

Zur Themenstellung

Die stetige Zunahme an neo-faschistischen, religiös-fundamentalistischen, antisemitischen, rassistischen und chauvinistischen nationalen Bewegungen weltweit macht meiner Ansicht nach eine Auseinandersetzung mit Terror, Gewalt und deren Auswirkungen unvermeidbar. Kriege, Bürgerkriege, Genozide, politische, ethnische oder rassistische Verfolgung, Folter und staatliche Repressionen zwingen Menschen aus allen Teilen dieser Welt dazu, aus ihrem Heimatland zu fliehen. Die Flucht ins Exil stellt für diese Menschen oftmals die einzige Möglichkeit dar, Bedrohung und Tod zu entrinnen. Die Konfrontation mit einer existentiellen Bedrohung, die Erfahrung von organisierter und von Menschen initiiert Gewalt stellt ein tiefes Trauma dar und hinterläßt psychische Narben. Das Leid der traumatisierten Flüchtlinge ist mit der Ankunft im Exil längst nicht beendet, die psychischen Auswirkungen des Traumas „begleiten“ die Flüchtlinge oft jahre- und jahrzehntelang.

Deutschland als Einwanderungsland kann vor dieser Tatsache nicht die Augen verschließen, denn ein nicht unerheblicher Teil der hier lebenden Flüchtlinge hat Erfahrungen mit organisierter Gewalt gemacht. Gerade vor dem Hintergrund unserer eigenen Vergangenheit, der Greuelthaten des Nazi-Regimes, die für Millionen Menschen Folter und Tod gebracht haben, hat Deutschland die moralische Verpflichtung, traumatisierten Flüchtlingen zu helfen, sowohl durch die Verfügbarmachung geeigneter Rehabilitationseinrichtungen als auch auf gesellschaftlicher Ebene. Die gegenwärtige Praxis der Asyl- und Ausländerpolitik jedoch zeichnet sich allenfalls dadurch aus, daß vielfach die Existenz von organisierter Gewalt in Herkunftsländern geleugnet oder beschönigt und damit das Leid traumatisierter Flüchtlinge bagatellisiert wird. Von Hilfsbereitschaft, Anteilnahme und Integration ist wenig zu spüren; vielmehr stellt eine Abschreckungs- und Marginalisierungspolitik die traurige Realität dar.

Daher ist es nötig, jeglichen Verleugnungs- und Bagatellisierungsversuchen von Folter, organisierter Gewalt und ihren Folgen ent-

gegenzutreten, was sich jedoch nur mit Hilfe einer informierten Öffentlichkeit bewerkstelligen läßt.

Der wissenschaftlichen Erforschung der politischen, physischen und psychischen Dimensionen von Terror kommt in dieser Hinsicht eine große Bedeutung zu. Jedoch wird in diesem Bereich ein grundsätzlicher Konflikt besonders deutlich: der Bedarf an wissenschaftlichen Erkenntnissen zur Gewährleistung einer effektiven Behandlung der Folgewirkungen einerseits und die daraus notwendigerweise resultierende, aber ethisch und humanitär nicht immer vertretbare Verwissenschaftlichung menschlichen Leids und menschlicher Tragödien andererseits.

Diese Arbeit stellt einen Versuch dar, einen - wenn auch begrenzten - Überblick über Folter und subjektive Erlebensdimensionen ihrer Opfer zu geben, ebenso wie über langfristige psychische Auswirkungen auf das Individuum, Möglichkeiten und Grenzen von Therapie sowie gegenwärtige methodische Ansätze zur Behandlung.

Die Berücksichtigung aller relevanten Aspekte zum Verständnis von organisierter Gewalt, den Problemen traumatisierter Flüchtlinge und möglichen Behandlungsansätze würde die Niederschrift eines umfassenden, enzyklopädischen Überblicks über das gesamte Gebiet der Sozialwissenschaft und Psychologie erfordern, was im Rahmen einer Diplomarbeit nicht annähernd möglich ist. Daher erhebt meine Arbeit keinesfalls den Anspruch auf Vollständigkeit, sondern kann allenfalls eine Auswahl an von mir subjektiv für wichtig erachteten Aspekten und Problemen darstellen.

Obgleich ich grundsätzlich von Traumatisierungen aufgrund der Erfahrung von organisierter Gewalt ausgehe, steht doch Folter als eine spezifische, häufig angewendete und besonders grausame Form von organisierter Gewalt im Vordergrund dieser Arbeit. Jedoch beschränke ich den Begriff Folter nicht nur auf eine staatlich bedingte und politisch motivierte Gewaltform, sondern rechne ihr auch andere Erscheinungsformen zu, die laut Definition eher unter dem Begriff „organisierte Gewalt“ anzusiedeln wären.

Gemeinsam ist beiden Gewaltformen jedoch die Tatsache, daß sie das geplante Werk von Menschen sind, was die Folgen der Traumatisierung für den Betroffenen wesentlich schwerwiegender macht, als

dies beispielsweise bei einer Traumatisierung durch einen Verkehrsunfall oder eine Naturkatastrophe der Fall wäre.

Im ersten Kapitel werde ich mich sowohl mit der Begriffsdifferenzierung von Folter und organisierter Gewalt und mit Intention und Methoden von Folter beschäftigen als auch mit ihren unmittelbaren Auswirkungen auf die Psyche der Opfer und möglichen Bewältigungsversuchen. Im zweiten Kapitel setze ich mich mit der Situation des traumatisierten Flüchtlings im Exil auseinander, wobei ich Vorflucht- und Fluchtphase überspringen werde: mit den Lebensbedingungen, die der Flüchtling in Deutschland vorfindet, mit den psychischen und in geringerem Umfang auch mit psychosomatischen und physischen langfristigen Folgewirkungen des Traumas, mit der sogenannten „posttraumatic stress disorder“ als einem universellen „Krankheitsbild“ und mit den Auswirkungen des Traumas auf die Familie und insbesondere die Kinder des Flüchtlings.

Im dritten und vierten Kapitel steht die Behandlung psychischer Schwierigkeiten im Vordergrund, wobei sich das dritte Kapitel auf generelle Aspekte von Therapie und der therapeutischen Beziehung einschließlich der Voraussetzungen zur Therapieaufnahme und einflußnehmender Faktoren konzentriert. Das vierte Kapitel beschäftigt sich mit spezifischen Therapieansätzen und -methoden, sowohl verbaler als auch nonverbaler Art, wie auch mit strukturellen Unterschieden psychosozialer und multidisziplinärer Behandlungseinrichtungen. Als Exkurs werde ich ebenso auf die Behandlungssituation in den Herkunftsländern eingehen.

Im Vorfeld dieser Arbeit habe ich neun Behandlungseinrichtungen besucht, von denen sich sieben in Deutschland und zwei in Dänemark befinden, und mit dortigen Therapeuten semi-strukturierte Interviews durchgeführt. Auszüge aus diesen Interviews werde ich ergänzend zur Literaturobwertung heranziehen. Aus Gründen einer besseren Überprüfbarkeit und um Sinnverfälschungen vorzubeugen, werden meine Interviewpartner, wenn möglich, direkt zitiert. Da aber das gesprochene und das geschriebene Deutsch zum Teil erheblich differieren, können stilistische Mängel auftreten.

Die wichtigsten Daten und Fakten zu den von mir besuchten Zentren, einschließlich der Nennung meiner Interviewpartner, habe ich in Tabelle 1 zusammengestellt, die sich im Anhang 2 befindet. Anzum-

erken ist hierbei, daß einer meiner Gesprächspartner, Dr. Hubertus Adam, in dieser Tabelle nicht erwähnt wird, da er - obgleich mit der Thematik befaßt - nicht in einer spezifischen Einrichtung für die Behandlung von Überlebenden organisierter Gewalt tätig ist.

1 *Organisierte Gewalt und ihre Auswirkungen*

1.1 **Differenzierung der Begriffe „Folter“ und „organisierte Gewalt“**

Die Begriffe „Folter“ und „organisierte Gewalt“ beziehen sich zwar auf ähnliche Sachverhalte, sind jedoch keineswegs synonym verwendbar. Jede Form von Folter fällt zwar unter den Begriff „organisierte Gewalt“, aber umgekehrt wird nicht jede Form organisierter Gewalt auch als Folter anerkannt.

Seit 1948 ist die Anwendung von Folter auf internationaler Ebene verboten.¹ Was aber genau ist Folter? Folter beinhaltet verschiedene Grade des Leidens, angefangen von Belästigung über Mißhandlung bis hin zu unerträglichem Schmerz und Tod.² Merkmale jeglicher Art von Folter sind zum einen die Beteiligung von mindestens zwei Personen, wobei sich das Opfer unter der physischen Kontrolle des Folterers befinden muß, zum anderen die Zufügung von akutem Schmerz, hervorgerufen durch einen physischen Angriff auf den Körper, oder aber durch die Zufügung von geistig-seelischem Schmerz.³ Eine weitere Voraussetzung ist die Vorsätzlichkeit der Handlung und die direkte oder indirekte Beteiligung von Trägern staatlicher Gewalt.⁴ Der Tatbestand der Zweck- und Zielgerichtetheit der Handlung - entweder das Erzwingen von Geständnissen bzw. Informationen oder die Bestrafung des Opfers oder anderer Personen - muß ebenfalls gegeben sein.⁵ Zwei der Definitionen, die meiner Meinung nach am vollständigsten oben genannte Kriterien berücksichtigen, möchte ich im folgenden auführen. In der Deklaration der UNO gegen die Folter vom 09.12.1975 heißt es:

1 Vgl. Chester 1990, S. 165

2 Vgl. amnesty international 1975, S. 34

3 Vgl. ebenda, S. 35

4 Vgl. ebenda, S. 27

5 Vgl. ebenda

„1. Unter Folter im Sinne dieser Erklärung ist jede Handlung zu verstehen, durch die einer Person von einem Träger staatlicher Gewalt oder auf dessen Veranlassung hin vorsätzlich starke 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 tatsächliche oder mutmaßlich begangene Tat zu bestrafen oder sie oder andere Personen einzuschüchtern. Nicht darunter fallen Schmerzen oder Leiden, die sich lediglich in einem mit den Mindestgrundsätzen für die Behandlung von Gefangenen zu vereinbarenden Maß aus gesetzlich zulässigen Zwangsmaßnahmen ergeben, diesen anhaften oder als deren Nebenwirkungen auftreten.

2. Die Folter ist eine verschärfte Form absichtlicher grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe.“¹

Bedenklich an dieser Definition finde ich allerdings die Einschränkung, daß gesetzlich zulässige Sanktionen nicht als Folter definiert werden. Strafmaßnahmen wie beispielsweise in Pakistan stattfindende Auspeitschungen² oder im Iran übliche Hinrichtungen, Amputationen von Gliedmaßen oder Steinigungen von Ehebrecherinnen³ werden somit öffentlich akzeptiert und legalisiert. Diese Einschränkung findet sich nicht in der „UN Declaration of Human Rights“ und der „UN Convention of Torture and Other Cruel Inhuman or Degrading Treatment or Punishment“ von 1985, die zusätzlich den Aspekt der Diskriminierung jeglicher Art beinhaltet. Sie verbietet:

„Any act by which severe pain or suffering, whether physical or mental, is intentionally inflicted on a person for such purposes as obtaining from him or a third person information or a confession, punishing him for an act he or a third person has committed or is suspected of having committed, or intimidating or coercing him or a third person, or for any reason based on discrimination of any kind, when such pain or suffering is inflicted by or at the instigation of or with the consent or acquiescence of a public official or other person acting in an official capacity (p. 4).“⁴

1 Zit. nach Adam 1993 b, S.25 f.

2 Vgl. Mehdi 1992, S. 475

3 Vgl. Bakhtiar 1992, S. 12

4 Zit. nach Mollica/Caspi-Yavin 1992, S. 254

Beide Definitionen setzen die unmittelbare oder mittelbare Beteiligung des Staates voraus und sind daher meiner Ansicht nach unzulänglich, da sie andere Formen nicht-staatlicher Gewalt ausklammern. Eine Erweiterung des eng gefaßten Folterbegriffes stellt der Begriff der „organisierten Gewalt“ dar, der 1986 auf einer Sitzung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) geprägt wurde.¹ Eine Arbeitsgruppe des WHO-Regionalbüros für Europa definierte „organisierte Gewalt“ als *„the interhuman infliction of significant, avoidable pain and suffering by an organized system of ideas and attitudes. It comprises any violent action that is unacceptable by general human standards, and relates to the victim's feelings. Organized violence includes, inter alia, 'torture, cruel, inhuman or degrading treatment or punishment' as mentioned in article 5 of the UN Universal Declaration of Human Rights (1948). Imprisonment without trial, mock executions, hostage taking or any other form of violent deprivation of liberty fall under the heading of organized violence.“*²

Laut Definition schließt organisierte Gewalt Folter, grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe genauso ein wie willkürliche Inhaftierung, Scheinhinrichtungen, Geiselnahme oder jede andere Form gewaltsamen Freiheitsentzuges. Nach BARUDY könne man immer dann von organisierter Gewalt sprechen, wenn der kulturelle Aspekt über den biologischen gestellt wird, also Überzeugungen wichtiger werden als das Leben.³ Somit wird fast jede erdenkliche Gewalt, die Menschen von anderen Menschen zugefügt wird, der organisierten Gewalt zugerechnet, so auch Gewalt im Rahmen von Bürgerkriegen, sexuelle Gewalt oder Kindesmißhandlung, um nur einige Beispiele zu nennen.

Da Folter meiner Ansicht nach eine der grausamsten Formen organisierter Gewalt ist und ein nicht unerheblicher Teil der traumatisierten Flüchtlinge, die in den von mir besuchten Zentren in Behandlung sind, Erfahrungen mit Folter im engeren Sinne gemacht hat, erscheint es mir notwendig, im ersten Teil meiner Arbeit auf Folter als staatlich bedingte Form von Gewalt und ihre Auswirkungen

1 Vgl. Barudy 1993, S. 16

2 Zit. nach van Willigen 1992, S. 277

3 Vgl. Barudy 1993, S. 16 ff.

einzugehen. Auch im weiteren Verlauf dieser Arbeit werde ich mich stellenweise auf Folter als spezifische Form der Gewaltanwendung beziehen, wobei es mir jedoch nicht darauf ankommt, ob sie staatlich motiviert ist oder in anderem Kontext stattfindet, beispielsweise im Rahmen von Bürgerkrieg.

1.2 Folter als Institution

Es gibt kein Volk, das nicht in irgendeiner Phase seiner Geschichte gefoltert hat. Die Vermutung liegt nahe, daß die Fähigkeit zu foltern ein den Menschen - zumindest einigen Menschen in jeder Gruppe - gemeinsames Potential ist.¹ Folter wird meiner Meinung nach leicht mit der Inquisition des Mittelalters assoziiert, zumindest als etwas längst der Vergangenheit Angehöriges abgetan. Die Tatsache, daß Folter auch heute in unserer demokratisch-aufgeklärten Zeit systematisch in vielen Ländern dieser Welt stattfindet, ist zugegebenermaßen ein unangenehmer Gedanke. Gerade vor dem Hintergrund unserer eigenen Geschichte ist die Verdrängung dieser Tatbestände sicherlich die einfachste Lösung; eine Auseinandersetzung damit würde unweigerlich die Frage nach der eigenen Schuld und Verantwortlichkeit aufwerfen.

Folter ist aber keineswegs Vergangenheit, sie befindet sich geradezu in ihrer „Hochblüte“. Während in den 70er Jahren noch davon ausgegangen wurde, daß in ca. 60 Länder systematisch gefoltert wird², zeichnen neuere Schätzungen ein anderes Bild: Inzwischen rechnet man mit nahezu 100 Staaten, die Folter praktizieren, unterstützen oder stillschweigend dulden³, darunter Iran, Chile, Libyen, Pakistan und die Türkei als einige der „Anführer“.⁴ Dies steht in krassem Widerspruch zu der Tatsache, daß kein Staat die Folter in seiner Verfassung legalisiert hat.⁵ Der „World Human Rights Guide“ schätzt die Weltbevölkerung auf 4 Milliarden Menschen, von denen nur ein Fünftel sich eines Lebens erfreut, das den modernen

1 Vgl. amnesty international 1975, S. 28

2 Vgl. Koch/Oltmanns 1979, S. 259

3 Vgl. Baker 1992, S. 85; vgl. Parong et al. 1992, S. 483

4 Vgl. Bouhoutsos 1990, S. 129

5 Vgl. amnesty international 1985, S. 18 f.

Auffassungen von Menschenrechten entspricht.¹ AMNESTY INTERNATIONAL wirft in ihrem neuesten Jahresbericht 151 Staaten Menschenrechtsverletzungen vor, darunter auch Deutschland.²

Die Angaben darüber, wieviele Flüchtlinge in ihren Herkunftsländern gefoltert wurden, sind widersprüchlich. In Schweden geht man davon aus, daß 25-30 % der dortigen Asylbewerber Foltererfahrungen haben.³ In Dänemark rechnet man mit 31 % der männlichen Asylbewerber.⁴ Ausgehend von der gesamten Flüchtlingspopulation, die der UNHCR, das Hohe Flüchtlingskommissariat der Vereinten Nationen, weltweit mit 17 Millionen beziffert⁵, rangieren Schätzungen über den Anteil von gefolterten Flüchtlingen zwischen 5 % und 35 %⁶ bzw. 20 % und 30 %.⁷

Selbst wenn man von einem nur 5 %igen Anteil ausgeht, was ich persönlich für sehr unwahrscheinlich halte, wären demnach 850.000 Menschen betroffen; legt man die Angabe von 35 % zugrunde, wären es 5.950.000 Menschen, die gefoltert wurden. Welche der Angaben der Wahrheit auch näher kommen mag, es ändert nichts daran, daß Folter ein erschreckend weit verbreitetes und aktuelles Problem darstellt.

