.2.2	Die Einwirkungen der Asylgesetzgebung auf die Lebenssituation im Exil	103
2.2.2.1	Die psychosoziale Bedeutung der Asylanhörung	105
2.2.2.2	Die psychosozialen Auswirkungen der Unterbringungssituation	107
2.2.2.3	Die psychosozialen Konsequenzen des Asylbewerberleistungsgesetzes und anderer sozialrechtlicher Bestimmungen	109
2.2.3	Zum gesellschaftlichen Umgang mit Flüchtlingen im Exilland BRD	112
2.2.3.1	Veränderung der Sozialisationsbedingungen der Flüchtlingspopulationen im Exilland BRD	113
2.2.4	Zusammenfassung	115
3	Die Situation der psychosozialen Versorgung von traumatisierten Flüchtlingen in der BRD	119
3.1	Allgemeine Formen der psychologischen Intervention und Begleitung	119
3.1.1	Die Entwicklung der Psychotherapie	120
3.1.1.1	Psychotherapie	122
3.1.1.2	Psychologische Beratung	124
3.1.1.3	Krisenintervention	125
3.1.2	Der idealtypische Therapieverlauf	126
3.1.3	Zusammenfassung	134
3.2	Psychosoziale Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen	136
3.2.1	Institutioneller Rahmen der psychosozialen Hilfe für traumatisierte Flüchtlinge in Psychosozialen Behandlungszentren im Überblick	137

3.2.1.1	Arbeitsbereiche	139
3.2.1.2	Einbettung in die bestehende Versorgungsstruktur	140
3.2.1.3	Zugangsbarrieren	141
3.2.1.4	Vernetzung und Kooperation	142
3.2.1.5	Statistiken	143
3.2.2	Therapeutisches Angebot für traumatisierte Flüchtlinge in den Psychosozialen Behandlungszentren im Überblick	144
3.2.2.1	Aus- und Fortbildung der TherapeutInnen	148
3.2.2.2	Teamarbeit und Supervision	149
3.2.2.3	Zusammenarbeit mit den DolmetscherInnen	152
3.2.3	Therapie mit traumatisierten Flüchtlingen	154
Exkurs:	Kulturspezifische Krankheitskonzepte, Diagnose- und Behandlungsverfahren	156
3.2.3.1	Zielsetzung von Psychotherapie mit traumatisierten Flüchtlingen	166
3.2.3.2	Die therapeutische Beziehung	168
3.2.3.3	Psychotherapeutische Methoden	170
3.2.4	Zusammenfassung	178
4	Fallstudie über einen Beratungs- und Therapieansatz	183
4.1	Zum hermeneutischen Interpretationsverfahren im Rahmen dieser Fallstudie	183
4.1.1	Das Analyse- und hermeneutische Interpretationsverfahren	184
4.1.2	Die Datenbasis	185
4.1.3	Das Analyseinstrumentarium	187
4.2	Die Fallstudie	196
4.2.1	Verlaufsbeschreibung	199
4.2.2	Hypothesen zur therapeutischen Interaktion, Analyse- und Interpretationsverfahren	205
4.2.2.1	Phase I: Problemanbahnung	206
4.2.2.2	Phase II: Problemwahrnehmung und -fokussierung	217

4.2.2.3 Phase III Lösungsorientierte Problemlenkung und -bearbeitung	230
4.2.3 Auswertung: Konsequenzen für das therapeutische Vorgehen	245
Resümee	251
Literatur	257
Anhang	271
Protokoll No. I vom 18.05.1999	271
Protokoll No. II vom 22.06.1999	277
Protokoll No. III vom 13.07.1999	282
Protokoll No. IV vom 24.08.1999	288

Einleitung

„Wer der Folter erlag, kann nicht mehr heimisch werden in der Welt. Die Schmach der Vernichtung läßt sich nicht austilgen. Das zum Teil schon mit dem ersten Schlag, in vollem Umfang aber schließlich in der Tortur eingestürzte Weltvertrauen wird nicht wiedergewonnen. Daß der Mitmensch als Gegenmensch erfahren wurde, bleibt als gestauter Schrecken im gefolterten liegen: Darüber blickt keiner hinaus in eine Welt, in der das Prinzip Hoffnung herrscht. Der gemartert wurde, ist waffenlos der Angst ausgeliefert. Sie ist es, die fürderhin über ihm das Szepter schwingt.“ (AMÉRY 1966, S. 70).

Zeit allein heilt niemals die Wunden, die traumatische und extremtraumatische Erfahrungen hinterlassen haben. Die unvermittelt auftauchenden Bilder sind ebensowenig weg-therapierbar. Die bedrückende und finstere Endgültigkeit dieser Erfahrung wird von AMÉRY in dem angeführten Zitat im Einklang mit dessen zeitlicher Dimension widergespiegelt. Sie geht mit den damals vorhandenen gravierenden Wissens- und Forschungslücken über die Behandlung extremtraumatischer Erfahrungen einher.

Erst seit ca. 20 Jahren besteht in diesem Land als Alternative zur erzwungenen Kapitulation in die Aussichtslosigkeit die Möglichkeit, das erfahrene Trauma im geschützten therapeutischen Raum zu bearbeiten. Dort wird die betroffene Person dazu befähigt, mit der Erfahrung von lebensverachtender, extremer Gewalt und Macht am eigenen Leib umzugehen, d.h. heilsame Lebensqualität eigenständig (wieder) herzustellen und heilsame, liebevolle Beziehungen zu sich selbst und zu ihren Mitmenschen (wieder) aufzubauen.

Insbesondere die faszinierende Aussicht, durch Psychotherapie die von außen konditionierte Sprachlosigkeit zu überwinden und die scheinbare Allmacht des Täters zu brechen, Sicherheit und Integrität zurückzugewinnen und sich so von der Rolle des ohnmächtigen Opfers zu emanzipieren, motivierte mich dazu, intensiv an diesem mit Berührungängsten behafteten Thema zu arbeiten.

Durch die seit den 70er Jahren zwar im gesellschaftlichen Abseits positionierte, aber kontinuierlich arbeitende psychosoziale Versorgung von traumatisierten Flüchtlingen und vor allem durch die unausweichliche Konfrontation mit Gewalt und Krieg, hat das Thema Trauma und seine Folgen in der BRD Bestand. Die wesentlichen und weiterführenden Erkenntnisse über dieses Themengebiet verbreiteten sich erst seit Beginn der 70er Jahre langsam in Europa. Vorher erzielte man in den USA anhand von vorliegender ähnlicher therapieresistenter Symptomatik der Vietnam-Veteranen grundlegendes Wissen über den heutzutage beschreibbaren Symptomkomplex der Posttraumatischen Belastungsreaktion (post traumatic stress disorder, kurz: PTSD) und ihre sinnvolle Behandlung. Fast zeitgleich begannen die Ergebnisse feministischer Forschung, die sich mit sexuellen Gewalt und deren Auswirkungen auf psychische Prozesse beschäftigten, das Wissen über Traumata zu bereichern. In Europa gelten auf dem Gebiet der Traumaforschung vor allem die skandinavischen Länder und die Niederlande als Vorreiter. In der BRD erfolgten die Übernahme der Forschungserfahrungen und der Beginn eigener Forschungsaktivitäten mit annähernd einem Jahrzehnt Zeitverzögerung (vgl. HERMAN 1993, S. 42ff.; REDDEMANN & SACHSE 1997, S. 114f.).

Sowohl die deutsche Öffentlichkeit als auch die Wissenschaft und Forschung in Deutschland sind hautnah mit Traumatisierungen in Europa (z.B. Bosnienkrieg, Kosovokrieg, hier ausgeübte Kriegsverbrechen wie z.B. Massenvergewaltigungen) und im eigenen Land (z.B. Brandanschläge auf AsylbewerberInnen, Kindesmisshandlungen und -tötungen) konfrontiert. Alle diese Ereignisse leisten ihren Beitrag, sich zumindest in Fach- und InteressentInnenkreisen vom zwanghaften Vergessen zu einem gesellschaftlichen Umdenken, zur Enttabuisierung von Trauma und Gewalt und zu einem veränderten fachlich-professionalisierten Vorgehen in Beratung und Therapie der Zielgruppen hinzuwenden.

Die Gesellschaft in der BRD steht vor der Aufgabe, mit dem Themenkomplex Trauma umzugehen. Sie selbst erzeugte im Nationalsozialismus in horrendem Maße Traumata. Es entsteht der Eindruck, als ob zwanghaftes kollektives Vergessen nach den Erfahrungen im Natio-

nalsozialismus als „natürlicher“ Schutzmechanismus¹ und mit ihr die langwährende Sprachlosigkeit langsam aufbreche. – Trauma als salonfähiges Thema?! Hier stellt sich die interessante Frage, inwieweit es die heutige Gesellschaft ernst nimmt, traumatische Erfahrungen von Flüchtlingen aufzufangen und die Betroffenen bei der Bewältigung von tiefen seelischen Erschütterungen zu unterstützen. Besonders im Hinblick darauf, dass Trauma und Flucht primär von einem anderen politischen und gesellschaftlichen System, sekundär aber jedoch auch durch (bundes-)eigene Interessen (z.B. Waffenexporte verursacht wurden).

Vorweg zu nehmen ist, dass die psychosoziale Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen auch in der Betrachtung ihrer Einbindung in soziale und politische Rahmenbedingungen als ein komplexes und problembeladenes Arbeitsfeld erscheint, da es sich um Arbeit mit einer bewusst und gewollt gesellschaftlich ausgegrenzten Zielgruppe handelt, die als künstlich geschaffene, weitgehend entmündigte Randgruppe beschreibbar ist (vgl. ZEPF 1999, S. 105). Hypothetisch ist somit festzuhalten, dass sich die gesellschaftliche Anerkennung von traumatisierten Flüchtlingen in Umfang, Maß und Qualität der Angebotsstruktur der entgegengebrachten professionellen psychosozialen Versorgung widerspiegelt.

Studien, die im europäischen Raum zum Thema Flucht und Trauma erhoben wurden, veranlassen zur vorsichtigen Schätzung, dass ca. 20% der in Deutschland lebenden Flüchtlinge als traumatisiert gelten (vgl. WEBER 1998, S.178). In ehemaligen Kriegsgebieten, wie z.B. im ehemaligen Jugoslawien, stellt man fest, dass 90-100% aller Vertriebenen und Geflohenen an klinisch relevanten psychischen und somatischen Symptomen leiden (vgl. WEISS 1994, S.33). Die Verbreitung von Kriegstraumata ist, in epidemiologischer Betrachtung, in der BRD zwischen Vergewaltigung und sexueller Misshandlung an zweiter

1 NESTVOGEL beschreibt die gesellschaftliche Neigung zur Dichotomisierung, Polarisierung, Zuschüttung der Erinnerung und Fragmentierung von Bewusstseinsinhalten als historisch tradierte psychosoziale Tiefenstruktur der hiesigen Gesellschaft und als Kennzeichen der Moderne. Dieses Phänomen hat zum einen die Funktion der Herrschaftssicherung, zum anderen die der kognitiven und emotionalen Entlastung im Alltag, siehe NESTVOGEL 1994, S. 30.

Stelle als pathologisches Trauma positioniert (vgl. MAERCKER 1997, S. 22).

Insbesondere infolge ihrer schwierigen, komplexen und problembehafteten Lebenssituation benötigen traumatisierte Flüchtlinge im Exil-land BRD meines Erachtens eine adäquate psychosoziale Versorgung. Es besteht der Bedarf an einer stabilen und professionellen therapeutischen Begleitung mit der Kompetenz, dem Klientel kontinuierlich und maßvoll die Wahrheit vor Augen zu halten. Jeder in die Bearbeitung der Symptomatik von Traumaerfahrung involvierte Therapeut und Helfer², der den Mut zu dieser harten und anspruchsvollen Arbeit fasst, wird feststellen wie schmerzhaft, komplex und langwierig dieser Prozess für die Klientel ist.

Durch psychotherapeutische Unterstützung sollte der Klient für einen Heilungsprozess beispielsweise sich Gewissheit darüber erarbeiten können, nicht verrückt zu sein, sondern gesund auf eine verrückte Situation zu reagieren. In ihm sollte die Fähigkeit gestärkt werden, mit den auftretenden Symptomen zu leben, sich handlungs- und beziehungsfähig zu fühlen, sich selbst wieder zu erkennen und sich weiter zu entwickeln. Diese nötigen Erfolge leiten mein Interesse darauf, die therapeutische Beziehung, therapeutische Handlungsressourcen und vorhandene Interaktionsstrukturen im Rahmen von Therapie mit traumatisierten Flüchtlingen zu erforschen.

Übersicht über den gegenwärtigen Literatur- und Forschungsstand

Ein Überblick über den Stand der deutschsprachigen Literatur zeigt, dass sich nach vereinzelt Pilotstudien zur psychosozialen Situation von ArbeitsmigrantInnen Mitte der 70er Jahre (z.B. HARING & XENAKIS 1977) die Betrachtung von psychischen Prozessen im Rahmen von Arbeitsmigration im Zuwanderungsland BRD seit den 80er Jahren aus dem soziologischen, psychologischen und pädagogischen Blick-

2 Zur besseren Lesbarkeit des Textes verwendet die Autorin überwiegend die männliche Form in dem Bewusstsein, dass auch der Leser und die Leserin die unterschiedlichen geschlechtsbezogenen Ausgangs-, Verhaltens- und Handlungskontexte von Frauen und Männern berücksichtigt.

winkel intensivierte (vgl. GÖRTZ 1986, HALLER 1988, MORTEN 1988, GRINBERG & GRINBERG 1990, LEYER 1991).

Anfang bis Mitte der 90er Jahre wuchs das (Forschungs-) Interesse an psychischen Prozessen auch im Rahmen von Verfolgung, Flucht und Exil. Die Gründe hierfür sind vielfältig, hervorzuheben ist die Herausforderung des Gesundheitssystems angesichts der verstärkten Flüchtlingszuwanderung aus Krisen- und Kriegsgebieten, z.B. aus dem ehemaligen Jugoslawien (vgl. WEISS 1994, S. 33). Die überaus starken psychischen und somatischen Symptome, mit denen die Menschen hier in der BRD ankamen, benötigten professionelle Versorgung, aber man überlegte auch adäquate Möglichkeiten zur präventiven und kurativen Hilfe vor Ort (vgl. BUTOLLO 1997).

Auf Forschungsebene begann man stärker zwischen psychischen Prozessen im Rahmen von Arbeitsmigration und von Flucht zu differenzieren. Die jeweiligen erkenntnisleitenden Fragestellungen der Forschungsarbeiten zu fluchtspezifischen psychischen Prozessen vertieften und spezialisierten sich zunehmend. Zudem hatte man zu dem o.g. Zeitpunkt die Möglichkeit, auf der Grundlage von empirisch erhobenen Daten in Psychosozialen Zentren im Rahmen von wissenschaftlicher Begleitung initiierten Projekte und auf universitärer Ebene realitäts- und klientennah wissenschaftlich zu untersuchen (vgl. KÜRSAT-AHLERS 1992, ADAM 1993, WEISS 1994, KÜRSAT-AHLERS 1995, CROPLEY 1995, MEHARI 1995, AYCHA 1996).

Zum Ende der 90er Jahre ist das tabuisierte Thema „psychisches Trauma“ in Verknüpfung mit Flucht und Exil greifbarer geworden. Es ist Literatur vorhanden, die sich mit der Behandlung von Posttraumatischen Belastungsreaktionen im allgemeinen und der von speziellen Traumagruppen, worin Opfer organisierter Gewalt eine Gruppe bilden, beschäftigt. Es zeigt sich, dass die Gruppe der Flüchtlinge in Relation zu allgemein von PTSD Betroffenen exemplarisch und häufig in diesem Forschungsgebiet untersucht werden. In diesem Feld besteht vermutlich ein starkes Forschungsinteresse (vgl. BUTOLLO 1997, HAAS 1997, HERMAN 1993, MAERCKER 1997, WEISS 1994).

Im März 1999 fand in Göttingen ein Kongress mit internationaler Beteiligung zu einem interdisziplinären Austausch neuer Erkenntnisse bei der Erforschung traumatischer Störungen statt. Es lässt sich in Bezug auf das inhaltliche Angebot zusammenfassend festhalten,

dass die Zahl der wissenschaftlichen Forschungsprojekte zu Post-traumatischen Belastungsreaktionen und angrenzenden Disziplinen mittlerweile einen Stand erreicht hat, der eine solide und überschaubare Basis für weitere, vertiefende Forschungsfragen darstellt (vgl. BZFO 1999, S. 2). REDDEMANN und SACHSE betonen dagegen, dass es keine gesicherten Erkenntnisse zu diesem Thema gäbe, dass sie zur Entwicklung von effizienten Behandlungsmethoden jedoch als therapeutische Arbeitshypothesen verwendet werden müssen (vgl. REDDEMANN & SACHSE 1997, S. 114).

Die Situation der psychosozialen Versorgung von traumatisierten Flüchtlingen findet sich im Rahmen des Diplomstudiengangs „Interkulturelle Pädagogik und Beratung“ am Institut für Bildung und Kommunikation in Migrationsprozessen (IBKM) an der Carl-von-Ossietzky-Universität in Oldenburg im Verhältnis zu dem allgemeinen wissenschaftlichen Forschungsstand und im Verhältnis zu den Erfordernissen des Problemfelds nur spärlich untersucht wieder. Die im Jahr 1997 veröffentlichte Diplomarbeit von HAAS stellt den Versuch dar, einen Überblick über Folter, die Auswirkungen dieser Erfahrung auf das Erleben des Opfers, entsprechende psychische Auswirkungen, Möglichkeiten und Grenzen von Therapie und methodische Ansätze zur Behandlung zu geben (vgl. HAAS 1997, S. 10).

Die Thematik dieser Diplomarbeit ist mit der Arbeit von HAAS verzahnt, indem sie den dargestellten Aspekt der Anwendung bestimmter Methoden im Rahmen des psychotherapeutischen Angebots für traumatisierte Flüchtlinge in den Psychosozialen Zentren für Opfer organisierter Gewalt (PSZ) in der BRD aufgreift.

Die vorliegende Arbeit unterscheidet sich von anderen dadurch, dass sie sich einerseits im theoretischen Teil eingehend mit der Bestandsaufnahme der psychosozialen Situation der Klientel und der Erhebung der Struktur der psychosozialen Versorgung auseinandersetzt. Andererseits beschäftigt sich diese Diplomarbeit im empirischen Teil exemplarisch mit einem einzelnen Fall zur Verdeutlichung der Kommunikation und Interaktion zwischen Therapeut und Klient in der interkulturellen traumatherapeutischen Praxis. Es werden anhand eines Fallbeispiels vorhandene Interaktionsstrukturen von Therapeut und Klient herausgearbeitet und interpretiert. Der Fall wird nicht aus seinem gesellschaftspolitischen Rahmen genommen und auch nicht

als Ganzes neben die Theorie zum Zweck der Veranschaulichung und Illustration gestellt, wie es sonst in der Literatur häufig zu finden ist (z.B. AYCHA 1993, S.68ff.; PELTZER 1993, S. 113ff.).

Erkenntnisinteresse

Das Erkenntnisinteresse, auf das sich diese Arbeit bezieht, lautet als Kernfrage:

Was ist das Besondere an psychosozialer Beratung und Psychotherapie mit traumatisierten Flüchtlingen im Exilland BRD?

Zur Bearbeitung der einzelnen Kapitel und zur unterschiedlichen Bearbeitung des theoretischen Teils (I) und des empirischen Teils (II) dieser Diplomarbeit sind folgende erkenntnisleitende Fragen subsumierbar:

- I. Worin bestehen die rechtlichen, kulturellen, sozialen und psychischen Ausgangs- und Verlaufsbedingungen für die Therapie mit traumatisierten Flüchtlingen?!

An Kapitel (1) stellen sich im einzelnen folgende erkenntnisleitende Fragen:

- Inwiefern ist Flucht als globales Phänomen der Menschheit beschreibbar, sind die damit verbundenen Begrifflichkeiten definierbar und ihre Ursachen einzuordnen?
- Aus welchen Elementen setzt sich die asylrechtliche Situation von Flüchtlingen im Exilland BRD zusammen und welche Konsequenzen zieht diese Grundlage hinsichtlich der Differenzierung und statistischer Erfassung der Personengruppe in der BRD nach sich?

An Kapitel (2) stellen sich im einzelnen folgende erkenntnisleitende Fragen:

- Inwiefern lässt sich die Lebenssituation von traumatisierten Flüchtlingen in Form von äußeren und innerpsychischen Faktoren herkunfts- und exilspezifisch im Exil in der BRD charakterisieren und einordnen, was sind ihre wesentlichsten Konflikte und Themen?
- Wie ist die situationsspezifische Bedarfslage von traumatisierten Flüchtlingen im Exil beschreibbar?
- Was ist die grobe Problemkonstellation, die traumatisierte Flüchtlinge in die therapeutische Kommunikation einbringen und sich

möglicherweise hemmend auf den therapeutischen Prozess bzw. die therapeutische Interaktion auswirken?

An Kapitel (3) stellen sich im einzelnen folgende erkenntnisleitende Fragen:

- Inwiefern ist die psychosoziale Versorgung für traumatisierte Flüchtlinge im Vergleich zur ihrer Bedarfslage in das deutsche Versorgungssystem auf allgemeiner, institutioneller und konzeptioneller Ebene eingebettet und beschreibbar?
- Wie ist die professionelle Rolle der Therapeutin in dem institutionellen Rahmen positioniert?
- Was beinhaltet Psychotherapie mit traumatisierten Flüchtlingen, wie ist die Zielsetzung, die therapeutische Beziehung und Methodik im Hinblick auf die situationsbedingte Problemkonstellation der Klientel beschreibbar?

II. Was ist der substanzielle Kern der beispielhaften therapeutischen Interaktion zwischen Klient und Therapeut?

An Kapitel (4) stellen sich im einzelnen folgende erkenntnisleitende Fragen:

- Wie ist das Klienten- und Therapeutenverhalten sowie der Therapieprozess beschreibbar und einzuordnen?
- Welche Faktoren bedingen die Interaktion im Therapieverlauf?
- Wie wird mit vorhandene Problemen umgegangen, wie werden sie wahrgenommen und verändert?
- Inwiefern hat sich das Klienten- und Therapeutenverhalten sowie der Therapieprozess dadurch verändert?
- Was waren die Bedingungen zur Veränderung?
- Was ist daran als geglückt feststellbar und was ist daraus hinsichtlich eines effektiven therapeutischen Vorgehens ableitbar?

Zielsetzung und Aufbau der Arbeit

Ziel dieser Arbeit ist, die Bedingungen der therapeutischen Situation mit traumatisierten Flüchtlingen in ihrer Komplexität und Vielschichtigkeit zu erfassen und geordnet darzustellen, so dass im ersten Teil (I) ein theoriegeleiteter Überblick über die Gesamtsituation der psychosozialen Arbeit entsteht, der zudem einen soliden theoretischen

Fundus für die empirische Arbeit des zweiten Teils (II) darstellt und für die an der Datenbasis orientierte Herleitung von Thesen in Rahmen dieser Diplomarbeit verwendbar ist.

Im theoretischen und literaturgeleiteten Teil dieser Arbeit (I) werden unter dem Aspekt des formulierten Erkenntnisinteresses im **ersten Kapitel** basale Begrifflichkeiten zum Thema Flucht und Asyl herausgearbeitet, definiert und differenziert. Die komplexe allgemeine, aber auch die fluchtspezifische und asylrechtliche Sachlage des Phänomens Flucht wird verständlich gemacht und in Zusammenhang mit der politischen und juristischen Sachlage, welche die Gesamtsituation von (traumatisierten) Flüchtlingen im Exil in der BRD ausmacht, gebracht.

Mit der Klärung der Konstellation der äußeren Rahmenbedingungen im Bewusstsein, ist im **zweiten Kapitel** das Ziel, anhand der formulierten Fragestellung die psychosoziale Lebenssituation von traumatisierten Flüchtlingen im Exil in ihrer Komplexität zu betrachten und die in die therapeutische Situation und Beziehung einfließenden Faktoren festzustellen. Die genaue, differenzierte Sichtung ihrer Ausgangssituation und ihrer Bedarfslage aus soziologischer und psychologischer Perspektive im Rückblick auf die Lebenssituation der Klientel in der Vorflucht- und Fluchtphase und im Hinblick auf ihre Lebenssituation in der Exilphase ermöglicht, ihren realen innerpsychischen und von äußeren Bedingungen abhängigen Standort mit seinen Hemmnissen und Schwierigkeiten im Exil zu erfassen. Diesbezüglich ist genauer zu durchleuchten, inwiefern die asylrechtlichen und gesellschaftspolitischen Rahmenbedingungen mit der herkunfts- und exilspezifischen Lebenssituation von traumatisierten Flüchtlingen in Wechselwirkung stehen und inwiefern sie sich auf die Lebensqualität des einzelnen in dieser Gesellschaft auswirken.

Die Bearbeitung des erkenntnisleitenden Fragenkomplexes im **dritten Kapitel** ermöglicht insgesamt genauer zu erheben, ob dem festgestellten Bedarf von traumatisierten Flüchtlingen an Hilfe im Rahmen der psychosozialen Versorgungslage auf institutioneller Ebene entsprechend begegnet wird. Ziel dieses Kapitels ist somit, die psychosoziale Versorgung in drei Schritten von ihrer groben institutionellen Einbettung und Ausrichtung bis hin zur feineren Ebene der therapeutischen Positionierung sowie die Vorgehensweise einzuordnen und zu

beschreiben, um darauf aufbauend Qualitätsmerkmale, Erfordernisse und Besonderheiten der therapeutischen Arbeit hinsichtlich ihrer Adäquatheit und Orientierung zu orten.

Zu diesem Zweck werden die allgemeinen Definitionen von Beratungs- und Therapieformen und ein Abriss über einen idealtypischen Therapieverlauf im ersten Teil vorangestellt, die zum Verständnis der psychosozialen Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen im Exil für den weiteren inhaltlichen Verlauf von Bedeutung sind.

Im zweiten Teil dieses Kapitels erfolgt zunächst die Beschreibung der Entstehung, der Ausrichtung, der Konzeptionierung und der Positionierung von psychosozialen Behandlungszentren. Somit werden die Positionierung der Institutionen im Gesamtangebot der psychosozialen Versorgung und ihre vorhandene Konzeptionalisierung verdeutlicht.

In direkter Ergänzung folgt die Fokussierung auf einen Teilbereich der Arbeit der PSZ, nämlich auf das therapeutische Angebot. Hier werden, nach einem Überblick über Therapiemöglichkeiten, die therapeutischen Methoden und adäquaten Vorgehensweisen der TherapeutInnen genauer betrachtet, was die eigentliche Therapiearbeit unerlässlich stützt und die Qualität der Arbeit erheblich beeinflusst.

Im letzten Schritt steht die eigentliche therapeutische Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen im Vordergrund. In einem eingeschobenen Exkurs werden vorhandene kulturspezifische Krankheitskonzepte, Diagnose- und Behandlungsverfahren aufgezeigt, um potentielle Ressourcen der Behandelten und Behandelnden sowie relevante Aspekte für die therapeutische Beziehung und das therapeutische Vorgehen ausfindig zu machen.

Unter Berücksichtigung aller bereits erarbeiteter Aspekte wird die spezifische Zielsetzung von Psychotherapie mit traumatisierten Flüchtlingen formuliert. Es folgt die Beschreibung der besonderen therapeutischen Beziehung und der sinnvollen therapeutischen Methodenansätze sowie Interventionsmöglichkeiten mit dem Blick auf Möglichkeiten, Grenzen und Schwierigkeiten des therapeutischen Vorgehens.

Im zweiten Teil dieser Arbeit (II), im **vierten Kapitel**, wird hinsichtlich der spezifizierten Fragestellung und hinsichtlich des theoretischen Teils auf empirischer Basis untersucht, was die Interaktion zwischen

Klient und Therapeut im ausschnitthaften Therapieverlauf ausmacht und welche Aspekte einer wirkungsvollen Interaktion, auch hinsichtlich kultureller Differenz und traumaspezifischen Mechanismen, erforderlich sind. Es wird die Art und Weise des therapeutischen Vorgehens und des Klientenverhaltens im therapeutischen Raum untersucht. Ziel ist, die (un-)bewussten Umgangs- und Denkweisen beider Kommunikationspartner in der Therapie herauszuarbeiten und herauszufinden, woran sich das therapeutische Vorgehen orientiert, wie es funktioniert und was daran exemplarisch für die Praxis ableitbar ist. Zu diesem Zweck werden nach hermeneutischem Verfahren Hypothesen zum Therapeuten- und Klientenverhalten sowie zum Therapieprozess gebildet und vorab interpretiert. Anhand eines eigens zugeschnittenen Kategoriensystems wird der Therapieverlauf analysiert und werden die Hypothesen auf ihre Gültigkeit überprüft. Mit der Betrachtung der Interviewaspekte von Therapeut und Klient sowie literaturgeleiteter Aspekte werden die Hypothesen und der ihnen zugrunde liegende Verlauf entsprechend der im Folgenden beschriebenen Forschungsmethodik interpretiert und gegebenenfalls überarbeitet.

Forschungsmethodik

Der empirische Teil dieser Arbeit wird unter Verwendung des eigens ausgewählten und modifizierten Instrumentariums bearbeitet. Metaphorisch gesprochen soll an dieser Stelle geklärt werden, durch welche wissenschaftlich-theoretische Brille auf die praktische Realität geblickt wird. Daran wird deutlich, dass die Betrachtung des Geschehens insgesamt nicht allumfassend, sondern nur segmentiert sein kann. Die ausgewählte Vorgehensweise soll transparent gemacht und zur Diskussion gestellt werden (vgl. KÖNIG & BENTLER 1997, S. 89ff.).

Nachdem auf formaler Ebene der bestehende Untersuchungsplan hinsichtlich des Erkenntnisinteresses, der Zielsetzung und des Aufbaus bereits geklärt wurde (s.o.), erfolgt zur Vervollständigung nun die Darstellung der zum Ablauf des Untersuchungsverfahrens verwendeten Theorie zur qualitativen Forschung und zur Durchführung

der Fallstudie sowie die Beschreibung der Theorie zum Untersuchungsverfahren im Rahmen dieser Fallstudie³.

Zur Anwendung qualitativer Forschung

Die Frage, warum im Rahmen des empirischen Teils dieser Arbeit qualitativ geforscht wird, lässt sich mit dem Argument beantworten, dass nur ein subjektorientiertes Vorgehen eine Überprüfung der Erkenntnisse aus dem theorie- und literaturgeleiteten ersten Teil ermöglicht und weiterführende Aspekte wahrnehmbar macht. Durch qualitative Forschung⁴ kommen die Akteure des untersuchten Felds selbst zu Wort und werden nicht (z.B. durch Fragebögen) auf das Reagieren auf vorgegebene Kategorien reduziert (vgl. MAYRING 1990, S. 1).

Dieses Vorgehen ist meines Erachtens erstens aufgrund der formulierten erkenntnisleitenden Fragestellung (s.o.) notwendig, da zum einen die interkulturelle (trauma-)therapeutische Situation hinsichtlich seiner besonderen Aspekte noch relativ gering untersucht erscheint. Zum anderen ermöglicht ein qualitatives Vorgehen zur Fragestellung offenere Ergebnisse, d.h. sie sind nicht bereits vorformuliert, sondern lassen Raum für neue Erkenntnisse, was einen dynamischen Austausch zwischen Theorie und Praxis ermöglicht.

Mit dem allgemeinen Blick auf interkulturelle Forschung begründet sich zweitens die Anwendung qualitativer Forschungsmethodik dadurch, dass interkulturelle Arbeitsfelder in der Forschung offen betrachtet werden sollten. Hierzu sollten die Möglichkeit und die Notwendigkeit der Modifizierung bestehender analytischer Kategorien im

3 Die speziell auf das Material und die Fragestellung zugeschnittene Auswertungsverfahren sowie Besonderheiten in der Datenerhebung und die Möglichkeiten und Grenzen der Datenbasis werden eingehend zu Beginn von Kapitel IV dargestellt, siehe auch den gesamten Punkt 4.1 *Zum hermeneutischen Interpretationsverfahren*.

4 Die gesamte theoretische Grundlage qualitativer Forschung sowie ihre historische Entwicklung wird aus Platzgründen an dieser Stelle nicht näher dargestellt. Hierzu entwickelt MAYRING in knapper, übersichtlicher Form vorhandene Gemeinsamkeiten verstreuter qualitativer Ansätze auf allgemeinstem Niveau in Form von fünf Postulaten und konkretisiert auf dieser Basis dreizehn Säulen qualitativen Denkens, so dass der Zusammenhang mit daraus entwickelten qualitativen Techniken sichtbar wird, siehe MAYRING 1990, S. 9ff.. Auch ein Abriss über die historische Entwicklung wird durch seine Ausführungen sehr gut nachvollziehbar, siehe MAYRING 1990, S. 1ff..

Blick gehalten werden, damit ethnozentrische Blickwinkel als solche identifiziert und verändert werden können. Das durch ein Analyseraster gefallene Material sollte nicht ignoriert, sondern zur kulturspezifischen Betrachtung (z.B. durch nachträgliche Modifikation der Betrachtungskategorien) in einem weiteren Durchlauf bearbeitet werden. Über ein solches Verfahren wird erreicht, die Akteure mit ihren eigenen, kulturell bedingten Sichtweisen in den Forschungsprozess einzubeziehen und sie nicht wie stumme Objekte durch eine ethnozentrische Brille zu analysieren.

Zum Begriff der Fallstudie

Ein geeignetes, wenn auch umstrittenes Forschungsverfahren ist die Einzelfallforschung und, darunter gefasst, die Durchführung der Fallstudie⁵. Sie ist als Verfahren definierbar, das auf methodisch kontrollierte, hermeneutische Weise den Einzelfall mit vorhandenen allgemeinen Wissensbeständen heraus erklärt und versucht, die vorhandenen Wissensbestände zu differenzieren und gegebenenfalls zu korrigieren (vgl. FATKE 1997, S. 59).

Die Fallstudie zielt nach der Definition von FATKE auf die Prüfung, die Erweiterung bestehender oder die Gewinnung neuer wissenschaftlicher Erkenntnis(se) durch die vorhandenen Informationen des zu untersuchenden Geschehens. Im Zentrum der Fallstudie, als Gegenstand dieser Arbeit, stehen vier aufeinanderfolgende therapeutische Settings in einem PSZ sowie jeweils ein mit den Akteuren des Handlungsgeschehens (Klient und Therapeut) durchgeführtes Interview unter dem Aspekt der erkenntnisleitenden Fragestellung. Dargestellt und bearbeitet wird das Auf-fall-ende und das Besondere dieses Geschehens. Es wird mit dem Allgemeinen verglichen, um es hinsichtlich einer exemplarischen Verallgemeinerbarkeit überprüfbar zu machen (vgl. FATKE 1997, S. 59; S. 61).

Dieses Verfahren eignet sich zum einen aus den bereits genannten Argumenten zur Anwendung qualitativer Forschung. Zum anderen

5 Seit Anfang der 80er Jahre gab es in der Pädagogik immer wieder forcierte Bestrebungen, die Fallstudie als legitimes und ertragreiches wissenschaftliches Verfahren zur Erkenntnisgewinnung anzuerkennen. Zur historischen Entwicklung und zu Möglichkeiten und Grenzen des Verfahrens, auf die in diesem Kontext nicht detaillierter eingegangen wird, siehe FATKE 1990, S. 57ff. und S. 62ff..

präzisiert es den Forschungscharakter dieser Arbeit, hinsichtlich des Erkenntnisinteresses das therapeutische Vorgehen und die darin verborgenen Handlungskompetenzen und Ressourcen im einzelnen Fall genauer zu betrachten und zu interpretieren. Die Handlungslogik des therapeutischen Vorgehens bleibt in den vorhandenen Kontext eingebettet und ist, insbesondere im Zusammenhang mit den Lebensläufen beider Kommunikations- und Interaktionspartner, begreifbar. Der Komplexität, der Ganzheit und der bestehenden Praxisrelevanz wird durch den Einsatz einer Fallstudie stärker Rechnung getragen als beispielsweise durch die qualitative Auswertung von gezielten, breitgestreuten Interviews im Querschnitt. Über dieses Vorgehen besteht die Möglichkeit, zu genauen und tiefgreifenden Ergebnissen zu gelangen (vgl. FATKE 1997, S. 59ff., vgl. MAYRING 1990, S. 27ff.).

Das Problem der Fallstudie als Forschungsmethode liegt darin, dass laut Definition die gewonnenen Ergebnisse in Beziehung zu den allgemeinen theoretischen Wissensbeständen gesetzt werden müssen, um den Fall als typisch und exemplarisch für eine Weiterentwicklung des vorhandenen Wissensbestands auszuweisen. Dass dies geschehen muss, ist eine logische Konsequenz, denn die Unbeholfenheit und in der Literatur mangelhaften Beschreibung liegt nach FATKE in dem *Wie* der Herstellung von Zusammenhang beider Systeme (vgl. FATKE 1997, S. 62). Darin liegt ein weiteres Problem verborgen, dass nämlich durch den Bezug zur Theorie u.U. der Blick für das Neuartige verloren geht. Dieses hätte fatale Folgen, da nach FATKE genau hierin die wissenschaftliche Leistungsfähigkeit von Fallstudien liegt. Somit werden größtmögliche Offenheit, Unvoreingenommenheit und Selbstkritik für die Betrachtung und Analyse des Einzelnen und Besonderen des Falls vorausgesetzt (vgl. FATKE 1997, S. 63).

Die teilnehmende Beobachtung

Die für die Fallstudie verwendete Datenbasis setzt sich hauptsächlich aus vier erstellten Gedächtnisprotokollen von jeweils aufeinanderfolgenden Therapiesettings zusammen, die sich über den Zeitraum zwischen Mai 1999 und August 1999 erstrecken. Die Sitzungsprotokolle wurden nach dem Prinzip der teilnehmenden Beobachtung, wie

LINDEMANN sie bereits im Jahr 1924 nannte, angefertigt⁶. Sie sind im Anschluss dieser Diplomarbeit unter „Anhang A“ auffindbar. Grundgedanke dabei ist, dass die Forscherin selbst an der sozialen Situation teilnimmt, die den Fall definiert, um eine größtmögliche Nähe zu dem Gegenstand zu erreichen und die Innenperspektive des Geschehens zumindest im Ansatz erfassen zu können (vgl. MAYRING 1990, S. 56f.).

Die Teilnahme der Forscherin bezieht sich in diesem Fall zum einen auf die eigenständige und voneinander unabhängige Kontaktaufnahme zu dem Klienten und zum Therapeuten. Der Kontakt zum Klienten bestand immer vor dem therapeutischen Gespräch in Form eines locker mit Händen und Füßen und anderen Brücken improvisierten Alltagsgesprächs bei einer Tasse Tee. Der Kontakt zum Therapeuten bestand in Form einer direkt nach dem therapeutischen Geschehen stattfindenden Fallexploration. Zum anderen bezieht sich die Teilnahme der Forscherin auf ihre beobachtend-passive Anwesenheit während des therapeutischen Gesprächs selbst, was der Klient und der Therapeut regelmäßig registrierten und vermutlich in den Ablauf einfluss (vgl. Anhang A, Protokoll vom 18.05.1999, Protokoll vom 13.07.1999).

Die Technik der teilnehmenden Beobachtung ist in diesem Fall teilstandardisiert, d.h. sie wurde offen anhand eines Beobachtungsleitfadens, der in verinnerlichter Weise vorhanden war, durchgeführt. Der Beobachtungsleitfaden setzt sich aus der erkenntnisleitenden Fragestellung (s.o.) und aus dem inhaltlich-thematischen Interesse am Ablauf zusammen. Während des jeweiligen therapeutischen Settings wurde seitens der Forscherin die Regel aufgestellt und eingehalten, das Therapiegeschehen über sofortige handschriftliche Notizen festzuhalten. Im Anschluss der Vorbereitungs-, Beobachtungs- und

6 Ein anderes Verfahren zur Datenerhebung, z.B. durch Tonbandaufnahmen oder Videoaufzeichnung, ist im PSZ prinzipiell nicht möglich, da zum einen verhindert werden soll, dass Retraumatisierungen entstehen. Zum anderen ist aus therapeutischen Gründen die Priorität einzuräumen dem Klienten ein Grundgefühl an Sicherheit und ihm Orientierung im therapeutischen Raum zu vermitteln und ihm klar zu signalisieren, dass die Institution eigenständig arbeitet, hinter ihm steht und nicht mit den Behörden zusammenarbeitet. Offizielle Aufzeichnungen könnten das Misstrauen schüren siehe auch Punkt 2.2.1.1 *Posttraumatische Belastungsreaktion* und siehe KOOP 1999, S. 5.

Nachbesprechungsphase wurde ein Postskriptum angefertigt, um spontane Eindrücke und Gedanken festzuhalten. So dienten die Mitschriften als Grundlage zur möglichst genauen Rekonstruktion und Abbildung des therapeutischen Verlaufs in Form von schriftlich fixierten Protokollen (vgl. MAYRING 1990, S. 68).

Das problemzentrierte Interview - schriftliche Fixierung und Auswertungsverfahren

Nach Abschluss der Beobachtung des therapeutischen Geschehens wurde mit dem Klienten im September 1999 und mit dem Therapeuten im November 1999 jeweils ein Interview durchgeführt. Die Interviews stellten die zweite, ergänzende Komponente der Datenbasis dar.

Die theoretische Grundlage der durchgeführten Interviews bildete die Technik des problemzentrierten Interviews nach WITZEL (1989).

Die Vorgehensweise im Rahmen eines problemzentrierten Interviews entspricht durch die theoretische Herleitung, die Programmatik (*Problemzentrierung, Gegenstandsorientierung, Prozessorientierung*) und durch die Zusammensetzung des Interviewverfahrens (*Kurzfragebogen, Leitfaden, Tonbandaufzeichnung und Postskriptum*) am ehesten den Kriterien des im Rahmen der Fallstudie durchgeführten Interpretationsverfahrens (s.o.). Diese Qualität wird durch einen kurzen Blick auf die theoretische Herleitung des Interviewverfahrens besonders deutlich. Hier wird erstens die Hinwendung auf die Sicht der Akteure des untersuchten Geschehens betont, was zu dem „Prinzip der Offenheit“ im methodischen Vorgehen führt (vgl. WITZEL 1989, S. 228).

Zweitens wird der kommunikative Charakter der Datengewinnung betont. D.h. es wird wahrgenommen, dass der Interviewer Einfluss auf die Interviewsituation nimmt, was in Art und Weise der Befragung und auch in der Auswertung Berücksichtigung findet (vgl. WITZEL 1989, S. 228f.)

Drittens werden der besondere Kontext, in dem die Äußerungen im Interview stattfinden, oder auch die Handlungen, über die man im Interview spricht, betont und bereits im Rahmen des Interviews hinsichtlich der Methode des Sinnerzeugens und -verstehens interpretiert (vgl. WITZEL 1989, S. 229).

Dem Interviewverfahren⁷ ist anzumerken, dass in dieser Fallstudie die Aspekte der für den empirischen Teil relevanten *erkenntnisleitenden Fragestellung*, sowie der im Rahmen der Beobachtung des Therapiegeschehens entwickelten Hypothesen in die Konzeption des Interviewleitfadens einfließen (Problemzentrierung).

Die durchgeführten Interviews wurden jeweils auf Tonband aufgezeichnet. Weiterführende Gedanken zur Ausgangssituation des Interviews und Interviewverlaufs wurden in Form eines Postkriptums festgehalten. Die verwertbare schriftliche Fixierung der Interviews erfolgte im Anschluss durch das Verfahren der wörtlichen Transkription. Der Grundgedanke dieses Vorgehens liegt darin, die vollständige Textfassung des verbal erhobenen Materials herzustellen und als Basis für ein folgendes Interpretationsverfahren auf inhaltlich-thematischer Ebene zu verwenden (vgl. MAYRING 1990, S. 63f.). Die Vorgehensweise der Transskription besteht in der Übertragung in normales Schriftdeutsch. Im Fall des mit dem Klienten durchgeführten Interviews wurde auf die Verschriftlichung des Dialogs zwischen Dolmetscher und Klient in kurdischer Sprache verzichtet.

Die Auswertung der Interviews orientiert sich an dem Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse nach MAYRING und berücksichtigt Aspekte zur Auswertung problemzentrierter Interviews nach WITZEL (vgl. MAYRING 1990, S. 85ff.). Der Grundgedanke der qualitativen Inhaltsanalyse ist nach MAYRING die systematische Analyse von sprachlichem Material. Sie umfasst die Gliederung und schrittweise Bearbeitung des Materials und die Anwendung eines Kategoriensystems, in welchem die Analyseaspekte schon vorher theoriegeleitet festgelegt wurden. Es werden drei Grundformen zu diesem Zweck angeboten: erstens Zusammenfassung, zweitens Explikation und drittens Strukturierung (vgl. MAYRING 1990, S.86). WITZEL legt in Anlehnung an STRAUSS (1994) drei Interpretationsschritte fest: erstens die Entwicklung zentraler Themen und Ideen zur Auswertung am Fall, zweitens die Überprüfung der subjektiven Ansichten im Zusammenhang und

7 Das Interviewverfahren, bestehend aus a) Formulierung und Analyse des Problems, b) Konstruktion zentraler Aspekte des Interviewleitfadens, c) Pretest und d) der Interviewdurchführung mit der Aufteilung in Sondierungs-, Leitfaden- und ad-hoc-Fragen, wird an dieser Stelle nicht näher erläutert, siehe dazu WITZEL 1989, S. 235ff. und S. 244ff..

Kontext des Befragten und drittens die „Zuordnung von Textstellen zu Themen“ (WITZEL 1996, S. 65, zit. n. SCHMIDT 1997, S. 554).

Die Interviewauswertung erfolgt im Rahmen des Forschungsaufbaus auf inhaltlich-thematischer Ebene und wird auf eine „zusammenfassende Interpretation“ (MAYRING 1990) eingegrenzt, da bereits in dem Aufbau der Interviewleitfäden und im Interviewverfahren eine Problemzentrierung, Gegenstandsorientierung und Prozessorientierung eingearbeitet wurde. Die durch die Interviews gewonnenen subjektiven Ansichten und Einstellungen der Befragten werden über den Weg der zusammenfassenden Interpretation aus dem Material Satz für Satz herausgefiltert und auf den Stand der Gesprächsentwicklung bezogen. Die einzelnen Abschnitte des Materials erhalten zusammenfassende Überschriften, die in ihrem höheren Abstraktionsgrad einen überschaubaren Rahmen schaffen, der das Grundmaterial abbildet (vgl. MAYRING 1990, S. 86). Die in den Interviews angeführten Themenbereiche werden mit den im Interpretationsverfahren aufgeworfenen Themen verglichen. Anhand von festgestellten Entsprechungen erfolgt eine weiterführende Einbindung der Interviewaspekte in das Interpretationsverfahren. Somit werden sie nicht einseitig zum Beleg der Hypothesen benutzt, sondern zur Widerlegung oder Bestätigung der hypothetisch festgelegten Handlungsideen des jeweiligen Akteurs im hermeneutischen Interpretationsverfahren eingearbeitet (vgl. WITZEL 1989, S. 335ff.; vgl. SCHMIDT 1997, S. 554).

Die Auswertung der Datenbasis: das hermeneutische Interpretationsverfahren

Der Begriff Hermeneutik stammt aus dem Griechischen und heißt wörtlich übersetzt: Aussage, Auslegung und Erklärung. Der Götterbote Hermes gilt als Symbolfigur für dieses Wort. Im eigentlichen Sinne bedeutet Hermeneutik: das Verstehen von Sinnzusammenhängen aller Art, indem man sich in eine Sache einzufühlen versteht (vgl. BROCKHAUS ENZYKLOPÄDIE 1989, S. 709).

Hermeneutik ist eine wissenschaftliche Methode und wird von MAYRING „als Wurzel qualitativen Denkens“ angeführt (MAYRING 1990, S. 4). Allgemein vertritt sie den Anspruch, Äußerungen und Werke des menschlichen Geistes, Texte, Kunstwerke, menschliches Verhal-

ten und geschichtliche Ereignisse aus sich und in ihrem Zusammenhang zu verstehen und auf ihren Sinn abzufragen.

Seit im 16. Jahrhundert von dem evangelischen Theologen MATHIAS FLACIUS ILLYRICUS (1520-1575) erste Ansätze der Hermeneutik entwickelt wurden, durchlief sie mehrere Entwicklungslinien über FRIEDRICH SCHLEIERMACHER (1768-1834), der sie als „Kunstlehre des Verstehens“ begriff, zu Wilhelm DILTHEY (1833-1911), der sie als Hauptbestandteil der Grundlegung von Geisteswissenschaften betrachtete, bis hin zur Hermeneutik des 20. Jahrhunderts (z.B. HEIDEGGER, HABERMAS etc.) (vgl. MAYRING 1990, S. 5). DILTHEY beschreibt 1900 in einem seiner Aufsätze eine Reihe von Grundgedanken zur Hermeneutik. Für das Verstehen des menschlichen Handelns setzt er das Verstehen des Menschen an sich voraus. Aus dem Verstehen der Handlung des Einzelnen erhebt sich die Möglichkeit zur Objektivierung seiner Handlung, woraus sich allgemeingültige Gesetze und umfassende Zusammenhänge ableiten lassen (vgl. DILTHEY 1964, S. 318). Der Vorgang des Verstehens unterliegt nach DILTHEY einigen Regeln. Er bestimmt sich durch gemeinsame Bedingungen und Mittel (Forschungsmethodik, Untersuchungsaufbau) und muss gemeinsame Kategorien zur Auswertung haben (Analyseinstrumente), ist ein homogen einheitlicher Vorgang (Analyse- / Interpretationsverfahren). Eine Handlung muss fixierbar oder bereits fixiert sein, damit aus ihr heraus ein kontrollierbarer Grad von Objektivität feststellbar und überprüfbar ist (Datenbasis). Zur Interpretation gehört die Darstellung von Regeln zu dieser Handlung (vgl. DILTHEY 1964, S. 319f.).

Das hermeneutische Verfahren bedeutet, dass sich aus dem Verstehen der Handlung eines Einzelnen allgemeingültige Aussagen ableiten lassen, die wiederum zur Auflösung des allgemeingültigen Problems beitragen, welches den Ausgangspunkt zur Untersuchung des Einzelnen darstellt.

„Aus dem Einzelnen das Ganze, aus dem Ganzen doch wieder das Einzelne“ (DILTHEY 1964, S. 334).

Der *hermeneutische Zirkel* ist dann geschlossen, wenn aus den einzelnen Worten und deren Verbindungen das Ganze eines Werkes verstanden werden kann und schon vorher das volle Verständnis des einzelnen aus dem des Ganzen vorausgegangen ist (vgl. DILTHEY

1964, S. 330). So besteht auch nach HEIDEGGER (1967) der hermeneutische Zirkel darin, dass der Verstehende immer schon durch eigene innere Erfahrungen ein Wissen von dem haben muss, was Gegenstand des Verstehens ist (vgl. BROCKHAUS ENZYKLOPÄDIE 1969, S. 403). Eine weitere Regel der Auslegungskunst ist, die äußere und innere Form eines Vorgangs zu verstehen, ihn zu beschreiben und verständlich zu machen. Als Ziel des hermeneutischen Verfahrens, als Lehre des unbewussten Schaffens, versteht DILTHEY, den Autor besser zu verstehen, als er sich selbst verstanden hat (vgl. DILTHEY 1964, S. 331).

Im Rahmen dieser Fallstudie werden die angefertigte Protokolle durch ein eigens zugeschnittenes Interpretationsverfahren, mit Hilfe eines entwickeltes Analyseinstrumentarium und mit Einbindung von Interviewergebnissen im Sinne des beschriebenen hermeneutischen Verfahrens interpretiert, dessen besonderes Design im ersten Teil des vierten Kapitels erläutert wird.

1 Flucht und deutsche Asylpolitik

1.1 Die Flüchtlingsproblematik des 20. Jahrhunderts

Das 20. Jahrhundert lässt sich als das „Jahrhundert der Flüchtlinge“ bezeichnen. Gesamtzahlen der Flüchtlinge in diesem Jahrhundert liegen schätzungsweise bei 200-250 Millionen Menschen (vgl. KNOPP 1994; S. 26). Gegenwärtig sind schätzungsweise 50 Millionen Menschen von Flucht und Vertreibung betroffen (vgl. UNHCR 1997, S. 2). Flucht und Migration sind als Phänomene bekannt, seitdem die Menschheit existiert. Flucht, Exil und Flüchtlinge sind universale Phänomene (vgl. HÖFLING-SEMNAR 1995, S. 16).

In der ersten Hälfte dieses Jahrhunderts entstand eine große Migrationswelle, die sich über den europäischen Raum erstreckte. Die Ursachen für ihr Entstehen lag überwiegend in dem Zusammenbruch der europäischen Staatenordnung. Hierzu zählt der Zerfall des Osmanischen Reiches und der Donau-Monarchie der Habsburger. Die Folge war nach Beendigung der Balkankriege von 1912 und 1913 die Vertreibung und erzwungene Aussiedlung von fast einer Million Menschen – Türken, Griechen und Bulgaren. Das Volk der Armenier zählte bereits vor der Jahrhundertwende bis zum Zweiten Weltkrieg zu den Opfern von Vertreibung und Massakern (vgl. KNOPP 1994, S. 27).

Migrationsbewegungen nahmen über den europäischen Bereich hinaus durch den ersten Weltkrieg und der Zeit nach 1919 globalen Charakter an. Zu den größten betroffenen Gruppen zählten u.a. die Revolutionsflüchtlinge aus Russland, ca. 40 Millionen chinesische Flüchtlinge und ca. 18 Millionen von Stalin zwangsumgesiedelte Russen (vgl. KNOPP 1994, S. 27).

Das deutsche NS-Regime verschleppte in den 40er Jahren ca. 30 Millionen Menschen. Die Zahl der Flüchtlinge durch den Zweiten Weltkrieg beziffert sich über mehr als 20 Millionen Menschen. Im gesamten europäischen Bereich sind es über 50 Millionen Menschen, die aufgrund der Kriegsereignisse und -folgen aus ihrer Heimat flüch-

teten (vgl. KNOPP 1994, S. 28). Hierzu gehörten Oppositionelle, aber auch ganze Minderheitengruppen wie die Juden, die Sinti und Roma, Freimaurer, Sozialisten und Kommunisten etc. (vgl. MEHARI 1995, S. 14).

In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts erwies sich in erster Linie der hartnäckige Ost-West-Konflikt als bestimmend für weltweite Flüchtlingsbewegungen. Er löste größere Fluchtbewegungen aus als der Erste und Zweite Weltkrieg zusammen (vgl. KNOPP 1994, S. 29). Der Hauptanteil an weltweiter Flüchtlingsbewegung entspringt in dieser Zeit aus dem Versuch, Mittel- und Osteuropa in den sowjetischen Herrschaftsbereich hineinzuzwingen. Die Zahlen belaufen sich auf fast 3,9 Millionen Menschen, die in den 50er und 60er Jahren aus den von der Sowjetunion abhängigen Staaten zu fliehen versuchten. Als beispielhafte Ereignisse seien an dieser Stelle der Ungarnaufstand, der Prager Frühling und der Mauerbau genannt (vgl. KNOPP 1994, S. 28f.). Ein Charakteristikum des Ost-West Konflikts war, dass die Konkurrenz der USA und UdSSR um westliche Demokratie und sozialistische / kommunistische Gesellschaft in Form von Stellvertreterkriegen ausgetragen wurde. Diese begründeten sich auch durch den Nord-Süd-Konflikt. Als Beispiel für die Verbindung von lokal-regionalen Kriegen und dem Ost-West-Konflikt ist sowohl auf den Indochina- und den Vietnamkrieg als auch auf den Konflikt zwischen Pakistan und Indien hinzuweisen (vgl. KNOPP 1994, S. 28). Die Stellvertreterkonflikte und -kriege setzten sich in Afghanistan, Afrika (Mozambique, Äthiopien und Angola), Lateinamerika und Kuba fort. Daraus wird ersichtlich, dass sich der in Mittel- und Osteuropa akut gewordene Konflikt weltweit auswirkte, globale und große Migrationsbewegungen verursachte. Eine weitere wichtige Folge des Ost-West-Konfliktes ist, dass sich weltweit viele autoritäre Regimes etablieren konnten, die in erheblichem Maße zu einer ständig wachsenden Zahl von Flüchtlingen beitrugen – an dieser Stelle seien beispielhaft El Salvador, Chile, Kambodscha und Laos genannt (vgl. KNOPP, S. 29f.).

Wichtige Fluchtmotive in der zweiten Hälfte dieses Jahrhunderts sind, neben Vertreibung und Zwangsumsiedlung, der Zerfall der Kolonialreiche sowie die Bildung und die Ordnung neuer Nationen in diesen Gebieten. Die Vernichtung wirtschaftlicher Ressourcen und Lebensräume stellt ebenfalls eine Motivation zur Flucht dar (vgl. KNOPP

1994, S. 30). Von dieser Entwicklung am meisten betroffen sind Länder in Asien (Sikhs, Tamilen, indonesische Flüchtlinge und Tibeter), Afrika, wo noch heute Dekolonialisierungsprozesse und ihre Spätfolgen wirken (in Äthiopien, Somalia und Sudan, die gleichzeitig Aufnahme- und Herkunftsland von und für Flüchtlinge sind), Südafrika (Malawi, Mozambique und Simbabwe) und Lateinamerika (El Salvador, Guatemala und Nicaragua) (vgl. KNOPP 1994, S. 30f.).

Die Flüchtlingsbewegungen wurden mit jedem Jahrzehnt unübersichtlicher und komplexer. Die weltweite Flüchtlingsproblematik hat insgesamt an Umfang zugenommen und die Problembereiche haben sich verlagert. Die heutige Entwicklung von Flucht ist im Verhältnis zum Beginn dieses Jahrhunderts aus einer moderneren Perspektive zu betrachten, da sich die vorhandenen Transport- und Kommunikationsmöglichkeiten enorm ausgeweitet haben (vgl. HÖFLING-SEMNAAR 1995, S. 16).

Nach der Statistik des UNITED NATIONS HIGH COMMISSIONER FOR REFUGEES (UNHCR) verhielt sich die Zahl der Flüchtlinge im Sinne der völkerrechtlichen Definition in der Zeit zwischen 1993 von 18,2 Millionen Menschen bis 1997 auf 13,2 Millionen rückläufig (vgl. UNHCR 1997, S. 59). Diese Zahlen kommen aufgrund von Rückkehrbewegungen in Länder wie Afghanistan, Kambodscha, Mosambik und zweitens aufgrund der steigenden Tendenz zur Binnenflucht zustande (vgl. UNHCR 1997, S. 59). Von Flucht sind insgesamt also mehr Menschen als jemals zuvor betroffen.

Der Ost-West-Konflikt hat sich weitestgehend beruhigt, der Nord-Süd-Konflikt besteht jedoch in aktuellem und spannungsvollem Maße. Die politische, soziale und ökonomische Situation in sogenannten „Dritt-weltländern“ ist heutzutage noch schlechter als zu Kolonialzeiten, insbesondere auf dem afrikanischen Kontinent (vgl. MEHARI 1995, S. 19).

Auf dem europäischen Kontinent wurden aufgrund des Krieges im ehemaligen Jugoslawien und dem Konflikt im Kosovo die größten Flüchtlingsbewegungen seit Ende des Zweiten Weltkrieges ausgelöst. Schätzungsweise 600.000 Menschen flohen nach Westeuropa, ungefähr 100.000 Serbierinnen und Serben wanderten nach Westeuropa und in die USA aus (vgl. TREIBEL 1999, S. 160). Im März 1999 befanden sich nach Angaben des UNHCR ca. 460.000 Menschen kurz vor Kriegsbeginn im Kosovo auf der Flucht (vgl. FRANKFURTER RUND-

SCHAU, Nr. 70 vom 24.03.1999). Auch wenn sich Flucht quantitativ gesehen eher auf Länder der sogenannten Dritten Welt konzentriert und sich Konflikte eher auf die dortigen Länder verlagerten, ist sie spätestens seit der Diktatur in Griechenland Mitte der 70er Jahre wieder zu einem hochaktuellen, europainternen Thema geworden (Abkommen von Dayton im Dezember 1995, Krise im Kosovo seit Sommer 1998) (vgl. TREIBEL 1999, S. 160). So forderte Pro Asyl kurz nach Beginn des Krieges im Kosovo von Staats- und Regierungschefs der EU

„ein humanitäres Gesamtkonzept und Sofortmaßnahmen zur Aufnahme von Flüchtlingen aus Kosovo in den EU-Staaten“ (FRANKFURTER RUNDSCHAU vom 25.03.1999).

Zu den Begriffen „Fluchtbewegungen“ und „Massenexodus“ summiert die Weltbevölkerung auch nach dem Ende des Nationalsozialismus Begriffe wie z.B. „ethnische Säuberung“, „Umweltflüchtlinge“, „Innenvertriebene“, „unfreiwillige Rückführung“ in das gängige Vokabular zur Beschreibung des Phänomens Flucht. Fluchtbewegungen und militärische sowie politische Konflikte bleiben eng miteinander verknüpft, hinzu kommt die stärker gewordene Tendenz der Einflussnahme auf nationale und regionale Sicherheit (z.B. die Umsetzung des Abkommens von Dayton in Bosnien; Ruanda). Als Pendant zu dieser Entwicklung hat das Sicherheitsdenken der einzelnen Staaten zugenommen, was einen verstärkten Aufbau von Barrieren (Grenzen und Gesetze) und somit einen erschwerten Zugang von Flüchtenden zu Asylländern zur Folge hat (vgl. UNHCR 1997, S. 3f).

Diese Bilanz sollte am Ende des Jahrhunderts der Flüchtlinge die Weltbevölkerung dazu veranlassen, an Konzepten einer auch nur annähernden Lösung des Problems, welche bis an seine Wurzeln reicht, zu arbeiten. Zu diesem Zweck ist es wichtig, aus dem Genannten zusammenfassend festzuhalten, dass

„nicht die Phänomene Flucht, Asyl und Flüchtlinge ... neuartig (sind), wohl aber die Bedingungen, unter denen sie produziert, betrachtet, als Problematik definiert und ‚Lösungen‘ zugeführt werden“ (HÖFLING-SEMNAR 1995, S. 17).

Der kurze und grobe Abriss über die Entwicklung der Flüchtlingsbewegung im 20. Jahrhundert zeigt die Komplexität des Themas Flucht auf. Um dieser Sachlage angemessen zu begegnen und sie als wichtiges Rahmengeniet der Thematik dieser Arbeit zu erfassen, wird in diesem Abschnitt eine gründliche Definition und gleichzeitige Abgrenzung der Begrifflichkeiten sowie eine Beschreibung der Fluchtursachen vorgenommen. Dies ermöglicht zu einen, dem Leser die Perspektive der nationalen und globalen Politiken und ihren Umgang mit dem Gegenstand „Flüchtlingsproblem“ aufzuzeigen, zum anderen möglichst deutlich zu machen, aus welcher Perspektive und auf welcher Basis bestimmte Begriffe im Rahmen dieser Diplomarbeit verwendet werden.

1.1.1 Flucht – Flüchtlinge – eine notwendige Differenzierung der Begrifflichkeiten

Insbesondere im Laufe des fast vergangenen Jahrhunderts hat sich die Definition der Person des typischen Flüchtlings geändert. Nach ARENDT zählt man „moderne Flüchtlinge“ zu der Personengruppe, die man zeitlich gemessen seit dem Zweiten Weltkrieg vorfindet. Sie sind

„nicht verfolgt, weil sie dies oder jenes getan oder gedacht hätten, sondern aufgrund dessen, was sie unabänderlich von Geburt sind – hineingeboren in die falsche Rasse oder die falsche Klasse oder von der falschen Regierung zu den Fahnen geholt Der moderne Flüchtling ist das, was ein Flüchtling seinem Wesen nach nie sein darf: er ist unschuldig selbst im Sinne der ihn verfolgenden Mächte.“ (ARENDT 1986, zit. nach HÖFLING-SEMNAR, 1995, S. 16).

Neben dem beschriebenen modernen Flüchtlingstypus existiert auch heute noch der des politisch Verfolgten, wie er bereits im 19. Jahrhundert vorzufinden war. Charakteristisch für ihn ist die individuelle Verfolgung seiner Person aufgrund „falschen“ politischen Denkens und Handelns. Er ist den Asylsuchenden im „traditionellen“ Sinne zuzuordnen. Hinzu kommen Flüchtlingsgruppen, die nicht direkt als individuell Verfolgte einzuordnen, aber dennoch in ähnlicher Weise wie der oben beschriebene Typus gefährdet sind (vgl. HÖFLING-SEMNAR 1995, S. 17). In diesem Zusammenhang ist die Typologie

von Flüchtlingen nach SUHRKE / ZOLBERG zu nennen, worin zwischen folgenden Typen unterschieden wird:

- Aktivisten (activists), die sich aktiv politisch betätigen,
- Zielscheiben (targets), Angehörige von (ethnischen) Minderheiten,
- Opfern (victims), die im Rahmen politischer Unruhen zielloser Gewalt ausgesetzt sind (vgl. SUHRKE / ZOLBERG 1992, S. 38f.; vgl. TREIBEL 1999, S. 170).

Mit dem feststellbaren Wandel der Charakteristika von Flüchtlingen zeigt sich die Notwendigkeit der Anpassung moderner Differenzierungen und Definitionen dieser Gruppe. Betrachtet man die angewandten Definitionen der potentiellen Aufnahmeländer unter diesem Aspekt, stellt sich das Problem, dass diese bestehende demokratische Rechtsvorstellungen und Menschenrechtsnormen aushöhlen (vgl. HÖFLING-SEMNAR 1995, S. 17).

Flucht bewirkt das Entstehen einer Organisationsstruktur, die ZOLBERG et al (1989) als „Migrationssystem“ bezeichnen und als Begriff für die Forschung prägten (vgl. TREIBEL 1999, S. 169). Der UNHCR fasst z.B. alle Gesetze, Abkommen und Institutionen, die zur Bewältigung und Lösung des Flüchtlingsproblems geschaffen wurden, unter dem Begriff „internationales Flüchtlingssystem“ (UNHCR 1997, S. 57) zusammen.

Ein Migrationssystem besteht nach der Definition von BLASCHKE als abgrenzbare Struktur, die sich aus den Migrationsbewegungen, dem auf sie Einfluss nehmenden Regime sowie aus den sozialen Ein- und Ausgrenzungsmechanismen der Herkunfts- und Zuwanderungsregionen zusammensetzt (vgl. BLASCHKE 1992, S. 111). Innerstaatlich erfolgt eine Definition der Gesellschaftsgruppe z.B. der Flüchtlinge aufgrund der Art und Weise des Umgangs mit ihr auf rechtlicher, politischer und sozialer Ebene. Der Kreislauf schließt sich, indem sich die innerstaatliche Einordnung der Flüchtlinge auf außerstaatliche Politik auswirkt. Der Aufnahmestaat erlangt die Definitionsmacht über die Rolle der MigrantInnen und bestimmt, welchen Status sie auf allen o.g. Ebenen haben. HÖFLING-SEMNAR weist in diesem Zusammenhang kritisch auf normative Voreingenommenheit hin, die sowohl die juristische und völkerrechtliche Diskussion zur Asyl- und Migrations-

problematik bestimme als auch die sozialen Theorien zur Integration und Eingliederung (vgl. HÖFLING-SEMNAR 1995, S. 18).

Auf dieser Grundlage ist nach TREIBEL festzuhalten, dass Flucht und Vertreibung nicht zufällig und ungeordnet, sondern innerhalb eines von Regierungen und nicht-staatlichen Akteuren abgesteckten Rahmens entstehen und erfolgen (vgl. TREIBEL 1999, S. 173).

Migration – Zwangsmigration – Flucht

Normative Voreingenommenheit, insbesondere wenn sie von den Mehrheiten der Gesellschaft zu politischen Zwecken instrumentalisiert wird¹, ist freilich nur schwer beeinflussbar. Aus diesem Grunde sollte es die Aufgabe der Wissenschaft sein, Definitionen und Differenzierungen von Migration zu entwickeln, die sich **nicht** an politisch-juristischen Kategorien orientieren (vgl. HÖFLING-SEMNAR 1995, S. 20).

Eine klare Theorie von Zwangsmigration und Flucht ist gegenwärtig an dieser Stelle nicht darstellbar, da diese Phänomene im Zuge der Entwicklung allgemeiner Migrationstheorien nur am Rande und nicht dem Ausmaß der Problematik entsprechend bearbeitet wurden (STIENEN / WOLF 1991, S. 11; TREIBEL 1999, S. 173).

Nach TREIBEL ist Migration:

„der auf Dauer angelegte bzw. dauerhaft werdende ‚freiwillige‘ Wechsel in eine andere Gesellschaft bzw. in eine andere Region von einzelnen oder mehreren Menschen.“ (TREIBEL 1999, S. 19).

In dieser Definition steckt, dass Migration allgemein ein Bewegungsvorgang ist, dass es speziell verschiedene Typen von Migration gibt (wohin, wie lange, warum, wer und wie viele) und drittens lässt TREIBEL die Phänomene der erzwungenen Migration und Flucht aus dieser Definition heraus.

Migration und Zwangsmigration lassen sich anhand des Kriteriums der relativen Freiwilligkeit differenzieren. Die Relativität der Freiwillig-

1 Z.B. die „das-Boot-ist-voll“ Kampagnen von Politik und Medien nach den Übergriffen rechtsradikaler Jugendlicher auf Flüchtlingswohnheime seit 1992 als Instrument zur Änderung des Artikel 16 des Grundgesetzes (Asylkompromiss, siehe Punkt 1.2 *Entwicklung und Elemente des Asylrechts*).

keit muss in diesem Zusammenhang betont werden, da zu den Gründen für eine Entscheidung zur Migration Druck oder Zwang in beeinflussender Form vorausgegangen sein kann (vgl. HÖFLING-SEMNAR 1995, S. 19f. und S. 24).

Zwangsmigration bedeutet nach STIENEN und WOLF, dass sie sich

„unter Zwang und damit aus einem eingeschränkten bis nicht-existenten Entscheidungs- und Handlungsspielraum der Betroffenen heraus entwickelt. (...) Als Zwang gilt jeder direkte politische, ökonomische, ökologische und militärische Eingriff, privater, staatlicher oder internationaler Natur, der den unmittelbaren lokalen oder regionalen Lebensraum der Betroffenen derart beeinträchtigt, daß ein Verbleiben vor Ort entweder untragbar oder von den zwangsausübenden Kräften mittels eigener Mittel verhindert wird und zu massiven, sowie ungewöhnlichen Bewegungen innerhalb relativ kurzer Zeit führt.“ (STIENEN / WOLF 1991, S. 56).

Charakteristisch an Zwangsmigration ist nach dieser Definition jegliches Fehlen von Freiwilligkeit. Als Formen hiervon zählen: Binnenmigration oder Land-Stadt-Migration, Vertreibung, Ausweisung, Verbannung, Deportation, Wanderung nach Naturkatastrophen und Flucht (vgl. STIENEN / WOLF 1991, S. 57).

Den Begriff „Flucht“ haben STIENEN / WOLF als Unterform der Zwangsmigration genannt. Wie aus der o.g. Aufzählung ersichtlich, nimmt er eine Sonderform ein. Flucht macht sich in diesem Fall durch eine bestimmte Bewegung in eine bestimmte Richtung und gleichzeitig aufgrund der Entscheidung zu dieser Bewegung als aktive Handlung aus (vgl. STIENEN / WOLF 1991, S. 58).

Im Unterschied zum übergeordneten Terminus Zwangsmigration zeigt Flucht nicht die besondere Art der Zwänge (s.o.) auf, im Rahmen von Flucht ist den Betroffenen ein Ausweichen auf die ausgeübte Macht möglich. (vgl. STIENEN / WOLF 1991, S. 59).

Die Formen der Fluchtbewegungen lassen sich ebenso fein in Binnenflucht (regional oder in den Untergrund) oder Flucht in einen anderen Staat (intern / extern) differenzieren. Der Zeitfaktor spielt hinsichtlich einer temporären oder permanenten Flucht eine wichtige Rolle. Als Fluchtarten lassen sich individuelle, Gruppen- oder Massen-

flucht unterscheiden (vgl. STIENEN / WOLF 1991, S. 59f.; vgl. HÖFLING-SEMNR 1995, S. 26).

*Politisch-juristische Flüchtlingsdefinitionen nach Genfer
Flüchtlingskonvention und Organisation Afrikanischer Einheit*

In den vorhandenen theoretischen Ansätzen wird ein Problem durch die Erkenntnis deutlich, dass die Definitionen von Flucht und Flüchtling an bestimmten Stellen eng an die Definition des völkerrechtlichen Flüchtlingsbegriffs und -status gelehnt sind. Das Problem ist hier die ausgelöste Verwirrung durch die Bezeichnung „Flüchtling“ einmal als sozialen Typus, ein anderes Mal als politisch-juristischen Status ohne klare begriffliche Abgrenzung. Daran ist gekoppelt, dass auch der sich ableitende Fluchtbegriff mehrdimensional definiert wird (vgl. HÖFLING-SEMNR 1995, S. 21).

Die Flüchtlingsdefinition nach der Genfer Flüchtlingskonvention (GFK) lautet:

„Art.1. Definition des Begriffs ‚Flüchtling‘. A. Im Sinne dieses Abkommens findet der Ausdruck ‚Flüchtling‘ auf jede Person Anwendung:

[...] 2. Die infolge von Ereignissen, die vor dem 1. Januar 1951 eingetreten sind, und aus der begründeten Furcht vor Verfolgung wegen ihrer Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen ihrer politischen Überzeugung sich außerhalb des Landes befindet, dessen Staatsangehörigkeit sie besitzt, und den Schutz dieses Landes nicht in Anspruch nehmen kann oder wegen dieser Befürchtungen nicht in Anspruch nehmen will.“ (DEUTSCHES AUSLÄNDERRECHT 1996, S. 235).

Im Jahr 1967 wurde für die GFK ein Zusatzprotokoll angefertigt, wodurch die Stichtagsklausel und die geographische Beschränkung auf Europa wegfielen. So existierte nicht mehr eine zeitliche und geographische Beschränkung zur Anerkennung als Flüchtling. Es war im übrigen die letzte Veränderung des Gesetzes aufgrund einer veränderten Flüchtlingssituation (vgl. KNOPP 1994, S. 50). Positiv ist dem zitierten Gesetzestext der GFK anzumerken, dass die subjektive Verfolgungsfurcht durch den verwendeten Begriff „begründete Furcht“ Berücksichtigung findet. Einem individuell verfolgten Flüchtling ist es

somit möglich, diesen als Rechtsgrundlage zu verwenden (vgl. HÖFLING-SEMNAR 1995, S. 88 und S. 95).

Ein erweiterter Flüchtlingsbegriff liegt der OAU (Organisation Afrikanischer Einheit)-Konvention² zugrunde:

„Artikel I [Definition des Begriffs ‚Flüchtling‘]

[...] (2) der Begriff ‚Flüchtling‘ findet auch Anwendung auf jede Person, die infolge einer von außen kommenden Aggression, ausländischer Besetzung oder Fremdherrschaft oder schwerwiegender Störungen der öffentlichen Sicherheit und Ordnung in ihrem Herkunftsland oder dem Land, dessen Staatsangehörigkeit sie besitzt, oder einem Teil desselben, gezwungen ist, ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort zu verlassen, um Schutz an einem Ort außerhalb ihres Herkunftslandes oder des Landes zu suchen, dessen Staatsangehörigkeit sie besitzt.“ (AMNESTY INTERNATIONAL 1988, S. 157)

Nachdem im ersten Absatz der OAU die universale Flüchtlingsdefinition der GFK übernommen und festgeschrieben wurde, erweitert sich, gemäß Absatz zwei, die Definition der Flüchtlingsgruppen um diejenigen, die vor Krieg, Bürgerkrieg, Besetzung und inneren Unruhen fliehen. Das bedeutet, dass der in dieser Definition genannte Flüchtlingsbegriff liberaler, erweiterter und vor allem der Problemsituation angemessener verwendbar ist. Sie ermöglicht die Reaktion auf große, nicht staatlich verfolgte, aber dennoch an Leib und Leben bedrohte Flüchtlingsgruppen (vgl. HÖFLING-SEMNAR 1995, S. 95). Das Besondere der OAU-Flüchtlingskonvention liegt weiter in der Berücksichtigung objektiver Kriterien, welche die Eigenschaft als moderner (s.o.) Flüchtling ausmachen. So enthält sie z.B. die Anerkennung als Flüchtling aufgrund von man-made-disaster³, also äußeren Faktoren, wenngleich nicht alle Problemfaktoren auf dem afrikanischen Kontinent (z.B. Hunger, Dürre, Naturkatastrophen) Berücksichtigung finden

2 Die „OAU-Convention Governing the Specific Aspects of Refugee Problems in Africa“ wurde am 10.09.1969 von 41 Staaten in Addis Abbeba unterzeichnet und ist am 20.06.1974 rechtskräftig geworden. Sie gilt als Ergänzung der GFK, siehe HÖFLING-SEMNAR 1995 S. 94. 1984 lehnten sich 10 mittelamerikanische Staaten mit der Deklaration von Cartagena an dieses Vertragswerk an, siehe KNOPP 1994, S. 40 u. HÖFLING-Semnars 1995, S. 21.

3 Siehe auch Punkt 2.1.2.2 *Extremtraumatische Erfahrungen*.

(vgl. HÖFLING-SEMNAR 1995, S. 21 und S. 94f.; vgl. KNOPP 1994, S. 50).

Anhand der aufgeführten Definitionen wird deutlich, was einen Flüchtling nach politisch-juristischen Kategorien ausmacht und wie schwierig es zu sein scheint, auf internationale Veränderungen angemessen zu reagieren. Konventionsflüchtlinge mit dem Charakteristikum der individuellen Verfolgung machen insgesamt nur noch einen Bruchteil der gesamten Flüchtlinge aus (vgl. TREIBEL 1999, S. 161).

Letztlich zeigt die Begrenztheit und Inaktualität der offiziellen Definitionen, dass aus sozial- und politikwissenschaftlicher Perspektive eigene und von o.g. Kategorien unabhängige Begriffsdefinitionen verwendet werden sollten, um der aktuellen und komplexen Problemlage gerecht werden zu können.

Flüchtlingsdefinition nach sozialwissenschaftlichen Kriterien

Nach STIENEN / WOLF sind Flüchtlinge alle Personen, die aufgrund von externen Eingriffen a) ihren Lebensraum verlassen oder b) zum Verlassen ihres Lebensraumes gezwungen werden (Zustandekommen von Bewegung durch äußere Einflüsse). Alle ZwangsmigrantInnen werden als Flüchtlinge definiert, wodurch jede Form der Zwangsmigration zu Flüchtlingsexistenz und -bewegungen führt. Flüchtlingsexistenz wird durch den gezwungenen Aufenthalt in einem neuen geographischen und sozialen Lebensraum charakterisiert sowie durch Weiterbestehen politischer, sozio-ökonomischer etc. Verhältnisse, die keine Möglichkeit der Rückkehr in den ursprünglichen Lebensraum bieten (vgl. STIENEN / WOLF 1991, S. 62).

Diese weitgefasste Definition der Gruppe der Flüchtlinge umreißt das Begriffsmodell nach sozialwissenschaftlichen Kriterien. Sie ermöglicht zu beschreiben und zu analysieren, was auf phänomenologischer Ebene die Dynamik und Problematik der globalen Flüchtlingsprobleme ausmacht. STIENEN / WOLF zählen zu diesem Vorgehen als vorteilhaft auf: a) die Erweiterung des Flüchtlingsbegriffs nach ökonomischen und ökologischen Einflüssen, b) die Ermittellbarkeit der Urheber von Fluchtursachen (Zwangsmigration durch direkten Eingriff) und c) die detaillierte Ausleuchtung des Hintergrunds der Flüchtlingsexistenz und die Abkoppelung des Flüchtlingsbegriffs vom Fluchtbegriff. Dies eröffnet die Möglichkeit, Flüchtlingsexistenzen begrifflich zu

erfassen, die wohl von Zwangsmigration aber nicht von Flucht betroffen sind (vgl. STIENEN / WOLF 1991, S. 62ff. u. HÖFLING-SEMNAR 1995, S. 26):

„Alle Flüchtenden sind Flüchtlinge – aber nicht alle Flüchtlinge haben eine Flucht hinter sich.“ (STIENEN / WOLF 1991, S. 62).

Dass erzwungene und „freie“ Migration sich begrifflich nur schwer *klar* voneinander abgrenzen lassen, verdeutlicht sich auch am Beispiel der Definition von „akuten“ und „antizipatorischen“ Flüchtlingen (vgl. KUNZ 1973, S. 131ff.). Charakteristisch für die akuten Flüchtlinge ist demnach die kurzfristig und überstürzte Entscheidung zur Flucht ohne Planung und Entscheidung über Zeitpunkt, Verlauf, Zielort und ohne Abwägung möglicher Konsequenzen der Flucht (vgl. KUNZ 1973, S. 132). Die antizipatorischen Flüchtlinge zeichnen sich dadurch aus, dass sie eine herannahende Krise frühzeitig erkennen und versuchen, das Heimatland gut vorbereitet und ausgerüstet zu verlassen, bevor die äußeren Umstände es unmöglich machen (vgl. KUNZ 1973, S. 131f.)⁴. Es wird möglicherweise auf bestehende Netzwerke zurückgegriffen, um vor der Flucht Informationen zu erhalten und nach der Flucht Anlaufstellen zu haben. TREIBEL betont, dass Netzwerke von entscheidender Bedeutung für Flüchtlinge sind (vgl. TREIBEL 1999, S. 171).

Es ist im Kontext des Diplomthemas zu unterstreichen, dass ein Flüchtender durchaus Entscheidungsmacht über die Form der Flucht, die Art und Weise und den Verlauf der Flucht (womit und wohin) hat. HÖFLING-SEMNAR weist einschränkend darauf hin, dass bestehende Entscheidungs- und Handlungsfreiheiten als Restbestände an Einflussmöglichkeiten auf die Situation des Flüchtenden gelten und somit relativiert zu bewerten sind. Jedoch genau dieser aktive Part des Flüchtenden – die verantwortungsvolle Entscheidung und consequentes Handeln für sein zukünftiges Leben – ist der Faktor, der sowohl aus sozialwissenschaftlicher Betrachtung als auch als welt-gesell-

4 WOLF / STIENEN führen als Beispiel die Flucht jüdischer Intellektueller und gut situierter Personen an, die **vor** (temp.) den Pogromen das Land verließen. Auch nach heutigen Kategorien wären sie nicht als „echte“ Flüchtlingsgruppe anerkannt, sondern als „Wirtschaftsflüchtlinge“ stigmatisiert worden, siehe STIENEN / WOLF 1981, S. 45.

schaftspolitisches Phänomen unendlich verkomplizierend wirkt (vgl. HÖFLING-SEMNAAR 1995, S. 27).

Abschließend ist darauf hinzuweisen, dass die auf der Definitionsebene deutlich gewordenen Abgrenzungsschwierigkeiten zu anderen MigrantInnengruppen, Migrationsentscheidungen und Migrationsformen der vorliegenden komplexen Problemlage entsprechen und gänzlich unvermeidbar sind (HÖFLING-SEMNAAR 1995, S. 24).

1.1.2 Fluchtursachen

Die „Entscheidung“ zu einer Flucht ist, wie in den vorausgegangenen Abschnitten beschrieben wurde, grundlegend. Die äußeren politischen, gesellschaftlichen etc. Ursachen hierzu sind aus distanzierter Betrachtungsperspektive vielschichtig.

In Anbetracht der komplexen Problemlage werden eindimensionale Fluchtgründe in diesem Abschnitt möglichst nicht künstlich aus dem Gesamtkontext seziert. Es wird der Versuch gemacht, ein authentisches Bild der Problemlage zu zeichnen. Allgemein gesagt besteht ein mittelbarer und unmittelbarer Zusammenhang zwischen Flucht / Zwangsmigration und politischen, sozialen, ökonomischen, militärischen, ideologischen oder religiösen Konflikten und Krisensituationen, wozu auch von Menschenhand beeinflusste Ökokatastrophen zählen (vgl. HÖFLING-SEMNAAR 1995, S. 31).

„Will man die vielfältigen internationalen Fluchtereignisse und Flüchtlingsbewegungen jedoch weitergehend systematisieren, gerät man in eine komplexe Gemengelage von strukturellen und direkten, von individuellen und äußeren und von historischen Faktoren, die von dem aktuellen Konflikt nur verdeckt werden, aber dennoch wirkungsmächtig bleiben“ (HÖFLING-SEMNAAR 1995, S. 31).

In der folgenden Darstellung aktueller Fluchtursachen wird sich zeigen, dass die Gründe zur Flucht komplex sind. Der beigelegte Ost-West-Konflikt trug beispielsweise zur Beendigung und Befriedung vieler flüchtlingsproduzierender Konflikte in Afrika, Lateinamerika und Asien bei. Die alten Konflikte bestehen jedoch weiterhin latent, wozu sich neue Bürgerkriege summieren. Sie weisen auf das Fortbestehen interner Konfliktursachen und das ost-westlich vorhandene Desinte-

resse hin, Kontrolle und Schlichtung auszuüben, da dies für die Supermächte keinen strategischen Wert mehr hat (HÖFLING-SEMNAR 1995, S. 35).

„Flüchtlingsbewegungen entstehen also im Sturmzentrum verschiedenster historischer, politischer, ökonomischer und ideologischer Faktoren. Totalitäre Ideologien und politische Religionen, Nationalsozialismus und Separatismus sind Kennzeichen einer historischen Situation, in der Flüchtlinge produziert wurden und noch werden, und waren und sind gleichzeitig die radikalen Antworten verschiedener verfolgter oder diskriminierter Gruppen in einer Flüchtlingssituation“ (HÖFLING-SEMNAR 1995, S. 35).

Binnenflucht

Bevor es zu einer Flucht über die landeseigene Grenze in den internationalen Raum kommt, geht diesem Schritt häufig, in den Ländern der sogenannten „Dritten Welt“ sogar in der Regel, eine Binnenflucht voraus. Nach Angaben des privaten „US-Komitee für Flüchtlinge“ (USCR) wird die Zahl der Binnenflüchtlinge auf 18 Millionen Menschen geschätzt (vgl. HÖFLING-SEMNAR 1995, S. 37).

Die Gründe hierfür liegen, neben der Konstanz des Nord-Süd-Gefälles, u.a. darin, dass den Ländern mit einer hohen Binnenfluchtrate wirtschaftliche Strukturen der Industrienationen übergestülpt und staatlicherseits die Städte finanziell subventioniert wurden. Dadurch hat sich ein Gefälle zwischen den Ballungszentren (Konsum- und Produktionssteigerung) und den Landgebieten (Verlust der Lebensgrundlage) entwickelt (vgl. KNOPP 1994, S. 31). Die vermeintliche Attraktivität der Städte bewegt breite Bevölkerungsgruppen dazu, sich in ihren Randgebieten niederzulassen. So entsteht ein Zuwachs an Zuzug, der die städtischen Aufnahmekapazitäten sprengt. Binnenvertriebene bleiben meist in den vorgelagerten Slums als z.B. Schuhputzer, Straßenhändler und Prostituierte. So nehmen sie an, immer noch besser gestellt zu sein, als sie es als Landbewohner jemals waren. Stadtflucht hängt auch mit Bildung zusammen. Die Wahrscheinlichkeit zur Flucht in die Stadt ist nach KNOPP fünfmal höher als bei weniger ausgebildeten Menschen (vgl. KNOPP 1994, S. 31). Der nächste Schritt, die Flucht über landeseigene Grenzen in den internationalen

Raum, ist wiederum abhängig vom Bildungsstand und der Verfügbarkeit finanzieller Mittel. Die Motivation zur Flucht wird zudem durch Beziehungen zu den ehemaligen Kolonialländern (Sprachkenntnisse durch Verwaltungssprachen) und durch verbesserte Transport- und Kommunikationswege beeinflusst (vgl. KNOPP 1994, S. 32).

Nach dem UNHCR-Report 1997-98 ist für die ständig wachsende Zahl der Binnenflüchtlinge die finanzielle Knappheit ausschlaggebend. Immer weniger Menschen können sich eine Flucht im klassischen Sinn leisten. Sie sind schwerwiegenden physischen, materiellen, rechtlichen und psychologischen Unsicherheiten und Gefahren im Heimatland ausgesetzt. Hinzu kommt, dass sie seitens der internationalen Gemeinschaft noch weniger Schutz und Unterstützung als „anerkannte“ Flüchtlinge erhalten (UNHCR 1997, S. 119).

Aktuelle Fluchtursachen: Krieg und Bürgerkrieg

Der größte Anteil der Massenfluchtbewegungen entsteht durch Kriege und Bürgerkriege. Seit dem Zweiten Weltkrieg haben sich diese in Form von staatlichen und innerstaatlichen Konflikten z.B. in die Länder der sogenannten „Dritten Welt“, in den Nahen Osten und auf den Balkan verlagert (vgl. KNOPP 1994, S. 34). KNOPP unterscheidet bezogen auf zwischenstaatliche Konflikte: exogene Ursachen wie Hegemonialstreitigkeiten, Territorialansprüche, Ressourcenkonflikte sowie endogene Ursachen wie Herrschaftssicherung gegenüber dem Feind und die zur Ablenkung von innerstaatlichen Spannungen geführten Kriege (KNOPP 1994, S. 34f.).

Innerstaatliche Konflikte nehmen nach KNOPP einen Anteil von 60% an allen nach 1945 geführten Kriegen ein. Sie bestehen in Form von Anti-Regime-Kriegen, kriegerischen Sezessions-, Stammes- und Religionskonflikten, wozu Konflikte ethnisch-kultureller Art gehören, sowie interner Kolonialismus und sozio-ökonomische Heterogenität (KNOPP 1994, S. 36f.).

Es ist an dieser Stelle darauf hinzuweisen, dass auch hier ein komplexes und kausales Gemenge von Gründen für Krieg und Bürgerkrieg vorliegt. Diese und auch vorausgehende Kriegsauslöser sind überwiegend als zusammengehörend zu betrachten. Zudem sollte berücksichtigt werden, dass sie von bestimmten Faktoren wie histo-

risch bedingten Feindbildern, Systemansätzen, Großmachteinflüssen und Rüstungspotentialen beeinflusst sind (vgl. KNOPP 1994, S. 38).

Ein erhöhtes Vorhandensein von zugeliefertem Waffenmaterial steigert die Kriegsbereitschaft, unterstützt diktatorische Regimes und kann auf Dauer die sozialen Beziehungssysteme innerhalb der Bevölkerung strapazieren. Zudem sei darauf hingewiesen, dass sich der Erwerb von Atomwaffen auf die Entwicklungsländer ausweitet und infolge der dort beständigen Konflikte ein Unsicherheitsfaktor für die Sicherheit der Bevölkerung darstellt (KNOPP 1994, S. 39).

Verfolgung von Minderheiten und Andersdenkenden

In Abschnitt 1.1.1 *Flucht – Flüchtlinge eine notwendige Differenzierung der Begrifflichkeiten* dieser Arbeit wurde der moderne Flüchtlingstypus nach ARENDT (1986) charakterisiert. Demnach kann Verfolgung neben anderer politischer Überzeugung auch aufgrund von Rasse, Religion, Geschlecht und ethnischer Zugehörigkeit stattfinden. Die Verfolgung dieser „passiven“ und unabänderlichen Merkmale findet in Terrorregimen und Diktaturen, unter Militärjunkten und in zivilen Regimen statt (vgl. KNOPP 1994, S. 40). Aber auch nichtstaatliche oppositionelle Gruppen (Non-Governmental Entities, „NGE“), z.B. terroristische Gruppen, können mit einem bestimmten Maß an Macht gegenüber der Bevölkerung und der Regierung massive Verfolgung ausüben (vgl. DEVRIES 1998, S. 54). In beiden Fällen kann aufgrund der ausgeübten Gewalt Flucht entstehen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definierte und entwickelte seit Anfang der 80er Jahre im WHO-Regionalbüro für Europa in Den Haag den Begriff der „organisierten Gewalt“ als:

“the interhuman infliction of significant, avoidable pain and suffering by an organized system of ideas and attitudes” (GEUNS 1987, S. 7, zit. nach ADAM 1993, S. 111).

Gemäß dieser Definition umfasst organisierte Gewalt: Folter, unmenschliche Behandlung und Strafen gemäß Art. 5 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte von 1948 sowie willkürlichen Freiheitsentzug durch Inhaftierung, Geiselnahme und Vergewaltigung etc. (vgl. BARUDY 1993, S. 16).

Die Formen der Verfolgung nehmen somit ein breites Spektrum von Verletzungen der Menschenrechte über Folter bis hin zu politischen Morden ein. Obwohl in Griechenland und Spanien die Diktaturen in den 70er Jahren fielen und mit Ende der 80er Jahre die letzten sozialistischen Regime in Mittel- und Osteuropa zerbrachen, sind Verfolgung, Vergewaltigung und Unterdrückung in Europa und weltweit vorhanden. Nach Angaben von AMNESTY INTERNATIONAL wurden 1994 in 151 Staaten der Welt Menschenrechte verletzt, zu denen nicht nur „Drittweltländer“ zählen (AMNESTY INTERNATIONAL 1995, S. 11). So offen PINOCHET seinerzeit von sich gab:

„Menschen müssen gefoltert werden, weil die Sicherheit des Staates es erfordert!“ (KOCH / OLTMANNS 1977; S. 80),

so verdeckt liegen doch in der Regel die Strukturen von Verfolgung als Tatbestand und Fluchtgrund vor.

Eine Monopolisierung von politischer und wirtschaftlicher Macht ermöglicht dem Staat oder einer NGE die Verhinderung der Ausbildung von eigener politischer Meinung und pluralistischen Strukturen. Es wird sich aufgrund der bestehenden Machtposition das Recht genommen, mit einem breitgefächertem Spektrum von Repressionen den aktiven Widerstand und auch die bloße Existenz der Bevölkerung zu unterdrücken. Ein weiterer Aspekt ist die Möglichkeit, dass ausgeübte Repressionen aufgrund des Strebens nach politischem Machterhalt oder / und politischer Expansion staatlicherseits geduldet und nicht strafrechtlich verfolgt werden (vgl. DEVRIES 1998, S. 276). Die Bandbreite reicht von Berufs- und Versammlungsverböten bis hin zu Folter und Vergewaltigung⁵ (vgl. KNOPP 1994, S. 40f.).

5 DIEREGSWEILER erläutert in ihrem Werk „Krieg-Vergewaltigung-Asyl“ warum es im Krieg immer wieder zu Vergewaltigungen kommt, welche Funktion sie erfüllen und zum anderen, wie dem Tatbestand in der bundesdeutschen Asylrechtsprechung Rechnung getragen wird. Sie räumt gründlich mit der verbreiteten Triebtheorie als Vergewaltigungsgrund auf. Ihre Analyse von sexueller Gewalt gegen Frauen in Kriegs- und auch in Friedenszeiten verdeutlicht exemplarisch krass, ohne die Opfer und ihre Gefühle ignorieren zu wollen, die Vielfältigkeit von Vergewaltigungsformen u. ihrer Auswirkungen im Gegensatz zu existierenden Verschleierungstendenzen von Gewalt in aller Form gegen Frauen dieser Welt, siehe DIEREGSWEILER 1997.

In der heutigen Zeit gibt es erweiterte Gründe zur Verfolgung Andersdenkender. Dazu gehört, von theokratischen Staaten ausgehend, der Zwang zur Ausübung der Religion nach fundamentalistischer Überzeugung. Am Beispiel der islamischen Staats- und Religionsauffassung lassen sich der Irak, Iran und Teile der Türkei nennen. In Indien fanden 1992 blutige Unruhen zwischen Hindus und Moslems statt, wobei Hindus mit der Idee der Errichtung einer „hinduistischen Monokultur“ (vgl. KNOPP 1994, S. 42) 150.000 Moslems zur Binnenflucht zwangen (vgl. KNOPP 1994, S. 42). In vielen Staaten Süd- und Südostasiens bildet die Rückbesinnung auf traditionelle Weltanschauungen (Konfuzianismus) und das verbotene Festhalten an kommunistischen Ideen, z.B. in Indonesien, Konfliktpotential. Einschränkungen der Bürgerrechte und Berufsverbot sind genannte Restriktionsformen (vgl. KNOPP 1994, S. 43).

Die wegen ihrer gesamten Härte besondere und häufigste Form der Gewaltanwendung ist die gegen Frauen. Über 80% der Flüchtlinge weltweit sind Frauen und Kinder (vgl. AMNESTY INTERNATIONAL 1995, S. 38). Der Anteil der Frauen an den Asylsuchenden in der Bundesrepublik Deutschland (BRD) liegt nach Schätzungen bei 30% (vgl. DIEREGSWEILER 1997, S. 11).

Mitte der 70er Jahre wurden frauenspezifische Fluchtgründe aufgrund der Flucht von Chileninnen in die BRD das erste Mal öffentlich thematisiert. Der Zusammenhang zwischen gesellschaftlicher Position der Frau und Verfolgung / Unterdrückung mit sexueller Gewalt wurde somit aufgedeckt. Die Besonderheit liegt darin, dass man sie im allgemeinen der Sphäre des privaten Lebensbereichs zuordnet (vgl. HAILBRONNER 1998, S. 153). Mitte der 80er Jahre gaben Iranerinnen die stark gegen Frauen gerichtete Repressionspolitik des Staates als Fluchtgrund an. Anfang der 90er wurde aufgrund der Massenvergewaltigungen in Bosnien-Herzegowina sexuelle Gewalt gegen Frauen im Krieg zum Thema der Öffentlichkeit (vgl. DIEREGSWEILER 1997, S. 12f.). Als eine „neue“ Form der Folter bezeichnet auch der Generalsekretär von AMNESTY INTERNATIONAL, DEILE, die Ausübung von psychischer Gewalt und Repressionen gegenüber Frauen und Kindern eines Oppositionellen, quasi ergänzend zu einer direkten, kurzfristigen Folterprozedur des Opfers (DEILE 1998, S. 1). Die Verfolgung, Unterdrückung, Bedrohung und Vergewaltigung von Frauen auf

dieser Welt stellt DIEREGSWEILER als symbolhaften Ausdruck der **Herr**-schenden dafür dar, Kontrolle über ein bestimmtes Gebiet und die Bevölkerung zu haben. Der Körper der Frau wird

„zum zeremoniellen Schlachtfeld, zum Platz für die Siegesparade des Überlegenen“ (BROWNMILLER 1992, S. 45, zit. nach DIEREGSWEILER 1997, S. 39).

Als maßsetzender theoretischer Ausgangspunkt ist nach DIEREGSWEILER auch heute

„frauenspezifische Verfolgung ... zusammenfassend zu verstehen als schwerer Eingriff in die körperliche Unversehrtheit und persönliche Freiheit von Frauen mit dem Ziel, die Herrschaft von Männern über Frauen herzustellen, aufrechtzuerhalten oder auszunutzen für andere Ziele“ (GOTTSTEIN 1986, S. 29, zit. nach DIEREGSWEILER 1997, S. 13).

Ökonomische Fluchtmotive

Kriege und Verfolgung bewirken nicht nur unmittelbare Fluchtbewegungen. Wenn beispielsweise aufgrund von Verfolgung und Vertreibung eine gebildete und finanziell starke Elite die Region verlassen muss, schlägt sich dies nach einiger Zeit im Wirtschaftssystem und, in Form von Armut, Hunger und Not, auf die zurückgebliebene Bevölkerung nieder. Unter den Menschen kann sich schnell ein Verlust der humanen Orientierung als Begleiterscheinung von „brain-drain“ abzeichnen (KNOPP 1994, S. 42 u. S. 44).

Mitte der 90er Jahre lebten ca. 1,156 Mrd. Menschen am totalen Existenzminimum auf diesem Globus. Ungefähr die Hälfte dieser Menschen lebt in Südasien, wo sich insgesamt 30% der Weltbevölkerung befindet. Südlich der Sahara lässt sich in Afrika ein quantitativ geringerer, aber im regionalen Verhältnis sehr hoher Anteil an Armut lokalisieren. Dies gilt insbesondere für ländliche Gebiete mit hoher Bevölkerungsdichte (wie z.B. auch in der Gangesebene / Indien) oder für ressourcenarme Gegenden (wie auch z.B. in der Hochebene der Anden) (vgl. KNOPP 1994, S. 44).

Ökonomisch bedingte Flucht fand man in den 80er / 90er Jahren überwiegend in den Ländern am Horn von Afrika – in Äthiopien, im Sudan und in Somalia. Mitte der 90er lebten ca. drei Milliarden Men-

schen von einer täglichen Kalorienzufuhr, die unter der Normalzufuhr von 2.700 Kalorien pro Kopf liegt. Zwei Milliarden Menschen müssen mit einer Versorgung unter 2.300 Kalorien leben (vgl. KNOPP 1994, S. 45f.).

Negativ beeindruckend ist neben dem rapiden Bevölkerungszuwachs die Bilanz über das Wachstum der Zahlen von Hungernden. Am Beispiel der am südlichen Rand der Sahara gelegenen Länder zeigt sich, dass sie 1985 bei 30 Millionen, 1990 bei 65 Millionen Hungerleidenden lagen, und jetzt zur Jahrtausendwende auf 130 Millionen Menschen geschätzt werden (vgl. KNOPP 1994, S. 46).

Von diesem katastrophalen Zustand und deren Ausmaß am härtesten betroffen sind die Kinder – nach Schätzungen haben weltweit 192 Millionen Kinder Untergewicht – und junge gebärende Frauen – rund eine halbe Million Frauen, davon 99 Prozent in den Entwicklungsländern, sterben jedes Jahr während der Geburt eines Kindes (vgl. KNOPP 1994, S. 46).

Ökologische Fluchtmotive

Ein letzter und wichtiger Punkt in der Aufzählung von Fluchtursachen sind die Fluchtbewegungen aufgrund ökologischer Umstände, auf die hier knapp, mit dem Hinweis auf grobe Vernachlässigung dieses Themenbereichs in der öffentlichen Diskussion, eingegangen werden soll.

Seit den 80er Jahren wurde diese Gruppe von Menschen aufgrund global wachsender Umweltschäden und -zerstörungen wahrgenommen. Das Umweltprogramm der Vereinten Nationen (United Nations Environment Programme, UNEP) definiert Umweltflüchtlinge als

„Menschen, die gezwungen wurden, ihre traditionelle Umgebung vorübergehend oder dauerhaft zu verlassen, da Umweltschäden (seien diese natürlicher Art oder durch den Menschen ausgelöst) ihre Existenz in Gefahr brachten und / oder ihre Lebensqualität schwerwiegend beeinträchtigten“ (JACOBSON 1988, zit. nach HÖFLING-SEMNAR 1995, S. 51).

Umweltschäden lassen sich in natürliche Veränderungen des Ökosystems (z.B. Vulkanausbrüche, Erdbeben, Dürreperioden) und in anthropogene Veränderungen (z.B. atomare Verseuchung oder durch

Rodung und von Bodenausbeutung bewirkte Verwüstung) unterscheiden. Es kann auch zu durch Menschenhand beeinflussten „natürlichen“ ökologischen Katastrophen kommen (vgl. KNOPP 1994, S. 47). Die Gruppe der Umweltflüchtlinge umfasst nach Angaben des World Watch Institute ca. zehn Millionen Menschen (vgl. KNOPP 1994, S. 47).

Neben einzelnen regionalen Umweltzerstörungen (z.B. Bewässerungsprogramme) sind auch globale Erscheinungsformen zu nennen: die Aufheizung der Erdatmosphäre, die Zerstörung der Ozonschicht, die Wasser-Luftverschmutzung, der Abbau von Ressourcen. Drittens existieren weltweit Umweltzerstörungen infolge von Krieg und Bürgerkrieg, wie z.B. den „ökozidähnlichen“ in Vietnam, Vermünungen in Afrika (vgl. KNOPP 1994, S. 48). Abschließend sei noch auf die Auswirkungen von Umweltveränderungen (Trockenheit, Überschwemmungen, Erosionen etc.) auf die Agrarwirtschaft und somit auf die Welternährungslage hingewiesen (vgl. KNOPP 1994, S. 48f.).

Deutlich wird, dass das elementare Bestehen von Umweltzerstörungen als Fluchtmotiv mehr Gewicht bekommt und es als wichtiges und ernst zu nehmendes Element in dem Geflecht von Fluchtursachen als jüngste Dimension zu betrachten ist. Dennoch wurde bis heute die offizielle Existenz dieser Flüchtlingsgruppe weder durch Aufnahme in die Flüchtlingsdefinition der GFK noch in die international liberalste, die der OAU, bestätigt (vgl. HÖFLING-SEMNAR 1995, S. 51).

1.2 Entwicklung und Elemente des Asylrechts

Der Begriff „Asyl“ ist dem griechischen Wort „asylon“ entlehnt, was soviel wie Freistatt oder Schutz an einem heiligen Ort bedeutet (vgl. WURZBACHER 1997, S. 21). Im historischen Rückblick bestand der Sinn des Asyls in dem Versuch, das Leiden der Verfolgten durch die Gewährung von Schutz vor Verfolgern und der Errichtung einer Zufluchtstätte zu mildern.

Es wird zwischen den Formen des weltlichen, des individuellen / subjektiven und des kirchlichen Rechts auf Asyl unterschieden. Mit weltlichem Recht auf Asyl ist gemeint, dass der Staat a) sich eigenständig, b) aufgrund innerstaatlicher Gesetze oder / und c) aufgrund supranationaler Vereinbarungen zur Asylgewährung entschließt (staatliche Souveränität). Anders als früher besteht heute eine größere Notwen-

digkeit darin, dass es Nationen gibt, die zur Aufnahme von Flüchtenden bereit sind, als dass sie Sicherheit vor den Verfolgern gewähren (vgl. KNOPP 1994, S. 12).

Das individuelle / subjektive Recht auf Asylgewährung ist weltweit nur vorbereitend in den Verfassungen einiger Nationen zu finden. Seit der Allgemeinen Menschenrechtserklärung von 1948 und der ratifizierten Genfer Flüchtlingskonvention von 1951, bzw. dem Zusatzabkommen von 1967, ist es durch Verankerung der Toleranz wiedererkennbar (vgl. KNOPP 1994, S. 12f.).

Die Gewährung von Kirchenasyl liegt in dem Entscheidungsraum der Kirchengemeinde. Nachdem alle Rechtsmittel ausgeschöpft sind, besteht es als letzte Möglichkeit, die drohende Abschiebung zu verhindern und eine erneute Prüfung des Asylverfahrens einzuleiten (vgl. BOUMANS / ÜNAL 1997, S. 124ff.).

In der BRD wurde das Grundrecht auf Asyl vom Parlamentarischen Rat im Jahr 1948 verankert. Artikel 16 des Grundgesetzes lautete: „Politisch Verfolgte genießen Asylrecht“ (Art.16 Abs.2 II GG). Der individuelle, uneingeschränkte und einklagbare Rechtsanspruch auf Asyl wurde somit als Verfassungsrecht geltend gemacht (subjektiv-öffentliches Recht auf Asyl) (vgl. WURZBACHER 1997, S. 21; MÜNCH 1992, S. 17ff.). Der Personenkreis der politisch Verfolgten ist von den Gesetzgebern nicht näher definiert bzw. eingeschränkt worden. Die Anerkennungspraxis basierte auf vorhandenen Rechtssprechungen, die sich zunächst an die Flüchtlingsdefinition der Genfer Konvention anlehnte, später sich einschränkend a) allgemein an den erforderlichen Nachweis objektiver Verfolgungstatbestände sowie begründeter Furcht und b) an der Erhebung einzelner Verfolgungstatbestände orientierte (vgl. MÜNCH 1992, S. 28ff.). Das Prüfungsverfahren des einzelnen Asylsuchenden wurde und wird nach dem Asylverfahrensgesetz vollzogen. Lebensumstände wie z.B. Bürgerkrieg und Folter werden dabei nicht als Verfolgungsgründe geltend gemacht:

„Politische Verfolgung ist daher immer eine staatliche Verfolgung und ist immer nur durch Menschen, nicht aber durch Umstände...möglich“ (KNOPP 1994, S. 19).

Dieses im Vergleich zu anderen nationalen Verfassungen international einzigartige souveräne Recht auf Asyl wurde aufgrund der Schre-

cken des Nationalsozialismus⁶ ratifiziert. Es basiert auf drei Ebenen: der völkerrechtlichen, der staatsrechtlichen und der verwaltungsrechtlichen Ebene (vgl. KNOPP 1992, S. 68). Im Lauf der Jahre wurde dieses gesetzliche Bekenntnis seitens des Gesetzgebers, der Verwaltung und der Rechtssprechung mehr und mehr als „anachronistische Belastung“ (WURZBACHER 1997, S. 21) gehandhabt. Ca. 45 Jahre später, ironischerweise auch durch den Druck des Wirkens neonazistischer Gruppen, änderte man es bis zur äußersten Rechtmäßigkeit seiner ursprünglichen Formulierung restriktiv (vgl. KNOPP 1994, S. 10f.). Den Weg hierzu ebnete der, im Dezember 1992 formulierte sogenannte Asyl-„Kompromiss“, worin neben der Ersetzung von Artikel 16 Abs. 2 II GG durch Artikel 16a GG die Einführung ergänzender Regelungen, z.B. § 32a AuslG, beschlossen wurden (vgl. WURZBACHER 1997, S. 32).

Mit der Zweidrittelmehrheit für eine Änderung des Grundrechts auf Asyl und mit der Einführung des Asylbewerberleistungsgesetzes noch im gleichen Jahr widerrief der deutsche Bundestag am 23. Mai 1993 endgültig sein Bekenntnis zu „humanitärer Großzügigkeit“ (SCHAEFFNER 1980, S. 11, zit. nach MÜNCH 1992, S. 28).

1.2.1 Artikel 16a im Grundgesetz

Mit Artikel 16a Abs. 1 blieb der genaue Wortlaut der ursprünglichen Version von Art. 16 Abs. 2 II erhalten. Jedoch bereits in Absatz 2 heißt es:

„(2) Auf Absatz 1 kann sich nicht berufen, wer aus einem Mitgliedstaat der europäischen Gemeinschaften oder aus einem anderen Drittstaat einreist, in dem die Anwendung des Abkommens über die Rechtsstellung der Flüchtlinge und der Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten sichergestellt ist.“ (Art. 16a Abs. 2 GG, DEUTSCHES AUSLÄNDERRECHT 1996, S. 172).

6 Das Wissen um die Notwendigkeit des Exils, um zu überleben, und über die Auswirkungen restriktiver Aufnahmepolitik am Beispiel der USA gegenüber europäischen Juden bestimmte die Formulierung mit, siehe MÜNCH 1992, S. 17).

Mit diesem und den folgenden Absätzen 3-5 wurde eine rigorose Einschränkung des subjektiv-öffentlichen Rechts auf Asyl formuliert, denn für eine speziell definierte Gruppe entfällt prinzipiell eine Einzelfallprüfung und damit das Grundrecht auf Asyl (Knopp 1994, S. 13).

Dies gilt für Flüchtlinge aus sicheren Drittstaaten und gemäß Art. 16a Abs. 3 für Flüchtlinge aus sicheren Herkunftsländern. Mit Art. 16a Abs. 4 ist es dem Bundesamt zur Anerkennung ausländischer Flüchtlinge (BAFL) möglich, den Antrag mit der Kategorie „offensichtlich unbegründet“ nur noch eingeschränkt zu prüfen und so aufenthaltsbeendenden Maßnahmen den Vorzug zu bieten (WURZBACHER 1997, S. 23). Durch Abs. 5 werden die durch Art. 16 genannten verfassungsrechtlichen Grundsätze hinter die völkerrechtlichen Verträge der Europäischen Union oder anderer Staaten gestellt (WURZBACHER 1997, S. 24).

Erhalten blieb die Doppelnatur des Asylrechts: Völkerrechtlich gesehen übt die BRD mit der Gewährung von Asyl ihr Recht auf Souveränität gegenüber anderen Staaten aus, innerstaatlich gewährt sie das Recht zum Schutz der Verfolgten gegenüber den Verfolgerstaaten (vgl. KNOPP 1994, S. 13).

KNOPP spricht wegen des Zustandekommens der Grundgesetzänderung von der Errichtung eines „cordon sanitaire“ um das Bundesgebiet und von Verschiebung der Verantwortungsübernahme für Flüchtlinge und Flüchtlingsbewegungen (vgl. KNOPP 1994, S. 14). WURZBACHER führt als Zielsetzung des Art. 16a GG die Stichwörter „Zugangsverhinderung“ und „Bestandsverminderung“ an und weckt die Idee, dass sich das Gesetz zum Schutz *für* Flüchtlinge zu einem Gesetz *vor* Flüchtlingen gewandelt habe (vgl. WURZBACHER 1997, S. 26).

1.2.2 Überblick über das Asylverfahrensgesetz

Die Änderung des Grundgesetzes zog eine restriktive Veränderung aller asylrelevanten Gesetze nach sich. Dies spiegelt sich im Asylverfahrensgesetz wider. Bald nach der Grundgesetzänderung wurde dies im Juni 1992 verschärft und trat zum 1. Juli 1992 bzw. 1. April 1993 in Kraft.

Das Konzept „sichere Drittstaaten“ findet in § 26 a AsylVfG i.V.m. § 34a AsylVfG, das Konzept „sichere Herkunftsstaaten“ in § 29a AsylVfG i.V.m. § 36 AsylVfG und das Konzept „offensichtlich unbegründete Asylanträge“ in §§ 29a, 30 AsylVfG i.V.m. § 36 AsylVfG seine Umsetzung. Ferner regelt gemäß § 18a AsylVfG als ein indirektes Element des Artikels 16a GG das Verfahren bei der Einreise auf dem Luftweg, die sogenannte „Flughafenregelung“. Es betrifft Asylsuchende aus „sicheren Herkunftsstaaten“ und diejenigen ohne gültigen Pass bzw. Passersatz, die über den Luftweg in die BRD Zugang finden wollen (vgl. WURZBACHER 1997, S. 25).

Weitere Verschärfungen des Asylverfahrensgesetz seien kurz angemerkt: die Beschleunigung des Asylverfahrens, die asylunwirksamen subjektiven Nachfluchtgründe (§ 28 AsylVfG), die Einführung erkennungsdienstlicher Maßnahmen (§ 16 AsylVfG), die Pflicht des Aufenthalts in Gemeinschaftsunterkünften (§§ 47 u. 53 AsylVfG) und die Residenzpflicht (§ 55 AsylVfG).

Da das Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge (BAFL) allein für die Asylentscheide zuständig ist (§ 5 AsylVfG), nimmt der Bund diesbezüglich eine Monopolstellung unter dem Deckmantel der Verfahrensbeschleunigung ein. Dies führt nach KNOPP nicht zu einer Beschleunigung, sondern in Kombination mit der Grundgesetzänderung zu einer Beschränkung der Rechte der Flüchtlinge (vgl. KNOPP 1994, S. 72).

1.2.3 Überblick über asylrelevante Elemente des Ausländergesetzes

Die Modifikationen des Ausländergesetzes im Jahr 1990 und 1993 im Zuge der Änderung von Artikel 16a GG wurden mit dem Interesse an a) der Begrenzung der weiteren Zuwanderung aus Nicht-EG-Mitgliedstaaten in das Bundesgebiet, b) der Integration der bereits hier lebenden Ausländer und c) der Förderung der internationalen Zusammenarbeit durchgeführt. Trotz dieser situationsangemessenen Reform wurde in der Grundsatzposition der Bundesregierung und in den Erläuterungen zur Neuregelung des Ausländerrechts erneut postuliert:

„Die BRD ist kein Einwanderungsland!“ (KNOPP 1994, S. 73).

Als wichtigste asylrelevante Elemente im Ausländergesetz gelten §§ 51 und 53 AuslG. § 51 AuslG regelt das Verbot der Abschiebung politisch Verfolgter und ist für die Vergabe des sogenannten „kleinen Asyls“ wichtig. Die Formulierung des ersten Absatzes entspricht dem Wortlaut des Art. 33 Abs. 1 der GFK, was nach § 51 Abs. 2 bedeutet, dass Teil eines völkerrechtlichen Abkommens⁷ formal in das bundesdeutsche Asylrecht aufgenommen wurde (vgl. WURZBACHER 1997, S. 46). An dieser Stelle wird eine Harmonisierung des Ausländergesetzes und des Asylverfahrensgesetzes angestrebt (vgl. KNOPP 1994, S. 73).

Dieser Paragraph formuliert im Vergleich mit Art. 16a Abs1. GG einen weitergefassten personellen Schutzbereich. Hier gewährt er Schutz bei subjektiven Nachfluchtgründen (z.B. exilpolitische Aktivitäten) und bei freiwillig aufgegebenem Schutz durch (außereuropäische) Drittstaaten (vgl. WURZBACHER 1997, S. 46).

§ 53 AuslG normiert wichtige asylrelevante Abschiebungshindernisse. So werden auch, angelehnt an völkerrechtliche Verträge (GFK; Europäische Menschenrechtskonvention / EMRK), zwei Tatbestände formuliert: a) die der konkreten Gefahr der Folter und b) die konkrete Gefahr der Verhängung der Todesstrafe (§ 53 Abs. 1 u.2 AuslG). Nach § 53 Abs. 6 AuslG kann von der Abschiebung abgesehen werden, wenn eine erhebliche konkrete Gefahr für Leib, Leben oder Freiheit besteht. Gemeint sind hier gezielte Gefährdungen an Personen (z.B. Blutrache oder sexuelle Diskriminierungen), aber nicht allgemeine Gefahren wie Kriegs-, Bürgerkriegszustände oder ökologische Katastrophen (vgl. WURZBACHER 1997, S. 46f.).

Die Aufnahme von Kriegs- und Bürgerkriegsflüchtlingen wird seit dem 1. Juli 1993 durch § 32a AuslG bestimmt. Danach können Landesbehörden im Einvernehmen mit dem Bundesinnenministerium und den Ländern Flüchtlingen vorübergehend eine Aufenthaltsbefugnis erteilen und ggf. verlängern. Dies jedoch nur, wenn der Flüchtling keinen Asylantrag gestellt hat oder ihn zurücknimmt. Vorgesehen wird in dieser gesetzlichen Klausel, die Aufnahme zeitlich zu befristen und zu

7 Der bedeutsame Teil der GFK, der subjektive Flüchtlingsbegriff, wurde nicht in die bundesdeutsche Asylbestimmung aufgenommen, dies macht eine erhebliche Unterscheidung in der Auslegung der Bestimmungen aus, siehe auch Punkt 1.2.5 *Völkerrechtliche und Gemeinschaftsrechtliche Abkommen*.

kontingentieren. Aufgenommene Flüchtlinge nach § 32a AuslG haben den sogenannten B(-ürgerkriegsflüchtling)-Status (vgl. KNOPP 1994, S. 74).

1.2.4 Ansätze des Asylbewerberleistungsgesetzes

Mit dem seit 01.11.1993 in Kraft getretenen Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

„definierte der Gesetzgeber de facto ein neues sozio-kulturelles Existenzminimum. Denn die bis dahin gewährte sog. ‚Hilfe zum Lebensunterhalt‘ nach dem Bundessozialhilfegesetz umfaßte dem allgemeinen (Rechts-) Verständnis nach die Grundbedürfnisse der menschlichen Existenz“ (WURZBACHER 1997, S. 35).

Diese Änderung bezweckte die Streichung von Sozialleistungen für AsylbewerberInnen und für vollziehbar zur Ausreise verpflichtete AusländerInnen aus dem Bundessozialhilfegesetz und die Anpassung dieser Personengruppe an besondere ausländer- und asylrechtliche Vorschriften.

Man novellierte dieses Gesetz, das einerseits als weitere Komponente des 1993 beschlossenen sogenannten Asylkompromisses entwickelt wurde, andererseits Teil eines Finanzprogramms zur Begrenzung der öffentlichen Ausgaben der Haushalte von Bund und Ländern war, seit seiner Einführung bis Mitte 1999 zweimal: im August 1997 zur genaueren Definition des leistungsberechtigten Personenkreises und im Juni 1996 durch die Einführung einer „um-zu-Regelung“ zur Erweiterung des leistungsberechtigten Personenkreises (vgl. DEIBEL 1998, S. 28f.; STREIT / HÜBSCHMANN 1998, S. 268).

Es bleibt zu befürchten, dass das Reglement sich weiter verschärft, die Versagung des Bezugs von Sozialleistungen sich auf Bürgerkriegsflüchtlinge aus Bosnien-Herzegowina oder aktuell auf Flüchtlinge aus dem Kosovo ausdehnt. Diese Befürchtung ist als „Indiz für eine Taktik der schleichenden Aushöhlung des Sozialstaates“ zu betrachten (FLÜCHTLINGSRAT BERLIN et al. 1998, S. 26).

Die Leistungen, die gemäß des AsylbLG erbracht werden, sind im Vergleich zum BSHG erheblich eingeschränkt und haben als Sachleistungsprinzip gemäß § 3 Abs. 1 AsylbLG grundsätzlichen Bestand.

Die Austeilung fertiger Lebensmittelpakete, Wertgutscheine oder die Bezahlung im Kundenkontenblatt-Verfahren sowie die Ausleihe von Gebrauchsgütern resultieren beispielsweise aus diesem Prinzip.⁸

1.2.5 Völkerrechtliche und gemeinschaftsrechtliche Abkommen

Nach Artikel 25 des Grundgesetzes gelten die völkerrechtlichen Verträge als Bestandteil des Bundesrechts und gehen diesen gesetzlichen Bestimmungen vor (vgl. KNOPP 1994, S. 75). Von den völkerrechtlichen Bestimmungen ausgehend, auf das geltende Asylrecht bezogen, bedeutet dies zweierlei. Zum einen hat der einzelne Staat das Recht, territoriale Souveränität auszuüben, indem er auf eigenem Staatsgebiet Verfolgten durch einen anderen verfolgenden Staat Schutz gewährt. Zum anderen gilt die Gewährung von Asyl als politische Ermessensfrage und -entscheidung des souveränen Staates (vgl. KNOPP 1994, S. 76).

Das Völkerrecht macht sich nicht als „Recht der Völker“ aus, sondern besteht als Recht der souveränen Staaten, die wiederum auf völkerrechtlicher Ebene nicht als Rechtsträger (Einklagbarkeit) auftreten. Die völkerrechtlich bestimmten Rechte und Pflichten tragen nur die unterzeichnenden Staaten und in Ausnahmefällen auch internationale Organisationen, wie z.B. das Internationale Rote Kreuz (vgl. KNOPP 1994, S. 76).

Genfer Flüchtlingskonvention

Die Genfer Flüchtlingskonvention (GFK), ratifiziert im Juli 1951, ist das erste völkerrechtliche Abkommen, welches sich speziell mit dem Asylrecht befasst und einen internationalen Rechtsstatus von Flüchtlingen festlegt. Sie wurde bis 1990 von 109 Staaten signiert. In der GFK wird kein subjektiver Anspruch des Flüchtlings auf Asyl gewährt. Zudem sind die Signatarstaaten nicht rechtlich an die Einhaltung der Konvention verpflichtet, wohl aber moralisch gebunden (KNOPP 1994, S. 79).

8 Im Rahmen von Punkt 2.2.1 *Die Auswirkungen der Asylgesetzgebung* wird näher auf die Bestimmungen von § 4 AsylbLG, Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt und auf § 6 AsylbLG, sonstige Leistungen, eingegangen.

Mit der GFK wird die Ausgestaltung des Asylrechts geregelt. Enthalten sind u.a. Vorschriften über Rechte und Pflichten der Flüchtlinge, ihre Behandlung im Krieg und die Möglichkeit der Ab- und Ausweisung. Im Rahmen der Regelung des personalen Status setzt die GFK eine bereits bestehende Asylverfahrensgewährung voraus (vgl. MÜNCH 1992, S. 17f.). Es fallen gemäß GFK diejenigen in die Regelung des Status, die sich im Hoheitsgebiet des Aufnahmelandes befinden (vgl. KNOPP 1994, S. 69). Je restriktiver die Asylgewährung gehandhabt wird, desto mehr Flüchtlinge fallen unter den Schutz der GFK, sobald sie sich in der BRD aufhalten (vgl. KNOPP 1994, S. 79).

Der entscheidende Unterschied zum Grundgesetz besteht durch den in der GFK formulierten subjektiven Flüchtlingsbegriff. In der GFK wird ferner kein Grund genannt, der zum Ausschluß aus seinem Definitionsraum führen könnte, wie z.B. durch Art. 16a GG, der durch den Aufenthalt in einem sicheren Drittstaat politische Verfolgung ausschließt (vgl. KNOPP 1994, S. 80).

Rechtlich gesehen wird in der GFK nicht zwischen Vor- und Nachfluchtgründen unterschieden. Nach Artikel 33 Abs.(1) GFK wird ein Ansatz zu subjektivem Recht auf Asyl gegeben:

„Keiner der vertragschließenden Staaten wird einen Flüchtling auf irgendeine Weise über die Grenze von Gebieten ausweisen oder zurückweisen, in dem sein Leben oder seine Freiheit wegen einer Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen seiner politischen Überzeugung bedroht sein würde“ (GFK Art. 33 Abs. 1, in: DEUTSCHES AUSLÄNDER-RECHT 1996, S. 246).

Dieses Non-Refoulement-Gebot besteht unabhängig der Inanspruchnahme und des Ausgangs des Asylverfahrens, strittig ist jedoch die Rechtsverbindlichkeit für die BRD nach Art. 25 GG.

Es lässt sich festhalten, dass der formulierte Flüchtlingsbegriff und die Asylgewährung gemäß der GFK nach der Änderung des Grundgesetzes humaner und progressiver sind, als die existierende nationalstaatliche Praxis. Gleichzeitig ist die Wirkungskraft dieser Regelung aufgrund der lediglich moralisch bestehenden Verpflichtung weitreichend eingeschränkt. KNOPP lässt die Frage offen, wieweit das Bun-

desverfassungsgericht die Aushöhlung der völkerrechtlichen Verträge zulässt (vgl. KNOPP 1994, S. 82).

Europäische Menschenrechtskonvention

In der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) wird nicht explizit auf das vorhandene Asylrecht eingegangen, wohl aber auf humanitäre Pflicht und liberale Handhabung der Asylpolitik hingewiesen. Seit November 1950 haben 23 von 26 Mitgliedsstaaten des Europarates diese Konvention ratifiziert. Die EMRK und ihre Zusatzprotokolle zeichnen sich dadurch aus, dass sie dem Einzelnen individuelle Rechte garantieren. Es ist möglich ein besonderes Rechtsschutzverfahren in Anspruch zu nehmen. Demnach kann gegenüber dem Staat vor dem Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte und vor der Europäischen Kommission für Menschenrechte eingeklagt werden (KNOPP 1994, S. 76).

Die EMRK hat nach Art. 3 EMRK für die Rechtsstellung von Flüchtlingen Relevanz, die gefoltert wurden oder unmenschlicher oder erniedrigender Strafe bzw. Behandlung unterworfen waren. Die sich hier ableitende Pflicht zur Abschiebungsverhinderung der einzelnen Staaten leitet einen subjektiven Anspruch auf Nichtauslieferung des Asylbewerbers aus diesem Artikel ab (vgl. KNOPP 1994, S. 77).

KNOPP weist auf eine erforderliche Neuorganisation der Geltungsbestimmung der EMRK hin, denn laut Maastrichter Verträge haben die Organe der EU die EMRK zu beachten, aber sie selbst als EU habe dieses Vertragswerk noch nicht unterzeichnet, da sie kein Einzelstaat sei. Das Schließen dieser Lücke mache Fragen der Menschenrechte auf Ebene der EU besser zu klären (vgl. KNOPP 1994, S. 78).

Das Schengener und das Dubliner Abkommen

In diesem Abschnitt sollen der Vollständigkeit halber die asylrelevantesten Punkte der umfassenden Schengener und Dubliner Abkommen im Abriss genannt werden. Die Abkommen gelten als gemeinschaftsrechtliche Verträge, ohne direkt als Gemeinschaftsrecht zu bestehen, da sie der Förderung gemeinsamer Ziele in der EU dienen. Das Schengener Abkommen vom 14.6.1985 und das Dubliner Abkommen vom 15.6.1990 enthalten Regelungen für die mit der Öff-

nung des europäischen Binnenmarktes auftretenden Probleme des Asyls.

Mit der Öffnung der Binnengrenzen am 26.3.1995 trat das Schengener Durchführungsabkommen (SDÜ) in Kraft. Es wurde geregelt, dass parallel zur Öffnung der Binnengrenzen eine verstärkte Absicherung der Außengrenzen erfolgt, man ein Auf- und Ausbau des Schengener Informationssystems (SIS) veranlasst und Visumpflicht für bestimmte Länder einführt (BUNDESMINISTERIUM DES INNERN 1996, S. 3ff).

Das Dubliner Abkommen, 1990 von allen EU-Mitgliedsstaaten unterschrieben, gilt als

„Übereinkommen über die Bestimmung des zuständigen Staates für die Prüfung eines in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaften gestellten Asylantrages“ (KNOPP 1994, S. 84).

In diesem Begleitrecht wird zusätzlich eine gemeinsame Listenaufstellung vorgesehen, die die visumpflichtigen Länder bestimmt (vgl. KNOPP 1994, S. 84).

Beide Abkommen spiegeln die restriktive und auf Harmonisierung ausgelegte Asylpolitik der EU-Staaten wider. Im Jahr 1999 spricht sich die Europäische Kommission für eine weitere Angleichung der Kriterien für die Gewährung von Asyl in der EU aus. Sie stützt dieses Vorhaben auf erweiterte Befugnisse bezüglich der Asyl- und Migrationspolitik der EU, die durch den wahrscheinlich noch im Frühjahr 1999 in Kraft tretenden Amsterdamer Vertrag formuliert werden. (FRANKFURTER RUNDSCHAU vom 04.03.1999).

1.2.6 Differenzierung der Gruppe der Flüchtlinge auf Grundlage des Asylrechts

In diesem Punkt werden die unterschiedlichen Gruppen der asylsuchenden Personen nach juristischen Kriterien begrifflich voneinander differenziert. Eingangs sei unbedingt erwähnt, dass der noch immer auf allen gesellschaftlichen Ebenen verwendete Begriff „*Asylant*“ aufgrund seiner Endung -ant aus linguistischer Perspektive eine pejorative Konnotation beinhaltet. Die Verwendung dieses Begriffs bewirkt zum einen die Assoziation mit anderen pejorativ konnotierten Sub-

stantiven, wie z.B. Ignorant, Simulant, zum anderen unterstützt und verstärkt sie das konstruierte Bild des „Asylanten“ vieler Bürger und Bürgerinnen und ausländischer Einwohner und Einwohnerinnen als Synonym für:

„eine nicht zu differenzierende Masse von Menschen, die in der Bundesrepublik auf Kosten des Staates Asyl erbittet“ (Knopp 1994, S. 52).

Mit dem Mittel der Aktivierung von Bedrohungsängsten bei der Gesamtbevölkerung, wozu auch das gesamte Spektrum der Flutsymbolik – „Asylantenflut“, „Asylantenströme“ – zählt (vgl. LINK 1993), entstand seit 1986 eine gezielt eingesetzte und von den Medien aufgegriffene und unterstützte Kriminalisierungs- und Marginalisierungskampagne gegen Flüchtlinge. Sie wurde zum Zweck des Gewinns von WählerInnenstimmen von der Politik benutzt (vgl. MEINHARDT / SCHULZ-KAEMPF 1994, S. 17f.).

Asylbewerber

Als Asylbewerber gelten diejenigen Ausländer, die im Hoheitsgebiet der Bundesrepublik Deutschland oder an der Grenze der BRD einen Antrag auf Asyl gestellt haben und nicht sofort als unbeachtlich (§ 29 AsylVfG) oder als offensichtlich unbegründet (§ 30 AsylVfG) abgewiesen wurden, bzw. nicht aus einem sicheren Herkunftsland ohne Visum⁹ oder aus einem sicheren Drittstaat kommen. Diesen Status haben sie solange, bis das Asylverfahren durch einen Entscheid des BAFL abgeschlossen wird.¹⁰

Als Alternative zu dem legalen, aber häufig aussichtslosem Einreiseverfahren gilt die Inanspruchnahme von Schleppern, die Flüchtlinge gegen hohe Summen von Bargeld und oft unter lebensbedrohlichen Bedingungen illegal ins Land einschleusen (vgl. KNOPP 1994, S. 55). Als zweite Alternative verbleibt die Möglichkeit, das Risiko zu wagen,

9 Fluggesellschaften müssen mit einer Strafe bis zu 5.000 DM für die Beförderung einer Person ohne gültigem Einreisevisum rechnen, auch wenn eine spätere Asylberechtigung zuerkannt wird, siehe KNOPP 1994, S. 54.

10 Zur Praxis des Asylverfahrens und Anwendung der Asylgesetzgebung sowie der besonderen sozialrechtlichen Anwendung für Asylbewerber siehe Punkt 2.2.1 *Die Auswirkungen der Asylgesetzgebung*.

unter lebensgefährlichen Bedingungen über die „grüne Grenze“ in die BRD einzureisen. Auf diesem Weg sind zwischen 1993 und 1998 über 80 Menschen ums Leben gekommen (vgl. WEBER 1998, S. 55f.).

Flüchtlinge ohne Aufenthaltsstatus und -recht: die Gruppe der „Illegalen“

Zur Gruppe der AusländerInnen ohne Aufenthaltsrecht – „Illegale“ – zählen neben den aus Angst vor Abschiebung untergetauchten Asylbewerbern auch andere MigrantInnengruppen, z.B. rechtswidrig eingereiste (Opfer von Frauenhandel, Zwangsprostitution etc.) (vgl. FLÜCHTLINGSRAT BERLIN et al. 1998, S. 42f.). Nach juristischen Kriterien fallen sie nicht in den Definitionsbereich des Asylrechts, existieren aber dennoch in der Gesellschaft. Angesichts ihrer nicht zu unterschätzenden, aber sich im Dunkeln beziffernden Gruppengröße¹¹ und ihrer Belastungen, denen sie täglich und über einen unbestimmten Zeitraum ausgesetzt sind, lassen sie sich selbst durch Definitionsmacht höchster Instanzen nicht länger ignorieren. Aufenthalt in der BRD ohne Aufenthaltsrecht ist eine spezifische Aufenthaltsform, deren Charakteristikum die Angst und Flucht vor einem Aufgreifen ihrer Person und Familie und vor drohender Abschiebehaft oder Strafverfahren wegen illegalen Aufenthaltes ist (vgl. FLÜCHTLINGSRAT BERLIN et al. 1998, S. 17 u. S. 42f.). Sozialrechtlich haben sie keinen Status. Es gibt trotzdem Lücken, die eine Versorgung ermöglichen. Dies beweist die Errichtung des Büros für medizinische Flüchtlingshilfe in Berlin, das 1996 als Antwort auf die sich verschärfende Asylpraxis gegründet wurde. Es vermittelt unbürokratisch, kostenlos und anonym illegale Flüchtlinge an Stellen der Gesundheitsversorgung (z.B. Zahnärzte / Ärzte, Krankengymnastik, Entbindungs- und Abbruchkliniken) (vgl. FLÜCHTLINGSRAT BERLIN et al. 1998, S. 45f.). Schwerwiegende Erkrankungen von AusländerInnen ohne Aufenthaltsrecht ermöglichen nach vorsichtigem und kompetenten Abwägen des Für und Wider unter Umständen den Erhalt eines Aufenthaltrechts (vgl. FLÜCHTLINGSRAT BERLIN et al. 1998, S. 54f.).

11 Die Wohlfahrtsverbände Berlins schätzten eine Zahl von mindestens 100.000 Personen im Stadtgebiet, siehe FLÜCHTLINGSRAT BERLIN et al. 1998, S. 17.

Asylberechtigte

Durch die Anerkennung als politisch Verfolgter vom Bundesamt zur Anerkennung ausländischer Flüchtlinge (BAFL) im Sinne des GG erhält der Asylsuchende den Status und die Rechtsstellung als Asylberechtigter in der BRD. Es besteht nun die Möglichkeit, engste Familienangehörige nachreisen zu lassen. Es wird eine unbefristete Aufenthaltserlaubnis gewährt, woraufhin fünf Jahre später eine solidere Aufenthaltsberechtigung beantragt werden kann. Es wird ein Flüchtlingsreiseausweis ausgehändigt, mit dem frei durch die EU-Staaten gereist werden darf (vgl. KNOPP 1994, S. 58).

Sozialrechtlich gesehen, hat der Asylberechtigte Anspruch auf eine Reihe von Leistungen, die sich weitgehend an dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG) orientieren. Der Leistungsanspruch reicht zudem in einem Spektrum von Sprachausbildung über Aus- und Fortbildungsmaßnahmen, Arbeitsrecht, Wohnrecht bis hin zu umfassenderer ärztlicher Versorgung. Zum letzten Punkt ist besonders im Rahmen des thematischen Schwerpunktes dieser Arbeit zu betonen, dass die nun mögliche verbesserte ärztliche Versorgung insbesondere für die Versorgung von Langzeitschäden aufgrund von Flucht und Folter zum einen reichlich spät anwendbar und zum anderen aufgrund mangelnder bzw. fehlender staatlicher Programme unzureichend bis schwer umsetzbar ist (vgl. KNOPP 1994, S. 59).

De-facto-Flüchtlinge

Als De-facto-Flüchtlinge werden die jeweiligen Personen bezeichnet, deren Asylanträge rechtskräftig abgelehnt wurden oder die keinen gestellt haben, die aber aus humanitären, rechtlichen und politischen Gründen nicht abgeschoben werden. Anwendung für diesen Personenkreis finden entweder internationale Verpflichtungen oder §§ 51-53 AuslG. Ein Aufenthaltsrecht gemäß § 51 AuslG bedeutet den Erhalt einer zweijährig befristeten Aufenthaltsbefugnis nach § 30 AuslG. Eine nach §§ 53 Abs. 6 und 54 AuslG nicht vollzogene Abschiebung bewirkt den Erhalt einer i.d.R. einjährigen Duldung nach § 56 AuslG (vgl. BOUMANS / ÜNAL 1997, S. 2ff.). De-facto Flüchtlinge fallen weder unter Art. 16a GG noch unter den Schutz der GFK.

Zu der unsicheren rechtlichen Position kommt eine eingeschränktere sozialrechtliche Stellung als bei Asylbewerbern: Familiennachzug ist

untersagt; sie haben die Pflicht, sich in einem begrenzten Gebiet (Kreis / Stadt / Gemeinde) aufzuhalten; sie erhalten weder sprachliche-, schulische-, noch berufliche Förderung; es besteht die Verpflichtung, sich in Sammelunterkünften aufzuhalten; Leistungen wie finanzielle Hilfe und Krankenhilfe nach dem BSHG werden eingeschränkt und gekürzt gewährt – die Finanzierung liegt bei den Städten und Kommunen (vgl. KNOPP 1994, S. 62).

Kriegs- und Bürgerkriegsflüchtlinge

Die Gruppe der Kriegs- und Bürgerkriegsflüchtlinge erhält seit Juli 1993 gemäß § 32a AuslG ein vorübergehendes Bleiberecht in der BRD. Dies wird in Form einer Aufenthaltsbefugnis gewährt. Nach § 14 Abs. 3 AsylVfG sind sie von der Antragstellung auf Asyl ausgeschlossen. Die vorhandene soziale und rechtliche Situation ist abhängig von Einreisebedingungen und Herkunftsland, entspricht im wesentlichen aber den Einschränkungen der de-facto-Flüchtlinge (vgl. BOUMANS / ÜNAL 1997, S. 3).

Konventionsflüchtlinge

Anerkannte, nicht-asylberechtigte Konventionsflüchtlinge gemäß der GFK erhalten in der BRD einen gesetzlichen Anspruch auf eine Aufenthaltsbefugnis für zwei Jahre mit der Möglichkeit zur Verlängerung. Sie erhalten einen Flüchtlingspass nach der Genfer Konvention. In der Statistik werden sie, trotz unterschiedlicher Definition, in der Gruppe der De-facto-Flüchtlinge untergebracht (vgl. KNOPP 1994, S. 63).

Kontingentflüchtlinge

Zu den Kontingentflüchtlingen gehören Personen, die aufgrund von humanitären Hilfsmaßnahmen durch eine besondere Übernahmeerklärung der Regierung aufgenommen werden. Sie haben nach dem Kontingentflüchtlingengesetz einen eigenen Rechtsstatus. Das Bundesinnenministerium bestimmt eine Quote zur Größe der Flüchtlingsgruppe (vgl. BOUMANS / ÜNAL 1997, S. 3). Das bekannteste Beispiel für Kontingentflüchtlinge ist die Aufnahme der vietnamesischen „boat-people“ Anfang der achtziger Jahre.

1.2.7 Zahlen und Fakten

Mitte der 90er Jahre lebten ca. 6,49 Millionen Ausländerinnen und Ausländer in der BRD, was einen Anteil von 8 % an der Gesamtbevölkerung ausmachte (vgl. KNOPP 1994, S. 88). Nach Inkrafttreten aller gesetzlichen Neuregelungen ging die Zahl der Asylbewerber stetig von 438.191 Personen im Jahr 1992 über 116.367 Personen im Jahr 1996 auf 98.644 Personen im Jahr 1998 zurück (vgl. DAS BUNDESMINISTERIUM DES INNERN INFORMIERT 1999, S. 73; BUNDESMINISTERIUM DES INNERN 1998b, S. 80).

Die fünf Hauptherkunftsländer waren zu diesem Zeitpunkt die BR Jugoslawien, die Türkei, der Irak, Afghanistan und Vietnam. Bemerkenswert ist die Zunahme der Flüchtlinge aus der BR Jugoslawien um 136,5% und der aus Vietnam um 100,2%, im Vergleich zum Vorjahr 1997. Von den Flüchtlingen aus der BR Jugoslawien gehören ca. 85% zu der Volksgruppe der Kosovo-Albaner. Diese Flüchtlinge umfassen 35,5% aller Asylbewerber (vgl. DAS BUNDESMINISTERIUM DES INNERN INFORMIERT 1999, S. 73f.).

Das BAFL hat 1998 insgesamt 147.391 Asylentscheidungen getroffen, wobei 4% als Asylberechtigte anerkannt wurden, 3,7% Abschiebeschutz nach § 51 Abs.1 AuslG erhielten, 30,1% der Anträge „sonstwie“¹² erledigt und 62,2% der Asylanträge abgelehnt wurden. Bei ca. 1,8% stellte man Abschiebehindernisse nach § 53 AuslG fest. (vgl. DAS BUNDESMINISTERIUM DES INNERN INFORMIERT 1999, S. 74).

Die Zahl der Abschiebungen ehemaliger Asylbewerber im Jahr 1998 hat wahrscheinlich die Zahl des Jahres 1997, d.h. 18.000 Personen erreicht. Die Zahl der ohne staatliche Kontrolle ausgereisten oder illegal untergetauchten ehemaligen Asylbewerber ist unbekannt und nicht zuverlässig schätzbar (vgl. DAS BUNDESMINISTERIUM DES INNERN INFORMIERT 1999, S. 75). Daraus läßt sich ableiten, dass die Anzahl der hier lebenden Asylbewerber trotz gesunkener Zugangszahlen (s.o.) ständig zugenommen hat, da deutlich weniger Asylbewerber nach erfolglosem Abschluß des Asylverfahrens Deutschland freiwillig verlassen haben und abgeschoben wurden. Dies belegt sowohl die Gegenüberstellung der Zugangs- und Abschiebungszahlen eines

12 Es ist ein Originalzitat. Die Art und Weise der Antragsbearbeitung war aus dem Zusammenhang nicht nachvollziehbar und ist somit nicht anders darstellbar.

Jahres als auch die steigende Zahl der Folgeasylanträge (vgl. DEIBEL 1998, S. 28).

Ende des Jahres 1997 lebten ca. 1,4 Millionen Flüchtlinge in der BRD. Sie teilten sich auf in:

177.500	Asylberechtigte und im Ausland anerkannte Flüchtlinge
130.000	Familienangehörige von Asylberechtigten
320.000	Asylbewerber
360.000	De-facto-Flüchtlinge
245.000	Bürgerkriegsflüchtlinge aus Bosnien-Herzegowina
25.5000	Konventionsflüchtlinge
10.000	Kontingentflüchtlinge
85.000	Jüdische Emigranten aus der ehemaligen Sowjetunion
16.000	Heimatlose Ausländer/innen

(vgl. Bundesministerium des Innern 1998, S. 81f.).

1.2.8 Zusammenfassung

Zweck dieses ersten Kapitels ist das Aufzeigen der mehrschichtigen Rahmenbedingungen, welche die Situation der Flüchtlinge im Exil in der BRD ausmachen. Zum einen, weil sie nachhaltig die Lebenssituation der beschriebenen Personengruppe in ihrer Vorflucht – Flucht und Exilphase bestimmen (vgl. MEHARI 1995, S. 34ff.) und zum anderen, weil sie die Arbeit in der psychosozialen Versorgung von traumatisierten Flüchtlingen auf einer anderen Ebene, aber nicht minder nachhaltig beeinflussen. Die Grundlage der nachfolgenden Ausführungen zu den Bereichen und zur empirischen Untersuchung ist nun durch die Aufbereitung der Begrifflichkeiten geschaffen.

Die sorgfältig unterscheidende Betrachtung von politisch-juristischen und sozialwissenschaftlichen Kriterien führt zu einer Kennzeichnung des mit Abstrichen behafteten sozialwissenschaftlichen Blickwinkels, mit welcher Personengruppe sich die vorliegende Arbeit befasst, was sie ausmacht und wodurch sie sich abgrenzt.

Die auf die Definitionsebene gerichtete Aufmerksamkeit des Lesers ermöglicht die Analyse der psychosozialen Situation und der gegebenen Situation der psychosozialen Versorgung von traumatisierten

Flüchtlingen mit einem geordneten, differenzierten Vokabular und einer zuordbaren Perspektive.

Es zeigte sich, dass die Gruppe der Flüchtlinge sich nach den o.g. Kriterien sehr heterogen zusammensetzt. Flüchtlinge sind in ihrer Situation Akteure, somit nicht nur ohnmächtig und passiv den äußeren Entwicklungen ausgeliefert. Flucht ist weder als zufällig noch als schicksalhaft oder gar natürlich zu verstehen. Sie hat ihre Ordnung als produziertes Resultat, als Teil eines existierenden internationalen Flüchtlingssystems (vgl. TREIBEL 1999, S. 164ff.).

„Der Verlauf von Fluchtbewegungen hängt einerseits von den nationalen politischen Systemen und dem internationalen Flüchtlingssystem und andererseits von den Ressourcen, Handlungschancen und den Netzwerken ab, auf die die Flüchtlinge zurückgreifen können“ (TREIBEL 1999, S. 173).

Die Entwicklung der asylrelevanten rechtlichen Kriterien auf nationaler und europäischer Ebene schließt sich an die Definition, Beschreibung und globale Entwicklungen von Flucht, -ursachen und Flüchtlingspopulationen an. Die nachweislich vorhandene normative Voreingenommenheit des Aufnahmelandes BRD erweist sich als richtungsweisend für den Umgang mit und den Verlauf des Lebens als Flüchtling nach dem Zugang in die BRD.

Es wird u.a. sichtbar, wie Zugangsmöglichkeiten und -barrieren seit Ende des Holocaust erschaffen und im Verlauf restriktiv verändert wurden. Der zu Beginn der 90er Jahre gefällte „Asylkompromiss“ erweist sich für die gegenwärtige rechtliche und soziale Situation von Flüchtlingen in der BRD als einschneidend. Die Definition nach juristischen Kriterien derjenigen Personen, die es bis zur Aufnahme als AsylbewerberInnen in der BRD geschafft haben, zieht die Einordnung nach ihrem unterschiedlichem Aufenthaltsstatus nach sich. Durch die Anwendung des AsylbLG entsteht eine sozialrechtliche Spaltung der Gruppe der Flüchtlinge in zwei Klassen. Diejenigen, die in diesen Leistungsbereich fallen, leben weit unter dem Existenzminimum.

Die aus der Gesetzeslage resultierenden groben Einschränkungen erschweren erheblich gesundheitsfördernde Maßnahmen, wozu u.a. „Hilfe zur Selbsthilfe“ und die „Aktivierung von Ressourcen“ zählen. Mit anderen Worten: Obgleich es schwer genug ist, sich z.B. nach

einem erfahrenen Trauma zu stabilisieren, erschwert das äußerste Versorgungsminimum gemäß AsylbLG diesen Prozess um ein Vielfaches. Ganz abgesehen davon, dass – aus der Perspektive eines Exilanten – das deutsche innerstaatliche Flüchtlingssystem wohl sehr undurchsichtig, fremd, abweisend und hart erscheinen muss. Gemäß einer erneuten restriktiven Veränderung des AsylbLG setzt sich „die allmähliche Erosion des Unrechtsbewusstseins angesichts der Verletzung des obersten Verfassungsprinzips, des Schutzes der Menschenwürde“ (FLÜCHTLINGSRAT BERLIN et al. 1998, S. 26) fort.

Die aufgeführten Zahlen und Fakten spiegeln auf statistischer Ebene wider, dass die von der BRD aktiv betriebene Zugangsverminderung keineswegs zu einer faktischen Reduzierung der sich in der BRD aufhaltenden Personen beigetragen hat. Flucht und Asyl ist insbesondere für den europäischen Raum ein aktuelles sowie brisantes Thema geblieben. Gegenwärtig, kurz vor Ende des Jahrhunderts, hat es sich durch den Krieg im Kosovo und den katastrophalen Umgang mit den Flüchtlingsbewegungen direkt am Krisengebiet, wie auch aufgrund der Aufnahme- und Handlungsbereitschaft seitens der europäischen Länder und den USA, verstärkt. Es bleibt die Frage offen, wie sich eine konsequent weitergeführte Flüchtlingspolitik der „Abschottung nach außen“ und „Abschreckung nach innen“ (MEINHARDT 1995, S. 105) auf die Lebenssituation der Flüchtlinge und in Relation zum Bedarf auf die Situation der psychosozialen Versorgung auswirkt, die sich in diesem Themenbereich auf praktischer Ebene der psychosozialen Versorgung widerspiegelt.

2 Die psychosoziale Situation traumatisierter Flüchtlinge im Exilland BRD

2.1 Sozialisations-, Sozialstrukturen und psychische Belastungen im Herkunftskontext

In diesem gesamten Kapitel wird das „Phasenmodell des Flüchtlingslebens“ (MEHARI 1995) als gedanklicher Leitfaden zur Darstellung der Lebenssituation von traumatisierten Flüchtlingen im Exil in der BRD verwendet. Demnach bestehen vier charakteristische Phasen im Verlauf eines erfolgreich ins Ausland geflohenen Flüchtlings:

a) Vorfluchtphase; b) Fluchtphase; c) Exilphase – unterteilt in (c1) Phase des Wartens bis zum Abschluss des Asylverfahrens und (c2) Entwicklung von Zukunftsperspektiven nach Abschluss des Asylverfahrens und d) Entscheidungsphase – unterteilt in (d1) Rückkehr in die Heimat (d2) Integration im Exilland und (d3) Weiterwanderung in ein Drittland (vgl. MEHARI 1995, S. 34ff.).

Die phasenspezifische Betrachtung von Flucht ermöglicht sowohl eine genauere Aufteilung, Abgrenzung und Beschreibung der situationsspezifischen Umweltbedingungen als auch die Wahrnehmung und Interpretation dieser Bedingungen aus mehreren allgemeineren Perspektiven (z.B. sozialwissenschaftlich, psychologisch) (vgl. MEHARI 1995, S. 34ff).

Die Betrachtung der psychosozialen Situation traumatisierter Flüchtlinge ist außerdem auf den hypothetischen Aspekt des starken Einflusses von **äußeren** begünstigenden Faktoren und direkten Auslösern innerer pathologischer, „sozio-psycho-somatischer Zirkel“ und dem Bestreben des Aufdeckens dieser Wirkungsweise ausgerichtet (OVERBECK 1984, zit. nach LEYER 1991, S. 64).

Das Erkenntnisinteresse der gesamten Arbeit richtet sich darauf, was als therapeutische Interaktion zwischen dem traumaerfahrenen Asylbewerber und dem Therapeuten im Einzelfall beschreibbar und was daran hervorzuheben ist. Zu diesem Zweck richtet sich das Erkennt-

nisinteresse dieses Kapitels auf die anhand der aktuellen Literatur objektiv festgestellten, situationsbedingten äußeren Einflüsse der Klientel. Über diesen Weg ist beschreibbar, welche Problem- und Themenkomplexe seitens des Klienten in die zu untersuchende therapeutische Kommunikation eingebracht werden können. Ziel ist, Kriterien zusammenzutragen, die es erleichtern, die komplexe Lebenssituation der Klientel zu erfassen und ihren aktuellen psychosozialen Standort in der deutschen Gesellschaft zu objektivieren. Mit dem Blick auf die Kontextfaktoren, auf ihren Standort und damit einhergehenden Möglichkeiten und Grenzen in der psychosozialen Lebenssituation traumatisierter Flüchtlinge im Exil in der BRD wird versucht, die allgemein verbreitete defizitäre Betrachtung von traumatisierten Flüchtlingen auszuräumen.

In diesem ersten Teil wird genauer beleuchtet, durch welche sozialen, kulturellen und psychischen Faktoren die Vorfluchtphase und die Fluchtphase der hier lebenden traumatisierten Flüchtlinge gekennzeichnet ist (vgl. MEHARI 1995, S. 36). Zu diesem Zweck werden Strukturen herkunftsspezifischer Verhaltensmuster und -normen erläutert, welche die Lebensform der hier im Exil lebenden Flüchtlinge ausmachen, in die sie sozialisiert sind und auf deren Basis die Wahrnehmung ihrer veränderten Lebensbedingungen und ihrer Lebenssituation im Exil beruht. Zweitens werden insbesondere die im Kontext von Verfolgung und Flucht entstandenen traumatisierenden Wirkungsweisen und Ausformungen auf psychischer Ebene erläutert. Zum Ende erfolgt die Beschreibung erster Reaktionen auf Flucht und Trauma auf psychischer, somatischer und sozialer Ebene.

Dadurch wird transparent, mit welchen vielschichtigen äußeren und inneren herkunftsspezifischen Faktoren die Zielgruppe in das Exilleben in der BRD eintritt, was sie diesbezüglich als spezifische Personengruppe im Exil in der BRD ausmacht und welche hierzu gehörenden Faktoren sie in den therapeutischen Raum einbringen.

2.1.1 Sozialisations- und Sozialstrukturen im Herkunftsland

Trotz unterschiedlicher Herkunftsländer weisen die Lebensgeschichten der Flüchtlinge und ihrer Familien Parallelitäten in ihren Strukturen der Lebensführung auf, insbesondere, wenn die Herkunft von

ländlich-dörflichem Charakter ist. Diese Aussage basiert auf einer Pilotstudie zur Situation der Flüchtlinge, die FELDHOFF u.a. 1990 in Bielefeld durchführten. Der Schwerpunkt dieser Studie liegt auf der Betrachtung der Lebenssituation und Zukunftserwartungen ausländischer Flüchtlinge aus der Perspektive der Betroffenen. Der Ausgangspunkt dieser empirischen Untersuchung ist, dass die Familie als die wichtigste Lebens- und Haushaltsform innerhalb der Flüchtlingspopulation gilt und damit als wichtiger Teil zu den gewohnten Sozialisationsstrukturen im Herkunftsland zählt (vgl. FELDHOFF u.a. 1991, S. 8).

Die Herkunft aus ländlich-dörflichem Gebiet bedeutet in einem hohem Maß Gewohnheit von und Vertrautheit in kollektiven Lebenszusammenhängen. Sie existieren in erster Linie in Form von Verwandtschafts- und Nachbarschaftsbeziehungen. Dies bedeutet, dass der Alltag mit seinen Schwierigkeiten nicht allein, sondern innerhalb der Gemeinschaft mit gegenseitiger Unterstützung bestritten wird. Das Bestehen von Kontakten spielt eine zentrale Rolle und ist für den Lebensalltag eminent wichtig, da er eine psychologische, ökonomische und soziale Ressource darstellt, auf die in jeglicher Lebenssituation zurückgegriffen werden kann (vgl. FELDHOFF u.a. 1991, S. 136f.; BOUMANS / ÜNAL 1997, S. 68).

Das traditionelle System der Großfamilie verkörpert eine Form des engen verwandtschaftlichen Zusammenlebens, welches sich in seiner Art und Weise regional unterscheidet. Die Varianten reichen von wirtschaftlichen Einheiten (Existenzsicherung) über soziale und psychosoziale Stützfunktionen (Sicherung von Vertrautheit und Geborgenheit, z.B. im Rahmen der Kindererziehung, Trauerarbeit etc.) bis hin zu beginnenden Funktionsverlusten und Auflösungstendenzen beschriebener Strukturen, die sich im Rahmen von Modernisierungsprozessen einstellen (vgl. FELDHOFF u.a. 1991, S. 136f.; ADAM 1993, S. 74f. und 120f.). Innerhalb des verwandtschaftlichen Systems spielen die geschlechtsspezifische Erziehung und die Stellung in der Geschwisterreihe eine wichtige Rolle (vgl. MEHARI 1995, S. 36).

Daneben ist das System des sozialen Netzes von großer Bedeutung, insbesondere auch zur Bewältigung von Krisenzeiten. Dieses entsteht außer durch Nachbarschaftskontakte auch durch die Zugehörigkeit zu einer religiösen oder ethnischen Minderheit. Die Möglichkeit des

Rückgriffs auf einen Gesprächspartner ist hier beispielsweise im Vergleich zu unserem Verständnis von sozialen Netzen höher. Es ist selbstverständlich, dass jemand zum Zuhören da ist, sich auf das Problem des Vortragenden einlässt und dafür Verantwortung trägt. Man nimmt gegenseitig Anteil, zugleich beteiligt man sich aktiv gemeinsam am sozialen Geschehen (vgl. ADAM 1993, S. 76f.).

MEHARI bestätigt in einem Interview die Bedeutung von sozialen Netzen. Im Rahmen seiner therapeutischen Arbeit mit Flüchtlingen aus Somalia, Eritrea und Äthiopien im Psychosozialen Zentrum für ausländische Flüchtlinge in Frankfurt am Main erfährt er zum einen täglich, dass für seine Klienten nicht das „Ich“, sondern das „Wir“ mit einem anderen Bezug zur Gruppe und daran orientierendem Handeln im Mittelpunkt der Kommunikation stehe. Zum anderen bestünde eine andere Auffassung von Kontakt: „sich anvertrauen“ und „sich auf den anderen einlassen“ bedeutet noch längst nicht, über intime Themen zu sprechen. Man offenbare sich nur gegenüber einer für diesen Zweck anerkannten und bestimmten Vertrauensperson (vgl. MEHARI 1998).

Das Bestehen sozialer Netzwerke verfestigt sich durch kollektive symbolische und rituelle Verhaltensweisen in vielen Lebensbereichen. Zu einem wichtigen Anlass zählt in diesem Sinne, neben religiösen Praktiken, das gemeinsame Essen. Ein Interviewausschnitt von ADAM zeigt beispielhaft den bedeutsamen und symbolischen Charakter von der gemeinsamen Aufnahme eines gleichen Getränks:

„Die große Sehnsucht habe ich jedoch nach den Bergen, dem Land. Bei meinen Genossen fühle ich mich wie in meiner Familie, hier gibt es nichts Vergleichbares, da wir hier nicht das ‚gleiche Wasser‘ trinken“ (zit. nach ADAM 1993, S. 77).

Welche Lebensqualität sich an solchen Praktiken, die in der individualisierten Gesellschaft der BRD bestenfalls randständigen Charakter haben, festmachen kann, veranschaulicht folgender Interviewausschnitt:

„Wir brauchen auch Liebe, die Lebendigkeit des Lebens hier, aber selbst unsere Friedhöfe und Gräber sind lebendiger als hier“ (in der BRD) (zit. nach ADAM 1993, S. 79).

Zu der Stützfunktion von sozialen Strukturen kommt außerdem die Vertrautheit in dem landeseigenen System der Behörden, sowie anderen staatlichen und nichtstaatlichen Institutionen und die dortigen Kommunikations- und Umgangsweisen (vgl. ADAM 1993, S. 111).

Ein existentiell bedeutsamer, der Beschreibung von Sozialisations- und Sozialstrukturen zugehöriger Aspekt ist die bereits im Herkunftskontext bestehende marginale gesellschaftliche Position. Damit ist der rechtliche oder auch faktische Ausschluss der Teilhabe an gesellschaftlichen Gütern aus sämtlichen Lebensbereichen gemeint. Die gesellschaftliche Position beeinflusst die Lebensführung der Menschen spätestens dann, wenn sie unumgänglich als Problem wahrgenommen wird oder in Form von situationsangepasstem (förderndem / hemmendem) Problemlösungsverhalten auftaucht. Flucht ist eine spezifische, gewählte und letzte Möglichkeit in der Reihe typologischer Problemlösungsstrategien im Herkunftsland (vgl. FELDHOFF u.a. 1991, S. 16f.)¹.

WEBER weist darauf hin, dass Daten und Zeitenfolgen kulturspezifisch wahrgenommen werden können, indem sie sich z.B. an religiösen Festen, an Ernte- oder an Jahreszeiten orientieren und so erinnert und dargestellt werden (vgl. WEBER 1998, S. 164).

Welch bedeutsamen Stellenwert kulturspezifische Einflüsse in kommunikativen Prozessen noch einnehmen können, zeigt eine mit vietnamesischen Flüchtlingen in der Schweiz durchgeführte Untersuchung von WICKER und SCHOCH. Demnach nehmen „Autorität“ und „Rollenanpassung“ einen zentralen Stellenwert für diese Personengruppe ein. Besonders interessant erscheint die gehäufte „orale Ausformung“ von Bedürfnissen, inneren Konflikten und Ängsten (vgl. HALLER 1988, S. 26f.). Ihre Erfahrungen, welche die Autoren im Rahmen ihrer Studie gemacht haben, lauten allgemeingültig zusammengefasst:

„Jede Flüchtlingsgruppe verfügt über einen eigenen kulturellen Hintergrund, der durch die nationale Geschichte, durch spezifische Erziehungskonzepte und Familienformen, die eigene Sprache, aber auch durch eigene projektive Systeme in Form von Mythen, Religionen und Ideologien geprägt ist. Jede

1 Siehe Kapitel I.

Flüchtlingsgruppe verfügt deshalb auch über eigene Disposition des sozialen und psychischen Scheiterns, die im Asylland in gesteigerter Form zur Anwendung kommt“ (WICKER / SCHOCH 1987, S. 7 zit. nach HALLER 1988, S. 25).

In kritischer Betrachtung des angeführten Zitats wäre zunächst zentral zu diskutieren, wie „kultureller Hintergrund“ und damit Kultur definiert wird, was sie ausmacht, in welchem Kontext sie steht und wie veränderbar sie ist. Der Rahmen dieser Arbeit bietet jedoch nur Platz für einen kurzen Definitionsansatz und einen groben Umriss der gesamten Problematik.

Der Versuch der Kategorisierung von Kulturdefinitionen in gängigen Lexika zeigt nach MÜLLER den Aspekt auf, dass ein weitreichendes inhaltliches Spektrum über Gemeinsamkeiten der Definitionen vorhanden ist. Ebenso besteht die Möglichkeit, die Differenzen der Kulturdefinitionen zueinander zu bestimmen und sie zu objektivieren. Je statischer eine Kultur anhand bestimmter Merkmale definiert wird, desto besser ist eine gegenseitige Abgrenzung und Vergleichbarkeit möglich. Auf einen dynamischen, universell begründbaren Definitionsansatz weist HAMBURGER im Rahmen seiner Erläuterung zur Auffassungsmöglichkeit von Kultur hin (vgl. MÜLLER 1993, S. 61f.).

„Kulturen als reflexive Erfahrung zu begreifen ermöglicht es, an die allgemeinen humanen Ansprüche in den verschiedenen Kulturen anzuknüpfen und die Blockierung dieser Ansprüche durch konkrete soziale und politische Verhältnisse zu erkennen“ (HAMBURGER 1988, zit. nach MÜLLER 1993, S. 62f.).

Für die Entwicklung von Kultur erhalten hier die Auswirkungen des gegebenen politischen Systems, der sozioökonomischen Verhältnisse und vorhandener Bildungsstrukturen auf vorhandene Sozialstrukturen Bedeutsamkeit. Die sich daraus ergebenden Kulturerscheinungen differenziert HAMBURGER weiter in subjektive Kultur, objektive Kultur, Privatkultur, operante Kultur, generalisierte Kultur und öffentliche Kultur (vgl. MÜLLER 1993, S. 63). Aus HAMBURGERS Ansatz leitet sich bezogen auf den im o.g. Zitat verwendeten Begriff „prägend“ ab, dass der Mensch als Individuum jederzeit in der Lage ist, sich an die Wechselwirkung von äußeren Rahmenbedingungen mit inneren Potentialen

(neu) zu orientieren, dass er somit nicht starren Mustern unterworfen ist.

Zusammenfassend ist die Existenz unterschiedlicher Betrachtungs- und Beurteilungskriterien feststellbar, die in direktem Zusammenhang mit den kulturgebundenen Strukturen, in denen ein Mensch sozialisiert wurde, stehen. Sie sind, wie sich noch zeigen wird, für eine adäquate, effektive und sinnvolle psychosoziale Versorgung von traumatisierten Flüchtlingen unbedingt zu erheben und als fester Bestandteil, neben der Wahrnehmung vorhandener psychischer Belastungen, in diesen Prozess einzubeziehen.

2.1.2 Psychische Belastungen aufgrund von Verfolgung und Flucht

Wie insgesamt unter Punkt *1.1 Die Flüchtlingsproblematik des 20. Jahrhunderts* aufgezeigt wurde, sind die Ursachen von Flucht sehr vielfältig. Einer der Beweggründe zu dieser „Entscheidung“ ist die Bedrohung von Leib und Leben. Insbesondere die unter Punkt *1.1.2 dargestellte Verfolgung von Minderheiten und Andersdenkenden* erweist sich als ausschlaggebend für eine psychisch belastende Situation im Heimatland. Hierzu zählen drohende, sich wiederholende Inhaftierungen, der Verlust von Familienangehörigen durch Terror, Trennung der Familie durch Kriegswirren, Vergewaltigungen, Zwangsprostitution, Verarmung, Erkrankung, Erschöpfung und als weiteres Extrem die Erfahrung von Folter am eigenen Leib sowie auch die einer nahestehenden Person (vgl. BOMANS / ÜNAL 1997, S. 69).

Traumatische Erfahrungen können sich ebenso auf der Flucht ereignen und wiederholen, beispielsweise durch die persönliche und existenzielle Bedrohlichkeit und Gefährlichkeit der Situation sowie durch Abhängigkeit und Missbrauch dieser Lage von Dritten.

Organisierte Gewaltanwendung² erzeugt nach ADAM im Einzelnen und in der gesamten Gesellschaft vielfältige Formen von Angst. Hierzu zählt:

2 Die Definition von organisierter Gewalt ist unter Punkt *1.1.2.3 Verfolgung von Minderheiten und Andersdenkenden* nachschlagbar.

- latent vorhandene und manifeste Angst – die eigene Existenz und die der nächsten Angehörigen ist weder sicher, noch absicherbar,
- Überlebensangst – im Mittelpunkt des Alltagslebens steht die Angst, zu Tode zu kommen oder körperlichen Schaden zugefügt zu bekommen,
- strukturelle Angst – die Angst vor den herrschenden Gewaltstrukturen (vgl. ADAM 1993, S. 111ff.).

Diese Kategorisierung zeigt auf, wie umfassend bedrohlich, destruktiv und prägend sich organisierte Gewalt auswirken kann. Sie reicht bis hin in die im letzten Abschnitt beschriebenen stützenden, sichernden und stabilisierenden Sozialstrukturen. Es kann Misstrauen entstehen, wonach häufig soziale Isolation folgt. Die Familie wandelt sich zum Austragungsort politischer Konflikte und kann daran zerbrechen (vgl. ADAM 1993, S. 119ff.).

„Die Auswirkungen des Terrors werden in die Privatheit verbannt, eben dort wachsen dann als Folge schwere Störungen in der Familienbeziehung, mit Schuldvorwürfen einerseits und idealisiertem Heldentum andererseits“ (ADAM 1993, S. 120).

Derartig objektiv schlechte Lebensverhältnisse und -umstände können sowohl eine Grundlage für akute und posttraumatische Belastungsreaktionen³ bilden als auch gleichzeitig eine Stärkung des Überlebenswillens, der Fluchtmotivation sein. ADAM führt zu diesem wichtigen Punkt an, dass die Entscheidung zur Flucht gleichzusetzen ist mit der Übernahme von Verantwortung für sich selbst, das eigene Leben und das der Angehörigen und somit eine Ressource des Betroffenen darstellt (vgl. ADAM 1993, S. 118).

3 In der Literatur wird üblicherweise die Bezeichnung „Posttraumatische Belastungsstörung“ (Saigh 1995) verwendet. Nach van Trommel sollte zur Entstigmatisierung der Betroffenen der Begriff „Posttraumatische Belastungsreaktion“ verwendet werden, denn „Störung“ verstärkt das negative Bild des gestörten Subjektes und lenkt von der Pathologie des verursachenden Täters ab, siehe VAN TROMMEL 1998.

2.1.2.1 Traumatische Erfahrungen

Ein psychisches Trauma kann durch unterschiedlichste Erfahrungen und Erlebnisse ausgelöst werden. Es wird von LAUB und AUERHAHN in zwei Kategorien eingeteilt. Zum einen gibt es Traumata, bei denen sich Ereignisse ohne direkten menschlichen Einfluss gegen das Individuum richten (z.B. Naturkatastrophen, Krankheiten, Unfälle). Sie unterscheiden sich zum anderen von den Traumata, die dadurch ausgelöst werden, dass andere Menschen vorsätzlich versuchen, das Individuum zu schädigen oder zu vernichten (vgl. LAUB / AUERHAHN 1991, S. 254). Diese Kategorie der man-made-disaster lässt sich nach LAUB / AUERHAHN in zwei Unterkategorien aufteilen: Sie unterscheiden Traumata, die von einem alleinigen Täter oder von einer Gruppe von Tätern verursacht werden (z.B. Vergewaltiger, Angreifer, Räuber) und Traumata, die durch die Gesellschaft als Ganzes oder vertreten durch die jeweilige Regierung verursacht werden, die mit Traumatisierung und Viktimisierung insgeheim einverstanden ist, sie verzeiht oder sie sogar aktiv unterstützt und gutheißt (z.B. im Falle von Krieg: Vergewaltigung, Völkermord, staatlich sanktionierter Folter) (vgl. LAUB / AUERHAHN 1991, S. 254).

Man-made-disaster beider Unterkategorien eröffnen in der psychischen Aufnahme und Verarbeitung der traumatischen Erfahrung eine moralische und zwischenmenschliche Dimension, die den Verarbeitungsprozess zusätzlich erschwert. Der aus Chile stammende Psychiater und Familientherapeut BARUDY charakterisiert den pathogenen Charakter von organisierter menschlicher Gewalt mit dem Zeugnis eines Klienten:

„Das Schrecklichste an dem, was uns im Gefängnis passierte, war, daß es Menschen wie wir waren, die uns dies antaten“ (zit. nach BARUDY 1993, S. 21).

Das lenkt, nachdem beschrieben wurde, was Trauma *auslöst*, auf die Definition und auf die Wirkung von Trauma.

VAN DER KOLK definiert Trauma als

„den Schaden, der das Ergebnis von unkontrollierbaren, erschreckenden Lebensereignissen ist“ (VAN DER KOLK 1987, zit. nach BECKER 1991, S. 327).

Für BENYAKER bewirkt ein Trauma den

„Kollaps der Strukturen des Selbst auf allen Bezugsebenen als Ergebnis einer Begegnung mit einer katastrophalen Bedrohung und einer chaotischen Antwort“ (BENYAKER et al. 1987, zit. nach BECKER 1991, S. 327).

Das Augenmerk sei hier auf den Zusammenbruch psychischer Struktur in direkter Wirkung des Traumas gerichtet. Keine noch so günstige individuelle bzw. kulturell bedingte Disposition kann die im akuten Moment auftretenden Phänomene aufhalten. Sie beeinflusst aber sehr wohl die nachfolgende Verarbeitung der traumatischen Informationen und eventuell auftretende Symptomatik einer akuten Belastungsstörung und einer Posttraumatischen Belastungsreaktion (PTSD).

Als Auslöser von Traumata gelten die Plötzlichkeit und Unfassbarkeit des auftretenden Ereignisses in Kombination mit der Heftigkeit und Intensität der Situation (s.o.). Der Betroffene gerät, ohne die Möglichkeit sich wehren oder sich schützen zu können, in einen Angst-Schreck-Schock (Stress-) Zustand.

„Eine Situation ist demnach traumatisch, wenn sich ein Mensch **plötzlich** aber auch **lang anhaltend** oder **permanent ansteigend** einer bedrohlichen-ängstigenden Situation **ausgeliefert** fühlt, auf die er sich nicht (mehr) einstellen oder ihr anpassen und ihr auch nicht entkommen kann, sondern von ihr überrollt wird und dadurch in eine Art Schock- bzw. Verwirrungszustand gerät“ (BESSER, S. 1, Hervorh. v. Verf.).

Diese Definition schließt die Möglichkeit ein, dass der Mensch auch als Augenzeuge eines erschreckenden / erschütternden Ereignisses traumatisiert werden kann.

BESSER benennt nach HUBER (1995) und in Anlehnung an o.g. Definition den innerpsychischen Vorgang auf die traumatische Situation im Menschen als „traumatische Zange“. Sie besteht aus drei Komponenten:

- Angst (Schock, Kollaps, Kurzschluss, Todesnähe erleben),
- Ausgeliefertsein, nicht adäquat dem „fight and flight“ Impuls nachgehen können, somit auch
- Ohnmacht (vgl. BESSER 1997, S. 2).

Unmittelbar während und nach dem traumatischen Erlebnis sind bestimmte somatische Reaktionen feststellbar, die für die innerpsychischen Vorgänge von Relevanz sind und umgekehrt. Zumeist sind in der ersten Phase akute Belastungsstörungen feststellbar, die eine bestimmte Symptomatik nachweisen. Diese ist, wie die der PTSD, in dem Klassifikationssystem der American Psychiatric Association unter DSM-IV aufgeführt (vgl. VAN TROMMEL 1998). Ihre Kennzeichen werden im folgenden beschrieben. Sie gehen jedoch insbesondere hinsichtlich extremtraumatischer Erfahrungen (siehe nächster Abschnitt) über die aufgeführten Faktoren hinaus.