Mitverantwortlich für die Existenz von Folter sind sowohl Polizisten, Soldaten, Ärzte, Wissenschaftler, Richter, Beamte als auch Politiker, entweder indem sie ihre Opfer direkt schlagen, sie untersuchen, neue Foltertechniken erfinden, Gefangene aufgrund erpreßter Geständnisse verurteilen, offiziell die Existenz der Folter leugnen oder sie als Mittel zur Sicherung ihrer Macht einsetzen.⁸

Ausgeführt wird die Folter meist durch das Militär, hauptsächlich durch Elite- und Spezialeinheiten.⁹ Während der Militärdiktatur in Griechenland beispielsweise wurden ca. 1,5 % aller zum Wehrdienst Eingezogenen in speziellen Lagern zu Folterern ausgebildet; von

1 Vgl. Baker 1992, S. 85

2 Vgl. amnesty international 1994, S. 160 ff.

3 Vgl. Horvath-Lindberg/Miserez 1991, S. 91

4 Vgl. Bøjholm/Christensen/Genefke 1993, S. 14

5 Vgl. Potts/Prasske 1993, S. 13

6 Vgl. Baker 1992, S. 85

7 Vgl. Bøjholm/Vesti 1992, S. 299

8 Vgl. Horvath-Lindberg/Miserez 1991, S. 87

9 Vgl. amnesty international 1975, S. 23

ihnen wurde Gewalttätigkeit und blinder Gehorsam erwartet. Gleichzeitig hatten sie schwerste Mißhandlungen zu ertragen, mit denen die ständige Indoktrinierung der gewünschten Überzeugung einherging. Nach Abschluß der Ausbildung und Annahme eines Postens im Elitekorps wurden ihnen zahlreiche Privilegien in Aussicht gestellt.¹ *„In diesem Wechselspiel zwischen Demütigung und Allmachtsphantasien entsteht die Destruktivität, die den Menschen später steuert.“*²

Das System der Ausbildung und ihre Wirksamkeit widerlegt die vage Hoffnung, daß Folter nur einigen wenigen sadistischen Einzelpersonen anzulasten wäre, und ebenso die damit verbundene Hoffnung auf eine prinzipielle Legitimität des jeweils herrschenden Systems.³ AMNESTY INTERNATIONAL sind mindestens 60 Staaten bekannt, in denen systematisch Folterer ausgebildet werden, in einigen „Schulen“ sogar 8-15jährige Kinder.⁴

Die Anwendung von Folter war schon immer ein gängiges Instrument in Kriegszeiten; heutzutage ist es ebenso ein Mittel zur Aufrechterhaltung einer gewissen Form von „Frieden“ und der Erreichung totaler sozialer Kontrolle.⁵ Folter ist darauf ausgerichtet, jegliche Opposition zu zerstören bzw. im Keim zu ersticken, um die Herrschaft eines diktatorischen Systems zu sichern. Politische Repressionen, das „Verschwindenlassen“ von Personen, Inhaftierung und Folter dienen dazu, Oppositionelle zu terrorisieren und damit „ruhigzustellen“.⁶

Folter ist somit nicht nur ein Angriff auf das Individuum, sondern gleichzeitig auf die gesamte Gesellschaft. Nach BUSTOS führt die Induktion von Angst, das daraus resultierende Schweigen und der Bruch von Banden der Solidarität dazu, daß menschliche Beziehungen schließlich darauf reduziert werden, die Werte der totalitären Macht zu reflektieren. *„It intensifies the disjointedness of daily social interaction to such a degree that because of fear, silence, the*

1 Vgl. Haritos-Fatouros 1991, S. 73-88

2 Boppel, Interview in: Der Spiegel, Nr. 27, 1994, S. 124

3 Vgl. Adam 1993 b, S. 30

4 Vgl. Boppel, Interview in: Der Spiegel, Nr. 27, 1994, S. 125

5 Vgl. Schlapobersky/Bamber 1988, S. 208

6 Vgl. van Willigen 1992, S. 288

*breaking of bonds of solidarity, and the distortion of reality, human relationships come to reflect the values of totalitarian power.*¹

Nach Ansicht von BUUS zielt Folter darauf ab, die Identität des Opfers und demzufolge auch seine politische Handlungsfähigkeit und seine potentielle Gefährlichkeit für das System zu zerstören.² „Through torture, opponents become symptom-filled and powerless.“³

Durch die Zerstörung der Persönlichkeit soll jedoch keineswegs nur der politische Wille des Opfers gebrochen werden. Ebenso wird dadurch die Zerrüttung des sozialen Umfeldes, die direkte Betroffenheit von Familie und Freunden und eine „Abschreckungsfunktion“ des Opfers für die Gesellschaft erzielt.⁴ „The suffering of the individual is thus the torturer's access to the community.“⁵ Durch Folter wird nicht nur die Gesellschaft ihrer Individuen beraubt, sondern ebenso die Individuen der Gesellschaft; erreicht wird dies durch das Untergraben von Vertrauen und Kohärenz, die das Basisgefüge einer jeden Gesellschaft darstellen.⁶

Folter ist Bestandteil einer Dominierungsstrategie, die - besonders im Angesicht von Krisen - eingesetzt wird, um die Kontrolle des Systems über das Volk zu erhöhen. Sie wird angewendet, um Informationen zu erpressen, um zu bestrafen und um sowohl physisch als auch psychisch zu vernichten. Die restliche Opposition wird so eingeschüchtert, terrorisiert und gelähmt.⁷

Zwar ist die Ausschaltung jeglicher Opposition - und damit die Erziehung der gesamten Bevölkerung zur politischen Loyalität - ein wichtiges Ziel von Folter, dies darf jedoch nicht zu der Annahme verleiten, daß nur Oppositionelle gefoltert werden und alle Menschen, die sich ruhig und loyal verhalten, sicher vor staatlicher Willkür sind. ROCHE führt dazu aus, daß der Folter immer eine Verletzung von Normen, die zu einer bestimmten Zeit in einer bestimmten Gesellschaft vorherrschen, vorausgeht. Diese Normver-

1 Bustos 1990 a, S. 144

2 Vgl. Buus/Agger 1988, S. 14

3 Ebenda

4 Vgl. Horvath-Lindberg/Miserez 1988, S. 91

5 Schlapobersky/Bamber 1988, S. 208

6 Vgl. ebenda

7 Vgl. Bustos 1990 a, S. 143

letzung kann politischer Natur sein, ebenso aber rassistischer, religiöser oder anderer Art.¹ Demzufolge würde jede Person, die geltende Normen, Normen einer „angenommenen“ Mehrheit, verletzt, einer Minderheit angehören. Somit kann generell jede Art von Minderheit eine potentielle Zielgruppe von staatlichem Terror darstellen. *„Minority groups are the inevitable scapegoats and are at the receiving end of ... attacks.“*²

Offiziell allerdings wird Folter niemals zugegeben. *„Folter ist die einzige Form von Gewalt, die ein Staat immer leugnen ... wird.“*³ Sollte sie tatsächlich einmal dokumentiert worden sein, wird dies oft mit der Tat eines einzelnen Polizeioffiziers entschuldigt, der seine Befugnisse überschritten hat⁴, oder aber als reines Mittel zur Verteidigung des Staates gegen terroristische Aktionen gerechtfertigt.⁵ Das oft vorgeschobene Argument der Erpressung von Geständnissen oder Informationen birgt die Gefahr der Rechtfertigung der Folter. *„Man muß aus einem uneinsichtigen Häftling nur einen bockigen Terroristen machen, der das Versteck einer Zeitbombe nicht verraten will, und schon ist die Folter nicht nur erklärlich, sondern schon nahezu entschuldbar.“*⁶

Es gibt viele Faktoren, die der Folter Vorschub leisten, so z.B. die Tatsache, daß unter Folter erpreßte Aussagen als Beweismittel zugelassen werden. Auch die Weigerung einer Regierung, Foltervorwürfen nachzugehen, und ihr Bemühen, unabhängige Untersuchungen zu verhindern, sind ebenso wie die Zensur von Veröffentlichungen über Folter oder die Immunität, die mutmaßlichen Folterern vor straf- und zivilrechtlicher Verfolgung zugesichert wird, Vorbedingungen von Folter.⁷

Viele Regierungen bedienen sich in Situationen verschärfter Auseinandersetzungen mit oppositionellen Gruppen der Methode, den Ausnahmezustand zu verhängen. Während des Ausnahmezustandes, der teilweise über Jahre oder Jahrzehnte bestehen bleibt,

1 Vgl. Roche 1988, S. 227

2 Baker 1992, S. 90

3 Amnesty international 1975, S. 22

4 Vgl. Vesti/Jorgensen/Jacobsen 1990, S. 74

5 Vgl. van Willigen 1992, S. 288

6 Autorenkollektiv 79, zit. nach Adam 1993 b, S. 29

7 Vgl. amnesty international 1985, S. 23

sind die Gesetze zum Schutz des einzelnen vor staatlichen Übergriffen außer Kraft gesetzt; auch dadurch wird die Ausweitung von Folter begünstigt.

Nach DIOKNO liegt eine der Ursachen zur Entstehung von Folter in der Wirtschaftspolitik der einen oder anderen „Supermacht“ begründet: „Dritte Welt“ Länder - Vasallen besagter Supermacht - reagieren auf die Belastungen der ökonomischen Entwicklung, Wirtschaftskrise oder Ost-West Konfrontation oft mit Terrorherrschaft. *„And government by terror is the response of Third World states, which are clients of one or the other superpower, to the stresses of economic development, economic crisis, or the East-West confrontation.“*¹ Dies geschieht insbesondere in Zeiten von Wirtschaftskrisen mit wachsendem Druck oppositioneller Gruppen. Daher werden aus Gründen der nationalen Sicherheit und zum Erhalt des wirtschaftlichen Status quo, der sowohl die Machthaber als auch die ausländischen Staaten, die das Regime unterstützen, begünstigt, die Rechte des einzelnen untergraben und Folter praktiziert.²

Nach ADAMS Meinung müssen aber auch die sich als demokratisch legitimiert betrachtenden Staaten hinterfragt werden, ob Legislative, Exekutive und Judikative ausreichender Kontrolle unterliegen, die Folter unmöglich macht.³ Offensichtlich ist das nicht immer der Fall. *„Folter ist nicht nur in Diktaturen möglich. In Kanada stehen zur Zeit Soldaten vor Gericht, die beim Blauhelmeinsatz in Somalia einen 16jährigen Somali zu Tode gefoltert haben.“*⁴

Darüber hinaus wirft AMNESTY INTERNATIONAL in ihrem neuesten Jahresbericht unter anderem deutschen Polizeibeamten vor, zumeist ausländische Staatsbürger mißhandelt zu haben; ebenso wird Polizisten angelastet, bei rassistischen Ausschreitungen der Vorjahre nicht eingeschritten zu sein.⁵ Das allein ist tragisch genug; die Tatsache aber, daß gegen beteiligte Polizisten keine Strafanklage erhoben wurde oder aber Gerichtsverfahren verzögert wurden⁶, läßt

1 Diokno, zit. nach Parong et al. 1992, S. 484

2 Vgl. ebenda

3 Vgl. Adam 1993 b, S. 28

4 Deile, Interview in: Der Spiegel, Nr. 27, 1994, S. 126

5 Vgl. amnesty international 1994, S. 160

6 Vgl. ebenda, S. 162 f.

vermuten, daß staatlicherseits nicht unbedingt Aufklärungsbedarf besteht.

1.3 Kurze Darstellung verschiedener Foltermethoden

Folter beginnt meist in den ersten Tagen der Haft. Während dieser Zeit befindet sich der Gefangene gewöhnlich in „incommunicado-Haft“, was bedeutet, daß er keinerlei Kontakt zur Außenwelt hat, weder zu Angehörigen noch zu Anwälten oder Ärzten. Die Sicherheitskräfte haben völlige Kontrolle über sein Schicksal. In einigen Fällen leugnen die Behörden die Gefangennahme, was die Folterung, die Ermordung oder das „Verschwindenlassen“ des Häftlings erleichtert.¹

Während der weiteren Haft wird die Folter fortgesetzt, häufig über einen Zeitraum von mehreren Monaten oder länger. Die angewandten Methoden werden oft mit dem Ziel variiert, die für das betreffende Individuum effektivste Methode herauszufinden und um die Entwicklung psychischer Verteidigungsmechanismen bzw. die physische „Gewöhnung“ an eine bestimmte Methode zu verhindern. Ebenso wird dadurch die Unvorhersehbarkeit und Unkontrollierbarkeit der Folter erhöht.²

Mit jeglicher Art von Folter gehen in fast allen Fällen das Tragen von Augenbinden³ und die Entblößung des Gefangenen einher.⁴ Durch das Verbinden der Augen scheinen sich die Folgen anderer Foltermethoden zu potenzieren.⁵ Die erzwungene Nacktheit - ohne den Schutz und die illusorische Sicherheit von Kleidung - dient der Induktion eines Gefühls von Hilflosigkeit.⁶

1 Vgl. amnesty international 1985, S. 22 f.

2 Vgl. Basoglu/Mineka 1992, S. 202

3 Vgl. amnesty international 1985, S. 33

4 Vgl. amnesty international 1975, S. 46

5 Vgl. Basoglu/Mineka 1992, S. 203

6 Vgl. ebenda, S. 204

1.3.1 Physische Methoden

Zu den physischen Foltermethoden zählen die Praktiken, die sich direkter Gewaltanwendung bedienen und darauf abzielen, dem Opfer körperlichen Schmerz zuzufügen. Physische Methoden lassen sich in mehrere Gruppen unterteilen, u.a. in:

- systematisches Schlagen, oft mit Hilfe von verschiedenen Gegenständen oder Waffen. Dazu zählen unter anderem auch die „falanga“, das Schlagen mit Holzschlägern oder Kabeln auf die Fußsohlen, oder das Schlagen mit der flachen Hand auf beide Ohren gleichzeitig.¹
- Verbrennungen, zugefügt durch das Ausdrücken von Zigaretten auf verschiedenen Körperteilen oder durch heiße Eisen.²
- Verstümmelungen, beispielsweise das Ausreißen von Finger- und Fußnägeln oder Amputationen von Körperteilen.
- Aufhängen des Opfers an einem oder zwei Armen bzw. Beinen, oftmals über Kopf. Zusätzlich wird meist geschlagen.³
- Erstickung, hervorgerufen durch das Überstülpen einer Plane oder Plastiktüte über den Kopf des Opfers⁴ oder durch das Eintauchen des Kopfes in mit Blut, Urin oder Exkrementen verschmutztes Wasser.⁵
- Elektrofolter, das Anbringen von Elektroden an besonders empfindlichen Körperstellen wie Ohren, Zunge, Genitalien oder Brustwarzen zur Verabreichung hoher Stromstöße.⁶ Intensiviert wird die Wirkung durch das „Füttern“ des Opfers mit Salz und das Übergießen mit Wasser.⁷

Sexuelle Folter

Sexuelle Folter zählt zwar, sofern sie direkte Gewalteinwirkung beinhaltet, zu den physischen Methoden, da sie aber durch die

1 Vgl. Jacobsen/Vesti 1992, S. 16

2 Vgl. ebenda, S. 18

3 Vgl. ebenda

4 Vgl. Dowdall 1992, S. 459

5 Vgl. Jacobsen/Vesti 1992, S. 18

6 Vgl. ebenda, S. 16

7 Vgl. Kordon et al. 1992, S. 438

massive Verletzung von Tabus gleichzeitig einen schweren Angriff auf die Würde und die sexuelle Identität des Menschen darstellt, wird sie an dieser Stelle gesondert aufgeführt. Sexuelle Folter kann unter anderem die erzwungene Nacktheit, verbale erniedrigende Bemerkungen oder erzwungene Masturbation vor den Augen der Folterer beinhalten, ebenso wie gleich- oder gegengeschlechtliche anale oder vaginale Vergewaltigungen. Zu dieser Art von Folter zählen des weiteren das Einführen von Gegenständen wie abgebrochene Flaschen oder Knüppel in Vagina oder Anus, Vergewaltigung durch abgerichtete Hunde, elektrische Folter oder Verbrennungen der Geschlechtsorgane bzw. deren Amputation, ebenso die Einführung von Mäusen, Ratten oder Spinnen in Körperöffnungen¹, um nur einige Beispiele zu nennen.

Für einige sehr religiöse muslimische Frauen kann ebenfalls die erzwungene Beseitigung der Verschleierung und damit die Zurschaustellung ihres Haares gegenüber fremden Männern eine sexuelle Erniedrigung darstellen.² Nach AGGER hat sich der Gebrauch sexueller Foltermethoden sehr verallgemeinert, da sie stark traumatisierende Wirkungen haben, jedoch im allgemeinen keine sichtbaren Spuren hinterlassen.³ Untermauert wird dies von JUHLER, die angibt, daß etwa 90 % der gefolterten Frauen und ca. 75 % der gefolterten Männer ebenfalls sexueller Folter unterworfen wurden.⁴

Pharmakologische Folter

Die Folter mit pharmakologischen Mitteln kann meiner Meinung nach ebenfalls als Unterpunkt der physischen Folter gelten, da sie auch einen physischen Eingriff, nämlich die zwangsweise Zuführung von Drogen, beinhaltet. Durch Folter mit pharmakologischen Mitteln sollen die psychischen Funktionen des Opfers beeinflusst und manipuliert werden.

„Die Psychopharmaka-Folter wird angewandt zur Immobilisierung von Gefangenen, zur Erzeugung von Gesprächsbereitschaft in Verhör-

1 Vgl. Vesti/Somnier/Kastrup 1992, S. 17

2 Vgl. Lunde/Ortmann 1992, S. 312

3 Vgl. Agger/Jensen 1990 a, S. 48

4 Vgl. Juhler 1993, S. 46

situationen, zur Angstinduktion und zur generellen Störung oder gar Zerstörung der Psyche.“¹

Es werden beispielsweise stark dämpfende Mittel zur Ruhigstellung der Gefangenen verabreicht, halluzinogene Drogen zur Verursachung von Verwirrung und Wahrnehmungsstörungen, oder panikauslösende Stoffe wie „Curare“ oder „Suxamethonium“, durch die - bei vollem Bewußtsein - Lähmungserscheinungen und Störungen der Atemfunktion eintreten.² Mit der Folter durch pharmakologische Mittel als Form der Bestrafung gegen politische Gefangene, die in psychiatrische Kliniken zwangseingewiesen wurden, hat gerade die ehemalige Sowjetunion eine traurige Berühmtheit erlangt.³

1.3.2 Psychische Methoden

Unter psychischer Folter versteht man die Zufügung von Schmerzen bei Gefangenen auf geistig-seelischem Wege. Diese Form von Folter hat den „Vorteil“, keine sichtbaren Spuren am Körper des Opfers zu hinterlassen, was - bedingt durch die zunehmende Kritik der Weltöffentlichkeit an der Folter - zu einem stetigen Anstieg der Verwendung der sogenannten „sauberen Folter“ geführt hat.⁴ Zur psychologischen Folter zählen unter anderem:

- Deprivationstechniken: die Vorenthaltung der Ressourcen, die zur Befriedigung elementarer Bedürfnisse dienen, z.B. Hygiene, Schlaf, Nahrung⁵, soziale Kontakte, sensorische Stimuli wie Geräusche oder Licht⁶ oder medizinische Versorgung. Es ist nicht unüblich, solche Ressourcen in der Anwesenheit des Gefangenen verfügbar zu machen, ihm aber den Zugang dazu zu verwehren.⁷
- Zwangstechniken, einschließlich Drohungen: dem Opfer wird z.B. mit Exekution gedroht (oftmals werden Scheinhinrichtungen

1 Keller 1981, S. 55

2 Vgl. ebenda, S. 57

3 Vgl. amnesty international 1985, S. 37

4 Vgl. Drees 1991, S. 321

5 Vgl. Vesti/Somnier/Kastrup 1992, S. 16

6 Vgl. Jacobsen/Vesti 1992, S. 19

7 Vgl. Miller 1992, S. 115

durchgeführt) oder damit, seine Familie oder Freunde zu foltern¹, ebenso damit, daß das Opfer als Folge der Folter sein Leben lang behindert oder geisteskrank sein wird.²