Physiologisch-somatische Auswirkungen

Die ersten psychischen Reaktionen auf eine traumatische Erfahrung sind Erschrecken, das Gefühl der Angst und Stress. Diese Reaktionen schlagen sich auf körperlich-vegetativer Ebene z.B. in Form von Tachykardie, Atembeschleunigung / Luftnot, Schwindel bis hin zu Ohnmacht, Zittern, Schwächegefühl nieder. Diese Symptome weisen darauf hin, dass Traumaerfahrungen auf neurophysiologischer und neuropsychologischer Ebene betrachtet werden müssen, denn einer akuten und nachfolgenden Symptomatik liegen feingesteuerte Mechanismen im Gehirn zugrunde. Teil davon ist das Hormonsystem. Es wird so gesteuert, dass in einer stressreichen Situation die adäquate Ausbildung von Stresshormonen – Adrenalin, Noradrenalin, Cortisol u.a. (Befähigung zu „fight and flight“) – erfolgt. Ab einem überreiztem Moment (Stressüberflutung) wechselt die Hormonproduktion zur Ausbildung von körpereigenen Opiaten – Endorphine / Enkephaline – über, wodurch u.a. der Schmerz leichter zu ertragen ist (vgl. BESSER, S. 3).

Jüngste Forschungen haben ergeben, dass die traumatische Erfahrung möglicherweise im Gehirn aus physiologischen Gründen fehlverarbeitet und -gespeichert wird. Ausgangspunkt für diese These ist die Theorie von VAN DER KOLK (1994), wonach die Reizverarbeitung von (traumatischem) Stress über zwei Speicher des limbischen Systems⁴

4 „Das limbische System ist die dem Hypothalamus direkt übergeordnete Zentrale des endokrinen und vegetativ-nervösen Regulationssystems. ... Das gesamte limbische System ist wesentlich für die affektive Tönung des Gesamtverhaltens, für emotionelle Reaktionen (Wut, Furcht und Zuneigung) u. spielt wahrscheinlich auch

funktioniert: über den Hippocampus („Seepferdchen“) und über corpus amygdaloideum (Amygdala, „Mandelkerne“) (vgl. BZFO 1999 S. 2; BESSER 1997, S. 3).

Der Hippocampus, als kalter Speicher, entspricht einer Bibliothek von Erinnerungen – hier werden Informationen verarbeitet und archiviert. Durch eine Verbindung zum Thalamus und zur Broca-Sprachzentrale werden Informationen kognitiv überprüfbar und sprachlich ausdrückbar. Im Fall von zu hohem Stressaufkommen versagen die Speicher- und Abrufmöglichkeiten im Hippocampus.

Das Pendant dazu bildet der heiße Speicher, das Amygdala-System. Es zeichnet sich dadurch aus, dass es Stressreize und ihre affektiv-emotionalen Begleiterscheinungen ohne Raum-Zeit-Zuordnung speichert. Durch die unterdrückte Verbindung zum Thalamus und zum Broca-Sprachzentrum fehlt bei „Überhitzung“ oder Reizüberflutung ganz und gar die Möglichkeit zur kognitiven Überprüfung und zum verbalen Ausdruck der inneren Abläufe. Der Reiz wird zudem aus seiner Gesamtheit in einzelne Fragmente zerteilt (Fragmentierung s.u.). Hieraus resultiert die Abrufbarkeit eines heftigen emotionalen Erfahrungssplitters oder ausschnittshaften -zusammenhangs z.B. durch ein erinnerndes Ereignis (Filmszene) oder einen „sinnlichen“ Hinweis (bestimmtes Geräusch, ein bestimmter Geruch) auch Jahre nach dem Erleben der Ausgangssituation. Man spricht hier von Trigger, bzw. von angetriggerten Intrusionen (vgl. BESSER 1997, S. 4f., REDDEMANN & SACHSE 1997, S. 116).

Dieses Phänomen wird dadurch bedeutsam, dass die ursprünglich mit dem traumatischen Gesamtgeschehen verbundenen Gefühle und körperlichen Reaktionen für den Einzelnen pur, ungedämpft, unerwartet und kontextentkleidet auftreten können. Sie sind also ohne bewusste und erfassbare Einordnung in den Zusammenhang des Traumas erlebbar und abrufbar. Traumatische Erlebnisse werden dissoziiert und dysfunktional in bestimmten Hirnregionen abgespeichert. Dies erklärt sowohl das Auftreten von physiologisch bedingter Amnesie, als auch von physiologischer Übererregung. (vgl. BzFO 1999, S. 2).

eine Rolle für Gedächtnis- und Lernfunktion des Gehirns“ (PSCHYREMBEL 1982, S. 681).

„Stark traumatisierte Menschen sitzen sinnbildlich auf diesem ‚heißen Vulkan‘ ihrer Hirnlandschaft und müssen – ebenso wie ihre Therapeuten – ständig mit Ausbrüchen (Symptomen) rechnen, wodurch häufig beide erneut traumatisiert werden“ (BESSER 1997, S. 4)⁵.

Innerpsychische Vorgänge

In Relation zur Stärke der „traumatischen Zange“ (BESSER 1997) und zur Persönlichkeit des Individuums sowie seines Kontextes und analog zu den physiologisch-somatischen Reaktionen erfolgt während und unmittelbar nach der traumatischen Erfahrung der Einsatz von innerpsychischen Regressions- und / oder Adaptionsmechanismen. Sie erfolgen nicht entsprechend einem objektiven Reaktionsbild (vgl. VAN TROMMEL 1995, S. 37). Die Ausprägung einer bzw. mehrerer pathologischer Reaktionsformen ist für den Betroffenen von großer Bedeutung, da er / sie nur dadurch das traumatische Erlebnis – als verrückte Situation – aushalten, überstehen und auch überleben kann. Denn nur so spürt und leidet der Betroffene weniger. Diese Reaktionsmöglichkeiten werden als „autoprotektive Wahrnehmungsveränderungen“ bezeichnet (BESSER 1997, S. 2). Hierzu gehört neben der Erinnerungsstörung und der Physioneurose u.a. die Dissoziation (dissoziative Phänomene) (VAN TROMMEL 1995, S. 40).

Unter Dissoziation ist der Auseinanderfall von eigentlich zusammengehörenden Denk-, Handlungs- oder Verhaltensabläufen in Einheiten zu verstehen. Dies ermöglicht den Umgang mit dem ansonsten unerträglich hohen Stress-, Schmerz- und Angstpegel. Eine dissoziative Reaktion bewirkt eine effektive Erleichterung dadurch, dass sie

- von der Umgebung entfremden kann (Derealisation),
- von der eigenen Person entfremden kann (Depersonalisation),
- eine Bewusstlosigkeit, emotionale Taubheit, Betäubung oder
- die Fragmentierung aller Sinneseindrücke bis hin zu Ich-Fragmentierung und Ausbildung von Amnesien hervorrufen kann (vgl. BESSER 1997, S. 2; VAN TROMMEL 1995, S. 43).

5 Siehe 3.4 Besonderheiten in Beratung und Therapie traumatisierter Flüchtlinge.

Die Fragmentierung der Sinneseindrücke umfasst optisch / visuelle, akustisch / auditive, geruchlich / olfaktorische oder auch geschmackliche, viszerale (Binnenbefindlichkeit im Körper) und andere taktile Reize: Schmerz-, Druck-, Berührungs-, Temperatur-, Lageempfindlichkeit, sowie die Psychomotorik der willkürlich und unwillkürlich reagierenden Muskelgruppen, kognitive und emotional-affektive Aspekte (traumabegleitende, im Regelfall negative Gedanken), also die Wahrnehmung des inneren und äußeren Traumageschehens (vgl. BESSER 1999, S. 2).

Fragmentierung ist, bildlich gesprochen, wie die Zersplitterung eines Spiegels des eigenen Selbst zu verstehen. Ihr Sinn liegt darin, dass die Zusammengehörigkeit von inneren Bildern und Sinneseindrücken und somit eine Zuordnungsmöglichkeit verhindert wird, damit der Mensch mit dem vorhandenen Reiz- und Stresspegel während und danach in der Begegnung mit möglichen Auslösersituationen (über-) leben kann. Sie ist somit als notwendiger Schutzmechanismus zu verstehen (vgl. BESSER 1997, S. 3)⁶.

2.1.2.2 Extremtraumatische Erfahrungen am Beispiel von Folter

BETTELHEIM bildete in Reflexion seiner Erfahrungen im Konzentrationslager in Dachau den inzwischen gängigen psychologischen Begriff der „Extremtraumatisierung“ (BETTELHEIM 1980, S. 20ff.). Eine extremtraumatische Situation ist zum einen durch die o.g. Wirkungsweisen und zum anderen dadurch gekennzeichnet, dass den Betroffenen direkt, oft aber auch gleichzeitig dem engeren Bezugssystem (Familie / Freundeskreis) von einer oder mehreren Personen, absichtsvoll und eigene Interessen verfolgend, möglicherweise als Teil einer politischen Strategie oder Maßnahme geltend, physische und psychische Gewalt zugefügt wird (vgl. BECKER 1991, S. 327).

Das äußerste, gewaltvollste und ebenso älteste Mittel, eine Extremtraumatisierung herbeizuführen, ist die Anwendung von Folter. Alte,

6 HERMAN unterstreicht den unerlässlichen Grundsatz, dass die massiven und pathologischen Reaktionen der Überlebenden unbedingt als Reaktion auf die massive und pathologische Traumatisierungssituation begriffen werden muss anstatt der Neigung von ForscherInnen und TherapeutInnen nachzugeben, die Verbrechen von der Grundpersönlichkeit des Opfers her zu erklären, siehe HERMAN 1993, S. 162ff..

im wahrsten Sinn mittelalterliche Methoden haben sich bewährt und erhalten, daneben etablierten sich im Rahmen der technischen und wissenschaftlichen Entwicklung „moderne“ Varianten (vgl. HUSAIN 1998).

Insbesondere sexuelle Misshandlung und Folter von Frauen, aber auch von Männern ist ein sehr altes und gemeingefährliches Instrumentarium. Abhängig von den Sozialisationsbedingungen (s.o.) wird die erfahrene Gewaltanwendung mehr oder minder tabuisiert. Verdrängung und Verleugnung können von den Betroffenen selbst, von deren Umfeld und auch von professionellen HelferInnen und TherapeutInnen ausgehen. Beispielsweise die Schuldkultur der abendländischen Christen und die Schamkultur im Islam wirken hinsichtlich dieser üblen Erfahrung ähnlich repressiv (vgl. KÖSE 1995, S. 123f.). Frauen haben durch eine Offenlegung besonders schwerwiegende und weitreichende soziale Folgen bis hin zum Ausstoß aus der Gemeinschaft zu tragen. Den Männern geht im kulturellen Kontext durch ein derartiges Erleben Ehre und Stolz verloren. Ängste vor der Zuschreibung, als Mann versagt zu haben – man hätte sich wehren können –, und auch Ängste vor Homosexualität werden geschürt (vgl. WEBER 1998, S. 76f.)⁷.

Nach Angaben des Generalsekretärs von Amnesty International, DEILE, habe sich in einigen Fällen die Folter des Einzelnen „vor Ort“ auf nachhaltig wirkende Repressionen gegenüber dem unmittelbaren sozialen Kontext des einzelnen (Familie, Beruf, Kinder etc.) ausgeweitet (vgl. DEILE 1998). Völkerrechtlich anerkannt wird Folter in der „Konvention gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe“ der Vereinten Nationen 1984 als jede Handlung definiert,

„... durch die einer Person vorsätzlich schwere körperliche oder geistig-seelische Schmerzen oder Leiden zugefügt werden, um von ihr oder einem Dritten eine Aussage oder ein Geständnis zu erzwingen, sie für eine tatsächlich oder mutmaßlich von ihr oder einem Dritten begangene Tat zu bestrafen, sie oder einen

7 Homosexualität bzw. homosexuelle Handlungen gelten z.B. nach der Scharia als schamlos und werden verboten bzw. geächtet, siehe Weber 1998, S. 77. Trotz ihrer Hochblüte in der Antike gilt auch z.B. in Griechenland Homosexualität gleich neben psychischen Erkrankungen als vollkommen verpönt.

Dritten einzuschüchtern oder zu nötigen oder eine andere auf Diskriminierung gleich welcher Art beruhende Absicht zu verfolgen, sofern solche Schmerzen oder Leiden von einem Angehörigen des öffentlichen Dienstes oder einer anderen in amtlicher Eigenschaft handelnden Person, auf deren Veranlassung, mit deren Zustimmung oder mit deren stillschweigendem Einverständnis vorgenommen werden. Nicht darunter fallen Schmerzen oder Leiden, die sich lediglich aus gesetzlich zulässigen Zwangsmaßnahmen ergeben, diesen anhaften oder als deren Nebenwirkung auftreten“ (VEREINTE NATIONEN 1984, Art. 1 Abs. 1, zit. nach WEBER 1998, S. 24f.).

Diese Definition bezieht sich auf die Motive des Folterregimes. Die Anwendung von Folter durch nichtstaatliche Organisationen wird ausgeklammert, wodurch staatliche Verantwortung vom Herkunfts- und Aufnahmeland entlastet wird (vgl. WEBER 1998, S. 25)⁸. Die Wirkung auf den einzelnen Menschen bleibt abstrakt im Sinne von Zufügung physischer oder geistiger Schmerzen und Leiden im „klassischen“ Sinn. DEVRIES weist jedoch nach TARDU (1987) auf die Erweiterung des Aspekts um die Anwendung moderner „mind-control“ Technologien hin, die über psychologischen, chemischen oder elektronischen Einfluss den freien Willen des Einzelnen einschränken und somit einen kompletten Autonomieverlust des Individuums erzwingen (DEVRIES 1998, S. 55).

Im Rahmen dieses Abschnitts soll jedoch der Blick auf die Wirkung von Folter auf den einzelnen Menschen und seine Umwelt gerichtet werden. Die Erfahrung von Folter verursacht dem Individuum extremes Leid. Der politische Konflikt, der ursprünglich auf sozio-politischer Ebene ausgetragen wurde, wird gewaltsam in das Innenleben, in das Privatleben und in den individuellen Lebensbereich des Opfers gedrängt. Der Wechsel des Austragungsortes ist Teil der Folterstrategie, denn das Ziel von Folter besteht nicht nur im Informationsgewinn, sondern auch darin, das betroffene Subjekt zu zerstören und es

8 Die BRD war nicht bereit, die völkerrechtlich anerkannte „Konvention gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe“ der Vereinten Nationen (UN) von 1984 zu unterzeichnen, was sich auf Widerstände zur Veränderung der nationalen Regelung von Ausweisungs-, Abschiebungs- und Auslieferungsverbot bei drohender Folter zurückführen lässt, siehe WEBER 1998, S. 25.

in seinem Zustand als Symbol der Macht und des Terrors der Machthaber der Umwelt wieder zuzuführen (vgl. BECKER 1991, S. 331).

BECKER verdeutlicht die Wirkung von Folter durch den Vergleich mit einer somatisch-physiologischen Definition von Extremtraumatisierung:

„Beschriebe dieser Begriff einen Vorgang in der somatischen Medizin, würde das nie als Krankheitsursache oder -symptom bewertet werden ... vielmehr würde Extremtraumatisierung stets den Tod bedeuten bzw. die Todesursache darstellen“ (BECKER 1991, S. 331)⁹.

Auf somatischer Ebene gäbe es somit kein Danach, wohl aber nach einer psychischen Extremtraumatisierung. Deutlich wird durch den angestellten Vergleich das für Außenstehende nur schwer erfassbare Schadensmaß; denn erstens sollen vorhandene geistig-psychische Strukturen angegriffen und zerstört werden, zweitens die Unschuld, die das Opfer wirklich trägt.

In Paradoxie dazu entwickelt der Gefolterte Selbstanklage, die von der, durch die Schergen aufgedrängte, Last der Schuldgefühle getragen wird. Genau an dieser Stelle verdeutlicht sich die durch Folter herbeigeführte und von BECKER bezeichnete Dialektik zwischen Innenwelt und Außenwelt (vgl. BECKER 1991, S. 331).

„Das Grundproblem extremtraumatisierter Menschen besteht darin, daß ihr ‚Innen‘ von einer externen Realität beiseitegefeht worden ist, was zum Verlust der externen Handlungsfähigkeiten führt, aber auch den Verlust der inneren Welt der Phantasie bedeutet“ (BECKER 1991, S. 332).

Die Überlebenden von Folter sind diejenigen, die direkt oder im übertragenen Sinn am schärfsten mit dem eigenen Tod konfrontiert waren. Wenn sie die ausgeübte Tortur überlebt haben, so wirken in

9 Medizinisch definiert bedeutet Traumatologie: „Lehre von der ‚Unfallmedizin‘ und ihren Methoden, allgemein auch als Bezeichnung für das chirurgische Sonderfach der Unfallmedizin“ (PSCHYREMBEL 1982, S. 1215). Im übrigen entsprang diese Fachrichtung aus der Traumaforschung an ersten Eisenbahnunglücksopfern gegen Ende des 19. Jahrhunderts. Zu diesem Zeitpunkt ging man davon aus, dass der ausgebildeten Symptomatik der Unfallopfer organische Ursachen zugrunde lagen, siehe BESSER 1999.

ihnen die zugefügten Verletzungen und Verstümmelungen auf somatischer, psychischer und sozialer Ebene weiter. Für das Foltersystem bedeuten sie im Fall des Überlebens und Entkommens eine Bedrohung, da sie gegenüber den Folterpraktiken national und international Zeugnis ableisten könnten (vgl. WEBER 1998, S. 80).

Dieser Möglichkeit wirken jedoch zwei gewichtige Faktoren entgegen: zum einen beispielsweise die in der BRD und auch in anderen Ländern angewandte restriktive Definition von Folter seitens der Justiz und der Politik, inklusive aller damit verbundenen gesellschaftlichen, politischen und persönlichen Konsequenzen – hierzu zählt ebenso die nicht zu unterschätzende, gemachte Erschwernis der Offenlegung und Anklage des Tatbestandes (vgl. Weber 1998, S. 24ff.).

Zum anderen bewirkt der dem Gefolterten auferlegte, „Pakt“ mit dem Schergen, dass jegliche gesunde, selbsterhaltende Anteile in der psychischen Struktur regelrecht verseucht und zerstört werden. Hier ist es zudem der Zwang zur absoluten Hörigkeit, Loyalität und Unterwerfung dem Folterer und seinem System gegenüber, was dem Opfer eine offene und gerechte Anklage erschwert (vgl. HERMAN 1993, S. 111; BARUDY 1993, S. 22ff.).

„Folter und andere extreme Formen gesellschaftlicher Gewalt sind dazu bestimmt, auf massive und heimtückische Weise die am stärksten mit Anpassung, Opportunismus und Konformismus in Zusammenhang stehenden Aspekte des Menschen zu mobilisieren. (...) Es ist ein gezielter Angriff gegen alles, was im Ich aktiv und kreativ ist, auf die Fähigkeit zum symbolischen Denken, auf den ethischen Konflikt und auf die Identität“ (AMATI 1990, S. 727).

Zu einem strategisch eingesetzten, traumatisierenden Effekt von Folter gehört die Zerstörung der oben erwähnten Sozialstrukturen. Dies zieht in einem erheblichem Maß soziale Auswirkungen und Folgen nach sich, was bisher noch nicht umfassend untersucht wurde. Es lässt sich grob festhalten, dass soziale Abkapselung, Selbstisolation und Rückzug, begleitet von Nebensymptomen (z.B. Betäubung durch übermäßigen Alkoholkonsum), sich negativ und störend auf bestehende Beziehungen in der Familie, im sozialen Netzwerk und am Arbeitsplatz auswirken (vgl. WEBER 1998, S. 93).

Im zentralen Lebensbereich des Gefolterten, nämlich innerhalb seiner Familie, wird beispielsweise die Destruktivität der Tortur am deutlichsten. Während und durch die Gefangenschaft des Vaters entsteht eine Minderung des Lebensunterhalts. Möglicherweise ist das Eigenheim überfallen, verwüstet oder sogar zerstört worden. Die Familie ist gezwungen, neue Rollen einzunehmen und in diesen zu funktionieren. Erstens muss die Ehefrau für den Lebensunterhalt sorgen und die Familie nach außen, z.B. den Behörden gegenüber, vertreten. Es kann zweitens sowohl ein „erzwungener Emanzipationsprozess“ (BARUDY 1993, S. 30) als auch ein, aus ethnozentrischer Sicht, regressiver Prozess innerhalb des Familienlebens durch Abhängigkeit und Eingriffe von der älteren Generation (Eltern etc.) entstehen. Drittens wechseln die Kinder gezwungenermaßen in Erwachsenenrollen. Sie leisten ihren Beitrag zur Reorganisation der Familie, indem sie vorzeitig aus ihre Kindheit in die Erwachsenenwelt wechseln bzw. gerissen werden. Dies geschieht u.a. durch die Übernahme von Erziehungs- und Versorgungsaufgaben jüngerer Geschwister, Stütze und Trost des Elternteils bzw. nach Heimkehr des Gefolterten beider Elternteile (vgl. BARUDY 1993, S. 30f.).

Letztlich ist insbesondere nach sexueller Misshandlung von Frau oder Mann eine Isolation und Tabuisierung in der Familie feststellbar, die sich über den Bereich der Familie durch Probleme in der Partnerschaft hinaus bis in den Freundeskreis durch pathologische Verleugnung und Verdrängung, Schuld und Scham zieht (vgl. WEBER 1998, S. 76). Die Familiengemeinschaft erfährt, unabhängig von ihrem Kulturkreis, kollektiv eine Traumatisierung (vgl. BARUDY 1993, S. 31).

Folter und, als Folge davon, Extremtraumatisierung, richten sich zudem, wie weiter oben bereits angedeutet, nicht nur gegen die individuelle und private Stabilität und Würde, sondern ebenfalls gegen den gesellschaftlichen soziopolitischen Prozess. Sie dient als ausführendes Instrument der Symbolisierung von Macht und politischer Abschreckung (vgl. WEBER 1998, S. 74). BECKER unterscheidet drei Effekte als Folge des ausgeführten staatlichen Terrors und der Propaganda in Chile:

1. „Angst, die in allen Bevölkerungsschichten zur politischen Abstinenz führt.

2. Gleichgültigkeit und Formen von Angepaßtheit als Reaktion auf die Ereignisse zur Vermeidung einer Auseinandersetzung ...
3. Aber auch, wenngleich eingeschränkt und punktuell, politische Aktivierung und Provozierung von Widerstandsfähigkeit, sofern in einer aktiven Opposition zum Regime die einzige Möglichkeit zur Bewahrung der eigenen Identität gesehen wird“ (BECKER 1991, S. 326).

Neben den beschriebenen akuten psychischen und sozialen Vorgängen, die Folter auslösen, sind über die traumaspezifischen Folgen hinaus (s.o.) die gravierenden Schmerzen und Deformationen, die auf somatischer Ebene von den gewaltsam zugefügten Verletzungen herühren, zu benennen.

WEBER zählt nach MOHAMED-ALI (1990) zu somatischen Folterfolgen: Verletzungen des Haut- und Skelettsystems, Gastrointestinaltrakts, Kardiopulmonalen Systems, Urogenitaltrakts (ungewollte Schwangerschaften), Hals-Nasen-Ohren- und Augenbereichs, zentralen und peripheren Nervensystems, des Kiefers und der Zähne auf. Es werden zudem akute und chronische Symptome unterschieden (z.B. bei Ohrverletzungen akut: Trommelfellruptur, chronisch: Schwerhörigkeit) (vgl. WEBER 1998, S. 86).

Entstehende Kopfverletzungen können beispielsweise auf physiologischer Ebene zu Erinnerungsstörungen führen. Die Verletzungen wirken sich außerdem langfristig auf die Psyche aus.

„Das Gefühl, einen zerschundenen, beschädigten Körper zu haben, überdauert Jahre. Der überwiegende Teil der Folterüberlebenden hat das subjektive Gefühl, ihr Körper sei stark beschädigt, auch wenn rein äußerlich keine Verletzungen mehr sichtbar sind“ (WEBER 1998, S. 87).

Auch Jahre nach dem Erleben von Folter besteht die Möglichkeit, dass sich Gefühle, denen nicht auf anderem Weg Ausdruck z.B. durch Sprache verschafft wurde, über somatische und psychosomatische Beschwerden äußern (z.B. Kopfschmerzen) (WEBER 1998, S. 87f.).

2.1.3 Zusammenfassung

Der gesamte Abschnitt schildert die herkunfts- und traumaspezifische Lebenssituation von Flüchtlingen, deren Auswirkungen mit in das Exilland BRD eingebracht werden.

Es lässt sich festhalten, dass in allen Lebensbereichen kommunikative Verhaltensmaßstäbe und -muster auffindbar sind, die den Regeln der vorhandenen Sozialstrukturen entsprechen. Es existiert ein kulturspezifisches Werte- und Normensystem, das von Flüchtlingen aus dem Herkunftsland in jegliche Kommunikation im Exilland eingebracht wird. Dies kann insbesondere dann im Aufnahmeland verunsichert und zurückhaltend repräsentiert werden, wenn man nicht auf ein hohes Bildungsniveau oder andere Möglichkeiten zur Ausbildung von rhetorischen Kompetenzen zum Entgegenwirken hier herrschender Kommunikationsnormen zurückgreifen kann (vgl. WEBER 1998, S. 164).

Es wird deutlich, dass hinsichtlich der Sozialisationsstrukturen innerhalb der Flüchtlingsgruppen wohl richtungsweisende Ähnlichkeiten vorhanden, dass auf Basis dieser Beobachtung jedoch keine Verallgemeinerungen ableitbar sind. Selbst im gleichen Herkunftsland existieren regionale Unterschiede zwischen kollektiven Lebensformen. Hieran zeigt sich erneut, dass sich die Gruppe der Flüchtlinge heterogen zusammensetzt.

Im Hinblick auf die akuten psychischen Belastungsreaktionen im Herkunftskontext ist zu bemerken, dass eine erfahrene Traumatisierung bis tief in das Innere des Betroffenen reicht, sie sich sowohl lähmend als auch motivierend, aber mit größter Wahrscheinlichkeit verändernd auf das bisherige Werte- und Normensystem des Einzelnen auswirkt. Die Beschreibung der Extremtraumatisierung verdeutlicht das weite Spektrum der Wirkungsmöglichkeiten und ihre tiefgreifenden Pathologien.

Traumaerfahrung erzeugt viele Facetten. Wichtig dabei ist nicht aus dem Blick zu verlieren, dass dem vorher gesunden Menschen durch von außen erzwungene Anpassungsleistungen gravierende Veränderungen auf psychischer, körperlicher und sozialer Ebene als Reaktion widerfahren und sich hier ein pathologischer „sozio-psycho-somatischer-Zirkel“ (OVERBECK 1984) schließen kann.

„Das extreme Trauma ist für *alle* Menschen, ungeachtet ihrer neurotischen Konstitution und kulturellen Herkunft, hochpathogen und führt zu nachhaltigen Veränderungen der gesamten Person“ (WEISS 1994, S. 24).

Durchgängig hat sich auf mehreren Ebenen bestätigt, dass Traumatisierung einerseits ein gesellschaftliches Phänomen darstellt, dass es andererseits bis tief in die Privatsphäre des Individuums reicht. Welch hohes Schadensmaß sie langfristig im Individuum ausmacht, insbesondere dann, wenn sich der Mensch mit einem ihm fremden gesellschaftlichen Kontext auseinandersetzen muss, wird im Folgenden genauer zu betrachten sein.

2.2 Psychosoziale Faktoren und Lebensbedingungen traumatisierter Flüchtlinge im Exil in der BRD

Mit dem Eintritt in die Exilphase findet, bezüglich des Erhalts der psychischen Stabilität bzw. der Gefahr der Ausformung von psychischen Reaktionen der traumatisierten Flüchtlinge in Abhängigkeit von der psychosozialen Umgebung, der Übergang in eine sensible Phase mit unbestimmter Dauer statt (vgl. WEISS 1994, S. 25).

Die im Phasenmodell des Flüchtlingslebens (s.o.) von MEHARI vorgenommene Kategorisierung teilt die Exilphase in zwei charakteristisch verlaufende Perioden.

Die erste Phase, „*Phase des Wartens*“ (MEHARI 1995), wird für den angekommenen den Flüchtling durch das Vorfinden von, der Auseinandersetzung mit und der Orientierung in einer neuen Realität bestimmt. MEHARI beschreibt sie als kritische Phase, da einerseits Erinnerungen an Trennung, Verlust und Gewalterfahrung präsent sind und andererseits über Zukunftsperspektiven Ungewissheit herrscht.

„Diese Periode wird von vielen Flüchtlingen als die Stunde Null ihres Lebens bezeichnet“ (MEHARI 1995, S. 37).

Der charakteristische Verlauf der „*Phase der Entwicklung von Zukunftsperspektiven*“ (MEHARI 1995) ist gänzlich abhängig vom Asylentscheid. Im Fall einer Anerkennung bekommen existenzsichernde Fragen und Entscheidungen große Bedeutung. Es wird nach Möglich-

keiten der Existenzgründung gesucht, und es erfolgt eine nähergehende Kontaktaufnahme mit der Gesellschaft. Eine erfolgte Ablehnung zieht entweder eine rigorose Abschiebung, die Möglichkeit zur Vorbereitung auf diesen Moment oder – aufgrund eines eingelegten Widerspruchs bzw. des Entscheids für einen neu befristeten Aufenthaltsstatus – eine Verlängerung der „*Phase des Wartens*“ mit größerer Ungewissheit als zuvor nach sich. Leider geht MEHARI nicht näher auf die Konsequenzen der beiden letztgenannten Situationen ein (vgl. MEHARI 1995, S. 38).

In diesem zweiten Abschnitt bezieht sich das Erkenntnisinteresse auf die Erhebung und Kennzeichnung von exilspezifischen und traumaspezifischen Faktoren, welche die Lebenssituation traumatisierter Flüchtlinge im Exil in der BRD ausmachen. Ziel ist, die daraus entstehenden Bedürfnisse dieser Personengruppe zu erfassen und ihren faktorengelunden Standort, der den Verlauf der Interaktion im Rahmen eines therapeutischen Gespräches beeinflusst, herauszuarbeiten.

Es soll zudem genauer betrachtet werden, wie die besondere Lebenssituation traumatisierter Flüchtlinge und die daraus entstehenden Bedürfnisse in Wechselwirkung mit den äußeren gesamtgesellschaftlichen Rahmenbedingungen – Gesetzgebung, Medien und öffentliche Kontakte – steht. Daraus entwickelt sich ein umfassender Überblick über die psychosoziale Situation von traumatisierten Flüchtlingen im Exilland BRD.

Zu diesem Zweck wird zunächst aufgezeigt, in welcher Form sich die beschriebenen traumatischen Erfahrungen während des Übergangs in das Exilleben auf psychischer, physiologischer und sozialer Ebene der Flüchtlinge auswirken. Dann werden vorhandene und vorgeschriebene äußere Strukturen ihrer psychosozialen Lebenssituation unter dem Aspekt von Traumaerfahrung und Flucht im Hinblick auf die starken Reglementierungen der Asylgesetzgebung und auf den öffentlichen Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen in der BRD herausgearbeitet und nebeneinander gestellt.

2.2.1 Psychische Vorgänge im Exilleben

Die Exilphase ist auf psychischer Ebene in der ersten „*Phase des Wartens*“ und der zweiten „*Phase der Entwicklung von Zukunftsperspektiven*“ (MEHARI 1995) der traumaerfahrenen Flüchtlinge durch differenzierbare Vorgänge gekennzeichnet. In der Literatur sind unter „*Psychogenese der Migration*“ (KÜRSAT-AHLERS 1995) die, auch für ArbeitsmigrantInnen, relevantesten migrationsspezifischen psychischen Prozesse zusammengefasst. Sie stellen in diesem Zusammenhang nur einen Randaspekt dar. Traumaerfahrene Flüchtlinge befinden sich im Vergleich zu anderen MigrantInnengruppen in einer weit aus komplexeren und spezifischeren Lebenssituation, die sich in charakterisierbaren psychischen Vorgänge widerspiegelt, die WEBER (1998) als „*Exilsymptomatik*“ bezeichnet.

Trauer

Es besteht aus psychoanalytischer Sicht die Annahme, dass Migration an sich bereits eine potentiell traumatische Erfahrung, gekennzeichnet durch eine Reihe von kumulativen traumatischen Erfahrungen sei (GRINBERG & GRINBERG 1990, S. 14). Eine im Hinblick der oben genannten Definition von Trauma notwendige Diskussion dieser Annahme ist an dieser Stelle nicht möglich. In ihr verbirgt sich jedoch das Faktum, dass jegliche Form von Migration als Krise mit angekoppeltem Verlust zu verstehen ist. Jeder Verlust in dem Leben eines Menschen ist mit Trauerprozessen verbunden, die sich modellhaft skizzieren und typologisieren lassen. Die Phasen des Trauerverhaltens erstrecken sich nach BOWLBY (1963) und KAST (1995) über vier Phasen:

1. „den Drang, das verlorene Liebesobjekt wiederzugewinnen“ (KÜRSAT-AHLERS 1995, S. 158) oder „die Phase des Nicht-Wahrhaben-Wollens“ (KAST 1995, zit. nach TAN 1996, S. 91);
2. „die Desorganisation“ (KÜRSAT-AHLERS 1995, S. 158) oder „die Phase der aufbrechenden chaotischen Emotionen“ (KAST 1995, zit. nach TAN 1996, S. 91);
3. „die Reorganisation durch die Annahme der Objektverluste und die entstehende Bereitschaft, neue Objekte, Identifikationen zu akzeptieren“ (KÜRSAT-AHLERS 1995, S. 158) oder „Phase des

Suchens, Sich-Findens und Sich-Trennens“ (KAST 1995, zit. nach TAN 1996, S. 91);

4. die „Phase des neuen Selbst- und Weltbezugs“ (TAN 1996, S. 92).

Der Durchlauf aller Phasen des Trauerprozesses im Rahmen von Migration ist notwendig und als gesundheitserhaltende Reaktion zu verstehen. Es erscheint jedoch in Anbetracht der Lebensbedingungen im Aufnahmeland, die später noch genauer beleuchtet werden, als idealtypisch, diese ohne Stagnationen oder affektive und kognitive Regressionen zu durchlaufen – für ExilantInnen in einem weitaus höherem Maß als für ArbeitsmigrantInnen. Dies macht einen Teil der Krisenhaftigkeit von Migration aus, denn in dem realen Trauerprozess sind aufgrund der äußeren Bedingungen potentiell zahlreiche pathologische Momente enthalten (vgl. KÜRSAT-AHLERS, 1995, S. 159). Insbesondere die durch die traumatische Erfahrung hervorgerufenen (Schutz-) Mechanismen, z.B. das Einfrieren der Gefühle, stehen direkt im Widerspruch zu der für den erfolgreichen Durchlauf der Trauerprozesse notwendigen Affekttoleranz (vgl. HAAS 1997, S. 71).

Kulturschock und Entwurzelung

Die Lebenssituation im Exilland ist dadurch gekennzeichnet, dass der gewohnte Bezugsrahmen – bestimmte Verhaltensregeln und -codes, Symbole und Sprache – im Austausch zwischen dem Individuum und seiner sozialen Umwelt zwangsweise zur Erhaltung des eigenen Lebens verlassen werden musste und verloren geht. Mit dieser Entwurzelung gehen Gefühle von Entfremdung, Einsamkeit und Leere einher. Ein Gefühl der permanenten Überforderung wird durch die Erwartungen des Aufnahmelandes, sich an Rollen – und Verhaltensstandards anzupassen und dabei möglichst unauffällig und fehlerfrei zu sein, verstärkt. Hinzu kommt, dass Verhaltensweisen tendenziell eher mit Argwohn und Abwertung beobachtet werden, als dass sie positive Sanktionen finden (vgl. KÜRSAT-AHLERS 1995, S. 160; HAAS 1997, S. 68ff., CASTELNUOVO 1990, S. 302).

Ein Kulturschock¹⁰ entsteht dadurch, dass plötzlich Kommunikationsfähigkeit, Handlungskompetenz und Selbstwertgefühl, also jegliche Sinnstruktur, verloren geht.

„Der sogenannte ‚Kulturschock‘ unmittelbar nach der Migration ist im Kern eine Desorientierung im Vakuum der bekannten Orientierungsmittel“ (KÜRSAT-AHLERS 1995, S. 161).

Die implizit von der etablierten Aufnahmegesellschaft diktierte Reaktion auf ein solches Erleben kann auf Seite der Flüchtlinge emotional- und kognitiv-regressive Verhaltensweisen hervorrufen, die eher zur Destabilisierung der Persönlichkeit als zur angemessenen Bewältigung der traumatischen Erfahrung beitragen. Es kann ein Kampf um Identität und soziales Überleben entstehen (vgl. ADAM 1993, S. 154).

Stresseinwirkung und Bewältigungsstrategien

Eine Analyse der additiven Stresseinwirkung auf traumatisierte Flüchtlinge während der Vorflucht- und Exilphase von MEHARI (1995) – auf Basis seiner durchgeführten Studie zur Schizophrenie im Exil – differenziert zwischen Entwurzelungsstress, Adaptionstress (Orientierungsstress), Integrationsstress (Eingliederungsstress) und akutem (unspezifischem) Stress (vgl. MEHARI 1995, S. 88ff.; FRIESE 1991, S. 64ff.). Ebenso erfasst er anhand der untersuchten Kontrollgruppe hilfreiche Bewältigungsstrategien (Coping) im Umgang mit internen und externen Anforderungen des bestehenden psychosozialen Stresses.

Bis zum Abschluss des Asylverfahrens zählen hierzu: die Aneignung hilfreicher Orientierungsinformationen, die Fähigkeit des Relativierens, das positive Denken, die Entwicklung von Aktivitäten und die Gründung sozialer Netzwerke (vgl. MEHARI 1995, S. 112).

Nach Abschluss des Asylverfahrens zeichneten sich die Personen besonders durch Flexibilität, pragmatisches Denken, ausgewogenes

10 Ein soziologischer Aspekt ist, dass die konstruierte Theorie des Kulturschocks über kein genau definiertes Konzept verfüge. Sie verstärkt eher eine rassistische Haltung, indem sie nicht-einheimische Kulturkreise als potentiell minderwertig und tendenziell pathologisch darstellt. Außerdem blendet sie die Existenz von positiven Perspektiven und Erfahrungen von MigrantInnen in der Aufnahmegesellschaft aus, siehe CASTELNUOVO 1990, S. 301ff..

Selbstwertgefühl, soziale Kompetenz, Handlungs- und Kontrollfähigkeit und Anteilnahme am sozialen und kulturellen Leben im Exilland aus (vgl. MEHARI 1995, S. 112f.).

Abwehrreaktionen

Aufgrund der marginalen, fortgesetzt traumatisierenden und stressbelasteten Lebenssituation können bei den Flüchtlingen Abwehrreaktionen hervorgerufen werden, denen negative Sanktionen der Aufnahmegesellschaft folgen. Ein pathologischer Zirkel kann sich auch hier schließen. Eine Ausformung der Abwehr ist beispielsweise die erstmalig im 17. Jahrhundert beschriebene *Nostalgia* (Krankheit der Entwurzelten), die sich in Form von rückwärtsgerichteten und auch in die Zukunft projizierten Sehnsüchten und Wünschen als Schlüsselrolle in der gegenwärtigen Lebenssituation im Aufnahmeland ausdrückt. Die Individuen können in Form von Überidentifikation bis hin zu mystifizierender und idealisierender Aufwertung des ursprünglichen Bezugsrahmes (s.o.) und einer einhergehenden Abwertung der Aufnahmegesellschaft reagieren. Zugleich besteht die affektive Ambivalenz zwischen dem Wunsch nach gesellschaftlicher Teilhabe und dem Wunsch nach Selbsterhaltung (vgl. KÜRSAT-AHLERS 1995, S. 164f.)¹¹.

Auch Schuld- und Schamgefühle können vorhanden sein. Insbesondere Folter kann massive Schuldgefühle hervorrufen, die noch viele Jahre nach dieser Erfahrung vorhanden sind und sich als hartnäckig erweisen. Dieses Phänomen lässt sich dem von NIEDERLAND im Jahr 1980 für die Verfolgten des Nationalsozialismus geprägten Begriff „Überlebens-Syndrom“ zuordnen. Charakteristisch ist hier das immer wiederkehrende und belastende Schuldgefühl des eigenen Überlebens im Vergleich zu anderen, zurückgelassenen Gleichgesinnten (vgl. ADAM 1993, S. 133).

Der Versuch, zwischen psychosozialen Stadien zur Feststellung der psychischen Gesundheit im Exil zu unterscheiden, ist erstens in Anbetracht der heterogenen Zusammensetzung, wie den sozialen,

11 Eine unbewusste Sprachverweigerung, die auch bei Menschen mit akademischer Qualifikation hartnäckig bestehen kann, ist ein anschauliches Beispiel für dissoziative Abwehr gegenüber der Einwanderungsgesellschaft, siehe KÜRSAT-AHLERS 1995, S. 164.

kulturellen, politischen und ökonomischen Faktoren der Flüchtlingspopulation, zweitens der Aufnahmefaktoren /-bedingungen des Exilandes und drittens auch aufgrund mangelnder Anwendbarkeit westlicher psychologischer / psychiatrischer Konzepte kritisch zu betrachten (vgl. WEISS 1994, S. 31ff.).

2.2.1.1 Die Posttraumatische Belastungsreaktion

Aufgrund der gewonnenen klinischen Erkenntnisse über zeitlich verzögerte, pathologische Verhaltensweisen einer Vielzahl von Vietnamveteranen arbeitete seit Mitte der 70er Jahre eine Kommission der American Psychiatric Association an einer Aktualisierung der Klassifikation psychischer Störungen. Im Jahr 1980 formulierte man offiziell diagnostische Kriterien dieser Störung unter dem Begriff *post-traumatic stress disorder* (PTSD, Posttraumatische Belastungsreaktion) und nahm sie in das Krankheitsklassifikationssystem (DSM-III) auf. Allgemein fanden sie breite Anerkennung. Ende der 80er Jahre wurden sie nochmals in DSM-IV überarbeitet. Anfang der 90er Jahre übernahm die Weltgesundheitsorganisation die Diagnose in ihr internationales Krankheitsklassifikationssystem (ICD-10) (vgl. SAIGH 1995, S. 16ff.).

PTSD ist in diesen beiden gebräuchlichen Systemen fünf Hauptkriterien bzw. drei Hauptsymptomgruppen zuordbar:

- Traumaerlebnis,
- Erinnerungsdruck,
- Vermeidungsverhalten und emotionale Taubheit,
- physiologisches Hyperarousal (chronische Übererregung),
- längerandauernde Symptomatik (> 1 Monat) (vgl. MAERCKER 1997, S. 4).

Die Symptome treten im Regelfall innerhalb der ersten Monate nach der traumatischen Erfahrung auf. Die unmittelbar danach auftretende Symptomatik fällt somit nicht in die Klassifikation von PTSD, sondern unter *akute Belastungsstörungen* im DSM IV (s.o.) und *akute Belastungsreaktion* im ICD-10. Kritische Lebensereignisse oder Rollenwechsel in der Biographie kann die Symptomatik verstärken. Eine unbehandelte PTSD kann im höheren Lebensalter an Belastung

zunehmen, da Selbstschutzmechanismen nicht mehr funktionieren (vgl. MAERCKER 1997, S. 4 und S. 23f.).

Störungsbild

Einen Versuch des Zugangs zum Verständnis des Störungsbildes von PTSD bietet die Beschreibung von AGUIRRE:

„... Sie sitzen an einem schönen Tag in einem Café in Begleitung einer Ihnen vertrauten Person. Sie sind dabei, sich zielgerichtet über ein interessantes Thema auszutauschen, Sie sitzen bequem, sind entspannt aber nicht schlaff, Sie sind sich Ihrer Körperhaltung bewußt, können ihren Gedanken gut folgen und weiter weben; Ihre Emotionen dienen Ihnen als Indikator für den Verlauf des Gespräches, Sie sind zufrieden und gesammelt. Plötzlich explodiert unvermittelt unter Ihrem Stuhl und mit großem Knall ein Silvesterfeuerwerk. Sie registrieren im Nachhinein, daß in jenem Augenblick alles, was Sie mehr oder weniger bewußt wahrgenommen hatten, durch die Gewalt des Knallers weggeflogen ist. In so einer Situation stellen Sie fest, daß nach fünf, spätestens aber nach zehn Sekunden alles wieder wie von selbst natürlicherweise zu seinem Platz zurückgekehrt ist, so daß Sie Ihre Reaktion darauf wählen können. Nun, ich möchte, daß Sie Ihre Aufmerksamkeit auf die Wahrnehmungsqualität richten, die sich in den ersten zwei bis drei Sekunden nach dem Knall einstellte, denn das ist das Gefühl, in dem der Gefolterte nach der Folter bleiben kann, wenn er nicht selbst an sich Hand anlegen will.“ (AGUIRRE 1995, S. 191 Herv. v. Verf.).

Die genannten drei Hauptsymptomgruppen sind durch charakteristische Auffälligkeiten beschreibbar. Zum **Erinnerungsdruck** gehört eine ungewollt und spontan auftretende Gebundenheit an die traumatische Erfahrung. Bilder, Geräusche, Gerüche etc. des Traumas können durch einen Auslöser, aber auch unvermittelt in den wachen Bewusstseinszustand und auch in den Schlafzustand eindringen. Die reaktivierten inneren Bilder bewirken oftmals einen vom Betroffenen erlebten Überflutungszustand, der als Beeinträchtigung und Belastung empfunden wird. Im DSM-IV ordnen sich dem Erinnerungsdruck folgende Einzelsymptome zu: Intrusionen, belastende Träume bzw. Alpträume, Erinnerungsattacken, Belastung durch symbolisierende

Auslöser und physiologische Reaktionen bei Erinnerung (vgl. MAERCKER 1997, S. 11, VAN TROMMEL 1995, S. 41f.).

Das **Vermeidungsverhalten** und die **emotionale Taubheit** lassen sich durch intensive Versuche, das Geschehene zu vergessen und abzuschalten, charakterisieren. Dies gelingt in der Regel niemals vollständig. Extremes Bemühen und automatisiertes Verhalten zum Vergessen kann zu dissoziativen Zuständen (z.B. Teilamnesien), Vermeidung von Aktivitäten bzw. Orten, welche die Erinnerung hervorrufen könnten, und Vermeidung von bestimmten Gefühlen bis hin zu Konzentrationsunfähigkeit, Entfremdungsgefühlen und bis zur sozialen Isolation führen. Dem Vermeidungsverhalten werden nach DSM-IV Gedanken- und Gefühlsvermeidung, Aktivitäts- oder Situationsvermeidung, (Teil-) Amnesien, Interessessverminderung, Entfremdungsgefühl, eingeschränkter Affektspielraum, eingeschränkte Zukunft zugeordnet (vgl. MAERCKER 1997, S. 11, VAN TROMMEL 1995, S. 41ff.).

Die Symptomgruppe des **physiologischen Hyperarousal** wird durch feststellbare körperliche Folgen gekennzeichnet. Auch kleinere Belastungen wirken früher und nachhaltiger, da die Erregungsschwelle des Nervensystems gesenkt ist. Die Wirkungsweisen dieses physiologischen Phänomens lassen sich gemäß DSM IV in Ein- und Durchschlafschwierigkeiten, erhöhte Reizbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Hypervigilanz und übermäßige Schreckreaktionen differenzieren (vgl. MAERCKER 1997, S. 12 VAN TROMMEL 1995, S. 42f.).

Nach gesammelten Indizien und im Bewusstsein über divergierende Meinungen der Forschung geht BUTOLLO von der Annahme aus, dass die psychologische Reaktion auf Traumatisierung in Abhängigkeit vom Schweregrad und der prätraumatischen Belastung (s.u.) im Verlauf mehreren Stadien zuzuordnen ist:

- Stadium des akuten Schocks: Reduktion der Fähigkeit in allen psychischen Funktionen (Wahrnehmung, Gedächtnis, Kontaktfähigkeit, motorische Fertigkeiten);
- Stadium der Verleugnung: psychische Abwehr gegen jede Art von Erinnerung an die traumatische Erfahrung;
- Stadium des emotionalen Ausdrucks: Wiedererleben starker Gefühle, die mit der Traumatisierung in Zusammenhang stehen (Angst, Furcht, Zorn, Hass);

- Relative Anpassung: Anpassung an die realen Gegebenheit und Aufarbeitung des erlittenen Schicksals (vgl. BUTOLLO 1997, S. 43ff.).

BUTOLLO legt nicht explizit Faktoren zugrunde, die für den Reaktionsverlauf vertriebener oder geflohener traumatisierter Menschen im Exil Relevanz haben könnten; möglicherweise weil er sich auf die Hilfe der Kriegsoffer „vor Ort“ in Bosnien bezieht. So ist das Stadium des akuten Schocks im Exil zumeist vorüber und das Stadium der Verleugnung wird hier durch ein mangelhaftes Versorgungsnetz und eine verstärkte Passivität in der Hilfesuche verlängert. Die dargestellten Stadien erinnern an den Verlauf von Trauerprozessen (s.o.) und sind, wie diese, idealtypisch dargestellt.

Kohärenz

Ein gemeinsames Auftreten einiger Einzelsymptome veranlasst zur Diagnose von PTSD, welche sich durch ein einheitliches Störungsbild nachweisen lässt. Die Unterscheidung zwischen den Symptomgruppen dient zum einen der Zuverlässigkeit und zum anderen ist sie für die Wahl einer geeigneten Therapie relevant. Das diagnostische Verfahren ist aufgrund von untergeordneten Störungsbildern (z.B. Depressionen oder Angststörungen) mit Vorsicht durchzuführen (vgl. MAERCKER 1997, S. 13).

Komorbidität

Bei 50-100% der PTSD PatientInnen liegen komorbide, traumaabhängige Störungen vor. Hierzu zählen Angststörungen, Depressionen, Suizidalität, Medikamenten-, Alkohol- und Drogenmissbrauch / -sucht, Somatisierungsstörungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Insbesondere die damit verbundenen sozialen Konsequenzen und die enorm erhöhte Suizidgefährdung stellen für traumatisierte Flüchtlinge und auch für die TherapeutInnen u.a. HelferInnen ein besonderes Problem dar (vgl. MAERCKER 1997, S. 23). Bei Folteropfern liegt eine verstärkte Entwicklung der genannten komorbiden Störungen im Rahmen von PTSD vor – darüber hinaus kommen Panikanfälle, Zwangsverhalten, psychogene Essstörungen, Schmerzzustände und psychosomatische Erkrankungen vor (vgl. MAERCKER 1997, S. 280).

Kritik und Alternativen

Die Klassifizierung als Posttraumatische Belastungsreaktion durch DSM IV und ICD-10 birgt einerseits den Vorteil in sich, dass sie nach Jahrhunderten endlich relativ spezifisch erkannt werden kann und die Betroffenen mit einer öffentlich anerkannten Bezeichnung ihrer Symptomatik der damit einhergehende Sprachlosigkeit aufkündigen können.

„Die Namensgebung ist der Versuch, eine Sprache zu finden, die einerseits im Einklang mit der Tradition genauer psychologischer Beobachtung steht und andererseits die moralischen Bedürfnisse traumatisierter Menschen berücksichtigt. Es ist der Versuch, von den Opfern zu lernen, die besser als alle Forscher wissen, welche Auswirkungen Gefangenschaft haben kann“ (HERMAN 1993, S. 168).

Andererseits wird PTSD mit ihren derzeit gültigen diagnostischen Kategorien den Opfern von langanhaltenden Traumata (z.B. Konzentrationslager, Kriegsgefangenschaft, Verfolgung, Folter, Flucht, langanhaltende sexuelle Misshandlung) nicht gerecht, denn diese weisen eine weitaus komplexere Symptomatik auch im Bereich von Persönlichkeit, Beziehungsleben und Identität auf (vgl. HERMAN 1993, S. 166, vgl. Weber 1998, S. 105)¹².

Es wurden in Fachkreisen mehrere Begriffe geprägt, die zusätzliche Veränderungen berücksichtigen, so z. B. das Erscheinungsbild der komplexen PTSD (HERMAN 1993), das durch gravierende Veränderungen bei den Betroffenen gekennzeichnet ist:

- starke, gegen sich selbst oder andere gerichtete Affekt- und Gefühlsregulierung: anhaltende depressive Stimmungen, Stau von Wut und Aggressionen, manchmal abgewechselt von explosiven Ausbrüchen, Blockierung, Verlust von Sexualität,
- auf Bewusstseinsebene: Amnesien, Dissoziationen, Depersonalisationen (Selbstentfremdung),

12 STRAKER, eine südafrikanische Analytikerin, postuliert für die durch Bürgerkriege und ihre Folgen verursachten psychischen Störungen die Entwicklung von diagnostischen Kriterien für ein Continuous Traumatic Stress Disorder (CTSD), siehe WEISS 1994

- negative Selbstwahrnehmung: Hilflosigkeits-, Scham- und Schuldgefühle, Selbstbeschuldigung, -stigmatisierung, Einsamkeit und Absonderung,
- Wahrnehmung der Täter: Rachegedanken, paradoxe Dankbarkeit, Übernahme des Wertesystems und Glaubensgrundsätze der Täter,
- Beziehung zu Mitmenschen: Isolation, Rückzug, Misstrauen, Verlust der Selbstschutz- und Abgrenzungskompetenzen, Suche nach einem Retter, Konfliktladung auf Partner- und Familienbeziehungen bis hin zur Zerstörung,
- Bedeutungs- und Sinnkonzept: Verlust von Glauben und Vertrauen, Gefühl der Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung (vgl. MAERCKER 1997, S. 280).

Insbesondere aufgrund ihrer psychosozialen Lebenssituation kann es bei traumatisierten Flüchtlingen zu Retraumatisierungen kommen. Sie entstehen dann, wenn sich die traumatische Erfahrung, ausgelöst durch die an das Trauma gekoppelten Erinnerungen und damit verbundenen Gefühle des Kontrollverlustes und Ausgeliefertseins, wiederholen. Eine Steigerung ist das Entstehen von flash-backs, d.h. die Person ist in die traumatische Situation und in die daran gekoppelten (Angst-) Gefühle zurückversetzt. Alltagserlebnisse und auch Träume können diese Reaktionen hervorrufen (vgl. MAERCKER 1997, S. 16 und WEBER 1998, S. 99).

Die Ursache von PTSD liegt in dem Erleben eines Traumas, nicht jeder traumatisierte Mensch entwickelt jedoch eine PTSD. Der Entstehung und Aufrechterhaltung der Symptomatik liegen somit auch psychologische, biologische und soziale Faktoren zugrunde, die jedoch nur modellhaft dargestellt und erklärt werden können (vgl. BUTOLLO 1997, S. 22ff.).

Risiko- und Schutzfaktoren

In Betrachtung des multifaktoriellen Rahmenmodells der Ätiologie von Traumafolgen nach MAERCKER (1997) zeigt sich sehr deutlich, dass der Zusammenhang von:

- Ereignisfaktoren: Traumaschwere, Unerwartetheit, Kontrollierbarkeit;

- Risikofaktoren: Alter zum Zeitpunkt der Traumatisierung, frühere belastende Erfahrungen, frühere psychische Störungen, sozialökonomische Schicht;
- Schutzfaktoren / protektive Faktoren: Kohärenzsinn, soziale Unterstützung, Bewältigungsprozesse

in direkter Wechselwirkung mit den beschriebenen psychischen Prozessen und daraus resultierenden Folgen steht (vgl. MARECKER 1997, S. 34).

Im Hinblick auf die Frage, was traumaerfahrene Personen zur Bearbeitung, Verminderung und Bewältigung ihrer Symptomatik bzw. zur Stabilisierung an Schutzfaktoren brauchen, ist die Bedeutung von:

- Kohärenzsinn als Fähigkeit zur geistigen Einordnung, zum Verstehen und zur Sinngebung des traumatischen Ereignisses;
- sozialer Unterstützung, z.B. individueller Beistand, öffentliche Wertschätzung, sachlich-formale und emotionale Unterstützung;
- Bewältigungsprozessen, z.B. durch Reden das Schweigen über das Trauma brechen

als Schutzfaktoren hervorzuheben, denn je höher der Grad sozialer Unterstützung ist, desto geringer ist die Ausbildung von PTSD (vgl. MAERCKER 1997, S. 33ff.).

Ressourcen

Die Reaktionen auf eine traumatische Erfahrung erweisen sich einerseits z.T. als verallgemeinerbar. So hat man festgestellt, dass Personen, die „nur“ als verdächtige AnhängerInnen von politischen AktivistInnen inhaftiert und gefoltert wurden, die größeren Schwierigkeiten in der Bewältigung dieser Erfahrung haben (vgl. WEISS 1994, S. 25). MEHARI betont andererseits, dass eine öffentlich anerkannte Verfolgung, beispielsweise die Solidaritätsbekundungen im Fall des Kosovokrieges, zu einem stärkenden kollektiven Erleben führt (MEHARI 1999, S. 33). BUTOLLO formuliert als weiteren Aspekt:

„Je größer die Nähe des Aggressors zum eigenen Selbst, desto größer der destruktive Effekt und desto schwerer die Wiederherstellung der posttraumatischen Abgrenzung“ (BUTOLLO 1997, S. 25).

Alle diese Hinweise führen zu dem Gedanken, dass die individuellen Fähigkeiten zur Einschätzung der Situation, zur Verwandlung der Erfahrung in einen Prozess, zur Verleihung von Sinn und zur Integration in das eigene Werte- und Glaubenssystem neben der Stützfunktion des kollektiven und des sozialen Systems eine wichtige Bedeutung im Rahmen der Traumabewältigung einnehmen. Sie sind als Ressourcen zu verstehen.

„Widerstandsfähigkeit gegenüber Feindseligkeit ist Ausdruck durchgemachter Entwicklungsschritte, kognitiver Fähigkeiten, der affektiven Basis, des sozialen Beziehungsnetzes und früherer Erfahrungen von Selbstüberwindung und Selbstvertrauen durch Herausforderungen und Anpassungsprozesse“ (WEISS 1994, S. 28).

2.2.2 Die Einwirkungen der Asylgesetzgebung auf die Lebenssituation im Exil

Ein Flüchtling, der es geschafft hat, bis in das „Hoheitsgebiet“ der BRD zu gelangen und einen Antrag auf Asyl zu stellen, tritt von der Vorflucht- und Fluchtphase in die Exilphase ein. Die Einwirkungen der vorhandenen Asylgesetzgebung, das engmaschige Netz an Bestimmungen bilden wahrscheinlich das erste und wichtigste Element der realen Situation, die ein Exilant in der BRD erlebt und in der er sich orientieren muss.

Der Antrag auf Asyl wird an der Grenze, bei einer Ausländerbehörde oder beim Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge (BAFL) gestellt (vgl. §§ 14 und 23 AsylVfG). Der Aufenthaltsort der Flüchtlinge in der BRD beschränkt sich zunächst auf die (Erst-) Aufnahmeeinrichtung, eine Zentrale Anlaufstelle für AsylbewerberInnen (ZAst). Sie werden hier mindestens die ersten sechs Wochen bis zu maximal drei Monaten bei andauerndem Asylverfahren verwahrt (vgl. § 47 AsylVfG). Die alleinige Kompetenz der Bearbeitung und der Entscheidung der Asylanträge liegt beim BAFL (vgl. § 5 AsylVfG).

Hier wird die Identität des Flüchtlings mit erkennungsdienstlichen Maßnahmen – Lichtbild und Abdrücke aller zehn Finger – festgestellt (vgl. § 16 AsylVfG). Die erhobenen Daten werden in einem Zentralcomputersystem gespeichert und mit Hilfe von speziellen Computer-

programmen (z.B. ASYLON, EASY; AFIS) bundes- und europaweit abrufbar gemacht (vgl. WEBER 1998, S. 58).

Im Verlauf finden Anhörungen und Befragungen von verschiedenen Behörden (Bundesgrenzschutz, BAFL; Erstaufnahmeeinrichtung, Polizei, Ausländer- und Sozialbehörden) und dem Bundesnachrichtendienst statt.

„Die Asylanhörnung ist nach dem immer schwierigeren bis lebensbedrohlichen Überwinden der deutschen Außengrenzen der wichtigste Schritt im Asylverfahren“ (WEBER 1998, S. 69).

Die vom BAFL durchgeführte Asylanhörnung hat aus rechtlicher Perspektive für den Asylbewerber eine hohe Bedeutung, da von ihrem Verlauf und Ergebnis das gesamte Asylverfahren abhängig ist. Sie erfolgt im Rahmen einer persönlichen Anhörung gegenüber einem Beauftragten des BAFL. An einem einzigen nicht-öffentlichen Termin, möglichst am gleichen Tag der Antragstellung, spätestens bis eine Woche danach, müssen alle asylrelevanten Tatsachen und Fluchtgründe genannt werden. Später vorgebrachte Tatsachen können unberücksichtigt bleiben und gelten als nicht-asylrelevant (vgl. KNOPP 1994, S. 56). Dies stellt die Komponente der Mitwirkungspflicht der Asylsuchenden dar (vgl. § 15 und § 25 AsylVfG).

Die zweite Komponente der Asylanhörnung besteht in dem Amtsermittlungsgrundsatz, womit die EinzelentscheiderInnen verpflichtet sind, die Sachlage umfassend aufzuklären, d.h. Widersprüche aufzuklären, Unklarheiten nachzugehen und alle asylrelevanten Schilderungen zu ermitteln (vgl. § 24 AsylVfG). Diese Prinzipien gelten für einen einzigen Anhörungstermin. Der entstandene subjektive Eindruck des Entscheiders ist für den Asylentscheid ausschlaggebend (vgl. WEBER 1998, S. 69f). Die dritte Komponente besteht in der Sorgfaltspflicht der DolmetscherInnen (vgl. WEBER 1998, S. 69).

Nach der Anhörung wird der Antrag von dem Bundesbeauftragten entschieden: Bei einer Ablehnung ist es dem Asylbewerber möglich, entweder Einspruch einzulegen oder einen Folgeantrag zu stellen, wofür neue Beweise vorgelegt und verwaltungsrechtliche Bestimmungen eingehalten werden müssen. Im Fall einer weiteren Ablehnung prüft die zuständige kommunale Ausländerbehörde einen möglichen Aufenthalt z.B. aufgrund der Bestimmungen der GFK. Falls das

Ergebnis der Überprüfung negativ ist, erfolgt eine Ausreiseaufforderung und ggf. eine Abschiebung. Dem AsylVfG gemäß soll das Asylverfahren verkürzt vonstatten gehen (vgl. KNOPP 1994, S. 56).

Nach erstmaliger Antragsstellung wird der Pass des Heimatlandes für die Dauer des Asylverfahrens entzogen (§ 15 AsylVfG). Statt dessen wird ihm von der deutschen Behörde ein Dokument über eine kurzzeitig gültige und für die Dauer des Verfahrens verlängerungspflichtige Aufenthaltsgestattung ausgehändigt.

Einem Verteilungsschlüssels gemäß erfolgt die Verteilung der AsylbewerberInnen auf die einzelnen Bundesländer. Die Bundesländer haben sich während des laufenden Asylverfahrens im Kreis- / Stadtgebiet des zugewiesenen Ortes der Gemeinschaftsunterkunft aufzuhalten (vgl. § 53, §§ 56-58 AsylVfG) (vgl. KNOPP 1992, S. 57). Verstöße gegen die bestehende Residenzpflicht werden als Ordnungswidrigkeit mit hohen Geldbußen bis zu Freiheitsstrafen geahndet und in Kriminalitätsstatistiken aufgeführt. Das vorübergehende Verlassen des Aufenthaltsbereiches, z.B. zum Zweck des Aufsuchens eines Psychosozialen Zentrums, muss bei einer zuständigen Stelle der Aufnahmeeinrichtung oder der zuständigen Ausländerbehörde extra beantragt werden. Residenzpflicht ist möglicherweise als Disziplinierungs-, aber vor allem als Überwachungsinstrument ausländischer Flüchtlinge während des Asylverfahrens handhabbar (vgl. WURZBACHER 1997, S. 57).

Sozialrechtlich unterliegen Asylbewerber im Wesentlichen den Leistungen und Bestimmungen gemäß dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG). Die Aspekte, welche die psychosoziale Situation traumatisierter Flüchtlinge am bedeutsamsten beeinflussen, werden in Abschnitt 2.2.2.3 *Psychosoziale Folgen des Asylbewerberleistungsgesetzes* bearbeitet.

2.2.2.1 Die psychosoziale Bedeutung der Asylanhörnung

In den letzten Jahren wurden verstärkt Erkenntnisse über Denk-, Verhaltens- und Erzählstrukturen von traumatisierten Flüchtlingen im Anhörungsverfahren gewonnen. Zur Gewährleistung der Anwendung dieses Wissens, die gleichzeitig zur Sicherung der Stabilität der AsylbewerberInnen beiträgt, ist die Überarbeitung der westlich tradierten

Glaubwürdigkeitskriterien im Rahmen der Anhörung im Asylverfahren unumgänglich (vgl. MÜLLER-VOLCK 1998, S. 125, WEBER 1998, S. 178ff., S. 185ff.).

Bereits kurz nach Ankunft in der Erstaufnahmeeinrichtung sind die AsylbewerberInnen mit vielen Befragungen konfrontiert (s.o.). Hinzu kommt, dass eine ungenügende oder gar keine Vorbereitung der Antragsteller auf die Anhörung die Regel ist (vgl. WEBER 1998, S. 69 und S. 170). Aufgrund von Unkenntnis über das hiesige Verwaltungssystem sowie asyl- und aufenthaltsrechtliche Bestimmungen besteht die Möglichkeit, dass die Flüchtlinge zunächst den Stellenwert der Asylanhörung im Gesamtverfahren nicht erkennen. Zudem stehen sie noch stark unter dem Eindruck ihrer Verfolgungs-, Flucht- und Einreiseerlebnisse. Sie befinden sich im Zustand der Erschöpfung (vgl. WEBER 1998, S. 170).

Zur Praxis der Asylanhörung bemängelt WEBER im Rahmen seiner Studie:

- das mangelnde Interesse am aktuellen Gesundheitszustand der Flüchtlinge,
- geringes Interesse und Unprofessionalität im Umgang mit Folteropfern und -berichten sowie
- die Ungenauigkeit von Rückübersetzungen (vgl. WEBER 1998, S. 151ff.).

Die Einflüsse von Bildungsniveau, Geschlecht und Alter finden in der Anhörung ebenso wenig Berücksichtigung wie trauma- und flucht-, sowie kulturspezifische Faktoren, die in die Kommunikation einfließen (vgl. Weber 1998, S. 147ff., S. 158ff., S. 170ff.).

Die genannten Komponenten tragen dazu bei, dass AsylbewerberInnen während ihrer Anhörung in der Regel nicht in der Lage sind, offen, strukturiert, chronologisch und fließend über ihre Erfahrungen zu sprechen. Charakteristisch für die Darstellung von traumatischen Erfahrungen ist das Auftauchen von Widersprüchlichkeiten, Lückenhaftigkeiten und zeitlichen Ungereimtheiten (vgl. WEBER 1998, S. 114).

Seitens der AnhörerInnen wird aufgrund unangemessener (Nach-) Fragetechniken und Verunsicherungsstrategien gegenüber dem Asylbewerber regelrecht eine Verhörsituation hervorgerufen. Selbst die

Offenlegung von traumatischen Erlebnissen stoßen auf Abwehr, Ungläubigkeit, Zweifel und die Neigung, das Gesagte zu negieren und zu relativieren. Die traumatische Erfahrung wird im Rahmen der Prüfung überwiegend nicht erkannt und bleibt bedeutungslos (vgl. WEBER, S. 158, MÜLLER-VOLCK 1998, S. 126).

Die Erfahrung von Irrelevanz, Entwürdigung und die Versagung von Anerkennung des Leidens löst im Zusammenspiel mit den genannten psychischen Vorbelastungen eine Überforderung des Asylbewerbers bis hin zu einer Retraumatisierung im Rahmen der Aufnahme- und Anhörungsverfahren aus (vgl. WEBER 1998, S. 69). Die Symptomatik der Angst wird insbesondere auch durch das Anhörungsverfahren geweckt. Ihr wird weder bei der Anhörung noch bei der Prüfung von Abschiebungshindernissen professionell und sensibel begegnet.

Für die Betroffenen selbst ist eine Retraumatisierung gefährlich. Sie ist außerordentlich belastungs- und stressreich und hat für die Betroffenen Konsequenzen. Dies belegt die wachsende Zahl von Suiziden und Suizidversuchen in Flüchtlingslagern und Abschiebegefängnissen (vgl. WEBER 1998, S. 179).

2.2.2.2 Die psychosozialen Auswirkungen der Unterbringungssituation

Charakteristisch für die Unterbringungssituation der Flüchtlinge sowohl in der Erstaufnahmeeinrichtung als auch in den Gemeinschaftsunterkünften ist die naheliegende, auch 1983 vom UNHCR festgestellte Vergleichbarkeit mit Sammellagern. Es besteht im AsylVfG keine Regelung über die Beschaffenheit der Unterkünfte, noch über die Ausgestaltung der Unterbringung (vgl. WEBER 1998, S. 95 und WURZBACHER 1997, S. 55). Aus städtebaulicher Perspektive findet durch die peripher gelegten Unterkünfte Ausgrenzung statt, zumal sie baulich den Normalstandard unterschreiten (vgl. WURZBACHER 1997, S. 62).

Durch diese Form der Einquartierung werden Flüchtlinge gesellschaftlich von der Restbevölkerung abgeschottet. Eine der weitreichenden Konsequenzen ist die Begünstigung von misstrauens- und vorurteilsbeladenem Verhalten der ansässigen Bevölkerung, die zirkulär Rückzug und Kontaktvermeidung auf Seite der Flüchtlinge bewirken kann (vgl. WEBER 1998, S. 96). Dies gilt auch für die in Nie-

dersachsen größtenteils dezentral untergebrachten Flüchtlinge in privaten Unterkünften, ländlichen Gebieten, Sozialwohnungen, Containerbehausungen etc. (vgl. TAN 1994, S. 152).

Insbesondere dann, wenn sich das Asylverfahren über einen langen Zeitraum erstreckt, ohne dass sich die Wohnsituation ändert, ist nach einer von HENNING bereits im Jahr 1982 durchgeführten Studie mit zunehmender Aufenthaltszeit die Entwicklung eines „Lagersyndroms“ zu beobachten. Hier zeigt sich eine weitere psychische Belastung mit potentiell destruktivem Effekt auf die Lebenssituation traumatisierter Flüchtlinge im Exil (vgl. WURZBACHER 1997, S. 93, BOUMANS / ÜNAL 1997, S. 61ff.).

Das Leben in der Gemeinschaftsunterkunft beinhaltet für die Flüchtlinge, dass sie:

- gezwungenermaßen mit (Körper-)Kontakt, Nähe und Distanz konfrontiert sind, was für sie sozialisations- und auch traumabedingt problematisch sein kann,
- Beobachtungen und Kontrolle seitens des Lagerpersonals, der MitbewohnerInnen und auch seitens der Wohn- oder Gewerbe-Nachbarschaft ausgesetzt sind,
- ihren im Herkunftsland entwickelten Tagesrhythmus, inklusive aller dazugehörenden gewohnten Aufgaben- und Beschäftigungsmöglichkeiten (z.B. Einkaufen, Zubereitung von Speisen, Essen, Arbeiten, Behördengänge, religiöse Praktiken), weitgehend verlieren (vgl. BOUMANS / ÜNAL 1997, S. 100ff.).

Es sind Menschen verschiedener, auch verfeindeter Ethnien und Nationen mit den unterschiedlichsten Sprachen auf engstem Raum – sogar in einem gemeinsamen Zimmer – ohne Rücksicht auf Mehr- und Minderheitenverhältnis untergebracht (vgl. BOUMANS / ÜNAL 1997, S. 109).

Die Lebensbedingungen in den Unterkünften können zu einer Auflösung der Identität der Menschen beitragen. Insbesondere die Lebenssituation der Frauen und der unbegleiteten Kindern und minderjährigen Jugendlichen ist in dieser Verwahrungsform als stark isolierend, bedrohlich, schutzlos, rücksichtslos und gefährlich charakterisierbar. Sie ist in Kombination mit ihrer, in dieser Arbeit an einigen Punkten

hervorgehobenen Gesamtlage, aus psychosozialen Aspekten nicht verantwortlich (vgl. WEBER 1998, S. 96f.).

2.2.2.3 Die psychosozialen Konsequenzen des Asylbewerberleistungsgesetzes und anderer sozialrechtlicher Bestimmungen

Am bedeutsamsten wirkt sich das im Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) verankerte Sachleistungsprinzip für Asylbewerber aus, die innerhalb und außerhalb von Gemeinschaftsunterkünften leben. Es ist u.a. auf Nahrungsversorgung und Gesundheits- und Körperpflege anwendbar. Lebensmittel können beispielsweise somit in Fertigpaketen ausgegeben werden, die meist nicht ernährungsphysiologische Aspekte, religiös bedingtes Ernährungsverhalten oder besonderen Nahrungsbedarf von Kindern, Schwangeren und Stillenden berücksichtigen (vgl. ZDWF 1997, S. 17).

Zudem schließt die Ausgabe von Lebensmittelpaketen einerseits den Einkauf von Lebensmitteln und andererseits das Kochen nach eigenen Gewohnheiten aus (vgl. BOUMANS / ÜNAL 1997, S. 103f.). In vielen Kommunen werden inzwischen anstelle von Bargeld Wertgutscheine zum selbstversorgenden Einkauf ausgegeben. Die Menschen können damit nur in bestimmten Läden einkaufen, da sie als Zahlungsmittel nicht überall akzeptiert werden. Außerdem muss für den Gesamtbetrag (i.d.R. 100,- DM) eingekauft werden, da das Wechselgeld einen bestimmten Betrag nicht überschreiten darf. Der Einkauf mit Lebensmittelgutscheinen erweist sich spätestens an der Kasse mit einem aufwendigen, unangenehmen Zahlverfahren als stigmatisierend und demütigend für die Flüchtlinge (vgl. TOBIASSEN 1992, S. 94).

Für zusätzliche Leistungen und besonderer Bedarf können nach § 6 AsylbLG („sonstige Leistungen“) einzeln und mit individueller Begründung Anträge gestellt werden, welche von den Sozialbehörden unterschiedlich und, jenseits von Pflichtleistungen, restriktiv gewährt werden (vgl. ZDWF 1997, S. 20f.).

Medizinische Versorgung erhalten AsylbewerberInnen nach § 4 AsylbLG Abs. 1 nur bei Vorliegen einer akuten Erkrankung und / oder eines Schmerzzustandes. Medizinische Versorgung kann auch nach

§ 6 AsylbLG (sonstige Leistungen) gewährt werden (s.o.). Dazu zählen:

- psychosoziale Behandlung zur Erhaltung der Gesundheit von Flüchtlingen und Folteropfern (wohingegen eine akute Psychose unter § 4 AsylbLG fällt) und
- Dolmetscher- bzw. Sprachmittlerkosten als Teil der Krankenhilfe zählen (vgl. ZDWF 1997, S. 27).

Eine Arbeitserlaubnis erhalten AsylbewerberInnen gemäß § 61 Abs. 1 AsylVfG solange nicht, wie die Pflicht zur Unterkunft in einer Aufnahmeeinrichtung besteht (max. drei Monate). Nach § 5 AsylbLG können sie aber für einen Stundenlohn von 2 DM pro Stunde zu gemeinnützigen Arbeiten verpflichtet werden.

Die Möglichkeiten zum Erhalt einer Arbeitserlaubnis, gekoppelt an die Laufzeit der Aufenthaltsgestattung, regelt dann die Ausländerbehörde auf Grundlage des Asylverfahrensgesetzes, des Ausländergesetzes, des Arbeitsförderungs-Reformgesetzes und der Arbeitserlaubnisverordnung. Offene Stellen dürfen von AsylbewerberInnen erst dann besetzt werden, wenn sie vier Wochen lang nicht von arbeitsrechtlich begünstigten Personen – zunächst deutsche StaatsbürgerInnen, dann EU-AusländerInnen – belegt wurden (vgl. ZDWF 1997, S. 35ff. und S. 41).

Bildungsmaßnahmen schulischer und beruflicher Art können von AsylbewerberInnen in der Regel nicht in Anspruch genommen werden. Hierzu zählen auch staatlich finanzierte Deutschkurse. Nach pflichtgemäßem Aufenthalt in einer Gemeinschaftsunterkunft können Ausnahmen dieser gesetzlichen Regelung in Kraft treten (vgl. ZDWF 1997, S. 28ff). Die bleibende Unkenntnis der deutschen Sprache wird gesetzlich, aus dem Gedanken des kurzfristigen Aufenthalts, unterstützt. Die bestehende Sprachlosigkeit der Erwachsenen bewirkt das Gefühl der Unmündigkeit, Abhängigkeit von Dritten und Isolation von der Gemeinschaft. Demgegenüber erwerben die Kinder schnell deutsche Sprachkompetenz, was sie in die verfrühte Rolle von erwachsenen, verantwortungstragenden Dolmetschern ihrer Eltern bringt. So wird ihnen durch die Konfrontation mit nicht-kindgerechten Problemen und Thematiken eine Doppelrolle zugemutet, wodurch sie in ein Spannungsfeld widersprüchlicher Erwartungen und, in Anbetracht

eigener traumatischer Erfahrungen, Überforderungen geraten, was weitere Traumata verursachen kann (vgl. BOUMANS / ÜNAL 1997, S. 111f.).

ADAM wertet den Verlust der Muttersprache als Teilbedingung der psychischen und sozialen Instabilität der Betroffenen. Die Dynamik von Denken, Fühlen und Sprechen erhält im Exil eine neue Dimension, die abrupt von der herkunftsspezifischen Existenz getrennt ist (ADAM 1993, S. 112)¹³.

„Denn jedes gesprochene und gedachte Wort ruft nicht nur seine Bedeutung im bewußten Denken und Verstehen hervor, sondern auch Nebenbedeutungen, Assoziationen, Empfindungen, die weit über >Informationen< hinausgehen. Die Trennung von der Sprache bedeutet die Aufgabe jenen Gutes, das die Flüchtlinge auch nach dem Verlust ihrer materiellen Existenz und sozialen Stabilität noch voll ihr eigen nannten und beherrschten; mit dem sie sich mit sich selbst und ihrer Umwelt verständigen, sich verständlich machen konnten“ (MAIMANN 1981, S. 32, zit. nach ADAM 1993, S. 158).

Asylbewerber sind während des Verfahrens von wesentlichen wohlfahrtsstaatlichen Leistungen (Kindergeld, BAföG) ausgeschlossen. Sie haben außerdem kein Recht auf politische Partizipation (vgl. WURZBACHER 1997, S. 61).

Abschließend sei kurz darauf hingewiesen, dass im AsylbLG keine Beratungspflicht verankert ist. Ohne Eingang auf rechtliche Grundlagen ist Sozialberatung für AsylbewerberInnen unmöglich. Gemäß dem Rentenberatungsgesetz wird dies zudem nur befugten Personen (Rechtsanwälten, Notaren etc.) erlaubt. Es wird demgegenüber gerichtlich vertreten, dass es Asylbewerbern zumutbar sei, sich bei direkt beteiligten Behörden (BAFL und Ausländerbehörde) Rat zu holen (vgl. ZDWF 1997, S. 55). Dieser Aspekt verleiht Sozialarbeit, unter der Bedingung „daß in der Bundesrepublik nahezu sämtliche Bereiche des gesellschaftlichen Lebens ‚durchnormiert‘ sind“ (ZDWF 1997, S. 54) und somit nicht nur für systemfremde Personen unüber-

13 Den Zusammenhang von Sprache und Selbstgefühl von südostasiatischen Flüchtlingen beschreibt Siebert-Schroeder (1988) mit eindrucksvollen Interviewausschnitten, siehe SIEBERT-SCHROEDER 1988, S. 516ff..

sichtlich, als „Paragraphendschungel“ etc., erscheinen, eine Alibifunktion (vgl. BOUMANS / ÜNAL 1997, S. 245).

2.2.3 Zum gesellschaftlichen Umgang mit Flüchtlingen im Exilland BRD

Der öffentliche Umgang mit der Gruppe der Flüchtlinge ist gekennzeichnet durch angewandtes gesamtgesellschaftliches Alltagswissen, kollektive Vorstellungen und Phantasien über diesen Personenkreis, so z.B. handele es sich um eine homogene Masse.

Angefangen bei der Betrachtung des produzierten Bildes der Flüchtlinge durch die Medien, wird auffällig viel mit stereotypen und wiederkehrenden Symbolen gearbeitet. Hierzu zählen quasi-wissenschaftliche Diagramme, die einerseits objektiv erfasste Zahlen zum Fluchtgeschehen abbilden, aber andererseits im Zusammenspiel von Graphik und Lay-Out (Verwendung von Flut- und militärischer Symbolik) so dargestellt werden, dass existentiell bedrohende Assoziationen wie z.B. Überflutung, Untergang und Befremdung scheinbar untrennbar und selbstverständlich mit diesem Thema gekoppelt sind¹⁴. Ein Aspekt der Funktionsweise einer solchen Symbolik ist, dass eine Doppelinformation transportiert wird.

Vordergründig werden sachliche Informationen vermittelt, die hintergründig auf emotionaler Ebene Beängstigung und Ohnmachtsgefühle im Unterbewusstsein des Betrachters wecken. Dieser wird im Sinne von Selbsterhaltung dazu veranlasst, die Bedrohung abzuwenden. In direktem Kontakt mit Flüchtlingen (s.o.) und in der politischen Meinungsbildung kann eine solche stereotype Symbolik Reaktionen (z.B. Abwehrreaktionen, Projektionen) und Verhaltensweisen hervorrufen und legitimieren, die keinesfalls sachlich, sondern affektiv sind (vgl. TOBIASSEN 1992, S. 90f.). Das Spektrum der Möglichkeiten reicht von menschlichen Berührungängsten über subtile Anfeindungen bis hin zu offenen, rassistischen Gewalttaten. „BrandSätze“ (JÄGER 1993) auf AsylbewerberInnen in Deutschland sind seit Beginn der 90er Jahre zur gesellschaftlichen Realität geworden.

14 Siehe hierzu: DER SPIEGEL Nr. 37, vom 09.09.1991, S. 40

Als Spannungsfeld ist der Kontakt zwischen Flüchtlingen und Behörden zu bezeichnen. Den Flüchtlingen wird auch hier mit Misstrauen und Ablehnung begegnet. Zu den genannten Aspekten kommt das verinnerlichte Vorurteil, dass alle AsylbewerberInnen nur „als Schmarotzer“ zu ihnen kämen, welches berechnete und ernstzunehmende Gesuche aus dem Mittelpunkt ihrer Aufmerksamkeit verdrängt. Außerdem sind die BehördenvertreterInnen in ihrer Arbeit häufig überfordert und unzufrieden, was dazu führen kann, dass sie ihre Klientel für die eigene Situation verantwortlich machen bzw., auch auf der Grundlage des öffentlichen Bildes, auf diesen Personenkreis ihre Aggressionen und Ängste projizieren, sie somit als Druckventil funktionalisieren (vgl. TOBIASSEN 1992, S. 92f.).

Umgekehrt besteht die Möglichkeit, dass die Flüchtlinge sich ihrerseits insgesamt so abgelehnt, ausgegrenzt, rechtlos und unerwünscht fühlen, dass sie das von ihnen empfundene Unrecht der Politik auf die Behördenvertreter projizieren und sie dafür verantwortlich machen. Die Gründe zu diesem Verhalten bestehen auch darin, dass ihnen die Verwaltungsstrukturen und Rahmenbedingungen weitgehend unbekannt sind (vgl. TOBIASSEN 1992, S. 93).

Für viele Flüchtlinge sind Fremdenfeindlichkeit und Rassismus zum Alltagsthema geworden. Der Umgang mit den Anfeindungen und die Angst davor, in Kombination mit enger werdenden Lebensräumen durch verschärfte gesetzliche Bestimmungen, nimmt einen wichtigen Stellenwert in der Lebenssituation ein und beeinflusst das Lebensgefühl im Exil in der BRD äußerst negativ (vgl. TOBIASSEN 1992, S. 94).

2.2.3.1 Veränderung der Sozialisationsbedingungen der Flüchtlingspopulationen im Exilland BRD

FELDHOF et al. stellen auf der Grundlage ihrer empirischen Untersuchung fest, dass ein Zusammenwirken von beschriebener gesellschaftlicher Ausschließung und gescheiterter Strategien gesellschaftlicher Teilhabe eine Kontinuität der Marginalität von Flüchtlingen im Exil darstellen (vgl. FELDHOF et al. 1991, S. 136). Sozialisationsbedingte Merkmale, welche die Lebenssituation und -führung der Familien auch nach der Flucht kennzeichnen, sind:

- *Kollektive Strukturen der Lebensführung* in normativen Verhaltensmustern und Bewusstseinsformen: Eine Rekonstruktion der mit den im Herkunftsland bestehenden psychologischen, sozialen und ökonomischen Ressourcen (s.o.) vergleichbarer Sozialkontexte gelingt unter den hier bestehenden Bedingungen der Aufnahmegesellschaft nur selten. In der Organisation der neuen Lebensführung sind die Menschen auf sich selbst verwiesen (vgl. FELDHOFF et al. 1991, S. 137).
- Zugehörigkeit zu einer *religiösen oder ethnischen Minderheit* bedeutet, dass oft die Kumulation von sozialen Ausschlüssen und Diskriminierungen in mehreren Lebensbereichen die Fluchtursache darstellten. Dazu gehört ebenso die Hoffnung auf Fortsetzung der im Herkunftskontext illegalisierten politischen Aktivitäten in Exilorganisationen im Aufnahmeland, was auch auf die Absicherung der Zugehörigkeit zu und des Erhalts von ethnisch-religiösen Gemeinschaften abzielt (vgl. FELDHOFF et al. 1991, S. 138).
- Umstellung auf ein *bürokratisch-individualisierendes System der Daseinsvorsorge* bedeutet: Angewiesenheit der Flüchtlinge auf Informationen über das soziale Versorgungssystem bei gleichzeitiger Undurchsichtigkeit sowie Angewiesenheit auf Unterstützung beim Zugang zu und Umgang mit entsprechenden Institutionen. Kontakte mit InformantInnen und BeraterInnen erleichtern die Eingewöhnungsphase (vgl. FELDHOFF et al. 1991, S. 139).

Die aufgezählten Merkmale werden durch eine vorhandene trauma-spezifische Symptomatik (z.B. Isolationsverhalten) weiter verstärkt. Es wird aus der Perspektive der Flüchtlinge deutlich, dass ein spannungsgeladenes Feld zwischen Herkunfts- und Aufnahmegesellschaft, zwischen Bewahrung von Tradition und Veränderung der Norm und des Selbstbildes besteht. Im Hinblick auf die von der Aufnahmegesellschaft gestellten Anforderungen in Kombination mit der belastenden Lebenssituation und dem ursprünglichen Sozialisationskontext der Flüchtlinge ist zu bezweifeln, dass prozesshafte Veränderungen ohne die Bereitschaft zur äußeren Unterstützung von der Seite der Aufnahmegesellschaft geleistet werden können.

„Mit dem Verlust sozialisationsspezifischer Ressourcen aus dem Herkunftsland geht einher, daß nicht wie gewohnt auf soziale Unterstützung der Gemeinschaft zurückgegriffen wer-

den kann, wie auch nicht auf berufliche Qualifikationen und Besitztümer. Die Folge ist eine weitreichende Abhängigkeit vom staatlich-bürokratischen System der sozialen Sicherung, die eine starke Normveränderung und das ursprüngliche Rollenverständnis im Selbstbild und Familienkonzept bewirkt“ (vgl. FELDHOFF et al.. 1991, S. 139).