- Beiwohnen an Folterungen anderer: das Opfer muß hilflos zusehen, wie Mithäftlinge teilweise zu Tode gefoltert werden³, oder - wie beispielsweise im iranischen Evin-Gefängnis üblich - Eltern werden gezwungen, bei der Folterung ihrer eigenen Kinder zuzusehen.⁴
- Erniedrigungen: das Opfer muß erniedrigende Akte vollführen oder erniedrigende Dinge sagen, Spottlieder über seine Angehörigen singen, es wird gezwungen, Exkremamente zu essen, oder es wird vom Folterer verhöhnt.⁵ Erniedrigungen sind ebenfalls ein großer Bestandteil von sexueller Folter.
- „Impossible choice“: das Opfer wird in eine Situation gebracht, in der die einzige Entscheidung eine *unmögliche* Entscheidung ist.⁶ „Die Technik, einen Menschen vor eine Wahl zu stellen, die, wie immer er auch wählt, für ihn unannehmbar ist, ist die sicherste Art, ihn verrückt zu machen.“⁷
- Kommunikationstechniken: die sogenannte „Double-bind technique“ setzt das Opfer mehrdeutigen Situationen und widersprüchlichen Aussagen aus, das Opfer weiß nicht, woran es ist, und gerät in totale Verwirrung.⁸
- Interaktionstechniken: von den Folterern wird eine Art Rollenspiel inszeniert, in dem einer die Rolle des guten, verständnisvollen und der andere die Rolle des schlechten Aufsehers spielt. Dieses Spiel wird solange fortgesetzt, bis der Gefangene zum vermeintlich guten Aufseher Vertrauen aufgebaut hat und die gewünschten Informationen preisgibt⁹, denn in einer solchen Situation ist

1 Vgl. Jacobsen/Vesti 1992, S. 19
 2 Vgl. Vesti/Somnier/Kastrup 1992, S. 17
 3 Vgl. Jacobsen/Vesti 1992, S. 19
 4 Vgl. Gutzeit/Hufelschulte 1994, S. 27
 5 Vgl. Jacobsen/Vesti 1992, S. 19
 6 Vgl. Bøjholm 1991, S. 296
 7 Becker 1991, S. 330
 8 Vgl. Bøjholm 1991, S. 297
 9 Vgl. Keller 1981, S. 45

es für das Opfer schwierig, den Widerstand aufzubringen, nicht nach der „helfenden“ Hand zu greifen.¹

- Hypnose-Techniken: besitzt das zu hypnotisierende Opfer eine gewisse Empfänglichkeit, ist es möglich, es in Hypnose zu versetzen. In diesem Zustand können nur im Unterbewußtsein vorhandene Informationen und Erlebnisse zutage gefördert werden. Da die Wirkung aber stark von der Motivation des zu Hypnotisierenden abhängt, hat die Hypnosefolter bislang keine durchschlagenden Erfolge erzielt.²
- Diagnose- und Interview-Techniken: anfänglich werden Personen aus dem sozialen Umfeld des Opfers befragt, um so Hintergrundinformationen zu gewinnen, von denen das Opfer nichts weiß. Die daraus gewonnenen Erkenntnisse dienen dazu, das Opfer so zu manipulieren, daß es in der eigentlichen Verhör-situation alle Informationen preisgibt.³
- Konditionierungstechniken: durch das Konditionieren (Bedingen) soll eine bestimmte Reaktion oder ein Verhalten von bestimmten Bedingungen abhängig gemacht werden, so daß dieses Verhalten zu anderer Zeit unter denselben Bedingungen wieder hervorgerufen werden kann. Wird nach einer bestimmten Reaktion ein belohnender Reiz verabreicht, so steigt die Wahrscheinlichkeit, daß diese Reaktion wiederholt wird. So sollen dem Gefangenen erwünschte, kooperative Verhaltensweisen „anergogen“ werden.⁴

1.4 Folter als psychisches Trauma

Wie bereits dargestellt, zielt Folter darauf ab, mit Hilfe ausgefeilter Techniken psychische Verarbeitungskapazitäten außer Kraft zu setzen und somit langfristig die Identität des Opfers zu zerstören. Die Erfahrung von Folter bedeutet für das Individuum in den meisten Fällen ein schweres Trauma.

1 Vgl. Kemp-Genefke/Vesti 1990, S. 12

2 Vgl. Keller 1981, S. 43 ff.

3 Vgl. ebenda, S. 46 f.

4 Vgl. ebenda, S. 49 f.

Trauma wird definiert als „*being overwhelmed and the loss of certain faculties we rely on to make sense of the world - this overwhelming tends to repeat itself at irregular intervals after the trauma, with repeated memories of the shocking event.*“¹ DHAWAN beschreibt das Trauma als ein durch eine äußere Kraft verursachtes, intensiv im Sinne von heftigem Schock erlebtes, unerwartetes Ereignis, das eine tiefe Verletzung darstellt und eine seelische Wunde hinterläßt. Traumatische Ereignisse stellen ihrer Meinung nach eine Konfrontation mit dem Tod dar, im realen oder im übertragenen Sinne. Das Gewohnte ist nicht mehr existent.²

PETERS versteht unter Trauma ein „*Erlebnis, auf welches das Individuum nicht in adäquater Weise reagieren kann, das es nicht verarbeiten kann und das daher aus dem Bewußtsein verdrängt wird. Vom Unbewußten aus entfaltet das traumatische Erlebnis ständig eine Wirkung auf den psychischen Apparat in einer Weise, als wenn der Betreffende ständig mit dem Erlebnis konfrontiert würde, auf das sinnvoll zu reagieren seine dauernd ungelöste Aufgabe bleibt.*“³

Merkmale von Traumata sind also:

- der Moment des Unerwarteten
- die Intensität des Erlebnisses im Sinne von Schock
- die Konfrontation mit einer unausweichlichen Gefahr bzw. mit dem Tod
- der Verlust der Fähigkeit, dem Erlebnis einen Sinn zuzuschreiben
- die Überwältigung aller kognitiven Verarbeitungsmöglichkeiten
- die Verdrängung der Erlebnisse in das Unbewußte
- die fortdauernde, in unregelmäßigen Abständen ausgelöste, ebenfalls unbewußte Reaktivierung des Traumas

In der Literatur werden Folterüberlebende häufig als extrem-traumatisierte Menschen bezeichnet. Durch die Hinzufügung des Wortes „extrem“ wird der Unterschied zwischen dramatischen Situationen wie Unfällen oder Naturkatastrophen und traumatischen Ereignissen, die absichtlich als Teil einer politischen Strategie oder Maßnahme

1 Melzak/Woodcock 1991

2 Vgl. Dhawan 1993, S. 5

3 Peters, zit. nach Brand/Geisler-Scholl 1989, S. 56

auftreten, gekennzeichnet.¹ Die Erfahrung von Folter ist keinesfalls die Folge eines Schicksalsschlages oder einfach eines Zufalls. Ihr liegen eindeutig politische Absichten zugrunde.²

Nach BECKER würde eine Extremtraumatisierung im physischen, medizinischen Sinne, beispielsweise das „Der-Länge-nach-Überfahrenwerden“ oder das „Aus-dem-10.-Stockwerk-Fallen“, stets den Tod bedeuten bzw. die Todesursache darstellen; nicht so im Falle einer psychischen Extremtraumatisierung. *„Obwohl sie sterben, leben sie weiter. Und die eigentliche Katastrophe ist nicht das Sterben, sondern das Weiterleben, das Nicht-Sterben-Können.“*³

Die Konfrontation mit einer existentiellen Bedrohung, dem Tod, kann in dem Wunsch enden, tot sein zu wollen, aber nicht sterben zu können. Die Möglichkeiten, dem eigenen Leben ein Ende zu setzen, sind in der Haft sehr begrenzt bzw. weitgehend ausgeschlossen, sei es wegen der ständigen Beobachtung oder aufgrund physischer Erschöpfung.⁴ Auch BASOGLU und MINEKA heben hervor, daß die Erfahrung intensiven Terrors und Panik zu ernsthaften Selbstmordversuchen führen kann.⁵

*„Folter benützt den körperlichen Schmerz, um an die Psyche des oder der Gefolterten zu gelangen - oder sie wendet sich direkt an die Psyche.“*⁶

Wie bereits erläutert, besteht das Wesen des Traumas in der Überwältigung der psychischen und biologischen Bewältigungsmechanismen, d.h. die internen und externen Ressourcen sind inadäquat, um mit der äußeren Bedrohung „fertigzuwerden“.⁷ Das liegt VAN DER VEERS Meinung nach in der Kombination des Zusammentreffens mit unerträglichen Stimuli und der gleichzeitigen Erfahrung überwältigender Affekte begründet; eine Kombination, die die bisherigen Verarbeitungsstrategien weit übersteigt.⁸ Die Folter bedient sich daher ganz gezielt des Moments der „unpredictability“,

1 Vgl. Becker 1991, S. 326

2 Vgl. Domingues/Weinstein 1987, S. 77

3 Becker 1991, S. 332

4 Vgl. Engbers 1991, S. 16 f.

5 Vgl. Basoglu/Mineka 1992, S. 206

6 Wicker 1991, S. 41

7 Vgl. Saporta/van der Kolk 1992, S. 151

8 Vgl. van der Veer 1992, S. 42

der Unvorhersehbarkeit, die den Zusammenbruch der Verarbeitungsmechanismen zwar nicht auslöst, aber doch wesentlich dazu beiträgt. *„The global aim of torture is to remove control from the victim and to maximize unpredictability.“*¹

Nach SELIGMANS „safety-signal-theory“ würde jedes Tier, sofern ihm die Wahl gelassen wird, ein vorhersehbares schlechtes Ereignis einem unvorhersehbaren deutlich vorziehen. Ein Signal, welches die Gefahr ankündigt, erlaubt es dem Tier, sich vorzubereiten, was die Auswirkungen des Ereignisses reduziert. Ebenso bedeutet das Vorhandensein eines verlässlichen Signals zur Ankündigung von Gefahr bei Abwesenheit besagten Signals die Möglichkeit zur Entspannung. Treten diese Ereignisse aber in völlig unvorhersehbarer Reihenfolge auf, erzeugt das einen Zustand chronischer Angst.² Es ist zu erwarten, daß Folteropfer sich ständig in einem Stadium chronischer Angst befinden, da sie in den meisten Fällen nicht in der Lage sind, vorherzusehen, wann ihre nächste „Sitzung“ stattfinden wird oder wann der nächste Schock oder die nächsten Prügel innerhalb der Sitzung stattfinden werden.³

*„At other times they intermittently turn the shock off, pretending the session is over, but then start it up again with no warning. This can be seen to maximize the unpredictability of the already uncontrollable shock torture experience.“*⁴

Ähnliches gilt für die (Un-)Vorhersehbarkeit der Risiken einer Verhaftung. Die Verhaftung mag für einen politisch nicht aktiven Menschen völlig unvorhersehbar gewesen sein, was zu einem höheren „level“ an Angst und „distress“ führt als die Verhaftung bei einem Widerstandskämpfer, der sich des Risikos vermutlich sehr wohl bewußt war. Einige politische Gruppen sind sogar dafür bekannt, daß sie ihre Mitglieder in „Stoizismus“ trainieren, um die Folgen im Falle einer Inhaftierung zu mindern.⁵

Die Umformung des Weltbildes des Opfers findet auf allen Ebenen statt und schließt alle Beziehungen und Zusammenhänge mit ein.

1 Basoglu/Mineka 1992, S. 201

2 Vgl. ebenda, S. 185

3 Vgl. ebenda, S. 186

4 Ebenda, S. 203

5 Vgl. Basoglu/Mineka 1992, S. 200

Selbst die Sprache an sich verliert ihre Gültigkeit und Verlässlichkeit. Worte, Symbole und Objekte, die allgemein Behaglichkeit, Wärme und Beistand bedeuten, werden in Symbole von Schmerz und Terror umgewandelt. So erhält beispielsweise die Folterkammer den Namen „guesthouse“ oder „tea party“. Die Folterungen finden oft im Beisein von Ärzten statt. Enge Beziehungen werden ausgebeutet, indem Familienmitglieder oder Freunde vor den Augen des anderen gefoltert werden.¹

Der Verlust der Realität geht einher mit der ständigen Konfrontation einer simulierten Gefahr, die in dem Moment der Warnung nicht eintritt, die aber jederzeit reale Dimensionen annehmen könnte; z.B. wird das Opfer, dessen Augen verbunden sind, dazu gezwungen, im Raum hin und her zu laufen, wobei es dann und wann vor einem imaginären Abgrund gewarnt wird.² Oder es wird, nachdem ihm versichert wurde, daß es sich gefährlich nahe vor einem offenen Fenster in großer Höhe befände, von dem Tische gestoßen, auf dem es steht. Ebenso wird häufig von Scheinhinrichtungen berichtet, d.h. der Gefangene wird allen Vorbereitungen einer realen Exekution unterzogen, das Gewehr ist aber nicht geladen.³

All diese Methoden sollen dem Opfer beweisen, daß ihm Realität, Raum und Zeit nicht mehr gehören, sondern sich unter alleiniger Kontrolle der Folterer befinden.⁴ Dadurch, daß dem Gefangenen die Augen verbunden sind oder er Kapuzen tragen muß, fristet er einen Teil seines Lebens in totaler Dunkelheit und Orientierungslosigkeit, was die Gefühle von Isolation, Ausgeliefertsein und absoluter Ohnmacht noch verstärkt. *„Wenn du die Kapuze auf hast, kannst du nicht fliehen, den Angreifer nicht sehen; kannst dich nicht verteidigen und zurückschlagen, du mußt gehen und stößt dich an den Wänden. Mit der Kapuze nehmen sie dir das Gesicht, die Persönlichkeit weg. Wenn sie dich nackt ausziehen, geschieht das gleiche.“*⁵

Zudem bekommt der Gefangene kontinuierlich von den Folterern als einzige Informationsquelle falsche Informationen mitgeteilt,

1 Vgl. Chester 1990, S. 166

2 Vgl. Barudy 1993, S. 26 f.

3 Vgl. Basoglu/Mineka 1992, S. 204

4 Vgl. Barudy 1993, S. 27

5 Amati, zit. nach Engbers 1991, S. 9

beispielsweise, daß gewisse Körperfunktionen für immer zerstört sind, daß er niemals wieder ein normales Sexualleben führen wird, daß seine Kinder, wenn er überhaupt welche zeugen kann, behindert sein werden oder daß die Schreie aus der Nachbarzelle von seinen Angehörigen stammen.¹

Dieses chronisch hohe Maß an Unsicherheit, Unkontrollierbarkeit und Unvorhersehbarkeit induziert starke Angst; das Leiden des Opfers ist wesentlich größer, als wenn es sich mit einer zwar unkontrollierbaren, aber dafür vorhersagbaren Situation konfrontiert sähe, beispielsweise seiner Erschießung am nächsten Tag.² Das psychische Trauma beim Erwachsenen wird nach KRYSTAL durch das Vorhandensein und die Wahrnehmung einer unausweichlichen Gefahr bestimmt. Der Gefühlszustand, der auf vermeidbare Gefahr mit Signal-Angst reagiert, verwandelt sich in ein Reaktionsmuster der Selbstpreisgabe, das völlig identisch ist mit dem im ganzen Tierreich vorkommenden „Erstarren“ oder „Totstellreflex“.³

Folter beinhaltet oft den Aspekt den Irrealen. Die Furcht des Opfers vor Halluzinationen oder davor, verrückt zu werden, wird von den Folterern gezielt ausgenutzt. Beispielsweise wird ein Gefangener gefragt: „Warum hast du gelacht?“ oder „Warum rufst du ständig diese Namen?“, wenn kein Lachen und kein Wort geäußert wurde. Das Gefühl von Unwirklichkeit wird verstärkt, indem Handlungen vollzogen werden, die niemand von einem „normalen“ Menschen erwarten würde, oder indem die äußeren Umstände der Sitzung realitätsentfremdet werden.⁴ Ein Folterüberlebender beispielsweise gab an, daß, während er an einem Arm und einem Bein aufgehängt in der Luft „schwebte“, einige Frauen in den Raum kamen, sich jeglicher Kleidung entledigten und eine sich rittlings auf seinen Körper setzte und zu schaukeln begann: „*We were floating in the air, suspended by one arm and one foot. Some women entered the room, took off all their clothes and one sat astride my body and started to use me as a swing.*“⁵

1 Vgl. Vesti/Somnier/Kastrup 1992, S. 19

2 Vgl. Basoglu/Mineka 1992, S. 204 f.

3 Vgl. Krystal 1991, S. 242

4 Vgl. Vesti/Somnier/Kastrup 1992, S. 19

5 Zit. nach Vesti/Somnier/Kastrup 1992, S. 22

Eine Methode, die das Opfer in tiefe Gewissenskonflikte stürzt, die langfristig in den Verlust jeglicher Überzeugungen, Prinzipien und ethischen Bewußtseins führen können¹, ist die Konfrontation mit einer unmöglichen Wahl („impossible choice“). Dem Gefangenen wird angedroht, daß nahe Verwandte von ihm gefangengenommen und vor seinen Augen vergewaltigt und gefoltert werden, wenn er sich weigert zu kooperieren. Wenn er spricht, rettet er zwar sich selbst und seine Angehörigen, muß aber Informationen preisgeben, die zur Verhaftung, Folter, gar zum Tode seiner politischen Freunde führen.² Er muß sich quasi zwischen seiner physischen und moralischen Integrität entscheiden. Eine andere Möglichkeit besteht darin, ihn vor die Wahl zu stellen, entweder seine Familienangehörigen oder seine Freunde festnehmen zu lassen.³

Nach DHAWANS Ansicht ist eine erste Reaktion auf unerwartete Ereignisse häufig ein Schockzustand, der dominiert ist von Gefühlen der Kontrolllosigkeit.⁴ Die Gefühle des Kontrollverlustes bleiben auch während der übrigen Zeit bestehen. Der Schockzustand aber wird abgelöst durch einen Zustand der Ekstase, im Sinne von außerhalb von sich stehen, dessen Erleben einem Überflutetwerden von das rationale Verstehen übersteigenden Gefühlen wie Angst, Verzweiflung, Trauer, Wut und Rachegefühlen gleicht.⁵ *„Das Individuum wird in ein anderes Land, in Grenzbereiche befördert ... Vor diesem Hintergrund kann das Erleben nach traumatischen Ereignissen als Erleben anderer Dimensionen der Wirklichkeit verstanden werden.“*⁶ Ebenso kann aber anstelle des Überflutetwerdens von Gefühlen ein völliges Abgetrenntsein von allen Emotionen auftreten.⁷

MOLLICA ist der Meinung, daß Folter den Verlust zweier universeller psychischer Dimensionen bedingt: zum einen den Kontrollverlust und zum anderen „losing the world“. Durch den totalen Verlust der Kontrolle sieht sich das Individuum nur noch als Teil der Geschichte

1 Vgl. Bøjholm 1991, S. 296

2 Vgl. Basoglu/Mineka 1992, S. 205

3 Vgl. Vesti/Somnier/Kastrup 1992, S. 19

4 Vgl. Dhawan 1993, S. 21 und 24

5 Vgl. Dhawan 1993, S. 9 und 15

6 Dhawan 1993, S. 15

7 Vgl. ebenda, S. 9

eines anderen. Unter „losing the world“ versteht MOLLICA den totalen subjektiven Verlust der eigenen Realität.¹

Die Erfahrung von Folter lässt nach EITINGER nur drei Wahlmöglichkeiten zu: Selbstmord, Krankheit oder Anpassung.² Für ERIKSON lautet die einzige Alternative: Integration oder Verzweiflung.³ Diese beiden Meinungen sind meiner Ansicht aber deckungsgleich, denn das Opfer - vorausgesetzt, es überlebt - ist gezwungen, sich anzupassen, was einen ersten Schritt in Richtung einer späteren Integration der Erlebnisse darstellen kann. Die zweite Möglichkeit besteht darin, sich in körperliche Beschwerden und Schmerzzustände zu „flüchten“, Krankheiten, die EITINGER als „Krankheiten der Verzweiflung“ bezeichnete.⁴

1.4.1 Die Beziehung zwischen Folterern und Gefolterten

“Torture frequently involves an intimate and intense relationship between an individual and one or several others. The body and mind of the victim are a focus for concentrated attention.”⁵

Die Beziehung zwischen dem Folterer und seinem Opfer ist gekennzeichnet durch absolute Macht auf seiten des Folterers und totale Ohnmacht auf seiten des Opfers. In der Foldersituation werden die Folterer als unbestrittene Herrscher über Leben und Tod wahrgenommen. Sie entscheiden über das Schicksal des Opfers, sowohl in physischer als auch in psychischer Hinsicht. *„They ... want to create effects of physical and psychological impotence in the victim. They present themselves as the absolute owners of the destinies of both their lives and integrities.”⁶*

AMATI sieht den Folterer als eine Person, die am Gefolterten handelt, die in einer asymmetrischen Machtposition den Willen und die Entscheidungsfähigkeit des anderen sowie die Selbstdefinition des

1 Vgl. Mollica 1988, S. 307

2 Vgl. Bøjholm 1991, S. 297

3 Vgl. Krystal 1991, S. 245

4 Vgl. Eitinger 1991, S. 10

5 Schlapobersky/Bamber 1988, S. 207

6 Kordon et al. 1988, S. 102

Opfers mißbraucht und raubt.¹ Das Opfer erlebt sich selbst als machtlos und wertlos angesichts der eigenen offensichtlichen Unfähigkeit, Unheil von sich und anderen fernzuhalten. Es ist dem Folterer auf Gedeih und Verderb ausgeliefert.²

Die Folterer legen besonderen Wert darauf, daß das Opfer die physischen Konsequenzen der Folter sowohl am eigenen Körper als auch an geliebten Personen oder anderen Mitgefangenen „sieht“, um einen Zustand der Verzweiflung und des Mit-Leidens zu erzeugen.³ Durch Drohungen, Bluffs und Suggestionen wird jeder noch so kleine Rest von Hoffnung oder Selbstsicherheit zu zerstören versucht. Dem Opfer wird suggeriert, es sei vollkommen alleine, niemand wird ihm helfen, und es wird niemals lebend diesen Ort verlassen: sein Tod wird für alle Welt wie Selbstmord aussehen etc.⁴

Durch die real vorhandene und psychisch empfundene Isolation wird die Kluft zwischen den machtvollen Autoritäten auf der einen Seite und den hilflosen Individuen auf der anderen Seite unüberwindbar. Die Wahrnehmung von menschlichen Ähnlichkeiten zwischen beiden Seiten wird so ausgeschlossen.⁵ Das Folteropfer, das nicht einmal mehr in der Lage ist, seinen Körper und seinen Geist zu kontrollieren, wird in den Augen der Folterer zur „Unperson“, zu einem Objekt. Das ermöglicht den Folterern, das Opfer, für das sie nur noch Abscheu empfinden, frei von jeglichen Schuldgefühlen zu mißhandeln und zu quälen.⁶ Die Entmenschlichung des Opfers trägt wesentlich dazu bei, daß der Folterer keinerlei menschliche Regungen bezüglich des nicht mehr als Mensch wahrgenommenen Opfers verspürt.

Die Folterer, denen während ihrer Ausbildung von Anfang an „eingeleut“ wird, daß ihre späteren Opfer „Untermenschen“ und Staatsfeinde sind⁷, identifizieren sich mit ihrer Rolle als „Verteidiger des Staates“ so weit, daß sie ihr Opfer gleichzeitig als ihren persönlichen Feind empfinden. BAKHTIAR führt dazu weiter aus, „*daß das Ausgeliefertsein des als Feind empfundenen Verfolgten dem*

1 Vgl. Amati 1993, S. 101

2 Vgl. Vesti/Somnier/Kastrup 1992, S. 20

3 Vgl. Kordon et al. 1992, S. 441

4 Vgl. Basoglu/Mineka 1992, S. 202

5 Vgl. ebenda

6 Vgl. Vesti/Somnier/Kastrup 1992, S. 20

7 Vgl. Haritos-Fatouros 1991, S. 85 f.

*Folterer gegenüber den ersten Anstoß zur Anregung seiner sadistischen Impulse darstellt.*¹ Die Wahrnehmung des Opfers als Feind und die Aberkennung menschlicher Eigenschaften intensivieren den Haß und die Abscheu des Folterers gegenüber dem Opfer und fördern aggressives Verhalten.² Die Kategorisierung der Opfer als Untermenschen wird als politischer Vorwand genutzt, um einerseits sinnliche Lüste auszuleben³ und andererseits das Morden, Verstümmeln oder Quälen der nicht lebenswerten „Objekte“ zu rechtfertigen.⁴

Erstaunlich ist meiner Ansicht nach die Tatsache, daß die Gefangenen nicht den Folterern gegenüber die meisten Aggressionen hegen, die sie am brutalsten gequält haben, sondern im Gegenteil denen gegenüber, die weniger brutale Handlungen ausführten, wie z.B. Ohrfeigen, Treten oder Beschimpfen. BETTELHEIM erklärt dieses Phänomen damit, daß Gefangene besonders sensibel auf Strafen reagieren, die denen ähneln, die Eltern ihren Kindern zuteil werden lassen könnten. Ein Kind zu bestrafen befände sich durchaus im Rahmen ihres Verständnisses als Erwachsener; wie ein Kind bestraft zu werden hingegen, würde diesen Rahmen sprengen.⁵ *„Eine Situation ..., in der der Folterer es erreicht, eine Art kindlicher Abhängigkeit zu reproduzieren. Dieser Zustand versetzt das Opfer in einen hilflosen und ohnmächtigen Zustand, dem eines ‚Säuglings zu seiner Mutter‘.*⁶ Das führt dazu, daß das Opfer nicht wie ein Erwachsener reagiert, sondern in einer sehr kindlichen Art und Weise: mit Verlegenheit und Scham, mit gewalttätigen, ohnmächtigen und unkontrollierbaren Emotionen, die nicht gegen das verantwortliche System gerichtet sind, sondern gegen die Person, die die Bestrafung ausgeführt hat.⁷

Mit anderen Worten ruft die Methode, einen Gefangenen wie ein Kind zu behandeln bzw. zu bestrafen, in ihm die Reaktivierung kind-

1 Bakhtiar 1992, S. 13

2 Vgl. Basoglu/Mineka 1992, S. 202

3 Vgl. Agger/Jensen 1990 a, S. 56

4 Vgl. Vesti/Somnier/Kastrup 1992, S. 20

5 Vgl. Bettelheim 1979, S. 66

6 Barudy 1993, S. 36

7 Vgl. Bettelheim 1979, S. 66 f.

licher Verhaltensmuster hervor.¹ Einen weiteren Erklärungsansatz sieht BETTELHEIM darin, daß eine sehr harte, brutale Behandlung und ein daraus resultierender sehr hoher Grad des Leidens es dem Gefangenen ermöglicht, sich in die Rolle eines Märtyrers zu flüchten. „If the suffering is great, one felt more or less like a martyr suffering for a cause, and the martyr is not supposed to resent his martyrdom.“²

Hervorgerufen durch Schmerzen, Krankheit, Erschöpfung und Hunger befinden sich die Opfer in einem Zustand von Schwäche. Ebenso entwickeln sie durch die kontinuierliche Unsicherheit und die Androhung von Tod, Schmerzen oder Nicht-Freilassung einen Zustand chronischer Angst³, was in vielen Fällen zu extrem unterwürfigem Verhalten und Abhängigkeit von den Folterern führen kann.⁴ MILLER erklärt dies damit, daß die Folterer die einzigen sind, in deren Macht es steht, die Leiden des Opfers zu mildern; daher entwickeln Gefangene oft - in der Hoffnung auf Erleichterung - ein Abhängigkeitsverhältnis zu ihren Peinigern.⁵

SAPORTA und VAN DER KOLK sind anderer Meinung: Sie machen den starken Wunsch nach Aufrechterhaltung zwischenmenschlicher Bindungen für die Bildung von Abhängigkeit von den Folterern - als einzig verfügbarer Quelle - verantwortlich. Um die Illusion von Sicherheit und die Hoffnung auf die Existenz eines Beschützers aufrechterhalten zu können, beschränkt sich das Leben des Gefangenen darauf, seine Peiniger versöhnlich zu stimmen und eine Art Beziehung zu ihnen aufzubauen.⁶ *“One of the most pernicious effects of torture is that in their attempt to maintain attachment bonds, victims turn to the nearest source of hope ... Under situations of sensory and emotional deprivation they may develop strong emotional ties to their tormentors.”*⁷

Wenn diese Bindungen so weit gehen, daß sie die Form von Bewunderung, Respekt oder Verhaltensimitation annehmen, spricht

1 Vgl. auch 1.5.2

2 Bettelheim 1979, S. 67

3 Vgl. Miller 1992, S. 114

4 Vgl. Basoglu/Mineka 1992, S. 208

5 Vgl. Miller 1992, S. 114

6 Vgl. Saporta/van der Kolk 1992, S. 154 f.

7 Ebenda, S. 154

man von dem „Stockholm Syndrom“ oder der „Identifikation mit dem Aggressor“¹, ein Aspekt, auf den an anderer Stelle noch näher eingegangen wird.²

Nach AMATI kann die Erfahrung von Folter für das Individuum dazu führen, daß seine Objekte und Zugehörigkeiten in seiner Innenwelt verschoben, sabotiert und gefälscht worden sind und sich als Folge außerhalb seiner Reichweite befinden. Der Folterer hält die Innenwelt des Opfers besetzt. *„Wie ein Usurpator hat er den Ort der fundamentalen Objekte besetzt, hat er sich an der Stelle der rettenden Mutter, des beschützenden Vaters, des Spenders von Leben und Tod, von Absolution und Richtungsweisung aufgerichtet.“*³

1.4.2 Die Zerstörung der Illusion von Sicherheit

Eine Annahme von Sicherheit ist die Grundlage aller Verhaltensmuster, nur dadurch ist ein normales „Funktionieren“ möglich. *„An assumption of safety is the basis of all our behaviour patterns, including some of the most important personality traits. This (illusory) sense of security permits normal functioning.“*⁴

Auch DHAWAN ist der Ansicht, daß jeder Mensch mit einer stillschweigenden Sicherheit lebt, daß sein gewohntes Leben weiter bestehen bleibt.⁵ Durch unerwartete traumatische Ereignisse wird dieser tief verankerte Glaube ins Wanken gebracht, wenn nicht ganz zerstört. Durch Inhaftierung und Folter beispielsweise wird ein Individuum abrupt aus seinem Lebensgefüge und sozialen Kontext herausgerissen, nichts ist mehr wie vorher. Die Grundannahme von Sicherheit wird dadurch so maßgeblich beeinträchtigt, daß das Individuum glaubt, nur ein „cataclysmic event“, ein „sintflutartiges Ereignis“, könne seine Situation zum Besseren hin verändern.⁶

1 Vgl. Vesti/Somnier/Kastrup 1992, S. 25; vgl. Melamed/Melamed/Bouhoutsos 1990, S. 18

2 Vgl. auch 1.5.4

3 Amati 1993, S. 101

4 Krystal 1984, S. 15

5 Vgl. Dhawan 1993, S. 4

6 Vgl. Bettelheim 1979, S. 68

Die Illusion von Sicherheit muß nicht immer nur allgemeiner Natur sein, sie kann sich auch konkret auf andere Personen beziehen. So haben beispielsweise Frauen aus „traditionellen“ Kulturen, die aufgrund politischer Aktivitäten männlicher Familienmitglieder vergewaltigt oder inhaftiert wurden, die Illusion verloren, von den Männern ihrer nächsten Umgebung geschützt zu werden.¹

Nach AMATI ist der Mensch zum Zeitpunkt seiner Geburt absolut dazu gezwungen, sich an die Gegebenheiten anzupassen, da er sich in einer totalen Abhängigkeit von der Außenwelt befindet. Er bildet sozusagen eine Einheit mit seinem Umfeld. Durch eine ausreichend gute und wohlmeinende menschliche Umgebung kann er die grundlegende Sicherheit, die Voraussetzung zum Entstehen von Vertrauen, erwerben und durch ein komplexes Spiel von Identifikationen seine Persönlichkeit herausbilden. Im Unbewußten wird jedoch immer ein Residuum dieser primären Unterscheidungslosigkeit verbleiben; auf dieser Ebene wird der Mensch immer darauf beschränkt sein, seine Sicherheit in der Außenwelt zu finden. Eine solche unbewußte Abhängigkeit jedoch macht den Menschen verletzlich und manipulierbar.²

Diese Suche nach Sicherheit in der Außenwelt macht sich die Folter zunutze. Wie schon im vorangegangenen Punkt beschrieben, entwickeln einige Opfer Abhängigkeiten oder emotionale Bindungen gegenüber ihren Folterern, was sie in besonderem Maße manipulierbar und verletzlich macht; manipulierbar bis zu dem Punkt, daß sie ihre Persönlichkeit vollkommen aufgeben und vorbehaltlos die Ideologie der Folterer annehmen.³

Opfer von organisierter Gewalt haben eine Erfahrung durchlebt, von der sie - vielleicht sogar, obwohl sie sich ihres Risikos bewußt waren - nie vermutet hätten, daß sie sie selbst betreffen könnte. Sie haben im Angesicht tödlicher Gefahr gestanden, was ihre „Weltsicht“ völlig verändert hat. Sie erleben die Welt als bedrohlich und tendie-

1 Vgl. van der Veer 1992, S. 236
2 Vgl. Amati 1993, S. 93 f.
3 Vgl. Vesti/Somnier/Kastrup 1992, S. 25

ren dazu, neutrale Dinge als herannahende Gefahr zu interpretieren¹, da sie ein neuerliches Trauma geradezu erwarten.²

“Once the feeling of security has been destroyed, there is an expectation of states of distress. Thus, the fear of recurrence is now known to be one of the regular aftereffects of disaster.”³

OCHBERG hebt hervor, daß es allen Menschen, obwohl sie sich alle derselben Tatsachen bewußt sind, durch einen „beneficent veil of denial“, einen „gütigen Schleier der Leugnung“, ermöglicht wird, ohne eine klare Vision ihres eigenen Todes zu leben. Menschen, die mit dem Tod konfrontiert waren, haben diesen „Schleier“ verloren.⁴ Sie erfahren nach LIFTON „death imprint“, die Vision von Tod und Zerstörung; Bilder und Gedanken, die assoziiert sind mit einer übermächtigen Angst, „death anxiety“.⁵

1.4.3 Der Verlust emotionaler Bindungen und des Vertrauens

Menschen sind darauf angewiesen, Beziehungen zu anderen Menschen aufzubauen. Für Kinder sind stabile und „ausreichend gute“ Beziehungen zu den Menschen ihrer nächsten Umgebung im Prozeß des Reifens und der Persönlichkeitsentwicklung von größter Wichtigkeit.⁶ Aber auch beim Erwachsenen besteht eine Abhängigkeit von sozialer Unterstützung fort. Diese zwischenmenschlichen Beziehungen sind wichtig, um dem Leben mit allen seinen Unwägbarkeiten einen Sinn zuschreiben zu können; ebenso dienen sie zum Erhalt eines Gefühls von Sicherheit, Macht und Kontrolle.⁷

“Offensichtlich ist der Mensch in der Lage, mit angstproduzierenden Belastungs- und Bedrohungssituationen umzugehen, ohne im krankmachenden Sinne traumatisiert zu werden, solange Belastungen und Bedrohungen in den Bereich der normalen Lebensführung eingebettet

1 Vgl. van der Veer 1992, S. 73

2 Brett/Ostroff 1985, S. 419

3 Krystal 1984, S. 17

4 Vgl. Ochberg 1988, S. 13

5 Vgl. Brett/Ostroff 1985, S. 419

6 Vgl. Amati 1993, S. 94

7 Vgl. Saporta/van der Kolk 1992, S. 153

sind, nicht jedoch, wenn sie weit außerhalb der Alltagserfahrung liegen.“¹

Die plötzliche Verhaftung jedoch zwingt den Betroffenen eine drastische und äußerst schmerzvolle Veränderung ihrer gesamten Lebenssituation auf. „Durch Isolation, Desinformation und große Unvertrautheit der Umwelt beginnt eine Vielzahl von Identifizierungen und Bindungen, die gewöhnlich jeder Mensch in seiner Umwelt und Umgebung bildet, zu brechen.“² Befände sich der Gefangene zumindest in Gesellschaft mit anderen Gefangenen, könnte er durch das Sprechen über seine Erlebnisse, Gedanken und Gefühle, durch den Gedankenaustausch mit anderen einen Teil seiner Spannungen abbauen. Seine einzige Kontaktperson ist jedoch der Folterer, und die einzig erlaubte Form der Kommunikation ist das Geständnis.³

Dieser Bruch emotionaler Bindungen findet zunächst auf rein physischer Ebene statt, hervorgerufen durch die räumliche Trennung von nahestehenden Personen. Während der Haft lebt der Gefangene mit der ständigen Drohung, daß seine Familienangehörigen oder Freunde ebenfalls gefangenegenommen oder ermordet werden.⁴ In vielen Fällen bleibt es nicht bei der Drohung, sondern nahestehende Personen werden tatsächlich festgenommen und gefoltert.⁵ Es ist niemand da, der dem Opfer bei der Strukturierung und Verarbeitung seines inneren Gefühlschaos helfen könnte⁶; darüber hinaus sind die Personen, die es könnten, durch seine Aktivitäten vielleicht selbst in Gefahr.