2.2.4 Zusammenfassung

Im Rahmen des letzten Abschnitts wurden die psychosozialen Faktoren und Lebensbedingungen von AsylbewerberInnen unter dem Einfluss von Flucht- und Traumaerfahrung im Exilland BRD dargestellt.

Die Exilphase bedeutet den Eintritt in einen, aus psychischen und sozialen Aspekten betrachtet, sensiblen und krisenhaften Lebensabschnitt. Es arbeiten unterschiedliche psychische Prozesse gleichzeitig, die Abwehr- und andere Bewältigungsstrategien mit begleitender Symptomatik infolge der stressreichen Situation hervorrufen. Hinzu kommt der komplexe Bereich der Konfrontation und des Umgangs mit den typischerweise zeitversetzten Folgen der Gewalterfahrung und des Leids nach Eintritt in die Exilphase oder im Fall einer Bedrohungssituation (z.B. Abschiebung). Die Genese von PTSD ist aus verschiedenen Ansätzen nur modellhaft erklärbar.

Es wird sichtbar, dass die traumatische Erfahrung auch nach der akuten Phase verändernd auf das Werte- und Normensystem des Individuums wirkt. Dieser Faktor kollidiert mit der exilbedingten, veränderungsgeladenen Situation und geht mit ihr einher. Das Trauma erzeugt keine kulturspezifischen Symptome, aber es erfährt eine kulturspezifische Be- und Verarbeitung (vgl. WEISS 1994, S. 49). Das auf ähnliche Weise erlittene Leid drückt sich u.a. in Abhängigkeit zu den kulturellen Faktoren unterschiedlich z.B. auf emotionaler, kognitiver, somatischer und verbaler Ebene aus. Wie aufgezeigt, verändert sich durch Traumatisierung die Sprache bzw. kommt es bis zu einem gewissen Grad zur Sprachlosigkeit, was auch aufgrund des Aufenthalts in einem fremden Land geschieht – die Sprachlosigkeit hat sich somit verstärkt. Eine traumatische Erfahrung ist wie ein Kulturwechsel, wie eine Migration von einem vertrauten Zustand in einen fremden zu verstehen (vgl. HERMAN 1993, S. 279). Verständlich wird in

diesem Zusammenhang auch, dass die Entwicklung von Kohärenzsinn in einer solchen Krisensituation von selbsterhaltendem Wert ist. Die Ressource, trotz der Bedrohung einen Sinnzusammenhang zu erhalten und eine situationsangepasste Wirklichkeit zu konstruieren, ist für die Erfassung des Standorts des Klienten, z.B. in einer therapeutischen Situation, von zentraler Bedeutung.

In dieser traumaspezifischen Phase der Flüchtlinge, die sie im Exil erleben, gewinnt das Bedürfnis nach Ruhe, Sicherheit, öffentlicher Anerkennung, sozialer Unterstützung und der Auffang durch ein stabiles soziales Netz stark an Bedeutung (vgl. WEISS 1994, S. 20). Zum Umgang mit dem Trauma ist ein hoher Bedarf an Stabilisierung und an Sicherheit vorhanden. Für die professionelle Versorgung von traumatisierten Flüchtlingen bedeutet dies die Bereitstellung eines adäquaten und niedrigschwelligen Angebots von sozialer Beratung und therapeutischer Versorgung, die Förderung und Unterstützung sozialer Netzwerke sowie eines bedürfnisorientierten, sensiblen Umganges mit den komplexen Problembereichen dieser Personengruppe.

Die psychosozialen Lebenssituation der traumatisierten Flüchtlinge im Exil ist gegenüber ihrer Bedürfnislage wesentlich durch die Einwirkungen der rechtlichen Rahmenbedingungen gekennzeichnet und beeinflusst. Ihre charakteristischen Kernpunkte bedingen sich aus:

- der restriktiven, einschränkenden, entwürdigenden und bedürfnisinadäquaten Formulierung und Handhabung der Asylgesetzgebung,
- dem entwürdigenden, misstrauensfördernden und situationsverkennenden Charakter der Asylanhörungs,
- der isolierenden, konfliktsteigernden und entwürdigenden Unterbringungssituation,
- den einschneidenden, stark reglementierenden und entwürdigenden Vorschriften des Asylbewerberleistungsgesetzes,
- dem misstrauens- und ablehnungsgeladenen bis hin zu fremdenfeindlichen und rassistischen gesellschaftlichen Umgang,
- der Kontinuität der marginalen und schwierigen Lebenssituation der traumatisierten Flüchtlinge im Exil.

Diese Aufzählung zeigt, dass die äußeren Faktoren auf die Gruppe der traumatisierten Menschen im Aufnahmeland BRD kontinuierlich

entwürdigend, destabilisierend und desintegrierend wirken. Die geschilderten Auswirkungen der rechtlichen Rahmenbedingungen stehen außerdem genau den wesentlichen und existenzsichernden Bedürfnissen der genannten Zielgruppe entgegen. Insbesondere die bedürfnisadäquaten Reglementierungen seitens der Aufnahmegesellschaft verursachen hohe Kosten durch notwendigerweise besondere soziale, psychotherapeutische und medizinische Versorgungsmaßnahmen.

Im Gesamtüberblick bilden sich die rechtlichen und sozialen Bedingungen aus der Idee einer „Abschreckungspolitik nach innen“ seitens des öffentlichen kollektiven Bewusstseins im Aufnahmelandes BRD (MEINHARDT & SCHULZ-KAEMPF 1994.). Sie wirken sich wie ein starres und lähmendes Korsett auf die bewusst und unbewusst vorhandenen Denk- und Handlungsstrukturen der traumatisierten Flüchtlinge aus. Dies wird den Flüchtlingen häufig pauschal z.B. mit mangelnder Integrationsfähigkeit zur Last gelegt, ohne zu reflektieren, dass ihr Verhalten auf die Verantwortungslosigkeit der politischen und sozialen Öffentlichkeit zurückzuführen ist.

Auf die Wirkung von und den Umgang mit dem erfahrenen Trauma nehmen die vorhandenen Exilbedingungen einen Summationseffekt ein und verstärken durch ihren pathogenen Charakter den Fortbestand eines inneren pathologischen, „sozio-psycho-somatischen Zirkels“ (s.o.) (vgl. WEISS 1994, S. 27). Sie sind situationsbezogen kontraindiziert, negativ verstärkend zu betrachten und erzeugen Retraumatisierungen (vgl. WEBER 1998, S. 94). Insbesondere die Gruppe der Flüchtlingsfrauen wird nicht nur durch eine – politisch nicht anerkannte – frauenspezifische Verfolgungs- und Fluchtsituation, sondern auch durch eine entwürdigende, den Bedürfnissen der Frauen ungerechte Exilsituation extrem belastet (vgl. HAUSER 2000). Hier verstärken sich Rassismus und Sexismus gegenseitig und wirken sich in hohem Maße negativ auf die Traumaverarbeitung der Frauen aus. Beispielsweise die Anhörungs-, Unterbringungssituation der Frauen sowie die Ablehnung von sexualisierter Gewalt als Asylgrund und als Folge die Ab- bzw. Ausweisung der Frauen von / aus der BRD, aber auch die Fortsetzung innerfamiliärer Gewalt und spezieller Rollenerwartungen machen es den (Ehe-)Frauen, (Groß-)Müttern, Tanten und

Cousinen unmöglich, Ruhe, Sicherheit und Anerkennung für sich zu finden.

Es besteht eine starke Diskrepanz dazwischen, was die Lebenssituation von traumaerfahrenen Menschen zur Heilung bzw. Linderung erfordert und was sie tatsächlich mit sich bringt, nämlich u.a. einen Mangel an tragenden sozialen und politischen Strukturen sowie an öffentlicher Anerkennung ihrer Geschichte (vgl. WEISS 1994, S. 26f.)

„Die Migration – ihre Ursachen, Richtung, Umfang, Globalität und ihre Folgen – ist ein gesellschaftliches Phänomen. Aber die ungeheure Aufgabe ihrer psychischen Bewältigung wird privatisiert, d.h. der Fähigkeit des einzelnen Ich überlassen, Ambivalenzen und Ängste auszuhalten“ (KÜRSAT-AHLERS 1995, S. 158).

Es stellt sich die Frage, wie die Flüchtlingspopulationen mit den dargestellten verschiedenen herkunfts-, flucht- und traumaspezifischen Voraussetzungen die Konfrontation mit den multiplen Stressfaktoren in Kombination mit der Erfahrung von Fremdenfeindlichkeit und Rassismus in der Exilsituation angehen. In Anbetracht der Aufnahmebedingungen geht es zunächst um Schutz und Sicherung ihrer Existenz. Mit welchen Bewältigungsstrategien und Ressourcen sie dies angehen (z.B. Ersuchen von Unterstützung, Fähigkeit zur Vernetzung, traditionsbewahrende Organisation, kreative Vermischung mit der Kultur des Aufnahmelandes), ist sowohl abhängig von eigenen sozialen, kulturellen, politischen und ökonomischen Faktoren als auch von denen des Exillandes (vgl. WEISS 1994, S. 31).

3 Die Situation der psychosozialen Versorgung von traumatisierten Flüchtlingen in der BRD

3.1 Allgemeine Formen der psychologischen Intervention und Begleitung

Die im vorausgegangenen Kapitel beschriebene psychosoziale Situation traumatisierter Flüchtlinge mit ihren bestehenden pathologischen Zirkeln zeigt auf, dass sie sich nicht durch Zeit allein positiv verändern wird – im Gegenteil. Ein hoher und ernstzunehmender Bedarf an adäquater Hilfe und Unterstützung zur Sicherung der individuellen Gesundheit, der gesellschaftlichen Integrität und der gesamtgesellschaftlicher Stabilität ist vorhanden. Dabei wird deutlich, dass es sich hier um besonders anspruchsvolle und komplexe Arbeit handelt, worin bestimmte Standards zum Wohl der Klientel und der HelferInnen vorhanden sein müssen. Ebenso besteht die interessante Frage, wie die deutsche Gesellschaft, im Hinblick auf die Verursachung von Traumatisierungen in Millionenzahlen und ihrer eigenen Involvierung während des Nationalsozialismus, heute einen verantwortungsvollen Umgang mit Traumaüberlebenden und die Bearbeitung von Traumata wider das Vergessen unterstützt. Dies lässt sich auf der Ebene ihres bereitgestellten Versorgungsangebots veranschaulichen. Es geht somit in diesem Kapitel um die Erfassung des Angebots psychosozialer Versorgung für traumatisierte Flüchtlinge und ihre Positionierung in der allgemeinen Versorgungsstruktur des Exillandes BRD.

Das Erkenntnisinteresse bezieht sich in diesem ersten Teil auf die Definition und Abgrenzung von Psychotherapie im allgemeinen sowie auf die Beschreibung eines idealtypischen Therapieprozesses mit den dazugehörigen Voraussetzungen von Therapeut und Klient und der therapeutischen Beziehung. Anhand dieser allgemeinen Übersicht wird im zweiten Teil dieses Kapitels die Konzeption und der Bedarf an psychosozialer Versorgung von traumatisierten Flüchtlingen im Besonderen fokussiert.

3.1.1 Die Entwicklung der Psychotherapie

In seiner Urform bestand das, was man heute nach westlichem Maßstab als Psychotherapie bezeichnet, in Form von magischen Praktiken bei Jägern und Sammlern. Der Zweck dieser urzeitlichen Prozeduren lag darin, psychische Kräfte zusammenzuhalten, sich Selbstvertrauen zu verschaffen und sich mit Zuversicht zum Überleben auszurüsten. Eine geistige Selbstreflexion hätte sowohl dem Individuum als auch der Gemeinschaft mehr geschadet als genutzt. (vgl. SCHMIDBAUER 1975, S. 18).

„Gerade unter den gruppenbindenden Faktoren spielt die Magie (ebenso wie Mythos und Religion) eine wichtige Rolle, da sie eine Reihe sozialer Vorschriften viel besser festlegen und begründen kann als andere Argumente, andererseits aber auch der ganzen Gruppe Sorgen abnimmt, sie von Übeln erlöst und Emotionen reinigend (>kathartisch<) entäußern hilft“ (SCHMIDBAUER 1975, S:19).

Formen der schamanistischen Praktiken sogenannter primitiver Kulturen (z.B. in Afrika, Sibirien, Amerika) und der Riten und Kulte aus historischen Kulturen haben sich als religiöse oder weltliche Elemente in vielen Kulturen und vor allem als urtümliche Modelle der Psychotherapie (Ekstase / Trance / Katharsis / Rollentausch / Übertragungsrituale) bis heute erhalten (vgl. SCHMIDBAUER 1975, S. 47ff.). Die Entwicklung der Seelenheilkunde in den Hochkulturen der Babylonier, Ägypter, Perser, Hebräer, Inder und Griechen blieb in Form von Magie und Dämonologie bestehen. Die Religionen hatten ihren zentralen Stellenwert. Die Priester fungierten als zuständige Medien zwischen dem Kranken und den Göttern / Dämonen bzw. dem Gott als die Erfinder suggestiver Formeln und Riten zur Heilung und zugleich als Begründer mythischer Lehren – die Hebräer als Verfasser des für die heutige klinische Psychologie z.T. modern anmutenden Talmud, bspw. aufgrund der niedergeschriebenen Erkenntnisse über seelische Mechanismen von Projektionen – und die Inder als Begründer der ayurvedischen Medizin und Yoga (vgl. SCHMIDBAUER 1975, S. 79ff.).

Die Ursprünge der wissenschaftsgeleiteten Psychotherapie finden sich, nach dem Niedergang bestimmter religiöser und politischer Tra-

ditionen und dem Wechsel von einer argraischen zu einer merkantilen Ausrichtung des sozialen Lebens, in dem antiken Griechenland.

Die meäutische Methode des Sokrates, durch geschickte Fragen über die Erkenntnis des Nichtwissens zu verborgenen Antworten und Einsichten zu gelangen und inneren Frieden zu finden – wie eine geistige Hebamme von fruchtenden Gedanken zu entbinden –, entspricht noch heute dem Grundgedanken der Psychotherapie (vgl. SCHMIDBAUER 1975, S. 104).

Das Wort *Psychotherapeusis* taucht weltweit erstmals bei dem berühmten arabischen Arzt Rhazes (865 bis 925 nach Christus), Chefarzt des Krankenhauses in Bagdad, auf (vgl. Schmidbauer 1975, S. 132)¹. Seelische Erkrankung und ihre Behandlung sind eng mit sozialen und kulturellen Gegebenheiten und Wertungen verknüpft, weltanschauliche Elemente gehen in die therapeutische Beziehung ein (vgl. SCHMIDBAUER 1975, S. 260).

Psychotherapeutische Methoden sind nach westlich-modernem Maßstab standardisierte, durch Handlungsregeln operationalisierbare, planvoll und systematisch zur Störungs- und Problembearbeitung eingesetzte, wissenschaftlich begründete und möglichst empirisch überprüfte Behandlungsverfahren, die sowohl sachverständig als auch kunstfertig im therapeutischen Prozess angewendet werden (vgl. BASTINE 1992, S. 199f.).

Im Versorgungsangebot existiert sowohl der Bereich der Psychotherapie als heilkundliche Tätigkeit im Rahmen kassen- / vertragsärztlicher Gesundheitsversorgung als auch als psychosoziale Hilfe im Rahmen psychosozialer Versorgung, z.B. in Beratungsstellen, Einrichtungen in öffentlicher und freier Trägerschaft. Beide Formen bestehen streng getrennt nebeneinander mit erheblichen Unterschieden im Bereich der Berufspraxis bis hin zur Bezeichnung der Behandelten als „PatientInnen“ oder „KlientInnen“, was sich für die Transpa-

1 Der arabische Arzt Rhazes behandelte einen an schwerer Arthritis leidenden Kalifen. Er ordnete ein heißes Bad an, setzte den gelähmten Patienten hinein. Sogleich zückte Rhazes ein scharfes Messer und bedrohte seinen Patienten so massiv, dass dieser flugs aus dem Bade sprang und fortan laufen konnte. Der Doktor nannte seine Maßnahme Psychotherapie mit der Begründung, dass die Hitze des Bades und die innere Hitze durch die heftige Angst zusammen den Patienten zu heilen vermochten, siehe SCHMIDBAUER 1975, S. 132.

renz des Versorgungssystems, der Kooperationsbestrebungen und der ökonomischen Nutzung vorhandener Kapazitäten nachteilig auswirkt (vgl. BASTINE 1992, S. 186).

Insgesamt existieren über 250 unterschiedliche psychologische Therapiemethoden. Sie subsumieren sich einerseits auf zeitlich-inhaltlicher Ebene (Kurzzeit- / Langzeittherapie, Krisenintervention) und andererseits auf methodischer Ebene in Unterscheidung zwischen verbalem und behavioralem Ansatz (z.B. Gesprächspsychotherapie gegenüber Verhaltenstherapie) und – innerhalb der verbalen psychotherapeutischen Methoden – zwischen humanistischem und psychoanalytischem Ansatz (vgl. REVENSTORF 1992, S. 303)².

3.1.1.1 Psychotherapie

„Allgemein kann Psychotherapie als eine spezifische Art der interpersonellen Beziehung definiert werden, in der Klienten eine professionelle psychologische Hilfe bei der Bewältigung ihrer Probleme oder psychischen Schwierigkeiten erhalten. Der psychotherapeutische Prozess ist ein prinzipiell geplantes und strukturiertes Geschehen, in dem durch gezielte Operationen des Psychotherapeuten und des Klienten konstruktive Änderungen im Erleben, im Verhalten und in den sozialen Beziehungen des Klienten herbeigeführt werden sollen“ (BASTINE 1982, S. 311, zit. n. HEIL / SCHELLER 1984, S. 395).

Voraussetzung für westlich-moderne Psychotherapie nach o.g. Definition ist, dass über die im interaktionellen Prozess zwischen Thera-

2 Seit den 80er Jahren entwickelte sich mit dem Bestreben der Erfassung wesentlicher Determinanten psychotherapeutischer Prozesse und Erhebung von Unterschieden zwischen ihren einzelnen Formen, das Interesse zu erforschen, wie Psychotherapie wirkt, um nützliche Wirkfaktoren aus den vorhandenen Therapiemethoden zu erfassen, sie auf Allgemeingültigkeit zu untersuchen und qualitative Standards zu erheben. GRAWE et al. sichten 3500 Therapiestudien, die bis zur Jahreswende 83/84 durchgeführt und kontrolliert wurden. Sie prüften diese im Rahmen eines dreizehnjährigen Forschungsprojektes am Institut für Psychologie der Universität Bern. Diese Untersuchung zeichnet sich durch Vollständigkeit des Datenmaterials und Breite der Fragestellung aus. Neben der Effektivität der untersuchten Therapieformen wurden die qualitative Wirkung, das Wirkungsspektrum – Wirkungseinschränkungen, Anwendungsbereiche, Indikationen, Kontraindikationen, und Wirkungsweisen der einzelnen Therapiemethoden aus dem zugrunde gelegten Forschungsmaterial analysiert, siehe GRAWE et al 1994, S. Vlf. u. S. 31f..

peut und Klient zu beeinflussende psychische Störung mindestens beidseitig, besser noch im Einvernehmen mit relevanten Bezugsgruppen, Einsicht über die Behandlungsbedürftigkeit besteht (vgl. BECKER 1999, S. 193). Psychotherapie wird dann angewandt, wenn schwere Störungen des Verhaltens und Erlebens bereits vorliegen (vgl. HEIL / SCHELLER 1984, S. 398)

Die allgemeine Zielsetzung der Psychotherapie besteht nach BASTINE, in Anlehnung an die Gesundheitsdefinition der WHO, einerseits in der Beseitigung der psychischen Störungen, Behinderungen und Probleme und andererseits in der Förderung des subjektiven Wohlbefindens³.

Spezielle Behandlungsziele der Psychotherapie liegen nach BASTINE in der Förderung:

- von Entwicklung persönlicher Fähigkeiten, Fertigkeiten und Kompetenzen durch Wissensvermittlung, Übung, Training,
- von Funktionsfähigkeit und Einsichten durch Bearbeitung von Blockaden, Hemmungen und Fixierungen,
- psychischen Wachstums und leib-seelischer Integration durch Selbstverwirklichung, Sinnfindung und Verarbeitung körperlicher Befindlichkeiten,
- Förderung interpersoneller Beziehung durch die Entwicklung ungestörter und wechselseitig befriedigender Beziehungen (vgl. BASTINE 1992, S. 195).

In ergänzender Weise fügt BECKER aus systemtheoretischer Perspektive die Haltung des Akzeptierens als übergeordnete therapeutische Leitidee hinzu:

„Verbesserung der Voraussetzungen für die Bewältigung externer und interner (psychischer) Anforderungen mit Hilfe interner und externer Ressourcen“ (BECKER 1999, S. 195).

3 Die WHO definierte im Jahr 1947 Gesundheit als „Zustand des völligen geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen“ und proklamierte im Jahr 1979 die Globalstrategie „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“, was das Interesse an ethnomedizinischer Forschung und außer-europäischer Heilkunde wachsen ließ, siehe OSTERMANN 1990, S. 68.

Die formulierten Ziele gelten therapieschulenübergreifend. Sie werden in den verschiedenen Methoden jedoch in ihrer Komplexität, Methodik und inhaltlichen Ausrichtung unterschiedlich akzentuiert (vgl. BASTINE 1992, S:196).

3.1.1.2 Psychologische Beratung

Im Vergleich zur o.g. Definition von Psychotherapie bedeutet psychologische Beratung:

„...in ihrem Kern jene Form einer interventiven und präventiven helfenden Beziehung, in der ein Berater mittels sprachlicher Kommunikation und auf der Grundlage anregender und stützender Methoden innerhalb eines vergleichsweise kurzen Zeitraums versucht, bei einem desorientierten, inadäquat belastenden oder entlastenden Klienten einen auf kognitiv-emotionale Einsicht fundierten aktiven Lernprozeß in Gang zu bringen, in dessen Verlauf seine Selbsthilfebereitschaft, seine Selbststeuerungsfähigkeit und seine Handlungskompetenz verbessert werden können“ (DIETRICH 1983, S. 2, zit.n. FIEDLER 1992, S. 375).

Der wesentliche Unterschied zur Psychotherapie besteht nach dieser Definition darin, dass beraterische Unterstützung und Hilfe dann einsetzt, wenn die Beeinträchtigung des alltäglichen Lebens (unmittelbarer Leidensdruck) (noch) nicht gravierend ist, wenn Orientierungs- und Entwicklungsbedarf vorhanden ist als auch die Integration sinnvoller Zielperspektiven sowie die Beseitigung blockierender Hindernisse in der jeweiligen Lebensführung.

Beratung setzt sich als Ziel, die Prävention und Entwicklung des Individuums zu fördern, wenngleich andere Auffassungen darüber existieren, dass keine wesentlichen Unterschiede zwischen Beratung und Therapie vorliegen (vgl. HEIL / SCHELLER 1984, S. 399, S. 401 und S. 404).

Beratung ist mit einem Selbstverständnis entsprechend der o.g. Definition als Angebot zur Unterstützung eines zur Selbststeuerung und Selbsthilfe fähigen Individuums und zur Optimierung seines Verhaltens und Erlebens zu verstehen. Der Berater macht sein eigenes Wis-

sens- / Kompetenzreservoir durch seinen Handlungsentwurf und sein Beratungshandeln dem Klienten zugänglich und wendet seine Methodik theoriegeleitet an. Diese Form von Beratungshandeln fällt in den pädagogisch-psychologischen Kompetenzbereich (vgl. HEIL / SCHELLER 1984, S. 390 und S. 407).

Aus diesem Prinzip werden viele unterschiedliche Formen der Beratung abgeleitet. Im Bereich der psychosozialen Versorgung traumatisierter Flüchtlinge erhält die soziale Beratung, neben psychologischen und asylrechtlichen Beratungen, einen wichtigen Stellenwert. Ihr Ansatzpunkt betrifft äußere Problembereiche, wie z.B. Wohnsituation, Spracherwerb, Behördenkontakte, Schulprobleme, und ergänzt bzw. intensiviert eine parallel laufende Psychotherapie. Das Ziel von sozialer Beratung ist hier – trotz vorhandener Restriktionen – Lernprozesse des Individuums, eine aktive Wechselbeziehung mit seiner Umwelt und die Entwicklung von Handlungskompetenzen in bzw. trotz seiner realen, von Restriktionen eingeschränkten und problematischen Situation (z.B. eine drohende Abschiebung) zu fördern (vgl. HAAS 1997, S. 133ff.).

3.1.1.3 Krisenintervention

Mit Krisenintervention als dritter Komponente der psychologischen Problembearbeitung ist die Frühbehandlung und Vorbeugung psychischer Störungen, Krankheiten und Fehlhaltungen im Zusammenhang mit auftretenden persönlichen Krisen gemeint. Diese können aufgrund von traumatischen Erfahrungen und / oder plötzlich eintretenden Lebensveränderungen (Trennung, Heirat, Geburt, Tod, Abschiebung etc.) in Abhängigkeit zur subjektiven Bedeutung des Krisenanklasses (z.B. Herausforderung, Bedrohung) zu sozialen Auslösern und Begleiterscheinungen der Krise (z.B. Statuswechsel) und zur sozialen Situation der / des Betroffenen (zerrüttete Familie, Isolation) auftreten. Krisenintervention wird notwendig, wenn die selbständige Lösung einer Krise nicht erreicht wird, z.B. wenn die Entwicklung einer psychischen Störung als ein Extrem begünstigt erscheint oder aus der Ausweglosigkeit der Situation in einen Suizidversuch als anderes Extrem zu münden droht (vgl. FIEDLER 1992, S. 377).

Als Ziel der individuumszentrierten, professionellen Krisenintervention ist unter dem allgemeinen Ziel der Wiederherstellung und Unterstützung der eigenen Fähigkeiten des Betroffenen zusammengefasst:

- „a) Symptomerleichterung und emotionale Entlastung,
- b) stützende Hilfestellung bei der Wiederherstellung des Gleichgewichts von Anpassungsmechanismen,
- c) psychoedukative Hilfe beim Verstehen und Bewältigen der Faktoren, die die Krise ausgelöst haben und die zukünftig krisenbedeutsam werden könnten, und
- d) die psychotherapeutische Unterstützung beim Erarbeiten von Kenntnissen über die Ursprünge der Krise aus den persönlichen Problemen, Erfahrungen und bisherigen – gelungenen und mißlungenen – Bewältigungsversuchen heraus“ (FIEDLER 1992, S. 378).

Unter den Leitlinien zum praktischen Vorgehen in der Krisenintervention führt FIEDLER die Herstellung einer tragfähigen Beziehung, die Entlastung von emotionalen Druck, die Bewertung der Krise und die Thematisierung der Selbstwertproblematik an (vgl. FIEDLER 1992, S. 378)⁴.

3.1.2 Der idealtypische Therapieverlauf

Psychotherapie bewirkt im Individuum komplexe kognitive, emotionale, behaviorale und soziale Veränderungsprozesse. Die besondere Aufgabe des Therapeuten liegt darin, Bedingungen zu schaffen, die ermöglichen, dass Lernprozesse entstehen, denn dem Klienten scheint dies allein nicht mehr möglich zu sein. Therapeutische Veränderung wird seit Ende der 60er Jahre als das Ergebnis der gegenseitigen Beeinflussung von Therapeut und Klient aufgefasst (vgl. SCHINDLER 1991, S. 26f.).

4 VAN TROMMEL gibt zum Thema Krisenintervention bei Suizidalität traumatisierter Flüchtlinge an, dass dem Aufbau und Erhalt von Kontakten zunächst zum / zur TherapeutIn, später zum sozialen Umfeld eine zentrale Rolle zukommt. Das eigentlich tabubehaftete Thema sollte aus vielen Aspekten, z.B. Familiendynamik, Schamgefühlen und Aufenthaltsrecht, gemeinsam betrachtet werden, bis hin zu den Erwartungen, die an den Suizid gestellt werden. Teamarbeit sei unbedingt erforderlich, siehe VAN TROMMEL 1998.

Es wird in der sozialpsychologischen Betrachtung von Therapieprozessen nach schulenübergreifenden „common factors“, einer Meta-Theorie zur Erfassung allgemeingültiger Faktoren der therapeutischen Beziehung, gesucht. Die zu diesem Zweck angeführte erkenntnisleitende Fragestellung lautet: Wie ist die Rollenstruktur zwischen Klient und Therapeut gekennzeichnet, in welcher Form etabliert sich die therapeutische Beziehung, auf welcher Weise bereitet diese Beziehung therapeutische Veränderungen vor bzw. bewirkt sie Störungen / Widerstände? In welcher Form können diese im Veränderungsprozess auftreten (vgl. SCHINDLER 1991, S. 28)?

Der Standpunkt von BASTINE besteht demgegenüber darin, dass die drei heuristischen Methoden und Komponenten (I) Problemdefinition, (II) psychotherapeutische Beziehung und (III) systematische Problembearbeitung wesentliche allgemeingültige Aspekte der psychotherapeutischen Interaktion zwischen KlientIn und TherapeutIn kennzeichnen (BASTINE 1992, S. 200f.).

Der thesenhafte Verlauf einer therapeutischen Beziehung, in Kombination mit den wesentlichen Aspekten zur Interaktion beider Parteien im Rahmen einer Psychotherapie wird im Folgenden nach westlichen idealtypischen Maßstäben beschrieben und erhebt nicht den Anspruch auf Vollständigkeit.

a) Situation des Klienten

Das grundlegendste Kennzeichen des Klienten ist Demoralisierung. Es tritt aufgrund von fehlenden oder mangelnden Fertigkeiten, Verlust von Selbstvertrauen, Gefühlen der Entfremdung und der Hoffnungslosigkeit in Erscheinung. Selbst wenn einzelne Problemaspekte sehr genau im Bewusstsein sind, fällt es KlientInnen häufig schwer, eigene Probleme in einem größeren Zusammenhang zu sehen (BASTINE 1992, S. 201).

Professionelle Hilfe wird in dem Moment aufgesucht, in dem der Klient erkennt, dass er selbst nicht in der Lage ist, seine eigenen Ideen darüber, wie ein Konflikt oder ein Problem zu lösen ist, in effektive Verhaltensweisen umzusetzen. Erwartet wird fachkundige Hilfe: Information und Anleitung zur Veränderung der eigenen Person. Dem Therapeuten werden die Kompetenzen und Ressourcen zur Entwick-

lung von Veränderungsprozessen zugeschrieben (vgl. SCHINDLER 1991, S. 29).

b) Situation des Therapeuten

Der Therapeut wird als Experte zur Bearbeitung von innerpsychischen Problemen gesellschaftlich anerkannt. Er muss eine spezielle postgraduale Ausbildung nachweisen, trägt von daher einen akademischen Titel und ist möglicherweise in einer bestimmten Institution tätig oder er hat eine eigene Praxis. Über diese formale Qualifikation des Therapeuten werden Ressourcen zur Hilfestellung und Unterstützung für Suchende wahrnehmbar. Allein diese äußere soziale Rolle vermittelt einen professionellen Expertenstatus, der zum Aufbau von Vertrauen und zur Vermittlung von Glaubwürdigkeit zu Beginn einer therapeutischen Beziehung von großer Bedeutung ist. Die feststellbare Veränderung des Klienten steht für die erfolgreiche Arbeit des Therapeuten (vgl. SCHINDLER 1991, S. 29).

Die Wertebezogenheit des Therapeuten spielt in seiner Ausübung von Psychotherapie eine große Rolle, da sie eng mit moralischen, philosophischen, religiösen, politischen u.a. Standpunkten verbunden ist. Sie wird insbesondere durch Diskrepanzen zwischen TherapeutIn und KlientIn während einer psychotherapeutischen Situation, z.B. hinsichtlich religiöser Fragen und geschlechtsspezifischen oder kulturspezifischen Werten und Normen, offenkundig. Nach empirischen Untersuchungen ist für das Gelingen einer therapeutischen Behandlung entscheidend, ob und inwieweit es gelingt, die anderen Werte des Klienten zu akzeptieren und mit ihnen zu arbeiten (vgl. BASTINE 1992, S. 192).

c) Etablierung der Beziehung

Der Leidensdruck des Klienten, ausgesprochene Empfehlungen zum Therapeuten durch Dritte, Motivation zur Therapie durch das soziale Umfeld, der Ruf des Therapeuten oder der Institution, seine angewandte Methodik und das Fehlen von Möglichkeiten / Personen, die mit geringerem Aufwand zur Problembearbeitung nutzbar wären, veranlassen den ersten aufwendigen Schritt der Anmeldung zu einer Therapie. Dies ist die erste Selbstverpflichtung des Klienten.

In Abhängigkeit zu den Voraussetzungen und dem Anliegen des Klienten misst der Therapeut seine Fähigkeiten und entscheidet darüber, ob er seinen Klienten erfolgreich unterstützen kann und will. Die therapeutische Beziehung ist anfangs als inkongruent und instabil beschreibbar. Sie ist inkongruent dadurch, dass sich beide Gesprächspartner mit Diskrepanz erleben. Sie ist höchst instabil, weil es nicht klar ist, ob die Beziehung beibehalten oder abgebrochen wird. Eine maßvolle Spannung von Inkongruenz und Instabilität in der therapeutischen Beziehung fördert auch im weiteren Verlauf die Motivation des Klienten zur Veränderung (vgl. SCHINDLER 1991, S. 30).

Es ist besonders zu Beginn, aber auch im Verlauf der Therapie notwendig, Prozesse der Problem(er-)klärung zu veranlassen. Ein Prozess besteht nach BASTINE aus der Identifikation der Problematik, deren Konzeptualisierung, die gegenseitige Verständigung darüber und die Bewertung der Problematik (vgl. BASTINE 1992, S. 203ff.).

Der Therapeut bildet die Quelle von Informationen zu Lösungsstrategien des Problems, wozu sich der Klient Zugang verschaffen will. Diese Form sozialer Macht unterstützt die Beziehungsentwicklung solange, wie sie von dem Klienten als hilfreich wahrgenommen wird und er sie nicht auch mit geringerem Aufwand in anderen Beziehungen findet (vgl. SCHINDLER 1991, S. 30).

Es hat sich im Rahmen empirischer Untersuchungen oft bestätigt, dass sich KlientInnen an das Überzeugungssystem (Werte- und Normensysteme) der TherapeutInnen anpassen. Dieses Phänomen ist solange ethisch unbedenklich, wie die Anpassung sich auf Gesundheitsnormen bezieht, eine gemeinsame Klärung über Wertvorstellung erfolgt oder wenn unangemessene Wertvorstellungen in der therapeutischen Beziehung korrigiert werden. Bedenklich wird eine Konvergenz dann, wenn die Freiheit des Klienten, eigenen Wertvorstellungen zu folgen, eingeschränkt wird, wenn dem Klienten Werte auferlegt werden oder nur bestimmte Entscheidungen des Klienten als hilfreich akzeptiert werden (vgl. BASTINE 1992, S. 193).

d) Beziehung und Veränderung.

Der Qualität der therapeutischen Beziehung wird in der Literatur eine zentrale Bedeutung beigemessen (vgl. BASTINE 1992, S. 208). Für die TherapeutIn-KlientIn-Beziehung sind nach BASTINE drei strukturelle,

sich in der therapeutischen Handlung überschneidende Aspekte zu unterscheiden:

- alltägliche Interaktionsmuster, gegenseitige unanständige Sympathien (Abstinenzregel), die sich im Verlauf eines intensivierten Kontaktes verändern;
- aufgabenbezogene therapeutische Beziehung, rollenspezifisches (hilfesuchender Klient / helfender Therapeut) Arbeitsbündnis, bestimmt vom therapeutischen Kontext;
- problembezogene Beziehungsmuster; interpersonelle Probleme des Klienten und des Therapeuten wirken sich auf die therapeutische Interaktion aus (psychoanalytisch wird dieser Aspekt mit den Begriffen der Übertragung / Gegenübertragung beschrieben) (vgl. BASTINE 1992, S. 209ff.).

Das, was der Klient als Bearbeitungsgegenstand mit in die Therapie einbringt, sind seine Einstellungen und Verhaltensweisen. Über die Veränderung seiner persönlichen Annahmen entstehen therapeutische Ergebnisse, die in den therapeutischen Prozess einfließen.

In Abhängigkeit von den Ressourcen des Therapeuten wird der Klient bis zu einem bestimmten Grad zur Einstellungs- und Verhaltensänderung bereit sein. Doch ist die Macht des Therapeuten nur zu Beginn der Therapie von Bedeutung. Im Verlauf erhält die Art und Weise der zu vermittelnden Information und die Anleitung zur Änderung, also die Beziehungsgestaltung des Therapeuten, einen höheren Stellenwert als z.B. sein Auftreten. Der Einfluss des Therapeuten bestimmt sich nun durch zeitlich und inhaltlich angemessene Bearbeitung des Problems – Ansprechen von bestimmten Themenbereichen und Einbringen von Mitteln der Bearbeitung (vgl. SCHINDLER 1991, S. 30f.).

BASTINE spricht hier von systematischer Problembearbeitung. Sie ist gemäß der angewandten psychotherapeutischen Methode (s.o.) konzipiert, worin prinzipielle Regeln des therapeutischen Vorgehens in Form von Behandlungsmethoden für eine bestimmte therapeutische Aufgabe formuliert und unterschiedlich akzentuiert sind. Er ordnet das Handwerkszeug gemäß ihrer Komplexität in der Abfolge: Psychotherapie-Manuale, psychotherapeutische Strategien, psychotherapeutische Methoden und therapeutische Gesprächstechniken (vgl. BASTINE 1992, S. 215ff.).

Das therapeutische Setting ist aufgeteilt in Interaktionssequenzen. Der Therapeut beobachtet und plant systematisch den verlaufenden Prozess, was strategisch auf verbalisierte Einstellungsänderungen des Klienten abzielt. In den Äußerungen des Klienten liegt die Möglichkeit der Überprüfung für den Therapeuten und die Vergegenwärtigung des momentanen Standpunktes, des Weiteren fördert jede Äußerung den kognitiven Bearbeitungsprozess des Klienten (vgl. SCHINDLER 1991, S. 32).

Die Anwendung von Gesprächsstrategien wird desto notwendiger, je mehr Angst und Hemmung seitens des Klienten feststellbar sind. Hier würden inhaltliche Erklärungen nicht die Entstehung von Dissonanz bewirken, sondern hier nimmt die Form der Verbalisierung (z.B. humorvolles, provokatives oder paradoxes Vorgehen) einen größeren Stellenwert ein. Dies liegt daran, dass ein ausreichendes Niveau der Aufmerksamkeit des Klienten erreicht sein muss, um kognitive Verarbeitungsprozesse bei ihm zu bewirken. Für das Forschungsthema dieser Diplomarbeit ist dieser Aspekt von besonderer Bedeutung, denn es drängt sich die Frage auf, wie Mitteilungen beschaffen sein sollten, um die genannten Anforderungen bei unterschiedlichen Klienten (z.B. traumatisierten Flüchtlingen) zu erfüllen.

„Während des Therapieverlaufes muss der Therapeut sukzessive Änderungsschritte einführen, welche nie die Diskrepanz-Toleranz des Klienten übersteigen und zugleich allmählich zur gewünschten Definition der Beziehung hinführen. Andererseits darf die Dissonanz nicht zu gering sein, damit sie nicht innerhalb des Toleranzspielraumes des Klienten fällt“ (SCHINDLER 1991, S. 31f.).

Zu dieser Fragestellung liegt weitgehend weder empirische Erkenntnis noch sozialpsychologische Theorie vor (vgl. SCHINDLER 1991, S. 32f.).

Ein erhöhtes Erregungsniveau des Klienten, was sich aus einer Dissonanz bedingt, erhöht die Bereitschaft zur Veränderung. In Gang gebrachte Änderungsprozesse im therapeutischen Raum durch Induktion, Stabilisierung und Transfer, wie GOTTMAN & LEIBLUM es 1974 benannten, befähigen und rüsten zur Bewältigung sowie Überwindung von Schwierigkeiten in realen Lebenssituationen (vgl. BASTINE

1992, S. 229). Der Klient verpflichtet sich dazu verbal. Er macht dies im Sinne des eigenen Verantwortungsbewusstseins und ist auf „negative“ Konsequenzen des veränderten Verhaltens außerhalb der therapeutischen Beziehung (z.B. negative Sanktionen des Umfelds, ausbrechende Konflikte) zumindest mental vorbereitet. Die allmähliche Steigerung der persönlichen Verantwortung bewirkt wieder Dissonanz und daraus entstehende Anstrengungen zur Reduktion eben dieser. Ein solcher zirkulärer Vorgang wirkt sich entsprechend der therapeutischen Vorgaben schrittweise auf Einstellungs- und Verhaltensänderungen aus (vgl. SCHINDLER 1991, S. 32).

Es lässt sich nach BASTINE und auch nach GRAWE aus der Zusammenfassung aller bestehenden therapeutischen Konzeptionen zwischen vier heuristischen Wirkfaktoren zur Veränderung des Klienten unterscheiden: Emotionsverarbeitung, Kognitive Verarbeitung / Reflektierende Abstraktion, Kompetenzerweiterung und Selbstakzeptanz / Beziehungsgestaltung (vgl. BASTINE 1992, S. 231; GRAWE 1988, S. 39ff.; AMBÜHL & GRAWE 1989, S. 1ff.).

Erfolgreiche Veränderungsbeiträge des Therapeuten werden neben einem heuristischen, sachgemäßen und kunstfertigen Vorgehen in der Verwirklichung zu normativen therapeutischen Maximen. Sie sind als präskriptive Regeln, entsprechend dem Leit- und Idealbild des Therapeuten, zur Beziehungsgestaltung und zum methodischen Vorgehen formuliert und aus Behandlungstheorien bzw. aus der psychotherapeutischen Praxis abgeleitet. Sie gelten während des gesamten Therapieprozesses und werden unabhängig der Person des Klienten und der Ereignisse während der Behandlung zum Ausdruck gebracht (vgl. BASTINE 1992, S. 237). ROGERS (1959) definierte beispielsweise Selbstkongruenz, positive Wertschätzung und Empathie als therapeutische Variablen, die in größtmöglichem Maß zur Änderung des Klienten angewandt werden sollten. Sie sind später z.B. von TAUSCH (1974) direkt in Beziehung zum Behandlungserfolg gesetzt worden und finden als präskriptive Regeln schulenübergreifende Beachtung (vgl. BASTINE 1992, S. 239).

Die geläufigste Frequenz einer psychotherapeutischen Behandlung liegt bei einer Sitzung pro Woche. Die Behandlungsdauer liegt durchschnittlich zwischen 6 bis 30 Sitzungen und ist in der Regel kürzer, als tatsächlich von den Fachleuten erwartet und geplant (vgl. BASTINE

1992, S. 248f.). Allgemein lässt sich ein therapeutischer Verlauf in drei Abschnitten aufteilen:

- Anfangsphase: Abholen des Klienten, Information, Problemdefinition, Behandlungsziele, Herstellung einer therapeutischen Beziehung, Einführung in die Interaktion,
- Mittlere Phase: systematische Veränderung der spezifischen Problematik,
- Endphase: persönliche Ablösung des Klienten, Stabilisierung und Generalisierung der therapeutisch erreichten Veränderungen (vgl. BASTINE 1992, S. 251f.).

Je mehr Ziele der Klient im Verlauf der Therapie erreicht, desto weniger werden die eingesetzten therapeutischen Mittel notwendig sein. Zur Stabilisierung und Generalisierung der erarbeiteten Veränderung sollte der Klient nach KANFER & SCHEFFT (1988) vom Therapeuten darin unterstützt worden sein, Handlungskompetenz zur Bewältigung von Problemsituationen entwickelt zu haben, diese rechtzeitig zu antizipieren und sich darauf einzustellen, hierzu angemessene Regeln zu entwickeln, Rückfälle zu erkennen und ihnen selbständig entgegenwirken zu können (vgl. BASTINE 1992, S. 253).

Wenn die Therapie erfolgreich verläuft, nimmt der Einfluss des Therapeuten kontinuierlich ab. Die ursprünglichen Bedürfnisse des Klienten sind zum Abschluss zufriedengestellt, der Therapeut führt keine neue Diskrepanz ein, die Beziehung wird kongruent und in ihrer Instabilität beendet (SCHINDLER 1991, S. 33).

e) Widerstände in der therapeutischen Beziehung

Ein idealtypischer Therapieverlauf existiert im Regelfall nicht. Es treten im Therapieprozess zugehörige Störungen auf, die allgemein als Widerstand bezeichnet werden. Widerstände gehen mit jedem therapeutischen Gespräch einher, ansonsten brauchte der Klient keine Unterstützung in seinen Veränderungsprozessen. Sie finden sich jedoch aufgrund unterschiedlicher Ursachen und in unterschiedlicher Ausprägung wieder. Zu den Quellen der Widerstände gehören die Vorgänge in der Person des Klienten selbst, die Einflüsse aus der Umgebung des Klienten, die Person des Therapeuten und die gemeinsame Interaktion (vgl. SCHINDLER 1991, S. 33f.).

Als *Klientenvariablen* gelten bestimmte Formen der unfreiwilligen Therapieaufnahme (z.B. ein gerichtlicher Beschluss), wozu möglicherweise auch die Überweisung durch eine andere Institution (soziale Einrichtungen) ohne Kenntnis des Klienten darüber, was Therapie bedeutet, gehört. Auch Interaktionsmuster, die der Rollenverteilung zwischen Klient und Therapeut widersprechen (z.B. der betont abhängige Klient oder der betont unabhängige Klient), gelten als Widerstandsform (vgl. SCHINDLER 1991, S. 33). Das soziale Umfeld des Klienten bestimmt insofern auftretende Widerstände mit, als dass sie erstens die Arbeitsweise des Therapeuten und damit die Beziehung in Frage stellen und nicht akzeptieren und zweitens neue Verhaltensweisen und Einstellungen des Klienten im Alltag mit aversiven Konsequenzen versehen und negativ sanktionieren (vgl. SCHINDLER 1991, S. 34).

Zu den *Therapeutenvariablen* zählen alle Verhaltensweisen, die nicht mit seinem Expertenstatus vereinbar sind, beispielsweise eine zu große Selbstöffnung. Eingebraachte Änderungsvorschläge können auf Fehleinschätzung des Klienten beruhen und somit eine Überforderung, aber auch eine Unterforderung darstellen (vgl. SCHINDLER 1991, S. 34).

Aus der *Beziehung* entstehen Widerstände, wenn Erklärungsmodelle oder Therapieziele von Therapeut und Klient nicht übereinstimmen. Dies geschieht z.B., wenn mit Themen und Übungen während oder mit Aufgaben zwischen den Sitzungen gearbeitet wird, die Angst und Scham auslösen und zwischen den Settings eine Überforderung darstellen. Auch wenn dem Klienten keine Wahlfreiheit gewährt wird, verbleibt er mit mangelndem Verantwortungsgefühl und ausbleibender Selbstverpflichtung in Reserve (vgl. SCHINDLER 1991, S. 34).

3.1.3 Zusammenfassung

Anhand der beschriebenen historischen Entwicklung von Psychotherapie wird anschaulich, dass sie zu einem anerkannten, professionellen Dienstleistungsbereich in dieser Gesellschaft etabliert wurde. Die Ausübung von Psychotherapie ist durch eine entsprechende Ausbildung legitimiert. Sie ist als Profession zu einem erlernbaren Beruf geworden, der nicht mehr nur, wie z.B. in schamanistischer Tradition,

Bestimmung durch die (Glaubens-) Gemeinschaft oder Schicksal durch Geburt ist. Die Profession als PsychotherapeutIn ist eine anspruchsvolle Tätigkeit, in der sie / er gleichzeitig als „Vertreter der Moral („moral agents“) wie Techniker des Heilens („healing technicians“)“ vorgehen (LONDON 1986, zit. n. BASTINE 1992, S. 191). Jegliche zur Psychotherapie gehörenden Elemente sind durch vorhandene Werte- und Normensysteme beeinflusst.

Wie die Definition von Psychotherapie zeigt, ist sie als interaktioneller Prozess zwischen Therapeut und Klient mit einer bestimmten Zielsetzung und einer bestimmten Vorgehensweise auf wissenschaftlicher Grundlage beschreibbar und abgrenzbar. Ihre Wirkung wird damit messbar.

Psychologische Beratung ist durch eine anders gelagerte Zielsetzung, nämlich auf der Ebene von Prävention und Entwicklung des Individuums, auf Basis des vorhandenen Soll / Ist-Vergleichs, jedoch ohne tiefenpsychologische Bearbeitung und Umstrukturierung der Persönlichkeit, von Psychotherapie abgrenzbar.

Die Krisenintervention ist als situationsspezifische und akut-problemorientierte Interventionsform, als kurzfristiger, „feuerwehrhafter“, direkter Eingriff in die Problemlage des Klienten ohne längerfristige Prozessorientierung charakterisierbar.

Die Beschreibung des idealtypischen Therapieverlaufs erwirkt Einsicht in beschreibbare Grundprinzipien der therapeutischen Beziehung bzw. der Praktizierung von Psychotherapie nach o.g. Definition. Besondere Beachtung finden die Person des Klienten, die Person des Therapeuten und die durch ihre gemeinsame Interaktion sich entwickelnde therapeutische Beziehung. Auf Basis der therapeutischen Beziehung und ihrer Interaktionssequenzen werden durch systematisches therapeutisches Vorgehen Veränderungsprozesse im therapeutischen Setting eingeleitet und prozesshaft in einem festgelegten Rahmen und einer bestimmten Frequenz bearbeitet. Aus den genannten Bedingungen können im Verlauf in der therapeutischen Interaktion aus verschiedenen Gründen Widerstände entstehen, die je nach therapeutischen Prinzipien unterschiedlich gewichtet, als prozesszugehörig integriert und bearbeitet werden sollten.

Anhand der vorliegenden Darstellung des idealtypischen Therapieverlaufs wird erkennbar, dass Psychotherapie als eine schulenübergreifende Methode mit bestimmten Standards und deren Überprüfbarkeit zur Sicherung der therapeutischen Effizienz zu betrachten ist. Psychotherapie wird hier durch das existierende westliche Werte- und Normensystem beeinflusst und organisiert. Die idealtypische Verlaufsdarstellung dient im Kontext dieser Arbeit als Vergleichsmöglichkeit und Orientierung zur Einordnung der psychosozialen Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen.

3.2 Psychosoziale Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen

Das Erkenntnisinteresse des zweiten Teils dieses Kapitels bezieht sich zunächst auf die Frage, wie auf gesellschaftlicher Ebene der Bedarf an psychosozialer Versorgung von traumatisierten Flüchtlingen im Besonderen wahrgenommen und auf institutioneller Ebene organisiert wird und insgesamt in das Versorgungssystem des Exilandes BRD eingebettet ist. Zweitens ist genauer zu fragen, wie das therapeutische Angebot auf institutioneller Ebene im Überblick der Psychosozialen Zentren konzipiert und was dem beraterischen/ therapeutischen Angebot zugehörig ist, und drittens, was Therapie mit traumatisierten Flüchtlingen im besonderen ausmacht und an welchen Aspekten sie sich genau orientiert.

Ziel ist, einen Überblick über den institutionellen Rahmen und den einhergehenden Bedingungen für die therapeutische Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen zu gewinnen. Zweitens sollen einerseits der Standort des Therapeuten in diesen Rahmenbedingungen transparent und andererseits sein Standort und die Anforderungen in seiner Arbeit als Therapeut offenkundig werden.

Hinsichtlich des Erkenntnisinteresses werden zuerst ein Überblick über den institutionellen Rahmen der psychosozialen Hilfe für traumatisierte Flüchtlinge gegeben. Sodann werden die institutionelle Entwicklung, die Einbettung der PSZ in die Struktur der Regelversorgung, bestehende Zugangsbarrieren, Vernetzungs- und Kooperationsbemühungen der Institutionen und Zugangsstatistiken der Klientel beschrieben. Anschließend geht es um das vorhandene therapeutische Angebot für traumatisierte Flüchtlinge in den PSZ, bestehende

Ausrichtungen und Schwerpunkte an sich und um die damit verbundene Aus- und Fortbildung der TherapeutInnen, die Team- und Supervisionsarbeit und die Arbeit mit DolmetscherInnen.

Der dritte Bereich beschäftigt sich direkt mit der therapeutischen Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen. In einem eingeschobenen Exkurs werden zum besseren Verständnis kulturspezifische Krankheitskonzepte und dazugehörige Diagnose- und Behandlungsverfahren in traditionell ausgerichteten Gesellschaftsformen im Hinblick auf ihre Kombinierbarkeit mit westlichen Behandlungsprinzipien erläutert.

Im Hinblick auf die im zweiten Kapitel dieser Arbeit erhobenen Behandlungsbedürfnisse traumatisierter Flüchtlinge, auf die Definition und idealtypische Beschreibung von Psychotherapie im ersten Teil dieses Kapitels sowie im Hinblick auf die Erkenntnisse über kulturspezifische Krankheitskonzepte im Rahmen des Exkurses werden die Zielsetzung von Therapie mit traumatisierten Flüchtlingen, die besondere therapeutische Beziehung und sinnvolle, spezielle traumatherapeutische Methoden und psychologische Interventionsformen in Betrachtung ihrer Besonderheiten und ihrer Grenzen in ihrer Anwendung dargestellt.

3.2.1 Institutioneller Rahmen der psychosozialen Hilfe für traumatisierte Flüchtlinge in Psychosozialen Behandlungszentren im Überblick

In Europa entwickelte sich die professionelle klinisch-psychiatrische Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen aufgrund der geflohenen Opfer des Zweiten Weltkriegs erstmals in den skandinavischen Ländern und in der Schweiz. Eine Verbreitung der Schulungsmethoden, Therapiekonzepte und Präventionskampagnen wie auch deren Evaluation blieb jedoch aus. Allgemeine Forschungsarbeiten zur Erfahrung organisierter Gewalt und nachfolgender Konsequenzen sind nach dem Zweiten Weltkrieg europaweit nur vereinzelt und zumeist von den KZ-Überlebenden selbst, z.B. BETTELHEIM (1982) angefertigt worden (vgl. WEISS 1994, S. 49).

Im Jahr 1974 begann in Dänemark, aufgrund der verstärkten Zuwanderung von Flüchtlingen aus den diktatorischen Regimes in Chile und

Griechenland, mit der Unterstützung durch AMNESTY INTERNATIONAL die Entwicklung spezialisierter medizinischer und psychiatrischer Behandlungsmethoden von Folteropfern. Sie führte im Jahr 1982 zur Gründung des Internationalen Rehabilitations- und Forschungszentrums (RZF) in Kopenhagen.

Im Verlauf der 70er Jahre nahmen global das Bewusstsein und die Verantwortung für Opfer organisierter Gewalt zu. In Zusammenarbeit mit Menschenrechtsorganisationen, dem UNHCR und europäischen Stiftungen entstanden europa- und weltweit spezialisierte Behandlungszentren, die nach WEISS in drei Gruppen aufgeteilt werden können:

- Zentren in Ländern in denen organisierte Gewalt ausgeübt wird⁵,
- Zentren in Nachbarländern der Gewaltherde (z.B. in Bolivien, Costa Rica, Pakistan),
- Zentren in typischen Aufnahmeländern (Nordamerika, Europa) (vgl. WEISS 1994, S. 49f.).

Europaweit gelten in allen Einrichtungen die im RZF in Kopenhagen formulierten Grundprinzipien der Behandlung von Folteropfern, Opfern organisierter Gewalt und Opfern von Kriegshandlungen. Hierzu zählen:

- gut integrierte körper- und psychotherapeutische Behandlungsmethoden,
- die Unterstützung der Therapie durch Sozialarbeit,
- der Einbezug von Angehörigen,
- Vermeidung von Behandlungsmethoden, die in irgendeiner Art an Foldersituationen erinnern,
- nach Möglichkeit ambulante Behandlung und Vermeidung von Spitalmilieu.
- rein humanitäres Engagement als Basis der Arbeit der Einrichtung (vgl. WEISS 1994, S. 55).

5 Der Unterschied zu den Behandlungszentren in den Aufnahmeländern besteht teilweise auf konzeptioneller Ebene sowie insbesondere auf der Ebene des politischen Engagements und Organisation der Institution wie auch der TherapeutInnen, die selbst repressive Gewalt erlebt und verarbeitet haben, siehe WEISS 1994, S. 49f..

Die Unterschiede zwischen den europäischen Zentren bestehen im Wesentlichen in der Gewichtung der medizinischen Arbeit gegenüber der psychosozialen, in der Finanzierung (ehrenamtliche Arbeit, kirchliche und staatliche Unterstützung) und in der Unterscheidung in Bezug auf den asylrechtlichen Status der Flüchtlinge. So werden z.B. am *Rehabilitation Center for Torture Victims (RCT)* in Kopenhagen nur anerkannte AsylbewerberInnen behandelt (vgl. WEISS 1994, S. 55f.).

In Norwegen und Holland wird die Finanzierung der flüchtlings- und traumaspezifischen Prävention und Behandlung komplett von der Seite des Staates getragen. Im Vergleich wird deutlich, dass nur hier aufgrund der staatlichen Absicherung eine gemeindenahe, dem bestehenden Gesundheitssystem angegliederte psychomedicosoziale „primary health care“ durchgeführt werden kann. Finanzielle Sicherheit ermöglicht ein solides und umfassendes Behandlungsangebot. Bis auf die Zentren dieser beiden Länder und das RCT in Kopenhagen ist die finanzielle Basis der übrigen europäischen Einrichtungen von unterschiedlichsten Jahresbudgets abhängig und damit instabil (vgl. WEISS 1994, S. 56).

In Deutschland entstand im Jahr 1979 das erste Psychosoziale Zentrum (PSZ) in Frankfurt am Main. Es wurde ursprünglich von exilierten chilenischen Psychologen gegründet, die eine Selbsthilfegruppe für ihre Landsleute anbieten wollten (vgl. MEHARI 1998, S. 2). Es folgte seit Mitte der 80er Jahre die Eröffnung weiterer Zentren u.a. in Köln, Düsseldorf, Berlin und Bremen. Zu Beginn der 90er Jahre richtete man auch in den neuen Bundesländern, u.a. in Greifswald / Stralsund, Dippoldiswalde und Gera, PSZs ein (vgl. YONAN 1997, S. 81f.).

3.2.1.1 Arbeitsbereiche

Die Arbeitsbereiche der PSZ in der BRD sind in unterschiedlicher Gewichtung multi- bzw. interdisziplinär ausgerichtet und konzeptionell eingeteilt in:

- Gesundheitsfürsorge: psychologische Therapie und Beratung; Krisenintervention, Physiotherapie, Bewegungs- und Kunsttherapie, medizinische Behandlung etc.;

- Rehabilitation: psychosoziale Beratung / Begleitung, Sozialberatung, Familien- und Sozialnetzwerke; Beratung / Überweisung in rechtlichen Fragen zu ExpertInnen etc.;
- Projekt- und Gruppenarbeit: Frauengruppen, ethnische Gruppen, therapeutische Wohngemeinschaften etc.;
- Fortbildung- und Prävention: MultiplikatorInnentraining, professionelle Netzwerke, Schulungen, Information etc.;
- Öffentlichkeitsarbeit: Materialien, Veröffentlichungen, Veranstaltungen, Pressearbeit, Fundraising etc.;
- Qualitätsmanagement: Teamfortbildung u. Supervision, DolmetscherInnen- / ehrenamtliche HelferInnen-Fortbildung und Supervision, Gremienarbeit und Vernetzung, Evaluation und Dokumentation, wissenschaftliche Begleitforschung, finanzielle u. strukturelle Verwaltung etc..

(Vgl. Refugio 1999; Evangelischer Regionalverband Frankfurt am Main 1998; Weiss 1994, S. 50; Yonan 1997, S. 74f.).

3.2.1.2 Einbettung in die bestehende Versorgungsstruktur

Die bestehende Regelversorgung mit ihren sozialen, psychologischen und medizinischen Diensten in der BRD erweist sich für die adäquate Versorgung der Bedürfnisse traumatisierter Flüchtlinge als mangelhaft. Durch Zugangsbarrieren, z.B. Sprachprobleme, ethnisch homogene (deutsche) Teamzusammensetzung und insbesondere aufgrund der Unkenntnis über trauma-, herkunfts- und kulturspezifischen Beratungsbedarf, fallen traumatisierte Flüchtlinge, abgesehen von den Einschränkungen des AsylbLG, durch das soziale Netz der üblichen Gesundheitsversorgung in öffentlicher und freigemeinnütziger Trägerschaft (vgl. UBBEN 1997, S. 8).

Die soziale Beratung von Flüchtlingen ist, wie alle migrationsspezifischen Dienste, den Sonderdiensten als zielgruppenorientierte Nebenstruktur angegliedert. Sie sind in ihrem Angebot auf migrationsspezifische Probleme und Bereiche aus dem Kompetenzgebiet der Regeldienste spezialisiert, d.h. dass ihnen automatisch eine Allzuständigkeit von Seiten des Regelsystems und auch seitens der Klientel zugemutet wird. Hinzu kommt, dass ihr Angebot nicht flächendeckend über das Bundesgebiet verteilt ist und dass sie, als freiwillige Leistung der

öffentliche Hand, nicht über ein stabiles Fundament verfügen (vgl. UBBEN 1997, S. 9).

Die inzwischen auf 20 gestiegene Zahl der PSZ ist bundesweit in diese zielgruppenorientierte Nebenstruktur eingebettet. Als Träger fungieren Wohlfahrtsverbände wie Caritas, Diakonisches Werk und das Deutsche Rote Kreuz (DRK). Es gibt auch Zentren (z.B. Refugio e.V. in Bremen), die auf Basis von gemeinnütziger lokaler Trägerschaft mit finanzieller Unterstützung durch die Stadt, die Kirche, die Vereinten Nationen (UN) u.a. arbeiten. Finanzielle Unterstützung wird allen Einrichtungen von der Bundesregierung, der Deutschen Stiftung für UNO-Flüchtlingshilfe, dem UNHCR und privaten SpenderInnen geleistet (vgl. YONAN 1997, S. 73; REFUGIO 1998, S. 1).

3.2.1.3 Zugangsbarrieren

Bis ein Klient Zugang zu einem PSZ findet, ist zumeist viel Zeit vergangen. Die Zugangsbarrieren der KlientInnen lassen sich unter trauma-, kultur- und exilspezifischen Gründen subsumieren. Der Anteil derjenigen, die nichts oder fast nichts gegen ihr Leiden unternehmen, ist frappierend hoch, es wird kaum ärztliche oder psychologische Hilfe gesucht, meist haben sich bestehende Symptome bereits chronifiziert (vgl. WEISS 1994, S. 47; BUTOLLO 1997, S. 32).

Als konkrete Ursachen sind tiefes Misstrauen bzw. die Angst vor geheimdienstlicher Unterwanderung, Unkenntnis des deutschen Versorgungssystems, Defizite im Versorgungsangebot, Angst vor asylrechtlichen Konsequenzen durch die Inanspruchnahme von Leistungen, kulturspezifischer Umgang mit psychischen Belastungen und insbesondere auch die Erfahrung langwierigen, inadäquaten / -effektiven und entwürdigenden ärztlichen oder behördlichem Fehlverhaltens, das zu Vertrauensverlust führt, zu nennen (vgl. AYCHA 1993, S. 63f.).

Zum anderen liegen die Zugangsbarrieren auf der Seite des Versorgungssystems. Die psychosozialen Zentren sind auf die Ballungsgebiete der Bundesrepublik und nicht flächendeckend verteilt. Es müssen erheblich lange und teure Anfahrtsstrecken in Kauf genommen und bei der Ausländerbehörde beantragt werden (Residenzpflicht, s.o.). Die MitarbeiterInnen der psychosozialen und medizinischen

Dienste der Regelversorgung sind im Rahmen ihrer Ausbildung nicht über die Bedürfnisse und Hintergründe, weder allgemein von Migrantinnen noch speziell von traumatisierten Flüchtlingen, informiert. Es bestehen in der Ausbildung keine und in Fort- und Weiterbildungsangeboten immerhin wenige zielgruppenadäquate Konzepte (vgl. UBBEN 1997, S. 9)⁶. So können Kommunikationsprobleme auf verbaler Ebene und auf Verständnisebene zu Fehldiagnosen und -behandlungen, Bagatellisierungen der genannten Beschwerden führen. In einigen Fällen werden Umgangsschwierigkeiten mit der Klientel auf persönlicher Ebene in entwertender Weise stark zum Ausdruck gebracht, deren Form bis hin zu Diskriminierungen reicht. Auch Fehlüberweisungen zu anderen ärztlichen Spezialisten tragen dazu bei, dass die Klientel nicht oder erst nach dem erfolglosen Durchlauf mehrerer Stationen im PSZ Hilfe suchen (vgl. AYCHA 1993, S. 64).

3.2.1.4 Vernetzung und Kooperation

Diese Verhältnisse machen sichtbar, dass u.a. die Vernetzung zwischen Regel- und Sonderdiensten nicht effizient genug funktioniert. Aus diesem Grunde sind Kooperation und Vernetzung mit Institutionen und Gruppen der Regelversorgung, z.B. in Bremen mit ärztlichen Praxen und psychiatrischen Einrichtungen, ein wichtiger Bestandteil in der Arbeit der PSZ (vgl. REFUGIO 1998, S. 21ff.; EVANGELISCHER REGIONALVERBAND FRANKFURT AM MAIN 1998, S. 25ff.). Zu einer verstärkten interdisziplinären Zusammenarbeit kommt es innerhalb derjenigen Behandlungszentren, die nach dem dreigeteilten Behandlungsprinzip medizinisch, psychotherapeutisch und sozial arbeiten, wie z.B. das Behandlungszentrum für Folteropfer in Berlin (vgl. HAAS 1997, S. 166).

Hinzu kommt die Vernetzung mit Gremien und Arbeitsgemeinschaften im Bereich der migrationsspezifischen Sonderdienste. Auf nationaler Ebene wurde durch Mitinitiiierung des PZS Frankfurt auf einem in dieser Stadt veranstalteten Kongress die *Bundesarbeitsgemeinschaft*

6 Im Rahmen des Diskurses zur interkulturellen Öffnung sozialer Dienste nimmt der Bereich der Aus- und Fortbildung als Dreh- und Angelpunkt zur Umsetzung geschilderter Empfehlungen einen umfassenden Stellenwert ein, siehe BARWIG, K. / HINZ-ROMMEL 1995, UBBEN 1997, S. 34ff..

Psychosozialer Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer in Deutschland (BAFF) gegründet (vgl. MEHARI / HARMS 1999, S. 30). Sie trifft sich dreimal jährlich zu Arbeitskonferenzen. Im Jahr 1998 bildeten sich im Rahmen der in Köln tagenden Konferenz regionale Arbeitsgruppen heraus. Auf europäischer Ebene veranstaltete das PSZ in Frankfurt die erste Konferenz im Jahr 1985, woraus die *International Society for Human Rights* entstanden ist. In ihr haben sich alle mit Opfern organisierter Gewalt arbeitenden Zentren auf internationaler Ebene zusammengeschlossen. Bisherige Konferenzen fanden in Paris, Santiago de Chile, Costa Rica, Manila und in Kapstadt statt (vgl. MEHARI / HARMS 1999, S. 31). Über diese genannten Beispiele hinaus werden je nach Arbeitsschwerpunkt des jeweiligen Behandlungszentrums viele Kontakte zu anderen Gruppen und Institutionen auf regionaler, nationaler und internationaler Ebene gehalten.

3.2.1.5 Statistiken

Die Mehrzahl der therapeutischen Behandlungen von Opfern organisierter Gewalt wird in den psychosozialen Zentren für Flüchtlinge bzw. Behandlungszentren für Folteropfer durchgeführt, wenngleich die Zahl der potentiellen Behandlungsbedürftigen weitaus höher sein dürfte (vgl. GURRIS & WENK-ANSOHN 1997, S. 285). Bei Refugio in Bremen standen beispielsweise im Jahr 1997 insgesamt 827 Beratungstermine aus, wovon 179 Neuanmeldungen waren. Diese Anzahl steigerte sich im Vergleich zum Vorjahr um knapp über 50%. Ca. 43% der neuangemeldeten Klientel befand sich noch im Asylverfahren (vgl. REFUGIO 1998, S. 25f.). Im Psychosozialen Zentrum für Flüchtlinge und Opfer organisierter Gewalt in Frankfurt am Main fanden im Jahr 1997 insgesamt 190 Therapien, 222 Kurzzeit- und 87 Langzeitberatungen statt (vgl. EVANGELISCHER REGIONALVERBAND FRANKFURT AM MAIN 1998, S. 24).

In beiden PSZ setzte sich die Klientel aus über 30 Nationen zusammen. Bei Refugio in Bremen kamen die meisten KlientInnen aus dem Iran, gefolgt von BosnierInnen und an dritter Stelle den KurdInnen. Es ist anzumerken, dass in beiden PSZ auch Klienten aus der ehemaligen DDR, als Opfer der Gewalt der Staatssicherheit, behandelt wurden (vgl. EVANGELISCHER REGIONALVERBAND FRANKFURT AM MAIN 1998, S. 6ff., S. 21 und S. 24; REFUGIO 1998, S. 25).

3.2.2 Therapeutisches Angebot für traumatisierte Flüchtlinge in den Psychosozialen Behandlungszentren im Überblick

Die TherapeutInnen der Behandlungszentren für Opfer organisierter Gewalt in der BRD bearbeiten und begleiten nach unterschiedlichen methodischen Ansätzen die in Verbindung mit (Extrem-)Traumatisierung stehenden Probleme oder psychischen Schwierigkeiten ihrer Klientel. Einen wichtigen Teil der Arbeit stellt der Bereich der psychologischen Kurz- (1-2 Sitzungen) und Langzeitberatung dar. Im Jahr 1997 führte das PSZ in Frankfurt am Main bspw. insgesamt 190 Psychotherapien davon anteilig 38 Langzeittherapien (über 25 Sitzungen), 222 Kurzzeitberatungen und 87 Langzeitberatungen, durch (vgl. EVANGELISCHER REGIONALVERBAND FRANKFURT AM MAIN 1998, S. 24).

HAAS untersuchte im Rahmen ihrer Diplomarbeit eine Auswahl an Therapiemethoden von (sieben) Behandlungszentren in der BRD und (zwei) in Dänemark. Sie differenziert zwischen Therapien mit begrenzter und weitergefasster Zielsetzung und darüber hinaus zwischen Einzel- und Gruppentherapie, nonverbalen Therapiemethoden und pharmakologischer Behandlung.

Therapien mit begrenzter Zielsetzung

Zu den therapeutischen Interventionsmöglichkeiten zählen kurzzeitige, unterstützende Beratungen und Therapien. Sie konzentrieren sich auf alltagspraktische Probleme, unterstützen und fördern bestehende coping-Strategien und charakterliche Stärken des Klienten. Die Indikatoren einer Kurzzeitbehandlung bestehen in der Notwendigkeit einer kurzfristigen Stabilisierung, einem unzureichenden sozialen Netz, einer unzureichenden Tagesstruktur (z.B. fehlende Aufgaben, drohende Abschiebung), akuten psychotischen Zügen, Medikamenten- oder Alkoholmissbrauch, paranoiden Zügen und unterdurchschnittlicher Intelligenz. Gegen eine kurzzeitige Behandlung spricht die Gefahr einer potentiellen Chronifizierung der Symptome und Bagatelisierung des Traumas (vgl. HAAS 1997, S. 129). HAAS stellt als Beispiele für kurzzeitige Behandlungsmethoden die Krisenintervention, die Supportative Therapie, „Stress Management Program“, „Skills training“, „Stress inoculation training“ und „Trauma-debriefing“ sowie soziale Beratung vor (vgl. HAAS 1997, S. 130ff.). Bis auf die in diesen

Handlungsfeldern häufig angewandte Krisenintervention werden andere Methoden an dieser Stelle nicht näher dargestellt.

Therapien mit weitergefassten Zielen

Als Hauptziele von langfristigen Psychotherapien für traumatisierte Flüchtlinge gelten die Integration der traumatischen Erlebnisse in die Persönlichkeit des Überlebenden, die Erfahrung von Sicherheit und die Entwicklung von Handlungskompetenz. Sie ermöglichen eine tiefe Einsicht in die Natur der vorhandenen psychischen und somatischen Störungen und bewirken langfristige Persönlichkeitsveränderungen. Sie nehmen einen langen Zeitraum ein (>25 Sitzungen) und sind konfrontativ ausgerichtet. Deswegen erfordern sie eine ursprünglich stabile Persönlichkeitsstruktur und intellektuelle Fähigkeiten. Kontraindiziert sind u.a. psychotische Züge sowie Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit (vgl. HAAS 1997, S. 135).

HAAS stellt im Rahmen ihrer Arbeit die Therapiemethoden dar, die häufig in der Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen eingesetzt werden. Es sind die Klientenzentrierte Psychotherapie nach ROGERS (1942), Psychodrama nach MORENO (1959), Familientherapie, Verhaltenstherapie, Integrative Therapie, begründet von PETZOLD / SIEPER (1965), Insight-Therapie (konzipiert im RCT Kopenhagen) und Testimony-Methode nach den chilenischen Psychologen CIENFUGOS / MONELLI (70er Jahre)⁷. Als weitere angewandte Therapieformen werden Psychoanalyse nach FREUD (1912), Gestalttherapie nach PERLS (1959), Hypnose und Psycho-dynamische Psychotherapie nach HOROWITZ (1979) genannt (vgl. HAAS 1997, S. 135ff.). Als Alternativen zu den angegebenen Behandlungsmethoden in Einzeltherapie besteht die Möglichkeit zur Gruppentherapie. HAAS wägt diesbezügliche Vor- und Nachteile ab (vgl. HAAS 1997, S. 151ff.). Im Rahmen der multidisziplinären Ansätze in der Arbeit der Behandlungszentren kommen die nonverbalen, körperbezogenen Therapiemethoden wie Bewegungs-, Tanz- und Physiotherapie sowie die bildhaft-ausdrucks-

⁷ Die Initiative des PSZ Refugio Bremen brachte Ende 1999 die Dokumentation des Testimonio-Projektes mit dem Titel: „Niemand hat es hinter sich – Folter, Massaker, Flucht. Überlebensgeschichten von Flüchtlingen“ heraus. Es ist im PSZ Refugio in Bremen erhältlich.

orientierte Kunsttherapie und u. U. die pharmakologische Behandlung hinzu (vgl. HAAS 1997, S. 153ff.).

Viele TherapeutInnen gehen in diesem komplexen Problem- und Arbeitsfeld multimodal und eklektisch bis integrativ vor, um die eigene Handlungsfähigkeit im Sinne der situationsspezifischen Anforderungen und der Bedürfnisse der Klientel aufgrund ihrer komplexen Lebenssituation zu erhalten und sich an ihren Interessen und Fähigkeiten zu orientieren. REDDEMANN und SACHSSE betonen, dass therapeutische Arbeit in Anbetracht der modellhaften Erkenntnisse über Traumaverarbeitung nur auf Hypothesen basiert und mit der Neugewinnung von Erkenntnissen über Trauma und Traumatherapie veränderbar und offen für andere kulturelle Denkweisen bleiben sollte (vgl. REDDEMANN und SACHSSE 1997, S. 114). Die eigentliche therapeutische Behandlung wird von Physio- und Bewegungstherapie und von sozialer Beratung flankiert (vgl. HAAS 1997, S. 159f.; MEHARI 1993, S. 123; GURRIS & WENK-ANSOHN 1997, S. 285).

Zusammenfassend stellt HAAS fest, dass keine der erwähnten Therapiemethoden sich gegenüber den anderen als überlegen darstellt (vgl. HAAS 1997, S. 158). In der Literatur wird dies darauf zurückgeführt, dass Studien zur Effizienz der Behandlung traumatisierter Menschen bislang noch sehr selten existieren, nicht-repräsentativ sind und sich weniger im Speziellen mit technischen Fragen auseinandersetzen. Auch existiert in der Literatur nicht der sonst für andere psychotherapeutische Felder typische Streit um die „richtige“ Schule (vgl. HAAS 1997, S. 158; vgl. WEISS 1994, S. 85).

BUTOLLO erachtet das Gebiet der Erforschung, Diagnose und therapeutischen Behandlung bei Posttraumatischen Belastungsreaktionen für die Entwicklung einer allgemeinen „Psychotherapie der Zukunft“ (BUTOLLO, 1997) in Form der integrativen Psychotherapie (s.o.) als besonders interessant, da hier die therapeutischen Interventionen deutlich sichtbar problemspezifisch eingesetzt und deswegen in ihrer Effektivität evaluiert werden können (vgl. BUTOLLO 1997, S. 31, S. 60). Für einen Paradigmenwechsel im therapeutischen Vorgehen auf Grundlage der neuesten Forschungsergebnisse und empirischen Berichte der jüngsten Zeit (seit 1997) spricht sich auch BESSER aus (vgl. BESSER 1997, S. 6).

Der integrative Ansatz ist methodenübergreifend als kombinierte Anwendung der allgemeinen und spezifischen Wirkfaktoren der schulengebundenen Psychotherapien konzipiert. Die komplexe Wirklichkeit des Klienten und die Erkenntnis darüber, dass er mehr ist als die Summe seiner einzelnen Symptome, so dass die Genese seiner Erkrankung einem multifaktoriellen Modell unterliegt, spricht für ein integratives therapeutisches Vorgehen, das protektive Faktoren und Ressourcen in die Vorgehensweisen einbezieht (vgl. MEHARI 1993, S. 124f.; vgl. KOOP 1999, S. 3).

„Eine integrative Psychotherapie sollte sich darum bemühen, die Wirkfaktoren verschiedener therapeutischer Richtungen so zu einem komplexen therapeutischen Vorgehen zu kombinieren, dass daraus ein Optimum an therapeutischer Effizienz und ein Minimum an ideologischem Ballast (sic!) resultiert“ (BUTOLLO 1997, S. 59).

In der Anwendung der integrativen Methode ist problemorientiert vorzugehen. Neben dem Methoden-Eklektizismus ist eine differenzierte und detaillierte Wahrnehmung der Psychologie der zu heilenden Störung zur Verbesserung der Behandlung anzustreben (vgl. BUTOLLO 1997, S. 59f.).

Im Rahmen der therapeutischen Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen bietet der integrative Ansatz die unerlässliche Möglichkeit, den biographischen (Vorflucht, Flucht und Exilphase), sozialen, kulturellen und traumaspezifischen Kontext des Klienten nebeneinander gestellt zu berücksichtigen und miteinander zu verknüpfen. Der Ansatz erweitert die interkulturelle Perspektive in dieser Arbeit dadurch, dass der Therapeut Zugang zu den kulturellen Metaphern des Klienten zu einer effektiveren und ganzheitlichen Wahrnehmung und Begleitung des Klienten findet (vgl. MEHARI 1993, S. 133f.). Die therapeutische Beziehung erhält einen grundlegenden Stellenwert für den integrativen Therapieprozess. KOOP bezeichnet das Aufbauen von Kontakt, die Schaffung einer Vertrauensbasis und die Herstellung des Prinzips der Korrespondenz zum Klienten auf Basis der Einnahme einer therapeutischen Grundhaltung als maßgebende Elemente (vgl. KOOP 1999, S. 4ff.).

3.2.2.1 Aus- und Fortbildung der TherapeutInnen

Die PsychotherapeutInnen der Behandlungszentren weisen ein abgeschlossenes Psychologiestudium in Kombination mit einer abgeschlossenen psychotherapeutischen Ausbildung gemäß einem selbstgewählten psychotherapeutischen Behandlungsmodell nach.

Sie zeichnen sich, neben ihrer beruflichen Erfahrung, vor allem durch ihre psychotherapeutische Kompetenz aus. Diese setzt sich nach SHAW & DOBSON (1988) aus einem zugrundeliegenden theoretischen oder konzeptuellen Rahmen, dem differenzierten Wahrnehmen des Klienten und seiner Probleme, dem sachgerechten und geschickten Einsetzen von Behandlungsmethoden, dem Wissen über zeitlich angemessenes Vorgehen sowie dem von persönlichen Problemen oder anderen Bedingungen uneingeschränkten Einsatz der Fähigkeiten und Fertigkeiten zusammen (vgl. BASTINE 1992, S. 274ff.). Auf Grundlage der Curricula vieler Therapieformen wird die für die Ausbildung zum Psychotherapeuten nötige Selbsterfahrung oder Eigentherapie (Ausbildungstherapie) gefordert, woraus eine Reihe persönlicher Kompetenzen, auch durch die Verarbeitung der eigenen Verfolgungs-, Flucht- bzw. Migrationsgeschichte, resultieren (vgl. BASTINE 1992, S. 278ff.).

Zu den in der Literatur aufgeführten therapeutischen Kompetenzen gehören auch die persönliche und bearbeitete Erfahrung als Flüchtling oder ArbeitsmigrantIn, die Erfahrung mit bzw. Kenntnisse über eigene und hiesige Gesellschafts- und Kulturformen und eine sachgerechte Erfahrung in der Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen (vgl. AYCHA 1993, S. 63). Zum einen sind die genannten Kompetenzen unter dem Oberbegriff „Interkulturelle Kompetenz“ (HINZ-ROMMEL, 1994) subsumierbar, der die Befähigung zum effektiven kommunikativen Umgang von MitarbeiterInnen in interkulturell geprägten Situationen mit Angehörigen verschiedener ethnischer Minderheiten in fremdkultureller Umgebung bezeichnet. Die Anwendung von interkultureller Kompetenz ermöglicht eine effiziente professionelle Tätigkeit (vgl. UBBEN 1998, S. 28ff.).

„Interkulturelle Kompetenz setzt sich aus zentralen, im interkulturellen Kontext besonders geforderten Handlungskompetenzen zusammen (Empathie, Rollendistanz, Ambiguitätstoleranz, kommunikative Kompetenz) sowie aus kognitiver Deutungs-

kompetenz zur Erfassung des spezifischen lebensweltlichen Hintergrundes“ (GAITANIDES 1998, zit. n. GAITANIDES 1999, S. 43).

Zum anderen sind es spezifische fachliche und persönliche psychologische Kompetenzen, die für einen professionellen Umgang mit traumatisierten Menschen und die Bearbeitung des Traumas erforderlich sind. Beide Kompetenzbereiche, die für dieses spezielle Praxisfeld von großer Bedeutung sind, finden sich nicht regulär und spezialisiert in den Ausbildungscurricula wieder, weder in dem des Psychologiestudiums noch vermutlich in denen der gängigsten therapeutischen Ausbildungen. Inzwischen existieren traumaspezifische Therapiekonzepte verschiedenster Herkunft, deren Unterschiedlichkeit die Kompliziertheit und Modellhaftigkeit der psychotherapeutischen Behandlung betonen (vgl. GURRIS & WENK-ANSOHN 1997, S. 283).

Die praktizierenden TherapeutInnen sind dadurch gezwungen, auf ihre herkömmlichen und persönlichen Kompetenzen zurückzugreifen und zudem verstärkt Fort- und Weiterbildungen zum Thema Flucht-Trauma-Therapie in Anspruch zu nehmen. Insbesondere in den letzten Jahren hat sich hier das Wissen über die Notwendigkeit des Einsatzes spezieller Techniken verdichtet und ein adäquates Fortbildungsangebot zur Behandlung von PTSD bei Flüchtlingen verstärkt und verbreitet (BFZO 1999, S. 2). Drittens erwächst die Kompetenz des Psychotherapeuten aus der Arbeit im interkulturellen Team und im Rahmen von Supervision.

3.2.2.2 Teamarbeit und Supervision

Die MitarbeiterInnen der Behandlungszentren setzen sich immer als ethnisch heterogenes und interdisziplinäres Team zusammen. Dies ist im Idealfall durch die Größe bzw. Nachfrage der verschiedenen Flüchtlingsgruppen bestimmt. In der Regel sind die Größe und Zusammensetzung durch (nicht-) vorhandene Finanzierungsmöglichkeiten und zweitens durch das Erfassen der auf dem Arbeitsmarkt mangelhaft vorhandener erfahrener Fachpersonen mit Migrationshintergrund bestimmt (vgl. WEISS 1994, S. 72).

Die interkulturelle Teamarbeit ist aufgrund vieler Aspekte anspruchsvoll. Zum einen sind Konfliktpotentiale gegeben. Spannungen und

Kommunikationsprobleme können durch unterschiedliche ethnische Zugehörigkeit der MitarbeiterInnen, z.B. in Form von Vorurteilen, Zuweisungen, Projektionen von Fremdbildern, sowie durch verschiedene Arbeitsstile und Ausbildungen entstehen, die supervisorisch bearbeitet werden sollten. Zum anderen ermöglicht eine konstruktive Bearbeitung der Konflikte den MitarbeiterInnen jedoch, die interkulturelle Teamarbeit als Chance und darüber hinaus als weiterführenden Faktor für die therapeutische Arbeit, z.B. im Rahmen der Diagnostik, der Fallkonzeption, des koordinierten Einsatz verschiedener therapeutischer Ressourcen sowie der insgesamt erweiterten Behandlungskapazitäten, zu begreifen (vgl. WEISS 1994, S. 72; S. 84f.).

Es besteht im interkulturellen Team die Möglichkeit, den Fall aus vielfältigen fachlichen und kulturellen Dimensionen der einzelnen Mitglieder zu besprechen und ihn unter Anwendung des gemeinsamen Wissens zu konzipieren. Die Supervision macht einen wichtigen Teil der Teamarbeit aus. Sie dient der Förderung von Kompetenzen der TherapeutInnen in der Anwendung des vorhandenen Wissens auf die Praxis. Sie ist auf drei verschiedenen Ebenen akzentuierbar: a) auf den Klienten des Supervisanden, b) auf den Supervisanden und c) auf das Team. Sie ist einzeln, aber auch in der Gruppe, durch einen externen Supervisor oder in der kollegialen Runde durchführbar (vgl. BASTINE 1992, S. 280ff.).

Eine gut organisierte und gründlich durchgeführte Supervisionsarbeit ist auch insofern notwendig, als die Arbeit mit traumatisierten Menschen, die tägliche Auseinandersetzung mit den Gewalterfahrungen – mit den Bildern und Stimmungen der erlebten Gewalt und den Nebenerscheinungen (z.B. Suizidgedanken, Opferverhalten) – sehr intensiv ist. Es besteht die Gefahr, dass auch die HelferInnen / TherapeutInnen durch die Bearbeitung der Erlebnisse und die Erfahrung der Dialektik des Traumas (re-)traumatisiert werden können. Wie im letzten Kapitel bereits erwähnt, können auch HelferInnen und TherapeutInnen dazu neigen, den tabuisierten Erfahrungsbereich zu leugnen und zu verdrängen (vgl. WEBER 1998, S. 76, vgl. HERMAN 1993, S. 210). Wenn dieses Phänomen unberücksichtigt bleibt, kann Angst entstehen, an das Trauma heranzugehen, was den therapeutischen Prozess blockiert (vgl. BESSER 1997, S. 4). Angst, die eine zu große Distanz zu dem Behandelten bewirkt, ist ebenso prozesshemmend

wie eine zu große, z.B. überprotektive oder paternalistische, Nähe (vgl. GURRIS & WENK-ANSOHN 1997, S. 284, vgl. HERMAN 1993, S. 209).