Eine mögliche Reaktion darauf kann BETTELHEIMS Meinung nach sein, daß der Gefangene - aufgrund ihrer vermeintlichen Gleichgültigkeit - einen Haß auf alle Menschen außerhalb des Gefängnisses entwickelt, was die eigene Familie mit einschließen kann.⁷ Ebenso ist es möglich, daß er seinen Familienangehörigen gegenüber völlig gleichgültig wird; ein Schutzmechanismus, um sich vor

1 Wicker 1991, S. 51

2 Bakhtiar 1992, S. 17

3 Vgl. amnesty international 1975, S. 50 und 53

4 Vgl. Saporta/van der Kolk 1992, S. 154

5 Vgl. Wieschhues 1986, S. 7

6 Vgl. Saporta/van der Kolk 1992, S. 154

7 Vgl. Bettelheim 1979, S. 74

den allzu starken und schmerzhaften Emotionen, die eine enge Bindung an diese Personen mit sich bringen würde, zu schützen.¹

Nach Ansicht von ADAM tragen auch Schuld- und Schamgefühle des Opfers dazu bei, soziale Bindungen zerbrechen zu lassen.² Durch Inhaftierung und Folter kann also in nicht wenigen Fällen sogar das psychische Erleben des Opfers so stark beeinflusst werden, daß selbst die in vielen Kulturen tief verwurzelten Bindungen und Verpflichtungen gegenüber dem Familiensystem aufbrechen. Folter erreicht damit nicht nur die physische Trennung von nahestehenden Personen, sondern darüber hinaus oftmals auch die emotionale.

Der Verlust von Bindungen muß sich allerdings nicht immer nur auf konkrete Personen des persönlichen Umfeldes beziehen. Jedes Individuum, unabhängig von seiner bewußten Einstellung zu dem regierenden System des betreffenden Landes, sehnt sich danach oder hofft unbewußt darauf, daß die Regierung elterliche Qualitäten wie die Bereitstellung von Schutz und Sicherheit verkörpert. Der Verrat an diesen Erwartungen kann daher ebenfalls als Verlust einer wichtigen Bindung angesehen werden.³

Das größte Trauma für die Betroffenen ist nicht in erster Linie die Inhaftierung und Folter mit all ihren Begleiterscheinungen, sondern die Gewißheit, daß diese Greuel das geplante Werk von Menschen sind. Dieses Bewußtsein bedingt einen tiefen und vielleicht unumkehrbaren Verlust der Illusion über die Natur des Menschen.⁴ Durch die Folterer wird das jedem Menschen innewohnende Grundvertrauen, eines der wichtigsten Züge von Menschlichkeit, attackiert und zerstört. *„It is difficult to create confidence in a human relationship when similar human beings have attacked and destroyed one of the essential attributes of humanity, ‘basic confidence’.”*⁵

1 Vgl. Bettelheim 1977, S. 89

2 Vgl. Adam 1993 b, S. 136

3 Vgl. Saporta/van der Kolk 1992, S. 154

4 Vgl. Amati 1993, S. 97

5 Bustos 1990 b, S. 16

1.4.4 Die erlernte Hilflosigkeit

Es existieren zwei Modelle zum Verständnis der erlernten Hilflosigkeit („learned helplessness“). Das erste theoretische Modell präsentierte PAVLOW, der in der sogenannten „defensive reaction“ die angeborene reflexartige Antwort auf eine äußere Bedrohung sieht. Nach seiner Meinung würden, nachdem ein Organismus zum wiederholten Male „aversive events“ („widerwärtigen Ereignissen“) ausgesetzt worden ist, mit dem Trauma assoziierte Stimuli ihrerseits in die Lage versetzt, die „defensive reaction“ (Schutzreaktion) im Körper auszulösen.¹ Auf dieses Modell wird hier nicht näher eingegangen, da sich das zweite Modell von SELIGMAN und Kollegen spezieller mit dem Aspekt der erlernten Hilflosigkeit beschäftigt; ein Terminus, der erstmalig von SELIGMAN, OVERMIER und MAIER geprägt wurde.²

Dieses Modell der erlernten Hilflosigkeit basiert auf zwischen 1965 und 1969 durchgeführten Versuchen mit 150 Hunden, die in Käfigen erst ausweichbaren (kontrollierbaren) und anschließend unausweichbaren (unkontrollierbaren) Elektroschocks ausgesetzt wurden. So schuf man eine Situation ähnlich der des psychischen Traumas, in welcher der Organismus schmerzhaften Stimuli ausgesetzt wird, denen er nicht entrinnen kann.³ Der Großteil der traumatisierten Hunde reagierte auf nachfolgende Schocks, im Gegensatz zu ihren nicht traumatisierten Artgenossen, mit Passivität, Motivationsverlust und depressivem Verhalten.⁴

Gemäß SELIGMANS Theorie verfestigt sich nach häufiger Erfahrung mit einer Situation, in der zwischen dem eigenen Verhalten und dem Resultat kein Zusammenhang besteht, auch bei Menschen die Überzeugung, hilflos zu sein. Diese Überzeugung führt zu Verhaltensdefiziten und Depressivität. Da angenommen wird, daß das eigene Verhalten während der traumatischen Situation keinerlei Einfluß auf ihren Ausgang hat, reduziert sich die Motivation, aktiv zu handeln. Ebenso nimmt die Fähigkeit ab zu lernen, daß eigene Handlungen zu den gewünschten Ergebnissen führen können. Das

1 Vgl. Flannery 1987, S. 219

2 Vgl. Basoglu/Mineka 1992, S. 189

3 Vgl. Flannery 1987, S. 219

4 Vgl. van der Veer 1992, S. 62

Resultat sind negative Gefühle wie Angst, Depression und ein Gefühl von „Leere“, ebenso wie Selbstvorwürfe und ein vermindertes Selbstwertgefühl.¹

Die modifizierte Theorie der erlernten Hilflosigkeit nach ABRAMSON, SELIGMAN und TEASDALE² fügt dieser Theorie ein kognitives Element hinzu. Sie geht davon aus, daß Personen, die unkontrollierbaren Situationen ausgesetzt waren, versuchen, diese zu erklären und ihnen einen Sinn zuzuschreiben. Das Individuum kann sich selbst als den Verursacher des Unheils ansehen, was eine interne Attribution wäre. Ebenso kann es in Form einer externen Attribution den Umständen die Schuld zuschreiben. Auch kann es annehmen, daß die eigene Handlungsunfähigkeit auf dieses Ereignis begrenzt war (spezifische Erklärung), oder es kann diese Unfähigkeit auf eine Vielzahl von Situationen verallgemeinern (globale Erklärung). Die Individuen, die dazu tendieren, interne und globale Schuldzuschreibungen für schlechte Ereignisse vorzunehmen, neigen am ehesten zu Depressionen, die verursacht werden und charakterisiert sind durch sowohl Hilflosigkeit als auch Hoffnungslosigkeit.³

1.4.5 Die Zerstörung der Identität

Die Identität entsteht aus der Einmaligkeit des Denkens, Fühlens und Lernens eines Individuums in ständiger Wechselbeziehung mit seiner Umgebung⁴, ebenso wie aus der Gesamtheit seiner Vorstellungen und Gedanken über sich selbst. Sie verleihen ihm das Gefühl seiner Einzigartigkeit und ermöglichen ihm, eine innere Kohäsion aufrechtzuerhalten.⁵ Die Identität ist ein Teil der Persönlichkeit.⁶ Nach ERIKSON verläuft die Entwicklung der Identität entweder in Richtung Integration oder Verzweigung. Die ideologische Überzeugung einer Person hängt eng zusammen mit der Erfahrung von Integration,

1 Vgl. van der Veer 1992, S. 62; vgl. Melamed/Melamed/Bouhoutsos 1990, S. 16

2 Vgl. Miller 1992, S. 116

3 Vgl. Basoglu/Mineka 1992, S. 193 f.; vgl. van der Veer 1992, S. 70; vgl. Flannery 1987, S. 220 f.

4 Nach Staehr 1992

5 Vgl. Kordon et al. 1988, S. 101

6 Vgl. Amati 1993, S. 93 f.

während das Stadium der Verzweiflung gekennzeichnet ist durch „value confusion“, die Verwirrung von Werten und Normen.¹

In ihren Versuchen, die Persönlichkeit und damit die Identität des Opfers zu zerbrechen, konzentrieren sich die Folterer besonders auf zwei der am wichtigsten erachteten Funktionen: die Funktionsfähigkeit des Gehirns und die sexuelle Funktionsfähigkeit.² Methoden der sexuellen Folter³, gepaart mit Spott und herabwürdigenden Bemerkungen, resultieren oftmals in der Zerstörung der sexuellen Identität, was sich in einem Gefühl, „asexuell“ zu sein, äußern kann und eine starke Unsicherheit bezüglich der eigenen sexuellen Neigungen, Vorlieben und Funktionen nach sich zieht.⁴

Die Tatsache, der Folter nicht „standgehalten“ zu haben, d.h. „gestanden“ zu haben, kann für einige Menschen den Verlust der kulturellen Identität bewirken; im Iran beispielsweise ist das Ideal des Widerstandes unter der Folter stark ausgeprägt.⁵ Ebenso große Auswirkungen hat die Folter - insbesondere als erniedrigend empfundene Methoden und Handlungen - auf die Selbstachtung einer Person, die einen grundlegenden Bestandteil ihrer Identität darstellt. Unter Selbstachtung verstehen KORDON und Kollegen die Beziehung zwischen dem Selbst und dem Selbstideal.⁶ Anders ausgedrückt ist der Verlust der Selbstachtung gekennzeichnet durch eine starke Inkongruenz zwischen dem tatsächlichen Verhalten während der traumatischen Situation und einem Verhalten gemäß den eigenen Idealen und Wertvorstellungen.

Durch Folter werden laut ROTH und NEWMAN vier Grundannahmen des Menschen bedroht:

- die Welt ist gütig und freundlich
- die Welt ist vorhersagbar, kontrollierbar und gerecht
- die eigene Person ist wertvoll
- die Mitmenschen sind vertrauenswürdig und gut.⁷

1 Vgl. Agger/Jensen 1990 b, S. 117

2 Vgl. Ortman et al. 1987, S. 163

3 Vgl. dazu 1.3.1

4 Vgl. Lunde/Ortman 1992, S. 314

5 Vgl. Bakhtiar 1992, S. 17

6 Vgl. Kordon et al. 1992, S. 442; vgl. Kordon et al. 1988, S. 103

7 Vgl. Roth/Newman 1991, S. 289

Versuche des Organismus, durch Aktivierung bestimmter Bewältigungsmechanismen wie Dissoziation¹ oder die Verdrängung des Erlebten aus dem Bewußtsein², sich einige dieser Grundannahmen zu bewahren, sind meist ineffektiv. *„Die einzige Verteidigung unter der Folter ist die Stärkung der Defensiv-Mechanismen zum Erhalt der Identität, dies aber erhöht die Inkongruenz zwischen Selbstbild und Erfahrung. Übersteigt die Intensität der Erfahrung die Widerstandskraft, genügen die Defensiv-mechanismen nicht mehr, das Erleben wird von Angst überschwemmt und es kann zum Persönlichkeitsverlust und zur Psychose kommen.“*³

Folter bedingt den totalen Verlust aller Werte, an die man vormals geglaubt hat; alle Überzeugungen, die man früher hatte, haben sich als falsch und nicht haltbar herausgestellt. Die jedem Menschen innewohnenden Grundannahmen, die Welt und die Menschen seien im Grunde gut, haben sich ins Gegenteil verkehrt. Alle Züge, die die Persönlichkeit des Menschen einzigartig gemacht haben, sind verlorengegangen. Der Verlust der Identität wird meiner Meinung nach sehr treffend von KEMP-GENEFKE und VESTI auch als „Tod der Seele“ bezeichnet.⁴

*„Grundvorstellungen menschlichen Zusammenlebens, Freundschaften, Feindschaften, Glaubensvorstellungen und Werte, die dem bisherigen Leben Halt gegeben haben, geraten ins Schwimmen, lösen sich auf, bringen die Opfer in Zustände, die dem Erleben psychotischer, schizophrener Ausnahmezustände nahekommen. Das Ich hat seinen inneren Halt verloren ...“*⁵

Nach RIEKER und CARMEN kann die Einstellung des Opfers zu sich selbst und zu der Welt im allgemeinen nach traumatischen Erlebnissen wie Folter nie wieder die gleiche sein wie vor dem Trauma. Sie muß rekonstruiert werden; ein neues, modifiziertes Werte-System ist erforderlich, um die traumatischen Erfahrungen

1 Vgl. Kordon et al. 1988, S. 101

2 Vgl. Saporta/van der Kolk 1992, S. 152; vgl. auch 2.2.3 und 1.5.1

3 Barudy 1993, S. 28 f.

4 Vgl. Kemp-Genefke/Vesti 1990, S. 4

5 Drees 1991, S. 322

assimilieren zu können.¹ Diese „neue Identität“ allerdings schließt Gefühle, Einstellungen und Wissen, die die frühere Persönlichkeit des Individuums ausgemacht haben, aus. *„The new identity is a mask which dissimulates and removes feelings, ideas, and knowledge which have modelled his personality.“*² Dieser Prozeß des subjektiven Gefühls von Identitätsverlust bzw. die Tatsache, den bisher dem Leben zugeschriebenen Sinn durch einen anderen, befremdlichen zu ersetzen, wird auch als „alienation“ (Entfremdung) bezeichnet.³

1.5 Psychische Bewältigungsmechanismen

Psychische Bewältigungsmechanismen - auch Defensiv- bzw. „coping“-Mechanismen⁴ genannt - dienen, wie schon erläutert, dem Schutz des Egos und der Identität. Diese Streßbewältigungsformen sind nach WICKER die einzig anwendbaren *„zwischen den beiden möglichen extremen Reaktionsformen, dem biologischen und dem psychischen Tod, respektive dem Suizid und der Psychose, ...“*⁵

Die Menschen, die überlebt haben, waren, da sie in dieser äußerst belastenden Situation unter dem Druck von Todesängsten nicht auf vertraute Bezüge zurückgreifen konnten, gezwungen, sich der Situation anzupassen.⁶ Diese Anpassungsleistungen in Form von „coping“-Mechanismen sind im Kampf um den Erhalt der Identität sicherlich sinnvoll. Wenn sie aber über diesen Zeitraum hinaus beibehalten werden, können sie zu Störungen der Persönlichkeitsentwicklung führen. Dies kann beispielsweise geschehen, wenn der Einsatz solcher Mechanismen so exzessiv wird, daß die Beziehung zur Realität verlorengeht; ebenso durch die rigide Verwendung einer bestimmten Bewältigungsstrategie über einen langen Zeitraum, was stereotype Interaktionsmuster bewirkt. Des weiteren können

1 Vgl. Saporta/van der Kolk 1992, S. 152

2 Roche 1988, S. 229

3 Vgl. Dominguez/Weinstein 1987, S. 75

4 Vgl. Barudy 1993, S. 28; vgl. Wicker 1991, S. 42

5 Wicker 1991, S. 42

6 Vgl. Brand/Geisler-Scholl 1989, S. 57; vgl. Bøjholm, 1991, S. 297

Mechanismen, die in früheren Situationen sinnvoll waren, unter anderen Bedingungen inadäquat sein.¹

Im folgenden wird kurz auf einige der Bewältigungsstrategien, die unter der Erfahrung von Folter häufig eingesetzt werden und nach dem Trauma vielfach weiter fortbestehen, eingegangen. Hierbei ist anzumerken, daß zu den „coping“-Mechanismen im engeren Sinne - von SCHUMACHER als adaptive, regressive und progressive Mechanismen bezeichnet² - meiner Ansicht nach nur die Bewußtseinsspaltung, die Regression zu infantilem Verhalten und die Abstumpfung als regressive, die Identifikation mit dem Aggressor als adaptive Strategie und das in Punkt 1.5.5 erwähnte „progressive coping“ zählen.

1.5.1 Bewußtseinsspaltung

Die Bewußtseinsspaltung findet häufig auf einer kognitiv-emotionalen Ebene statt. Das bedeutet, daß zwar minutiöse Details der Folter-situation erinnert werden, nicht aber die damit verbundenen Gefühle, die aus dem Bewußtsein verdrängt wurden.³ Die Verleugnung oder Verdrängung bedingt also eine Einschränkung auf partielle Funktionen der Wahrnehmung.

Ebenso kann die Bewußtseinsspaltung die Form annehmen, daß die Persönlichkeit in zwei voneinander unabhängige Teile gespalten wird: den kühlen Beobachter und das leidende Individuum.⁴ Die Abspaltung von Körper und Geist wird auch als Derealisation, Depersonalisation⁵ oder „detachment“⁶ (Loslösung) bezeichnet. Die Extremform einer Bewußtseinsspaltung bildet die sogenannte „Multiple Persönlichkeit“.⁷

Nach WIESCHHUES führt die während der Folter stattfindende massive Verletzung der persönlichen Grenzen, z.B. der Körpergrenzen,

1 Vgl. van der Veer 1992, S. 41

2 Vgl. Schumacher 1984, S. 129

3 Vgl. Vesti/Somnier/Kastrup 1992, S. 22

4 Nach Aussagen von Vesti, Interview vom 23.02.1994

5 Nach Aussagen von Aycha, Interview vom 08.02.1994; vgl. Vesti/Somnier/Kastrup 1992, S. 22

6 Vgl. Bettelheim 1979, S. 63

7 Vgl. van der Kolk 1987 a, S. 7

unweigerlich zu einer innerpsychischen Verlagerung derselben, d.h., die Gesamtheit des Ichs wird auf die Psyche verlagert.¹ Dieses Phänomen wird meiner Meinung nach gut an folgender Aussage deutlich: „*I knew they were destroying my body, but they couldn't have me.*“²

Die Bewußtseinspaltung in das Individuum und den Beobachter führte nach BETTELHEIMS Ansicht durch die Reduktion von Angst für viele Holocaust-Opfer dazu, glücklicher zu sein als zu jedem anderen Zeitpunkt ihrer Lager-Erfahrung.³ Allerdings bezweifle ich, daß man in diesem Zusammenhang überhaupt von „glücklich sein“ sprechen kann. „*It was again as if what was happening did not 'really' happen to oneself. There was again a split between the 'me' to whom it happened, and the 'me' who really did not care and was just a vaguely interested, but essentially detached, observer. Unfortunate as the situation was, the prisoners felt free from fear and therefore were actually happier than at most other times during their camp-experiences.*“⁴

1.5.2 Regression zu infantilem Verhalten

Regression zu infantilem Verhalten bedeutet die Rückkehr zu früheren Formen des Denkens und Fühlens, einschließlich der eines kleinen Kindes.⁵ Dieser Rückzug auf kindliche Verhaltens- und Denkstrukturen kann sich unter anderem im Verlust des Zeitgefühls, des Lebens in der Gegenwart, der Unfähigkeit, dauerhafte Objektbeziehungen zu entwickeln, und schließlich in depressivem Verhalten zeigen.⁶ Ebenso durch Verzagtheit, ambivalente Gefühle gegenüber der eigenen Familie und durch eine Flucht in Tagträume bei gleichzeitiger Abnahme aktiven Handelns oder auch durch Inkontinenz.⁷

1 Vgl. Wieschhues 1986, S. 26

2 Zit. nach Kordon et al. 1988, S. 101

3 Vgl. Bettelheim 1979, S. 65

4 Ebenda

5 Vgl. Bustos 1990 b, S. 17

6 Vgl. Adam 1993 b, S. 183

7 Vgl. Bettelheim 1979, S. 76; vgl. Bettelheim 1977, S. 84

Darüber hinaus findet die Regression aber auch auf kognitiver Ebene statt, d.h. es werden frühere, primitivere Formen der Informationsverarbeitung reaktiviert, was einen zumindest teilweisen Verlust der für Erwachsene charakteristischen linguistisch geprägten Konzepte mit sich bringt.¹ Regression bedeutet den momentanen oder permanenten Verlust der erworbenen Reife.²

Begünstigt wird die Entwicklung regressiven Verhaltens auch dadurch, daß teilweise von den Folterern Methoden angewandt werden, die - wie schon in Punkt 1.4.1 beschrieben - der Bestrafung eines kleinen Kindes durch einen autoritären Vater ähneln.³ Ebenso sehe ich in der Tatsache, daß den Gefangenen oft der Zugang zu Toiletten und Waschmöglichkeiten verwehrt wird⁴, eine Parallele zu Situationen der frühen Kindheit; der Gefangene ist gezwungen, sich in seiner Zelle zu erleichtern und sich selbst zu beschmutzen. Obwohl die Erfahrung von Folter „allein“ in manchen Fällen schon ausreicht, um regressives Verhalten auszulösen⁵, so tragen doch solche „Begleitumstände“ meiner Ansicht nach sehr stark dazu bei.

1.5.3 Abstumpfung

Je nach Dauer der Inhaftierung und dem Grad der angewandten Grausamkeit nimmt die Hoffnung der Opfer, jemals wieder in die äußere Welt zurückzukehren, allmählich ab. Das kann so weit führen, daß sie, selbst wenn sie befreit würden, bezweifeln, sich jemals wieder an ein Leben „draußen“ gewöhnen zu können.⁶ Das Verhalten der Gefangenen ist gekennzeichnet durch Passivität, Apathie und den Versuch, alles, was um sie herum geschieht, nicht wahrzunehmen.⁷ Weiterhin ist eine Absonderung von den Mithäftlingen und ein Rückzug in das Reich der Phantasie erkennbar.⁸ Die Wahrnehmung von Realität und Emotionen wird stark eingeschränkt,

1 Vgl. Saporta/van der Kolk 1992, S. 166

2 Vgl. Amati 1993, S. 98

3 Vgl. Bettelheim 1979, S. 76

4 Vgl. Jacobsen/Vesti 1992, S. 19

5 Vgl. Bustos 1990b, S. 117

6 Vgl. Bettelheim 1979, S. 68

7 Vgl. van der Veer 1992, S. 46

8 Vgl. Bøjholm 1991, S. 298

mit der Zeit erlischt jegliches Interesse an der Außenwelt, sogar an der eigenen Familie.¹ Außerdem werden Schmerzreaktionen und affektive Äußerungen blockiert.

LIFTON prägte in diesem Zusammenhang den Begriff des „psychic closing off“², des psychischen Abschottens. Erreicht dieser Prozeß des Abschottens sein Maximum, spricht man vom sogenannten „Muselmann-Syndrom“, welches durch an Erstarrung grenzende Apathie gekennzeichnet ist³ und in dessen Verlauf der Tod eintreten kann. *„Der Häftling gibt es auf, zu sehen, zu hören, zu reagieren. Wenn er nicht nur in seinem Handeln, sondern auch in seinen Bewegungen (der Füße und Augen) radikal eingeschränkt worden ist, wird die ganze Bandbreite an Merkmalen - oder, besser gesagt, an nichtvorhandenen Merkmalen - erreicht: das ist dann >Muselmann<-Verhalten par excellence, und der Tod steht unmittelbar bevor.“*⁴

1.5.4 Identifikation mit dem Aggressor

Die Identifikation mit dem Aggressor ist die Extremform einer Anpassungsstrategie mit dem Ziel, die Beziehung zu den Wärtern so gut wie möglich zu gestalten. Sie ist charakterisiert durch unterwürfiges Verhalten; Befehle und Anordnungen werden blindlings befolgt.⁵ Diese Gefangenen schätzen sich glücklich, überhaupt am Leben zu sein⁶, für das „Geschenk“ des Lebens entwickeln sie ihren Peinigern gegenüber eine tiefe Dankbarkeit. Diese positiven Gefühle können ebenso die Form von Leidenschaft und romantischer Liebe annehmen.⁷ *“Victims may identify with the aggressor and victimize others in efforts to combat the helplessness and powerlessness of their position.“*⁸

Die Identifikation der Opfer mit ihren Peinigern beschränkt sich jedoch nicht nur auf das Imitieren aggressiven Verhaltens gegenüber

1 Vgl. Bettelheim 1977, S. 89

2 Vgl. Krystal 1991, S. 243

3 Vgl. Solkoff 1992, S. 139

4 Bettelheim 1977, S. 89

5 Vgl. van der Veer 1992, S. 46; vgl. Bøjholm 1991, S. 298

6 Vgl. Schumacher 1984, S. 131

7 Vgl. Ochberg 1988, S. 9

8 Saporta/van der Kolk 1992, S. 166

den Mitgefangenen zur Bekämpfung der eigenen Hilf- und Machtlosigkeit. BETTELHEIM berichtet von KZ-Opfern, von denen viele vollständig die Nazi-Ideologie übernommen haben und auch in äußerlichen Dingen versuchten, den Wärtern zu ähneln, beispielsweise durch den Versuch, ihre Uniformen so zu ändern, daß sie denen der SS glichen.¹ Die Brutalität der „Behandlung“ ihrer Mitgefangenen überstieg in einigen Fällen sogar die der Folterer; „*the way in which they were sometimes tortured for days by the old prisoners and slowly killed was taken over from the gestapo.*“²

1.5.5 Intellektualisierung

Das intellektuelle Verstehen dessen, was vor sich geht, gilt als reine Selbstschutzmaßnahme; die Intellektualisierung ist jedoch kein „coping“-Mechanismus.³ Die Entwicklung dieses Verhaltens basiert auf rein individuellen Merkmalen, es wurde nicht von den Folterern gefördert oder aufgezwungen. Durch Intellektualisierung schützt das Individuum seine Persönlichkeit vor dem „Auflösen“. Die Beschäftigung mit interessanten Problemen und Phänomenen, der Versuch zu verstehen, was um einen herum passiert⁴, kurz, die konstruktive Nutzung der ja im Übermaße vorhandenen Zeit, trägt nach Meinung von KORDON und Kollegen wesentlich dazu bei, die Selbstachtung und die Selbstsicherheit zu stärken und hilft somit, die Inhaftierung über einen längeren Zeitraum hinweg besser tolerieren und ertragen zu können.⁵

Eine Strategie, die von VAN DER VEER und SCHUMACHER als „progressive coping“ bezeichnet wird, zählt - trotz einiger bestehender Unterschiede bezüglich der Zielsetzung - meiner Meinung nach ebenfalls als eine Form der Intellektualisierung. Beide Strategien beinhalten keinerlei Elemente von Regression oder Verleugnung; beide sind auf die Gegenwart und auf die Zukunft konzentriert. Das Ziel dieser Form der progressiven Bewältigung besteht darin, durch Kenntnis und Kontrolle möglichst aller Zusammenhänge herauf-

1 Vgl. Bettelheim 1979, S. 79

2 Ebenda

3 Vgl. Kordon et al. 1992, S. 444

4 Vgl. Bettelheim 1979, S. 51 f.

5 Vgl. Kordon et al. 1988, S. 105

ziehende Gefahren so früh wie möglich zu erkennen, um Gegenmaßnahmen zu treffen, Chancen zu nutzen etc.¹

„Those who survived by progressive coping tried to analyse their situation, to recognize possible danger before it became reality, to take adequate action to protect themselves from it, to make use of every possibility to improve their situation, ...“²

1.5.6 Verfügbarmachung sozialer Kontakte

In der Situation der Gefangenschaft, die gekennzeichnet ist durch Isolation, Schmerz, den Verlust emotionaler Bindungen und die ständige Konfrontation mit dem eigenen Tod und dem Tod von anderen, werden soziale Kontakte und Unterstützung überlebenswichtig. Die Möglichkeiten dazu sind allerdings sehr begrenzt bzw. fast nicht vorhanden, da die Folterer versuchen, jede erdenkliche Situation, die den Gefangenen Erleichterung verschaffen könnte, unmöglich zu machen.³ Trotzdem werden von den Gefangenen immer wieder Wege gefunden, um miteinander in Kontakt zu treten, sei es durch eine Art „Geheimsprache“⁴, durch das Herausschmuggeln von Mitteilungen über bestochene Wärter, durch verbale oder nonverbale Kommunikation während eines kurzen Aufenthalts auf der Toilette oder durch das Klopfen an die Wand zur Nachbarzelle, um einfach nur mitzuteilen, daß man noch lebt.⁵

“When faced with an external threat, people tend to band together in groups to protect themselves against external enemies.“⁶ Selbst wenn die reale Schutzfunktion der Gruppe illusorisch ist, so vermittelt doch die Tatsache, „im selben Boot zu sitzen“ ein Gefühl von Solidarität und gegenseitiger Hilfsbereitschaft.

Dieses Phänomen, daß jeder in einer Situation der gemeinsamen Bedrohung heroischer fühlt und mehr willens ist, den Mitgefangenen zu helfen, selbst auf das Risiko hin, dafür bestraft zu werden,

1 Vgl. Schumacher 1984, S. 134 f.

2 Van der Veer 1992, S. 46

3 Vgl. Bakhtiar 1992, S. 19

4 Vgl. Miller 1992, S. 115

5 Vgl. Basoglu/Mineka 1992, S. 211

6 Van der Kolk 1987 b, S. 155

beschreibt BETTELHEIM. Anderen zu helfen und von anderen Hilfe zu bekommen, trägt seiner Meinung nach stark dazu bei, nicht aufzugeben und nicht die Hoffnung zu verlieren.¹ Die Erfahrung von Kompetenz als ein Resultat der Notwendigkeit, anderen zu helfen, bezeichnet RACHMANN mit dem Begriff „required helpfulness“ (erforderliche Hilfsbereitschaft).² Selbst wenn die Hilfe nur geringfügig oder symbolisch ist, beispielsweise durch das Abgeben eines Teils des Essens, hat sie doch einen hohen zwischenmenschlichen Wert.³

Sofern die Situation es erlaubt, bilden sich stabile Freundschaften zwischen den Gefangenen heraus, entweder in Form von Paaren oder in Form von Gruppen; sobald jedoch ein Partner getötet oder verletzt wird, wird er schnell durch einen neuen ersetzt.⁴ Allerdings kann der Verlust eines Freundes - und damit der erneute Verlust einer wichtigen Bindung - für viele Menschen auch psychisch überaus belastend sein und den Grad des Leidens potenzieren.⁵ „Through interpersonal bonds these survivors kept alive the essential qualities of human existence: belonging, being useful to others, and sharing a common culture and past.“⁶

1.5.7 Weitere protektive Faktoren

Ein meiner Meinung nach ausschlaggebender Faktor bezüglich der Bewältigung von Folter ist die sogenannte „preparedness“ eines Individuums. Das Bewußtsein eines politisch aktiven Menschen über die Gefahren und eventuelle frühere Erfahrungen mit politischer Repression können ihn zumindest teilweise gegen Folter immunisieren.⁷ Ähnlicher Ansicht ist BRAND, die betonte, daß „Gewerkschafter oder Untergrundkämpfer, die sich ... vorbereitet haben auf die Situation im Gefängnis, ... länger durchhalten konnten, während Leute, Bauern, die einfach verhaftet wurden, weil sie

1 Vgl. Bettelheim 1979, S. 65

2 Vgl. Rachmann 1979, S. 1 ff.

3 Vgl. Solkoff 1992, S. 139

4 Vgl. ebenda; vgl. van der Kolk 1987 b, S. 156

5 Vgl. Melamed/Melamed/Bouhoutsos 1990, S. 19

6 Van der Kolk 1987 b, S. 156

7 Vgl. Basoglu/Mineka 1992, S. 200

verdächtig waren, aber sich noch nie politische Gedanken gemacht hatten, sehr schnell zusammengebrochen sind.“¹

Allein die Tatsache, inhaftiert worden zu sein, kann für politisch bewußte Menschen implizieren, daß sie vom Regime als gefährlich genug erachtet wurden, um „aus dem Verkehr gezogen“ zu werden. Die daraus resultierende Überzeugung, eine politische und/oder gesellschaftliche Bedeutung zu haben, kann dazu beitragen, die Auswirkungen der Traumatisierung zu lindern.²

Des weiteren trägt ein gewisser Grad von erfahrener Vorhersagbarkeit und Kontrollierbarkeit dazu bei, die Foltersituation „unbeschadet“ zu überstehen.³ Ein Mittel zur Etablierung eigener, wenn auch geringfügiger Kontrolle kann die Ablehnung jeglicher Kooperation mit den Folterern sein, beispielsweise indem das Individuum nicht gesteht oder indem es alles daransetzt, vor den Augen der Folterer nicht zu weinen oder andere Zeichen von Schmerz zu zeigen.⁴ Die eigene „Resistenz“ gegenüber der Folter kann ebenso eine Art Vergeltung für das Individuum darstellen, da das so empfundene Versagen des Folterers leicht Prestigeverlust und Verlegenheit gegenüber seinen Kollegen auslösen kann. *„Thus, resisting torture may be an effective way of retaliation when the torturers's failure to break the 'tough nut' is likely to cause embarrassment and loss of prestige among the torturer's colleagues.“⁵*

Als ein weiterer wichtiger protektiver Faktor gilt Humor, meist in Form von Ironie oder schwarzem Humor. Er kann einerseits als Mittel eingesetzt werden, um sich vor der Wahrnehmung zu bedrohlicher Gefühle zu schützen, andererseits kann Humor ein „Ventil“ für angestaute Frustrationen und Aggressionen sein.⁶ Darüber hinaus ermöglicht Humor es dem Individuum, für einen kurzen, aber sehr wichtigen Moment seine Position absoluter Machtlosigkeit zu verlassen. So berichtet VESTI beispielsweise von einem Folterüberlebenden, der es nach schwerer Folter mit „Falanga“ noch

1 Brand, Interview vom 03.02.1994

2 Vgl. Bettelheim 1979, S. 56; vgl. Bøjholm 1991, S. 298

3 Vgl. Basoglu/Mineka 1992, S. 184 f. und 191; vgl. auch 1.4

4 Vgl. Kordon et al. 1992, S. 443

5 Basoglu/Mineka 1992, S. 213

6 Vgl. Merwin/Smith-Kurtz 1988, S. 71 f.

fertigbrachte zu sagen, er glaube, der linke Fuß könnte noch weitere 20 Schläge vertragen.¹

Eigene innere Einstellungen zu Mitgefangenen können nach Meinung von BETTELHEIM bezüglich der Bewältigung des Traumas ebenso von Bedeutung sein. So mögen beispielsweise ehemalige Kriminelle eine innere Freude darüber empfinden, in dieser Situation den gleichen Bedingungen ausgesetzt zu sein wie „höhergestellte“ Personen, beispielsweise Richter oder Rechtsanwälte. Ebenso kann das Gefühl der eigenen Überlegenheit von Mitgliedern der „upper-upper-class“ als Schutz des Egos dienen.² Auch kann sich die Aufrechterhaltung von Hoffnung positiv auswirken, genauso wie die Überzeugung, überleben zu müssen, damit die Welt von den begangenen Greueln erfährt.³

1 Vgl. Vesti/Somnier/Kastrup 1992, S. 23

2 Vgl. Bettelheim 1979, S. 56 ff.

3 Vgl. Solkoff 1992, S. 139

2 *Das psychische Erleben von traumatisierten Flüchtlingen im Exil*

2.1 **Lebensbedingungen im Exil**

Der Ankunft im Exilland gehen für die meisten traumatisierten Flüchtlinge viele schmerzliche Erfahrungen und Entscheidungen voraus. Man benötigt nicht viel Phantasie, um sich vorstellen zu können, was es bedeutet, in umkämpften Gebieten, inmitten rivalisierender und sich gegenseitig bekämpfender Gruppen zu leben, politisch verfolgt zu sein, in ständiger Angst um sich und seine Angehörigen zu leben, sich verstecken oder in den Untergrund „abtauchen“ zu müssen, inhaftiert und gefoltert worden zu sein und als letzten Ausweg oft „Hals über Kopf“ sein Heimatland verlassen zu müssen, vielleicht sogar, ohne die Möglichkeit zum Abschied von seinen Angehörigen zu haben.