Es existiert in diesem Berufsfeld eine höhere Anfälligkeit für traumatische Reaktionen als in anderen, da der Therapeut bis zu einem gewissen Grad in die z.T. höllische Gefühlswelt des Klienten einsteigen und darauf gefasst sein muss, dass auch er zeitweise sein Gleichgewicht verlieren wird (vgl. HERMAN 1993, S. 209). Wenn er es für sich selbst und im Team unbearbeitet lässt, kann sein Zustand in dem Gefühl des Ausgebranntseins („burnout“) und der Erschöpfung münden. Die häufigsten Symptome sind u.a. Depressionen, Zynismus (auch gegenüber dem Klienten), Hyperwachsamkeit, Gefühle von Hilflosigkeit und Wut. Zur Vorbeugung und Heilung sollten im Berufsfeld z.B. die Arbeitsschwerpunkte im Rotationsverfahren wechseln, die arbeitsfreie Zeit sollte zur Regeneration klar festgesetzt sein, und es sollte ein Forum zum Aufarbeiten der Erfahrungen in der Flüchtlingsarbeit bestehen (vgl. UNHCR 1997, S. 76f.)⁸.

Unabdingbar für die erfolgreiche Ausführung der therapeutischen Tätigkeit in diesem Feld ist nach HERMAN keinesfalls Allmacht, sondern die Fähigkeit zu vertrauen. Ein verlässlicher Rückhalt bei den KollegInnen im Team und die eigene Teamfähigkeit sind deswegen von besonderer Bedeutung. Aufgrund der zu behandelnden Symptomatik kann es sein, dass auch im Team auf Verleugnung gestoßen wird und die Dialektik des Traumas sich in kollegialen Konflikten und Spaltungen, in ausufernden, überlagernden theoretischen Diskussionen und schließlich in therapeutischer Isolation wiederholt (vgl. HERMAN 1993, S. 210f.).

„Da sie sich wie ihre Patienten zwischen der offiziellen Lehrmeinung und ihren eigenen konkreten Erfahrungen hin und her gerissen fühlen, entscheiden sie sich lieber für die Wirklichkeit als für orthodoxe Auffassung von Psychotherapie mit der Konsequenz, daß sie zuletzt wie ihre Patienten ein heimliches

8 In den Richtlinien zur Vorbeugung und Reaktion bei sexueller Gewalt gegen Flüchtlinge des UNHCR (1997) ist ein eigener Abschnitt zur Traumatisierung und zum „burnout“ der MitarbeiterInnen – Symptomatik, Vorbeugung und Heilung enthalten. Was an dieser Stelle nur im Anriss erwähnt wurde, kann dort zur Vertiefung nachgeschlagen werden. Bislang wurde dieses Thema nur wenig beachtet, was sich durch eine Etablierung des Gesamtkomplexes „Trauma“ voraussichtlich ändern wird, siehe UNHCR 1997, S. 76f..

Doppelleben führen. [...] Wenn sich ein Therapeut zunehmend isoliert und hilflos fühlt, dann erliegt er meist der Versuchung, entweder mit Grandiosität oder mit Flucht zu reagieren. In beiden Fällen wird er früher oder später tatsächlich schwerwiegende Fehler machen. Es kann nicht oft genug wiederholt werden, daß niemand ein Trauma alleine behandeln kann!“ (HERMAN 1993, S. 210f.).

Ein intaktes, konfliktfähiges Unterstützungssystem, das im beruflichen Alltag vom Team gebildet wird, ist für den / die HelferIn aus präventiven Gründen notwendig, aber auch zur Aufrechterhaltung der Arbeitsfähigkeit und Professionalität, zur Wahrung qualitativer und ethischer Standards im Therapieprozess (vgl. HAAS 1997, S. 120).

3.2.2.3 Zusammenarbeit mit den DolmetscherInnen

Im Idealfall sollte die Psychotherapie in der Muttersprache durchgeführt werden, was aufgrund der begrenzten Anzahl von muttersprachlichen TherapeutInnen und aufgrund der nationalen / ethnischen Vielfalt der Klientel in den Behandlungszentren eher die Ausnahme ist (s.o.). Abhilfe schafft in diesem Fall der Einsatz von professionellen DolmetscherInnen. Sie haben während ihrer Übersetzungsarbeit in der Therapie die Option der Unparteilichkeit und Verschwiegenheit. Sie sollten über fachsprachliche Kenntnisse, ein breites Wissen über die kulturelle und aktuelle Situation und über Foltermethoden im Mutterland des Klienten verfügen. Ihre Aufgabe ist zudem, Vertrauen zwischen TherapeutIn und KlientInnen zu stützen und interkulturelle Verständigung über emotionale Inhalte über den rein sprachlichen Bereich hinaus zu vermitteln. Zugleich darf er / sie technische Interventionen weder verfremden noch manipulieren, bei Spannungen eingreifen oder Krisen verhindern, damit ein therapeutischer Prozess zustande kommt. Es wird darauf geachtet, dass es zu einer gleichen ethnischen und gleichgeschlechtlichen Zusammensetzung von KlientIn und DolmetscherIn kommt (vgl. WEISS 1994, S. 73f.).

Es ist sinnvoll, wenn sich vor dem ersten Therapiesetting sowohl DolmetscherIn und TherapeutIn zusammensetzen, um sich gemeinsam über soziokulturelle Hintergründe des Klienten zu informieren und austauschen, als auch DolmetscherIn und KlientIn als „warming-

up“ vor Therapiebeginn einen lockeren Kontakt aufnehmen. Nach dem therapeutischen Gespräch ist ein sofortiger Austausch zwischen TherapeutIn und DolmetscherIn hilfreich, um unklare bzw. non-verbale Inhalte zu klären (vgl. WEISS 1994, S. 75). Die therapeutische Arbeit mit DolmetscherInnen birgt Schwierigkeiten und zugleich Chancen in sich.

Die Schwierigkeiten betreffen zum einen die Person des Dolmetschers. Übersetzung im therapeutischen Rahmen ist eine sehr anspruchsvolle Tätigkeit, denn es können Loyalitätskonflikte, politische Spannungen und Überforderungsgefühle durch die zu übersetzenden Gewalt- und Fluchterfahrungen auftreten. Insbesondere soziokulturelle Werte und Normen können die DolmetscherInnen in ein Dilemma zwischen Schutz der Intimsphäre des Klienten und therapie-relevanten Maßstäben des Therapeuten bringen. Eine gründliche Supervisionsarbeit und eine vertrauensvolle Beziehung zwischen DolmetscherIn und TherapeutIn schaffen hier Abhilfe. In diesem Rahmen bearbeitete Konflikte bergen die Chance der Herbeiführung von Schlüsselerkenntnissen im interkulturellen Therapieprozess, z.B. über die Verletztheit der KlientInnen (vgl. WEISS 1994, S. 73).

Zum anderen können aus der konkreten Übersetzungssituation heraus Schwierigkeiten entstehen. Je nach Verabredung wird simultan oder in konsekutiver Form übersetzt. Beide Formen haben Vor- und Nachteile. In jeder Tätigkeit geht es um die analoge Übersetzung des sprachlichen Ausdrucks mit dem interkulturellen Verständnis von Symbolen und Werten und um eine diesbezügliche Vermittlung zwischen KlientIn und TherapeutIn.

„Die therapeutische Arbeit mit Flüchtlingen kann prinzipiell als Übersetzungsarbeit verstanden werden, bei der ein Dialog zwischen Übersetzung und Rückübersetzung von Symptomen und Lebenszusammenhängen entsteht, der ein Verstehen auf einer neuen Ebene – unter Einbezug des interkulturellen Konfliktes möglich macht“ (WEISS 1994, S. 74).

Es wird als wichtig erachtet, dass in der ersten Person gesprochen wird, wenn der Klient in dieser spricht, dass es zu einer sorgfältigen Übersetzung von Kraftausdrücken, Idiomen und linguistischen Wider-

sprüchen ohne eigenmächtiges Abkürzen oder Zusammenfassen von Wiederholungen kommt (vgl. WEISS 1994, S. 73f.).

Während der Übersetzungstätigkeit ist es die Aufgabe des Dolmetschers, die Balance zwischen Neutralität, Unparteilichkeit und empathischer Nähe gegenüber dem Klienten zu halten. Ihre / seine Person kann vom dem Klienten sowohl als eine BeschützerInnenfigur seiner Person und seiner Kultur als auch als Bedrohung bzw. als inkompetent betrachtet werden. Durch die vorhandene therapeutische Triade hat der Klient die erweiterte Möglichkeit, Nähe und Distanz zu regulieren. Negativ ausgedrückt kann ein nachteiliger Filtereffekt dadurch entstehen, dass die zeitliche Verzögerung durch die Übersetzung die Wahrscheinlichkeit von Widerständen vergrößert (vgl. WEISS 1994, S. 74).

Die meisten PSZ für traumatisierte Flüchtlinge bieten spezielle Ausbildungslehrgänge für DolmetscherInnen an. Nach Angaben von WEISS werden seit einigen Jahren am Institute for psychic health in Stockholm Forschungsarbeiten zur Beratung von DolmetscherInnen angefertigt, ansonsten sei Literatur zu diesem wichtigen Thema nur spärlich vorhanden (vgl. WEISS 1994, S. 75).

3.2.3 Therapie mit traumatisierten Flüchtlingen

Wie oben in der allgemeinen Definition von Psychotherapie angegeben, basiert dieser Prozess auf Verstehen und Sinngebung dessen, was zu psychischen Belastungen und schließlich zur Therapie geführt hat. Im Unterschied zu anderen Therapieprozessen steht vor allem in der Behandlung von Folteropfern das beidseitige Verständnis über die Erfahrung des Überlebens von extremen (menschlichen) Grausamkeiten in der therapeutischen Beziehung im Vordergrund (vgl. GURRIS & WENK-ANSOHN 1997, S. 284).

„Bereits das Exil allein führt zu einer speziellen Form von unbegriffenem Leiden, Dinge, die schwer zu verstehen sind, produzieren Symptome. Folter bedeutet unmessbares Nicht-Verstehen-Können“ (WEISS, 1994, S. 80).

Die Darstellung der psychosozialen Situation traumatisierter Flüchtlinge in Kapitel 2 dieser Arbeit ermöglichte dem Leser, einen aus-

schnitthaften Einblick in den komplexen Problembereich zu erhalten, mit dem der Klient und auch sein/e TherapeutIn im Verlauf einer Psychotherapie hinsichtlich der Entwicklung von Verständnis und Sinngebung des eigenen Leidens konfrontiert sind. Zu Beginn einer Psychotherapie begegnet der Therapeut der ernsthaften, existenziell bedrohlichen, vielschichtigen Situation und entsprechenden pathologischen Zustandsbildern der Klientel.

In diesem Abschnitt wird deshalb untersucht, welche besondere therapeutische Zielsetzung, Beziehung und welche besonderen Interventionsformen die spezifische Problemlage – die asylrechtliche, kultur- und traumapezifische Lebenssituation der Klientel erfordert.

GURRIS & WENK-ANSOHN (1997) zählen nach HAENEL (1997) eine Reihe von Punkten auf, die im Hinblick auf 2.1.2.1 Traumatische Erfahrungen und 2.1.2.2 Extremtraumatische Erfahrung am Beispiel von Folter sowie 2.2.1.1 Posttraumatische Belastungsreaktion, zur Erinnerung an dieser Stelle angeführt werden. Der Therapeut ist u.a. konfrontiert mit:

- Wechsel von Erstarrung und physiologischer Erregung (Hyperarousal),
 - Vermeidungsverhalten und emotionaler Taubheit,
 - somatoformen Schmerzempfindungen,
 - starker Angst vor Kontrollverlust,
 - starker Angst vor der Möglichkeit, der ursprünglichen traumatischen Situation, z.B. durch Abschiebung wieder ausgesetzt zu sein,
 - unsicheren Gefühlen aufgrund unsicherer Aufenthaltssituation,
 - verunsicherten Gefühlen aufgrund des Verlustes kultureller Werte und Identität,
 - Konflikten mit den Behörden,
 - „Sprachlosigkeit“, traumaspezifischen Verständigungsproblemen,
 - sprachlichen, kulturspezifischen Verständigungsproblemen
- (vgl. GURRIS & WENK-ANSOHN 1997, S. 284).

Die im ersten Abschnitt dieses Kapitels erwähnten Maximen zum therapeutischen Vorgehen nach ROGERS (Kongruenz, Akzeptanz und Empathie) erfordern in der Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen einen besonders sensiblen Umgang mit ihrer soziokulturellen Herkunft. Es geht darum, eine gemeinsame Sprache und Wirklichkeit zu

finden, die über eine bloße Verständigung hinausreicht. Es hat sich in der Praxis deutlich gezeigt, dass die Anwendung westlich-moderner Methoden zu diesem Zweck auf Hindernisse im therapeutischen Prozess stoßen kann und für ein tiefes, an den Zweck der Hilfe gebundenes Verstehen nicht ausreicht (vgl. AYCHA 1993, S. 76).

Exkurs: Kulturspezifische Krankheitskonzepte, Diagnose- und Behandlungsverfahren

Die Ausgangsposition eines Flüchtlings im Exil ist durch die trauma- und kulturspezifische Wahrnehmung seiner Beschwerden und der (Un-)Kenntnis über ihm (nicht)vertraute Behandlungsmöglichkeiten gekennzeichnet. Ihm ist es in seiner Exilsituation zum einen durch die restriktive äußere Lage und zum anderen durch eigene WahrnehmungsfILTER erschwert, Zugang zu einem hier verbreiteten Krankheitsverständnis und Behandlungsmethoden zu finden und sich entsprechend zu versorgen. Umgekehrt fällt seitens der Versorgungsangebote die Bedarfslage der Klientel durch die Erfassungskategorien, z.B. des ausschließlich mit westlichen Krankheits- und Behandlungskonzepten arbeitenden Therapeuten auf.

Eine Identifikation der Wahrnehmung des Patienten ist für den therapeutischen Prozess hilfreich, sie kann aber auch Spannungen, Konflikte und Missverständnisse hervorrufen, die für einen wirksamen Verlauf wiederholt zu klären und zu bearbeiten sind (WEISS 1994, S. 67)⁹. Durch die Begegnung mit den Krankheitskonzepten fremder Kulturen ist es möglich, eigene wissenschaftliche Vorstellungen über Krankheit und Gesundheit im Vergleich zu denjenigen zu thematisieren und zu problematisieren, die in dieser Kultur ausgeklammert zu sein scheinen, wie beispielsweise rational begründetes gegenüber

9 LEYER (1991) führt als Beispiel an, dass ein stärkerer emotionaler Ausdruck des Schmerzes der PatientInnen dann zu einem Problem für die BehandlerInnen wird, wenn in der dominanten Kultur insgesamt emotionalem Ausdruck weniger Wert beigemessen wird. Der somatisierte Leidensausdruck wird so in entwertender Weise z.B. als „Morbus Bosporus“ bezeichnet und nicht als kulturspezifische Konfliktverarbeitungsform betrachtet und zum Zweck eines adäquaten Behandlungsverfahren aufgegriffen, siehe LEYER 1991, S. 80.

magiegeprägtes Wissen über Heilungsvorgänge (vgl. ERDHEIM 1993, S. 75)¹⁰.

Ethnomedizinische und transkulturelle Untersuchungen belegen, dass die Wahrnehmung körperlicher Vorgänge und Erklärungsmuster von Krankheitsursachen in direktem Zusammenhang mit dem historischen und soziokulturellen Kontext des Betroffenen stehen. Krankheit, sowie die Umgangs- und Behandlungsweise der heilenden ExpertInnen im jeweiligen Medizinsystem, z. B. ÄrztInnen, ist als eine kulturell normierte und im heilkundlichen Ideensystem objektivierbare Erfahrung zu verstehen. Krankheit und Heilung werden kulturspezifisch wahrgenommen und organisiert (vgl. LEYER 1991, S. 78f.; OSTERMANN 1990, S. 70). Hinzu kommt, dass sich ein Medizinsystem als Bestandteil eines Kultursystems aus Subsystemen zusammensetzt, die sich inhaltlich an verschiedenen sozialen, kulturellen und räumlichen Gegebenheiten einer Gesellschaft orientieren und von ihren Mitgliedern dementsprechend unterschiedlich stark genutzt werden, in einer Kultur aber immer gleichzeitig vorhanden sind (OSTERMANN 1990, S. 71).

In jedem System nimmt der Kranke eine bestimmte, von der Gesellschaft definierte Rolle ein. In Abhängigkeit zur kulturellen Einbindung des Individuums und Ausrichtung der ethnischen Gemeinschaft wird der Rückzug des Individuums aus seinen sozialen Verpflichtungen durch seine Krankheit mehr oder weniger legitimiert. Die traditionelle Gesellschaft billigt ihm eher die Nicht-Verantwortung für den vorhandenen Zustand zu. Krankheit ist als Reaktion auf bestehenden sozialen Druck verstehbar. Die Gesellschaft ist dafür verantwortlich, den Kranken in der Wiederherstellung seiner Leistungsfähigkeit zu unterstützen und verpflichtet ihn zu seiner Mitarbeit. Medizinische Behandlung nimmt eine gesellschaftliche Funktion ein (vgl. OSTERMANN 1990, S. 70).

10 WATZLAWICK (1981) weist darauf hin, dass innerhalb der Lehre der Psychiatrie wohl die Diagnose von abnormalem und pathologischem Verhalten detailliert definiert ist, im Gegensatz dazu aber geistige Gesundheit und Normalität allgemein vage, schwer bis gar nicht in diesem Rahmen definiert wurde. Er befürchtet deswegen, dass die Einordnung bestimmter menschlicher Verhaltensweisen, nach dem Prinzip der Pawlowschen Reflexe, zu schnell selbsterfüllend und pathologisch vollzogen werde, siehe WATZLAWICK 1981, S. 100f..

OSTERMANN kategorisiert und definiert drei Subsysteme von Krankheit:

- das technisch-biologische System: Es basiert auf schriftlich oder mündlich fixierten Lehre der Schulmedizin; gesundheitliche Störungen sind auf das Zusammenwirken von Substanzen und Stoffen des eigenen Körpers zurückzuführen; Krankheit ist ein objektivierbares Ungleichgewicht der Elemente, eine Schädigung des Organismus durch mechanische oder biologische Einwirkungen; der Arzt als Experte diagnostiziert sie, die Eigenverantwortung des Patienten an seiner Krankheit ist begrenzt;
- das religiös-fundierte System: Die Erkrankung wird hier durch das direkte oder indirekte Einwirken von Gott, Geistern, Dämonen oder Ahnen oder durch das Übertreten von gemeinschaftlich-religiösen Regeln erklärt; Krankheit ist eine Strafe, die den ganzen Körper betrifft; es muß zur Heilung dem Willen der Gottheit entsprochen werden, indem mit Hilfe eines Heilers bzw. Vermittlers gegenüber den höheren Mächten die moralische Schuld / Eigenverantwortung eingesehen und beglichen werden kann;
- das magische System: Krankheit entsteht durch das Einwirken von Menschen, denen magische Kräfte und Fähigkeiten zugeschrieben werden; okulte und magische Kräfte werden von fremd- oder selbsternannten HeilerInnen zur Diagnose und Heilung eingesetzt; es wird zwischen „guter“ / „weißer“, heilbringender oder „böser“ / „schwarzer“ Schaden bringender Magie unterschieden (vgl. OSTERMANN 1990, S. 72ff.).

Das technisch-biologische System ist authentisch mit dem System der angewandten westlichen Schulmedizin. Das religiös-fundierte und das magische Krankheitssystem sind nach westlichen Maßstäben als volksmedizinische Systeme zu betrachten.

An den dargestellten Erklärungssystemen von Krankheit ist auffällig, dass die jeweilige Rolle von HeilerIn und PatientIn unterschiedlich definiert wird. Im technisch-biologischen System wird die Heilungsfähigkeit des Individuums mit Medikamenten und Apparatur unterstützt. Die Bereitschaft zur Heilung ist vorausgesetzt, bei gleichzeitiger Herabsetzung der Eigenverantwortlichkeit für einen Gesundungsprozess. Für die Krankheit selbst besteht im gewissen Maß Eigenverantwort-

lichkeit. Die Kommunikation zwischen Arzt und Patient ist auf symptomgebundene Dialoge reduziert. Der Arzt gilt als Experte und zweckgebundene Autorität nach entsprechender akademischer Ausbildung.

Im religiösen und im magischen System nimmt das Wecken und Stärken der Heilungsbereitschaft des Patienten einen zentralen Stellenwert ein. Krankheit ist ein von außen zugefügter, von einer höheren Instanz bewirkter Zustand. Nicht die Krankheit, sondern der Kranke steht im Zentrum der Bemühungen der volksmedizinischen HeilerInnen, wohl auch deswegen, weil ihnen ansonsten wenige Mittel zur Heilung zur Verfügung stehen. Die psychische, interaktive und kommunikative Dimension zwischen Arzt und Patient hat hier im Vergleich eine höhere Bedeutung. Die HeilerInnen arbeiten mit Ritualen und Suggestionen und sind allgemeine Autoritätspersonen. Zu ihrem Wissen und ihrer Funktion kommen sie durch ihre Geburt bzw. ihren biographischen Wandel, durch Überlieferungen religiöser, schamanistischer und parawissenschaftlicher Lehren (vgl. OSTERMANN 1990, S. 75; ERDHEIM 1993, S. 81).

Kulturspezifische Konzepte des Krankheitsverständnisses

Nach dem Vorschlag des französischen Ethnologen LEVI-STRAUSS, Kulturen als „kalt“ zu bezeichnen, die einen Wandel vermeiden und einzufrieren versuchen, und diejenigen als „heiß“ zu bezeichnen, die ihren Wandel möglichst anheizen und beschleunigen, übernimmt ERDHEIM (1993) diese Terminologie zum Vergleich unterschiedlicher Konzepte von Krankheit und Therapie in „kalten“ und „heißen“ Kulturen. Wenngleich eine solche idealtypische Differenzierung selten klar möglich ist, da insgesamt wenige Gesellschaften von Modernisierungsprozessen unberührt blieben, lassen sich traditionelle, nicht-westliche Kulturen eher den „kalten“ und westliche eher den „heißen“ Kulturen zuordnen (vgl. ERDHEIM 1993, S. 76).

Charakteristisch für den Krankheitsbegriff in kalten Kulturen ist nach ERDHEIM, dass die Krankheit als ein Problem betrachtet wird, das die ganze Gruppe betrifft und dadurch eine symbolische Verbindung zwischen der Krankheit eines Individuums mit den Zuständen der Gesellschaft selbst besteht.

„Krankheit ist hier kein privates Ereignis, sondern ein öffentlicher Vorfall“ (ERDHEIM 1993, S. 76f.)

Krankheit ist als Bedrohung des gemeinschaftlichen Systems zu verstehen. Je stärker die Gesellschaft von einer funktionsfähigen Gemeinschaft abhängig ist, desto mehr Priorität wird auf den Erhalt der Gemeinschaft gesetzt. Dies erklärt, warum in kalten Kulturen Krankheit zum öffentlichen Vorfall wird (vgl. OSTERMANN 1990, S. 70).

ERDHEIM bemerkt, dass im Fall einer Erkrankung das Leid des Einzelnen durch Geisterglauben – als konzeptuellem Rahmen zum Erhalt der Stabilität der Gemeinschaft – aus der privaten in die öffentliche Sphäre übersetzt wird. Innergemeinschaftliche Konflikte und Spannungen werden auf die übersinnliche Welt projiziert und verlagert. Nur über diesen Weg ist es möglich, Risse im sozialen Gefüge zu thematisieren, sie aufzudecken und zu beheben und gleichzeitig die Stabilität und Funktionsfähigkeit der Gemeinschaft, das Prinzip der Gegenseitigkeit zu erhalten und zudem die magiegeleiteten Krankheits-symptome des Einzelnen zu heilen, ihn in die Gesellschaft zu reintegrieren (ERDHEIM 1993, S. 77ff.).

In heißen Kulturen werden soziale Spannungen über Somatisierungen zum Ausdruck gebracht. Die Ergründung ihrer Ursachen und ihrer Heilung wird nicht als Aufgabe der Gemeinschaft betrachtet, sondern als Schuld bzw. Schicksal des Individuums erfahren. Gesellschaftliche Probleme werden hier in individuelle umgewandelt (vgl. ERDHEIM 1993, S. 83)¹¹.

In den herkunftsspezifischen Sozialisationsstrukturen der Flüchtlinge ist die westliche Schulmedizin verankert, ihre Verfahrensweise ist somit den meisten Menschen vertraut. Der Umgang mit den parallel existierenden Subsystemen ist pragmatischer Art – westliche Methoden und Konzepte werden möglicherweise idealisiert, traditionelle

11 ERDHEIM untersucht im Rahmen seines Aufsatzes weiter, worin die Ursachen für die Privatisierung von Krankheit liegen. Er begründet sie in der hier existierenden Annahme, dass Geist und Körper im Herrschafts- und Machtverhältnis zueinander stehen und dass Krankheit als Revolte des Körpers gegenüber dem mächtigeren Geist zu betrachten sei. Dieses Prinzip sei auf gesellschaftliche Prozesse übertragbar, das Individuum erfahre sie somit in sich selbst, siehe ERDHEIM 1993, S. 83ff..

Wege der Behandlung werden weiterhin in Anspruch genommen – in Form einer Kombination der Methoden. Das subjektive Empfinden der Wirksamkeit der jeweiligen Behandlung wird mit volksmedizinischen Maßstäben beurteilt und nach ganzheitlicher Bedürfnislage in Anspruch genommen (vgl. WEISS 1994, S. 62; OSTERMANN 1990, S. 76).

Es darf in diesem Zusammenhang jedoch nicht übersehen werden, dass in traditionellen Gesellschaften eine starke Abhängigkeit zwischen dem Bildungsstand, der gesellschaftlichen Position des Kranken und seiner Familie (Privilegierung) und der Inanspruchnahme des jeweiligen Erklärungs- und Behandlungssystems von Krankheit besteht. Eine stabile wirtschaftliche Basis, erreichbare und bezahlbare Ärzte und eine gute Schulbildung mit der Vermittlung von genauen körperlichen Vorgängen, Gesundheitswissen und Gesundheitsverhalten beeinflussen die Einstellung zu volksmedizinischen Subsystemen. Privilegierte Gruppen haben einen größeren Zugang zu technisch-biologischem Verständnis und Umgang mit Krankheit (vgl. OSTERMANN 1990, S. 85).

Volksmedizinische Behandlungserwartungen und -verfahren

In bäuerlichen Kulturen, z.B. in der Türkei, werden volksmedizinische Behandlungsverfahren aus ökonomischen und soziokulturellen Gründen regelmäßig in Anspruch genommen. Das Krankheitsverständnis aus volksmedizinischer Sicht trennt nicht zwischen Psyche und Soma, im Gegensatz zur schulmedizinischen Richtung, der Erkrankte wird ganzheitlich betrachtet. Die Krankheit gilt nicht als Eigenproduktion, sondern als unverschuldeter Einfluss von außen. Die auftretenden Symptome lassen sich nicht eindeutig zuordnen und sind nicht eindeutig objektivierbar, sie werden bestenfalls allgemein als Vitalitätsverlust, Erschöpfungszustand, Schmerz und Fieber beschrieben. Falls sich Krankheitsursachen nicht in bestimmte Klassifikationssysteme einordnen lassen, können sie magischem Wirken zugesprochen werden (vgl. OSTERMANN 1990, S. 78). Hier wird nach dem Prinzip, das auch ERDHEIM (1993) (s.o.) in „kalten“ Kulturen ermittelt, der krankheitsverursachende Konflikt auf „nazar“, den „bösen Blick“ eines neidischen Menschen geschoben (vgl. OSTERMANN 1990, S. 80)¹².

12 Dieses Prinzip findet sich in einigen südeuropäischen Kulturen wieder, in Griechenland nennt man es „to mati“ (das Auge), in Italien „fattura“, in Mexiko „mal

Vorstellungen z.B. über behandelbare Krankheitserreger und über individuelle psychologische Krankheitskonzepte haben im volksmedizinischen System in der Regel keinen Stellenwert (vgl. LEYER 1991, S. 80). Insbesondere psychische, psychosomatische Störungen und körperliche Behinderungen werden auf magisches Wirken zurückgeführt (vgl. OSTERMANN 1990, S. 78).

LEYER weist auf eine Befragung von RÖDER (1986) hin, wonach 11 von 20 türkischen PsychiatriepatientInnen in der BRD im Vorfeld von einem Hodscha (s.u.) behandelt wurden. Vor allem sehr belastete und psychiatrisch erkrankte PatientInnen nehmen nach dieser Untersuchung auch in der BRD die Hilfe der Volksmedizin in Anspruch (vgl. LEYER 1991, S. 81). In der Türkei scheint es sich ähnlich zu verhalten, auch hier sind selbst bei Mittel- und Oberschichtsangehörigen rituelle / traditionelle Behandlungen, besonders bei psychischen Symptomen, verbreitet (vgl. WEISS 1994, S. 68).

Im türkischen Gesellschaftssystem nimmt der Hodscha die Rolle einer traditionellen, religiösen und heilkundigen Autorität ein, zumeist ist er gleichzeitig Koranlehrer¹³. Bei auftretenden Beschwerden wird er von den Bedürftigen um Rat und Hilfe gebeten. Er setzt sein Wissen über Kräuterkunde, Hausmittel, Verhaltensregeln, Glauben und Aberglauben mit Hilfe von symbolischen Ritualen z.B. Lesen aus dem Koran, Tee mit einem Gebet oder Gegenständen – z.B. speziellen Amuletten („muska“) oder Papieren mit aufgeschriebenen Suren des Koran – ein. Er stellt im Rahmen einer nicht-einordbaren und deswegen bedrohlich erscheinenden psychischen Erkrankung eine richtungsweisende, fürsorgliche Autorität dar, die den Kontakt zur ethnischen Gemeinschaft wiederherstellen und verstärken soll (vgl. LEYER 1991, S. 81f.; OSTERMANN 1990, S. 79).

aire“, siehe LEYER 1991, S. 84, NADIG 1992, S. 52. NADIG beschreibt in ähnlicher Weise wie ERDHEIM: „mal aire hat mit Aggressionen zu tun, die, wenn sie mit übersinnlichen Kräften verknüpft werden, ihre soziale Herkunft, die Träger der Aggression, unsichtbar werden lassen. Das Konzept des Mal Aire erlaubt es, soziale Spannungen überindividuell in einer kulturspezifischen Art und Weise benennen zu lassen“ (NADIG 1992, S. 52).

13 Wie es sich in der Türkei mit Heilerinnen verhält, welchen Stellenwert sie in dem volksmedizinischen Gesundheitssystem, z.B. als Hebammen oder weise Frauen, einnehmen und inwiefern ihnen zugesprochen wird, bleibt in diesem Rahmen unberücksichtigt.

Derjenige, dem angeblich durch magische Kräfte Krankheit zugefügt wurde, bekommt von der Gemeinschaft viel Zuwendung und Hilfe. Dies basiert auf der allgemeinen Auffassung, dass eine durch psychische Einwirkung verursachte Krankheit im Umkehrschluss nur durch psychische Einwirkung geheilt werden kann (vgl. OSTERMANN 1990, S. 79). Im Fall einer scheinbaren Unheilbarkeit kann es andererseits passieren, dass das Familiensystem Schamgefühle für den psychisch Kranken gegenüber der Außenwelt entwickelt. Dies kann u.a. aus dem Gedanken entspringen, als Gemeinschaftssystem und Teil des Ganzen versagt zu haben. Der Kranke wird mit seinen (Behandlungs-) Bedürfnissen nicht ernst genommen und als Person entmündigt. Es kann einerseits vorkommen, dass er als lebender Beweis der Schande vor der Gemeinschaft verborgen und aus der Gesellschaft isoliert, schlimmstenfalls ausgestoßen wird. Andererseits kann es passieren, dass man ihm seinem Zustand und seinen Leistungsfähigkeiten angemessene Rollen zuspricht, und sei es die des „Dorftrottels“ (vgl. OSTERMANN 1990, S. 84, vgl. AYCHA 1993, S. 66)¹⁴.

In Abhängigkeit zum Bestreben, die traditionelle Gemeinschaft zu erhalten, und zugunsten soziokulturell bedingter Konfliktverarbeitungsweisen fehlen psychologische Krankheitskonzepte in traditionellen Behandlungsverfahren weitgehend vollständig. Sie passen aufgrund ihrer individuumzentrierten Ansätze zunächst scheinbar nicht in das Konzept der traditionellen Behandlungsverfahren. Beide Verfahren haben sich u.a. aufgrund unterschiedlicher soziokultureller und ökonomischer Bedingungen isoliert voneinander entwickelt (vgl. LEYER 1991, S. 86). Dies ist auch auf sprachlicher Ebene sichtbar, denn es fehlen z.T. adäquate Ausdrücke, welche die Umsetzung kognitiver Wahrnehmungen in sprachliche Begriffe und in einen psychotherapeutisch bearbeitbaren Kontext nach westlichem Maßstab setzen können (vgl. OSTERMANN 1990, S. 81).

14 In Italien ging bis Ende der 80er Jahre eine umfassende psychiatrische Reform vorstatten. Durch diese Reform entstand, wie nirgendwo sonst in Europa, eine tiefgreifende Wandlung der psychosozialen Versorgung, da sie das Prinzip der geschlossenen Anstalt aufhob und psychiatrische Behandlung an den Entstehungsort der Krankheit, in die gesellschaftliche Mitte zurückgeholt hat, siehe RIQUELME 1988.

Hieran zeigt sich eine unterschiedliche, durch Sprache abgebildete Wirklichkeitskonstruktion des kulturspezifischen Krankheits- / Gesundheitssystems. Die Differenz zweier verschiedener Kulturen zeigt sich anhand fehlender Begriffe, die im Dialog überbrückt werden müssen. Im Gegensatz zu diesen Differenzen zeigen sich Ähnlichkeiten in Lebensarten und Wirklichkeiten zweier Kulturkreise auf der Metaebene von Redewendungen, Sprichwörtern und Aphorismen. Sie könnten als Brücke zur Verständigung genutzt werden (vgl. AKGÜN 1992, S. 56f.). WATZLAWICK (1982) beschreibt die Metaebene dieser Sprache mit allem, was jenseits von Objektivität, Wissenschaft, Deutung und Erklärung besteht. An anderer Stelle unterscheidet er zwischen „digitaler Kommunikation“, die festgelegte Bedeutung bestimmter Wörter infolge logischer, analytischer Prozesse, die sich im Rahmen der Hemisphärentheorie im Bereich der linken Hirnhemisphäre (Sprache, Lesen, Schreiben, Rechnen) entwickelt, und „analoger Kommunikation“, die dem Bereich der rechten Hirnhemisphäre mit der Fähigkeit zur Wahrnehmung und Erfassung von Ganzheiten durch Bilder, bildhafte Zeichen, Symbole u.a. mit allgemeiner, kulturübergreifender Gültigkeit zugeordnet ist (vgl. WATZLAWICK u.a. 1990, S. 61ff.; WATZLAWICK 1982, S. 22ff.). Die analoge Kommunikation entsteht durch die Metaebene von digitaler Sprache.

„Man könnte sie Sprache des Bildes, der Metapher, des *pars pro toto*, vielleicht des Symbols, jedenfalls aber der Ganzheit (und nicht in der analytischen Zerlegung) nennen“ (WATZLAWICK 1982, S. 17).

Mit der fehlenden Sprache aufgrund einer unterschiedlichen Konzeption von Krankheit innerhalb eines eher traditionellen kulturellen Systems und entsprechend anderen Konstruktionen von Wirklichkeiten geht bei traumatisierten Menschen parallel laufend das Phänomen der fehlenden Sprache aufgrund der traumatischen Erfahrung einher. Angst, Dissoziation, Amnesien, bewusste und unbewusste Verdrängungsvorgänge blockieren sprachliche Ausdrucksmöglichkeiten.

Diese Prozesse sind nach Modellvorstellungen auch auf neurophysiologischer Ebene erkennbar. Nach HERMAN vermutet VAN DER KOLK (1988), dass durch die Traumaerfahrung die linguistische Kodierung im Gedächtnis außer Funktion gesetzt werde und das Zentralnervensystem auf sensorische und bildhafte Formen des Gedächtnisses

zurückgreife, wie sie in den ersten Lebensjahren dominieren (HERMAN 1993, S. 61).

Man könnte aufgrund beider Aspekte davon ausgehen, dass das Trauma – als ein hochgradig gewaltsames Erlebnis – zum Selbstschutz und zum Schutz der Gemeinschaft (Sinnstrukturen) bzw. übergeordneten politischen Aktivitäten einer höheren Gewalt bzw. irrationalen Prinzipien / Ideologien zugeordnet werden kann. Dieser Vorgang wäre eine Art Dissoziation. Ein solches Phänomen könnte sich beim Klienten im Bereich des magischen Denkens, der Religiosität (Schicksal / Karma, was zu erdulden ist) und der politischen Tätigkeit (Märtyrertum, Opferbereitschaft für die Befreiung) mit seinen Vor- und Nachteilen, in jedem Fall aber als Standort bzw. Wahrnehmungsperspektive ausdrücken.

Zusammengefasst liegt die positive Seite der Volksmedizin in der Überlieferung und der Kenntnis von alten, natürlichen, heilenden und kostensparenden Mitteln. Zudem wird die Eigenverantwortlichkeit des Patienten gefördert, das Vertrauen in sich selbst und in den Umgang mit seiner Erkrankung gestärkt und drittens der kommunikative, ganzheitliche Kontakt und Austausch zwischen Patient und Heiler als wichtiges therapeutisches Moment praktiziert (vgl. OSTERMANN 1990, S. 84f.). Die Erkrankung, ihre Ursachen und ihre Behandlung werden in einen verständlichen Sinnzusammenhang gestellt, sei es auf politischer, religiöser oder magischer Ebene. Mit dieser Perspektive kann sie gesehen, ertragen, bearbeitet und verstanden werden. Dadurch, dass das Einwirken äußerer Faktoren in diesem Krankheitskonzept hervorgehoben wird, bietet es Menschen, die durch Folter oder andere äußere Gewalteinwirkung traumatisiert sind, möglicherweise einen gewissen Schutzraum. Der Aspekt der Verständlichkeit fehlt in abstrakten, wissenschaftlichen schulmedizinischen Modellen. In psychotherapeutischen Behandlungskonzepten sollte er jedoch bis zu einem gewissen Grad realisierbar und ausbaubar sein.

An volksmedizinischer Behandlung ist zu kritisieren, dass der magische Glaube immer abhängig von der Konstellation einer bestimmten Gruppe und nie als ein objektivierbares gesamtgesellschaftliches Phänomen besteht. Bereits oben erwähnte Zugangsbarrieren von unterprivilegierten Gruppen zum schulmedizinischen System lassen möglicherweise die Volksmedizin erstarken und verhindern einen

konstruktiven Austausch. Traditionelle Heilverfahren sind autoritär ausgerichtet und bedienen sich suggestiver Mittel¹⁵. Sie unterstützen bestimmte Rollenverteilungen zum Erhalt der Gemeinschaft eher konservierend und tragen zur Hierarchisierung bei, z.B. zur Unterordnung der Frauen in der dörflichen Struktur und zur Abhängigkeit von direkter Autorität jeglicher Art (vgl. OSTERMANN 1990, S. 85).

3.2.3.1 Zielsetzung von Psychotherapie mit traumatisierten Flüchtlingen

Auch mit bester therapeutischer Begleitung wird es nie möglich sein, die traumatische Erfahrung ungeschehen zu machen oder sie so zu bearbeiten, dass sie vergessen werden kann. Psychotherapie mit traumatisierten Flüchtlingen beinhaltet eine spezifische Zielsetzung, die weit über die o.g. allgemeine Zielsetzung von Psychotherapie hinausreicht. Das Ziel von Therapie mit traumatisierten Menschen umfasst eine durch Lernprozesse und Training bewirkte Erleichterung bzw. Ermöglichung des inneren Umgangs mit dem Trauma, eine Stabilisierung und eine Symptomreduktion. Die traumatische Erfahrung sollte am Ende der Therapie ohne dissoziative Vorgänge erinnert werden können (vgl. BESSER 1997, S. 6, vgl. HAAS 1997, S. 127, vgl. REDDEMANN und SACHSSE 1997, S. 119).

BECKER betrachtet die therapeutische Behandlung von (extrem-) traumatisierten Menschen als ersten Schritt der Resozialisierung des erlittenen Leids. Als Zielsetzung geht es ihm um die Übersetzung von scheinbar privatem in öffentliches Leid durch eine therapeutische Haltung, die weder Außen noch Innen verleugnet, sowie um den Rückgewinn von Phantasie und Realität und die Trauer um Verlorenes zur Wiederherstellung der externen Handlungsfähigkeit des Klienten (vgl. BECKER 1991, S. 332).

15 In seinem Essay über selbsterfüllende Prophezeiungen geht WATZLAWICK (1981) an einer Stelle auf den negativen Aspekt gedanklicher Konstruktionen, z.B. von Vorurteilen; Wunschdenken und Aberglauben ein. Er befürchtet durch den Glauben an Suggestion die Abgabe der Verantwortung für die Wirklichkeit, die Gedanken und Hoffnungen erschafft, siehe WATZLAWICK 1981, S. 98. Das eigene Schicksal einer höheren Macht zuzuschreiben stellt jedoch zeitweise einen (überlebens-) wichtigen Sinnzusammenhang her und ist damit auch eine Ressource des Überlebenden.

BUTOLLO legt seiner Idee einer Zielsetzung eine psychologische Metatheorie durch das Modell der Selbstprozesse (Selbstpsychologie) zugrunde¹⁶. Auf dieser Grundlage formuliert er als übergeordnetes Ziel von Therapie mit Traumaerfahrenen zum einen, dass eine Integration des Traumas soweit möglich wird, bis es zugleich das bisherige Selbst transzendiert. Daraus folgt zum anderen als weiteres Ziel, dass die Antwortbereitschaft und das Antwortrepertoire des einzelnen wiederhergestellt werden, d.h. dass pathologische kognitiv-emotionale Prozesse, die den Kontakt des Individuums mit seiner Welt und den Dialog mit ihr bestimmen, regulieren und fördern (dies entspricht dem, was BECKER als externe Handlungsfähigkeit bezeichnet). Dem theoretischen Modell entsprechend sei es für den Therapieprozess von entscheidender Bedeutung, dass es in der Arbeit weder zu einer Abspaltung bzw. Verleugnung noch zu einer Überbetonung des Traumas komme (vgl. BUTOLLO 1997, S. 29). Eine angemessene Therapie bedarf dementsprechend der Schwerpunkte der begegnungsorientierten therapeutischen Haltung, des ressourcenorientierten Arbeitens, des selbstwert- und des kompetenzstärkenden Benennens von Handlungen und Entscheidungen und der auf Selbstintegration hinzielenden Begleitung (vgl. BUTOLLO 1997, S. 40).

Untergeordnete Therapieziele fasst HAAS anhand der Literatur in folgenden Punkten zusammen:

- „Abreaktion unterdrückter Gefühle,
- Reduktion von Symptomen,
- Abbau irrationaler Einstellungen bezüglich der eigenen Schuld,
- Befreiung aus der Rolle des hilflosen Opfers,
- Trauer um Verluste,
- Auffüllung von Lerndefiziten,
- Aufzeigen alternativer Verhaltensmuster,
- Förderung von Handlungsfähigkeit,
- Förderung von Kontaktfähigkeit,

16 Das Modell der Selbstprozesse, bzw. „das Selbst“ als Konzept, ist nach BUTOLLO in verschiedenen psychologischen Theorien und therapeutischen Heuristiken enthalten, was potentiell die Integration verschiedener Therapieschulen auf einer metatheoretischen Ebene ermögliche. BUTOLLOS Grundzüge der Selbsttheorie der Traumatisierung können nicht näher aufgeführt werden, da dies den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde. Sie sind an den genannten Stellen der angegebenen Literatur nachzulesen, siehe Butollo 1997, S. 26ff.; S. 64ff..

- Hilfe zur Selbsthilfe,
- Integration der Vergangenheit,
- Zukunftsorientierung“ (HAAS 1997, S. 128).

3.2.3.2 Die therapeutische Beziehung

Die Etablierung einer tragenden, sicherheitsvermittelnden und vertrauensvollen Beziehung ist für den Verlauf und Erfolg des hochkomplexen und herausfordernden therapeutischen Prozesses im Rahmen von Therapie mit traumatisierten Menschen von zentraler Bedeutung. Sie ist, wie in keinem anderen Therapiefeld sonst, mit Schwierigkeiten verbunden (vgl. WEISS 1994, S. 80; MAERCKER 1997b, S. 52, HERMAN 1993, S. 185ff.; KOOP 1999, S. 4ff.).

Im Rahmen einer interkulturellen therapeutischen Beziehung teilen die teilnehmenden Personen in der Regel weder ihren ursprünglichen kulturellen noch ihren gesellschaftlichen Kontext. Die TherapeutInnen gehören der etablierten Mittelschicht an, haben Migrations- oder Fluchterfahrung weitgehend bearbeitet und sind gesellschaftlich akzeptiert bzw. integriert. Flüchtlinge sind aus ihrer gesellschaftlichen Position herausgerissen, gehören im Exil den unteren Schichten an und sind in ihrer Vertrauens- / Beziehungsfähigkeit stark durch die traumatische Erfahrung beeinflusst, was sich auch innerhalb der therapeutischen Beziehung abzeichnen kann (vgl. HERMAN 1993, S. 187). Ihre Lebenssituation ist stark von den gesellschaftlichen, politischen und rechtlichen Rahmenbedingungen abhängig. Die sprachliche Verständigung findet über einen Dolmetscher statt, wenn kein muttersprachlicher Therapeut vorhanden ist. Der Kommunikationsprozess verändert sich von einer therapeutischen Dyade zu einer therapeutischen Triade.

Wie im letzten Abschnitt angedeutet, ist es wichtig, dass der Therapeut dem Klienten gegenüber eine klare Position einnimmt. Er sollte klar die Intention vermitteln, dass er das Leiden verstehen will, es als Begleiter / Trainer angehen kann und für den Klienten als empathisches, aber starkes Gegenüber auftritt. Es sind fachliche und intellektuelle Fähigkeiten des Therapeuten, aber insbesondere die Kompetenz der aktiven Kommunikation, die soziales, kulturelles Verstehen und Identifikation vermittelt, gefordert. Dem Therapeuten kommt hier

eine wichtige Stützfunktion für die Richtigkeit und Verständlichkeit der Reaktionen und Gefühle des Klienten zu, damit dieser sich aus seinen Ohnmachts-, Schuld- / Schamgefühlen und Isolationstendenzen heraus bewegen kann. Aus diesem Grunde ist es von Bedeutung, dass er die politische Haltung des Klienten zwar nicht einnehmen, aber ihre Existenz stützen sollte (vgl. WEISS 1994, S. 81).

Das Besondere an der therapeutischen Beziehung ist die Balance von Nähe und Distanz zwischen Helfer und Klient. Zum einen ist die Persönlichkeit des Klienten durch die therapeutische Beziehung zu festigen und zu stärken, indem sie seine Entscheidungsfähigkeit und Eigenverantwortlichkeit fördert und wiederherstellt. Es kann ihm Rat, Hilfe, Sympathie und Solidarität angeboten, aber es kann ihm nicht der (schmerzhafte) Heilungsprozess abgenommen werden. Zum anderen muss sich der Therapeut als Verbündeter des Klienten zeigen, um sein Vertrauen und seine Offenheit zu gewinnen und ihm Sicherheit zu vermitteln (vgl. HERMAN 1993, S. 183).

In der therapeutischen Beziehung nimmt der Therapeut einen höheren Status ein und befindet sich in einer höheren Machtposition als der Klient. Es kann passieren, dass der Klient sich vor dieser Macht, seiner Abhängigkeit scheut und blockiert oder dass er sich, durch vertrauensstiftende Interventionen, ihr hingibt und möglicherweise die erlernte Abhängigkeit zum Täter bzw. seine Opferrolle auf die therapeutische Situation überträgt, was entsprechende Gegenübertragungsreaktionen auslösen kann. Die pathologische Dynamik von Beherrschung und Unterwerfung kann sich hier wiederholen. Der Therapeut kann auch durch vermeidendes / abwertendes Verhalten, durch Distanzierung oder den Unwillen, die Traumageschichte aufzunehmen, sie zu glauben und zu verarbeiten, oder durch überidentifizierendes Verhalten, Hilflosigkeits- / Schuldgefühle oder aus dem Bedürfnis zu retten in seiner Arbeit negativ gelenkt werden (vgl. HERMAN 1993, S. 187ff.; vgl. MAERCKER 1997b, S. 59ff.).

Der Klient ist anfällig für Machtmissbrauch. Dadurch kommt dem Therapeuten für die therapeutische Beziehung ein hohes Maß an Verantwortung zu, die ihm verliehene Macht für den Heilungsprozess zu nutzen, zum anderen einem Missbrauch unbedingt zu widerstehen und starke, überschießende und schwer kontrollierbare Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen im Griff zu behalten (vgl.

HERMAN 1993, S. 185). HERMAN spricht sich für die Methode aus, das Arbeitsbündnis zwischen Therapeut und Klient durch einen Therapievertrag abzusichern. In ihm legen beide Parteien die Eigenverantwortlichkeit, das Einhalten vereinbarter Termine und sich ergänzende Verpflichtungen fest und legitimieren so beidseitige Bedürfnisse. Durch klare Grenzen entsteht für das Arbeitsbündnis ein sicheres Terrain, das für eine kontinuierliche und erfolgreiche Therapiearbeit und für die Stärkung der Persönlichkeit des Klienten unerlässlich ist (vgl. HERMAN 1993, S. 203ff.).

3.2.3.3 Psychotherapeutische Methoden

Entsprechend den Phasen der psychologischen Reaktion auf Traumatisierung, die bereits nach BUTOLLO in Punkt 2.2.1.1 *Posttraumatische Belastungsstörungen* in das Stadium des akuten Schocks, der Verleugnung, des emotionalen Ausdrucks und der relativen Anpassung unterteilt genannt wurden, teilt sich auch das therapeutische Vorgehen in Phasen auf (vgl. BUTOLLO 1997, S. 43ff.)¹⁷.

Je nach Modellvorstellung sind sie in der Literatur unterschiedlich ausdifferenziert, aber vom Prinzip her gleich aufgebaut mit dem Ziel, dem traumaspezifischen Behandlungsbedürfnis des Klienten entgegenzukommen und einen entsprechenden, phasenspezifischen Heilungsprozess zu ermöglichen. In jeder Phase sind bestimmte psychologische Interventionsformen (kontra-) indiziert. Definitiv kontraindiziert sind grundsätzlich eine Bearbeitung des Traumas ohne Vorbereitung von Kontroll-, Stabilisierungs- und Integrationskompetenzen des Klienten sowie die Arbeit von TherapeutInnen ohne gründliche traumatherapeutische Weiterbildungs Kompetenzen. Ein Verstoß gegen diese Grundsätze ist nach HERMAN therapeutisch verantwortungslos und potentiell gefährlich (vgl. BUTOLLO 1997, S. 43ff.; HERMAN 1993, S. 215, S. 260; SCHOULER-OCAK 1999, S. 236).

GURRIS & WENK-ANSOHN betonen ebenfalls, dass bestimmte aufdeckende Methoden im Rahmen von Traumatherapie bzw. der Transfor-

17 In den meisten Fällen der PSZ ist das Stadium des akuten Schocks schon vorüber. Die Erstversorgung hat jedoch eine relativ hohe präventive Wirkung, denn es können destruktive Entwicklungen von ausgebildeten Symptomen früh erkannt und angemessen behandelt werden, siehe BUTOLLO 1997, S. 36ff..

mation der traumatischen Erinnerungen als psychologisch induzierte Retraumatisierungen oder sogar als wiederholte Folter kritisiert werden. Andererseits bewirkt eine zögernde, zurückhaltende und erschrockene zudeckende Haltung des Therapeuten die Stabilisierung der Folterfolgen einschließlich der Viktimisierung, zudem verstärkt sie Gefühle des Verlassenseins, der Bindungslosigkeit und des Misstrauens der Betroffenen (GURRIS & WENK-ANSOHN 1997, S. 305).

Ein phasenadäquates therapeutisches Vorgehen ist mit der Anwendung bestimmter therapeutischer Werkzeuge gekoppelt. Nach HERMAN bedeutet dies, in der ersten Phase (in der ersten und zweiten Phase nach BUTOLLO (1997), Sicherheit wiederherzustellen (Stabilisierung), in der zweiten Phase, die traumatische Erfahrung zu erinnern und zu trauern (Traumaexposition), und in der dritten Phase, an der Gegenwart, an Beziehungen und an Glaubenssysteme durch ein wiederhergestelltes bzw. transformiertes Selbst wiederanzuknüpfen (Integration und Neuorientierung) (vgl. HERMAN 1993, S. 216).

BUTOLLO (1997) formuliert phasenspezifische, pragmatische Vorgehensweisen, die ursprünglich für die interdisziplinäre Zusammenarbeit von sozialen, medizinischen und psychologischen HelferInnen und für das Training von TraumaberaterInnen und -therapeutInnen in den Flüchtlingslagern und Kliniken in den Krankenhäusern vor Ort in Bosnien konzipiert wurden (vgl. BUTOLLO 1997, S. 43). Die aufgelisteten methodischen Empfehlungen sind aber auch für die interdisziplinäre und professionelle psychosoziale Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen in den Behandlungszentren und Institutionen der Regelversorgung im Exilland von Bedeutung.

In der *Phase des akuten Schocks* findet eine extreme Regression auf fundamentale Körperfunktionen statt. Die Person benötigt aus diesem Grunde Stabilität; einen warmherzigen, nicht fordernden Kontakt; Information und Aufklärung darüber was passiert ist und was passieren wird; gute medizinische und ernährungsbewusste Versorgung; freundliche Gespräche zum Alltags- und konkretem gegenwärtigem Umweltgeschehen (Wetter, Jahreszeiten etc.) mit Funktion und Einbindung der Person in dieses Geschehen; Unterstützung des Selbst des Betroffenen durch Handlungen und Sprache, Betonung von Zielverhalten und unbedingte Vermeidung von Stigmatisierung in die Opferrolle; Vermittlung von Sicherheit und Normalität in einer bizarren

Situation; Abstand von (Über-)Forderungen im Routineverhalten und unbedingt Abstand von Drängen, über das Trauma zu berichten, es sei denn der / die Betroffene spricht von selbst (vgl. BUTOLLO 1997, S. 46f.).

In der *Phase der Verleugnung* wünscht der Betroffene, sein Selbst gegen alle traumatischen Erinnerungen zu schützen und zu verteidigen. Gefühle werden verdrängt, da sie Angst vor Kontrollverlust auslösen. Die Begleitung sollte dieses System unbedingt respektieren und den Klienten in seiner eigenen Art und Weise des Abgrenzens, auch auf Kosten einer zeitweilig sich verschlechternden Realitätskontrolle, unterstützen. Es ist zweitens wichtig, Rückversicherung über die positive Bedeutung des Überlebens zu geben, dass andere Zeiten kommen und dass immer Bereitschaft zum Zuhören da ist, wenn der Betroffenen sich stark genug fühlt und Zeichen dafür gibt. Drittens sollten die Grenzen bestätigt werden, indem Rückmeldungen über eigene Vorgehens- und Wahrnehmungsweisen gegeben werden, damit der Betroffene zwischen eigener und fremder Wahrnehmung zu unterscheiden und eigene Wahrnehmung zu differenzieren weiß. Viertens sollte Bewertung stattfinden: positive Bewertung und positive Konzepte zur Einordnung der gegenwärtigen Situation, Unterstützung und Verstärkung von Aktivitäten und Plänen sowie Wiedererweckung eigener Wünsche, Bedürfnisse als Grundlage der Handlungsfähigkeit als autonome Persönlichkeit. Fünftens sollte für eine schützende Umgebung gesorgt werden: Zulassen von vorübergehenden regressiven Reaktionen, Gewährung eines Unterstützersystems, das Sicherheit verschafft, normaler Umgang mit Symptomentwicklung als Brücke zur Wortsprache, Unterstützung in der schrittweisen Übersetzung der Symptome in Wortsprache und Übersetzung von Gefühlsanzeichen, z.B. des Ausdruck von Ärgers gegenüber anderen, in der Wiederherstellung von Ich-Stärke der Trauma-Überlebenden (vgl. BUTOLLO 1997, S. 47ff.).

Die *Phase des emotionalen Ausdrucks* ist durch sich herausbildende, gegenwartsbezogene Gefühle beeinflusst. Sie beginnen häufig mit Depressionen, entwickeln sich dann zu Ärger gegenüber sich selbst und gegenwartsbezogenem Ärger sowie Aggressionen gegenüber anderen. Die HelferInnen benötigen in der Begleitung dieser Phase mehr psychologische Fähigkeiten als in den anderen. Die Emotionen

sollten erstens dem Klienten gegenüber benannt und akzeptiert und von ihm selbst zum Ausdruck gebracht werden können. Die Arbeit mit den Gefühlen sollte zweitens beinhalten, dass sie an die richtige Adresse gerichtet werden, d.h. es muss der Frage nachgegangen werden, wer wann und wodurch die erlebten Gefühle verursachte und in welchem Zustand sich derjenige selbst zu diesem Zeitpunkt befand. Es sollten drittens gedankliche Verknüpfungen zwischen den Gefühlen, den Gedanken über die Gefühle und den daraus folgenden Aktionen hergestellt werden, damit der Klient Kontrolle herstellen und Sicherheit erleben kann, indem er zwischen vergangenem Reiz-Reaktionsmuster und gegenwärtig aufbaubarem Kontrollvermögen zu unterscheiden weiß. Viertens sollte Raum zum Gefühlsausdruck geschaffen werden, der als eigenes Setting extra verabredet wird, was zur Förderung der Orientierung und der Fähigkeit zur Differenzierung zwischen sicherem und unsicherem Milieu beiträgt. Fünftens sollte ein möglicherweise missbrauchender und manipulativer Einsatz der Emotionen gegenüber anderen durch klinische Symptome und Gefühle thematisiert und bearbeitet werden. Hier ist die Funktion dieses Verhaltens aufzudecken und die Möglichkeit des direkten Ausdrucks von Bedürfnissen, Wünschen und Emotionen zu trainieren. Dieses Training baut die Selbstsicherheit und die Kompetenz des Klienten auf (vgl. BUTOLLO 1997, S. 50f.).

Die *Phase der relativen Anpassung und der Trauerarbeit* unterscheidet sich durch ihre heilenden Qualitäten von den vorherigen. Starke emotionale Attacken, emotionale Ausbrüche und das emotionale Ausagieren vermindern sich. Es wird über die gegenwartsbezogenen Emotionen und Konflikte hinaus über die vergangene traumatische Erfahrung gesprochen.

Es sind nun einfühlsame ZuhörerInnen gefordert, die Rückmeldung geben und zur Arbeit an der Erinnerung motivieren. Die Gespräche sollten inhaltlich auch auf die Zeit vor der Traumatisierung, auf helle und freudvolle Erinnerungen und ein intaktes Leben gelenkt werden. Der Zweck liegt zum einen darin, der reduzierten Selbstwahrnehmung als „Traumatisierter“ entgegenzuwirken, und zum anderen in der Hilfe für die bewusste Erfahrung des Verlustes und des Schmerzes und dem damit verbundenen Ausdruck der Trauer (vgl. BUTOLLO 1997, S. 52f.). Auch hier sollte wiederholt Rückmeldung darüber gegeben

werden, dass die intensiv erlebten Gefühle der Trauer zu einer normalen und gesunden Reaktion gehören. HERMAN beschreibt die Phase der Trauerarbeit als erschreckend zeitlos, der Klient hat das Gefühl, einem endlos scheinenden Meer von Tränen überlassen zu sein. Dieses Bild bringt zum Ausdruck, dass der Trauerprozess weder beschleunigbar noch umgebar ist und meist länger dauert, als dem Betroffenen lieb ist (vgl. HERMAN 1993, S. 277). Die Trauer des Klienten und ihr Ausdruck sollten in diesem Stadium unterstützt, gefördert und ihm als wesentlicher Heilvorgang vermittelt werden. Es sollte ihm das Gefühl vermittelt werden, dass er ihr nicht ausgeliefert ist, sondern die Option hat, in sie hinein- und ebenso wieder hinauszugehen. Durch eine gründlich durchgeführte Trauerarbeit findet ein Übergang von dem Stadium der eher blockierenden Depression zu dem Stadium des Loslassens, des Verabschiedens und Abschlüssens statt. Es ist der Ausdruck von Wertschätzung gefordert. Der Klient sollte in seiner Wahrnehmung und Würdigung dessen unterstützt werden, was ihm nach einer harten, erfolgreichen Therapieepisode wertvoll erscheint. Es sollte das Bewusstsein auf Möglichkeiten der Erleichterung, der positiven Selbstbewertung und der Hoffnung gerichtet werden, z.B. Freizeitverhalten, Familienverhalten und Engagement in Exilgruppen (vgl. BUTOLLO 1997, S. 279). HERMAN, die diese Phase als *Phase der Wiederanknüpfung* betitelt, beschreibt die Bedeutung, als „Opfer“ eine Aufgabe zu finden, folgendermaßen:

„Die meisten Opfer versuchen ihre traumatischen Erfahrungen innerhalb der Grenzen ihres Privatlebens zu bewältigen. Eine gar nicht so kleine Minderheit unter ihnen empfindet das überstandene Trauma schließlich als eine Herausforderung, gesellschaftlich aktiv zu werden. Diese Betroffenen sind sich der politischen oder religiösen Dimension ihres leidvollen Schicksals bewußt geworden und entdecken, daß sie ihrer persönlichen Tragödie eine ganz neue Bedeutung verleihen können, wenn sie gesellschaftliches Engagement daraus ableiten“ (HERMAN 1993, S. 296).

Als Ziele der psychologischen Intervention zählt BUTOLLO folgende Punkte

- a) zur Verbesserung der Selbstwahrnehmung:
 - Entwicklung oder Wiederherstellung von Vertrauen,

- Identifikation und Entschärfung destruktiver, selbstbezogener Denkweisen,
 - Verstehen der physischen und psychischen Vorgänge,
 - Betrachtung von Modell-Lehrern,
 - Arbeit an der Integration des Traumas;
- b) zur Emotionsverarbeitung:
- voller Ausdruck von Gefühlen,
 - Entwicklung eines Gefühls für das eigene Sein;
- c) zu Handlungs- und Kontaktkompetenzen:
- Teilnahme an spezifischen Trainingsmaßnahmen,
 - Erleben guter Erfahrungen,
 - Herstellung von Kontakt,
 - Verbesserung der sozialen Interaktion,
 - Fähigkeit zur Suche und Erhalt von Unterstützung,
 - Erlernen neuer Fertigkeiten auf (vgl. BUTOLLO 1997, S. 54ff.)¹⁸.

In der interkulturellen psychotherapeutischen Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen sollte zur wirksamen und effektiven Begleitung des Klienten des weiteren unbedingt sein individueller Standort erfasst werden, der sich aus seiner traumaspezifischen, kulturspezifischen und asylrechtlichen Situation zusammensetzt. Es geht darum zu erfassen, wie und von welcher Seite ein Zugang zu den Bewusstseins- und Konfliktbereichen des Betroffenen zum Zweck seiner Veränderung erreichbar wird (vgl. AYCHA 1993, S. 72, MEHARI 1993, S. 129).

Die Bedeutung der kulturellen und sprachlichen Aspekte und das bestehende Krankheitsverständnis mit seinen Erklärungsmodellen sollten, wie bereits im *Exkurs* festgestellt, im Rahmen der Behandlung einen zentralen Stellenwert einnehmen (vgl. AYCHA 1993, S. 64f.). Es sollte auch in der therapeutischen Interaktion eine gemeinsame Sprache gefunden werden.

18 Die aufgezählten Interventionsziele sind im weiteren Sinne dem bereits von GRAWE entwickelten heuristischen Verständnis von Psychotherapie zuordbar. (vgl. GRAWE 1988, AMBÜHL & GRAWE 1989, S. 1). Die Heuristiken nach GRAWE werden in Punkt 4.1.2 *Das Analyseinstrumentarium* näher erläutert.

Für die Behandlung von traumatisierten Flüchtlingen in Deutschland, aber auch im Herkunftsland, werden zu diesem Zweck in der Literatur zweigleisige Behandlungsverfahren von SchulmedizinerInnen, PsychologInnen und traditionellen HeilerInnen vorgeschlagen (vgl. LEYER 1991, S. 88). Eine moderne Variante auf psychotherapeutischer Ebene ist die Einbeziehung von traditionellen Heilkonzepten in die therapeutische Vorgehensweise nach westlichem Maßstab und umgekehrt (vgl. HAAS 1997, S. 88, AYCHA 1993, S. 66). Im psychotherapeutischen Rahmen werden bevorzugt Methoden angewandt, die hinsichtlich einer kultur- und traumaspezifischen Sprachlosigkeit des Klienten als Zugang bzw. Umweg zur seiner sprachlichen Ausdrucksbefähigung gemeinsam entwickelbar und nutzbar sind (vgl. MEHARI 1998, S. 5f.). Für eine Kombination der volksmedizinischen / -psychologischen und der Methoden nach westlichem Denken spricht auch eine anzunehmende Bereicherung der westlichen Behandlungsart durch die vorteilhaften Prinzipien der traditionellen Methode und hinsichtlich des Behandlungsbedürfnisses der Klientel. Hier existiert zugunsten eines ganzheitlichen Menschenbildes keine technische Kategorisierung in körperliche Erkrankungen, psychische Störungen und spirituelle Probleme.

MEHARI problematisiert beispielsweise die fehlenden Begriffe im Bereich Psychologie / Psychotherapie in seiner eritreischen Muttersprache zunächst als Hemmnis für den therapeutischen Prozess. Er betrachtet jedoch sogleich das gemeinsame Herausfinden von Überbrückungsmöglichkeiten für seine eigene therapeutische Arbeit im Exilland als Herausforderung. Zum einen ist er selbst mit der Bedeutung von Gesundheit / Krankheit und Behandlungsverfahren in Eritrea sowohl aufgrund seiner Sozialisation in die eritreische Gesellschaft als auch aufgrund seines Psychologiestudiums und seiner therapeutischen Ausbildung in Deutschland vertraut. Zum anderen entwickeln er und seine Klientel, unter Berücksichtigung der verschiedenen kulturellen Bedeutung von Gesundheit, Krankheit und Sensibilität für das Anders-sein, gemeinsam eine trauma- und kulturexplorierende Sprache. Er wendet viele Möglichkeiten an, vorhandene Sprachbarrieren zu umgehen, z.B. durch Erzeugung von bildhaften Vorstellungen, Metaphern oder Körpersprache (MEHARI 1998, S. 3f.).

In Mosambik existiert als weiterer methodischer Ansatz seit 1994 ein von der nicht-staatlichen Organisation *Reconstruindo Esperanca* initiiertes Projekt zur Behandlung von kriegstraumatisierten Soldatenkindern. Es zielt über die Integration und Symbiose von psychotherapeutischen Methoden nach westlichem Maßstab und von Elementen und Ritualen der traditionellen Heilkunde auf das Erreichen der Gesamtbevölkerung, die Entwicklung von Anerkennung und Akzeptanz der westlichen TherapeutInnen als SpezialistInnen bei der Behandlung von psychischen Störungen und somit auf eine gezielte Behandlung der traumatischen Leiden und Nebenwirkungen (z.B. gesellschaftliche Tabuisierung und Isolation) der betroffenen Kinder (vgl. FRANKFURTER RUNDSCHAU, 24.12.1998, S. 22).

PELTZER zählt zu einer solchen situations- und problemadäquaten Vorgehensweise im Exilland die Deutung körperlicher Symptome im Zusammenhang mit Persönlichkeit und sozialem Umfeld des Klienten; die Berücksichtigung von Aspekten der Religion, bestehender Mythen, Sprichwörtern, Geschichten und Märchen; die Berücksichtigung des Geschlechts und bei Bedarf auch den Einbezug des sozialen Netzes (z.B. auch traditionelle Heiler) in den therapeutischen Prozess. (vgl. PELTZER 1993, S. 53ff). Solche Vorgehensweisen stellen, z.B. in Form ritualisierter Trauerarbeit, ethnospezifische Ressourcen dar, die den therapeutischen Prozess bereichern und fördern und die Interaktion zwischen Klient und Therapeut verändern (vgl. WEISS 1994, S. 91).

Auch der Einbezug der Familie sollte in therapeutischen Ansätzen stärker angestrebt werden, da die spezifische Interaktion (oder nicht mehr vorhandene Interaktion) im Hinblick auf das verlorene und neue soziokulturelle Wertesystem eine Schlüsselfunktion zu den psychosozialen Problemen der Flüchtlinge im Exil einnimmt. Zumeist ist es der Restbestand der Familie, der den restlichen vertrauten Lebensrahmen des Betroffenen ausmacht, in dem agiert, gelitten und gestritten wird, in dem kulturelle Konflikte inszeniert und traumatische Symptome kompensiert werden. Die Familie stellt die „Hauptbühne des individuellen Exils“ (WEISS 1994) dar (vgl. WEISS 1994, S. 86f.).

AYCHA zählt Schwierigkeiten und Belastungen auf, die im interkulturellen psychotherapeutischen Prozess im Hinblick auf den sozialisations- und situationsspezifischen Kontext auftreten können:

- „wir-bezogenes“ Selbstbild des Klienten,
- Erwartung von Hilfe bei Asylverfahrensangelegenheiten,
- Erwartung von Sofortmaßnahmen / Einnahme von Tabletten zur Beseitigung der Beschwerden,
- Erwartung einer therapeutischen Beziehung, die durch autoritäre / direktive Struktur existiert,
- Schwierigkeiten in der Sensibilisierung der Wahrnehmung des Klienten zur Differenzierung zwischen physischer und psychischer Prozesse (vgl. AYCHA 1993, S. 76f.).

Mit welcher Struktur den aufgezählten und möglichen anderen kulturspezifischen, traumaspezifischen und aufenthaltspezifischen Schwierigkeiten begegnet wird, ist im Einzelnen von den Handlungskompetenzen des Therapeuten sowie seinen Möglichkeiten zur Umsetzung und seinem Verständnis von therapeutischer Arbeit abhängig, was im folgenden vierten Kapitel genauer betrachtet wird.

3.2.4 Zusammenfassung

Der Hauptteil der professionellen und problemorientierten psychosozialen Versorgung von traumatisierten Flüchtlingen in der BRD wird seit Ende der 70er Jahre durch nacheinander eröffnete Zentren geleistet. Sie sind als spezialisierter Sonderdienst in die Nebenstruktur der Regelversorgung des sozialen Systems eingebaut, woraus sich der Vorteil ergibt, dass Bedürftige ein umfassendes und problemspezifisches multimodales und interdisziplinäres Behandlungsangebot unter dem Dach einer einzigen Institution vorfinden. Der Nachteil besteht in der instabilen Situation der Zentren durch finanziellen Druck, da sie nicht zum Pflichtleistungsbereich zählen. Zudem sind sie bundesweit nicht flächendeckend verteilt und in ihren Kapazitäten aufgrund von MitarbeiterInnenmangel und finanzieller Knappheit äußerst begrenzt und überfordert.

Trotz existierender Zugangsbarrieren auf institutioneller Ebene im Gesamtsystem und seitens der Behandlungsbedürftigen steigt die Frequentierung der Behandlungszentren tendenziell an, was vorhandene Kapazitäten strapaziert und das Niveau der Behandlungsqualität aufgrund der Rahmenbedingungen einschränkt:

- Termine können nur in einem sehr weiten Abstand (4-6 Wochen) vergeben werden;
- die Inhalte der Teamarbeit gehen über die eigentlich notwendige Fallarbeit / -supervision weit in organisatorische u.a. Bereiche hinaus;
- Vernetzungs- und Kooperationsbemühungen zum Ausgleich von Versorgungsdefiziten im Bereich der Regelversorgung können nur begrenzt geleistet werden (vgl. Interview mit dem Therapeuten 1999).

Die Arbeit mit DolmetscherInnen wirkt sich in besonderer Weise auf den therapeutischen Prozess aus und erfordert ein hohes Maß an beidseitiger Kooperationsfähigkeit, die in der Praxis durch Fortbildungsangebote und Supervisionsarbeit verbesserungsfähig wäre.

Da der Bereich der Ausbildung für die Handlungskompetenz des Therapeuten hinsichtlich der Bedürfnisse der Klientel lückenhaft erscheint, ist die Teilnahme an spezialisierten Fortbildungen, auch aufgrund der wissenschaftlichen Neuartigkeit über Behandlungsmethoden von Traumata, unerlässlich, jedoch zeitaufwendig. Das Berufsprofil der TherapeutInnen ist aufgrund der institutionellen Rahmenbedingungen und der inhaltlichen Arbeit nur ansatzweise mit der therapeutischen Arbeit im idealtypischen Sinne vergleichbar. Die therapeutische Arbeit an sich erscheint als unerforschtes und relativ unevaluiertes komplexes Problem- und Arbeitsfeld, welches flexible und variierbare Interventionsmaßnahmen erfordert, um an bestehende Problemkerne in angemessenem Tempo heranzukommen und bedürfnisorientiert vorzugehen, so dass jede Behandlung möglichst effizient durchgeführt werden kann.

Therapie mit traumatisierten Flüchtlingen an sich erfordert durch die spezielle aufenthaltsrechtliche, herkunftsspezifische und traumaspezifische Lebenssituation der Klientel im Vergleich zum idealtypischen Verlauf ein besonderes therapeutisches Vorgehen. Es sind besondere Hemmnisse und Schwierigkeiten an die genannten äußeren Faktoren der spezifischen Lebenssituation der Klientel gekoppelt, die der Therapeut zum Zweck der Herstellung und des Erhalts einer effizienten und verständigungsfähigen therapeutischen Interaktion berücksichtigen sollte. Der Therapeut nimmt in diesem Berufsfeld sowohl im

institutionellen wie auch im therapeutischen Rahmen eine besondere Ausgangsposition ein.

Der *Exkurs* unterstreicht, dass Krankheit und Heilung kulturspezifisch wahrgenommen und organisiert werden. Insbesondere in den traditionellen Gesellschaften wird Krankheit als ein von außen eindringender Faktor wahrgenommen, der durch schulmedizinische und volksmedizinische Subsysteme behandelbar ist und je nach ökonomischer, bildungsmäßiger und sozialer Situation im Herkunftsland behandelt wird. Eine Behandlung durch das volksmedizinische System erfolgt gemäß dem Prinzip des Erhalts der Gemeinschaft. Eine psychische Erkrankung erhält in der traditionell ausgerichteten Gesellschaft einen besonderen Stellenwert: Die Ursachen werden zum Erhalt der Stabilität der Gemeinschaft, des „Wir“, stärker mit magischen, irrationalen Ursachen in Verbindung gebracht; psychologische Krankheits- und entsprechende Heilungskonzepte werden diesem Prinzip untergeordnet bzw. fehlen nach westlichen Maßstäben.

Die Zielsetzung einer traumaorientierten Psychotherapie mit Flüchtlingen ist sehr spezifisch ausgerichtet: Es geht um die Wiederherstellung des Selbst, der Handlungskompetenz, Beziehungsfähigkeit und emotionalen Stabilisierung des Klienten sowie um eine traumabezogene Symptomreduktion, Erinnerungs- und Kontrollfähigkeit. Es sollte in der therapeutischen Arbeit verantwortungsvoll und ausgewogen mit der traumatischen Erfahrung umgegangen werden.

Die therapeutische Beziehung ist als Dreh- und Angelpunkt der therapeutischen Arbeit zu betrachten. Sie ist anspruchsvoll und zugleich konfliktgeladen und schwierig – z.B. geht es oft um einen notwendigen Balanceakt zwischen Nähe und Distanz, der durch professionelles, kompetentes Handeln, aber auch durch eine stützende Teamarbeit gesichert wird. Die therapeutische Methode sollte sich sowohl an den traumaspezifischen Phasen des Klienten mit seinen Ressourcen als auch an der übergeordneten Zielsetzung und der Anwendung der in ihr vorhandenen therapeutischen Heuristiken orientieren.

Besonders wichtig ist die Orientierung der therapeutischen Methode an den Bedürfnissen und Fähigkeiten des Klienten an seinem Standort, der sich durch seine asylrechtliche, trauma- und kulturspezifischen Situation zusammensetzt.

Die Fokussierung kultur- und traumaspezifischer Bedürfnisse hat zur Folge, dass sich für eine effektive und erfolgreiche Behandlung im Exil ein zweigleisiges Vorgehen empfiehlt. Damit kann einerseits nach westlichen und traditionellen Maßstäben das Kernproblem erfasst und bearbeitet werden und andererseits die zu diesem Zweck unerlässliche Brücke zum Klienten gebaut werden. Die Kombination mit traditionellen Ansätzen beinhaltet sinnvolle Aspekte, um einen Zugang zu der komplexen Problematik der Klientel zu finden. Ein ganzheitliches Menschenbild wird vertreten, und über diesen Weg besteht zudem die Möglichkeit, kultur- und traumaspezifische Wirklichkeits- und Sinnkonstruktionen für Klient und Therapeut überhaupt erfassbar und verständlich zu machen. Der Standort des Klienten wird somit festgestellt und berücksichtigt. Der Klient wird dort, wo er steht, wertgeschätzt und abgeholt, wodurch ihm vertrauensfördernde Sicherheit in seiner ansonsten unsicheren Lebenssituation vermittelt wird.

Es geht in der Therapie generell darum, sowohl kulturell als auch traumabedingte fehlende sprachliche Ausdrucksmöglichkeiten zu überwinden, den Klienten zu einem sprachlichen Ausdruck zu befähigen und eine verständnisorientierte, gemeinsame Sprache über das digitale Verstehen hinaus zu entwickeln. Der Zugang zur Sprache des Klienten wird möglicherweise durch die Zuhilfenahme der dem Klienten vertrauten Behandlungsform erleichtert.

Ein solches Vorgehen mag durch die Brille der idealtypisch-westlichen Maßstäbe zunächst verwirrend, konfliktgeladen, langwierig und umständlich erscheinen, aber es leitet sich als zusammenfassende Konsequenz aus der Bestandsaufnahme dieser speziellen therapeutischen Situation, ihrer Zielsetzung und ihrer Anforderungen quasi ab. Es geht in der Therapie darum, den Anforderungen der Situation weiterführend zu begegnen: dynamische Veränderungsprozesse im Klienten einzuleiten, vorhandenen Widerständen konstruktiv entgegenzuwirken und eine langfristige Veränderung zu bewirken, die an der hochgradig instabilen, veränderungsgeladenen Situation des Klienten ansetzt, mit ihr arbeitet und mit seinem persönlichen Werte- und Normen- bzw. Sinnsystem verträglich ist. Wie bereits im ersten Teil dieses Kapitels festgestellt, ist es notwendig, ein ausreichendes Niveau an Aufmerksamkeit des Klienten zu erreichen, um kognitive Verarbeitungsprozesse und darüber hinaus ein Bewusstsein für Ver-

änderung zu bewirken (vgl. SCHINDLER 1991, S. 31ff.). Vermutlich ist dieses Vorgehen ein Weg, um der fremden und konfliktgeladenen Therapiesituation zu begegnen und die therapeutische Beziehung zu stabilisieren.

Es wird deutlich, dass therapeutische Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen nicht auf fertigen therapeutischen Konzepten basiert, sondern dass sie sich aus schulenübergreifenden Elementen zusammensetzt. Sie erfordert ein hohes Maß an Engagement, Flexibilität und Kreativität. Das, was an therapeutischer Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen situationsbedingt in unterschiedlichsten Formen vorhanden ist, ist als jeweiliger Ansatz einer therapeutischen Methode zu betrachten. Um den Sinn, die Qualität und die Verwertbarkeit des therapeutischen Handelns herauszufinden, sollte es im Einklang mit den vorhandenen Erkenntnissen über Trauma, der adäquaten Behandlung sowie mit den Erkenntnissen über Wirkfaktoren in der Psychotherapie untersucht werden.

4 Fallstudie über einen Beratungs- und Therapieansatz

4.1 Zum hermeneutischen Interpretationsverfahren im Rahmen dieser Fallstudie

In diesem vierten Kapitel wird auf empirischer Basis untersucht, welche Interaktionsstruktur zwischen Klient und Therapeut in einem beispielhaften Therapieverlauf vorhanden ist und was den substanziellen Kern des Geschehens ausmacht.

Die erkenntnisleitende Fragestellung bezieht sich sowohl auf das Verhalten des Klienten als auch auf das des Therapeuten sowie auf den sich daraus entwickelnden Psychotherapieprozess. Geleitet durch die Erkenntnisse der vorausgegangenen Kapitel, wird geprüft, welche Faktoren hauptsächlich die Interaktion zwischen Therapeut und Klient beeinflussen. Es wird darüber hinaus zu untersuchen sein, wie sich im therapeutischen Prozess die Umgangsweise mit vorhandenen Problemen und Konflikten darstellt, wie sich die therapeutische Beziehung ausgestaltet, welche Veränderungsprozesse im Verlauf stattfinden und wodurch sie ausgelöst werden, was sich daran als funktionsfähig erweist und was sich daraus ableiten lässt.

Das Ziel dieser Untersuchung ist, sowohl vorhandene Ressourcen im therapeutischen Vorgehen zu ermitteln als auch situationstypische Problemfelder des Klienten einzugrenzen sowie auftretende interaktionsbezogene Probleme und den lösungsorientierten Umgang damit aufzuzeigen. Durch die Feststellung vorhandener Wirkfaktoren ermöglichen die gewonnenen Ergebnisse eine Klärung des therapeutischen Handelns und leisten ihren Beitrag zur Weiterentwicklung bestehender Ansätze hinsichtlich eines interkulturellen und traumatherapeutischen Vorgehens.

4.1.1 Das Analyse- und hermeneutische Interpretationsverfahren

Das durchgeführte hermeneutische Interpretationsverfahren im Rahmen dieser Fallstudie orientiert sich an der in der Einleitung bereits beschriebenen Theorie der Hermeneutik und an den darin enthaltenen Regeln des Verfahrens zur Objektivierung des Handlungsgeschehens. Die Regeln zum Interpretationsverfahren bestehen aus:

- der Gemeinsamkeit der Bedingungen und Mittel der Untersuchung,
- der Verwendung gemeinsamer Kategorien zur Auswertung,
- dem homogen einheitlichen Vorgang des Analyse- und Interpretationsverfahrens,
- der fixierten Handlung zur Feststellung und Überprüfung eines kontrollierbaren Grades von Objektivität,
- der Darstellung und Einhaltung von Regeln zum Auswertungs- und Interpretationsverfahren (vgl. DILTHEY 1964, S. 319f.).

Das Interpretationsverfahren wird formelhaft bestimmt und auf den Zusammenhang zurückgeführt, aus dem es hervorgegangen ist (vgl. DILTHEY 1964, S. 337). Es werden somit auf Grundlage der Datenbasis Hypothesen abgeleitet, die anhand eines entwickelten Analyse-rasters überprüft, unter Einbezug der Interviewaspekte und theorie- und literaturgeleiteter Aspekte interpretiert und hinsichtlich ihrer Gültigkeit mit der Datenbasis verglichen werden.

Im ersten Schritt wird zunächst der Verlauf des beobachteten Therapieprozesses in zusammengefasster Form wiedergegeben. Somit wird der Ablauf des gesamten Geschehens dargestellt und der Untersuchungsgegenstand des Analyse- und Interpretationsverfahrens grob bestimmt.

Als zweiter Schritt folgt anhand des Inhalts der vorliegenden Protokolle und der erkenntnisleitenden Fragestellung die Ableitung von Hypothesen, wodurch die Festlegung der Interpretationsaspekte erfolgt. Als Zwischenschritt wird zum Verständnis der Hypothesenbildung und als Richtungsweisung eine Vorinterpretation zum Therapeuten- und Klientenverhalten sowie zum Therapieprozess durchgeführt.

Im dritten Schritt erfolgt die Bearbeitung der Hypothesen in Form einer Analyse des Datenmaterials auf makroskopischer und mikroskopischer Ebene. Zu diesem Zweck wird das eigens auf das Datenmaterial und auf die erkenntnisleitenden Fragestellung zugeschnittene Analyseraster über die Datenbasis gelegt. Somit werden die einzelnen Aspekte des Klienten und Therapeutenverhaltens sowie des gemeinsamen Therapieprozesses anhand von Kategorien zusammengefasst und gemessen.

An die Überprüfung der Hypothesen – ihre Bestätigung, Widerlegung oder Korrektur anhand der Analyse der Kategorisierung – wird ein zweites Interpretationsverfahren angeknüpft. Die ausgewerteten Inhalte der durchgeführten Interviews werden an dieser Stelle zur vertiefenden Explikation einzelner Gedankengänge herangetragen. Die subjektiven Aspekte der Interviewpartner werden also aus der zweiten Datenquelle zur Bestätigung oder Widerlegung der untersuchten Hypothesen herangezogen. Über diesen Weg finden der Standpunkt der Akteure sowie interkulturelle Zusammenhänge des Handlungsgeschehens Berücksichtigung, die ansonsten durch das vorhandene Analyseraster gefallen wären. Durch die Einarbeitung theorie- und literaturgeleiteter Aspekte kommt es zu einem Austausch zwischen dem „Einzelnen“ und dem „Ganzen“, was im Sinne des hermeneutischen Zirkels nach DILTHEY erfolgt (vgl. DILTHEY 1964, S. 334).

Die Zusammenfassung des Untersuchungs- und Interpretationsverfahrens greift die aus den Hypothesen – ihrer Untersuchung und ihrer Interpretation – ableitbaren substanziellen Aspekte zum Funktionieren des Klienten- und Therapeutenverhaltens sowie des Therapieprozesses auf. Die überarbeiteten Hypothesen werden neu formuliert dargestellt und bilden die Grundlage für eine Ableitung praxisrelevanter Empfehlungen.

4.1.2 Die Datenbasis

Die Studie basiert auf vier theoriegeleitet angefertigten Protokollen von vier aufeinanderfolgenden Therapiesitzungen, die im Zeitraum zwischen Mitte Mai 1999 bis Ende August 1999, am 18.05., am

22.06., am 13.07. und am 24.08.1999 stattfanden (vgl. Anhang).¹ Im gesamten Therapieverlauf beginnt der Ausschnitt mit der elften Therapiesitzung und endet mit der vierzehnten Sitzung.

Der Therapeut (T) kommt ursprünglich aus einem orientalischen Land und lebt seit ca. 18 Jahren fest in Deutschland. Der Klient (K) kommt aus Kurdistan / Türkei und ist vor ca. 1 Jahr nach Deutschland geflohen. Der staatlich vereidigte Dolmetscher (D) ist ebenfalls kurdischer Herkunft. In Sitzung III ist ersatzweise ein fremder kurdischer Dolmetscher zugegen. Alle Personen arbeiten an den jeweilig abgesprochenen Terminen zwischen 45-60 Minuten im Therapiesetting zusammen. Der Klient und der Therapeut sitzen einander gegenüber, der Dolmetscher ist so zwischen den beiden platziert, dass ein dreieckiger Sprachraum entsteht. Die Autorin befindet sich außerhalb des Blickwinkels des Klienten und beobachtet am Rande das Geschehen.

Die angefertigten Protokolle bilden den deutschsprachigen Therapieverlauf und darin enthaltene Interaktionsstrukturen ab. In ihrer Gesamtheit lassen sie nur bedingt eine tiefergehende, ausführliche Feinanalyse zu.² Das wortwörtliche Detail, der feine zeitliche Abstand einzelner Äußerungen und parallele verbale und auch non-verbale Handlungen konnten nicht gemessen und schriftlich fixiert werden. Im Hinblick auf das Erkenntnisinteresse, die Interaktionsstruktur zwischen Klient und Therapeut zu erfassen und zu interpretieren, bieten die Gedächtnisprotokolle in inhaltlich-thematischer Hinsicht eine solide Grundlage zur Auswertbarkeit der Handlungsbedeutung und somit eine reichhaltige Basis zur Ableitung von Hypothesen und anschließenden Auswertung.