Nach einer oft langen und gefährlichen Flucht ist die erste Zeit im Gastland vielfach gekennzeichnet von Erleichterung und Freude darüber, der Bedrohung entronnen zu sein und die Freiheit wiedererlangt zu haben.¹ Diese anfängliche Phase der Euphorie ist jedoch meist nicht von langer Dauer, denn die Lebensumstände in Deutschland setzen die Flüchtlinge neuerlichen Demütigungen und Diskriminierungen aus. Die Unterbringung in Sammelunterkünften z.B. - sofern der Flüchtling nicht das Glück hat, bei bereits in Deutschland lebenden Verwandten oder Freunden unterkommen zu können - stellt eine große Belastung dar; die persönlichen Intim- und Schamgrenzen werden nicht nur im Bereich der sanitären Anlagen ständig verletzt.² Jeder Schritt, den der Flüchtling tut, wird von den anderen Bewohnern beobachtet, eine Privatsphäre ist kaum vorhanden. Menschen unterschiedlichster Kulturen sind gezwungen, auf engstem Raum miteinander zu leben. Die Stadt Bremen bringt die Flüchtlinge

1 Vgl. Barudy 1993, S. 31

2 Vgl. Adam 1993b, S. 144

sogar in Bunkern unter, was ein Leben in fensterlosen Räumen bei kontinuierlich künstlichem Licht bedeutet.¹

Die ohnehin geringen Sozialleistungen werden dank des neuen Asylgesetzes jetzt vielerorts nicht mehr bar ausgezahlt, sondern in Form von Sachleistungen und einem monatlichen „Taschengeld“ von ganzen 80,- DM², was meiner Meinung nach einer Entmündigung der Flüchtlinge gleichkommt. Durch das für die Dauer des Aufenthalts in einer Sammelunterkunft geltende Arbeitsverbot³ wird der Flüchtling dazu gezwungen, untätig „herumzusitzen“. Der Tag wird jeglicher Struktur beraubt und besteht sozusagen nur aus Warten. Des weiteren ist die Aufenthaltsgestattung des Flüchtlings nur auf den Bezirk der Aufnahmeeinrichtung, in der er lebt, beschränkt.⁴ Das bedeutet, daß er den ihm zugewiesenen Bereich nicht ohne weiteres verlassen darf; eine Situation, die eine gravierende Freiheitsbeschränkung darstellt. Weiterhin wird er erkennungsdienstlich behandelt.⁵

All diese Bestimmungen, Beschränkungen und Auflagen, die für einen in Deutschland um Asyl nachsuchenden Menschen gelten, lassen sicherlich für den einen oder anderen Flüchtling Parallelen zu der Situation in seinem Herkunftsland erkennen. VAN DER VEER ist darüber hinaus der Ansicht, daß die Position als Asylbewerber automatisch zu Gefühlen von Machtlosigkeit, Unsicherheit und Angst führt; Gefühle, die den mit der traumatischen Erfahrung assoziierten Gefühlen sehr ähnlich sind.⁶

Hinzu kommt die alles überschattende und immer präsente Angst vor der Zukunft, die lähmende Unsicherheit, ob der Asylantrag anerkannt oder ob man abgeschoben wird und erneut das eigene Leben gefährdet ist. Dieses Warten auf eine von anderen zu treffende Entscheidung bringt den Flüchtling zudem in eine extrem abhängige Position.⁷ *„Es wird von den Flüchtlingen ein Grundvertrauen in den demokratischen Rechtsstaat Deutschland erwartet, selbst dann,*

1 Vgl. Refugio 1993, S. 4

2 Vgl. Der Spiegel Nr. 45, 1993, S. 38

3 Siehe § 61 Asylverfahrensgesetz (AsylVfG)

4 Siehe § 56 (1) AsylVfG

5 Siehe § 16 (1) AsylVfG

6 Vgl. van der Veer 1992, S. 136

7 Vgl. ebenda S. 189

wenn dieser sie in die Bedrohung, aus der sie geflohen sind, zurückschicken will.“¹ Dieses Vertrauen wird im Gegensatz dazu aber meist nicht in die Flüchtlinge gesetzt. Die erste Begegnung ist häufig von Mißtrauen geprägt; Mißtrauen wegen ihres Berichtes und ob sie nicht vielleicht doch „nur Wirtschaftsflüchtlinge“ seien.²

Nach BRANDS Meinung sind die wesentlichen Voraussetzungen für eine Verarbeitung der erlittenen seelischen Verletzungen eine Sicherheit vermittelnde Umwelt sowie stabile zwischenmenschliche Beziehungen³; jedoch „kann die Behandlung der Flüchtlinge an den bundesdeutschen Grenzen, Flughäfen, Ausländerbehörden oder Gerichten nicht dazu dienen, Sicherheit zu vermitteln.“⁴

Auch bezüglich der zwischenmenschlichen Beziehungen können im Exil massive Schwierigkeiten auftreten, selbst für die Flüchtlinge, die mit ihrer Familie fliehen oder sie nachholen konnten. Das Exil stellt die Familienstrukturen auf eine harte Probe. Da die äußeren Bedingungen denkbar schlecht sind, entwickeln sich überzogene Erwartungen an die Familie, gewissermaßen als Form der „Wiedergutmachung“. Als Folge wird jedes Familienmitglied fordernder den anderen gegenüber, ist aber aufgrund der eigenen schlechten Verfassung kaum in der Lage, auf deren Bedürfnisse einzugehen.⁵ Die Flüchtlinge, die ihre Familie zurücklassen mußten, leben im Exil in einem „Vakuum“, isoliert von einem familiären und sozialen Netzwerk; hinzu kommen oft Schuldgefühle gegenüber den Zurückgelassenen.⁶ Diese soziale Isolation, erfahren als Gefühl von Einsamkeit, gilt als ein Faktor, der in direktem Zusammenhang mit dem Auftreten von Selbstmord steht.⁷

Die Lebensumstände in Deutschland sind für einen traumatisierten Flüchtling sicherlich nicht dazu angetan, seine traumatischen Erlebnisse - zusätzlich zu der auch alle anderen Flüchtlinge betreffenden Problematik von Entwurzelung, Isolation und Kulturschock - zu

1 Adam 1993b, S. 146

2 Vgl. Adam 1993b, S. 33

3 Vgl. Brand/Geisler-Scholl 1989, S. 57

4 Adam 1993b, S. 147

5 Vgl. Barudy 1993, S. 33

6 Vgl. van Willigen 1992, S. 289

7 Vgl. van der Veer 1992, S. 191

verarbeiten. Im Gegenteil: „Der hierdurch entstehende Streß verschlimmert ganz offensichtlich die ... Traumatisierung.“¹

Zusätzlich zu den psychischen Auswirkungen des Traumas haben viele auch noch körperliche Folgen zu ertragen. Nach WICKER ist beispielsweise jeder fünfte Folterüberlebende arbeitsunfähig.² ADAM geht sogar, wobei er sich auf eine Studie an KZ-Überlebenden beruft, von 60-70 % aus, die langfristig nicht in der Lage sind, einer geregelten Arbeit nachzugehen.³ Die daraus resultierenden Auswirkungen auf die ökonomische Situation des Flüchtling und seiner Familie führen wiederum zu psychischen Belastungen usw.

Exil bedeutet zwangsläufig für jeden Flüchtling psychischen Streß, jedoch haben Folterüberlebende - durch die Folgen der Traumatisierung - wesentlich größere Schwierigkeiten, mit den Belastungen des Exils umzugehen.⁴ Manche empfinden es sogar als belastender als Gefängnis oder Folter selbst: „For some it is more stressful than torture or prison.“⁵ LAKRACHE geht so weit zu sagen: „Die Verfolgung hört zwar theoretisch auf, sie dauert aber hier fort, ..., in der Form, wie sie hier aufgenommen werden, ... Es ist quasi eine Fortsetzung der Repression mit anderen Mitteln, auch wenn sie hier subtiler, rechtlicher und mit theoretischen und ideologischen Rechtfertigungsmechanismen bestehen.“⁶

2.1.1 Asylrechtliche Aspekte

Flüchtling nach der Genfer Flüchtlingskonvention (GFK) vom 28. Juli 1951 ist jede Person, die „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

1 Barudy 1993, S. 33

2 Vgl. Wicker 1991, S. 46

3 Vgl. Adam 1993b, S. 187

4 Vgl. Bøjholm 1992, S. 300

5 Buus/Agger 1988, S. 15

6 Lakrache, Interview vom 26.01.1994

nehmen kann oder wegen dieser Befürchtungen nicht in Anspruch nehmen will“.¹

Während für die GFK die subjektiv begründete Furcht vor Verfolgung maßgeblich ist, wird ein Flüchtling nach deutschem Recht erst nach einer „objektiven“ Beurteilung, ob in seinem Herkunftsland politische Verfolgung stattfindet, anerkannt.² Durch das am 01.06.1993 in Kraft getretene neue Asylverfahrensgesetz und die damit zusammenhängende Grundgesetzänderung vom 28.06.1993 wird dieses Grundrecht auf politisches Asyl stark eingeschränkt: Es kann sich nicht mehr darauf berufen, wer aus einem „sicheren Drittstaat“ einreist³; Personen, die aus einem „sicheren Herkunftsstaat“ stammen, verfügen nur noch über ein eingeschränktes Recht auf Asyl.⁴ Diese Personen haben zwar immer noch die Möglichkeit, die Vermutung der Nichtverfolgung in ihrem speziellen Einzelfall zu widerlegen, doch geschieht dies in einem verkürzten Verfahren, welches zumindest teilweise die für den Schutz gefährdeter Personen unerläßlichen Garantien vermissen läßt und das Recht abgelehnter Asylbewerber auf Berufung beschneidet.⁵ Es führt in diesem Zusammenhang zu weit, auf alle Veränderungen und zusätzlichen Restriktionen des neuen oder, wie GRAESSNER es formulierte, „nicht mehr vorhandenen Asylrechts“⁶ einzugehen. Daher werde ich mich nur auf einige Aspekte, die für Überlebende organisierter Gewalt von Bedeutung sind, beziehen.

Nach dem sogenannten „non-refoulement“ Prinzip ist es den Unterzeichnerstaaten der GFK, u.a. Deutschland, verboten, einen Flüchtling in ein Land zurückzuweisen, in dem ihm Gefahr für Freiheit oder Leben droht.⁷ Ob dieser Abschiebeschutz jedoch in der Realität immer gewährleistet ist, ist fraglich. Nach einem im März 1993 im STERN erschienenen Artikel beispielsweise verhandelte Bundesaußenminister Manfred Kanther mit der Türkei über ein Abkommen, das garantieren sollte, aus Deutschland abgeschobene

-
- 1 Art. 1 A (2) Genfer Flüchtlingskonvention (GFK)
 - 2 Siehe Art. 16 (2) Grundgesetz (GG) i.d.F. vom 23.05.1949
 - 3 Siehe § 16a (2) GG i.d.F. vom 28.06.1993
 - 4 Siehe § 16a (3) GG i.d.F. vom 28.06.1993
 - 5 Vgl. amnesty international 1994, S. 163
 - 6 Graessner, Interview vom 18.02.1994
 - 7 Vgl. Köpf, 1994, S. 55; s. Art. 33 (1) GFK

Kurden weder zu foltern noch über sie die Todesstrafe zu verhängen.¹ Allein die Bereitschaft, mit der Türkei über einen solchen Vorschlag zu verhandeln, erscheint mir unverantwortlich, denn auch in ihrem neuesten Jahresbericht hat AMNESTY INTERNATIONAL der Türkei wieder schwere Menschenrechtsverletzungen, einschließlich systematischer Folter und „Verschwindenlassen“ von Personen vorgeworfen, die in besonderem Maße die kurdische Bevölkerung treffen.² Nach § 32a AuslG soll Ausländern aus Kriegs- oder Bürgerkriegsgebieten eine vorübergehende Aufenthaltsbefugnis erteilt bzw. verlängert werden; Voraussetzung - für einen länger als 6 Monate geltenden generellen Abschiebestopp³ - ist die Übereinstimmung von Bund und Ländern.⁴ „Daran aber fehlt es. Ob Bosnien, Kurdistan oder Kroatien: Keines dieser Gebiete gilt allen 17 Innenministern zugleich als hinreichend unfriedlich. Daher bleibt der Paragraph wirkungslos.“⁵

Durch das neue Asylverfahrensgesetz wird es den Flüchtlingen fast unmöglich gemacht, überhaupt in die Bundesrepublik einzureisen. Wie eingangs erwähnt, werden alle Flüchtlinge, die aus „sicheren Drittstaaten“ einreisen, sofort wieder abgeschoben.⁶ Da alle Nachbarstaaten der Bundesrepublik Deutschland geschlossen unter die Kategorie sicherer Drittstaaten fallen⁷, bleibt als einzige legale Möglichkeit die Einreise auf dem Luftwege. Diejenigen Flüchtlinge, die aus einem sicheren Herkunftsstaat oder ohne gültige Papiere einreisen, werden auf dem Flughafengelände - die dortigen Transitlager gelten als exterritorialer Bereich⁸ - kaserniert. Vor der Entscheidung über die Einreise wird das Asylverfahren durchgeführt. Wird der Antrag als „offensichtlich unbegründet“ abgelehnt, werden die Flüchtlinge sofort abgeschoben.⁹

1 Vgl. Tillack 1993, S. 210

2 Vgl. amnesty international 1994, S. 566 f. und 269

3 Vgl. Der Spiegel, Nr. 6, 1994, S. 48

4 Siehe § 32a (1) Ausländergesetz (AuslG)

5 Der Spiegel, Nr. 4, 1994, S. 31

6 Vgl. Borchers 1993, S. 122

7 Vgl. amnesty international 1994, S. 163

8 Vgl. Der Spiegel, Nr. 24, 1993, S. 64

9 Siehe § 18a (1) und (2) AsylVfG

Durch diese neuen Regelungen kommen immer mehr Flüchtlinge über die grüne Grenze und/oder verschleiern gegenüber den Behörden ihre Reiseroute. Ebenso stellen sehr viele Flüchtlinge erst gar keinen Asylantrag mehr, sondern leben illegal in Deutschland. Die Folge ist ein Rückgang von Asylbewerbern bei fast gleichbleibender Anzahl von hier lebenden Ausländern, dafür aber eine Zunahme von Schwarzarbeit und Kriminalität.¹

Die Flüchtlinge, die als Überlebende von Folter es soweit „geschafft“ haben, in der Bundesrepublik einen Asylantrag zu stellen, können trotz allem nicht sicher sein, auch anerkannt zu werden. Da die erste Anhörung von Flüchtlingen bereits kurz nach ihrer Ankunft stattfindet, sind sie sicherlich nicht in der psychischen Verfassung, noch dazu vor teilweise nicht qualifizierten Verwaltungsangestellten, ihre Fluchtgründe und -erfahrungen in chronologischer, verständlicher Form darzulegen. *„On arrival in a potential country of asylum, the refugee has to prove his or her credibility with untrained immigration officials who are more concerned with how travel documents were secured than the reasons for taking flight ... Asylum seekers are interviewed, usually immediately on arrival, when they are tired, frightened and often confused.“*²

Hinzu kommt, daß die meisten Asylbewerber die Situation und deren Bedeutung noch nicht richtig einschätzen können. So berichten BRAND und WEIDENHAMMER von einem Asylbewerber, der fragte, ob es besser sei, eine hohe oder niedrige (Warte-) Nummer im Wartesaal zu ziehen.³ Die ohnehin fast unüberwindbar große Schwierigkeit, völlig fremde Menschen in seine traumatischen Erlebnisse einzuweißen, wird für Frauen meist noch größer. Sie sehen sich in den meisten Fällen männlichen Befragern und Dolmetschern gegenüber, was dazu führt, daß viele Frauen aufgrund ihrer Kultur und Erziehung Erfahrungen wie beispielsweise sexuelle Folter nicht äußern.⁴ Wenn ein Flüchtling sich „ein Herz faßt“ und schließlich bei der zweiten Anhörung über seine Foltererfahrungen berichtet, wird

1 Vgl. Borchers 1993, S. 123

2 Baker 1992, S. 93

3 Vgl. Brand/Weidenhammer 1991, S. 6

4 Vgl. Horvath-Lindberg/Movschenson 1988, S. 205

das als „gesteigertes Vorbringen“ gewertet und kann unberücksichtigt bleiben¹, ist somit also nicht asylrelevant.

Weiterhin kommt erschwerend hinzu, daß für die meisten Asylbewerber ein kollektives Denken handlungsbestimmend ist. Daher ist der Anspruch an sie, einen ganz individuell geprägten Verfolgungstatbestand nachzuweisen, oft fremd und nicht nachvollziehbar.² Ebenso gilt es in vielen Kulturen als unhöflich, sehr bestimmt aufzutreten oder gar „officials“ zu widersprechen; in der Situation der Befragung können aus diesen Gründen Informationen zurückgehalten oder nicht richtig dargestellt werden.³

Für viele Flüchtlinge sind, wie DHAWAN sagte, „öffentliche“ Personen wie Rechtsanwälte, Richter, Sachverständige des Bundesamtes etc. generell sehr angstbesetzt, da leicht Parallelen zu Verhörmethoden des Herkunftslandes gezogen werden.⁴ Dieser Aspekt ist der Preisgabe von Informationen ebensowenig zuträglich. Oft besteht auch ein großes Mißtrauen in die Integrität des anwesenden Dolmetschers, was gleichfalls zum Verschweigen wichtiger Informationen führen kann; aus Angst, daß sie weitergeleitet werden und somit Familienangehörige oder Freunde gefährdet werden könnten.⁵

Darüber hinaus leiden viele Folterüberlebende unter Erinnerungsstörungen bezüglich der traumatischen Erlebnisse. Das kann einerseits auf schon beschriebenen „coping“-Mechanismen wie Verdrängung oder Abspaltung⁶ beruhen, andererseits aber auch auf organisch begründbaren Veränderungen oder Schädigungen des Gehirns, wie sie beispielsweise durch Unterernährung, Infektionskrankheiten oder Überhitzung bzw. Unterkühlung entstehen können. Die Gedächtnisfähigkeit steht außerdem in Korrelation zu der allgemeinen physischen und psychischen Verfassung des Flüchtlings.⁷ Die detaillierte Erinnerung an solch schmerzliche Erfahrungen, die viele am liebsten vergessen würden, kann auf der anderen Seite auch retraumatisierend wirken, da das Erinnern nicht Schritt für

1 Vgl. Brand/Weidenhammer 1991, S. 11; s. §§ 25 (3), 36 (4) AsylVfG

2 Vgl. Brand/Weidenhammer 1991, S. 7

3 Vgl. van der Veer 1992, S. 64

4 Nach Aussagen von Dhawan, Interview vom 17.02.1994.

5 Vgl. Brand/Weidenhammer 1991, S. 11

6 Vgl. dazu 2.2.3 und 1.5.1

7 Vgl. Brand/Weidenhammer 1991, S. 14 ff.

Schritt in einem therapeutischen Kontext geschieht. *„Refugees have to relate traumatic events to officials, and in doing so they re-experience them, but in the absence of those conditions which would make this re-experiencing liberating.“*¹

Die Gründe, die einen traumatisierten Flüchtling daran hindern können, in der ersten Anhörung alle seine Fluchtgründe und traumatischen Erfahrungen - und damit die intimsten und als erniedrigend empfundenen Aspekte seines Lebens - ohne Beschönigungen einem Beamten gegenüber offenzulegen, sind vielfältig und müßten nach meinem Verständnis für jeden einsichtig sein. Problematisch daran ist, daß durch ein solches (verständliches) Verhalten des Flüchtlings der Ausgang des Asylverfahrens maßgeblich beeinflusst werden kann. Selbst wenn in der zweiten Anhörung Tatbestände wieder erinnert werden, müssen diese - wie schon erwähnt - nicht mehr berücksichtigt werden - eine Ignoranz ohnegleichen.