Der zweite Teil der Datenbasis bilden die jeweils mit Therapeut und Klient durchgeführten Interviews. Das Interview mit dem Therapeuten wurde zum Ende der Datenerhebung, Anfang November 1999, in deutscher Sprache geführt – der Therapeut artikuliert sich nicht in

1 Zur Erarbeitung des Datenmaterials siehe auch *Einleitung*.

2 Hinsichtlich der schriftlichen Fixierung des Therapieverlaufs ist zu bemerken, dass die therapeutische Triade zwischen Therapeut, Klient und Dolmetscher in dieser Untersuchung außen vor gelassen werden muss, da die Autorin nicht der kurdischen Sprache mächtig ist. Es ist jedoch ausdrücklich darauf hinzuweisen, welchen bedeutsamen und nicht zu unterschätzenden Stellenwert DolmetscherInnen in Therapieprozessen haben, was auch im Interview mit dem Klienten deutlich wurde, siehe auch KLIENT 1999, S.1.

seiner Muttersprache. Anhand des Postskriptums ist ersichtlich, dass die Interviewatmosphäre für die Interviewerin aufgrund der Rollenverteilung zunächst zwar ungewohnt, aber im Verlauf offen, locker und vertraut war (vgl. THERAPEUT, 1999, S. 18f.).

Das Interview mit dem Klienten fand einen Monat nach dem vierten aufgezeichneten Therapiesetting, am 29.09.1999, statt. Zu diesem Interview ist anhand des Postskriptums vor allem zu bemerken, dass ein neuer, dem Klienten unvertrauter Dolmetscher zugegen war. Vor Interviewbeginn fand eine 45-minütige Therapiesitzung statt, in der auch die Autorin anwesend war, aber nicht zum Zweck der Datenerfassung protokollierte. In der Pause vor dem Interview betonte der Klient, dass es aufgrund des Dialekts Verständigungsschwierigkeiten zwischen ihm und dem Dolmetscher gäbe (vgl. KLIENT, 1999)³.

4.1.3 Das Analyseinstrumentarium

Das auf die Datenbasis zugeschnittene Kategoriensystem bildet das Analyseinstrumentarium dieser Fallstudie. Es wurde in Anlehnung an MAYRING gebildet, der zur Konstruktion deskriptiver Systeme ein Verfahren in vier Schritten vorschlägt. Nachdem im ersten und zweiten Schritt der Untersuchungsgegenstand bestimmt (Datenbasis) und dimensioniert (Hypothesenbildung) wurde, ist im dritten Schritt ein Kategoriensystem zu bilden und zu definieren, mit dessen Hilfe der Gegenstand ausgewertet werden kann. Im vierten Schritt ist ein Probendurchlauf am Material durchzuführen, wodurch festgestellt wird, ob die Kategorien – oder bereits die Hypothesen – überarbeitet werden müssen. Durch dieses Verfahren ergibt sich ein Kreislauf, durch den ein theoretisch und empirisch abgesichertes Kategoriensystem erarbeitet wird (vgl. MAYRING 1990, S. 73ff.).

3 Zu der Interviewsituation mit dem Klienten ist anzumerken, dass das Dolmetschen wie ein Filter im Gespräch wirkte – d.h., es war nicht subjektiv zufriedenstellend an den Klienten heranzukommen. Zu bedenken ist auch die insgesamt neue Interviewsituation für den Klienten: ein neuer Dolmetscher, ein anderer Raum, eine Frau als Interviewerin, ein aufzeichnendes Tonband, die vorausgegangene Therapiesituation und die Erwartungshaltung an sich selbst. Die genaue Kenntnis über das Vorhaben und Vorgehen der Interviewerin begünstigten die relative Offenheit des Klienten im Verlauf, siehe auch KLIENT 1999; S. 11f..

Das Auswertungsraster dieser Fallstudie setzt sich aus einem Kategoriensystem mit neun verschiedenen Kategorien zusammen, welche den Verlauf, die Wirkung und die Form des Therapiegeschehens abbilden (vgl. SCHINDLER 1991, S. 49). Mittels dieses Instrumentariums besteht die Möglichkeit, die aufgestellten Hypothesen zum Therapeuten- und Klientenverhalten – zur therapeutischen Beziehung, zur Rolleneinnahme, zur Problemwahrnehmung und zur Problembearbeitung und zum Therapieprozess (Struktur, Bewegungsrichtung, Verlauf und Geschwindigkeit) – zu untersuchen.

Jede einzelne Sprechhandlung des Therapeuten und des Klienten wird mit dem Blick durch die jeweilige Kategorie betrachtet und eingeordnet. So kommt ein Auswertungsraster zustande, das in Form von Anhang C der Autorin vorliegt, aber Ihnen, liebe Leserinnen und Leser, an dieser Stelle aus pragmatischen Gründen nicht präsentiert wird. Für Interessierte ist es in der Bibliothek der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg einsehbar. Damit es im Verlauf des Interpretationsverfahrens nicht zu Irritationen kommt, wurde der Verweis auf das Kategoriensystem in Anhang C durch vgl. UBBEN 2000 ersetzt. Aus inhaltlichen Gründen soll und darf auf die nun folgende Darstellung von Aufbau und Struktur des Kategoriensystems nicht verzichtet werden.

Das Auswertungsraster wurde aus Platzgründen in zwei Teilen angefertigt, die imaginär nebeneinander liegen. In der Kopfzeile wird durchgängig in der ersten Zeile die Teilnummer des Auswertungsrasters und die Nummer der Therapiesitzung, in der zweiten Zeile die Kategorienbezeichnung festgehalten, die in der dritten Zeile in die Rubrik „Therapeut“ und „Klient“ unterteilt wird. Zu Beginn jeder folgenden Auswertungszeile wird die Ziffer eingetragen, die identisch mit der im Protokoll (Anhang) vermerkten Ziffer der Sprechhandlung des Therapeuten bzw. des Klienten ist. So beginnen die Sprechhandlungen des Therapeuten im jeweiligen Protokoll und im jeweiligen Auswertungsraster mit vollen Zahlen (1; 2; 3 ...). Den Sprechhandlungen des Klienten wurde im jeweiligen Protokoll und im Auswertungsraster zu der vollen Zahl jeweils der Buchstabe a zugefügt (1a; 2a; 3a ...). Jede einzelne Sprechhandlung ist im gesamten Verlauf kodiert, d.h. es wird zur Ortung der Textpassage die römische Nummer des Protokolls der Satznummer vorangestellt (z.B. II 16a = der Klientensatz

Nr. 16a im zweiten Protokoll). Vorhandene Absätze zur Kennzeichnung des Gesprächsverlaufes sind, identisch mit denen im Protokoll, in Form von leeren Zeilen markiert.

Die Kategorien **Thema**, **Aspekte des Themas** und **Perspektive zum Aspekt** sind offene Kategorien, d.h. sie sind nicht festgelegt bzw. vorgefertigt worden, sondern orientieren sich am inhaltlichen Verlauf des Therapieprozesses und spiegeln diesen wider.

Die Kategorie **Thema** spiegelt das vorhandene Oberthema des Gespräches wider, unter dem sich weitere inhaltliche Aspekte fassen lassen. Diese finden sich zum einen unter der Kategorie **Aspekte des Themas** wieder, worunter das Kernthema der jeweiligen Sprechhandlung gefasst wird. Zum anderen finden sie sich unter der Kategorie **Perspektive zum Aspekt** wieder, die darstellt, was genau der Sprecher in seiner Sprechhandlung darstellt und was er betont. Es ist anhand dieser kategorialen Aufteilung erkennbar, was Gegenstand des Gespräches ist, von wem der Impuls ausgeht und wie er sich im Verlauf verändert, d.h. wer ein Thema aufnimmt, wer Aspekte aufgreift, wer welche Perspektive zum Thema einnimmt bzw. sie vom Gesprächspartner übernimmt.

Zu dem Kategorienblock der Verlaufsbeschreibung gehört die Kategorie der **Zeit**, die ein geschlossenes System darstellt. Es bildet sich auf Grundlage des eingangs in Kapitel zwei erläuterten „Phasenmodell des Flüchtlingsleben“ (MEHARI 1995), worin zwischen Vorflucht-, Flucht- u. Exilphase unterschieden wird (vgl. MEHARI 1995, S. 34ff.). Mit dieser Kategorie wird gemessen, in welcher Zeitphase sich der Sprechende befindet. Zur Auswahl stehen: Vergangenheit (Vorflucht und Fluchtphase), Gegenwart (Exilphase) und Zukunft. Die dargestellten vier Kategorien bilden den Verlauf des Therapieprozesses ab (vgl. UBBEN 2000).

Die nächsten drei Kategorien **Art der Sprechhandlung**, **Standort der Sprechhandlung** und **Bearbeitung im Verlauf** bilden die Wirkung des therapeutischen Gesprächs ab. Es handelt sich in allen drei Formen um selbst entwickelte, auf das Material zugeschnittene Kategoriensysteme. Ihre Entwicklung basiert auf Überlegungen zur sinnvollen Untersuchung der therapeutischen Beziehung in Anlehnung an SCHINDLER (1991, S. 46ff.).

Die **Art der Sprechhandlung** gibt an, auf welche Weise der Sprechende seine Sprechhandlung ausführt. Über dieses Kategoriensystem ist ersichtlich, in welcher Beziehung sich der Sprechende zu seinem Gegenüber im jeweiligen Moment befindet. Es wird hier zwischen Therapeuten- und Klientenkategorien unterschieden.

Die Therapeutenkategorien setzen sich zusammen aus:

- **anknüpfen**: wenn der Therapeut den Aspekt des Klienten aufnimmt und ihn vertieft;
- **nachhaken**: wenn der Therapeut genauer zu einem Aspekt nachfragt, was der Klient meint;
- **Thema aufgreifen**: wenn der Therapeut einen schon genannten Aspekt zum Thema aufgreift;
- **positiv verstärken**: wenn der Therapeut einen in der Klientenäußerung enthaltenen Aspekt zum Verhalten des Klienten herausgreift und ihn positiv betont;
- **Beschreibung ignorieren / Aspekt aufgreifen**: wenn der Therapeut nicht auf eine Klientenäußerung eingeht und statt dessen einen anderen Aspekt hervorhebt;
- **abstrakt kommentieren**: wenn der Therapeut den Inhalt der Klientenaussage mit einem anderen Thema / Bild vergleicht bzw. umschreibt, z.B. I 19 "Sie konnten lange nicht in Sicherheit Ihre Koffer auspacken";
- **informieren**: wenn z.B. über asylrechtliche Hintergründe gesprochen wird und der Therapeut sich selbst über die asylrechtliche Lebenssituation des Klienten informiert oder den Klienten z.B. über das Verfahren einer Krankenhauseinweisung informiert;
- **eigene Emotionen zeigen**: wenn der Therapeut eigene, im Zusammenhang mit dem therapeutischen Prozess stehende Gefühle benennt.

Die Klientenkategorien setzen sich zusammen aus:

- **ausweichen**: wenn der Klient nicht auf die Sprechhandlung des Therapeuten eingeht / reagiert und einen anderen Aspekt aufgreift;
- **einlassen**: wenn der Klient sich auf die Sprechhandlung des Therapeuten einlässt und ihr folgt;

- **intensiv einlassen:** wenn der Klient sich auf die Sprechhandlung des Therapeuten soweit einlässt, dass er z.B. in einen längeren Redefluss gerät oder emotional wird;
- **lamentieren:** wenn der Klient sich selbst und seine Umwelt negativ wahrnimmt und diese Wahrnehmung entsprechend negativ und ausweglos darstellt;
- **involvieren:** wenn der Klient versucht, den Therapeuten in seine außertherapeutischen Belange, z.B. Konflikt mit dem Sozialamt, einzubeziehen;
- **selbst anklagen:** wenn der Klient sich selbst schuld- und vorwurfs-geladen etikettiert;
- **kurze Antwort:** wenn der Klient z.B. nur mit „ja“ zustimmt;
- **einfordern:** wenn der Klient seine eigenen Interessen benennt und vertritt, die nicht unbedingt im Sinne des Therapeuten sind.

Der **Standort der Sprechhandlung** soll im Kategoriensystem aufzeigen, aus welcher Position und in welche Richtung die Sprechhandlung in Wechselwirkung zwischen den Gesprächspartnern bezogen auf ihren Inhalt erfolgt. Auch hier wird wieder zwischen Therapeuten- und Klientenkategorien unterschieden.

Zu den Therapeutenkategorien zählen:

- **nach innen:** wenn der Therapeut nur das Innenleben des Klienten anspricht, z.B. wie es ihm geht;
- **innen nach außen:** wenn der Therapeut das Innenleben des Klienten anspricht, das in Kontakt mit der Außenwelt steht, z.B. was sich der Klient durch einen Krankenhausaufenthalt verspricht;
- **innen über außen:** wenn der Therapeut den Klienten auf ein äußeres Geschehen anspricht, mit dem der Klient nicht direkt in Kontakt steht, z.B. ob der Klient seine Pässe beim Gericht erwähnt habe;
- **über innen:** wenn der Therapeut seine Sichtweise über das Verhalten des Klienten benennt;
- **außen:** wenn der Therapeut aus seiner Sicht über ein äußeres Geschehen spricht oder wenn er seine eigene Meinung offenkundig macht, z.B. wenn er metaphorisch spricht.

Zu den Klientenkategorien zählen:

- **innen:** wenn der Klient über sich selbst, z.B. wie es ihm geht, spricht;
- **innen nach außen:** wenn der Klient sein Befinden in einem unmittelbaren äußeren Zusammenhang stellt, z.B. Satz I 12a „Ich habe in Deutschland einfach Angst“;
- **innen über außen:** wenn der Klient über einen äußeren Zusammenhang spricht, dener nicht direkt mit seinem Befinden in Zusammenhang bringt, z.B. dass der Teppich gewechselt werden müsse weswegen er beim Sozialamt gewesen sei
- **außen:** wenn der Klient in Metaphern oder Sprichwörtern spricht oder über Ereignisse, die nicht im Zusammenhang mit seinem inneren Befinden stehen, z.B. die Folgen von Öcallans Festnahme für die Kurden.

Das Kategoriensystem **Bearbeitung im Verlauf** bildet den Aufbau des Inhalts und die Umgangsweise damit in Wechselwirkung zwischen Therapeut und Klient ab. Therapeuten- und Klientenäußerungen werden durch gemeinsame Kategorien erfasst, X entspricht der Variablen der Themen- oder Aspektezahl. Zu diesem System zählen:

- **Einstiegsthema:** das Thema, das floskelhaft zum Einstieg verwendet wird, z.B. über das Wetter;
- **neues Thema X:** Thema woran gearbeitet wird, das im Verlauf wechseln kann, weswegen es mit römischen Ziffern innerhalb einer Sitzung nummeriert wird;
- **Fortsetzung Thema X:** wenn ein Thema direkt vom Gesprächspartner aufgegriffen und fortgesetzt wird;
- **neuer Aspekt X:** wenn ein Aspekt zum Thema genannt wird, dessen Wechsel im Verlauf durch arabische Ziffern gekennzeichnet wird;
- **Fortsetzung Aspekt X:** wenn der Aspekt direkt vom Gesprächspartner aufgegriffen und fortgesetzt wird;
- **aufgreifen Thema X:** wenn ein bereits vorhandenes Thema wiederholt aufgegriffen wird;
- **aufgreifen Aspekt X:** wenn ein bereits genannter Aspekt an anderer Stelle wiederholt aufgegriffen wird.

Die letzten beiden Kategoriensysteme, **Heuristiken** und **Gesprächsbausteine**, bilden die Form des Therapiegeschehens ab. Mit ihrer Hilfe lassen sich das therapeutische Vorgehen und die darin enthaltene therapeutische Technik untersuchen. Beide Systeme werden vorgefertigt verwendet. Sie werden in ihrer Anwendungsweise nur teilweise modifiziert. Das Klientenverhalten wird durch die Kategoriensystem der Gesprächsbausteine und der Heuristiken, wie sie erscheinen, nicht abgebildet, was mit dem Erkenntnisinteresse dieser Studie vereinbar ist, da die therapeutische Beziehung bereits im Rahmen des Verlaufs und der Wirkung (s.o.) gründlich untersucht wurde.

In den **Heuristiken** wird das nach GRAWE entwickelte präskriptive heuristische Verständnis von Psychotherapie zur deskriptiven Einordnung des Therapiegeschehens verwendet. GRAWE leitet es aus der Schematheorie ab, worin die Regulation und Entwicklung psychischer Prozesse beschrieben werden (vgl. GRAWE 1988, S. 41ff.)⁴. Psychotherapie sollte demnach an dem Entwicklungsprozess des Individuums anknüpfen, der sich über seine aktivierten Schemata beeinflussen lässt. Durch geeignete therapeutische Methoden werden diese in Gang gebracht und weiterentwickelt. Die therapeutischen Methoden werden der therapeutischen Zielsetzung untergeordnet. Somit ist die Wirkung von Psychotherapie davon abhängig, inwieweit die therapeutischen Ziele der reflektierenden Abstraktion, der Emotionsverarbeitung, der Kompetenzerweiterung und der Beziehungsgestaltung durch das therapeutische Handeln verwirklicht wurden (vgl. GRAWE 1988, S. 44ff.; vgl. AMBÜHL & GRAWE 1989, S. 2). Aus der deskriptiven heuristischen Perspektive soll die therapeutische Form betrachtet und analysiert werden (vgl. AMBÜHL & GRAWE 1989, S. 2).

Nach AMBÜHL & GRAWE sind bezüglich der vier deskriptiven Heuristik-Kategorien zur aktiven Zielverfolgung des Therapeuten folgende Definitionen zu nennen:

- **Reflektierende Abstraktion:** wenn der Therapeut den Klienten dazu bringt, die Aufmerksamkeit darauf zu richten, wie er sich in

4 Die (Selbst-) Schematheorie, die sich auf die Arbeiten von PIAGET (1981) und NEISSER (1976) aufbaut, kann an dieser Stelle nicht näher beschrieben werden, siehe aber GRAWE 1988 S. 41ff.. BUTOLLO stellt ebenfalls das Selbst und seine Schemataentwicklung sowie das Selbst in Zusammenhang mit einer Traumaerfahrung dar, siehe BUTOLLO 1997, S. 64ff..

seiner Umwelt verhält; ihm zu neuen Sichtweisen bestimmter Abläufe verhilft; ihn unterstützt, das eigene Verhalten in andere Zusammenhänge zu stellen;

- **Emotionsverarbeitung:** wenn der Therapeut dem Klienten ermöglicht, sich auf das momentane Erleben einzulassen; an den Punkt zu gelangen, an dem heftige Gefühle ausgelöst werden; die aktualisierten Gefühle zu erleben und zum Ausdruck zu bringen;
- **Kompetenzerweiterung:** wenn der Therapeut den Klienten dazu bewegt, mit bestimmten Situationen anders umgehen zu lernen; sich zuzutrauen, neue oder bisher vermiedene Situationen zu bewältigen; bestimmte Ziele einfacher und besser zu realisieren;
- **Beziehungsgestaltung:** wenn der Therapeut sein Verhalten aktiv daraus ausrichtet, dass der Klient sich in seinem positiven Selbst aufgewertet fühlt; sich in der Beziehung zum Therapeuten wohl fühlt; Vertrauen zum Therapeuten haben kann (vgl. AMBÜHL & GRAWE 1989, S. 3).

Die Möglichkeit, dass mehrere heuristische Ziele gleichzeitig verfolgt werden, wird offen gelassen. Um zu erkennen, in welcher Intensität dies geschieht, wird jede Heuristik in die Skala 1-3 eingeteilt. Die 1 bedeutet eine schwache, die 2 eine mittelmäßige und die drei eine starke Intensität in ihrer Anwendung.

Das letzte Kategoriensystem zur Erfassung der Technik des therapeutischen Handelns bilden die **Gesprächsbausteine** nach MISCHKE. Die theoretische Grundlage der Gesprächsbausteine liegt in der Beschreibung der Rahmenbedingungen und der Formen von Beratungsgesprächen, der unterschiedlichen Wertvorstellungen der Gesprächspartner sowie in der Analyse von Gesprächssituationen nach den Autoren GOFFMANN (1971); WATZLAWICK, BEAVIN, JACKSON (1969); SCHULZ VON THUN (1981); ROGERS (1973), SACHSE und MAUS (1991) und in der Beschreibung der Steuerbarkeit von Beratungsgesprächen (vgl. MISCHKE 1995, S. 12ff.). Alle genannten Aspekte sind Elemente verschiedener Prozess- und Handlungstheorien von Beratung, aus welchen die Entwicklung von Gesprächsbausteinen hervorgeht. Die Gesprächsbausteine sind als Handwerkszeug zur Durchführung der beraterischen / therapeutischen Gespräche zur Umsetzung der theoretischen Grundlagen zu verstehen. Sie sind definierte Gesprächshandlungen, durch deren Anwendung der Gesprächsablauf eine klare

Struktur erhält und Informationen zur gezielten Beratung gewonnen werden (vgl. MISCHKE 1995, S. 38). MISCHKE stellt eine Liste von Gesprächsbausteinen vor, die durchaus erweiterbar oder modifizierbar, aber für die meisten Gesprächssituationen nach seinem Wissen jedoch fundamental ist. Sie besteht aus:

- **Türöffner:** nach GORDON (1972) fallen hierunter Sprechhandlungen, die den Gesprächspartner dazu ermuntern zu einem Thema verstärkt oder intensiver zu antworten, bevorzugt werden offene Fragen;
- **Umschreiben:** Wiedergabe eines inhaltlichen Aspekts der Partneräußerung mit eigenen Worten zur Klärung gegenseitigen Verstehens, Signalisierung der Verständnisbereitschaft, Problematisierung der Partneräußerung und Verbalisierung angedeuteter Aspekte;
- **ICH-Botschaft:** Benennen der persönlichen Betroffenheit zu einem Aspekt der Gesprächssituation oder dem Verhalten des Gesprächspartners in Ich-Sprache;
- **Strukturieren:** Klärung über eine geeignete Vorgehensweise und planmäßige Bearbeitung eines Themas, Herstellung und Erhalt von Ordnung in der Gesprächsstruktur seitens des Beraters / Therapeut unter Zuhilfenahme folgender Varianten: Vorschlag zum Verfahren, Metakommunikation, Digitalisieren, Kommentieren, Zusammenfassen;
- **Informieren:** Äußerungen des Beraters / Therapeuten, die sein Wissen oder seine Auffassung zum Ausdruck bringen, die Varianten sind hier: Auskunft über einen Sachverhalt; Bericht über einen Ablauf; einer Situation oder einen Zustand; Meinung als Bewertung eines Sachverhalts; Ratschlag in Form eines Handlungsvorschlags; Unterweisung in die Vorgehensweise oder den Ablauf eines Geschehens ;
- **Definieren:** Vorschlag zum Gebrauch oder zur Interpretation eines bestimmten Begriffs zur Klärung Verwendung der Begriffe;
- **Präzisieren:** zweckmäßige Formulierung zur Klärung eins Problems;
- **Argumentieren:** Beleg der Richtigkeit einer Aussage; (vgl. MISCHKE 1995, S. 38ff.).

4.2 Die Fallstudie

Indem sich ein/e TherapeutIn und ein/e KlientIn im Rahmen eines therapeutischen Gesprächs in einem Psychosozialen Zentrum für Überlebende organisierter Gewalt begegnen, treffen auch, wie anhand der ersten drei theorie- und literaturgeleiteten Kapitel ersichtlich, die unterschiedlichen und besonderen Ausgangs- und Rahmenbedingungen beider Personen aufeinander. Sie bestimmen den Kommunikations- und Interaktionsprozess im therapeutischen Raum.

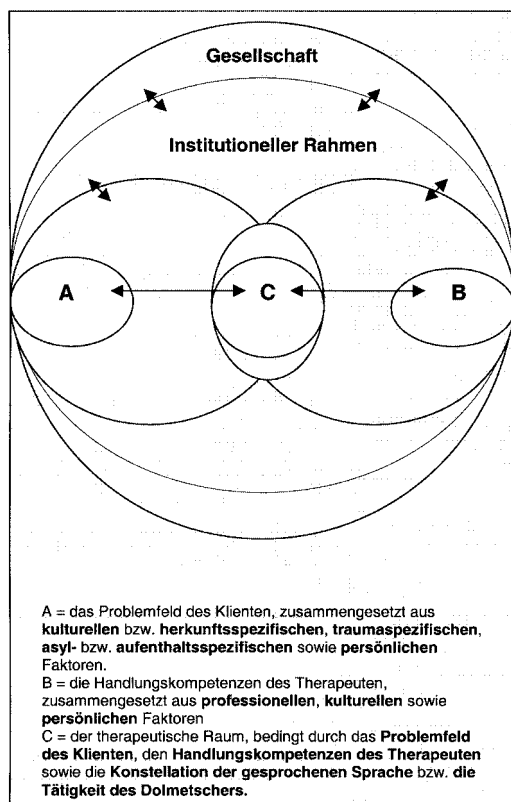


Abb. 1: Die Definition des therapeutischen Raumes, modifiziert nach HUMNITZSCH (1999, S. 81), in Anlehnung an PSYCHOSOZIALES ZENTRUM FÜR AUSLÄNDISCHE FLÜCHTLINGE DÜSSELDORF (1993, S. 51), sowie an den Ergebnissen der Kapitel I-III.

Der Kontakt zwischen Klient und Therapeut stellt in der therapeutischen Gesprächssituation den Transfer zwischen der komplexen Lebenssituationen des Klienten und der ebenfalls mehrdimensionalen Arbeitssituation des Therapeuten dar. Der therapeutische Raum (**C**) ist umrahmt von der institutionellen Ausgangssituation beider Gesprächspartner (vgl. Abb. 1). Die äußerste, den institutionellen Rahmen und die darin positionierten Akteure ummantelnde Hülle bildet die gesellschaftliche Situation mit ihren politischen und rechtlichen Rahmenbedingungen. Zwischen allen dargestellten Systemen besteht ein Austausch (vgl. Abb. 1).

Die Klientel bringt im wesentlichen folgende Themen- und Problemfelder (**A**) mit in den therapeutischen Raum ein (vgl. Abb. 1):

- z.B. die vertrauten Sozialstrukturen und damit verbunden das bestehende Werte- und Normensystem als **kulturelle** bzw. **herkunftsspezifische Faktoren**, dazu gehörend die politische Arbeit im Exil und im Aufnahmeland, die Unkenntnis über das hiesige Versorgungssystem sowie eine besondere Einstellung zu psychischen Erkrankungen;
- z.B. die Auswirkungen und bisherige Bewältigung der traumatischen Erfahrung(en) mit unterschiedlich intensiver Ausbildung von Posttraumatischen Stressreaktionen (PTSD) o.ä. als **traumaspezifische Faktoren**;
- z.B. die Auswirkungen des Asylverfahrens, rechtliche Reglementierungen, der unsichere Aufenthaltsstatus, Probleme mit den Behörden, die Unterbringungssituation, schlechte Lebensbedingungen etc. als **asyl- bzw. aufenthaltsspezifische Faktoren**;
- **persönliche Faktoren**, z.B. von Alter, Geschlecht, Bildungsstand über Motivierbarkeit, Offenheit, sprachliches Vermögen bis hin zu Ressourcen wie z.B. Kontaktfähigkeit, Bewältigungsstrategien, Vorhandensein stabiler sozialer Netze, auch die Erfahrung von Fremdenfeindlichkeit bis hin zu Rassismus zählt dazu.

Der Klient steht aufgrund seiner Kontaktaufnahme zum PSZ und der Inanspruchnahme mehrerer psychosozialer Angebote sowie aufgrund der seitens der Institution geleisteten, für die Klientel parteiischen Unterstützungsarbeit in Verbindung mit der institutionellen Ebene. Im Vergleich zum Therapeuten (s.u.) spielt dieser Austausch für den Pro-

zess eine untergeordnete, aber nicht unwesentliche Rolle. Der Austausch mit der gesellschaftlichen Ebene ist vergleichsweise intensiver, da sie zu der Bildung der Problemfelder eine Rolle spielt (s.o.).

Die Ausgangsbedingungen des Therapeuten, welche die therapeutische Handlungskompetenz im therapeutischen Raum (**B**) bilden (vgl. Abb. 1), setzen sich aus folgenden Faktoren zusammen:

- **professionelle Faktoren:**

der institutionelle Rahmen – er birgt existentielle Unsicherheiten, finanzielle Knappheiten, MitarbeiterInnenmangel, überlastete Teamarbeit und überlastete Kapazitäten im Bereich der Öffentlichkeitsarbeit, der internen und externen Fort- und Weiterbildungsangebote sowie der Präventionsarbeit; zudem besteht insgesamt ein gesellschaftliches Desinteresse an der Entwicklung und Aufrechterhaltung qualitativer Standards in diesem Arbeitsfeld;

der Bereich der *Ausbildung* – hier gibt es bis heute eher selten eine adäquate Vorbereitung auf das Berufsfeld der Traumatherapie für Opfer organisierter Gewalt zur Vermittlung von Kompetenzen für eine effektive Durchführung; es sollte fortlaufend an angebotenen *Fortbildungsmöglichkeiten* teilgenommen werden, so dass mit dem Forschungsverlauf Schritt gehalten wird und bestehende fachliche Defizite durch die Ausbildung ausgeglichen werden können; die therapeutische Arbeit in den PSZ ist multidisziplinär;

der *Arbeitsalltag* – in der Behandlung von von traumatisierten Flüchtlingen stehen die angemessene Koordination mit dem / der Dolmetscher/in und der Fähigkeit zur Team- und Supervisionsarbeit im Zeichen von notwendiger Flexibilität im Hinblick auf die komplexe Problemlage der Klientel (kultur-, trauma- und asyl- / aufenthaltsspezifische Faktoren);

- **kulturelle Faktoren:** z.B. das Verfügen über interkulturelle Kompetenzen durch Reflexion eigener kultureller Muster und Migrationserfahrungen sowie deren Einbindung in die therapeutische Situation;

- **persönliche Faktoren:** z.B. durch Eignung (Selbstreflexions- und Emotionsarbeit) für und spezielles Interesse an traumatherapeutischer Tätigkeit, Flexibilität, Kreativität, Stabilität, politisches Interesse und Regenerationskompetenzen;

Der / die Therapeut/in ist als professionelle(r) Helfer/in stark in den institutionellen Rahmen und darüber hinaus (Träger, Sponsoren etc.) eingebunden, welcher wiederum im direkten Austausch mit den gesellschaftlichen, politischen und rechtlichen Rahmenbedingungen steht, wodurch eine fortlaufender Austausch mit dem therapeutischen Raum hergestellt ist. Der individuelle Lebensraum spielt im Vergleich zum Klienten (s.o.) für den therapeutischen Prozess eine untergeordnete, aber nicht unwesentliche Rolle.

Ein weiterer Faktor, der unmittelbar den therapeutischen Raum bestimmt, aber in dieser Abbildung nicht gesondert dargestellt wurde, ist die Konstellation der **gesprochenen Sprache** (z.B. gemeinsame Muttersprache, gemeinsame Fremdsprache, Notlösungen) und damit die mögliche **Tätigkeit des Dolmetschers**, der/die eigene Handlungskompetenzen – bedingt aus professionellen, kulturellen und persönlichen Faktoren – in den Therapieprozess einbringt, die an dieser Stelle nicht weiter erörtert werden können.

Das therapeutische Vorgehen ist nicht richtungsweisend schulengebunden, es orientiert sich an dem situationsspezifischen Bedarf der Klientel sowie an schulenübergreifenden eklektischen Ansätzen bis hin zur integrativen Psychotherapie. Aus den genannten Faktoren entwickelt sich ein individueller therapeutischer Ansatz. Im folgenden Teil dieser Arbeit sind die sich aus dem therapeutischen Ansatz entwickelnde, in dieser Schnittmenge stattfindende Kommunikation und Interaktion zwischen Therapeut und Klient zu fokussieren und zu untersuchen.

4.2.1 Verlaufsbeschreibung

Sitzung I, 18.05. 1999

In der ersten Sitzung spricht der Therapeut zunächst das Thema „Allein-sein“ an. Anhand dieses Themas äußert sich der Klient über Aspekte angrenzender Problembereiche: der Konflikt mit Frau und Kindern, die ständige Grübeleien, die schlechte Wohnsituation und seine empfundene Isolation (vgl. Anhang, Satz I 1-I 9a).

Der Therapeut behält das Thema „Allein sitzen und -grübeln“ bei, wodurch das Thema Flucht zur Sprache kommt. Durch den vom Therapeuten aufgebauten Bezug zu der politischen Gesinnung des Klienten

und zu seinen persönlichen Daten, erzählt der Klient seine gesamte Fluchtgeschichte inklusive traumatisierender Situationen (vgl. Anhang, Satz I 10-I 18a).

Der Therapeut greift danach den Aspekt der Ressourcen des Klienten im Zusammenhang mit dessen Flucht und aufenthaltsspezifischer Lebenssituation im Exil auf. Der Klient spricht seine Gewalttätigkeit gegenüber seinen Kindern an. Der Therapeut vertieft das politische Problemlösungs- bzw. Fluchtverhalten des Klienten. Er hebt die Ressourcen des Klienten zur politischen Aktivität, sein Werte- und Normensystem und den damit verbundenen Sinnzusammenhang von politischer Arbeit und Verfolgung / Flucht im positiven Sinne hervor (vgl. Anhang, Satz I 19-I 24).

Der Therapeut geht im Verlauf auf den Themenbereich Asylverfahren ein. Im Anriss thematisiert er damit verbundene Emotionen und das Gefühl von Sicherheit im Exil, worauf sich der Klient eher knapp einlässt. Er fährt damit fort, die Ressourcen des Klienten im Rahmen seiner Verfolgungs- und Fluchtgeschichte hervorzuheben. Der Klient spricht in diesem Zusammenhang sein politisches Ziel, die Befreiung Kurdistans, an. Der Therapeut konfrontiert ihn mit der Vorstellung, in der Türkei weiter für seine Ideale zu kämpfen, woraufhin der Klient ein weiteres Mal seine traumatischen Erinnerungen anspricht. Der Therapeut setzt erneut mit der Hervorhebung der Ressourcen des Klienten im Rahmen seiner Verfolgungs- und Fluchtgeschichte als Individuum und Vater an. Der Klient antwortet kurz, aber direkt und auf seine Person bezogen. Nachdem kurz über das gegenwärtige Befinden im Therapieraum gesprochen wird, endet die Sitzung mit einer Terminabsprache (vgl. Anhang, Satz I 24a-I 49).

Sitzung II, 22.06.1999

Der Klient benennt gleich zu Sitzungsbeginn seine Problemlage (Konflikt mit dem Sozialamt aufgrund der Unterbringung, allgemein schlechtes Befinden) und seine Problemlösungsstrategie (die Überweisung in ein Krankenhaus) (vgl. Anhang, Satz II 1-II 3a).

Der Therapeut erfragt die Sachlage zu dem Problemzusammenhang der Unterbringungssituation des Klienten und seiner Familie. Der Klient beschreibt eine katastrophale Wohn- und Lebenssituation bei sich zu Hause und kommt sogleich auf den Konflikt mit dem Sozial-

amt aufgrund seiner Wohnsituation im Zusammenhang mit seiner asylrechtlichen Situation zu sprechen. Der Klient traut den Behördenvertretern nicht, politisiert die Haltung des Sachbearbeiters, bezeichnet ihn als „Kurdenfeind“ und fühlt sich selbst kriminalisiert. Er erwähnt nebenbei Schlaflosigkeit, Aggressionen und das Gefühl, isoliert zu sein (vgl. Anhang, Satz II 4-II 10a).

Der Therapeut fokussiert die innere Problemlage des Klienten, was der Klient kurz aufgreift, um dann auf einen weiteren Konflikt mit dem Sozialamt (Fahrtkosten zum PSZ) umzuschwenken. Der Therapeut setzt zum zweiten Mal mit einer Fokussierung der inneren Problemlage des Klienten an, wovon dieser abblockt. Der Therapeut erfährt, dass sich der Klient von einem Krankenhausaufenthalt Wohlergehen und Kontakt verspricht. Nachdem der Klient seine gegenwärtige Lebenssituation im Vergleich zu seinem vergangenen Gefängnisaufenthalt schlechter beschreibt, beginnt der Therapeut mit dem Erzählen einer orientalischen Geschichte nach PESECHKIAN 1979 (vgl. Anhang, Satz II 11-II 16).

In dieser Geschichte geht es darum, dass einer der besten Diener eines Sultans auf einer Seereise soviel Angst in der ihm gänzlich neuen Situation entwickelt, dass er durch sein nicht zu besänftigendes Jammern, Zittern und Weinen seinen Herrn und die Mannschaft in Rage bringt. Der weise Arzt des Sultans, der Hakim, tritt in diesem Moment hervor und befiehlt mit der Erlaubnis des Herrn, den Diener ins Meer zu werfen. Dieser klammert sich an der Bordwand fest und wird nach einigem Flehen wieder an Bord aufgenommen. Seitdem sitzt er ruhig und ohne ein Wort der Angst bis zum Ende der Reise in der Ecke des Schiffes. Die Weisheit, die hinter dieser Handlung steckt, erläutert der Hakim auf Anfrage des Sultans:

„Er hat noch nie das Salz des Meeres gekostet. Er wußte auch nicht, wie groß die Gefahr ist, die ihm im Wasser begegnet. Daher konnte er auch nicht wissen, wie kostbar es ist, die festen Planken eines Schiffes unter sich zu haben“ (PESECHKIAN 1979, S. 64, vgl. Anhang).

Der Klient reagiert mit der Bemerkung auf die Geschichte, dass der Sultan einen Hakim zur Lösungsfindung gehabt habe, und wer hingegen die Lösung für **ihn** finden solle. Der Therapeut geht auf den

Klienten ein und bietet ein Arbeitsbündnis an. Der Klient blockt ab und beharrt auf einem Aufenthalt im Krankenhaus. Der Therapeut spricht die organisatorischen und emotionalen Aspekte eines Krankenhausaufenthaltes an. Nach einem sich anschließenden Versuch, gemeinsam mit dem Klienten eine Alternative zum Krankenhausaufenthalt herauszufinden, leitet der Therapeut das Sitzungsende ein. Der Klient besteht auf einer Terminabsprache. Nach der Absprache des Termins wird das Setting beendet (vgl. Anhang, Satz II 16a-II 31a).

Sitzung III, 13.07.1999

Der Klient kommt verstimmt in das Setting. Es stellt sich heraus, dass er sich von den Ärzten des Krankenhauses, in dem er sich aufhielt, belogen und schlecht behandelt fühlt. Auch dem Therapeuten misstraut er wegen einer für ihn nachteiligen Aussage. Der Therapeut versucht diese angebliche Aussage. Der Klient fühlt sich weiterhin belogen. Er betont seine allgemein schlechte Verfassung. Er reicht dem Therapeuten zwei Schreiben bezüglich seiner Anliegen beim Sozialamt im Rahmen der Wohnungssuche (vgl. Anhang, Satz III 1-III 7a).

Nachdem er sie durchgelesen hat, definiert der Therapeut seine Rolle als Psychologe und Psychotherapeut. Er stellt klar, was in diesem Rahmen seine Aufgaben sind. Der Klient betont seine Hilflosigkeit, woraufhin der Therapeut sein Wutgefühl bei dem Gedanken an dessen Problemlösungsverhalten äußert. Der Therapeut wertet dann das Engagement des Klienten zur Wohnungssuche positiv. Er stellt die Verbindung zu dem gesamten Problembereich des Klienten (Wohnsituation, Familienkonflikt, Isolation, traumatische Erinnerung) und zur notwendigen psychologischen Bearbeitung des Konfliktfeldes her. Nachfolgend fokussiert er den innerfamiliären Konflikt des Klienten und lenkt auf dessen vorhandene Selbstwahrnehmung (vgl. Anhang, Satz III 8-III 11 a).

Der Klient greift dies auf und beschreibt seine Konfliktsituation und seine damit verbundenen Emotionen. Der Therapeut beginnt mit der Bearbeitung der Aggressionen und der Anwendung von Gewalt gegenüber der Ehefrau und den Kindern. Nachdem der Klient in der Beschreibung erneut abzublocken droht, verständigt sich der Therapeut gemeinsam mit ihm über den Sinn der Psychotherapie, die Erforderlichkeit der Mitarbeit und die zu diesem Zweck benötigte Koopera-

tionsbereitschaft. Der Klient spricht seine Bereitschaft zur Mitarbeit explizit aus (vgl. Anhang, Satz III 12-III 27 a).

Der Therapeut leitet ein Rollenspiel ein. Darin wird der Klient mit sich selbst als gewalttätiger Vater und seinen vorausgehenden inneren Mechanismen konfrontiert. Der Klient wird dazu gebracht, sich in die Rolle seiner Ehefrau, die von ihm Gewalt erfährt, zu versetzen und die darin bestehende Aufregung, Anspannung und Angst zu spüren. In dem Moment höchster Anspannung nimmt der Therapeut ihn aus der Situation und aus den Therapieraum heraus. Sie gehen zu zweit nach draußen. Der Klient lernt eine Atemübung (vgl. Anhang, Satz III 28-III 40a).

Wieder im Therapieraum sitzend, nimmt der Therapeut dem Klienten das Versprechen ab, ab sofort immer bei aufquellender Wut und Gewaltbereitschaft nach draußen zu gehen. Der Klient gibt nach kurzem Zögern sein Versprechen und schlägt in die ausgestreckte Hand des Therapeuten ein. Der Therapeut gratuliert dem Klienten zu diesem Schritt, gibt ihm als Gegenleistung sein Wort, sich beim Sozialamt ein weiteres Mal für den Wohnungswechsel einzusetzen. Nach einer Terminabsprache wird die Sitzung beendet (vgl. Anhang, Satz III 41-III 46a).

Sitzung IV, 24.08.1999

Das vierte Therapiesetting leitet der Therapeut mit der Rückfrage über das Ergehen des Klienten seit der letzten Sitzung ein. Der Klient berichtet über seine Fortschritte. Der Therapeut zeigt auf, welcher Art die Handlungen des Klienten sind und welchen Nutzen er davon hat. Der Klient gewinnt Einsicht in seine Verhaltensweisen, äußert sich über Selbststeuerungsfähigkeiten und vergleicht mit seinen früheren Verhaltensweisen (vgl. Anhang, Satz IV 1-IV 13).

Der Klient thematisiert den Problembereich seiner Herzschmerzen und seiner Schlafstörungen. Der Therapeut greift das Thema Schlafstörungen auf und beginnt mit einer Exploration zu den Lebensgewohnheiten des Klienten. Es stellt sich heraus, dass dieser zum einen unregelmäßige Ess- und Trinkgewohnheiten entwickelt hat und zum anderen unter Angstzuständen in Verbindung mit heftigen Alpträumen leidet. Der Therapeut weist den Klienten auf eine frühere Abmachung über die Vermeidung des Teetrinkens am Abend. Er konfrontiert ihn

mit dessen Eigenverantwortlichkeit und motiviert ihn, sich für ein wiederholtes Erleben des erholsamen Schlafs einzusetzen. Sie handeln beide einen Kompromiss aus (vgl. Anhang, Satz IV 13a-IV 44a).

Im nächsten Schritt thematisiert der Therapeut die Albträume des Klienten. Die Bearbeitung der Albträume erfolgt durch eine wiederholte Exploration der erinnerten Bilder, worin vorhandene Gefühle des Klienten aktiviert werden. Es folgt eine dritte Exploration der Erinnerung, wozu sich Klient und Therapeut Seite an Seite platzieren. Der Therapeut fokussiert eine traumatische Szene und lässt sie vom Klienten beschreiben. Der Therapeut fordert ihn dazu auf, ein wiederholtes Mal die Szene zu beschreiben. Diesmal begleitet er ihn in die Szene hinein, führt eine EMDR-Übung⁵ durch, fragt nach dessen körperlicher Wahrnehmung und ruft mit seinen Worten die traumatische Situation in Erinnerung. Der Klient nimmt sich körperlich wahr und wird emotional. Der Therapeut führt ein zweites Mal die EMDR-Übung durch und sensibilisiert den Klienten auf vorhandene Wut- und Angstgefühle. Der Klient weint. Er äußert sich über seine vorhandenen Emotionen und klagt über Kopfschmerzen, die der Therapeut mit einer kurzen Massage bearbeitet (vgl. Anhang, Satz IV 45-IV 66).

Zum Abschluss der Sitzung tauschen sich beide über den Sinn und die Wirkung der Übung aus, worin der Klient eine veränderte positive Sichtweise über die Therapie gegenüber dem Krankenhaus und eine starke Veränderungsbereitschaft signalisiert. Die Sitzung endet mit einer erneuten Terminabsprache (vgl. Anhang, Satz IV 67-IV 75).

5 EMDR ist ein von der Amerikanerin SHAPIRO entwickeltes behavioral-psychodynamisches Therapieverfahren und basiert auf einem neurophysiologisches Modell, das davon ausgeht, dass die traumatische Erfahrung unverarbeitet vor den für die Verarbeitung des Traumas notwendigen neuronalen Netzwerken festhänge. Die speziell entwickelte EMDR-Methode ermögliche durch die Lenkung der Augenbewegung den Zugang der traumatischen Erfahrung zu den neuronalen Netzwerken. Es komme durch EMDR zu einer Verbindung zwischen erweiterter Erinnerung und dazugehörigen Affekten, wodurch schließlich die mit der traumatischen Erfahrung verbundenen Informationen im Gehirn miteinander in Verbindung geraten, geordnet und verarbeitet werden könnten, siehe SHAPIRO 1998, S. 427. Die Anwendung von EMDR ist umstritten, da sie starke Affekte auslösen kann, die evtl. eine Retraumatisierung bewirken. Zur Zeit mangelt es an überprüfbaren Falldokumentationen und Langzeitstudien im Rahmen der Behandlung extremtraumatisierter Personen, siehe BZFO 1999, S. 2.

4.2.2 Hypothesen zur therapeutischen Interaktion – Analyse- und Interpretationsverfahren

Die Hypothesen werden anhand des schriftlich fixierten Inhalts der Sitzungsprotokolle abgeleitet. Ihre Darstellung sowie das sich anschließende Analyse- und Interpretationsverfahren ordnen sich den in Hypothese 0 angegebenen Phasen (I-III) zu. Inhaltlich ist zwischen Hypothesen zum Therapeutenverhalten, zum Klientenverhalten und zum therapeutischen Prozess zu unterscheiden (A-C).

Hypothese 0, phasenspezifische Aufteilung des Therapieverlaufs

Der beschriebene Therapieverlauf lässt sich aufgrund der offensichtlich unterschiedlichen Strukturierung des Prozesses, der veränderten therapeutischen Beziehung mit veränderter Rollenwahrnehmung von Klient und Therapeut, einer andersartigen Problemwahrnehmung und Problembearbeitung beider Gesprächspartner sowie der unterschiedlichen therapeutischen Vorgehensweisen in drei Phasen aufteilen:

- Phase I: Problemanbahnung,
- Phase II: Problemwahrnehmung und -fokussierung,
- Phase III: lösungsorientierte Problemlenkung und -bearbeitung.

Überprüfung:

Die Phase I der Problemanbahnung lässt sich von Satz I 1 bis Satz I 49, die Phase II der Problemwahrnehmung und -fokussierung von Satz II 1 bis Satz III 11a und die Phase III der Problemaufbereitung von Satz III 12 bis Satz IV 75 einteilen (vgl. Anhang).

Diese Einteilung ist aufgrund des einheitlichen Verlaufs sowie der einheitlichen Wirkung und Form des Therapeuten- und Klientenverhaltens sowie des Therapieprozesses – wie in 4.2.2.1 *Phase I: Problemanbahnung*, 4.2.2.2 *Phase II: Problemwahrnehmung und -fokussierung* und 4.2.2.3 *Phase III: Lösungsorientierte Problemlenkung und -bearbeitung* überprüft und beschrieben – vorzunehmen.

4.2.2.1 Phase I: Problemanbahnung

Hypothese Phase IA: zum Therapeutenverhalten

Der Therapeut folgt der Problemwahrnehmung des Klienten und umgeht eine konfrontierende Bearbeitung des Traumas. Der Erhalt und die Stabilisierung der therapeutischen Beziehung sowie die Aktivierung von Ressourcen des Klienten werden der Problemkonfrontation und der Motivierung zur gezielten tiefgehenden Problembearbeitung übergeordnet.

Vorinterpretation:

Der Therapeut folgt dem Klienten in dessen Beschreibung vorhandener Problembereiche, tastet sich schrittweise, langsam an den Problemerkern des Klienten heran, umkreist das Problemfeld, geht bei entstehenden Widerständen Umwege, die den Problemerkern anreißen (vgl. Anhang, Satz I 15-18, I 25-28; I 38). Er knüpft an die gegenwärtige Situation des Klienten, dessen mitgebrachte Vorstellungen über bestehende Problemfelder an, wozu alltagspraktische, nach außen gelagerte Probleme und Konflikte – z.B. im Asylverfahren und bei den Behörden – gehören (vgl. Anhang, Satz I 25-I 27).

Er aktiviert in bestimmten Situationen, z.B. beim Aufkommen von Widerständen oder dem Erzählen der traumatischen Erfahrung, die Ressourcen des Klienten im Hinblick auf dessen Flucht- und Verfolgungsgeschichte sowie dessen politisches Engagement. Er bringt dem Klienten diesbezüglich ein hohes Maß an Wertschätzung und Solidarität entgegen (vgl. Anhang, Satz I 11-I 18). Er setzt dieses Vorgehen gezielt als Richtungs(um)lenkung oder Bremse in der Gesprächsführung ein, zudem erlaubt es ihm, über diesen Weg einen Einblick in das Werte- und Normensystem und in die Selbstwahrnehmung des Klienten zu erhalten. Letztlich gelingt es ihm darüber auch, zu der inneren Problemlage und -wahrnehmung des Klienten Zugang zu gewinnen (vgl. Anhang, Satz I 21-I 24, I 34-I 37; I 41-I 46).

Überprüfung:

Der Therapeut greift die vom Klienten angebrachten Aspekte zum Thema auf. Er erfragt die Perspektive des Klienten und verknüpft sie mit dem Oberthema „Allein-sein“. Der Therapeut bleibt durch Zusam-

menfassungen beim Oberthema, führt die neuen Aspekte des Klienten darauf zurück. Er greift über einen Türöffner zum Aspekt „kreisende Gedanken“ aus den Klientenäußerungen das neue Oberthema „Auswirkung von Flucht und Verfolgung“ auf. Er geht technisch mit den Grundelementen der Gesprächsführung vor: dem Türöffner, der Umschreibung und der Zusammenfassung (vgl. UBBEN 2000, Teil I & II, Satz I 1a-I 9a).

Ab dem zweiten Thema pendelt der Therapeut zunächst zwischen der zeitlichen Perspektive der Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft hin und her und hält dann an der zeitlichen Ebene der (Vor-) Fluchtphase fest (vgl. UBBEN 2000, Teil I & II, Satz I 12-I 18). Nachdem der Klient über seine Fluchtgeschichte berichtet hat, setzt der Therapeut die zeitliche Ebene der Vergangenheit in Relation zur Gegenwart und pendelt im weiteren Verlauf bis zum Sitzungsende zwischen Vergangenheit und Gegenwart hin und her (vgl. UBBEN 2000, Teil I & II, Satz I 19-I 24, I 25-I 33, I 34-I 35; I 36-I 37; I 38-I 42).

Auf der Ebene des inhaltlichen Verlaufs betrachtet, bewegt sich der Therapeut nun in das Thema der Verfolgungsgeschichte hinein und greift gezielt das Thema der Vorfluchtphase auf. Eine Verknüpfung der Technik und des Inhalts macht ersichtlich, dass er über eine metaphorische („Zigeunerleben“) und ressourcengebundene (politische Arbeit in der PKK) Brücke zusehends persönlichere Äußerungen des Klienten erwirkt, sie umschreibt und darüber die Tür zur Thematisierung der Flucht- und Verfolgungsgeschichte öffnet. Die Kategorie „Art der Sprechhandlung“ zeigt, dass er anfangs die angeführten Aspekte des Klienten ignoriert, jedoch an dessen Äußerungen zum Thema Arbeit anknüpft. Der Standort der Sprechhandlung weist auf eine Vertiefung der Thematik in Bezug auf die Außenwelt, er fixiert nicht die inneren Vorgänge des Klienten (vgl. UBBEN 2000, Teil I & II, Satz I 9-I 18).

Der eher informative Charakter der Gesprächsführung wird auch am Beispiel des Umgangs mit der berichteten Flucht- und Verfolgungsgeschichte deutlich. Technisch gesehen fasst er kurz die Ausführungen des Klienten über dessen Verfolgungsgeschichte zusammen und lenkt über Türöffner und Umschreibungen das Gespräch auf Nebenaspekte der Fluchtgeschichte. Aus dem Aspekt des Asylverfahrens entwickelt er den Aspekt der Emotionen, auf den sich der Klient nicht

tiefer einlässt. Er greift den vom Klienten angesprochenen Aspekt der Sicherheit im Exil auf, welchen er, auch mit Hilfe eigener Meinung, positiv darzustellen versucht (vgl. UBBEN 2000, Teil I & II, Satz I 19-I 33).

Der Therapeut lenkt inhaltlich auf die Ressourcen des Klienten, die ihm zur Flucht verholffen haben, und verstärkt diese positiv. Er umschreibt dessen Äußerungen und kommt so auf die äußeren, politischen Fluchtursachen zu sprechen. Er bewirkt in diesem Aspekt die Konfrontation des Klienten mit dessen Erinnerung an die Verfolgung (vgl. UBBEN 2000, Teil I & II, Satz I 34-I 41). Daran anschließend kommt er mittels einer ICH-Botschaft auf die Ressourcen des Klienten im Zusammenhang mit dessen persönlichen Eigenschaften (Rettung des Lebens, Opferbereitschaft, schützender Vater, Lebensphilosophie) zu sprechen. Er wirkt positiv verstärkend auf das Verhalten des Klienten ein, lenkt dessen Aufmerksamkeit auf dessen innere Werte im Umgang mit sich und seiner Familie (vgl. UBBEN 2000, Teil I & II, Satz I 42-I 46).

Interpretation:

Es ist deutlich geworden, dass der Therapeut in dieser Phase die Bearbeitung innerer Konfliktfelder des Klienten mit großer Vorsicht angeht. Er baut dem Klienten zwei aufeinander folgende Brücken in die Erinnerung der Vorflucht- und Fluchtgeschichte (vgl. Anhang, Satz I 14-I 18). Die erste Brücke ist die Anwendung einer Metapher, durch die der Klient aufgefordert wird, sein eigenes Leben mit seiner Idee über das Leben der Sinti und Roma zu vergleichen. Die andere, darauf folgende Brücke ist das Aufgreifen des Bezugs zur Zugehörigkeit des Klienten zu der Gruppe der Kurden als verfolgte ethnische Minderheit. Durch die aufgestellten Vergleiche verstärkt sich die Bereitschaft des Klienten zur Erinnerung an die Verfolgungsgeschichte. Eine folgende Herstellung des persönlichen Bezugs zum Klienten (Alter bei Fluchtbeginn) lässt die Erinnerung an die Verfolgungs- und Fluchtgeschichte zur Sprache kommen.

Der Therapeut umgeht nachfolgend eine Bearbeitung und Intensivierung der traumatischen Erfahrung um eine Konfrontation zu vermeiden (vgl. Anhang, Satz 19-45). Es bestehen mehrere mögliche Gründe für dieses Vorgehen. Zum einen könnte er den Klienten für

eine Traumabearbeitung noch nicht ausreichend vorbereitet bzw. stabil genug betrachten, denn eine schnelle, intensive „kathartische“ (Freud) Bearbeitung des Traumas, ohne Kontroll-, Stabilisierungs- und Integrationskompetenzen ist definitiv kontraindiziert. Zweitens könnte der Therapeut durch eine Konfrontation einen noch stärkeren Rückzug in das bestehende ideologische Werte- und Normensystem anstelle von heilsamen Zulassen vorhandener Emotionen vermuten. Drittens erahnt er möglicherweise, dass eine direkte Konfrontation und damit plötzlich ausgelöste Emotionen für den Klienten Vertrauensbruch und Verletzung des Ehrgefühls bewirken und eine Gefahr für die therapeutische Beziehung bedeuten könnten. In dem durchgeführten Interview gibt der Therapeut an, dass er den Klienten Anfangs wie ein „Dynamitfass am Explodieren“ erlebt hat und dass er ihn zu Beginn der Therapie in seinen Mitteilungen über die traumatische Erfahrung stoppte, da er ihn nicht stabil genug für eine gründliche Arbeit empfand. Er dosiert das Gespräch mit dem Klienten über die traumatische Erfahrung in kurzfristige, im Verlauf häufiger auftretende 10-15 Minuten Einheiten, um anschließend in eine andere Thematik einzusteigen (THERAPEUT 1999, S. 13f.).

Der Therapeut beginnt, die Aufmerksamkeit des Klienten nach dessen Bericht über die Flucht- und Verfolgungsgeschichte auf vorhandene innere Bezüge zur politischen Arbeit zu richten. Damit stärkt er die Orientierung des Klienten in dessen Werte- und Normensystem, was diesen stabilisiert. Nach dem Bericht über die traumatische Flucht- und Verfolgungsgeschichte aktiviert er die Ressourcen des Klienten (vgl. Anhang, Satz I 19-I 24, I 41-I 46).

Die Ressourcen, die der Therapeut anspricht, lassen sich als politische und individuelle Ressourcen voneinander unterscheiden. Der Therapeut aktiviert zunächst die politischen Ressourcen, worunter die Hervorhebung von der politischen Gesinnung, von Aktivitäten zur Demonstration der politischen Gesinnung sowie von den Fähigkeiten, durch die politische Gesinnung Verfolgung und Folter überlebt zu haben, zählen. Darauf folgend aktiviert der Therapeut die individuellen Ressourcen. Er entbindet das Verhalten des Klienten von dessen politischer Gesinnung und ordnet es dessen individuellen Bedürfnissen und Werten zu, z.B. Flucht, Opferbereitschaft, zum Überleben, Schutz der Familie, Anwendung von Lebensphilosophie. Darüber

unterstützt er den Klienten, sich schrittweise von seinen fixierten politischen Wahrnehmungen zu entkoppeln, positive Ressourcen adäquat wahrzunehmen und diese im praktischen Denken, Fühlen und Handeln umzusetzen. Über die Entwicklung positiver Ressourcen werden nach integrativem Ansatz innere Kräfte zum Überleben aufgespürt und gleichzeitig Kompensationsmöglichkeiten und Entlastungen bei der Traumaverarbeitung geschaffen (vgl. KOOP 1999, S. 19).

Der Therapeut bringt außerdem breitgefächerte Aspekte zum Thema an: Er hakt in asylrechtlichen Angelegenheiten nach, signalisiert dadurch Unterstützung und gewinnt Vertrauen. Er spricht das Thema Emotionen kurz an, danach versucht er, dem Klienten das Empfinden von Sicherheit im Exil zu vermitteln (vgl. Anhang, Satz I 25-I 33). Dieses Vorgehen stützt die Erarbeitung von Ressourcen und stärkt die therapeutische Bindung. Es begründet sich in dem Konzept des Therapeuten, die Geschwindigkeit des therapeutischen Vorgehens in kritischen Situationen, wie z.B. dem explosionsartigen Bericht über die traumatische Erfahrung oder einer instabilen therapeutischen Beziehung, das Thema zu wechseln, empathisch zu werden und die Beziehung zu festigen (vgl. THERAPEUT 1999, S.14).

Hypothese Phase IB: zum Klientenverhalten

Die Problemwahrnehmung des Klienten greift nicht nach innen, sondern schweift auf äußere Konflikte mit der Umwelt ab. Der eigene Standort im Therapieprozess und seine Rolle als Klient ist ihm nicht deutlich. Die Motivation zur Arbeit an inneren Problemfeldern ist wenig vorhanden. Die traumatische Erfahrung wird zum Selbstschutz informierend, aber nicht erinnernd berichtet. Die Beziehung zum Therapeuten erscheint nur eingeschränkt vertrauensvoll.

Vorinterpretation:

Der Klient greift den Faden des Therapeuten auf und nutzt die Gelegenheit, seine eigene Problemwahrnehmung daran anzuknüpfen, lenkt die Aufmerksamkeit wiederholt auf neue Problemaspekte. Er nimmt seine Probleme an äußeren, gegenwärtigen Konflikten (Wohnsituation) festgemacht wahr. Dem Angebot des Therapeuten zur Bearbeitung des inneren Erlebens der Probleme wird ausgewichen, was

der Entwicklung von Widerständen gleichkommt (vgl. Anhang, Satz I 4a-7a, I 21a-I 23a).

Die eigene Verfolgungsgeschichte wird durch den vom Therapeuten hergestellten persönlichen Bezug sachlich-informativ wiedergegeben (vgl. Anhang A Satz I 18a, I 40a). Direkt im Anschluss des Berichts spricht der Klient in seinem Verhalten vorhandene innere Konflikte an, stellt sie gekoppelt mit Selbstvorwürfen und Schuldgefühlen dar (vgl. Anhang, Satz I 19a, I 20a, I 35a).

Die Konflikte des Klienten sind hierarchisch geordnet: Die äußeren Konflikte liegen an der Oberfläche, darunter befinden sich innere, an die traumatische Erfahrung gekoppelte persönliche Konflikte (vgl. Anhang, Satz I 4a-I 6a und I 18a-I 19a.).

Die Beziehung zum Therapeuten ist bedingt vertrauensvoll, der Klient lässt sich nur schrittweise und durch die Wertschätzung und Anerkennung des politischen Hintergrundes auf den Therapeuten ein (vgl. Anhang, Satz I 9a-I 18a).

Die Motivation des Klienten, an sich persönlich zu arbeiten und sich zu verändern, ist wenig vorhanden. Er nimmt seine Situation durch die Brille seines Werte- und Normensystem wahr und ist somit eher darauf fixiert, dass seine Probleme von äußeren Umständen verursacht werden. Mit zunehmender Wahrnehmung der äußeren Lebensbedingungen, z.B. seines ungesicherten Aufenthaltsstatus in der BRD, verstärkt sich die bedrohliche Wahrnehmung der Außenwelt, was wiederum das Festhalten an seinem gewohnten Schutzmechanismus, die Verlagerung innerer Konflikte nach außen, bewirkt (vgl. Anhang, Satz I 5a, I 10a-I 12a, I 16a).

Überprüfung:

Der Klient nutzt das angeschnittene Thema und hängt die Wahrnehmung seiner äußeren aufenthaltsrechtlich bedingten Lebenssituation sowie seines eigenen Handelns an die Umschreibungen und Zusammenfassungen des Therapeuten. Er bringt immer neue Aspekte zum Thema an, die sich an äußeren Zusammenhängen orientieren und innere Problembereiche nur anreißen. Seine Aspekte wirken auf die vom Therapeuten angeführten Aspekte überwiegend ausweichend

und bezüglich der derzeitigen Situation lamentierend (vgl. UBBEN 2000, Teil I & II, Satz I 1a-I 8a).

Er kommt auf das Thema seiner Flucht- und Verfolgungsgeschichte und auch hier auf mehrere unterschiedliche Aspekte zu sprechen, die inhaltlich mehr mit seiner politischen Arbeit und den Auswirkungen auf seine Familie zu tun haben als mit seinem individuellen, inneren Erleben. Er wechselt auf zeitlicher Ebene zwischen Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft hin und her. Inhaltlich spricht er abwechselnd von „ich“ und von „wir“ (Familie / Kurden). Der Vergleich über die Metapher des Zigeunerlebens und der Bezug auf seine Identität als Kurde bringen ihn dazu, sich von dem Vorgehen des Therapeuten leiten zu lassen und schließlich überraschend ausführlich über seine Verfolgungs- und Fluchtgeschichte emotionslos zu erzählen (vgl. UBBEN 2000, Teil I & II, Satz I 9a-I 18a).

Im Anschluss seines Berichtes ist der Klient inhaltlich gesehen so auf seine verfolgungsspezifische innere Problemlage fixiert, dass er sich selbst sein aggressives Verhalten gegenüber Frau und Kindern vorwirft, sich selbst dafür schuldig spricht und zunächst nicht auf die Äußerungen des Therapeuten reagiert (vgl. UBBEN 2000, Teil I & II, Satz I 19a-I 20a). Auf die thematische Richtungslenkung des Therapeuten, die Erinnerung an seine politischen Ideale, lässt er sich ein. Einer kurzen Frage zu seinen Emotionen weicht er über den Aspekt seiner politischen Arbeit im Exil aus (vgl. UBBEN 2000, Teil I & II, Satz I 21a-I 33a).

Zunächst bereitet die Opferbereitschaft des Klienten für politische Ideale dem Versuch des Therapeuten zur Aktivierung von Ressourcen Schwierigkeiten. Erst eine bedrohliche Rückversetzung in die reale Situation der KurdInnen in der Türkei sensibilisiert ihn für seine inneren Werte und für die Sorge als Vater seiner Kinder (vgl. UBBEN 2000, Teil I & II, Satz I 34a-I 46a).

Interpretation:

Der Klient weist in dieser Phase seiner Lebenssituation entsprechende Verhaltensweisen auf. Die Verlagerung seiner Konflikte nach außen, d.h. in diesem Fall die Fixierung des Klienten auf seine Wohnsituation und den Behördenkonflikt sowie das Ansprechen vieler unterschiedlicher und teilweise ungeordneter Aspekte, erscheint allgemein

als Möglichkeit, um überhaupt Konflikte zum Ausdruck zu bringen (vgl. Anhang, Satz I 1a-I 11a).

Die asyl- und aufenthaltsspezifische Situation spielt eine wichtige Rolle im Klientenverhalten. Es sind die restriktive Gesetzeslage (z.B. AsylbLG), seine Unkenntnis über das Versorgungssystem, das fehlende soziale Netz, sein unsicherer Aufenthaltsstatus, die Fortsetzung der marginalen Lebenssituation sowie das Festhalten an der ursprünglichen politischen Identität – eine Fortsetzung der langjährigen Fluchtgeschichte –, die ihn in seiner Handlungsfähigkeit einschränken und ihn dazu veranlassen, seinen Unmut auf äußere Umstände / Personen zu projizieren.

Daneben stellt seine kulturspezifische Situation einen relevanten Faktor dar. Der Klient ist es aufgrund seiner Sozialisationsstrukturen nicht gewohnt, innere Konflikte zu thematisieren. Diese Haltung liegt größtenteils in seiner 19-jährigen Verfolgungs- und Fluchtgeschichte für die Befreiung der Kurden sowie seinem traditionellen / patriarchalischen Männerbild (vgl. Anhang, Satz 37a). Der Klient spricht häufig von „wir“ und nicht in „ich-Form“. Zur Befreiung der Kurden wäre er zu allem bereit (vgl. Anhang, Satz I 5a-10a. I 23a). Seine Entschlossenheit, für die Beendigung der Kurdenproblematik zu leben, bildet ein wesentliches Element in seinem Werte- und Normensystem und in seinen Sinnstrukturen. Dies spiegelt auch das Interview wider, in dem er eingangs betont, dass die politische Meinung ausschlaggebend für Kontakte und Kontaktqualität ist. Die Kontakte sind im Exil gleichzeitig instabil, da untereinander aus politischen Gründen großes Misstrauen herrscht. Die gemeinsame politische Gesinnung wie auch die Versprechungen der Partei bieten ihren Anhängern prinzipiell Rückhalt. Das Leben für politische Ideale erhält auch deswegen Sinn, weil die Repressionen in der Türkei sehr stark sind (vgl. Klient 1999, S. 1-4).

„Wir sind sehr stark assimiliert worden und gefoltert und deshalb sind wir auf der Suche nach dem, was wir sind“ (Klient 1999, S.4).

Auch der Umgang der traditionellen Gesellschaft mit psychischen Erkrankungen, im Fall des Klienten der Glaube an das Schicksal – „das Urteil ist bestimmt, das ist gegeben“ – ist ein wichtiger Punkt (Klient 1999, S. 7).

Daneben leisten die (selbstschützenden) Wirkungen der extremtraumatischen Erfahrungen ihren Beitrag zum Klientenverhalten. Sie bringen u.a. Selbstanklage und Schuldgefühle, Selbstisolationstendenzen sowie Identitätskonflikte hervor, die jedoch im eigenen Bewusstsein u.a. zum Selbstschutz durch nach außen gelagerte Konflikte verdeckt werden. Die extremtraumatische Erfahrung wird entsprechend den drei Hauptsymptomgruppen der PTSD, Erinnerungsdruck, Vermeidungsverhalten und physiologisches Hyperarousal, erlebt.

Dies erklärt, warum der Klient seine Verfolgungs- und Fluchtgeschichte sachlich-informativ und in einem Monolog berichtet (vgl. Anhang, Satz I 18a). Die Möglichkeiten zum heilsamen Erinnern fehlen ihm bislang. Im Anschluss seines Berichtes macht er quälende, schuldbeladene Gedanken und Emotionen sowie sein aggressives Verhalten offenkundig, die unterschwellig in seinem Bewusstsein vorhanden sind (vgl. Anhang, Satz 19a-I 20a). Die angestauten Aggressionen und andere Emotionen wie auch kognitive Muster sind Auswirkungen der Folter, die typischerweise im Kreis der Familie zum Ausdruck gebracht und ausgetragen werden.

Es findet wahrscheinlich eine systematische Unterordnung individueller und persönlicher Interessen unter die politischen und gemeinschaftlichen Interessen und Perspektiven statt. Es scheint, als ob er sich in dieser Phase in einem Dilemma zwischen Aufrechterhaltung des politischen / kollektiven Selbstbildes und dessen Veränderung zu einem entpolitisierten / individuellen Selbstbild befindet, was seine Rollenauffassung als Klient beeinflusst. Indem er sich seinen inneren Vorgängen widmet, ist er mit der Widersprüchlichkeit des Erlebens (z.B. Angst) und dem Ausdruck nach außen (Aggressionen) konfrontiert, wovor er sich durch seine ausweichende Problemwahrnehmung und das Festhalten an politischen Sinnstrukturen schützt (vgl. Anhang, Satz I 21a-I 46a).

Hypothese Phase IC: zum Therapieprozess

Der Therapieprozess geht in der ersten Phase nur langsam voran. Er erscheint unstrukturiert und bewegt sich nicht linear auf den Problemerkern zu. Die Dynamik des Therapieprozesses verläuft auf einer Ebene zirkulär.

Vorinterpretation:

Der therapeutische Prozess wirkt in der ersten Phase dadurch unstrukturiert, dass beide Gesprächspartner vorhandene Problemkerne umkreisen. Hinter dem Umkreisen der Probleme stehen mehrere bereits genannte Gründe. Es sind auf Klientenseite Widerstände im therapeutischen Prozess vorhanden, die von Therapeutenseite aus zunächst nicht konfrontierend, sondern über einen Vergleich mit der Vorfluchtphase, dem Ansprechen der politischen Orientierung und die Stärkung der persönlichen Eigenschaften des Klienten bearbeitet werden (vgl. Anhang, Satz I 20-I 49).

Es werden beidseitig viele verschiedene Themenbereiche angeschnitten, wodurch es zu einer Sammlung von Aspekten kommt. Die vom Therapeuten entgegengebrachte Wertschätzung wird vom Klienten zur Betonung seiner politischen Ideale, nicht aber zur Vertiefung seiner inneren Konflikte aufgegriffen. Beide Kommunikationspartner geraten im Sinne einer angemessenen Problembearbeitung zunehmend aus einem Gleichklang (vgl. Anhang, Satz I 38-I 49).

Überprüfung:

Innerhalb des therapeutischen Prozesses werden zwei verschiedene Oberthemen bearbeitet: zu Beginn das Thema „Allein sein“ und daraus entspringend das Thema „Auswirkung von Flucht und Verfolgung“. Das zweite Thema wird bereits im ersten Abschnitt des Settings aufgeworfen und bis zum Schluss beibehalten (vgl. UBBEN 2000, Teil 1 & Teil 2, Satz I 1-I 9a und Satz I 10-I 49). Durch die Kategorie „Bearbeitung im Verlauf“ wird sichtbar, dass der Klient gehäuft neue Aspekte aufwirft (vgl. UBBEN 2000, Teil 1 & Teil 2, Satz I 1a-I 19a). Der Therapeut bleibt zunächst dabei, am Oberthema zu arbeiten (vgl. UBBEN 2000, Teil 1 & Teil 2, Satz I 1-I 19). Er geht im Verlauf nach dem Bericht der Verfolgungs- und Fluchtgeschichte dazu über, die Aspekte des Klienten aufzugreifen, daran zu arbeiten, sie aber nicht als Thema bzw. Bearbeitungseinheit zu vertiefen und eigene Aspekte anzuführen (vgl. UBBEN 2000, Teil 1 & Teil 2, Satz I 20-I 49). Dies wird auch daran sichtbar, dass technisch gesehen punktuell die Heuristiken der reflexiven Abstraktion und der Emotionsverarbeitung auftauchen, aber nicht ihre Fortsetzung oder Vertiefung finden (vgl. UBBEN 2000, Teil 1 & Teil 2, Satz I 10; I 19; I 29; I 30). Durch die

Gesprächsbausteine wird sichtbar, dass der Therapeut häufig Türöffner einsetzt und den Prozess damit ausweitet, ihn aber nicht in die Tiefe führt (vgl. UBBEN 2000, Teil 1 & Teil 2, Satz I 20-I 39).

Interpretation:

Der Therapieprozess verläuft durch die Problemwahrnehmung des Klienten und die Problembearbeitung des Therapeuten insbesondere nach dem Bericht des Klienten über dessen Verfolgungs- und Fluchtgeschichte thematisch in die Breite und weniger in die Tiefe.

Auffällig ist, dass der Bericht einen Wendepunkt darstellt. Die Themenkonzentration des Therapeuten und des Klienten liegt auf unterschiedlichen, mit der Verfolgungs- und Fluchtgeschichte verbundenen Aspekten (vgl. Anhang, Satz I 19a-I 46a).

Das ressourcenorientierte und klientenorientierte Vorgehen des Therapeuten bewirkt einerseits eine Stabilisierung des Klienten. Es trägt dazu bei, dass die Fähigkeit des Klienten zur geistigen Einordnung sowie zum Verstehen und zur Sinngebung der traumatischen Erfahrung (Kohärenzsinn) unterstützt wird. Andererseits entsteht dadurch eine therapeutische Struktur, die sich an der Oberfläche bewegt und dem Klienten in seinen verschiedenen Gedanken sowie in seiner Unstrukturiertheit wenig Orientierung bietet und seine innere Not nicht aufgreift bzw. bearbeitbar macht.

Ein weiterer Aspekt ist, dass es sich in dieser Therapiephase möglicherweise um einen Phasenwechsel im Rahmen der Traumatherapie handelt (vgl. HERMAN 1993, S.216; BUTOLLO 1997, S. 43ff.). Der Klient befindet sich allen Anzeichen nach zwischen der ersten Phase – dem Bedürfnis der Vermittlung von Sicherheit / Stadium der Verleugnung – und der zweiten Phase – dem Erinnern und Betrauern der traumatischen Erfahrung / dem Stadium des emotionalen Ausdrucks –, was beiden Gesprächsteilnehmern in diesem Prozess noch nicht deutlich ist.

4.2.2.2 Phase II: Problemwahrnehmung und -fokussierung

Hypothese Phase IIA: zum Therapeutenverhalten

Der Therapeut begegnet der drohenden Stagnation des therapeutischen Prozesses und der bedrohten Stabilität der therapeutischen Beziehung, indem er durch das Erzählen einer orientalischen Geschichte das Thema Problemwahrnehmung und -bearbeitung fokussiert. Danach nimmt er die Gelegenheit wahr, seinen Standort und seine Rolle als Therapeut klar herauszustellen, und leitet eine gezielte Bearbeitung der inneren Konflikte des Klienten ein.

Vorinterpretation:

Der Therapeut knüpft an die gegenwärtige Situation des Klienten, dessen mitgebrachte Ideen über bestehende Konfliktfelder (Wohnsituation und Behördenkonflikt) an (vgl. Anhang, Satz II 4-II 8; II 12). Er erreicht den Klienten zur Bearbeitung innerer Problemfelder nicht und ist mit dessen Misstrauen gegenüber den Ärzten und den Behörden konfrontiert (vgl. Anhang, Satz II 7-II 11a). Er setzt in dem Moment der drohenden Stagnation des Prozesses mit dem Erzählen der orientalischen Geschichte ein (vgl. Anhang, Satz II 11-II 16).

Während des Erzählens bzw. durch den Inhalt der Geschichte lenkt der Therapeut die gemeinsame Sichtweise, verlagert sie auf die Ebene der Problembearbeitung.

Unmittelbar nach dem Erzählen verhält sich der Therapeut dem Klienten gegenüber empathisch und stärkt die therapeutische Beziehung, signalisiert Bearbeitungsangebot. Er geht dem Problemangebot des Klienten weiterhin nach (vgl. Anhang, Satz II 18 u. 19). Über diesen Weg erhält er Informationen über die inneren Problemfelder, wie auch über die Sichtweise und über das Problemlösungsverhalten des Klienten (vgl. Anhang A, Satz II 21-II 29).

In der dritten Sitzung nimmt der Therapeut eine veränderte Haltung gegenüber der zugespitzten Problemsicht und dem Problemlösungsverhalten des Klienten ein. Er stellt seine Rolle und sein Aufgabenfeld als Psychotherapeut klar heraus (Anhang, Satz III 8). Der Therapeut nimmt sich und die Formulierung seiner Aufgaben ernst. Er konfrontiert schrittweise den Klienten mit seiner verinnerlichten Rolle und seinem abgesteckten Zuständigkeitsbereich. Er äußert seinen Ärger

zu der Problemlösungsstrategie des Klienten und stärkt ihn in dessen Initiative zur Selbsthilfe, schlägt eine klare Verfahrensweise im Rahmen der Therapie vor und gibt eine deutliche, strukturierende Richtungslenkung zur Bearbeitung der inneren Probleme an (vgl. Anhang, Satz III 10, III 11 und III 12).

Überprüfung:

Der Therapeut greift an die Problemsicht des Klienten und thematisiert die Wohnsituation unter dem Aspekt des Konfliktes mit dem Sozialamt (vgl. UBBEN 2000, Teil 1 & Teil 2, Satz II 1-II 8). Er versucht, durch Umschreiben, Informieren und Ich-Botschaft auf technischer Ebene der Konfliktwahrnehmung des Klienten zu begegnen und sie auf inhaltlicher Ebene den realen, aufenthaltsrechtlichen Gegebenheiten gegenüberzustellen (vgl. UBBEN 2000, Teil 1 & Teil 2, Satz II 1-II 8).

Der Ansatz der Arbeit an den Emotionen des Klienten durch das Aufgreifen von Aspekten zum Wutgefühl setzt sich nicht fort. Der Therapeut greift nun das vom Klienten angesprochene Thema „Schlafstörungen“ auf und startet zweimal zu einer Zusammenfassung von dazugehörigen Aspekten. Über diesen Weg spricht der Klient das erste Thema – den Ausweg ins Krankenhaus – an, das der Therapeut mit Hilfe seiner eigenen Meinung und seines positiv verstärkenden Kommentars zu bearbeiten versucht (vgl. UBBEN 2000, Teil 1 & Teil 2, Satz II 9-II 15).

Durch das Erzählen der orientalischen Geschichte ignoriert der Therapeut die dazu angeführten Aspekte des Klienten. Er bringt ein neues Thema (Problembearbeitung), einen neuen Aspekt des Themas und eine neue Perspektive zum Aspekt ein. Auf technischer Ebene gibt er Auskunft über einen äußeren Sachverhalt und er bereitet die Grundlage für reflexive Abstraktion, Emotionsverarbeitung, Handlungskompetenz und die Stärkung der therapeutischen Beziehung vor (vgl. UBBEN 2000, Teil 1 & Teil 2, Satz II 16).

Im nachfolgenden Teil fixiert der Therapeut das Thema der Problembearbeitung. Er versucht, gemeinsam mit dem Klienten die Problembearbeitung in die Hand zu nehmen. Er geht zu diesem Zweck auf die Ebene der leichten reflexiven Abstraktion, verwendet Türöffner und versucht, seine eigene Meinung zu äußern. Der Klient beharrt auf

seiner Problemlösungsstrategie (vgl. UBBEN 2000, Teil 1 & Teil 2, Satz II 17-19). Der Therapeut gibt nach und bearbeitet die Strategie des Klienten durch Aufgreifen mehrerer Aspekte zum Thema „Ausweg ins Krankenhaus“ technisch gesehen durch Türöffner, Umschreibung und Informationen zum Sachverhalt und ein wenig durch die Heuristik der Beziehungsgestaltung. Der Versuch, mit den technischen Mitteln des Türöffners und der Umschreibung doch noch Thema 2 (Wohnsituation) zu bearbeiten, um den Gang ins Krankenhaus zu verhindern, prallt an der fixierten Problemlösungsstrategie des Klienten ab (vgl. UBBEN 2000, Teil 1 & Teil 2, Satz II 26-29).

Das Thema „Ausweg ins Krankenhaus“ wird vom Therapeuten zu Beginn der dritten Sitzung aufgegriffen und dem damit verbundenen Misstrauen des Klienten durch Information über die eigene Position (ICH-Botschaft) entgegengetreten (vgl. UBBEN 2000, Teil 1 & Teil 2, Satz III 1-III 4). Der Therapeut erhält vom Klienten zwei Schreiben des Sozialamtes, woraufhin er über seine Rolle als Psychotherapeut in ICH-Botschaft informiert sowie eigene Befürchtungen und eigene Emotionen zum Problemlösungsverhalten des Klienten benennt. Er bewertet danach das Engagement des Klienten positiv und strukturiert den therapeutischen Prozess, indem er sich über die angeführten Aspekte des Klienten hinwegsetzt und einen Vorschlag zum weiteren therapeutischen Verfahren – und damit das neue Thema 3 „psychische Belastungen“ – aufwirft. Dieses Vorgehen baut thematisch schrittweise aufeinander auf (vgl. UBBEN 2000, Teil 1 & Teil 2, Satz III 8-III 11).

Interpretation:

In dieser Phase setzt der Therapeut zunächst sein oben beschriebenes therapeutisches Vorgehen fort. Konfrontiert mit der subjektiv verschlechterten Wohnsituation und dem Behördenkonflikt sowie der Problemlösungsstrategie des Klienten, versucht er, einen Bezug zu dessen inneren Vorgängen herzustellen, sie diesbezüglich zu strukturieren und separat zu bearbeiten. Er wendet hier übliche Techniken im Sinne einer mittelschichtsorientierten Gesprächsführung an, die jedoch den Klienten in seiner kulturspezifischen und traumaspezifischen Problemsicht nicht erreichen (vgl. GAITANIDES 1999, S. 42) (vgl. Anhang, Satz II 9-II 12).

Nachdem er festgestellt hat, dass der Klient sich auf den Aufenthalt im Krankenhaus als Lösung fixiert, erzählt er die orientalische Geschichte über die Weisheit des Hakim nach PESECHKIAN (1979) (vgl. Anhang, Satz II 16). Das Erzählen einer Geschichte entspricht einer interkulturellen Gesprächsführung, die zur anstehenden Problembearbeitung einleitet. Sie bildet eine Brücke zu dem Klienten (vgl. PESECHKIAN 1979, S. 17). Der Therapeut bietet sich selbst und dem Klienten über den Inhalt dieser Geschichte eine Struktur zur klaren Problembearbeitung und Rollenverteilung an. Dem Klienten gibt er die Möglichkeit, die Geschichte auf sich und sein Verhalten zu beziehen, es zu vergleichen, einzuordnen, zu integrieren und so sein Problemverhalten zu reflektieren sowie seine eigenen Normen zu relativieren (vgl. PESECHKIAN 1979, S. 29). Der Therapeut sieht vermutlich durch das Erzählen eine elegante Möglichkeit, den Prozess wieder in Gang zu bringen und über ein provozierendes Drittmittel den Klienten aus der Sackgasse „Problemlösungsstrategie Krankenhaus“ zu bewegen, ohne direkte Anweisungen auszusprechen oder seine Beurteilung von Ordnung (Normalität) preiszugeben sowie ohne die Stabilität der therapeutischen Beziehung zu gefährden. Er holt sich und gibt sich durch die Geschichte die Erlaubnis, die innere Problembearbeitung des Klienten anzugehen, denn es ist ihm nicht deutlich, ob der Klient als Kurde, in dessen politischen und patriarchalischen Kontext, an inneren bzw. innerfamiliären Problemen zu arbeiten bereit ist (vgl. THERAPEUT 1999, S. 13).

Im Rahmen des Interviews beschreibt der Therapeut, wie er bereits als Kind in den Teehäusern seines Herkunftslandes den Geschichten-erzählern lauschte und über die Identifikation mit bestimmten Rollen zur Lösung von Konflikten kam. Zum anderen beschreibt er aus seiner Sicht das Prinzip der traditionellen Psychotherapie in seinem Herkunftsland. Einerseits gingen die BeraterInnen nach seinen Angaben direktiv und auf das kollektive „Wir“ ausgerichtet vor. Sie stellten für ihn Respektspersonen dar, die Ratschläge gaben, die befolgt werden müssen. Das Prinzip der Konfliktschlichtung ordnet den Erhalt der Gruppenstabilität, „den Wunsch nach Einigkeit“ (THERAPEUT 1999) dem individuellen Konflikt und individuellen Reflexionsprozessen über: Hass und Ärger werden weniger ausdiskutiert, sondern es wird die zum Wohl der Beziehung getroffene Einsicht und Versöhnung mit einem Handschlag besiegelt (vgl. THERAPEUT 1999, S. 2ff.). Anderer-

seits basiere nach seinen Erfahrungen das traditionelle therapeutische Vorgehen auf den Prinzipien der Empathie und Warmherzigkeit, die der Therapeut selbst in dem Konzept der Gesprächspsychotherapie nach ROGERS (1942) wiederfindet. Nach eigenen Angaben geht er selbst in der Therapie mit KlientInnen aus orientalischen Ländern im Vergleich nicht formal strukturiert vor (vgl. THERAPEUT 1999, S. 2ff.). Im Rahmen des Therapieverlaufs setzte der Therapeut nach eigenen Auskünften die orientalische Geschichte ein, da er den Klienten durch Passivität und „Jammern“ nicht mit dessen Lebenssituation zurechtkommen und den Therapieprozess durch den Ausdruck von Leiden über das eigene Leid blockiert sieht (vgl. THERAPEUT 1999, S. 15).

Im Therapieverlauf nutzt der Therapeut zunächst für sich den aufgeworfenen Aspekt der Problembearbeitung und forciert diesen. Bevor er z.B. das Thema der Wohnungssuche als Alternative zum Aufenthalt im Krankenhaus anschnidet, signalisiert er dem Klienten Verständnis und Empathie bezüglich dessen Entscheidung. Ein solches Vorgehen wirkt wie eine strategische Schleife, um die Bereitschaft des Klienten zur Mitarbeit zu fördern (vgl. Anhang, Satz II 22-II 29).

Der Therapeut setzt den Inhalt der Geschichte in seinem therapeutischen Handeln ab dem Moment kompromisslos um, an dem er sich von den Involvierungsversuchen des Klienten in dessen Konflikt mit den Behörden abgrenzt und seine Rolle als Psychotherapeut und seine Aufgabe in dem Therapieverlauf klar verdeutlicht (vgl. THERAPEUT 1999, S. 15). Er untermalt seine Aussage zum einen dadurch, dass er seine (lächerliche) Position gegenüber den Behördenvertretern bildhaft simuliert und so das Arbeitsbündnis zwischen ihm und dem Klienten stärkt. Zum anderen betont er sie dadurch, dass er seine Emotionen offen ausspricht und die Verantwortlichkeit des Klienten gegenüber dessen Frau und Kindern hervorhebt, im nächsten Schritt die Eigeninitiative des Klienten betont und dann sein Arbeitsfeld in der Thematik des Klienten eingrenzt (vgl. Anhang, Satz III 7-III 9).

Hypothese Phase IIB: zum Klientenverhalten

Der Klient stellt seine Lebenssituation entsprechend seiner Wahrnehmung annähernd ausweglos dar. Er lässt eine Bearbeitung der inneren Problemfelder nicht zu. Auf die erzählte orientalische Geschichte reagiert er unmittelbar danach nur andeutungsweise. Er hält an seiner nach außen verlagerten Problemwahrnehmung fest und erscheint zur Problembearbeitung nicht motivierbar. Durch die Konfrontation mit der Rollenwahrnehmung des Therapeuten verändert er seine Haltung.

Vorinterpretation:

Der Klient verlagert die Wahrnehmung seiner Konflikte zunehmend stark nach außen auf den Konflikt mit dem Sozialamt und seine Wohnsituation, so dass er als einzig möglichen Ausweg aus der Situation nur die Flucht ins Krankenhaus sieht. Er verspricht sich davon eine Verbesserung seines Zustands und Kontakt zu anderen Menschen (vgl. Anhang, Satz II 7-II 11a, II 12a; II 15a). Sein Misstrauen gegenüber allen offiziellen Personen wirkt sich in diesem Moment auch auf die Stabilität der therapeutischen Beziehung aus. Er befürchtet, dem Therapeuten mit seinen aggressiven Emotionen zu schaden, reagiert nicht auf dessen Bearbeitungsangebote, was ein Hinweis auf eine instabile therapeutische Beziehung ist (vgl. Anhang, Satz II 11a u. II 19a-II 20a).

Der Klient nimmt den inhaltlichen Kern der Geschichte ohne viele Worte an. Er identifiziert sich mit dem König, akzeptiert, dass er Probleme hat, betrachtet sie aber offen als unlösbar und wünscht sich jemanden, der sie löst (vgl. Anhang, Satz II 16a u. II 17a). Er hält an seiner Lösungsstrategie „Krankenhaus“ und den nach außen gelagerten Konflikten mit der Hoffnung auf Besserung seines Zustandes fest (vgl. Anhang, Satz II 18a). Die Motivation zur Bearbeitung der eigenständigen Änderung der Wohnsituation nimmt ab, er zählt auf Hilfe von außen (vgl. Anhang, Satz II 26a-II 29a).

Die Situation des Klienten erweist sich in der folgenden Sitzung (III) als verschlechtert. Das Misstrauen in den Therapeuten steigt (vgl. Anhang, Satz III 4a). Er versucht, den Therapeuten in den Konflikt mit dem Sozialamt zu involvieren und auf dieser Ebene dessen Hilfe und Unterstützung zu gewinnen (vgl. Anhang, Satz III 6a-III 7a).

Dadurch, dass ihm der Therapeut dessen Rolle klar verdeutlicht, wird er indirekt aufgefordert bzw. provoziert, zu seinem Verhalten und zur therapeutischen Beziehung Position zu beziehen. Er wird dazu gebracht, seinen inneren Problemfeldern entgegenzutreten, sie deutlich zu benennen. Er spricht seine körperliche Symptomatik, sein Gefühl der Isolation und das persönliche Erleben seines Verhaltens in der Familie (er sei das Hauptproblem, Aggressionen) wiederholt und unmissverständlich an (vgl. Anhang, Satz III 9a, III 10a u. III 11a).

Überprüfung:

Der Klient bringt thematisch gleich zu Beginn der zweiten Therapiesitzung seine auserwählte Problemlösungsstrategie „Ausweg ins Krankenhaus“ an. Er lamentiert über seine Wohnsituation in Kombination mit dem Behördenkonflikt und konstruiert Ausweglosigkeit. Er betont, sich aus der Gesellschaft „rausgeschoben“, „ausgestoßen“ zu fühlen. Er reagiert nicht oder nur andeutungsweise auf die Interventionen des Therapeuten z.B. zur Bearbeitung seiner Emotionen und zur Strukturierung der Bearbeitung. Inhaltlich greift er die Aspekte seiner Schuldgefühle aufgrund seiner Aggressionen sowie seines Bedürfnisses nach Kontakt, seiner körperlichen Symptome und seiner Schlafstörungen auf, schiebt jedoch alltagspraktische Aspekte darüber und weicht dem Versuch einer Bearbeitung aus (vgl. UBBEN 2000, Teil 1 & Teil 2, Satz II 1a-II 11a). Nach einer Strukturierung der Aspekte durch den Therapeuten beharrt der Klient auf seiner Lösungsstrategie „Ausweg ins Krankenhaus“ und lamentiert über seine Situation (vgl. UBBEN 2000, Teil 1 & Teil 2, Satz II 12a-II 15a).

Nach der erzählten orientalischen Geschichte fährt der Klient damit fort, im Rahmen des neuen Themas „Problembearbeitung“ über seine Situation zu lamentieren und wechselt zum Thema „Ausweg ins Krankenhaus“. Er führt weitere Aspekte und das Thema seiner Schlafstörungen und Aggressionen zur Begründung für einen Aufenthalt im Krankenhaus an. Auf den Vorschlag des Therapeuten, nach einer Alternative zu seiner derzeitigen Wohnsituation zu suchen, lässt er sich gedanklich solange ein, bis seine eigene Initiative gefordert ist, worauf er lamentierend und auf Unterstützung von außen hoffend reagiert (vgl. UBBEN 2000, Teil 1 & Teil 2, Satz II 16a-II 29a). Eigeninitiative entwickelt er in dem Moment, als der Therapeut ihm zum

Abschluss der Sitzung zunächst keinen neuen Termin aushändigt, dadurch dass er diesen einfordert (vgl. UBBEN 2000, Teil 1 & Teil 2, Satz II 30a-II 31a).

Zu Beginn der dritten Sitzung hat sich die Stimmung des Klienten weiter verschlechtert. Er führt sein Misstrauen dem Therapeuten gegenüber an, betont seine schlechte Verfassung und weicht einer Klarstellung des Therapeuten aus. Statt sich auf das Vorgehen des Therapeuten einzulassen, versucht er, ihn erneut in seine Auseinandersetzung mit den Behörden zu involvieren, und eröffnet das neue Thema „Bearbeitung der Sozialamt-Bescheinigungen“ (vgl. UBBEN 2000, Teil 1 & Teil 2, Satz III 1a-III 7a).

Konfrontiert mit der klaren Position des Therapeuten lässt sich der Klient auf dessen Vorgehen ein. Er beschreibt seine eigene Hilflosigkeit, sein Rollenverständnis des Therapeuten als Grund für das Involvieren in den Behördenkonflikt und seine körperliche Symptomatik als Grund für den Wunsch eines Krankenhausaufenthalts. Er benennt wiederholt seine inneren Konflikte, die der Therapeut nun zum Gegenstand der Bearbeitung macht (vgl. UBBEN 2000, Teil 1 & Teil 2, Satz III 8a-III 11a).

Interpretation:

Zu Beginn der zweiten Therapiesitzung bringt der Klient seine Lösungsstrategie, „Ausweg ins Krankenhaus“, als Reaktion auf seine fortgesetzt schlechte Wohnsituation und seinen sich zuspitzenden Konflikt mit den Behörden ein. Wiederholt kommt andeutungsweise zur Sprache, dass er unter dem Gefühl der Isolation und unter Schuldgefühlen leidet, die er jedoch – eingeordnet in seinem kultur- und traumaspezifischen Werte- und Normensystem – nicht weiter thematisiert. Sein Festhalten an alltagspraktischen Problemen und äußeren Konflikten erweckt den Eindruck, als ob er lamentiere, jammere und passiv im Selbstmitleid zu ertrinken drohe. Genau durch dieses Verhalten kommen jedoch die Auswirkungen seiner extrem langen 19-jährigen Verfolgungs- und Fluchterfahrung sowie seiner extremtraumatischen Gewalterfahrungen in Form des Opferverhaltens zum Ausdruck (vgl. Anhang, Satz III 1a-III 15a).

Seine auffallende Passivität und seine Hilflosigkeit lassen sich speziell in dieser Phase beispielhaft erstens auf seine asyl- und aufent-

haltsrechtliche Situation zurückführen. Er, der sich jahrelang mit der Organisation seiner Flucht und dem Überleben seiner Familie beschäftigte und viele Hürden überwand, ist nun durch die Gesetzeslage in seinem eigenständigen Handeln eingeschränkt. Diese Handlungsbarrieren bewirken bei dem Klienten Frustrationen, machen ihn passiv und lassen ihn seinen Frust auf BehördenvertreterInnen projizieren.

Seine Verhaltensweisen sind zweitens Ausdruck seines kulturspezifischen Umgangs mit seinen psychischen Problemen, da er es zum einen nicht gewohnt ist, sich mit seinen inneren Vorgängen zu beschäftigen und er zum anderen diesbezüglich von seiner Verwandtschaft Verständnislosigkeit und Ausgrenzung erfährt (vgl. KLIENT 1999, S. 10).

Drittens sind sie Ausdruck der Erfahrung der extremen Gewaltanwendungen der Folterer, die in seiner Erinnerung präsent sind und ihm manchmal das Gefühl geben, verrückt zu sein. Sie bewirken in ihm das Gefühl der Unsicherheit und das Bedürfnis, auch vor ihnen zu fliehen (vgl. KLIENT 1999, S. 10).

Das Gefühl der Isolation rührt demnach nicht nur aus räumlichen Gründen sowie eingeschränkten materiellen Selbsthilfemöglichkeiten, sondern auch aus mangelnder Erfahrung mit und mangelndem Wissen über psychische Vorgänge. Fehlende Ausdrucksmöglichkeiten, Hilflosigkeit und Passivität sind Zeichen seines festgefahrenen inneren Selbsthilfekonzeptes zum Überleben, an dem er sicherheitshalber festhält. PESECHKIAN betont, dass eine frontale therapeutische Konfrontation mit Widerständen und Abwehrmechanismen eine ebenso konfrontierende Verteidigung dieser Muster seitens des Klienten provoziere (vgl. PESECHKIAN 1979, S. 30).

Das Krankenhaus bedeutet im Hinblick auf die Fluchtgeschichte des Klienten vermutlich Rettung in letzter Stunde und symbolisiert ihm aus diesem Grund einen Ort der Sicherheit (vgl. Anhang, Satz I 18a, IV 34a). Daneben bekundet er selbst in der dritten Therapiephase, dass er lieber ins Krankenhaus gehe, um nicht mehr in seiner Familie gewalttätig zu werden. Er betont dadurch seine Hilflosigkeit im Umgang mit seinen inneren Vorgängen (vgl. Anhang, Satz IV 16a). Hinzu kommt, dass er im Rahmen des Anhörungsverfahrens seine Foltererfahrung nachweisen sollte. Er konsultierte zu diesem Zweck einen

Arzt. Nach dieser Untersuchung verschlechterte sich sein Zustand, da vermutlich seine extremtraumatischen Erfahrungen durch das Untersuchungs- und Anhörungsverfahren und auch durch den Wechsel in das Exilleben angetriggert wurden, so dass er sich vor Beginn der ambulanten Psychotherapie zwei Monate lang in einer Psychiatrie befand und dadurch, wie der Therapeut es umschreibt „hospitalisiert“ wurde, ... über längere Zeit in Krankenhäusern verbringe“ (THERAPEUT 1999, S 13; vgl. KLIENT 1999, S. 4f.).

Die erzählte orientalische Geschichte über die Weisheit des Hakim lässt Bilder entwickeln, die vermutlich die – bedingt durch die extremtraumatische Erfahrung – unstrukturierten Emotionen und Kognitionen des Klienten erreichen, die weder über logischem noch über gefühlsgebundenem Weg erreicht werden könnten. Der Klient reagiert nicht weiter sichtbar, außer dass er die Geschichte akzeptiert und nach jemandem ruft, der seine Probleme löst, (vgl. Anhang, Satz II 16a). Durch diesen Kommentar gibt er dem Therapeuten symbolisch die Erlaubnis, die Bearbeitung seiner Probleme anzugehen. Innerlich gibt er sich über den schützenden, filternden Inhalt vermutlich auch selbst die Erlaubnis, „sich seiner konfliktbesetzten Schutzmechanismen zu entledigen“ (PESECHKIAN 1979, S. 30). Er nimmt die Geschichte in ihrer kompakten Form mit nach Hause und kann über ihre Aussage und ihre Bedeutung für die therapeutische Beziehung nachdenken (vgl. KLIENT 1999, S. 7).

Die Klärung der Rolle und der Aufgabe des Therapeuten verdeutlicht dem Klienten sein Gefühl der Hilflosigkeit gegenüber dem Therapeuten. Es wird ihm deutlich, dass diese Hilflosigkeit durch sein bisheriges Rollenverständnis des Therapeuten hervorgerufen wurde. Wie er in diesem Zusammenhang klar zum Ausdruck bringt, werden ihm auch seine körperliche Symptomatik und seine inneren Problemfelder verdeutlicht (vgl. Anhang, Satz III 8a-III 11a).

Hypothese Phase IIC: zum Therapieprozess

Im dem Moment drohender Stagnation des Therapieprozesses erscheint das Erzählen der orientalischen Geschichte wie ein Exkurs. Er erhält in der Problembearbeitung durch den Therapeuten einen Perspektivenwechsel, welchem der Klient nicht so schnell folgt. Der

Prozess stockt solange, bis es zu einer Klärung zwischen Therapeut und Klient kommt.

Vorinterpretation:

Der therapeutische Prozess wirkt in seinem geordneten Fortgang in dieser Phase durch das unterschiedlich orientierte Therapeuten- und Klientenverhalten besonders beeinträchtigt (vgl. Anhang, Satz II 11-II 12a). Das Erzählen der Geschichte erscheint wie ein Exkurs, durch den die Aufmerksamkeit beider Gesprächsteilnehmer auf den extern verlagerten Aspekt der Problemwahrnehmung und -bearbeitung gelenkt wird (vgl. Anhang, Satz II 16). Die erzählte Geschichte bietet die Voraussetzung zur Klärung von Modalitäten, die zur Fortsetzung des therapeutischen Prozesses notwendig sind

Unmittelbar nach dem Erzählen der orientalischen Geschichte und zu Beginn der folgenden Therapiesitzung stockt der Therapieprozess aufgrund des gegensätzlich ausgerichteten Therapeuten- und Klientenverhaltens weiter (vgl. Anhang, Satz II 18-II 21a; III 3a-II 7a). Er verändert sich in dem Moment, als der Therapeut sein Verständnis über seine Aufgaben und seine Rolle als Psychotherapeut verdeutlicht, seinen Ärger über das Problemverhalten des Klienten ausspricht und klare Handlungsanweisungen äußert (vgl. Anhang, Satz III 8-III 11). Darüber bewegt er den Klienten, dessen Problemherde ebenso klar und deutlich zum Ausdruck zu bringen (vgl. Anhang, Satz III 8a-III 11a).

Überprüfung:

Die Fortsetzung des Therapieprozesses der ersten Phase ist aufgrund der unterschiedlichen Aspekte zum Thema erkennbar. Der Prozess nimmt weiterhin an Breite zu, gewinnt aber nicht an Tiefe (vgl. UBBEN 2000, Teil 1 & Teil 2, Satz II 6-II 6a; II 9-II 9a). Anhand der Kategorie „Bearbeitung im Verlauf“ zeigt sich ebenfalls, dass der Klient an der Fortsetzung des Themas Wohnsituation festhält und der Therapeut laufend weiterführende Aspekte dazu angibt, die kurzfristig ein neues Thema aufwerfen, um zum Thema Krankenhaus zurückzukommen (vgl. UBBEN 2000, Teil 1 & Teil 2, Satz II 4-II 15a).

Dass der Therapieprozess im ersten Teil dieser Phase zu stagnieren droht, ist auch anhand der Kategorie „Art der sprachlichen Handlung“

erkennbar: Hier sind die Äußerungen des Klienten überwiegend unter den Kategorien „Ausweichen“ und „Lamentieren“ eingeordnet. Auch hinsichtlich der Kategorie „Standort der Sprechhandlung“ zeichnet sich ab, dass der Klient seine Äußerungen überwiegend über außen vornimmt, d.h. seine Wahrnehmungen nicht mit seinen inneren Vorgängen in Verbindung bringt (vgl. UBBEN 2000, Teil 1 & Teil 2, Satz II 1a-II 15a). Der Therapeut thematisiert durch die orientalische Geschichte das Thema der Problembearbeitung (vgl. UBBEN 2000, Teil 1 & Teil 2, Satz II 16a).

Nach dem Erzählen der orientalischen Geschichte stockt der Therapieprozess dadurch weiter, dass Klient und Therapeut unterschiedliche Auffassungen von Problembearbeitung haben. Der Klient fährt in seiner problemfixierten Art und Weise fort, der Therapeut setzt das Thema der Problembearbeitung fort (vgl. UBBEN 2000, Teil 1 & Teil 2, Satz II 16a-II 19a). Das alte Thema „Ausweg ins Krankenhaus“ wird vom Klienten durchgesetzt und nun mit einer Reihe von Aspekten von dem Therapeuten überprüft (vgl. UBBEN 2000, Teil 1 & Teil 2, Satz II 20a-II 25a). Danach greift er weiteres altes Thema, die Wohnsituation, zur Suche nach Alternativen zum Gang ins Krankenhaus wieder auf. Die Sitzung wird nach der Situationsbeschreibung des Klienten beendet (vgl. UBBEN 2000, Teil 1 & Teil 2, Satz II 26-II 31a).

Der Therapieprozess ist zu Beginn der dritten Sitzung durch die Haltung des Klienten beeinflusst. Der Klient bleibt am Thema Krankenhaus, wirft dazu gehörende Aspekte auf, die zu den Beiträgen des Therapeuten ausweichend, lamentierend und involvierend erscheinen. Dies bringt den Therapeuten dazu, seine Rolle klarzustellen (vgl. UBBEN 2000, Teil 1 & Teil 2, Satz III1-III 8).

Der Klient lässt sich darauf sofort ein und bringt neue Aspekte dazu an, die mit seinen inneren Konflikten zu tun haben. Aus diesen Aspekten entwickelt der Therapeut das neue Thema der Bearbeitung der psychischen Belastungen. Durch diese Gesprächsreihe erhält der Therapieprozess einen Aufschwung, der sich im Vergleich zum Beginn thematisch an der Arbeitsrichtung und Haltungen des Therapeuten festmachen lässt (vgl. UBBEN 2000, Teil 1 & Teil 2, Satz III 8a-III 11a).

Interpretation:

Beide Gesprächspartner geraten im Verlauf des Therapieprozesses zur weiterführenden Problembearbeitung außer Kontakt. Die zu diesem Zeitpunkt eingesetzte orientalische Geschichte übernimmt die Funktion, sowohl bestehende innere Normen des Klienten zur Problemwahrnehmung als auch die prozesshaft bestehenden Normen des Therapeuten zur Problembearbeitung zu relativieren (vgl. PESECHKIAN 1979, S. 29). Zwischen beiden Gesprächsteilnehmern entwickeln sich Prozesse, die sich auf die Funktion der orientalischen Geschichte nach PESECHKIAN zurückführen lassen und den Therapieprozess in dieser Phase beeinflussen.

Erstens nimmt die orientalische Geschichte eine Spiegelbildfunktion ein. Die erzeugten Bilder der Geschichte bewirken eine größere Nähe zum ICH und lassen eine Identifikation der Konflikte über den Inhalt zu. Es können eigene Bedürfnisse durch die Geschichte geweckt, in sie hineinprojiziert, zum sprachlichen Ausdruck gebracht und zum Gegenstand der therapeutischen Arbeit gemacht werden (vgl. PESECHKIAN 1979, S. 29).

Zweitens stellt die orientalische Geschichte, dadurch dass sie eine Konfliktsituation und Lösungsmöglichkeiten simuliert, eine flexible Modellfunktion dar (vgl. PESECHKIAN 1979, S. 29).

Drittens hat sie eine Mediatorfunktion, weil sie als Medium und Filter zwischen Therapeut und Klient auftritt und eine Dreier-Dynamik im Therapieprozess bewirkt. In dieser Dynamik können Mitteilungen schonend und geschützt vermittelt werden. Über den Gegenstand der Geschichte können beide Gesprächsteilnehmer sich, je nach Bedürfnis, von den Konflikten distanzieren bzw. sich ihnen langsam annähern. Es werden Aspekte aufgeworfen, die möglicherweise im therapeutischen Dialog sonst nicht zur Sprache gekommen, abgeblockt oder untergegangen wären (vgl. PESECHKIAN 1979, S. 29f.).

Zum vierten hat die Geschichte eine Depotwirkung, da sie durch ihre Bildhaftigkeit leichter eingänglich und auch im Alltag des Klienten zur weiteren Reflexion oder in Problemsituationen abrufbar ist (vgl. PESECHKIAN 1979, S. 30f.).

Letztlich bezeichnet PESECHKIAN die Geschichten als Träger von Tradition und als transkulturelle Vermittlerin. In dem Therapieprozess

eingesetzt bedeutet dies, dass durch den Einsatz der Geschichte der Bedeutung von Tradition ein Stellenwert in dieser ansonsten modernen Gesellschaft eingeräumt wird. Ein Stück Vertrautheit und Erinnerung an die Herkunftskultur wird geweckt und darüber ein kulturspezifisches Entgegenkommen vermittelt. Dies begünstigt eine stabilere therapeutische Beziehung sowie den Abbau emotionaler und kognitiver Widerstände gegenüber kulturell und innerpsychisch fremden Denk- und Empfindungsweisen (vgl. PESECHKIAN 1979, S. 31f.).

Die erzählte orientalische Geschichte wird nicht zum zentralen Gegenstand des Therapieprozesses, sondern dient als Informationstransformator zur Einleitung der Problemfokussierung. In dieser Phase wird dem Therapeuten seine Aufgabe der Problembearbeitung (zeitlich gemessen eher) und dem Klienten seine Aufgabe der aktiven Problemwahrnehmung (zeitlich gemessen später) deutlich.

Der therapeutische Prozess bekommt ab dem Moment, in dem der Therapeut schrittweise den Klienten in die Richtung der Bearbeitung innerer Probleme lenkt, das Ruder in der Hand lässt und beide Gesprächsteilnehmer sich über vorhandene Konflikte und deren Bearbeitung verständigen, eine neue Dynamik (vgl. Anhang, Satz III. 8-III 11a).

4.2.2.3 Phase III: lösungsorientierte Problemlenkung und -bearbeitung

Hypothese Phase IIIA: zum Therapeutenverhalten

Der Therapeut geht mit einer klaren Arbeitshaltung an die inneren Problemfelder des Klienten heran. Die therapeutische Beziehung wird stabiler und dient als Grundlage für die Bereitschaft zur Mitarbeit und zur Veränderung des Klienten. Der Therapeut erreicht in Teilschritten, in Kombination mit stabilisierenden, positiv verstärkenden, wertschätzenden und motivierenden Interventionen, die Bearbeitung der traumatischen Erfahrung des Klienten.

Vorinterpretation:

Ab dem Moment, in dem sich der Klient auf das therapeutische Vorgehen einlässt, geht der Therapeut tiefer in dessen persönliches

Problemfeld, baut eine therapeutische Struktur auf und umschreibt dessen innere Konfliktfelder (vgl. Anhang, Satz III 12-III 27).

Der Therapeut erreicht einen Problemkern des Klienten (Gewalttätigkeit in der Familie) und bearbeitet ihn mit Hilfe eines Rollenspiels, so dass Lösungsstrategien und Handlungsfähigkeit anhand der konkreten, alltäglichen Situation entwickelt werden (vgl. Anhang, Satz III 28-III 44).

In der folgenden Sitzung widmet sich der Therapeut zunächst einer gründlichen Nachbereitung der in der letzten Sitzung gewonnenen Handlungskompetenzen des Klienten und ihrer Umsetzung in den Alltag (vgl. Anhang, Satz IV 3-IV13). Er geht auf die Lenkung des Klienten in ein neues Problemfeld (Schlafstörungen) ein. Er bearbeitet es in zwei Teilen: das Ess- und Trinkverhalten und die Albträume des Klienten (vgl. Anhang, Satz IV 18-IV 27; Satz IV 28-IV 32; Satz IV 42-IV 44 und Satz IV 45-IV 60).

Im Rahmen des ersten Teils ermittelt er das Ess- und Trinkverhalten des Klienten, stellt den Zusammenhang zu dessen Schlafstörungen her und motiviert ihn zur Änderung seines bisherigen Verhaltens (vgl. Anhang, Satz IV 23-IV 45). Im Rahmen des zweiten Bearbeitungsteils geht er so vor, dass der Klient die traumatischen Erfahrungen heilsam, mit dem Spüren von Emotionen (Angst, Trauer und Wut) und seines Körpers (Atmung, Herzrasen), erinnert. Er nähert sich der Erinnerung behutsam über die Methode des EMDR sowie zum Abschluss mit einer Kopfmassage (vgl. Anhang, Satz IV 50, IV 52, IV 54, IV 57-IV 66).

Im Anschluss greift er im Rahmen einer Nachbereitung eine metaphorische Äußerung des Klienten auf und erklärt darüber dessen physiologische Vorgänge und den Sinn der durchgeführten EMDR-Übung (vgl. Anhang, Satz IV 69-IV 71).

Überprüfung:

Der Therapeut nimmt die Aspekte des Klienten zur Ergründung von dessen psychischen Belastungen auf. Er lenkt den Klienten tiefer in den Aspekt seiner Aggressionen und seiner Gewalttätigkeit hinein. Technisch betrachtet, nimmt er den Faden durch eine Zusammenfassung der Klientenäußerungen sowie einer Kommentierung in Ich-

Form auf und ermittelt über aneinandergereihte Türöffner neue Aspekte. Mit den Heuristiken betrachtet, bewegt er durch eine leichte Form der Beziehungsgestaltung den Klienten zur reflektierenden Abstraktion über dessen aggressives Verhalten in der Familie (vgl. UBBEN 2000, Teil 1 & Teil 2, Satz III 12-III 22).

Der Therapeut greift mit der Vermittlung seiner Sicht über eine ICH-Botschaft wiederholt das Thema „Problembearbeitung“ auf. Im Vergleich zur zweiten Sitzung knüpft er es direkt an die Problemwahrnehmung des Klienten an und baut es auf dessen (eigens motivierte) Bereitschaft zur Mitarbeit auf. Er verstärkt die Offenheit des Klienten positiv, der sein Vertrauen gegenüber dem Therapeuten ausspricht und den Sinn der Therapie sowie den Sinn des Bearbeitungsverfahrens thematisiert. An dieser Stelle stabilisiert er aus heuristischer Sicht die therapeutische Beziehung, um den Klienten auf ein Rollenspiel vorzubereiten. Er setzt die Gesprächsbausteine der Metakommunikation und des Vorschlags zum Verfahren ein (vgl. UBBEN 2000, Teil 1 & Teil 2, Satz III 23-III 28).

Der Therapeut baut ein Rollenspiel auf und leitet den Klienten durch den gesamten Verlauf. Zunächst macht er den Klienten mit dem Verfahren vertraut und lenkt ihn dann mittels Türöffner und Umschreibungen auf dessen Erleben der nachgespielten Situationen. Aus Perspektive der Heuristiken geht es um die Erweiterung der Handlungskompetenz, deren Bearbeitungsintensität langsam ansteigt. Es wird kontinuierlich an einem Aspekt gearbeitet. Dem drohenden Ausweichen des Klienten aus der Thematik begegnet der Therapeut durch das Ignorieren von dessen Ausführungen und dem Beibehalten des Aspekts bis zu dem Zeitpunkt, an dem die Anspannung des Klienten so hoch ist, dass er ihn aus dem Raum und dem Rollenspiel herausführt und an der frischen Luft eine Atemübung durchführt (vgl. UBBEN 2000, Teil 1 & Teil 2, Satz III 29-III 40).

Nachdem Therapeut und Klient wieder an ihren Plätzen sitzen, thematisiert der Therapeut die neue Handlungskompetenz. Er fasst den Inhalt des Rollenspiels unter diesem Aspekt zusammen und nimmt ihm unter Zuhilfenahme der ICH-Botschaft das Versprechen zur Handlungsänderung ab. Er verstärkt positiv und gibt seinerseits das Versprechen zur Unterstützung im Behördenkonflikt. In dieser Phase wird die Heuristik der Kompetenzerweiterung intensiv umgesetzt,

auch die Heuristik der Beziehungsgestaltung gewinnt zur Verstärkung der Kompetenzerweiterung an Intensität (vgl. UBBEN 2000, Teil 1 & Teil 2, Satz III 41-III 44).

In der vierten Sitzung geht es zuerst um die Nachbereitung der gewonnenen Handlungskompetenz des Klienten. Der Therapeut knüpft an dessen Ausführungen an und bespricht sie ausführlich mit ihm. Er wendet zu diesem Zweck Umschreibungen an und aktiviert die Heuristik der reflektierenden Abstraktion und der Handlungskompetenz in wechselseitiger Intensivierung (vgl. UBBEN 2000, Teil 1 & Teil 2, Satz IV 1-IV 13).

Der Therapeut greift die Perspektive zum Aspekt „Krankenhaus“ aus den Aspekten des Klienten zum Thema „körperlichen Symptome“ auf und bearbeitet sie mit Hilfe der Gesprächsbausteine Türöffner und Informationen / Auskunft über den Sachverhalt. Er leitet daraus das neue Thema III „Schlafstörung“ und wenig später das Folgethema IV „Bearbeitung der Schlafstörungen“ ab.

Er geht die Bearbeitung der Schlafstörungen thematisch gesehen dadurch an, dass er sich Informationen zum Ess- und Trinkverhalten des Klienten einholt. Das diesbezügliche Verhalten des Klienten stellt er einer alten, bereits getroffenen Vereinbarung gegenüber. Er führt seine persönlichen Erfahrungen zu diesem Thema an und stellt das Ess- und Trinkverhalten als widersprüchlich zum Bedürfnis nach Schlaf gegenüber. In dem Moment leichten Ausweichens des Klienten reaktiviert er dessen Erinnerungen an erholsamen Schlaf und regt danach erneut die Experimentierfreudigkeit des Klienten zum Ess-, Trink-, und Schlafverhalten an. Er knüpft immer wieder an die Aspekte des Klienten an, aber nutzt dies zur Verbindung zwischen seiner Themenlenkung und den Gedanken des Klienten. Er arbeitet technisch in wechselnder Intensität zwischen leicht und mittel an der reflektierenden Abstraktion des Klienten und setzt die Heuristik der Beziehungsgestaltung ein. Seine technischen Werkzeuge sind neben dem gezielten Einsatz von Türöffner und Umschreibungen die Gesprächsbausteine der Information und der ICH-Botschaft (vgl. UBBEN 2000, Teil 1 & Teil 2, Satz IV 14-IV 45).

Der zweite Teil der Bearbeitung der Schlafstörungen stellt die Bearbeitung der Alpträume dar, woraus die Bearbeitung traumatischer Erfahrung entsteht. Mit der Erweckung der Erinnerung an die Alb-

träume des Klienten (reflektierende Abstraktion) geht die Aktivierung von dazugehörigen Emotionen mit steigender Intensität einher. Der Therapeut verwendet technisch gesehen Türöffner zum Aktivieren der Erinnerung und Umschreibungen, um die Erinnerung und damit verbundene Emotionen in eine Richtung zu bündeln, sie zu verstärken, damit der Klient Bilder und Emotionen miteinander verknüpft und seine inneren Vorgänge zum Ausdruck bringt. Er richtet mittels seiner Interventionen die Aufmerksamkeit des Klienten auf dessen innere Vorgänge. Er baut die EMDR-Übung ein, wodurch er seine sprachlichen und non-verbalen Handlungen sowie die Beziehungsgestaltung durch Verstärkung des Kontakt effektiv verstärkt (vgl. UBBEN 2000, Teil 1 & Teil 2, Satz IV 46-IV 60).

Zum Abschluss der Übung und der Sitzung geht er nochmals verstärkt auf die Emotionen des Klienten ein. Er führt eine Kopfmassage durch. Zur Förderung der reflektierenden Abstraktion gibt er Auskunft über die Vorgänge im Klienten und stärkt die therapeutische Beziehung (vgl. UBBEN 2000, Teil 1 & Teil 2, Satz IV 61-IV 75).

Interpretation

Der Therapeut geht in die Konfliktfelder des Klienten hinein, indem er sie direkt anspricht und einen persönlichen Bezug zu dem Klienten aufbaut. Es funktioniert dadurch, dass er einerseits in „Ich-Form“ die Perspektive des Klienten umschreibt, dessen Offenheit wertschätzt und andererseits seine eigene Person mit seinen Wertvorstellungen in Relation zu dem Konflikterleben des Klienten setzt (vgl. Anhang, Satz III 12-III 13 und III 22-III 24).

Im Rahmen des Rollenspiels setzt er die Konfrontation mit der Gewalttätigkeit des Klienten durch die Simulation einer alltäglichen Situation fort. Er geht direktiv vor, bestimmt das Ende der Inszenierung und leitet bzw. begleitet den Klienten in den Erwerb von Handlungskompetenz. Er solidarisiert sich darüber mit dem Klienten als Mann, aber entsolidarisiert sich gleichzeitig von dem Klienten als Gewalttäter. Er nimmt den Klienten als Täter ernst und bemitleidet ihn nicht in dessen Opferrolle (vgl. OELEMANN & LEMPERT 1998, S. 99ff.).

Die Lösungsstrategien werden vom Therapeuten indirekt vorgegeben, ausgehandelt und vertraglich, mit dem Angebot von Entgegenkommen und mit Wertschätzung zur Stabilisierung der therapeutischen

Beziehung, abgeschlossen (vgl. Anhang, Satz III 41-III 44). Der Therapeut selbst ordnet das Vorgehen des Vertragsabschließens und der Besiegelung mit einem Händedruck als interkulturelles Vorgehen ein. Er ist sich darüber bewusst, dass der Klient die Behandlung, die Sitzung und ihn als Therapeuten ernst nimmt und verstärkt diese Basis über den Vertrag, der in dieser Form abgeschlossen, in der Regel nicht gebrochen wird. Er nimmt ihn dadurch in die Pflicht (vgl. THERAPEUT 1999, S. 16).

Der Therapeut verwendet in dieser Phase wiederholt strategische Schleifen zur Bearbeitung von Widerständen, zur Stabilisierung der therapeutischen Beziehung, zur Information über sein Vorgehen und den darin liegenden Sinn sowie zur Verpflichtung des Klienten zur Mitarbeit. Diese Schleifen werden in den Themenkontext integriert. Einmal baut er sie als Vorbereitung zur Bearbeitung der Gewalttätigkeit des Klienten ein (vgl. Anhang, Satz III 24-III 27). Ein anderes Mal werden auftauchende Widerstände des Klienten in Bezug auf dessen Experimentierfreudigkeit zum Ess- und Teetrinkverhalten durch eine positiv stimulierende strategische Schleife abgebaut (vgl. Anhang, Satz IV 33-IV 41).

Die Gestaltung der therapeutischen Beziehung bezieht sich nun auf den Themenkontext und auf die inneren Werte des Klienten und deren Hervorhebung. Den politischen Kontext des Klienten und die Kurdenproblematik stellt er seinem Vorgehen – im Vergleich zur ersten Phase – nicht voran. Im Teil der Bearbeitung der Erinnerung an traumatische Situationen stärkt der Therapeut die therapeutische Beziehung auch auf räumlicher / körperlicher Ebene (vgl. Anhang, Satz IV 51 u. IV 53; IV 62-IV 67). Die therapeutische Beziehung wird insgesamt intensiver und näher, der Klient ist „zu allem bereit“ (Anhang, Satz III 27a, vgl. Anhang, Satz IV 72a-IV 73a). Eine intakte therapeutische Beziehung erkennt der Therapeut sowohl durch das Thematisieren der Beziehung im Therapieverlauf als auch an Mimik und Gestik des gegenübersitzenden Klienten, an dessen regelmäßigem und pünktlichem Erscheinen, an dessen Ausdruck von Misstrauen sowie an von dessen verbalem Ausdruck zum vergangenen Therapiegeschehen (vgl. THERAPEUT 1999, S. 8, S. 16).

Die Erläuterung der Sinnstrukturen der neuerworbenen Handlungskompetenzen sowie die positive Verstärkung dieser im Bewusstsein

des Klienten sind wichtig, um ihm über fremde und ungewöhnliche innerpsychischen Vorgänge Informationen zu vermitteln (vgl. Anhang, Satz II 45, Satz IV 3-IV 13; Satz IV 62; IV 69-IV 72). Das Wissen über mögliche Symptomzusammenhänge bewirkt Einsicht in das Verhalten, nimmt das Gefühl, unnormale oder sogar verrückt zu sein und begünstigt Einsicht in den Prozess der Verhaltensänderung. BUTOLLO spricht hier z.B. von präventiver Psycho-Edukation, die auch in den Therapieprozess integrierbar ist (vgl. BUTOLLO 1997, S. 36 ff.).

Die Bearbeitung der traumatischen Erfahrung erfolgt nach der Station der Bearbeitung des gewalttätigen Verhaltens sowie der Bearbeitung des Ess- und Trinkverhaltens unter dem Thema „Bearbeitung der Schlafstörungen“. Sie erscheint in dieser Bearbeitungsform effektiv auf die Zielsetzung von Traumatherapie ausgerichtet, indem sie die Bilder der Erinnerung, die vorhandenen Gefühle der Angst und der Traurigkeit sowie den Ausdruck körperlicher Symptome miteinander in Verbindung bringt. Im Vergleich zur ersten Phase leitet der Therapeut die Bearbeitung der extremtraumatischen Erfahrung ein und geht sie mit Hilfe der EMDR-Methode schrittweise und vorsichtig an. Er schließt sie mit einer ausgleichenden, stärkenden und gleichzeitig symptombehandelnden Kopfmassage ab (vgl. Anlage A, Satz IV 46-IV 66).

Das veränderte Vorgehen des Therapeuten spiegelt in dieser Phase das Prinzip der erzählten orientalischen Geschichte wider, in welcher der Hakim die Problembearbeitung aufnimmt und durchführt. Dem Therapeuten hat das Erzählen der Geschichte gebracht, dass er sich intensiver mit dem inhaltlichen Vorgehen in der Therapie beschäftigt, in seinem therapeutischen Ansatz und seiner Rolle als Therapeut aktiver wird, Handlungskompetenzen vermitteln und besser intervenieren kann und darüber eine klientengerechte Struktur aufbaut (vgl. THERAPEUT 1999, S. 16). Er nimmt den Klienten empathisch auf und an, holt ihn von seinem Standort ab, aber führt ihn, gestützt durch die therapeutische Beziehung, tiefer in emotionale und kognitive Veränderungsprozesse hinein (vgl. THERAPEUT 1999, S. 5).

Hypothese Phase IIIB: zum Klientenverhalten

Der Klient lässt sich durch die Klarheit und Bestimmtheit des Therapeuten auf die herbeigeführte Wahrnehmung seiner inneren Problemfelder und ihrer Bearbeitung ein. Er gewinnt Orientierung in seiner Rolle als Klient. Durch die Stabilität der therapeutischen Beziehung steigt seine Bereitschaft und Motivation zur Arbeit an seiner traumatischen Erfahrung.

Vorinterpretation:

Sobald der Therapeut die inneren Konflikte des Klienten umschrieben hat, lässt sich dieser schrittweise auf das therapeutische Vorgehen und damit auf die Thematik seiner inneren Probleme ein (vgl. Anhang, Satz III 12a-39a).

Am Rollenspiel nimmt er wie ein situationsfremder Akteur teil, d.h. er folgt dem Therapeuten, reagiert auf dessen Vorgehen, aber verhält sich zurückhaltend. In der Nachbereitung zögert er skeptisch, den Vertrag mit dem Therapeuten abzuschließen. Er willigt schließlich durch dessen betonte Ernsthaftigkeit ein (vgl. Anhang, Satz III 28a-III 44a).

Zu Beginn der vierten Sitzung reflektiert der Klient den Sinn des Rollenspiels und signalisiert Vertrauen, Hilfsbedürftigkeit und die Akzeptanz der Kompetenz des Therapeuten. Er ist momentan stark in die therapeutische Beziehung involviert, sie bedeutet ihm sehr viel. Durch die therapeutische Beziehung geht er im Alltag verändert mit seinen Aggressionen um, d.h. er geht aus der Situation heraus und macht Spaziergänge (vgl. Anhang, Satz III 43a-III 45a; Satz IV 3a-12a, IV 72a-IV 74a).

Der Klient beschreibt sorgenvoll seine körperlichen Symptome (Herzschmerzen, Magenschmerzen, Kopfschmerzen und Schlafstörungen), weswegen er sich erneut im Krankenhaus befand. Er lässt sich auf eine Bearbeitung des Themengebietes „Schlafstörungen“ ein, die zunächst in Form der Bearbeitung seines Ess- und Trinkverhaltens erfolgt. Auf die Anregung des Therapeuten zur Verhaltensänderung reagiert er mit leichten Widerständen und lässt sich schließlich darauf ein. Anschließend geht er motiviert in den zweiten Teil – die Bearbeitung der Alpträume – mit (vgl. Anhang, Satz IV 13a-45a).

Im Rahmen der Bearbeitung der Alpträume ist der Klient mit der Schilderung seiner traumatischen Erfahrung sofort dabei (vgl. Anhang, Satz IV 46a-IV 49a). Er erkennt den Zusammenhang zwischen seinem Gefühl der Angst und seinem Misstrauen gegenüber Menschen im Alltag (vgl. Anhang, Satz IV 50). Die Realisierung der mit dem Trauma zusammenhängenden Gefühle (Angst, Trauer und Wut) und der physiologischen Reaktionen (Herzrasen, Zittern, Kopfschmerzen) werden mit Widerständen erlebt, aber erinnert, gespürt und heilsam wahrgenommen. Er betont die Bedeutung der therapeutischen Beziehung (vgl. Anhang, Satz IV 50a, IV 52a, IV 54a, IV 57a, IV 58a, IV 60a, IV 61a, IV 69a, IV 70a).

„Ich fühle mich wie ein ausgetrockneter Baum, der nach langer Zeit von einem Menschen bewässert wird“ (Anhang, Satz IV 64a).

Überprüfung:

Der Klient reagiert auf die Interventionen des Therapeuten, lässt sich auf die genannten Aspekte und Perspektiven zum Thema ein und gerät dadurch mit seinen Äußerungen zunehmend tiefer in die Thematik seiner inneren Konfliktfelder. Er wirft neue Aspekte auf, die unmittelbar zum Thema gehören, sich aber in ihrer Qualität / Quantität unterscheiden. Im Rahmen einer durchgeführten Beziehungsschleife bekundet er seine Einsicht zur Klärung des Therapieprozesses und spricht Bereitschaft zur Mitarbeit aus (vgl. UBBEN 2000, Teil 1 & Teil 2, Satz III 12a-III 27a).

Während des Rollenspiels verhält der Klient sich ruhig-beobachtend und reagiert entsprechend verhalten auf die therapeutischen Handlungen: Er versucht an einigen Punkten auszuweichen oder antwortet relativ knapp und zum Schluss gar nicht auf die Ausführungen des Therapeuten, wirft keine neuen Aspekte ein. Er wirkt nach innen gekehrt, emotional und angespannt. Er geht jedoch mit dem Therapeuten mit (vgl. UBBEN 2000, Teil 1 & Teil 2, Satz III 28a-III 40a).

Auf die Forderung des Versprechens vom Therapeuten lässt er sich durch die Bearbeitungsweise ein, bedankt sich für dessen Hilfe, bekundet und betont sein Vertrauen zum Therapeuten. Der Klient ver-

pflichtet sich, sein Wort zu halten (vgl. UBBEN 2000, Teil 1 & Teil 2, Satz III 41a-III 44a).

Zu Beginn der vierten Sitzung äußert sich der Klient über die Veränderungen in seiner Familie aufgrund seiner Verhaltensänderung. Über die Bearbeitungsweise des Therapeuten gewinnt er Einsicht in die Notwendigkeit von Veränderungsprozessen, betont nochmals die Bedeutung der therapeutischen Beziehung und kommt durch diese Phase auf seine körperlichen Beschwerden und einen erneuten Krankenhausaufenthalt zu sprechen (vgl. UBBEN 2000, Teil 1 & Teil 2, Satz IV 1a-IV 13a).

Er lässt sich auf die vom Therapeuten angeführte Exploration und Bearbeitung des Thema „Schlafstörungen“ ein, droht dann auszuweichen, als ihn der Therapeut mit einer alten Verabredung und mit seinem widersprüchlichen Verhalten konfrontiert. Hier kommt er auf themenfremde, äußere Aspekte zu sprechen. Er lässt sich jedoch durch die Interventionen des Therapeuten auf einen anderen Aspekt zum Thema lenken, um sich dann zur Experimentierfreudigkeit und zur Arbeit an seinen Alpträumen motivieren zu lassen (vgl. UBBEN 2000, Teil 1 & Teil 2, Satz IV 14a-IV 45a).

Im Rahmen der Bearbeitung der Alpträume lässt sich der Klient direkt auf die vom Therapeuten angeführten, allmählich vertiefenden Aspekte ein, was sich noch intensiviert durch die vom Therapeuten durchgeführten beziehungsstärkenden Maßnahmen. Durch das Aktivieren der mit der traumatischen Erinnerung eng in Zusammenhang stehenden Emotionen, spürt er eigene Widerstände und körperliche Symptome. Geleitet vom Therapeuten nimmt er sie wahr, zeigt seine damit verbundenen Emotionen und betont seine Kopfschmerzen (vgl. UBBEN 2000, Teil 1 & Teil 2, Satz IV 46a-IV 65a). Zum Abschluss der Sitzung zeigt er sich erneut sehr motiviert, an den Symptomen zu arbeiten. Er untermauert wiederholt die Bedeutung des therapeutischen Prozesses sowie seiner Veränderungen und die Bedeutung der therapeutischen Beziehung (vgl. UBBEN 2000, Teil 1 & Teil 2, Satz IV 66a-IV 74a).

Interpretation:

Der Klient lässt sich in der dritten Phase auf das therapeutische Vorgehen ein und kann sein schuldbehaftetes Thema – seine Gewalttätigkeit in der Familie, was er bereits zu Beginn der ersten Phase erwähnte, zum Ausdruck bringen. Dadurch dass er damit ernst genommen wird und im therapeutischen Vorgehen Orientierung und Sicherheit findet, bringt er seine pathologischen Sinnkonstruktionen, z.B. seine Legitimation zur Gewaltanwendung, offen zum Ausdruck (vgl. Anhang, Satz III 37a).

Je unangenehmer und konfliktgeladener ihm der Inhalt erscheint, desto deutlicher reagiert er mit Zurückhaltung oder mit Themenabweichungen. Auf eine Bearbeitung der Widerstände durch den Therapeuten lässt er sich ein, steigt wieder in die Mitarbeit ein und erscheint zur Weiterarbeit motiviert. Das Bestimmen des Tempos des therapeutischen Vorgehens vermittelt ihm das Gefühl der Sicherheit. Dieses Gefühl bringt ihn dazu, sich auf ein Rollenspiel einzulassen (vgl. Anhang, Satz III 23a-III 27a, Satz IV 33a-IV 45a). Im Rahmen der Problembearbeitung ist es dem Klienten wichtig, dass ihm der Therapeut Überblick über dessen Vorgehen vermittelt, wodurch er sich ungefähr vorstellen kann, in welche Richtung das Verfahren verläuft und worauf er sich einlässt (vgl. KLIENT 1999, S. 8). Hier bildet sich die Struktur der orientalischen Geschichte ab: Der Klient erfuhr, dass der Diener zwar ins Wasser geworfen, aber unbedingt wieder an Bord geholt wurde, und überträgt es auf seine Person.

Im Anschluss an das Rollenspiel nimmt der Klient den Erwerb von Handlungskompetenz und die vertragliche Vereinbarung durch Versprechen und Handschlag sehr ernst, wie er im weiteren Verlauf betont (vgl. Anhang, Satz IV 31a; IV 32a). Diese Situation wirkt sich wohl in seinem Denken und Handeln, auch gegenüber seiner Familie, nachhaltig aus. In Stresssituationen, in denen seine Aggressionen wachsen, erinnert er sich an die Therapiesituation. Auch zu Hause nimmt er seinen steigenden Stresspegel wahr, verlässt er den Raum bzw. die Situation und geht, bevor er gewalttätig wird, spazieren. „In dem Moment sage ich dann immer: ‚Danke schön, Therapeut ...,wieder zu Hause angekommen sag‘ ich dann meinen Kindern: ‚Ihr sollt für den Therapeuten beten‘“ (KLIENT 1999, S. 6).

Die neue Therapiestruktur bietet dem Klienten Übersicht und Klarheit. Er gewinnt Orientierung in seiner Rolle als Klient. Er sieht, reflektiert und erfährt die positive Wirkung des Einlassens auf die therapeutische Arbeit. Seine Handlungs- und Kontrollfähigkeit wird ihm, auch im Vergleich zu früheren Verhaltensweisen, bewusst. Die Ergebung ins Kismet (Schicksal) hat sich vermindert (vgl. KLIENT 1999, S. 6). Er zeigt sich verändert: erleichtert, veränderungsbereit, positiv gestimmt und mit seinen inneren und innerfamiliären Konflikten beschäftigt. Es macht den Anschein, dass der Klient seine Konflikte außerhalb des therapeutischen Raumes in die Hand nimmt und sie z.B. gegenüber den Ärzten klar verdeutlicht (vgl. Anhang, Satz IV 13a-17a). Die politischen Belange der KurdInnen und seine Wohnsituation spielen in der dritten Therapiephase nur noch eine Nebenrolle (vgl. Anhang, Satz IV 5a-12a, IV 72a-74a).

Er fasst den therapeutischen Raum als Ort auf, in dem er sich so, wie er ist, wie er sich fühlt und wie er denkt, zeigen kann. Das spiegelt Vertrauensgewinn zum Therapeuten wider (vgl. Anhang, Satz IV 28a). Da, wo der Klient vorher seine Hilflosigkeit in Form der Involvierung des Therapeuten in den Behördenkonflikt zum Ausdruck gebracht hat, erfährt er nun durch die tragfähige therapeutische Beziehung einen Wandel der Hilflosigkeit. Er wird zunehmend handlungsfähig, reflektiert den inneren und äußeren Zusammenhang. Er spürt und bringt seine Emotionen zum Ausdruck (vgl. Anhang, Satz III 8a; III 27a-42a; IV 41a-45a; IV 50a-IV 60a).

Ein wichtiges Element, das zu der Entwicklung des Klientenverhaltens in dieser Phase beiträgt, ist die Klärung der therapeutischen Beziehung auf Grundlage der orientalischen Geschichte. Der Klient gestattet dem Therapeuten, ihn – in Anlehnung an die Geschichte – symbolisch gesehen in das Wasser zu werfen, um seine „Träume über Angst“ zu überwinden (Klient 1999, S. 7). Er sieht den Therapeuten als einzigen, „der eine Lösung finden darf und der ihn heilen wird“, der Therapeut hat ihm dazu verholfen, nicht Suizid zu begehen, sondern weiter leben zu wollen (Klient 1999, S. 7f.). Er spricht auf die direktiven Vorgehensweisen des Therapeuten (bei aufkommenden Aggressionen den Raum zu verlassen, nach 20 Uhr keinen Tee zu trinken, vgl. Anhang, Satz III 41-III 43; IV 32) deutlich an und befolgt dessen Ratschläge vermutlich auch deswegen, weil er (symbolische)

Gegenleistungen erhält, wie z.B. die Kontaktaufnahme mit den Behörden. Er ordnet den Therapeuten in die Rolle des Arztes ein (vgl. KLIENT 1999, S. 6 und S. 9). Dem Klienten ist außerdem wichtig, dass der Therapeut ihm seine physiologischen und psychischen Kettenreaktionen klar gemacht hat (Psycho-Edukation, s.o.) und seine Probleme anfasst (vgl. KLIENT 1999, S. 6).

„Wenn ich bei dem Therapeuten bin, der Therapeut kümmert sich immer um das Problem. Er fasst immer die Wunde an, das Problem an. Wenn es einen Schatten wirft, wird er sagen, hier ist ein Knoten und der Knoten ist das Problem, es muß gelöst werden, deswegen nimmt er den Knoten und er arbeitet solange daran, bis er das gelöst hat. Und das hilft mir, dass der Therapeut immer das Problem anpackt und dann den Knoten anpackt und sich wehrt und alles versucht, bis er alles gelöst hat“ (KLIENT 1999, S. 8).

Hypothese Phase IIIC: zum Therapieprozess

Der therapeutische Prozess gewinnt in dieser Phase an Klarheit und Struktur. In seiner Dynamik bewegt er sich nun kontinuierlich nach oben.

Vorinterpretation:

In dem therapeutischen Prozess entwickelt sich langsam eine dynamische Arbeitsstruktur, die klar, facettenreich und auf die inneren Problemfelder des Klienten ausgerichtet erscheint (vgl. Anhang, Satz III 12-IV 75). Es entsteht ein langsamer Abbau von hartnäckigen Widerständen gegenüber dem Eintauchen in die unangenehme, mit den traumatischen Erfahrungen verbundene Erlebenswelt (vgl. Anhang, Satz IV 3-IV 45). Therapeut und Klient arbeiten zusammen an diesem Abbau im Sinne der neuen Rollenwahrnehmung und einer bewussten, aufeinander abgestimmten Problemwahrnehmung. Der Therapeut demonstriert, dass er seine Rollenklarheit und die Einführung von Struktur ernst nimmt (vgl. Anhang, Satz III 24-III 27a).

Der Therapeut zeigt eine gezielte Bearbeitungsbereitschaft der inneren Konflikte, der Klient zeigt Mitarbeit- und Veränderungsbereitschaft, was der Interaktion zwischen beiden eine weiterführende

Dynamik verleiht. Die innere Problemlage des Klienten wird fokussiert und in separaten, themengebundenen Einheiten in die Tiefe gehend bearbeitet (vgl. Anhang, Satz IV 13a-IV 75).

Überprüfung:

Der Therapieprozess ist in der dritten Phase des Verlaufs durchgängig durch klare Themenstellungen und deren zirkulär-zentrierte, aufeinander aufbauende Verläufe gekennzeichnet.

Zum Thema der psychischen Belastungen des Klienten führt der Therapeut laufend neue Aspekte auf, die der Klient aufnimmt. Sie gelangen gemeinsam auf einen wesentlichen Aspekt, dem Ausüben von Gewalt gegenüber der Familie. Dieser Aspekt wird solange vertieft, bis das Thema der Problembearbeitung vom Therapeuten anhand des Inhalts aufgegriffen und umgesetzt wird. Im Rahmen des Rollenspiels wird der Aspekt der Problembearbeitung in seiner thematischen Beständigkeit gemeinsam bearbeitet (vgl. UBBEN 2000, Teil 1 und Teil 2, Satz III 12-III 40).

Nach dem Rollenspiel wird zum Abschluss einer Einheit das neue Thema, die erworbene Handlungskompetenz, ausgehandelt und vertraglich festgehalten (vgl. UBBEN 2000, Teil 1 und Teil 2, Satz III 41-III 44a).

Zu Beginn der folgenden Sitzung wird das Thema der erworbenen Handlungskompetenz von beiden Gesprächspartnern fortgesetzt und reflektiert, bis der Klient ein neues Thema aufwirft, durch dessen Aspekte der Therapeut zu dem neuen Arbeitsthema „Schlafstörungen“ und dann „Bearbeitung der Schlafstörungen“ lenkt (vgl. UBBEN 2000, Teil 1 und Teil 2, Satz IV 1-III 22a).

Zunächst wird im Hinblick auf die vorhandenen Schlafstörungen das Ess- und Trinkverhalten des Klienten anhand dieses Aspektes vertiefend bearbeitet. Durch die aufkommenden Widerstände des Klienten, die aufgrund eines Wechsels der Aspekte feststellbar sind, lenkt der Therapeut in einer Arbeitseinheit auf eine Verstärkung der Erinnerung des Klienten an erholsamen Schlaf. Damit steigert er die Experimentierfreudigkeit zur Änderung des Ess- und Trinkverhaltens des Klienten (vgl. UBBEN 2000, Teil 1 und Teil 2, Satz IV 23-IV 45a).

Zweitens greift der Therapeut im Hinblick auf die Schlafstörungen des Klienten die Bearbeitung von dessen Träumen auf. Die Ausführungen des Klienten veranlassen ihn, rasch zur Bearbeitung der traumatischen Erfahrungen des Klienten zu wechseln. In diesem Rahmen wird die Erinnerung des Klienten mit dessen Emotionen und körperlichen Symptomen verknüpft. Der Therapeut führt den Klienten an dessen Grenzen und ein kleines Stück darüber hinaus. Die Aufmerksamkeit beider Gesprächspartner ist auf die inneren Vorgänge des Klienten gerichtet. Einzelne Aspekte zum Thema kommen wiederholt zur Sprache. Durch eine Kopfmassage, die er ohne weitere Vorankündigung durchführt, werden die körperlichen Symptome bearbeitet und eingeordnet (vgl. UBBEN 2000, Teil 1 und Teil 2, Satz IV 46-IV 66).

Die Sitzung wird, durch einen Platzwechsel deutlich gekennzeichnet, durch eine kurze Nachbesprechung abgeschlossen. Zu diesem Zweck geht der Therapeut auf eine Metapher des Klienten ein und erklärt sein Vorgehen und die Wirkung seines Vorgehens. Der Klient greift Aspekte aus der Sitzung auf, betont wiederholt die Bedeutung des Therapieverlaufs und der therapeutischen Beziehung (vgl. UBBEN 2000, Teil 1 und Teil 2, Satz IV 67-IV 74a).

Interpretation:

In dieser Phase wird deutlich, dass die umgesetzte Struktur der Geschichte dem therapeutischen Prozess Klarheit und Dynamik verleiht. Der Therapeut geht aktiv die Problemfokussierung und -bearbeitung an und zeigt ein strukturiertes, wirkungsvolles therapeutisches Vorgehen. Im Gleichklang ist der Klient auf die Bearbeitung der inneren Problemfelder vorbereitet und durch eine stabile / stabilisierende therapeutische Beziehung abgesichert. Eine therapeutische Struktur bietet dem Klienten Sicherheit und Vertrauen. Es ist zur Förderung seiner Bereitschaft zur Mitarbeit wichtig, dem Klienten wiederholt zu vermitteln, dass er Kontroll- und Ausstiegsmöglichkeiten im Therapieprozess hat (vgl. HERMAN 1993).

Die Themen im Therapieprozess dieser Phase erweisen sich in ihrer Anordnung spiegelbildlich zu der Anordnung der inneren Konfliktfelder des Klienten: Es existieren hierarchisch angeordnete, sich überlagernde Probleme, die der Reihe nach bearbeitet werden müssen, um

an eine Basis zur Bearbeitung der traumatischen Erfahrung zu gelangen. Die Bearbeitungseinheiten sind einteilbar in:

- die Thematisierung des gewalttätigen Verhaltens des Klienten in der Familie und die Vorbereitung zu einem Rollenspiel,
- das Rollenspiel zu dem gewalttätigen Verhalten des Klienten in der Familie mit der Sensibilisierung für Verhaltenskontrolle und -änderung,
- das Aushandeln der therapeutischen Vereinbarung zur zukünftigen Verhaltenskontrolle / -änderung,
- die Nachbereitung der Verhaltenskontrolle und -änderung,
- die Bearbeitung der Schlafstörungen durch Hinführung zur Änderung des Schlafrhythmus über die Änderung des Ess- / Trinkverhaltens sowie die Erinnerung an erholsamen Schlaf,
- die Bearbeitung der Schlafstörungen durch Bearbeitung der Alpträume,
- die Bearbeitung der traumatischen Erfahrung,
- die Nachbereitung der Arbeitseinheiten zur traumatischen Erfahrung (vgl. Anhang, Satz III 12-IV 75).

4.2.3 Auswertung: Konsequenzen für das therapeutische Vorgehen

Nach der Überprüfung und Interpretation der Hypothesen sowie des Therapieverlaufes bestätigt sich zunächst die Einteilung des Therapieprozesses in die oben genannten drei Phasen. Somit sind zum Therapeuten- und Klientenverhalten sowie für den Therapieprozess in den drei Phasen folgende Hypothesen festzuhalten:

Hypothesen zum Therapeutenverhalten

IA. Der Therapeut greift die Problemwahrnehmung des Klienten auf, um an dessen innere Bezüge zu gelangen. Er erachtet eine konfrontierende Bearbeitung der traumatischen Erfahrungen des Klienten zu diesem Zeitpunkt als unangemessen und greift statt dessen stabilisierende und ressourcenorientierte Aspekte auf.

IIA. Der Therapeut erreicht den Klienten zur Bearbeitung innerer Probleme nicht mittels üblicher Techniken der therapeutischen Gesprächsführung. Durch das Erzählen der orientalischen Geschichte

fokussiert er sowohl für sich als auch für den Klienten das Thema Problemwahrnehmung und -bearbeitung. Einleitend zur gezielten Bearbeitung der inneren Problemfelder des Klienten, stellt er über diesen Weg eine Klärung seiner Rolle und seiner Aufgaben als Therapeut dar.

IIIA. Der Therapeut geht mit einer klaren Arbeitshaltung aktiv an die inneren Problemfelder des Klienten heran. Er vermittelt ihm Einsicht über dessen innerpsychische Vorgänge. Er begegnet auftretenden Widerständen des Klienten mit strategischen, beziehungsstärkenden Schleifen und motiviert ihn darüber zur Mitarbeit und Veränderung. Er führt den Klienten zu dem Erwerb von Handlungskompetenzen, die vertraglich festgehalten und ausgehandelt werden. Die Bearbeitung der traumatischen Erfahrungen des Klienten und der damit verbundenen Emotionen erfolgt nach der Bearbeitung hierarchisch angeordneter innerer Konfliktfelder.

Hypothesen zum Klientenverhalten

IB. Der Klient lagert äußere Konfliktfelder als Schutz aus kultur-, aufenthalts- und traumaspezifischen Gründen über seine inneren Problemfelder. Die Fluchtgeschichte mit ihren traumatischen Elementen ist sofort abrufbar und wird emotionslos ohne Einordnungsmöglichkeiten abgespult. Die symptomatisch mit den traumatischen Erfahrungen einhergehenden sekundären inneren Vorgänge, die z.B. zum gewalttätigen Verhalten führen, geistern in seinem Bewusstsein umher.

IIB. Der Klient ist aufgrund der kultur-, aufenthalts- und traumaspezifischen Fixierung äußerer Konflikte nicht in der Lage, in die Bearbeitung innerer Problemfelder einzusteigen. Die erzählte orientalische Geschichte bietet ihm die Möglichkeit, sich allmählich seinen inneren Problemfeldern zu stellen und sich auf deren psychotherapeutische Betrachtung und Bearbeitung einzulassen.

IIIB. Der Klient kommt durch das Einlassen auf die Klarheit und Bestimmtheit des Therapeuten mit der Wahrnehmung seiner inneren Problemfelder in Kontakt und lässt sich auf deren Bearbeitung ein. Er erhält durch das therapeutische Vorgehen Orientierung, fasst darüber Vertrauen in den Therapeuten und Motivation zur Weiterarbeit. Er gewinnt Einsicht in seine Verhaltensweisen. Durch diese Grundlagen

lässt er sich auf eine emotionale und körperliche Bearbeitung seiner traumatischen Erfahrungen ein.

Hypothesen zum Therapieprozess

IC. Der Therapieprozess bewegt sich in der ersten Phase zunächst langsam auf die Bearbeitung innerer Problemfelder des Klienten zu. Nach dem Bericht des Klienten über seine traumatischen Erfahrungen bewegt sich der Therapieprozess aufgrund der unterschiedlichen Wahrnehmung und Bearbeitungsbereitschaft der Problemfelder seitens Therapeut und Klient in die Breite. Der oberflächliche-kreisende Prozess verläuft zugunsten des vorläufigen Erhalts von Stabilität im Therapiegeschehen.

IIC. Der Therapieprozess droht zunächst zu stagnieren. Er läuft durch das Erzählen der therapeutischen Geschichte und nachfolgendes unterschiedliches Therapeuten- und Klientenverhalten stockend weiter. Die orientalische Geschichte leitet als Informationstransformator eine Klärung der Problemwahrnehmung und -bearbeitung zwischen Therapeut und Klient ein, wodurch der Prozess eine neue Dynamik erhält.

IIIC. Der Therapieprozess gewinnt in der dritten Phase durch das gleichgeschaltete Therapeuten- und Klientenverhalten an zirkulär-zentrierter Struktur und Dynamik. Er ist in klar voneinander abgrenzbare Bearbeitungseinheiten aufteilbar, die hierarchisch die Bearbeitung der traumatischen Erfahrungen des Klienten überlagern.

Auswertung

Anhand des durchgeführten Analyse- und Interpretationsverfahrens werden vorhandene Handlungsressourcen des Therapeuten, situationstypische Problemfelder des Klienten sowie auftretende interaktionale Probleme im Bearbeitungsverfahren offenkundig, die zur Weiterentwicklung bestehender Therapieansätze relevant sind und Ansatzpunkte für weiterführende Forschungen bieten.

Die Handlungsressourcen des Therapeuten bestehen aus:

- der Aktivierung von Ressourcen des Klienten, die zunächst an seiner politischen / kollektiven Identität – im Sinne des Aufbaus einer

sinngebenden Struktur zur Einordnung der (extrem-) traumatischen Erfahrung – anknüpft und im Verlauf an seiner individuellen Identität – im Sinne des Aufbaus von „ICH“-Stärke –, anknüpft; somit entsteht eine saubere Trennung zwischen politischen Ideen sowie der Identifikation mit diesen Ideen auf der einen Seite – und auf der anderen Seite der Identität als Individuum, Mann, Vater und Familienmitglied;

- der metaphorischen Sprache, dem Einsatz von Sprichwörtern und orientalischen Geschichten als sprachliche Brücken zum Klienten, als Elemente der Problemfokussierung sowie als Zugangsmöglichkeit zur kulturspezifischen und traumaspezifischen Problemwahrnehmung, als Möglichkeit zur Bearbeitung und Weiterentwicklung der ursprünglichen Wahrnehmungen und Sinnkonstruktionen;
- der Vor- und Leitbild-Funktion und darüber Solidarität mit den gesunden, individuellen Anteilen des Klienten; den gezielten ICH-Botschaften als Vergleichsmöglichkeit und zur (kulturellen) Orientierung des Klienten;
- dem gezielten direktiven Vorgehen in ungewohnten oder zielorientierten Situationen, z.B. im Rahmen des Rollenspiels oder der Vertragsaushandlung zur Vermittlung von Orientierung und Sicherheit;
- dem symbolischen Entgegenkommen, den Gegenleistungen oder mitnehmbaren ideellen oder materiellen Objekten zur Verstärkung der Bedeutung sowie des Sinns des Einlassens auf anstrengende und schmerzhafteste Prozesse, z.B. durch ausgleichende Massagen oder Unterstützung in außertherapeutischen Situationen, im angebrachten Maß und in angebrachten Momenten;
- dem Einbinden von kulturspezifischen Elementen des Klienten in den Therapieprozess, z.B. eine Vertragsaushandlung nach orientalischem Muster, als Entgegenkommen und Orientierungshilfe sowie als Mittel zur Bekräftigung und Fixierung bestimmter Aussagen;
- dem Einsatz von strategischen Schleifen aufgrund verstärkt auftauchender Widerstände, als Regenerationseinheit für den Aufbau von Motivation, Sicherheitsempfinden und Energie des Klienten, sowie der Stabilisierung der therapeutischen Beziehung durch das Signalisieren von Entgegenkommen und Geschwindigkeitsverringerung im therapeutischen Vorgehen;

- die Herstellung von Leiblichkeit im Rahmen der Bearbeitung der (extrem-) traumatischen Erfahrung durch Herstellung der Möglichkeit zum Ausdruck von Emotionen sowie zum Aufspüren körperlicher Symptome und Vorgänge;
- der Psycho-Eduktion durch Aufklärung über innere Prozesse und Wirkungsweisen im Zusammenhang mit der (extrem-) traumatischen Erfahrung und ihrer kultur- und traumaspezifischen Wahrnehmung.

In allen Punkten ist die Bedeutung des Hinwirkens auf heuristische Wirkfaktoren in der Psychotherapie nach GRAWE (1988) enthalten, d.h. die Förderung und Entwicklung der Emotionsverarbeitung, der reflexiven Abstraktion und der Handlungskompetenz sowie der Beziehungsgestaltung.

Wie aus dem o.g. ersichtlich, ist außerdem die Berücksichtigung von aufenthalts-, kultur- und traumaspezifischen Aspekten bedeutsam. Hierzu zählen beispielsweise die genaue Einordnung in die Verarbeitungsphase des Traumas und die Beachtung der damit einhergehenden Bedürfnisse der KlientInnen (z.B. Schutz, Stabilität, emotionaler Ausdruck, Integration und Neuorientierung). Zudem ist es – z.B. zum Erhalt einer gesunden therapeutischen Beziehung, zum Erhalt der Effektivität der Anwendung oder zum Erhalt der Aufnahmebereitschaft des Klienten – notwendig, gezielt und gut dosiert psychotherapeutisch zu intervenieren. In körpernahen Situationen wäre eine Vorbereitung auf den Körperkontakt zur Herstellung des Gefühls von Sicherheit angebracht, z.B. durch eine klare, offene Frage.

Die Handlungsressourcen des Therapeuten spiegeln die Berücksichtigung sowie Inangriffnahme vorhandener situationstypischer Problemfelder des Klienten im therapeutischen Zusammenhang wider. Es geht in diesem Punkt um die Wahrnehmung asyl- und aufenthaltsspezifischer Problemfelder als Unsicherheits-, Unwissenheits-, von der Handlungsfähigkeit entbindende und (Ohn-)Machtfaktoren sowie als existenzielle Bedrohung.

Daneben geht es um die kulturspezifische Wahrnehmung der Problemfelder – die Wahrnehmung und das Festhalten des Klienten an seiner patriarchalischen / kollektiven Rolle (Männerbild), Schamgefühle, der Glaube an und das Ergeben in das Schicksal –; dadurch bedingt

die Unvertrautheit mit der Rolle des Therapeuten sowie mit dessen (mittelschichtsorientierter / westlicher) Sprache und um Orientierungsprobleme im Therapieverlauf.

Schließlich nimmt die traumaspezifische Wahrnehmung der Problemfelder einen bedeutsamen Part im Therapiegeschehen ein. Dazu gehören: Fixiertheit in die Opferrolle, erlernte Handlungsunfähigkeit, Schuld- und Schamgefühle, Erinnerungsdruck, emotionale Taubheit / Vermeidungsverhalten und physiologisches Hyperarousal.

Mit der Berücksichtigung der genannten Faktoren soll nicht einhergehen, den Klienten in seinen Strukturen zu bestätigen oder ihn als Opfer zu bemitleiden, sondern ihn im Sinne der Herstellung von Handlungskompetenz sowie der Emotionsverarbeitung und Veränderung seiner kognitiver Strukturen zu aktivieren.

Dadurch, dass im therapeutischen Raum mindestens zwei Gesprächspartner mit unterschiedlichen Ausgangssituationen sowie mit vielschichtigen Aspekten zur Problemwahrnehmung und -bearbeitung aufeinandertreffen, scheint es in der Natur des Therapieprozesses zu liegen, zum einen langsamer und zum anderen über mehrere Einheiten bzw. Schleifen zu verlaufen. Dennoch ist es an bestimmten Punkten notwendig, dass der Therapeut ihn durch strukturierendes, orientierungsstiftendes und offensives bzw. direktives Vorgehen beschleunigt. Trotz oder insbesondere wegen blockierender asyl- und aufenthalts-, kultur- sowie traumaspezifischer Faktoren liegt es im Sinne der (Wieder-) Herstellung von Handlungskompetenzen, Konfliktkerne – insbesondere die Bearbeitung der (extrem-) traumatischen Erfahrungen – anzugehen. In unbearbeiteter Form bestünde die Gefahr, dass sie den Gesamtzustand des Klienten in seiner Lebenssituation negativ beeinflussen und den Therapieprozess weiter zum Stocken bringen würden.

Resümee

Der Umfang dieses Buches macht Ihnen, liebe Leserin und lieber Leser, sichtbar, wie vielschichtig und komplex das Feld der psychosozialen Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen ist. Er spiegelt die hohen Anforderungen und die vielen Spannungsfelder wider, in denen sich die Praktikerinnen und Praktiker tagtäglich bewegen.

Am Ende dieses Buches ist ohne tiefgreifende Evaluation feststellbar, dass die psychosoziale Versorgung für traumatisierte Flüchtlinge in ihrer derzeitigen institutionellen Einbindung und Positionierung im sozialen Netz bedrohlich inadäquat, lückenhaft und defizitär erscheint. Dies ist besonders fatal, wenn man auf die Bedürfnisse der Klientel, z. B. Sicherheit und Ruhe, schaut. Es wird in beschämender Weise im Hinblick auf die nationalsozialistische Vergangenheit der deutschen Gesellschaft deutlich, welch geringen Stellenwert sie einer angemessenen, umfassenden und grundlegenden Versorgung dieser Zielgruppe in ihrem Versorgungssystem einräumt. Hieran lassen sich Berührungssängste und neurotische Verdrängungsbemühungen als symptomhafter Ausdruck einer kollektiven Traumatisierung durch den Nationalsozialismus feststellen.

So unerinnert und unbearbeitet, wie die Bilder der nationalsozialistischen Gewalt von Generation zu Generation in Ignoranz des Erhalts der Gesundheit unserer Nachkommen als auch der politischen Korrektheit weiter vererbt werden, ist jeglicher gesellschaftlicher Bereich im Umgang mit Gewalt und seinen Folgen mit Tabus und Berührungssängsten versiegelt. Erst wenn diese Gesellschaft in der Lage ist, sich zu einem prinzipiell verantwortungsvollen Umgang mit Menschenrechten zu bekennen und mit den Opfern von Menschenrechtsverletzungen würde- und respektvoll umzugehen, könnte man den Beginn der Verarbeitung der nationalsozialistischen Vergangenheit nicht nur auf individueller, sondern auch auf institutioneller und damit politischer Ebene formulieren.

Die Rahmenbedingungen für die psychosoziale Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen werden durch drei verschiedene, hierarchisch

angeordnete und klar zu trennende Ebenen bestimmt: An erster Stelle stehen die Politik als Verantwortungsträger für den gesetzlichen Rahmen und – damit einhergehend – die Justiz als Entscheidungsinstanz für entsprechenden Rechtssprechungen. An zweiter Stelle stehen die Übernahme von Verantwortung und das Treffen von Entscheidungen durch die Gesellschaft mit ihren humanitären Grundsätzen. Erst an dritter Stelle sollte die verantwortungsbewusste Weiterentwicklung der (psycho-)therapeutischen Praxis stehen.

Optimal bzw. ideal wäre eine klare Trennung der genannten drei Ebenen, die gleichzeitig Raum für einen konstruktiven Austausch zuließe. In der alltagspraktischen Wirklichkeit definieren und praktizieren die Vertreterinnen und Vertreter der drei genannten Ebenen jedoch ihre jeweilige Verantwortlichkeit mit höchst konträren Ansichten. Was spätestens seit der Änderung von § 16 GG fehlt, ist ein solider, kleinster gemeinsamer Nenner. Der Arbeitsalltag der Praktikerinnen und Praktiker wird somit durch eine zugeschobene und / oder vereinnahmte Verantwortlichkeit gekennzeichnet, die zum einen eine chronische Überforderung durch gut gemeinte Allzuständigkeit bedeuten kann und zum anderen nicht die fehlenden politischen und gesetzlichen Grundlagen ersetzen darf. Mit diesen realen Arbeitsbedingungen geht eine hohe Belastung der PraktikerInnen einher, die sich auf der Suche nach den bestmöglichen Lösungsmöglichkeiten für ihre Klientel gerade wegen der restriktiven Rahmenbedingungen oftmals in der Feuerwehrfunktion befinden.

Verantwortlichkeit sollte auf der Ebene der PraktikerInnen vielmehr bedeuten, dass zum einen die Arbeit an und Einflussnahme auf die politischen, juristischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen jenseits der eigentlichen (psycho-)therapeutischen Arbeit fortgesetzt wird. Zum anderen sollte die Erhebung von professionellen Standards sowie die (Weiter-)Entwicklung von entsprechendem professionellen Vorgehen im Vordergrund stehen. Folgende Ansatzpunkte bieten sich an:

- die Präventionsarbeit: z.B. für die Klientel und ihre Angehörigen durch Psycho-Edukation und (Weiter-)Bildung von / durch MultiplikatorInnen in allen Fachbereichen, was die HelferInnen entlastet und zum Erhalt der Team- und Leistungsfähigkeit beiträgt;

- die Arbeit mit den DolmetscherInnen: z.B. Supervisionsarbeit, Fort- und Weiterbildung;
- die Konzeptualisierung auf institutioneller Ebene: z.B. das Angebot von gemeinsamen / einzelnen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen sowie Supervision für die beteiligten Berufsgruppen, Kooperationen und Wissenstransfer mit Diensten der Regelversorgung, Entlastung des therapeutischen Teams zur konzentrierten Fallarbeit sowie zur Inanspruchnahme von Fort- und Weiterbildungsangeboten sowie Supervision, wissenschaftliche Begleitung und Evaluation, z.B. Forschung über die Effektivität des therapeutischen Vorgehens;
- die Öffentlichkeitsarbeit: z.B. Informationskampagnen sowie externe Gremienarbeit zur Bildung und Erhalt von (politischem) Bewusstsein;
- die therapeutische Arbeit am Fall: z.B. Einbezug der Angehörigen in den Therapieprozess, ressourcenorientiertes Vorgehen, Berücksichtigung der asyl- und aufenthaltsrechtlichen Rahmenbedingungen sowie des politischen Kontextes und anderer Sinnkonstruktionen des Klienten, Entwicklung des kulturspezifischen und traumatherapeutischen Vorgehens; Entwicklung von speziellen therapeutischen Standards bzw. Manualen für bestimmte Zielgruppen, wie z.B. Frauen oder Kinder.

Anhand der Aufzählungen ist entnehmbar, dass psychosoziale Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen viele Bereiche enthält, deren Entwicklung bzw. Ausbau die Gesundheit und Stabilität sowie die Würde der Betroffenen erhalten. Die dargestellten Aspekte erscheinen möglicherweise aufwendig und teuer, aber im Endeffekt können die Kasernen des sozialen Systems nur durch gründliche Vorgehensweisen entlastet werden. Entlastung entsteht auch durch die Bündelung und den Austausch von Erfahrungen der PraktikerInnen aus den Sonder- und Regeldiensten. Dies gilt sowohl im Hinblick auf die Gruppe der Überlebenden von Folter, sexualisierter Gewalt, politischer Gewalt und Gewalterfahrung während der Flucht aus Kriegs- und Krisengebieten als auch im Hinblick auf andere Traumagruppen, wie sie in der Literatur unterschieden werden: Überlebende von sexualisierter Gewalt, erwachsene Überlebende von sexualisierter Gewalt in der Kindheit, Überlebende von technischen und ökologischen Katastrophen

sowie Unfällen, Soldaten nach militärischen Einsätzen (vgl. MAERCKER 1997a). Ganz gleich nach welchen Kriterien die einzelnen Gruppen unterschieden werden oder ob sie sich in Kriegs- oder Friedensgebieten befinden – für jeden ist seitens der Öffentlichkeit die Verantwortung zu übernehmen, dass die präventive, kurative und rehabilitierende Arbeit mit ihnen aus dem Abseits geholt und somit das Schicksal der / des Einzelnen nicht in die Privatheit verbannt wird. Hierzu gehört die Erkenntnis, dass die Erfahrung von traumatisierenden Ereignissen immer auch ein gesellschaftliches, politisches und kulturelles Problem ist.

Erst vorhandene solide und optimierte Rahmenbedingungen ermöglichen, erleichtern und begünstigen den Heilungsprozess der einzelnen traumaerfahrenen Person. Faszinierend ist der Vergleich von HERMAN, dass Traumatherapie **immer** die Migration und Integration in eine neue Kultur bedeutet.

„Betroffene, deren Persönlichkeit stark von ihrer traumatischen Umgebung geprägt wurde, fühlen sich in dieser Genesungsphase oft wie Flüchtlinge, die Neuland betreten. Bei politisch Verfolgten ist dies manchmal buchstäblich der Fall, aber auch viele andere Gewaltopfer, zum Beispiel geschlagene Frauen oder in der Kindheit mißbrauchte Patienten, machen psychische Erfahrungen, die sich nur mit einer Einwanderung in ein anderes Land vergleichen lassen. Die Kultur, in der sie sich ein neues Leben aufbauen müssen, unterscheidet sich radikal von der, die sie hinter sich gelassen haben.“ (HERMAN 1993, S. 279)

Anhand dieses Beispiels wird bildlich gesehen deutlich, dass die Integrationsleistungen im neuen Land nicht nur von dem Traumaüberlebenden ausgehen können. Vielmehr steht bzw. fällt der Integrationserfolg mit dem Entgegenkommen, der Bedürfnisorientierung und der Bereitschaft zur (Weiter-)Entwicklung seitens der Gruppe der Nicht-Traumatisierten. An dieser Stelle möchte ich nochmals auf das am Anfang dieses Buches angeführte Zitat von AMÉRY eingehen und hypothetisch festhalten, dass er unter anderen politischen, gesellschaftlichen und institutionellen Rahmenbedingungen eine andere Wirklichkeit von dem Erleben und der Wirkung von Extremtraumatisierung beschrieben hätte. Die Arbeit an dem erlebten Trauma ist zeitlich nicht schematisierbar und verlangt zudem immens hohe psy-

chische und körperliche Leistungen des Einzelnen. Inzwischen kann es im Rahmen des Möglichen liegen, dass ein Überlebender sich eher mit den abschließenden Worten von FRIED identifizieren kann als mit den einleitenden von AMÉRY. Wünschenswert ist wohl für jeden unmittelbar Beteiligten, dass diese Möglichkeit in Betracht gezogen werden kann und sich mit ihr der Blick auf eine veränderte Wirklichkeit richtet.

Aufhebung

Sein Unglück
 ausatmen können
 tief ausatmen
 so dass man wieder
 einatmen kann
 Und vielleicht auch sein Unglück
 sagen können
 in Worten
 in wirklichen Worten
 die zusammenhängen
 und Sinn haben
 und die man selbst noch
 verstehen kann
 und die vielleicht sogar
 irgendwer sonst versteht
 oder verstehen könnte
 Und weinen können
 Das wäre schon
 fast wieder
 Glück

(ERICH FRIED, 1921-1988, österreichischer Lyriker und Übersetzer)

Literatur

- Adam, Hubertus (1993): Terror und Gesundheit. Ein medizinischer Ansatz zum Verständnis von Folter, Flucht und Exil, Weinheim.
- Akgün, Lale (1992): Sprache und Wirklichkeit in der interkulturellen Kommunikation, in: IZA 3/4/92, S. 56-60.
- Amati, Silvia (1990): Die Rückgewinnung des Schamgefühls. In: Psyche 44, Heft 8 /1990, S. 724-740.
- Améry, Jean (1966): Jenseits von Schuld und Sühne. Bewältigungsversuche eines Überwältigten. München.
- Ambühl, H.; Grawe, Klaus (1989): Psychotherapeutisches Handeln als Verwirklichung therapeutischer Heuristiken – Ein Prozeßvergleich dreier Therapieformen aus einer neuen Perspektive, in: Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, Nr. 1 / 1989, S. 1-10.
- Amnesty international (1988): Der regionale Menschenrechtsschutz in Afrika, Amerika und Europa, Frankfurt am Main.
- Amnesty international (1995): Frauen in Aktion, Frauen in Gefahr. Weltweite Kampagne gegen Menschenrechtsverletzungen an Frauen, Bonn.
- Aycha, Abduljawad (1993): Klientenzentrierte Psychotherapie, in: Peltzer, Karl / Diallo, Jean Claude: Die Betreuung und Behandlung von Opfern organisierter Gewalt im europäisch-deutschen Kontext, Frankfurt am Main, S. 60-77.
- Aycha, Abduljawad (1996): Leben im Exil. Psychologische Untersuchung der subjektiven Lebenssituation ausländischer Flüchtlinge in Deutschland. Frankfurt am Main.
- Barudy, Jorge (1993): Organisierte Gewalt und therapeutische Modelle: Der therapeutische Wert von Solidarität, Gerechtigkeit und Hoffnung, in: Peltzer, Karl / Diallo, Jean Claude: Die Betreuung und Behandlung von Opfern organisierter Gewalt im europäisch-deutschen Kontext, Frankfurt am Main, S. 15-43.

- Barwig, Klaus; Hinz-Rommel, Wolfgang (Hrsg.) (1995): Interkulturelle Öffnung sozialer Dienste, Freiburg im Breisgau.
- Bastine, Reiner H.E. (1992): Psychotherapie, in: Bastine, Reiner H.E.: Klinische Psychologie, Band 2, Stuttgart, S. 179-301.
- Becker, David (1991): Extremtraumatisierung und Gesellschaft – Die Folgen des Terrors in Chile, in: Stoffels, Hans (Hrsg.): Schicksale der Verfolgten. Psychische und somatische Auswirkungen von Terrorherrschaft, Berlin / Heidelberg, S. 325-335.
- Becker, Peter (1999): Allgemeine und Differentielle Psychotherapie auf systemischer Grundlage, in: Wagner, Rudolph F.; Becker, Peter (Hrsg.): Allgemeine Psychotherapie. Neue Ansätze zu einer Integration psychotherapeutischer Schulen, Göttingen, S. 169-225.
- Besser, Lutz-Ulrich (1997): Trauma-Seminar: Theorie und Praxis neuer traumatherapeutischer Konzepte, Hannover / Isernhagen (unveröffentlichtes Manuskript).
- Bettelheim, Bruno (1980): Erziehung zum Überleben. Zur Psychologie der Extremsituation, Stuttgart.
- Blaschke, Jochen (1992): Flucht und Entwicklung in Osteuropa, in: Blaschke, Jochen; Germershausen, Andreas (1992): Sozialwissenschaftliche Studien über das Weltflüchtlingsproblem, Band 1, Berlin, S. 101-168.
- Boumans, Elke; Ünal, Arif (1997): Die geteilte Menschenwürde. Flüchtlingsalltag und soziale Arbeit nach der Änderung des Grundrechts auf Asyl; Frankfurt am Main.
- Brockhaus Enzyklopädie (1969), 7. Auflage, Band 8, Wiesbaden.
- Brockhaus Enzyklopädie (1989), 19. Auflage, Band 9, Mannheim.
- Bundesministerium des Innern (1996): Jahresbericht Schengen. Erfahrungen und Perspektiven. Konferenz der Innenminister- und Senatoren der Länder vom 26. April 1996.
- Bundesministerium des Innern (1998a): Ausländische Flüchtlinge in der Bundesrepublik Deutschland (einschließlich Asylbewerber), in: amnesty international – asyl-info, 1-2/99, S. 81-83, Bonn.

- Bundesministerium des Innern (1998b): Asylbewerberzugänge, Herkunftsländer und Anerkennungsquoten, in: amnesty international – asyl-info, 1-2/99, S. 76-80.
- Butollo, Willi (1997): Traumatherapie. Die Bewältigung schwerer post-traumatischer Störungen, München.
- BZFO (Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin) (1999): Körper – Seele – Trauma. Neue Erkenntnisse bei der Erforschung traumatischer Störungen?, in: Überleben. Informationen und Hintergründe aus dem BZFO, Ausgabe 4. Juni 1999, S. 2.
- Castelnuovo, Delia Frigessi (1990): Das Konzept Kulturkonflikt – Von biologischem Denken zum Kulturdeterminismus, in: Dittrich, Eckhardt J.; Radtke, Frank-Olaf (Hrsg.): Ethnizität. Wissenschaft und Minderheit, Opladen, S. 299-309.
- Cropley, Arthur J.; Ruddat, Hartmut; Dehn, Detlev; Lucassen, Sabine (Hrsg.) (1995): Probleme der Zuwanderung, Band II, Theorien, Modelle und Befunde der Weiterbildung, Göttingen.
- Das Bundesministerium des Innern informiert (1999): Asylbewerberzahlen Dezember und Jahresstatistik 1998, in: amnesty international – asyl-info 1-2/99, S. 71-75.
- Deibel, Klaus (1998): Das neue Asylbewerberleistungsrecht, in: ZAR 1/1998, S. 28-38.
- Deile, Volkmar (1998): Menschenrechte in der Krise, Strategien zur Prävention gegen Folter, in: Tagungsprotokoll der Studienkonferenz: Trauma und Exil. Schutz für Folteropfer in der Krise vom 30. bis 31. Oktober 1998 in der Thomas-Morus-Akademie in Bensberg (unveröffentlichtes Manuskript).
- Der Spiegel, Nr. 37, vom 09.09.1991.
- Deutsches Ausländerrecht (1996), 11. Auflage, München.
- Devries, Uta (1998): Amnesty International gegen Folter. Eine kritische Bilanz, Frankfurt am Main.
- Dieregswiler, Renate (1997): Krieg – Vergewaltigung – Asyl. Die Bedeutung von Vergewaltigung im Krieg und ihre Bewertung in der Bundesdeutschen Asylrechtsprechung, Sinzheim.

- Dilthey, Wilhelm (1900): Die Entstehung der Hermeneutik, in: Dilthey, Wilhelm (1964): Gesammelte Schriften, Band V, 4. Auflage, Stuttgart, S. 317-338.
- Erdheim, Mario (1993): Therapie und Kultur. Zur gesellschaftlichen Produktion von Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen, in: Brandes & Apsel (Hrsg.): Ethnopschoanalyse. Körper, Krankheit und Kultur, Band 3, Frankfurt am Main, S. 75-89.
- Evangelischer Regionalverband Frankfurt am Main (Hrsg.) (1998): Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge und Opfer organisierter Gewalt. Jahresbericht 1997, Frankfurt am Main.
- Fatke, Reinhardt (1997): Fallstudien in der Erziehungswissenschaft, in: Frieberthäuser, Barbara; Prengel, Annedore (Hrsg.): Handbuch qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim und München, S. 56-68.
- Feldhoff, Jürgen; Kleineberg, Michael; Knopf, Bernd (1991): Flucht ins Asyl? Untersuchungen zur Fluchtmotivation, Sozialstruktur und Lebenssituation ausländischer Flüchtlinge in Bielefeld, Bielefeld.
- Fiedler, Peter (1992): Psychosoziale Intervention und Anwendungsfelder der Klinischen Psychologie, in: Bastine, Reiner H.E. (Hrsg.): Klinische Psychologie, Band 2, Stuttgart, S. 361-409.
- Flüchtlingsrat Berlin, Ärztekammer Berlin, Pro Asyl Förderverein Pro Asyl e.V. (Hrsg.) (1998): Gefesselte Medizin. Ärztliches Handeln – abhängig von Aufenthaltsrechten? Eine Handreichung. Berlin.
- Frankfurter Rundschau Nr. 299 vom 24.12.1998.
- Frankfurter Rundschau Nr. 53 vom 04.03.1999.
- Frankfurter Rundschau Nr. 68 vom 22. März 1999.
- Frankfurter Rundschau Nr. 70 vom 24. März 1999.
- Frankfurter Rundschau Nr. 71 vom 25. März 1999.
- Frankfurter Rundschau Nr. 75 vom 30.03.1999.
- Friese, Paul (1991): Psychologische Streßtheorie und Migration, in: IZA Nr. 1/1991, S. 64-66.
- Gaitanides, Stefan (1999): Zugangsbarrieren von MigrantInnen zu den sozialen und psychosozialen Diensten und Strategien interkultureller Öffnung, in: IZA Nr. 3/4 1999, S. 41-45.

- Görtz, Vera (1986): Physische und psychische Erkrankungen bei Arbeitsmigranten in der BRD. Ein soziologischer Erklärungsversuch, Gelsenkirchen.
- Grawe, Klaus (1988): Der Weg entsteht beim Gehen. Ein heuristisches Verständnis von Psychotherapie, in: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, Nr. 1/88, S. 39-49.
- Grawe, Klaus; Donati, Ruth; Bernauer, Friederike (1994): Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen.
- Grinberg, Léon, Grinberg, Rebeca (1990): Psychoanalyse der Migration und des Exils, München und Wien.
- Gurris, N.F.; Wenk-Ansohn, M. (1997): Folteropfer und Opfer politischer Gewalt, in: Maercker, Andreas: Therapie der posttraumatischen Belastungsstörung, Berlin / Heidelberg, S. 275-308.
- Haas, Daniela (1997): Folter und Trauma – Therapieansätze für Betroffene, Oldenburg
- Hailbronner, Kay (1998): Geschlechtsspezifische Fluchtgründe, die Genfer Flüchtlingskonvention und das deutsche Asylrecht, in: ZAR 4/1998, S. 152-159.
- Haller, Ingrid (1988): ‚Warten in der Fremde‘ – ‚Leben im Ungedeuteten‘ – ‚Aushalten in der Ausgrenzung als Ausländer‘. Psycho-soziale Probleme von Arbeitsmigranten und Flüchtlingen in der Bundesrepublik, Dortmund.
- Haring, C.; Xenakis, Ch. (1977): Nostalgische Reaktionen bei griechischen Gastarbeitern in West-Berlin, in: Boroffka, Alexander; Pfeiffer, Wolfgang M. (Hrsg.): Fragen der transkulturell-vergleichenden Psychiatrie in Europa. Referate und Arbeitspapiere anlässlich des Symposiums in Kiel vom 05.04.-08.04.1976, Münster, S. 111-122.
- Hauser, Monika (2000): Gewalt gegen Frauen im Krieg – das Modellprojekt Medica Mondiale in Bosnien und im Kosovo. Unveröffentlichter Vortrag an der Carl von Ossietzky Universität in Oldenburg am 7. Dezember 2000.
- Heil, Friedrich E.; Scheller, Reinhold (1984): Psychologische Beratung, in: Schmidt, Lothar R. (Hrsg.): Lehrbuch der klinischen Psychologie, 2. bearbeitete Auflage, Stuttgart, S. 390-411.

- Herman, Judith Lewis (1993): Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden. München.
- Höfling-Semnar, Bettina (1995): Flucht und deutsche Asylpolitik. Von der Krise des Asylrechts zur Perfektionierung der Zugangsverhinderung, Münster.
- Hummitzsch, Heinz (1999): Psychotherapie und die Integration psychotherapeutisch relevanten Wissens, in: Wagner, Rudolph F.; Becker, Peter (Hrsg.): Allgemeine Psychotherapie. Neue Ansätze zu einer Integration psychotherapeutischer Schulen, Göttingen, S. 75-116.
- Hussain, Hassan (1998): Menschenrechtsverletzungen in Krisengebieten, in: Tagungsprotokoll der Studienkonferenz: Trauma und Exil. Schutz für Folteropfer in der Krise vom 30. bis 31. Oktober 1998 in der Thomas-Morus-Akademie in Bensberg (unveröffentlichtes Manuskript).
- Jäger, Siegfried (1993): BrandSätze. Rassismus im Alltag, Duisburg.
- Klient (1999): Interview mit dem Klienten, unveröffentlichtes Protokoll.
- Knopp, Anke (1994): Die deutsche Asylpolitik, Münster.
- Koch, Peter; Oltmanns, Reimar (1977): Die Würde des Menschen. Folter in unserer Zeit, Hamburg.
- König, Eckhard; Bentler, Annette (1997): Arbeitsschritte im qualitativen Forschungsprozeß – ein Leitfaden, in: Friebertshäuser, Barbara; Prengel, Annedore (Hrsg.): Handbuch qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim und München, S. 88-96.
- Koop, Ingrid (1999): Narben auf der Seele. Integrative Therapie und leibtherapeutische Interventionen in der Arbeit mit Folterüberlebenden, in: Zeitschrift für Integrative Therapie (Veröffentlichung voraussichtlich Anfang 2000).
- Köse, Birsen (1995): Psychotherapie als „Glaubenssystem“. Probleme der psychosozialen Versorgung am Beispiel der ArbeitsmigrantInnen aus der Türkei. In: Attia, Iman: Multikulturelle Gesellschaft – Monokulturelle Psychologie? Antisemitismus und Rassismus in der psychosozialen Arbeit. Tübingen, S. 112-135.

- Kürsat-Ahlers, Elcin (1992): Zur Psychogenese der Migration. Phasen und Probleme. In: IZA 3/4/92, S. 107-113.
- Kürsat-Ahlers, Elcin (1995): Migration als psychischer Prozeß. In: Attia, Iman: Multikulturelle Gesellschaft – Monokulturelle Psychologie? Antisemitismus und Rassismus in der psychosozialen Arbeit. Tübingen, S. 158-171.
- Kunz, E.F.(1973): The Refugee in Flight: Kinetic Models and Forms of Displacement. In: International Migration Review, Volume VII, Nos. 1-4 (Spring-Winter 1973), S. 125-146.
- Laub, Dori; Auerhahn, Nanette C. (1991): Zentrale Erfahrung des Überlebenden: Die Versagung von Mitmenschlichkeit, in: Stoffels, Hans (Hrsg.): Schicksale der Verfolgten. Psychische und somatische Auswirkungen von Terrorherrschaft, Berlin / Heidelberg, S. 254-276.
- Lempert, Joachim; Oelemann, Burkhard (1998): „... dann habe ich zugeschlagen“. Gewalt gegen Frauen. Auswege aus einem fatalen Kreislauf, München.
- Leyer, Emanuela Maria (1991): Migration, Kulturkonflikt und Krankheit, Darmstadt.
- Link, Jürgen (1993): „Asylanten“ – Zur Erfolgsgeschichte eines deutschen Schlagworts, in: Butterwege, Chr. / Jäger, S. (Hg.) (1993): Europa gegen den Rest der Welt? Flüchtlingsbewegungen – Einwanderung – Asylpolitik, Köln, S. 111-126.
- Machleidt, Wielant; Sieveking, Klaus (1999): Flüchtlingsproblematik – Entwurzelungssyndrom, Psychotraumatologie, Protokoll der Arbeitsgruppe 5, 3. Tagung zur transkulturellen Begutachtung vom 17.09.99 – 18.09.99 in Hannover (in Druck) ☺.
- Maercker, A. (1997a): Erscheinungsbild, Erklärungsansätze und Therapieforschung, in: Maercker, Andreas (Hrsg.): Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen. Berlin / Heidelberg, S. 3-49.
- Maercker, A. (1997b): Besonderheiten bei der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung, in: Maercker, Andreas (Hrsg.): Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen. Berlin / Heidelberg, S. 51-73.

- Mayring, Philip (1990): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zum qualitativen Denken. München.
- Mehari, Fetsum (1993): Der „integrative Ansatz“ in der Beratung und Therapie von Flüchtlingen, in: Peltzer, Karl; Diallo, Jean Claude: Die Betreuung und Behandlung von Opfern organisierter Gewalt im europäisch-deutschen Kontext, Frankfurt am Main, S. 121-134.
- Mehari, Fetsum (1995): Migration und Krankheit. Psychosoziale Bedingungen und die Therapie der Schizophrenie im Exil, Frankfurt am Main.
- Mehari, Fetsum (1998): Gesprächsprotokoll vom 25.09.1998 mit Fetsum Mehari im Psychosozialen Zentrum für ausländische Flüchtlinge in Frankfurt am Main, (unveröffentlichtes Manuskript).
- Mehari, Fetsum; Harms, Radmilla (1999): „Das Ende des Krieges bedeutet nicht das Ende des Traumas“, in: Psychologie Heute, Nr. 9, September 1999, S. 30-35.
- Meinhardt, Rolf; Schulz-Kaempff, Winfried (1994): Rahmenbedingungen und Evaluationsergebnisse des Modellprojekts „Dezentrale Flüchtlingssozialarbeit in Niedersachsen“, in: Meinhardt, R.; Schulz-Kaempff, W.: Dezentrale Flüchtlingssozialarbeit in Niedersachsen. Eine Zwischenbilanz, Oldenburg, S. 7-41.
- Mischke, Wolfgang (1995): Psychologische Gesundheitsförderung durch helfende Gespräche, in: Fichten, Wolfgang; Rieforth, Joseph (Hrsg.): Gesundheitsförderliches Handeln in der Krankenpflege. Kommunikation, Intervention und subjektive Erfahrungen in der Praxis, Band 2, München, S. 11-50.
- Morten, Antonio (Hrsg.) (1988): Vom heimatlosen Seelenleben. Entwurzelung, Entfremdung und Identität, Bonn.
- Müller, Heinz (1993): Rasse, Ethnos, Kultur und Nation – Eine Phänomenologie zentraler Begriffe im Diskurs um die Migrationsgesellschaft, in: Gorzini, Mehdi Jafari; Müller, Heinz (Hrsg.): Handbuch zur interkulturellen Arbeit, Wiesbaden, S. 52-69.
- Müller-Volck, Ludwig (1998): Das Folteropfer in Asylverfahren oder: die Grausamkeiten der Justiz am gefolterten Asylbewerber, in: ZAR 3/1998, S. 125-128.

- Münch, Ursula (1992): Asylpolitik in der Bundesrepublik Deutschland. Entwicklungen und Alternativen, Opladen.
- Nadig, Maya (1992): Symbole und Symptome in der ethnischen Konfliktbewältigung, in: IZA 3/4/92, S. 51-54.
- Nestvogel, Renate (1994): „Fremdes“ oder „Eigenes“? Freiräume zwischen Ausgrenzung und Vereinnahmung, in: Nestvogel, Renate: „Fremdes“ oder „Eigenes“. Rassismus, Antisemitismus, Kolonialismus, Rechtsextremismus aus Frauensicht. Frankfurt am Main, S. 27-69.
- Ostermann, Birgit (1990): „Wer versteht mich?“ Der Krankheitsbegriff zwischen Volksmedizin und High-Tech. Zur Benachteiligung von AusländerInnen in deutschen Arztpraxen. Frankfurt am Main.
- Peltzer, Karl (1993): Psychotherapie mit Flüchtlingen aus der dritten Welt, in: Badawi, Ishac: Beratung und Therapie im Kontext der psychosozialen Flüchtlingsarbeit, Stuttgart, S. 53-59.
- Peseschkian, Nossrat (1979): Der Kaufmann und der Papagei. Orientalische Geschichten in der Positiven Psychotherapie, Frankfurt am Main.
- Pro Asyl, Presseerklärung vom 23.06.1998.
- Protokoll zur Tagung „Trauma und Exil – Schutz für Folteropfer in der Krise“ vom 30.-31.10.1998 in der Thomas-Morus-Akademie in Bensberg / Köln. (unveröffentlichtes Manuskript).
- Psychosoziales Zentrum für ausländische Flüchtlinge Düsseldorf (1993): Eine gemeinsame Sprache finden ... Kommunikation in der Beratungsarbeit mit Flüchtlingen, in: Badawi, Ishac: Beratung und Therapie im Kontext der psychosozialen Flüchtlingsarbeit, S. 42-52.
- Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge in Vorpommern e.V. (1997): Arbeitsbericht 1997, Greifswald (unveröffentlichter Sachbericht).
- Psychyrembel, W. (1982): Klinisches Wörterbuch, mit klinischen Syndromen und Nomina Anatomica, 254. Auflage, Berlin / New York.
- Reddemann, Luise; Sachse, Ulrich (1997): Stabilisierung, in: Persönlichkeitsstörungen, Theorie und Therapie (PTT), Nr. 3, S. 113-147.

- Reentsma, Jan Philipp (1991): *Folter. Zur Analyse eines Herrschaftsmittels*. Hamburg.
- Refugio (1998): *Jahresbericht 1996/1997*, Bremen, (unveröffentlichter Bericht).
- Refugio (1999): *Refugio e.V. Bremen – Organisationsstrukturen* –, Bremen, (unveröffentlichtes Diagramm).
- Revenstorf, Dirk (1992): *Richtungen und Ansätze der Psychotherapie*, in: Bastine, Reiner H.E. (Hrsg.): *Klinische Psychologie*, Band 2, Stuttgart, S. 309-360.
- Riquelme, Horacio (1988): *Die neue italienische Psychiatrie. Wandel in der klinischen Praxis und im psychosozialen Territorium*, Frankfurt am Main.
- Saigh, Philip A. (1995): *Historisches, gegenwärtige Nosologie und Epidemiologie*, in: Saigh, Philip A.: *Posttraumatische Belastungsstörungen: Diagnose und Behandlung psychischer Störungen bei Opfern von Gewalttaten und Katastrophen*, Bern, S. 11-38.
- Schindler, Ludwig (1991): *Die empirische Analyse der therapeutischen Beziehung. Beiträge zur Prozeßforschung in der Verhaltenstherapie*, Berlin / Heidelberg.
- Schmidbauer, Wolfgang (1975): *Psychotherapie. Ihr Weg von der Magie zur Wissenschaft*. München.
- Schmidt, Christiane (1997): „Am Material“: *Auswertungstechniken für Leitfadeninterviews*, in: Friebertshäuser, Barbara; Prengel, Anne-dore (Hrsg.): *Handbuch qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*. Weinheim und München, S. 544-568.
- Schnapp, Friedrich E. (1992): *Art. 16 (Ausbürgerung, Auslieferung, Asylrecht)*, in: von Münch / Kunig (Hrsg.): *Grundgesetz-Kommentar*, Bd. 1, 4. Auflage, München, S. 917-944.
- Schouler-Ocak, Meryem (1999): *Posttraumatische Belastungsstörung – Bedeutung in der Begutachtung im interkulturellen Feld*, in: Collatz, Jürgen; Hackhausen, Winfried; Salman, Ramazan (Hg.): *Begutachtung im interkulturellen Feld. Zur Lage der Migranten und zur Qualität ihrer sozialgerichtlichen und sozialmedizinischen Begutachtung in Deutschland*. Berlin.

- Shapiro, Francine (1998): EMDR. Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Grundlagen und Praxis. Handbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen, Paderborn.
- Siebert-Schroeder, Barbara (1988): Psychosoziale Probleme, in: Blume, Michael; Kantowsky, Detlef (Hrsg.): Assimilation, Integration, Isolation. Fallstudien zum Eingliederungsprozeß südostasiatischer Flüchtlinge in der Bundesrepublik Deutschland, Köln, S. 516-520.
- Sieveking, Klaus (1999): Protokoll der Arbeitsgruppe 5: Flüchtlingsproblematik – Entwurzelungssyndrom, Psychotraumatologie, in: Dokumentation der 3. Tagung zur transkulturellen Begutachtung, Migration, Integration und Gesundheit, vom 17.09.99-18.09.99 in Hannover (in Druck).
- Stienen, Angela; Wolf, Manuela (1991): Integration – Emanzipation: Ein Widerspruch. Kritische Analyse sozialwissenschaftlicher Konzepte zur „Flüchtlingsproblematik“, Saarbrücken.
- Streit, Christian; Hübschmann, Frank: Das zweite Gesetz zur Änderung des Asylbewerberleistungsgesetzes, in: ZAR 6/1998, S. 266-273.
- Tan, Dursun (1994): Bericht über die Koordinierung im Regierungsbezirk Lüneburg. In: Meinhardt / Schulz-Kaempff (Hg.): Dezentrale Flüchtlingssozialarbeit in Niedersachsen. Eine Zwischenbilanz. Oldenburg. S. 151-176.
- Tan, Dursun (1996): Sterben in der Fremde. Sterben, Tod und Trauer unter Migrationsbedingungen – am Beispiel einer Einwanderungsminderheit in Deutschland. Hannover (Dissertationsschrift – eine Veröffentlichung ist in Druck).
- Tobiassen, Bernd (1992): Politischer Kontext der psychosozialen Situation von Migranten und Flüchtlingen, in: IZA, Nr. 3/4 1992, S. 90-97.
- Treibel, Annette (1999): Migration in modernen Gesellschaften. Soziale Folgen von Einwanderung und Gastarbeit, Weinheim und München.

- Ubben, Caren (1997): Der Diskurs zur interkulturellen Öffnung der sozialen Dienste, Universität Oldenburg, (unveröffentlichte Hausarbeit).
- Ubben, Caren (2000): Psychosoziale Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen. Fallstudie über einen Beratungs- und Therapieansatz. Anhang C. Universitätsbibliothek Oldenburg (unveröffentlichter Anhang zur gleichnamigen Diplomarbeit).
- UNHCR (1995) Sexuelle Gewalt gegen Flüchtlinge. Richtlinien zur Vorbeugung und Reaktion (nichtamtliche Übersetzung), Genf.
- UNHCR (1997): Zur Lage der Flüchtlinge in der Welt. Erzwungene Migration: Eine humanitäre Herausforderung. UNHCR-Report 1997-98, Bonn.
- Van Trommel, Max (1995): Posttraumatisches Streßsyndrom, in: Peltzer, Karl; Aycha, Abduljawad; Bittenbinder, Elise (Hrsg.): Gewalt und Trauma. Psychopathologie und Behandlung im Kontext von Flüchtlingen und Opfern organisierter Gewalt. Frankfurt, S. 37-45.
- Van Trommel, Max (1998): Tagungsprotokoll der Studienkonferenz: Trauma und Exil. Schutz für Folteropfer in der Krise vom 30. bis 31. Oktober in der Thomas-Morus-Akademie in Bensberg (unveröffentlichtes Manuskript).
- Watzlawick, Paul (1981): Selbsterfüllende Prophezeiungen, in: Watzlawick, Paul (Hrsg.): Die erfundene Wirklichkeit. Wie wir wissen, was wir glauben, München, S. 91-109.
- Watzlawick, Paul (1982): Die Möglichkeit des Andersseins. Zur Technik der therapeutischen Kommunikation, Bern / Stuttgart / Wien.
- Watzlawick, Paul; Beavin, Janet H.; Jackson, Don D. (1990): Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien, 8. unveränderte Auflage, Bern / Stuttgart / Toronto.
- Weber, Ralf (1998): Extremtraumatisierte Flüchtlinge in Deutschland. Asylrecht und Asylverfahren, Frankfurt am Main.
- Weiss, Regula (1994): Therapie mit gefolterten Flüchtlingen. Schwierigkeiten und Chancen, Zürich, Dissertationsschrift.
- Witzel, Andreas (1989): Das problemzentrierte Interview, in: Jüttemann, Gerd (Hrsg.): Qualitative Forschung in der Psychologie.

- Grundlagen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder, Heidelberg, S. 227-255.
- Wurzbacher, Steffen (1997): Gut beraten. Abgeschoben ... Flüchtlingssozialarbeit zwischen Anspruch und Wirklichkeit, Karlsruhe.
- Yonan, Gabriele (1997): Psychosoziale Folgen der Flucht, Arbeitshilfen für die Beratung von Flüchtlingen, Lehrbrief 7, Göttingen.
- ZDWF (Hrsg.) (1997): Ratgeber soziale Beratung von Asylbewerbern, Siegburg.
- Zepf, Bernhardt (1999): Bewältigungsstrategien in der Flüchtlingssozialarbeit, in: IZA, Nr. 3/4 1999, S. 104-110.

Anhang

Protokoll No. I, 18.05.1999

1 T.: Man kann an das Thema „Allein sein“ gleich anknüpfen. Was bedeutet für Sie allein sein?

1a K.: Wenn ich allein bin, denke ich viel nach. Ich sitze im Zimmer und denke. Nicht mal aus dem Fenster kann ich sehen, wenn ich am Grübeln bin, die Fenster sind zu hoch.

2 T.: Wenn Sie allein sind, überlegen Sie viel?

2a. K.: Ja, sehr viel. Ich reiße meine Frau und meine Kinder mit meinen schweren Gedanken mit runter.

3 T.: Also Sie meinen, es überträgt sich auf sie?

3a. K.: Ja, meine Tochter weint sogar manchmal plötzlich los.

4 T.: Ohne Grund?

4a K.: Ja, wir sind immer alle im Haus. Die Kinder können draußen nicht spielen. Die Straße ist zu gefährlich. Einmal habe ich meine zweijährige Tochter mitten von der Straße geholt. Sie wäre fast überfahren worden. Ich habe mit meinem Vermieter gesprochen, ob er mir eine Wohnung geben könnte. Er meint, dass ich mit Herrn Z. sprechen muss. Nur er kann mich hier herausholen.

5 T.: Sie leben in einer gefährlichen Lage, aber auch einsam, das war Ihr erstes Thema.

5a K.: Ja, wir leben ganz allein. Über uns ist eine jugoslawische Familie eingezogen, hat den ganzen Tag Disko, laute Musik. Ich kann das nicht hören. Ich habe meine Kinder hoch geschickt, dann wurde es etwas besser.

6 T.: Sie können sich also durchsetzen. Was ich höre, ist die Einsamkeit, lange Zeit zu sitzen und zu grübeln. Wenn man allein ist, fängt man an, in sich zu kehren. Da haben Sie recht.

6a. K.: Ich halte es aber nicht aus. Manchmal fahre ich dann nach N., kann aber die Kinder nicht mitnehmen, weil es so weit ist.

7 T.: Ja, rausgehen. Soziale Kontakte sind sehr wichtig, ohne soziale Kontakte kann der Mensch nicht leben.

7a K.: Zu Hause kann ich nicht immer sein. Der Teppich muss gewechselt werden, weshalb ich beim Sozialamt war. Aber sie erlauben es nicht. Dann war ich im Krankenhaus. Es war da schöner als zu Hause.

8 T.: Sie sind da unter Menschen gewesen?!

8a. K.: Ja, auch wenn wir nicht richtig miteinander sprechen konnten, aber das Sprechen über das Gesicht reichte schon aus.

9 T.: Jetzt stoße ich noch Mal auf den Punkt zurück, wenn Sie alleine sitzen und Ihre Gedanken kreisen – was passiert dann?

9a K.: Meine Gedanken kreisen darum, wo ich bin und was ich gerade mache – ich bin seit 20 Jahren auf der Flucht – wie wird es weitergehen?

10 T.: Sie machen sich Gedanken über Vergangenheit – Gegenwart und Zukunft, alles, was Sie in Ihrem Leben hier mit ihrer Flucht verbinden.

10a K.: Das Leben hier heißt, noch immer auf der Flucht zu sein. Ja, man hat hier einfach Angst. Mein Bruder überlegt, ob er nach Kanada gehen will, weil es hier keine Sicherheit für ihn gibt, obwohl er anerkannt ist. Das Gericht erkennt die Kurden nicht offiziell als von der Türkei staatlich verfolgte Gruppe an. Wir denken immer an Abschiebung, es gibt sogar Fälle, in denen plötzlich Abschiebung erfolgte.

11 T.: Das sind dann unsichere Zukunftsgedanken, was passiert mit der Zukunft.

11a K.: Wenn ich zurück in die Türkei müsste, würde ich nicht lebend wieder herauskommen. Zwei Monate wäre ich in Haft mit Folter, dann würden sie mich töten und sagen, ich hätte Selbstmord begangen..

12 T.: Sie haben zuerst sicher gelebt, was sich veränderte, als Sie politisch aktiv wurden?

12a K.: Ja, ich habe in Deutschland einfach Angst.

13 T.: Bevor ihre Verfolgung losging, hatten Sie ein sicheres Leben?

13a K.: Ja, bevor das Unglück über uns kam, ging es uns gut. Ich habe drei Brüder, zwei davon sind nicht mehr in der Türkei.

14 T.: Sie hatten eine gesicherte Lebensphase, in der es Ihnen gut ging, dann änderte es sich, als Sie fliehen mussten.

14a K.: Ja seit 19 Jahren heute hier und morgen dort.

15 T.: Wie ein Zigeunerleben?

15a K.: Zigeunern geht es im Vergleich noch gut, weil sie nicht von der Polizei verfolgt werden. Sie sind frei, obwohl sie keine Wohnung haben. Sie haben ihre Ruhe.

16 T.: Und Sie leben seit 19 Jahren in Unsicherheit, nur weil Sie ein Kurde sind.

16a K.: Ja, seit Öcalans Festnahme sind drei Personen der MHP festgenommen worden.

17 T.: Sie sind seit einem Alter von 19 Jahren auf der Flucht?

17a K.: Ja, ich bin jetzt 39 Jahre, zuerst war ich allein, dann mit meiner Frau.

18 T.: Sie waren also 20 Jahre, als Sie das erste Mal flohen?

18a K.: Ich war 20, als ich das erste Mal festgenommen wurde. Ich floh anschließend nach A.. Dort wurde ich wieder festgenommen, blieb drei Monate in Gewahrsam, zwei Monate wurde ich gefoltert, ein Monat passierte nichts. Nachdem sie nichts feststellten, sollte ich zum Militärdienst. Ich kam dann erneut ins Gefängnis, 14-15 Monate in Haft, ohne Verhör, bei einem Gerichtstermin wurde ich als Mörder eines Oberoffiziers angeklagt, es gab Freispruch. Ich floh vor dem Militärdienst, ging dann in den Untergrund.

Bei einer Hausdurchsuchung fanden sie Fotos von wichtigen PKK-Leuten. Sie haben meine Frau so geschlagen, dass sie eine Fehlgeburt hatte und ihre beiden Beine gebrochen waren.

Wir zogen nach X um, wo wir 2 Jahre lebten. Dort wurden wir dann von Spezialeinheiten überfallen. Sie schlugen mich mit dem Lauf des Gewehres auf die linke Augenbraue. Sie schrien, warum ich, der Hurensohn, noch immer nicht gestorben bin. Hinterließen eine Wunde, die im Krankenhaus genäht werden musste. Der dort arbeitende Arzt veranlasste, dass ich über Nacht im Krankenhaus bleiben sollte. Er wollte nicht die Verantwortung für das, was passieren könnte, übernehmen, wenn er mich gehen ließ. Sie haben mich mit Handschellen an das Bett gefesselt. Aber ich habe mit einem Streichholz verhindern können, dass die Sicherung der Handschellen zugeht. So habe ich mich von zusammengeknöteten Bettlaken aus dem dritten Stock abgeseilt und mich retten können. Ich ging sofort mit meiner Frau nach X, von dort mit einem Bus nach Istanbul. Nach 6-7 Monaten sind wir mit Schleppern in die BRD gekommen.

19 T.: Sie haben es lange Zeit auf der Flucht ausgehalten. Sie konnten lange nicht in Sicherheit Ihre Koffer auspacken, und jetzt in Deutschland auch noch nicht.

19a. K.: Ich habe kein Vertrauen mehr in mich. Manchmal schlage ich sogar meine Kinder und bereue es hinterher zutiefst. In diese schlimme Situation, in der ich bin, habe ich meine Kinder und auch meine Frau getrieben.

20 T.: Wenn Sie alles rückgängig machen könnten, würden Sie dann etwas ändern?

20a K.: Ich behandle meine Frau und meine Kinder nicht gut.

21 T.: Würden Sie anders handeln, um Frau und Kinder nicht in Ihr Schicksal einzubeziehen?

21a K.: In meinem Verhalten sehe ich keinen Fehler, ich habe nichts verkehrt gemacht.

22 T.: Sie sind stolz auf Ihre Aktivitäten, die Sie machten?

22a K.: Ich würde sie auch heute noch machen. Andere glauben an den Koran oder an die Liebe. Ich glaube an die Gerechtigkeit.

23 T.: Sie glauben an den Sinn, dass es sich lohnt für Kurden zu kämpfen.

23a K.: Für mich besteht in allem ein Sinn, wenn es nur die Befreiung der Kurden ergibt.

24 T.: Sie haben für Ihre Ideale 19 Jahre Ihrer besten Lebenszeit geopfert.

24a K.: Ich würde es auch weitere 19 Jahre machen, auch wenn man mich vielleicht tötet. Ich habe immer einen gefälschten Pass bei mir, ich würde ihn niemals abgeben.

25 T.: Haben sie ihn beim Gericht erwähnt?

25a K.: Ja, aber man hat ihn mir später zugeschickt.

26 T.: Wollte das Gericht ihn haben?

26a K.: Das Gericht hat eine Fotokopie bekommen. Ich bin immer unter falschem Namen gereist. Ich hatte drei Pässe, mit den Namen meiner Brüder.

27 T.: Der eine Bruder ist in Hannover anerkannt worden?

27a K.: Nein, aber der ältere Bruder.

28 T.: Die ganze Familie ist also verfolgt.

28a K.: Der eine Bruder ist gerade vor einem Jahr aus der Haft entlassen worden. Er ist noch in der Türkei und hat täglich Angst vor Verfolgung (beschreibt Zustand).

29 T.: Werden Sie manchmal auch wütend auf solche Umstände?

29a K.: Was soll ich machen – sie würde nichts nützen.

30 T.: Die heimliche Wut ist auch da?!

30a K.: Es ist keine Lösung da. Im Moment bin ich in Sicherheit, aber ich habe nur einen schweren Kopf, es kann mich nicht umbringen.

31 T.: Sie haben gesagt: „Im Moment bin ich in Sicherheit“ ...

31a K.: Ich möchte gerne in Sicherheit sein, auch wenn man mich in die Hölle schickt

32 T.: Aber im Moment ist es hier besser, auch wenn keine Sicherheit da ist?!

32a K.: Hier ist es nicht besser, auf Demonstrationen, auf denen ich bin, wird gefilmt, meine Aktivitäten werden dokumentiert und wahrscheinlich in die Türkei geschickt. Wenn ich dorthin abgeschoben werde, werden sie mich deswegen dort töten.

33 T.: Ich meinte drei Monate Aufenthalt ist noch besser als ständige Verfolgung in der Türkei.

33a K.: Ja, hier ist Demokratie, hier ist mehr Freiheit.

34 T.: Einmal hatten Sie auf Ihrer Flucht einen Schutzengel, einmal haben Sie gut organisiert und konnten Ihre Schlaueit für die Flucht einsetzen.

34a K.: Man hat Erfahrung. Ich habe diese Erfahrung im Lauf der Zeit. Viele Freunde sind im Gefängnis oder tot, sie hatten sie nicht.

35 T.: Wenn Sie überlegen, hat sie Ihnen zum Überleben genützt.

35a K.: Ja, aber sie hat keine Lösung gebracht. Erst wenn Kurdistan befreit ist.

36 T.: Ein Kurdistan ist es erst dann, wenn es befreit ist.

36a K.: Ja, ich mache mir zur Zeit erst mal Gedanken darüber, wie es weitergeht.

37 T.: Sie halten aus und warten noch auf den richtigen Moment, um zu handeln

37a K.: stimmt zu.

38 T.: Was wäre passiert, wenn Sie in Kurdistan geblieben wären?

38a K.: Sie hätten jetzt erkannt, dass ich einen gefälschten Ausweis habe.

39 T.: Was hätte passieren können?

39a K.: Sie haben von den Samstagsmüttern gehört, sie wären dabei, um mich zu trauern. Mir ist in meinem Leben ein einziger Fehler passiert: damals vor 19 Jahren hätte ich kämpfen müssen.

40 T.: Und Sie hätten eine Inhaftierung riskiert.

40a K.: Ich wäre inhaftiert worden. Der eine hat mich als Hurensohn bezeichnet, hat mich wiedererkannt. Seine Drohung war am schlimmsten. – Sie hätten meine Frau noch schlimmer zugerichtet, was hätten sie mit mir gemacht?

41 T.: Sie hatten eine schweres Schicksal, aber sie haben Ihr Leben gerettet.

41a K.: Ich musste dafür viel Geld geben, 36 000 DM für die Schlepper, 7 000 in Istanbul.

42 T.: Ich finde es toll, dass sie Ihren Reichtum für Ihr Leben geopfert haben.

42a K.: Was hätte der Reichtum genützt, wenn die Kinder tot gewesen wären?

43 T.: Wenn die Kinder tot gewesen wären, hätte Ihnen das Geld nicht genützt. Auf der anderen Seite braucht man kein Geld.

43a K.: Ich habe soviel Angst um meine Kinder.

44 T.: Sie schützen Ihre Kinder sehr.

44a K.: Es ist mir wichtig, dass es Ihnen gut geht.

45 T.: Sie sind eine schützende Person.

45a K.: Ich lebe in dieser schweren psychischen Situation. Ich selbst habe keine Schule besucht, aber meine Kinder sollen eine gute Schulausbildung bekommen.

46 T.: Sie verstehen aber viel von Lebensphilosophie, dass Sie Ihren Reichtum für Ihre Kinder geopfert haben.

46a K.: Wäre ich allein gewesen, hätte ich gekämpft. Ich kann sie hier nicht alleine lassen, wir müssen zusammen hier bleiben, in der Türkei kannten sie meinen Namen.

47 T.: Wie geht es Ihnen im Moment?

47a K.: Jetzt sehr gut, weil ich meine ganzen Sorgen erzähle, alles, was in meinem Kopf so zusammenhing.

48 T.: Wie ein Himmel voller Wolken, der jetzt aufbricht.

48a K.: Ja, wie von 100 kg auf 10 kg Gewicht. Im Zug wusste ich noch überhaupt nicht, wie es mir jetzt gehen könnte.

49 T.: Wir müssen jetzt Schluss machen.

49a K.: Ich brauche noch einen Beleg, um zu zeigen, dass ich hier war, falls ich kontrolliert werde. Diesmal habe ich keine polizeiliche Erlaubnis bei mir. (Er dreht sich zu mir, sieht mich an und bedankt sich dafür, dass ich zugehört habe. Ich antworte, dass ich ihm gerne zugehört habe).

Protokoll No. II, 22.06.1999

1 T.: Sie sehen heute aber schick aus!

1a. K.: Ich wollte mich nur diesmal so anziehen, sonst mag ich es nicht so gern, sich immer wieder anders umzuziehen.

2 T.: Sie sehen bedrückt aus.

2a. K.: Ich weiß nicht, ich möchte am liebsten zurück ins Krankenhaus. Wenn das Sozialamt weiter soviel Probleme macht am liebsten sofort. Mir geht es gar nicht gut.

3 T.: Sie möchten nicht zu Hause bleiben?

3a K.: Mein Zuhause ist das Haus der Mäuse geworden. Bis es Morgen wird sehe ich die Mäuse und die Mäuse sehen mich. Meine Kinder haben Angst, zu mir ins Zimmer zu kommen, wenn sie etwas haben – sie haben Angst vor den Mäusen. Dann gibt es Probleme mit dem Sozialamt. Sie sagen, dass ich nicht mehr als 1 000 DM an Miete ausgeben darf. Aber unter 1 000 DM ist nichts zu finden. Nicht nur ich, sondern auch zwei andere Männer haben das Problem mit dem Sozialamt. Sie sind bereits nach N. umgezogen.

4 T.: Moment, bevor wir durcheinanderkommen: Sie haben mein Schreiben von letzten Mal dem Sozialamt ausgehändigt. Haben die dies akzeptiert? Haben Sie die Erlaubnis, umzuziehen und eine eigene Wohnung zu nehmen?

4a K.: Ja, aber ich muss vier Zimmer für 1 000 DM suchen. Man kann doch nicht für den Tod ein Gegenmittel finden. Warum geben sie mir keinen Teppich und kein Spielzeug für meine Kinder?

5 T.: Herr A., dass sind die Gesetze, die vom Sozialamt ausgeführt werden. Sie halten sich an die Bestimmungen.

5a K.: Das sind alles Formalitäten mir gegenüber. Damals hatte ich auch schon vier Kinder und es ist so geblieben, warum habe ich nicht sofort eine gute Wohnung bekommen?

6 T.: Sie sind richtig wütend.

6a K.: Das sind alles Lügner und Betrüger. Das sagt auch der Hausbesitzer: „Das Sozialamt betrügt Dich, Du musst noch mindestens ein Jahr hier wohnen bleiben, sonst gibt Dir das Sozialamt keinen Teppich.“

7 T.: Ich glaube, Herr A., eine Wohnung für 1 000 DM lässt sich finden.

7a K.: Ich glaube nicht, dass ich eine geeignete Wohnung zu diesem Preis finde.

8 T.: Was wollen Sie überhaupt?

8a K.: Ich möchte eine Wohnung. Keine Villa. Hauptsache schön und gut. Mit einem Fenster, durch das hinaus ich auf die Welt blicken kann. Es gibt einen Herrn X., der mich aus diesem Dilemma mit dem Sozialamt herausziehen kann. Der Mann vom Sozialamt ist ein Kurdenfeind. Ich habe ihm eine Bescheinigung über eine Ohrverletzung durch die Folter vorgelegt, um ein Hörgerät zu bekommen. Er schickt mich zu einem zweiten Arzt, sie haben nicht mal Vertrauen in die eigenen Ärzte. Ich soll nochmals von einem neuen Arzt untersucht werden ... sie haben auch überhaupt kein Vertrauen in uns, in dem, was wir sagen.

9 T.: Das macht Sie wütend!

9a K.: Sie sehen uns nicht mit guten Augen. – Ich habe sogar schon Verdacht gegen mich selbst. (Dolmetscherübersetzung eines Sprichworts)

10 T.: „Ich traue mir selbst nicht.“

10a K.: Der Arzt hat mir Medikamente für die Schlaflosigkeit und gegen die Aggressionen verschrieben. Es hilft mir nicht. Ich bin trotzdem meinen Kindern gegenüber aggressiv. – Die haben mich aus der Gesellschaft rausgeschoben, es besteht kein Kontakt mehr. Bis vier, fünf Uhr sehe ich fern und bin mit den Mäusen allein.

11 T.: Zentral ist die Schlafstörung, die Sie haben, daneben kommen die Gefühle, die sie begleiten: sehr viel Aggression und sehr viel Trauer.

11a K.: Ich muss diese Trauer haben, ich möchte anderen nicht schaden, z.B. meinen Kindern. Oder auch Ihnen. Wenn ich hierher komme, denken Sie, es geht mir besser, aber es geht mir nicht besser. T.: Hm (Zustimmung). K.: Zum Beispiel das Busgeld von x nach y (für die Fahrt in das PSZ) bekomme ich nicht vom Sozialamt bezahlt, nur das Bahnticket von hier nach Z. Ich habe dem Sozialamt eine Rechnung von 70 DM vorgelegt, aber sie haben es mir nicht erstattet. Ich fühle mich ausgestoßen.

12 T.: Wir müssen jetzt mal sehen, was Ihre Themen sind: Da sind zum einen Ihre Gefühle von Wut und Trauer, und da sind die Probleme mit dem Sozialamt u.a. wegen der Wohnung.

12a K.: Ich möchte wieder in das Krankenhaus, sonst lasse ich meine Wut entweder beim Sozialamt oder bei meinen Kindern.

13 T.: Was versprechen Sie sich von dem Krankenhaus?

13a K.: Es geht mir da wieder gut.

14 T.: Aber es dauert nicht lange ...

14a K.: Ich brauche Kontakt zu den Menschen. Ich bin so isoliert, nur mit den Mäusen habe ich Kontakt, das geht nicht.

15 T.: Das haben Sie schön gesagt.

15a K.: Es ging mir im Gefängnis besser, da konnte man sich niveauvoll unterhalten.

16 T.: Ich habe eine Geschichte für Sie, die ich Ihnen jetzt gerne erzählen möchte:

„Die Weisheit des Hakim

Ein Sultan war mit einem seiner besten Diener auf einem Schiff. Der Diener, der noch nie eine Seereise gemacht, mehr noch, der als Sohn der Berge noch nie die Wüste des Meeres erblickt hatte, saß im hohen Bauch des Schiffes und schrie, jammerte, zitterte und weinte. Alle waren gütig zu ihm und versuchten, seine Angst zu besänftigen. Doch die Güte erreichte nur sein Ohr, nicht aber sein angstgepeinigtes Herz. Der Herrscher konnte das Geschrei seines Dieners kaum mehr hören, und die Seefahrt über das blaue Meer unter blauem Himmel machte ihm keine Freude mehr. Da trat der weise Hakim, sein Leibarzt, an ihn heran: ‚Königliche Hoheit, wenn Ihr es gestattet, kann ich ihn beruhigen.‘ Ohne zu zögern, gab der Sultan die Erlaubnis. Der Hakim befahl nun den Seeleuten, den Diener ins Meer zu werfen,

was diese mit dem Schreihals nur zu gern taten. Der Diener strampelte, schnappte nach Luft, klammerte sich an der Bordwand fest und flehte darum, wieder ins Schiff aufgenommen zu werden. An den Haaren zog man ihn herein. Von nun an saß er ganz ruhig in der Ecke. Kein Wort der Angst war aus seinem Munde zu vernehmen. Der Sultan wunderte sich und fragte den Hakim: ‚Welche Weisheit steckt in dieser Handlung?‘ Der Hakim antwortete: ‚Er hat noch nie das Salz des Meeres gekostet. Er wusste auch nicht, wie groß die Gefahr ist, die ihm im Wasser begegnet. Daher konnte er auch nicht wissen, wie kostbar es ist, die festen Planken eines Schiffes unter den Füßen zu haben.‘“ (Peseschkian 1979, S. 64f.).

(nach wenigen Sätzen lächelt der Klient, T. fragt nach, ob er die Geschichte kenne, der K. schüttelt den Kopf, hört weiter aufmerksam zu).

16a K.: Er hat einen Hakim gehabt, wer soll für mich die Lösung finden?! Mein Gedächtnis funktioniert nicht mehr richtig ... Ich habe gerade erst heute bemerkt, dass meine Aufenthaltserlaubnis erloschen ist.

17 T.: Wer, denken Sie, soll Ihre Probleme lösen?

17a K.: Wer ist denn der Feind des eigenen Lebens? Meine Probleme können nicht gelöst werden.

18 T.: Gut. Damit wir Ihre Situation zusammen in die Hand nehmen – was denken Sie, können wir tun?

18a K.: Ins Krankenhaus gehen, da geht es mir bestimmt gut.

19 T.: Möchten Sie, dass ich Ihre Probleme für Sie bearbeite?!

19a K.: Ich brauche Kontakt. Sie hat vorhin Worte mit mir gewechselt, es war etwas Wunderschönes für mich, zu sprechen.

20 T.: Es ist in Ordnung, wenn Sie sagen, Sie möchten ins Krankenhaus. Aber ich habe eine eigene Meinung darüber. Möchten Sie diese hören?

20a K.: Ich habe tagsüber Geräusche in meinem Gehirn (macht die Geräusche vor). Ich habe ständig Angst, meinen Kindern etwas anzutun. Wenn ich schlafe, bin ich so unruhig, dass ich wieder total verschwitzt aufwache...

21 T.: Und was ist mit Ihrer Familie, wenn Sie gehen?

21a K.: Meine Frau ist auch traumatisiert, sie möchte aber, dass ich gehe. Sie weiß, dass es besser für mich ist. Ich muss manchmal für längere Zeit nach Y gehen, das weiß meine Frau, sonst würde ich im Kopf zerplatzen.

22 T.: Wie sind Sie letztes Mal in das Krankenhaus gekommen?!

22a K.: Ich hatte einen Stempel und bin damit ins Krankenhaus gegangen.

23 T.: Sie brauchen einen Arzt, der stellt Ihnen eine Überweisung aus, mit der gehen Sie in das Krankenhaus.

23a K.: Dann mache ich das so. Ich habe Ihnen übrigens ein Schreiben vom Rechtsanwalt mitgebracht.

24 T.: Wie geht es Ihnen jetzt damit, sich vorzustellen ins Krankenhaus zu gehen.

24a K.: Jetzt geht es mir besser. 10% besser, 90% bestehen weiter, wenn die Probleme nicht gelöst werden.

25 T.: Ein klein bisschen geht es Ihnen also besser? Sie haben das Gefühl, dass ich Sie verstanden habe?

25a K.: Ich weiß, dass Du alles verstehst. Du bist Fachmann. Ich habe jetzt Kopfschmerzen. Als ich im Zug war, ging es mir noch schlechter. Seit 12 Uhr bin ich hier an der frischen Luft. Jetzt bin ich nun meinen Kummer losgeworden.

26 T.: Wie weit können Sie es organisieren, dass Sie Ihre Wohnung finden, noch bevor Sie ins Krankenhaus gehen, dies nur als Vorschlag?!

26a K.: In X ist nicht viel los. Es leben dort noch vier kurdische Familien, die anderen sind bis jetzt alle nach Y gezogen.

27 T.: In X zu bleiben ist nicht die gute Idee.

27a K.: Ich möchte raus aus X. Am liebsten nach Y: Dort ist der kurdische Verein, es gibt dort Menschen, die mir helfen, die für meine Gesundheit gut sind...

28 T.: Gibt es keine Alternative für Sie?

28a K.: Was soll ich machen? Die Kirche nimmt mich nicht ... Auf der Bank draußen kann ich nicht schlafen, wo sollen meine Kinder bleiben?

29 T.: Jetzt habe ich verstanden. Es lässt sich nicht so schnell eine neue Unterkunft organisieren.

29a K.: Es braucht Zeit. Ich hoffe auf die Hilfe von Herrn X., damit er mich beim Sozialamt unterstützt ...

30 T.: Gut. Soviel für heute. Einen Termin brauchen Sie nicht, da Sie ins Krankenhaus gehen.

30a K.: Ich brauche aber einen Termin!!!

31 T.: Wenn Sie im Krankenhaus sind? Sie können hier anrufen, wenn Sie wieder zu Hause sind und sich einen neuen Termin geben lassen!.

31a K.: Egal, ich brauche einen Termin. Ich komme auch einfach so vorbei. Im Krankenhaus helfen sie mir nicht soviel wie hier.

- Terminabsprache-

Protokoll No. III, 13.07.1999

1 T.: Sie sehen bedrückt aus.

1a K.: Es geht mir schlecht.

2 T.: Ist Ihnen etwas Bestimmtes passiert?

2a K.: Nein, allgemein geht es mir nicht gut.

3 T.: Sie sind seit 2-3 Wochen im Krankenhaus?

3a K.: Ich habe auch hier gesagt, dass ich ins Krankenhaus muss. Die Ärzte dort haben mit Dir gesprochen – Du hast zu ihnen gesagt, es wäre nicht nötig. Der Arzt sagt, er hat es so verstanden (Pause). Ich weiß nicht mehr, wem soll ich glauben?!

4 T.: Während Ihres Aufenthaltes im Krankenhaus haben die Ärzte mit mir telefoniert und ich soll das so gesagt haben? Das stimmt so nicht.

4a K.: Warum lügen sie mich an, ich verstehe das nicht. (Pause) Es geht mir schlecht, es war für mich wichtig, ins Krankenhaus zu gehen. Zwei Nächte vorher habe ich nicht geschlafen. Nur zwei bis drei Stunden. Manchmal zittere ich am ganzen Körper. Die Ärzte haben mir keine Beruhigungs- und Schlaftabletten gegeben. Nur solche Säfte, die sich nicht lohnen.

5 T.: Sind Sie noch im Krankenhaus?

5a K.: Nein, jetzt bin ich zu Hause.

6 T.: Wie geht es Ihnen jetzt zu Hause?

6a K.: Es geht mir ganz schlecht. (Gibt ein Schreiben von Herrn X. an T.)

T.: (Liest 2-3 Minuten das lange Schreiben.)

7 T.: Gut, das ist für das Sozialamt.

7a. K.: (Gibt noch ein Schreiben an T..)

8 T.: (Liest das Schreiben, bemerkt, dass es sich nur um ein falsch eingesetztes Datum handele, sagt, dass er das ändern könne.)

Ich merke, ich habe ein Problem mit dem Schreiben. Ich bin Psychologe. Ich kann Ihnen bei Ihren traumatischen Erlebnissen weiterhelfen. Jetzt komme ich mir vor wie ein Sozialarbeiter, der Bescheinigungen ausstellen soll. Wie stehe ich außerdem gegenüber dem Sozialamt da? Sie haben einen Wohnungswechsel von X nach Y aufgrund meiner Bescheinigung bewilligt. Ich blamiere mich als Psychologe gegenüber diesem Amt, wenn ich wieder für einen neuen Ort eine Bescheinigung schreibe. Sie werden mich auslachen (kurze Pause).

8a K.: Ich bin allein hilflos, deshalb habe ich diese Schreiben von Ihnen verlangt. Ich dachte, Sie unterstützen mich auch darin.

9 T.: Ich habe Wut im Bauch – auch vom letzten Mal, Sie lassen Kinder und Familie allein, um ins Krankenhaus zu gehen.

9a K.: Ich kann es anders nicht aushalten. Ich zittere manchmal am ganzen Körper, deshalb war ich da.

10 T.: Ich begrüße Ihr Engagement, eine neue Wohnung zu finden, Sie sind sogar bis an die Uni Oldenburg herangetreten, um von ihr ein Schreiben zu bekommen.

10a K.: Was mich krank macht und stört, ist die Kontaktarmut, die ich zu Hause so stark erlebe.

11 T.: Ihr Zuhause belastet Sie sehr, das ständige Zusammensein mit Frau und Kindern, die fehlende Umgebung, der Kontakt und Austausch mit Ihren Freunden und die traumatische Erinnerung. Wir müssen uns alles einzeln anschauen und zwar aus psychologischer Sicht, was Sie belastet, wie die Konstellation der Familie ist und was Ihre Probleme stützt.

11a K.: Ich bin der einzige in der Familie, der das Problem hat. Ich bin das Hauptproblem. Meine Frau kann auch mit niemandem reden. Oft kommen deutsche Nachbarn zu uns und erzählen, was die Kinder so machen. Wir können uns aber nicht verständigen.

12 T.: Wir müssen jetzt mal strukturieren: In Ihrer Familie ist es so belastend, dass Sie sagen: „Ich kann nicht mehr“ – „Ich will allein sein“ ...

12a K.: Es gibt Zeiten, wo ich ganz allein sein will und sein muss.

13 T.: Das will ich manchmal auch, ganz für mich allein sein.

13a K.: So kleine Sachen sind für mich so groß, ich muss dann unbedingt darüber diskutieren. In solchen Momenten will ich weggehen. Ich rede aber weiter und werde wütend. Erst wenn mein Körper zittert, gehe ich wieder.

14 T.: Dann erleben Sie unkontrollierte Aggressionen, un gelenkte Aggressionen.

14a K.: Ja, unbewusste Aggressionen.

15 T.: Was machen Sie damit?

15a K.: Ich schlage meine Frau.

16 T.: Schlagen Sie auch Ihre Kinder?

16a K.: Ja, und deswegen bin ich lieber in das Krankenhaus gegangen.

17 T.: Gibt es dann Verletzungen?

17a K.: Nein.

18 T.: Wie oft kommt es dazu, dass Sie sie schlagen?

18a K.: Jeden Tag.

19 T.: Was geht von Ihrer Frau aus, dass Sie sie schlagen?

19a K.: Nichts.

20 T.: Ist es so, dass Sie einfach außer sich sind oder treten bestimmte Konfliktsituationen zwischen Ihnen auf?

20a K.: Ich suche bestimmte Sachen, damit es dazu kommt, dass ich schlage.

21 T.: Können Sie bestimmte Situationen schildern?

21a K.: Ja. Wir haben keinen Teppich, sondern nur PVC. Der muss ständig sauber gemacht werden, was meine Frau wegen der Kinder nicht schafft. Ich komme dann in die Wohnung, sehe den Dreck, dann schimpfe ich. Meine Frau sagt, sie kann nicht mehr machen mit den vier Kindern und in ihrer Schwangerschaft. Ich werde dann wütend und schlage sie.

22 T.: Es handelt sich hier um Konfliktsituationen, die erst einmal ganz banal sind. Für Sie sind sie aber besonders wichtig. Sie motzen, Ihre Frau sagt dazu: „Ich kann nicht mehr“, weil es ihr

nicht gut geht. Das macht Sie aggressiv, dann fangen Sie an, sie zu schlagen.

22a K.: Ich kann mich in dem Moment nicht kontrollieren.

23 T.: Ich schildere die Situation noch einmal. Es ist wichtig, genau zu definieren und Einzelheiten genau zu betrachten: Sie kommen rein, es ist schmutzig. „Warum ist es hier so schmutzig?“, fragen Sie sich und werden wütend.

23a K.: Zuerst bin ich nicht aufgeregt, nicht in jeder Situation, dann kann ich nicht schlagen.

24 T.: Ich versuche nachzuvollziehen, was in Ihnen vorgeht – damit ich verstehe – ich habe noch keine Frau und keine Kinder geschlagen. Ich finde Ihre Offenheit toll, dass Sie so offen darüber sprechen können.

24a K.: Wenn ich nicht vertrauen würde, wäre ich nicht hier.

25 T.: Deshalb sind Sie hierher gekommen, um sich Hilfe für Ihre Probleme zu holen.

25a K.: Ja, ich weiß, dass ich von Ihnen Hilfe bekomme.

26 T.: Damit ich Ihnen helfen kann, muss ich Einzelheiten von Ihnen wissen.

26a K.: Ja, die Sache mit der Wohnung ist nicht Ihr Bereich. Ich habe Sie auch nur eingeschaltet, weil ich hilflos bin.

27 T.: Sind Sie bereit, noch einmal in die Situation einzusteigen, in der Sie Ihre Frau schlagen?

27a K.: Natürlich, ich bin zu allem bereit.

28 T.: Sie haben Ihre Wohnung schmutzig vorgefunden und erlebt, dass Sie aggressiv werden. Möchten Sie ein kleines Rollenspiel mitmachen?

28a K.: Ja, ich werde aggressiv, meine Frau hat auch Probleme, aber sie spricht anders darüber...

29 T.: (Bittet Herrn T. und den Dolmetscher aufzustehen. Er bittet sie zur Tür. Da bleiben sie stehen. Vor Ihnen liegt der offene Raum. Der T. stellt sich in diesen Raum und zeigt auf den Boden. Herr A. soll sich vorstellen, wie er hereinkommt und alles dreckig aussieht.)

29a K.: lacht.

30 T.: es ist nur in der Phantasie, stellen Sie es sich einfach nur vor. Ihre Frau ist auch da. Sie sitzt hier (nimmt den Stuhl).

30a K.: Nein, sie muss sich um das 10 Monate alte Kind kümmern.

31 T.: Gehen wir mal davon aus, dass sie hier sitzt (zeigt auf den Stuhl).

31a K.: Nein, sie ist im Nebenraum.

32 T.: O.K: dann ist hier der Nebenraum. Was passiert, wenn Sie den ganzen Schmutz sehen (zeigt auf den Fußboden)?

32a K.: Ich rufe zuerst nach meinen Kindern. Die stehen dann alle vor mir (zeigt auf die Kinder). Sie geben sich alle gegenseitig die Schuld für den Schmutz.

33 T.: (geht näher zum Klienten). Stellen Sie sich einfach mal in Ihrer Phantasie die ganze Unordnung vor und die Kinder und Ihre Frau, die vor Ihnen stehen. Wenn Sie sich auf diese Situation einlassen, wer sagt etwas und wann merken Sie, dass Sie die Kontrolle verlieren?

33a K.: Es ist nicht immer, dass ich aggressiv werde.

34 T.: Gehen wir davon aus, dass dies eine solche Situation ist. Wann verlieren Sie die Kontrolle?

34a K.: (Pause – keine Antwort)

35 T.: Wenn Sie schlagen, wohin schlagen Sie dann, ins Gesicht, auf den Po (Macht es bei sich selbst vor)?

35a K.: Nachdem ich sie geschlagen habe, muss ich selber weinen.

36 T.: Das wollen wir hier aber nicht. (Er nimmt den Klienten, setzt ihn auf den Stuhl.) Stellen Sie sich vor, Sie sind Ihre Frau, wie heißt sie?

36a K.: B. heißt sie.

37 T.: O.K. Sie sind B., haben sich um die Kinder und um das Baby gekümmert. Und sehen nun Ihren Ehemann in die Wohnung kommen und schimpfen, wie ist das für Sie in Ihrer Phantasie? Stellen Sie sich vor, er kommt auf Sie zu und will Sie schlagen.

37a K.: (Pause) Meine Frau hat sich schon daran gewöhnt. Sie versteht mich., sie weiß, dass ich es, nachdem ich mich beruhigt habe, auch nicht so gemeint habe.

38 T.: Sie versuchen einfach, Ihre Frau zu sein, sehen Ihren Mann wütend auf sich zukommen ...

38a K.: (Pause)

39 T.: Stehen Sie jetzt mal wieder auf. (Sie stellen sich in die ursprünglich Position.) Spüren Sie jetzt Ihre Aufregung?

39a K.: (schweigt – aufgeregt / angespannt)

40 T.: Kommen Sie mit.

(Er nimmt den Klienten, führt ihn aus dem Therapieraum heraus. Beide sind ca. 4 Minuten außerhalb, kommen dann wieder herein, setzen sich auf die alten Plätze des Gesprächs.)

40a K.: (Der Klient geht mit.)

41 T.: Herr A., ich möchte mit Ihnen eine Vereinbarung machen. Sie sagen zu sich selbst in solchen Situationen: „Ich komme nach Hause. Es liegt alles herum und ist dreckig. Ich bin wütend. Ich gehe raus und komme wieder.“ Sie gehen raus, an die frische Luft. Dieser Ärger muss raus. Draußen haben Sie die Gelegenheit. Können wir diese Vereinbarung treffen, dass sie ab jetzt immer nach draußen gehen, wenn Sie wütend sind?

41a K.: Ich weiß, was Sie meinen. Ich kann aber keine Versprechungen machen.

42 T.: (sehr ernst und eindringlich) Ich brauche aber Ihr Versprechen, ich mache mir sonst Sorgen um Ihre Familie (reicht dem Klienten die Hand – Pause)

42a K.: Ich verspreche es. (Er schlägt in die Hand des Therapeuten ein).

43 T.: Ich gratuliere Ihnen, dass Sie mir Ihr Versprechen gegeben haben

43a K.: Ich danke Ihnen, dass Sie mir helfen wollen. In Deutschland gibt es nur zwei Personen, die mir ernsthaft helfen wollen. Einmal Sie und zum anderen Herr Q., der ist aber weit weg.

44 T.: Ich werde beim Sozialamt anrufen und fragen, ob eine zweite Bescheinigung für eine Bewilligung eines Umzugs nach Y nützt. Wenn ja, schreibe ich eine Bescheinigung. Ich gebe Ihnen dafür mein Wort, wie Sie mir Ihr Wort gegeben haben. Und Sie haben mir dafür Ihr Wort gegeben, dass sie Ihre Familie nicht mehr schlagen, sondern nach draußen gehen.

44a K.: Ich werde meine Familie nicht mehr schlagen, sondern besser vorher nach draußen gehen.

45 T.: Die Wut, die bei Ihnen ist, muss in die Luft gehen und verschwinden ...

45a K.: Ich hätte es heute nicht mit einer Dolmetscherin geschafft, so zu sprechen ...

46 T.: Und was ist mit der Anwesenheit von Caren??

46a K.: Sie macht mir nichts aus. Sie ist für mich so wie Sie. Sie will auch etwas für die Gesundheit von uns tun, dafür ist sie hier. Ich vertraue auch ihr.

(Terminabsprache)

Protokoll No. IV vom 24.08.1999

1 T.: Das Wetter ist endlich wieder schön, aber so heiß wie im Hamam wird es hier wohl nie werden.

1a K.: Oooh, im Hamam ist es sehr heiß ...

2 T.: Kennen Sie den Film „Hamam“, ich habe ihn gestern im Kino gesehen. K.: Nein. T.: Es ist ein türkischer Film.

2a K.: Nein.

3 T.: Wie war Ihre Zeit, wir haben uns lange nicht mehr gesehen

...

3a K.: Täglich gehe ich raus und mache bis zu 1½ Stunden lang einen Spaziergang. Vorher habe ich das noch nie gemacht.

Ich gehe raus, wenn ich merke, dass ich wütend werde, damit ich den Kindern nichts tue.

4 T.: Sie übernehmen Verantwortung für Ihre eigene Tat.

4a K.: Wenn es mir den Anschein macht, dass ich durch das Schimpfen nicht besser werde, gehe ich lieber sofort raus, 6-7 km spazieren, dann geht es mir besser. Dort, wo ich spazieren gehe, ist Wasser, Bäume, Kanal, frische Luft und Erholung. Es hilft mir.

5 T.: Sie haben jetzt einen Weg gefunden, sich zu lenken, und Sie fühlen sich ein bisschen erleichtert.

5a K.: Früher ging es mir überhaupt nicht so gut, jetzt geht es mir besser. Ich nehme manchmal auch meine Ehefrau mit.

6 T.: Dann haben Sie ein bisschen gemeinsame Zeit.

6a K.: Das ist gut für uns beide, für uns als Menschen, und wir können uns über vieles unterhalten. Ihre Last wird dann auch weniger.

7 T.: Sie helfen nicht nur sich selbst, sondern auch Ihrer Frau.

7a K.: Meiner Frau geht es auch nicht viel besser. Wenn ich sie mir so ansehe, sehe ich Ihr nachdenkliches Gesicht. Ich weiß nicht, ob es ihr schlechter geht als mir.

8 T.: Sie merken jetzt auch die Belastungen, die für Ihre Frau da sind – die Lebensumstände, die Kinder, der Haushalt.

8a K.: Ich habe es schon viel früher gesehen, aber ich hatte nichts in der Hand, womit ich es gut machen kann. Man schneidet sich normalerweise nicht in das eigene Fleisch, und meine Familie sind meine Finger, wenn ich sie abschneide, mache ich auch einen Teil von mir kaputt.

9 T.: Dadurch dass Sie sich selbst erleichtern, erleichtern Sie auch Ihre eigene Familie. Jetzt haben Sie etwas in der Hand.

9a K.: Ich weiß, als ich keinen Lösungsweg gefunden habe, ging es ihnen auch schlechter. Ich muss also Lösungswege finden.

10 T.: Und wenn es Ihnen schlecht geht, geht es auch der Familie schlechter, und dann geht es Ihnen auch wieder schlechter damit, wie ein Kreislauf?!

10a K.: Früher habe ich meinen eigenen Kummer an denen ausgelassen, das war mein Fehler. Ich versuche, es ihnen jetzt nicht mehr anmerken zu lassen und für mich zu behalten.

11 T.: Es hört sich so an, als ob ein Wunder geschehen sei.

11a K.: Letztes Mal, als wir hier waren, haben wir die Übung gemacht. Ich bin dann aus diesem Zimmer herausgegangen, an die frische Luft, weil Sie mich rausgebracht haben, das habe ich mir gemerkt.

12 T.: Da haben Sie auch gemerkt, dass das hilft, dass man sich selbst helfen kann.

12a K.: Für mich ist jeder Weg, der mir hilft, wichtig. Ich komme hierher, nehme Deine Zeit in Anspruch, deshalb darf das nicht umsonst sein. Das heißt nicht, dass es mit meinen Kindern immer gut geht. Wenn es mir nicht gut geht, schreie ich sie an – aber dann gehe ich raus.

13 T.: Das ist die Grenze, die Sie erkennen. Dann gehen Sie einfach raus.

13a K.: Z. B. habe ich auch seit einiger Zeit Schmerzen am Herzen. Nach drei Tagen habe ich einen Arzt aufgesucht, der mich dann in das Kreiskrankenhaus in XY überwiesen hat. Dort haben sie mein Blut untersucht und mich geröntgt. Es war nichts zu finden. Die Ärzte sagen, dass das alles wegen der Wut käme. Ich habe alles über einen Dolmetscher erklärt, den haben sie dann dazu geholt. Ich habe

erzählt, dass ich nicht schlafen kann, dass ich maximal 1½ Stunden in der Nacht schlafen kann. Ich habe überall Schmerzen: am Herz, im Magen und vor allem habe ich Kopfschmerzen, bis ich das Gefühl habe, er zerplatzt....

14 T.: Wann waren Sie da ?

14a K.: Vor 14 Tagen.

15 T.: Und dann waren Sie beim Doktor?

15a K.: Ich habe ein Schreiben vom Krankenhaus. Bin damit noch nicht zum Arzt gegangen. Er verschreibt mir sowieso keine Mittel zum Schlafen.

(Der Klient gibt dem Therapeuten das Schreiben, welches dieser durchliest)

Ich weiß nicht, was darin geschrieben steht.

16 T.: Die Ursache für Ihre Schmerzen ist Stress, und viel Wut. Vorgeschlagen wird eine analytische Therapie.

(T. ist aufgebracht, erklärt kurz das Verfahren der Analyse.)

16a K.: Hier erzähle ich sowieso alles, hier habe ich nichts zu verbergen, was soll das?

17 T.: Auch wegen der Einnahme von Antidepressiva steht hier, dass das aufhören soll. Nehmen Sie Tabletten?

17a K.: Ja, Tabletten und Saft.

18 T.: Waren die Schlafstörungen früher auch schon da, oder ist das neu?

18a K.: Immer ist das schon da. Nur im Krankenhaus war es besser. Ich träume immer viel und werde dann wieder wach..

19 T.: Träume sind ja erstmal nicht schlecht, sie geben Ihnen Informationen. Aber können Sie denn überhaupt einschlafen?

19a K.: Nein, vor allem dann, wenn ich die Tabletten genommen habe. Bis 4-5 Uhr kann ich nicht richtig einschlafen. Ich liege dann auf der Couch, schlafe vor Angst nicht, schlummere vielleicht ein, dann träume ich, wache wieder auf, habe Angst, kann nicht einschlafen.

20 T.: Sie liegen dann auf der Couch und Ihre Frau liegt im Schlafzimmer?

20a K.: Ja.

21 T.: Haben Sie Angst, in Ihrem Bett zu schlafen?

21a K.: Ja, ich habe Angst davor, daß sie mich im Schlaf sprechen und schreien hört – meine Angstzustände soll sie nicht mitbekommen.

22 T.: Sie wollen Ihre Frau schonen, deshalb legen Sie sich im Wohnzimmer auf die Couch.

22a K.: Früher habe ich sie nicht vor meiner Angst geschont, ich habe dann immer alles gezeigt, das war vielleicht nicht gut, denn so könnte ich heute vielleicht eher von meiner Frau und meinen Kindern Hilfe bekommen, weil sie es so besser verstehen.

23 T.: Bleiben wir erst einmal beim Einschlafen. Wann gehen Ihre Frau und Ihre Kinder denn so ins Bett?

23a K.: Die Kinder gehen, wenn sie zur Schule müssen, so um 8 Uhr und in den Ferien um 9 Uhr ins Bett. Meine Frau bleibt so bis um 1-2 Uhr wach.

24 T.: Was machen Sie dann zusammen?

24a K.: Wir sehen zusammen fern, unterhalten uns und trinken Tee.

25 T.: Wann essen Sie zusammen Abendbrot?

25a K.: Ich esse nicht mit denen zusammen, das ist eher selten.

26 T.: Wie kommt das?

26a K.: Ich habe keinen Hunger, seitdem ich aus dem Krankenhaus wieder da bin, überhaupt keinen Appetit mehr. Ich esse nur ein paar Stücke und dann reicht es wieder.

27 T.: Und wann essen Sie abends?

27a K.: Manchmal erst um 1-2 Uhr. Ab 8 Uhr keinen Tee zu trinken kann ich nicht einhalten. Wenn ich das nicht darf, dann werde ich verrückt. Ich habe es Ihnen damals auch nicht versprochen, es so wie Sie sagten, zu tun.

28 T.: Ich habe damals gesagt, dass Sie ab 6 Uhr nicht mehr Tee trinken sollen ... (grinst, Klient grinst auch) ... Entweder Sie machen dieses oder jenes – entweder Sie wollen einschlafen, oder Sie müssen wach bleiben – dazu müssen Sie sich entscheiden!

28a K.: Man muss, wenn man Hilfe braucht, alles offen sagen dürfen. – Ich kann das hier in der Therapie nicht verheimlichen, dass ich nicht ohne Tee auskomme. Ich habe vor einiger Zeit auch versucht, mit

dem Rauchen aufzuhören. Das hat zwei Tage geklappt und dann ging es nicht mehr. Ich musste wieder Zigaretten rauchen.

29 T.: Das sind Wege, mit denen ich als Mensch selbst Erfahrungen gemacht habe und auch mit den anderen Klienten hier in der Therapie: Einschlafstörungen haben oft etwas mit falschen Ernährungs- und Trinkgewohnheiten zu tun.

29a K.: Wenn man Hunger hat und nicht einschlafen kann, das macht mir nichts. Ich habe mich schon daran gewöhnt. Es ist so, als ob man im Gefängnis Hungerstreik macht – ab einer gewissen Grenze hat man kein Gefühl mehr für den Hunger.

30 T.: Zuerst hungern Sie und dann essen Sie zur falschen Zeit, können wegen Ihres vollen Bauches nicht schlafen.

30a K.: Das stimmt. Im Krankenhaus war es besser. Es gab um 8 Uhr Frühstück um 12 Uhr Mittag und um 18 Uhr Abendbrot. Da war der Kopf aber auch klar. Die Gedanken waren nicht so da ...

31 T.: In Ihrem Kopf, das kann ich bestätigen, sind viele Gedanken. Wir werden daran noch arbeiten. Aber wichtig ist, dass Sie erst einmal ab 8 Uhr keinen Tee mehr trinken.

31a K.: Wenn man etwas verspricht, muss man das einhalten – und das kann ich nicht einhalten. Wenn Sie sagen ab 10 Uhr, dann kann ich erst einmal langsam mich daran gewöhnen. Vielleicht ist das besser.

32 T.: Ja, das ist in Ordnung. Ab 10 Uhr keinen Tee mehr.

32a K.: Wenn ich etwas verspreche, dann nur wenn ich weiß, dass ich es einhalten kann. Ich muss es einhalten müssen. Wenn ich ja sage, dann muss ich es auch tun.

33 T.: Wann haben Sie zuletzt gut geschlafen?

33a K.: Im Krankenhaus (lächelt).

34 T.: Das war sehr schön für Sie?

34a K.: Ja, es war sehr schön – 5-6 Stunden habe ich durchgeschlafen, das war sehr gut. Ein Segen von Allah („Nahmed“). Als ich wach geworden bin, bin ich aufgestanden und habe Zigaretten geraucht, wenn ich Angst hatte. Die Krankenschwestern haben mich beruhigt und gesagt, dass ich hier mich sicher fühlen kann.

35 T.: Wie war das da für Sie?

35a K.: Schön, sehr schön. Es ist das beste Gefühl, nachts zu schlafen.

36 T.: Das war ein schönes Gefühl.

36a K.: Ein schöneres Gefühl gibt es nicht. Dann kostet man vom Tag.

37 T.: Schön, Sie merken das ...

37a K.: Seit 16 Jahren habe ich nicht mehr so geschlafen wie da im Krankenhaus.

38 T.: Möchten Sie das nochmals erleben?

38a K.: Ja. Denn ich fühle mich tagsüber so, als ob ich, wie die Berufsfahrer, die ganze Nacht mit dem Auto fahren müsste.

39 T.: Das ist eine anstrengende, schreckliche Vorstellung.

39a K.: Das ist es, deshalb ist der Schlaf so gut für mich.

40 T.: Schlaflosigkeit ist der schlimmste Feind.

40a K. Ja, wenn es einen Feind des Menschen gibt, dann ist es die Schlaflosigkeit. Sie ist wie ein Drachen-Raubtier, sie raubt jede Ruhe. Die innere Unruhe wird immer stärker, man kann nichts dagegen machen. Ich will kein Betäubungsmittel dagegen – gegen das Raubtier – einnehmen, weil es nicht hilft. Ich bin selbst Gefangener des Raubtiers in mir. Das ist die Schlaflosigkeit.

41 T.: Einerseits möchten Sie tief schlafen, andererseits tun Sie alles dagegen.

41a K.: (aufgebracht) Ich kann einfach nicht schlafen. Z.B. in Y bin ich letzte Nacht gegen vier unruhig eingeschlafen, dann hat mich um halb neun das Mädchen geweckt.

42 T.: Ihr Schlafrhythmus hat sich also ganz verändert. Wollen Sie nicht ein bisschen mit sich experimentieren. Z.B. keinen schwarzen Tee trinken, statt dessen heißes Wasser mit Honig ... Dann könnten Sie beobachten, wie das mit dem Schlafen wird. Sie nehmen eine „Ersatzdroge“ und das als Experiment.

42a K.: Das ist so, wie es starke Raucher machen, sie halten die Zigarettenstummel in ihrer Hand. Vielleicht sollte ich es nur mal so drei Tage versuchen, und was soll ich tun, wenn es wirkt?

43 T.: Wenn Sie besser schlafen, müssen Sie entscheiden, ob Sie es weiter machen wollen.

43a K.: Und wenn nicht?

44 T.: Sollten Sie weiter Wasser trinken. Sie brauchen nur experimentieren, z.B. ab heute bis in drei Tagen.

44a K.: Jeder Mensch ist aber verschieden.

45 T.: Deshalb sage ich auch, experimentieren Sie einfach, probieren sie aus. Das ist ein Teil. Der andere Teil sind die Träume.

45a K.: Was kann man da machen?

46 T.: Erzählen Sie mal, wovon Sie immer träumen.

46a K.: Ich träume davon, festgenommen, gefoltert und umgebracht zu werden. Da ist dann das Spezialteam, wer mir etwas antat, waren sie. Manchmal träume ich von Verrätern, wegen denen ich in das Gefängnis komme...

47 T.: Welchen von diesen Träumen haben Sie in Ihrem Kopf?

47a K.: Alle habe ich immer im Kopf. Es vergeht kein Tag, ohne dass ich sie nicht geträumt hätte. Und falls ich nicht von ihnen geträumt habe, dann beschäftige ich mich tagsüber mit ihnen.

48 T.: Welchen Traum haben Sie am häufigsten?

48a K.: Am meisten träume ich von dem mit den Spezialeinheiten.

49 T.: Die Spezialeinheiten kommen und verhaften Sie.

49a K.: Sie kommen, verhaften mich und schießen mir eine Kugel hinten in den Kopf. Wenn ich einen Tag nicht träume, denke ich, es ist ein Wunder geschehen. Wenn ich nicht träume, dann muss ich am Tag darüber nachdenken. Was jetzt z.B. in Moldawien passiert, das passiert mir auch, wenn ich abgeschoben werde, davor habe ich Angst.

50 T.: Wo spüren Sie die Angst?

50a K.: Die Angst spüre ich in meinem Herzen. Manche sagen zu mir, ich bräuchte hier keine Angst zu haben, weil keiner mich ausliefern würde. Es geht bei mir in ein Ohr rein und kommt aus dem anderen wieder raus. Ich kann keinem Vertrauen.

51 T.: Ziehen Sie bitte Ihre Jacke aus und setzten sich entspannt, hinten in den Stuhl angelehnt hin. Was haben Sie genau von den Spezialeinheiten geträumt?

51a K.: (zieht Jacke aus, setzt sich bequem hin.) Als ich in X inhaftiert wurde, habe ich erst kurze Zeit in Y gelebt. Man hat mich da festgenommen und drei Tage gefoltert. Dann haben sie in X angerufen und es sind mit Jeeps amerikanischer Herstellung Spezialeinheiten unterwegs. Sie holen mich ab, bringen mich nach X. In der Wache steht

dann dieser Mann mit der Glatze und sagt: „Ist dieser Hurensohn noch am Leben?“, und schlägt mir mit dieser Waffe an die Stirn. Und es wird gesagt, dass, wenn man nach X gebracht wird, kommt man meistens nicht wieder lebend raus ...

52 T.: Wie fühlen Sie sich jetzt?

52a K.: Ich bin immer noch in der Hand dieser Leute.

53 T.: Kommen Sie ein bisschen mit dem Stuhl nach vorne. (Beide rücken aufeinander zu, sie sitzen jetzt Seite an Seite, haben nahen Kontakt, können sich gegenseitig berühren. Der Dolmetscher sitzt für den Klienten nicht in direktem Kontakt, auf einer Höhe am Rand). Holen Sie diesen Mann in Ihre Erinnerung

...

53a K.: Ich weiß noch ganz genau, wie er aussieht. Er war ganz neu da. Er sieht mich und ruft aus: „Ist der Hurensohn immer noch am Leben?“ Einen Tag vorher habe ich gehört, dass, wenn die Spezialeinheiten kommen, ist man so gut wie tot. Der mit der Glatze hat gesagt, als er mich sah: „Ist der Hurensohn noch am Leben“ und hat mich so mit seinem Gewehr geschlagen, dass ich das Gefühl hatte, mein Auge wäre draußen. Der Oberkommissar hat entschieden, dass sie mich ins Krankenhaus bringen sollten. Der Glatzkopf wollte mich in Arrest behalten. Ich fiel mit dieser Verletzung jedoch aus deren Zuständigkeitsbereich. Also haben sie mich ins Krankenhaus gebracht. Dort beschimpften sie den Arzt solange, bis er mich ohne Betäubung nähte. Er bestand darauf, Röntgenaufnahmen von meinem Schädel anfertigen zu lassen, falls es noch innere Verletzungen gegeben hat, und darauf, dass ich zur Kontrolle bis zum nächsten Tag dableiben sollte. Man hat mich an das Bett geschnallt. Ich habe es geschafft, die Handschellen zu öffnen. Ich habe Bettlaken aneinander geknotet und bin aus dem Fenster geflohen.

54 T.: Stellen Sie sich nochmals vor, Sie sind in der Polizeiwache. Lehnen Sie sich am Stuhl an und atmen tief durch.

54a K.: (setzt sich wieder aufrecht, angespannt) Für mich ist das fremd so.

55 T.: Denken Sie an die Szene, die Sie erlebt haben.

55a K.: (lehnt sich zurück) Ich bin sofort dort, mein Herz schlägt ganz stark.

56 T.: Bleiben sie mit Ihren Gedanken einfach da. Man hat Sie aus der Zelle rausgebracht und in einen Raum geführt. Dann kam der Mann mit der Glatze.

56a K.: Nein, der ist hinten geblieben. Drei Männer standen vorne, wollten mich nehmen und wegbringen. Als er mich gesehen hat, konnte er sich nicht halten und hat auf mich eingeschlagen.

57 T.: Spüren Sie Ihr Herz jetzt?

57a K.: Es schlägt wie beim Fasten.

58 T.: Folgen Sie jetzt einfach mit Ihren Augen meinen Fingern. (Der Therapeut hält mit ca. 50 cm Abstand zwei Finger vor das Gesicht des Klienten und bewegt sie in einem leichten Halbkreis hin und her. In dieser ruhigen Bewegung, die der Klient mit seinen Pupillen verfolgt, beginnt er leise und ruhig die Situation mit den Worten des Klienten zu schildern): Sie werden aus der Zelle herausgeholt, da sind einige Soldaten, dahinter taucht der Glatzkopf auf. Er sagt: „Dieser Hurensohn ist ja noch immer am Leben!“, und schlägt Sie ... (Pause).

58a K.: beginnt leise mit gesenktem Kopf zu weinen...

59 T.: Kein Wunder, dass Sie so etwas träumen. (Er fasst ihn fest an der Schulter an.)

59a K.: Jeden Tag, wenn ich träume, träume ich von den Spezialeinheiten ...

60 T.: Ja, lehnen Sie sich jetzt bitte wieder hinten am Stuhl an, schließen Sie die Augen und atmen tief durch ... Sehr gut so, der Atem ... Wir gehen jetzt noch einmal ran.

(Wdh. wie oben:) Folgen Sie jetzt einfach mit ihren Augen meinen Fingern. (Der Therapeut hält mit ca. 50 cm Abstand zwei Finger vor das Gesicht des Klienten und bewegt sie in einem leichten Halbkreis hin und her.) In dieser ruhigen Bewegung, die der Klient mit seinen Pupillen verfolgt, beginnt er leise und ruhig die Situation mit den Worten des Klienten zu schildern) **Sie werden aus der Zelle herausgeholt, da sind einige Soldaten, dahinter taucht der Glatzkopf auf. Er sagt: „Dieser Hurensohn ist ja noch immer am Leben!“, und schlägt Sie ... Spüren Sie jetzt, welches Gefühl in Ihnen ist? Ist das Wut, ist das Angst, wollen Sie ihn am liebsten ermorden, umbringen? Spüren Sie jetzt Ihr Gefühl? –**

60a K.: (weint wieder leise und angespannt, zittert –) Ich kann keinen Menschen töten, einen Menschen umbringen.

61 T.: Was war das für ein Gefühl, was Sie hatten?

61a K.: Mein Gefühl war gegen ihn. Ich möchte, dass er getötet wird, aber nicht von mir

62 T.: Das ist normal.

62a K.: Ich habe Schmerzen. Kopfschmerzen.

63 T.: Das ist normal. (Er weist den Dolmetscher an, er solle aufstehen. Der erhebt sich aus dem Korbstuhl und stellt sich etwas weiter diagonal weg von beiden in der Ecke auf. Der Therapeut platziert den Klienten dahin und bittet ihn, aufrecht zu sitzen. Er stellt sich hinter ihm und beginnt mit einer Kopfmassage)

Wo ist der Schmerz?

63a K.: Oben im Kopf.

64 T.: Ich massiere Ihnen jetzt den Kopf (2-3 Min). Wie ist das jetzt für Sie?

64 a K.: Ich fühle mich wie ein ausgetrockneter Baum, der nach langer Zeit von einem Menschen bewässert wird.

65 T.: Haben Sie noch Kopfschmerzen?

65a K.: Ja, da oben im Kopf

66 T.: (setzt die Massage fort, streicht den Schmerz aus) So, dann setzen Sie sich bitte wieder auf Ihren Platz. (Alle setzen sich wieder in die alte Platzordnung.)

67 T.: Möchten Sie etwas zu trinken haben?

67a K.: Nein danke.

68 T.: Wie fühlen Sie sich jetzt?

68a K.: (kurzes Zögern) Entschuldigung, ich möchte niemanden stören, aber ich möchte allein hingehen und trinken (steht auf, verlässt den Raum hastig und geht etwas trinken, kommt wieder und setzt sich hin).

69 T.: Was haben Sie vorhin gesagt? Sie fühlen sich wie ein ausgetrockneter Baum, der nach langer Zeit von einem Menschen bewässert wird.

69a K.: Wie ein Mensch, dem seine langen Haare abgeschnitten werden und sein Kopf sich jetzt ganz leicht anfühlt.

70 T.: Die Energie, die in Ihrem Kopf steckt, kommt jetzt raus.

70a K.: Ich weiß nicht. Ich habe mich erleichtert gefühlt. Sehr leicht.

71 T.: Das freut mich. Diese Übung ist eine neurophysiologische Beeinflussung, damit sich der Schmerz in Ihrem Kopf löst.

71a K.: Wie geht alles weg?

72 T.: Nach und nach – es braucht seine Zeit.

72a K.: Ich habe nur hier Hoffnung. Wenn etwas hilft, dann das, was wir hier machen.

73 T.: Schön, dass Sie so viel Vertrauen in die Therapie haben.

73a K.: Ja, ich lerne hier viel. Ich gehe mit meiner Frau und meinen Kindern spazieren. Das habe ich früher nie getan.

74 T.: Sie haben jetzt mehr Gemeinsamkeiten entdeckt.

74a K.: Ohne Dich sehe ich keine andere Lösung. Im Krankenhaus habe ich mit Sprechen nie meinen Kopf beruhigen können. Immer nur mit Tabletten. Das beruhigt die Gedanken nicht auf Dauer..

75 T.: Ja, das ist wahr. Wir müssen für heute Schluss machen. Wir verabreden jetzt noch einen neuen Termin und Sie denken bitte an Ihr Drei-Tage-Experiment.