Selbst in dem Falle, in dem der Flüchtling alle Tatbestände über seine Fluchtmotivation und die erlittene Folter lückenlos darstellen und nachweisen konnte, bedeutet das nicht zwangsläufig auch seine Anerkennung als Asylberechtigter. Dazu muß erst nachgewiesen werden, daß der Folter auch eine politische Motivation des Staates zugrunde gelegen hat. Die Erfahrung von Folter allein reicht also nicht aus, um in Deutschland Asyl zu erhalten. *„Wenn ein Staat eine bestimmte ethnische oder religiöse Minderheit beziehungsweise Personen mit einer mißliebigen politischen Überzeugung verfolgt, so ist diese Verfolgung nur dann im Sinne des Grundgesetzes relevant, wenn der Staat mit seinen Verfolgungsmaßnahmen auch beabsichtigt, diese Eigenschaften direkt und unmittelbar zu treffen. Wenn er hingegen mit seiner Verfolgung andere Ziele wie zum Beispiel die Aufrechterhaltung von Recht und Ordnung oder den Schutz seines Bestandes zu verwirklichen sucht, so ist diese Verfolgung nach den in der Bundesrepublik geltenden Bestimmungen irrelevant.“*²

Hinzu kommt, daß es in Deutschland anscheinend nicht ausgeschlossen ist, gesetzliche Bestimmungen zu umgehen und Urteile vor dem eigentlichen Prozeß abzufassen. So berichtete DER SPIEGEL, daß der Asylrichter des bayerischen Verwaltungsgerichtes in Ansbach in

1 Van der Veer 1992, S. 27

2 Köffner/Nicolaus, zit. nach Adam 1993b, S. 19

einem Asylrechtsstreit das Urteil schon Tage vor der Urteilsverkündung hatte schriftlich ausfertigen lassen; eine Praxis, die schwer nachzuweisen ist, aber durchaus nicht unüblich zu sein scheint.¹

Der Grundsatz, daß die Zuerkennung politischen Asyls kein „Geschenk“ ist, sondern Teil der Menschenrechte, scheint noch nicht als fester Bestandteil in das allgemeine Gedankengut integriert worden zu sein. *„Unter anderem Blickwinkel gesehen, handelt es sich im Fall der reichen Länder ... auch um einen Akt ausgleichender Gerechtigkeit, in dem Massenemigration in die industrialisierten Länder das Resultat ungerechter Wirtschaftsbeziehungen ist.“*²

2.1.2 Gesellschaftliche Ablehnung

Zusätzlich zu den beschriebenen massiven Schwierigkeiten, Belastungen und Restriktionen, die den Flüchtling im Exil erwarten, wird er mit einem Aspekt konfrontiert, der psychisch besonders schwer zu verkraften ist: der gesellschaftlichen Ablehnung. Für einen Folterüberlebenden ist nach all den erlittenen Demütigungen und Verlusten die ideologische Überzeugung und gesellschaftliche Solidarität von großer Wichtigkeit im Prozeß der Verarbeitung des Traumas. Die meisten Flüchtlinge sehen sich jedoch, sowohl im Exil als auch z.T. im Herkunftsland, einem absoluten Mangel an Solidarität und Unterstützung gegenüber: *„The ideological support so vital in maintaining their sense of control over their lives and the environment they had sacrificed so much to change. Under these circumstances, many find it difficult to give meaning to their traumatic experience. Lack of social support and societal disapproval of the survivor's cause is thought to be an important factor in the high incidence of PTSD.“*³

Die Anerkennung der Leiden der Opfer durch die Gesellschaft und die soziale Rehabilitation sind zentraler Bestandteil einer effektiven Behandlung und somit Voraussetzung zur Integration der traumatischen Erfahrungen.⁴ Nach BOUHOUTSOS' Meinung kann nur die

1 Vgl. Der Spiegel, Nr. 32, 1990, S. 35

2 Barudy 1993, S. 39

3 Basoglu/Mineka 1992, S. 209; vgl. auch 2.4

4 Vgl. Becker 1991, S. 335

gesellschaftliche Würdigung der Überlebenden als „Helden“ ihnen ihren Selbst-Respekt zurückgeben und die erlittenen Erniedrigungen ausgleichen¹; in der Realität jedoch werden sie nicht als Helden geehrt, sondern eher als „Unruhestifter“, „Kriminelle“ oder „Terroristen“ stigmatisiert.² Wenn auch die Preisung als Helden einen Schritt zu weit gehen mag, so bleibt doch die Tatsache bestehen, daß gesellschaftliche Solidarität für die Betroffenen unerlässlich ist. In Deutschland dagegen sehen sie sich in steigendem Maße mit Ausländerfeindlichkeit konfrontiert, die sich im „besten“ Fall durch Ablehnung, im schlimmsten Fall jedoch in blindem Haß und tätlichen Angriffen äußert; ich denke dabei nur an die in den letzten Jahren immer mehr zunehmenden Übergriffe auf Ausländer einschließlich der Brandanschläge auf ihre Wohnheime durch rechtsextremistische Gruppierungen. Neuerdings wird allerdings auch verstärkt von Übergriffen auf Ausländer durch Polizisten, also Vertreter des Staates, berichtet.³ Traumatisierte Flüchtlinge erwarten „von den Europäern Verständnis für ihre Situation. ... Sie erwarten nicht, daß sie im Schlaf lebendig verbrannt werden oder aus einer fahrenden Straßenbahn herausgestoßen werden.“⁴

Darüber hinaus neigt die Gesellschaft dazu, den Opfern selbst die Schuld für erlittenes Unrecht zuzuschreiben.⁵ Das Opfer kann leicht Gegenstand verschiedenster Projektionen werden mit dem Resultat, daß sich die Aggressionen gegen das Opfer und nicht gegen die Verantwortlichen richten. „*The surviving victim becomes the subject of projection of a multitude of sins that we would rather forget and, therefore, much of the aggression tends to turn to the victim rather than the perpetrator in the postdisaster era.*“⁶ Diese ohnehin latent vorhandene „Sündenbockfunktion“ von Minderheiten, in diesem Falle von Ausländern, und die daraus resultierende gesellschaftliche Ablehnung wird maßgeblich durch öffentliche Meinungsmache von Medien und Politikern gefördert und angefacht. In den letzten Jahren wurden verstärkt und ganz bewußt negativ geprägte Begriffe wie

1 Vgl. Bouhoutsos 1990, S. 136

2 Vgl. Basoglu 1992, S. 418

3 Vgl. amnesty international 1994, S. 160 ff.

4 Mehari, nach dem Beitrag von Nuber 1994, S. 43

5 Vgl. Melamed/Melamed/Bouhoutsos 1990, S. 20; vgl. Basoglu 1992, S. 418

6 Krystal 1984, S. 21

„Asylant“, „Scheinasylant“ und „Wirtschaftsschmarotzer“ eingesetzt, oder es wurde von dem „vollen Boot“, das unterzugehen droht, von „Asylantenfluten“, „-schwemmen“ oder „-bedrohungen“ berichtet, genauso wie von dem erreichten „Ende der Fahnenstange“.¹

Ein besonders plastisches Beispiel für die so in der Bevölkerung geschürte Angst und Ablehnung liefert meiner Meinung nach folgender am 07.08.1991 in der BILD erschienene Artikel: *„Stellen Sie sich diesen Fall vor: Ein Mann klingelt bei Ihnen, möchte hereinkommen. Der Mann sagt, daß er mächtige Feinde habe, die ihm ans Leben wollen. Sie gewähren ihm Unterschlupf. Doch schnell stellen Sie fest: Der Mann wurde gar nicht verfolgt, er wollte nur in Ihrem Haus leben. Und: er benimmt sich sehr, sehr schlecht. Schlägt ihre Kinder. Stiehlt Ihr Geld. Putzt sich seine Schuhe an Ihren Gardinen. Sie würden ihn gerne los. Sie werden ihn aber nicht los. Deutsche Asyl-Wirklichkeit 1991. Das Haus ist die Stadt Frankfurt, der Mann ein Jugoslawe, der in der Unterwelt nur 'Cento' genannt wird.“*²

Gerade vor dem Hintergrund des öffentlichen Sprachgebrauches ist es meiner Ansicht nach von besonderer Bedeutung, für diese Menschen eine angemessene und respektvolle Terminologie zu finden. So sollte man beispielsweise anstelle von „Folteropfern“ bzw. im therapeutischen Kontext „Patienten“ - die, wie ich finde, stigmatisierend wirken - eher Begriffe wie „Überlebende von Folter“, „traumatisierte Flüchtlinge“ oder „Klienten“ verwenden.

2.1.3 Entwurzelung und Kulturschock

Die Erfahrung der Entwurzelung, das zwangsweise Verlassen des gewohnten Umfeldes und das Sich-Niederlassen in einer fremden, ungewohnten Umgebung teilen traumatisierte Flüchtlinge zum Teil mit Migranten. Die Tatsache jedoch, daß sie im Gegensatz zu Migranten nicht den Ansatz einer Wahlmöglichkeit hatten, macht einen großen Unterschied, beispielsweise auch bezüglich der Ambitionen, sich anzupassen.³

1 Vgl. Tobiassen 1992, S. 90 ff.

2 Zit. nach Tobiassen 1992, S. 90

3 Vgl. van der Veer 1992, S. 11

Entwurzelung beinhaltet massive Verluste, die Trennung von sozial Bekanntem, die oftmals Gefühle von Entfremdung, Einsamkeit und Leere bewirken.¹ Diese Verluste beziehen sich sowohl auf „externe“ Dinge wie Besitz, Arbeit, Heim, Familie etc., aber ebenso - da das gewohnte Beziehungsnetz, welches das Individuum kontinuierlich in seiner Rolle definiert und bestätigt, nicht mehr vorhanden ist - auf interne, subjektive Dinge wie den Verlust von Vertrauen, Selbstachtung und Identität.² Der Kontext des Exillandes ist neu und unbekannt. Die Notwendigkeit, eine neue Sprache zu erlernen, und die Erfahrung, sich innerhalb einer neuen Kultur mit anderen Wertvorstellungen und Gewohnheiten orientieren zu müssen, können einen traumatisierten Flüchtling leicht aus der Balance werfen.³

*"Durch die unvorbereitete Konfrontation stößt der Flüchtling auf eine neue, für ihn unbekannt Welt, die oft einen Kulturschock erzeugt."*⁴ Dies hat zur Folge, daß im Herkunftsland erworbene Verhaltensweisen, Überzeugungen und Reaktionsformen im geänderten sozialen Kontext weder dieselbe Gültigkeit noch denselben Gebrauchswert haben. Regeln und Codices, die früher den zwischenmenschlichen Beziehungen Sinn gaben, bestehen in dieser Form nicht mehr.⁵ *„Das soziale Feld, das früher als die Quelle möglicher Problemlösungen galt, verwandelt sich selbst in ein Problem.“*⁶

Die eine mögliche Reaktion des Flüchtlings auf die Verunsicherung seiner Persönlichkeit und das Durcheinandergeraten seines Selbstkonzeptes ist die Suche nach einer neuen, überlebensfähigen Identität innerhalb fremder Kulturparameter.⁷ Eine andere Reaktionsform besteht in dem Versuch, durch Leugnung der Realität die „alte“ Identität aufrechtzuerhalten. Dies kann z.B. durch das Ausklammern der Gegenwart geschehen, entweder durch Flucht in die Zukunft oder aber in die (glorifizierte) Vergangenheit.⁸ Die nostalgische Reaktion

1 Vgl. Adam 1993b, S. 164

2 Vgl. Baker 1992, S. 87

3 Vgl. Roche 1988, S. 229

4 Aycha 1993, S. 62

5 Vgl. Barudy 1993, S. 31; vgl. Aguirre 1992, S. 43

6 Aguirre 1992, S. 43

7 Vgl. ebenda, S. 41

8 Vgl. Mehari 1993, S. 126

kann die Form überstarken Beharrens auf Traditionen annehmen¹, sie kann aber auch so weit führen, daß die Verfolgungserfahrung ins Gegenteil verkehrt wird. Das Herkunftsland wird nachträglich idealisiert und mystifiziert bei gleichzeitiger völliger Abwertung des Exillandes, bis hin zum Haß.²

*"Erneut stehen sie in dem Konflikt der Anpassung oder des Widerstandes an ungewollte Gegebenheiten, mit dem Unterschied, daß einerseits eine erneute Flucht nicht möglich ist, andererseits das Bleiben angenehme Seiten haben kann, deren Akzeptanz wiederum Schuld und Scham fördern."*³

2.1.4 Die Unmöglichkeit zu trauern

Wie schon herausgestellt, erfährt jeder traumatisierte Flüchtling im Kontext politischer Repression, organisierter Gewalt und Flucht verschiedenartigste Verluste, sowohl objektiv-materielle als auch subjektiv erlebte. Für die spätere psychische Gesundheit des Individuums ist der Prozeß des Trauerns um diese Verluste von ausschlaggebender Bedeutung. Dieser Trauer-Prozeß kann sich nach BAKER bis zu zwei Jahren erstrecken und beinhaltet Phasen von Schock, Verleugnung, „bargaining“ (handeln, übereinkommen), Zorn, Kummer und schließlich Re-Integration.⁴ Nach Meinung von DHAWAN sind Perioden des Klagens Bestandteile des Trauerns. Klagen gilt als eines der tiefsten Gefühle, jedoch liegen Klagen und Anklagen sehr nahe beieinander.⁵

*"The process of mourning is, in fact, the process of mastering the loss, even if it is only the (temporary) loss of the illusion of invulnerability."*⁶

Trauerarbeit erfordert den Ausdruck von Gefühlen, das Bewußtsein über die Bedeutung des Verlustes, die Wahrnehmung der eigenen ambivalenten Gefühle und schließlich die „Freiheit“, sich an neue

1 Vgl. Adam 1993b, S. 155

2 Vgl. Roche 1988, S. 229

3 Adam 1993b, S. 155

4 Vgl. Baker 1992, S. 88

5 Vgl. Dhawan 1993, S. 35

6 Krystal 1984, S. 12

Personen zu binden oder Ersatzobjekte zu finden.¹ Gerade der Ausdruck von „normalen“ Emotionen wie Kummer oder Zorn war für traumatisierte Flüchtlinge meist nicht möglich, da sie zu einer neuerlichen Gefährdung der Person geführt hätten. Daher ist für viele das „Ersticken“ solcher machtvollen Gefühle selbstverständlich geworden, was einen normalen Trauerprozeß nicht zuläßt.² Außerdem kommt erschwerend hinzu, daß die Flüchtlinge oft nicht wissen, ob die erlittenen Verluste vorübergehend oder endgültig sind. *„Often refugees do not know if their losses are permanent or temporary. They are thus not easy to mourn.“*³

VAN DER VEER hebt hervor, daß traumatische Erlebnisse zu einer Vielzahl persönlicher Probleme führen, in denen unassimilierter Kummer, der das Eingehen neuer Beziehungen verhindert, eine zentrale Rolle spielt.⁴ Der normale Trauerprozeß kann so nicht durchlaufen werden. Für viele Menschen ist eine Fixierung auf *„frozen grief and mourning“*, die „eingefrorenen“ Gefühle, die Folge.⁵ Die für die Trauerarbeit so wichtige Affekttoleranz ist somit nicht vorhanden. *„Schließlich muß bei einem Menschen die Affekttoleranz gut ausgebildet sein, wenn er Trauerarbeit leisten soll, ohne in einen depressiven Zustand ... abzugleiten. In der Tat kann die chronische depressive Verstimmung, in der diese Menschen ... leben, als verhinderte Trauer definiert werden.“*⁶

Auch BAKER ist der Ansicht, daß die verhinderte Trauer sich in zwei typischen Reaktionsformen ausdrückt, entweder in der Fixierung, dem Sich-Nicht-Befreien-Können aus der Kummer- und Zornphase oder aber in chronischer Depressivität und Wut.⁷ Unabhängig davon, welcher Weg „gewählt“ wird, kann keine Erleichterung erfahren werden, da dieses „Feststecken“ die Integration der Verluste und somit auch die Befreiung von ihrer machtvollen Wirkung verhindert.

1 Vgl. Ochberg 1988, S. 10

2 Vgl. Baker 1992, S. 89

3 Melzak/Woodcock 1991

4 Vgl. van der Veer 1992, S. 22

5 Vgl. Danieli 1988, S. 284 f.

6 Krystal 1991, S. 246

7 Vgl. Baker 1992, S. 89

2.2 Langzeitwirkungen organisierter Gewalt

Organisierte Gewalt hinterläßt Spuren an den Opfern. Die psychischen Auswirkungen und Folgeerscheinungen sind vielfältig und zeitresistent. Sie können, wie aus Untersuchungen an ehemaligen KZ-Häftlingen und Vietnam-Veteranen hervorgeht, selbst 20 bis 40 Jahre später noch präsent sein.¹ Wie in Punkt 2.1 bereits diskutiert, stellt auch das Exil an sich einen zusätzlichen Streßfaktor dar, der die erlittene Traumatisierung noch verstärken und maßgeblich zur Symptombildung beitragen oder sie auslösen kann.

Ein Teil der Langzeitsymptome ist auf eine Manifestierung der - bereits beschriebenen - in der traumatischen Situation erworbenen oder angewendeten „coping“-Mechanismen zurückzuführen. *„And the problem is, if the danger is over, the nervous system ... is still in danger. So you have a sort of a situation where certain reactions are fixated. When you come into exile and you are ... still like in an inner deadness, you can't feel anything, your feelings are dissociated, that's not coping, but it was in the traumatic situation. Now in exile those reactions are problematic.“*²

Auch MARCUSSEN ist der Ansicht, daß die psychischen Folgen, so pathologisch sie nachträglich auch erscheinen mögen, in der Vergangenheit hilfreiche, sinnvolle Maßnahmen dargestellt haben und auch so verstanden werden müssen.³ Für BAKHTIAR stellt die Symptombildung einen letzten Ausweg aus einer unerträglichen Realität dar. Jedes Symptom ist ein Kompromiß zwischen der unterdrückenden Realität und der unterdrückten Psyche.⁴

*„Gefolterte zeigen ein multiples Symptombild, das generell zu einer erheblichen Reduktion der Lebensqualität und der Bewältigung von Alltagsschwierigkeiten führt ..., die Belastung ist groß und ein Leben mit normalen sozialen Beziehungen ist fast nicht mehr möglich.“*⁵

DHAWAN betont, daß Traumata nicht Erfahrungen aus der Vergangenheit sind, die man losgelöst und abgekapselt von der Gegenwart bearbeiten kann. Sie beschreibt das Trauma als ein „Gift,

1 Vgl. Keller 1981, S. 65 f.; vgl. Schwartz 1990, S. 222

2 Mathiasen, Interview vom 27.05.1994

3 Vgl. Marcussen 1993, S. 51

4 Vgl. Bakhtiar 1992, S. 20

5 Wicker 1991, S. 44

das im Blut sitzt“¹ und somit zwangsläufig Auswirkungen auf die Psyche des Individuums hat. Jedoch ist es nach VESTIS Meinung nicht ausreichend, sich nur auf die viel diskutierten psychologischen, körperlichen und sozialen durch das Trauma hervorgerufenen Veränderungen zu beschränken, da die Veränderungen auch in vielen anderen Bereichen stattfinden. „*People are changed in many other ways, their concept of normality, their belief in governmental police and perhaps their religion has been changed, he is a different kind of person afterwards.*“²

2.2.1 Schuld und Scham

Es ist ein sehr häufig zu beobachtendes Paradoxon, daß Folterüberlebende trotz objektiver Schuldlosigkeit intensive Schuld- und Schamgefühle über die ihnen angetanen Erniedrigungen empfinden.³ Die Tatsache, daß man selbst überlebt hat, während Freunde und andere Menschen gestorben sind oder getötet wurden, wird oftmals als tiefe „Überlebensschuld“ erlebt.⁴

Das Gefühl von Schuld impliziert das Vorhandensein einer wahrnehmbaren Wahlmöglichkeit. Daher können Schuldgefühle einen Versuch darstellen, die eigene passive Hilflosigkeit während der traumatischen Situation „rückgängig“ zu machen bzw. zu verleugnen.⁵ Ebenso können sie aber als eine Art der Wiedergutmachung für das eigene Verhalten oder die Geständnisse unter der Folter angesehen werden.⁶

Die Schuldproblematik geht vielfach einher „mit einer ausgesprochenen Angst vor Freude und Glück“⁷. Die Vermeidung jeglicher positiver Erlebnisse und Aktivitäten führt zu einer Fixierung auf schmerzhaft Gefühle. Schuld- und Schamgefühle können somit zu einer Quelle unbewußter Befriedigung werden.⁸ Andererseits jedoch

1 Dhawan, Interview vom 17.02.1994

2 Vesti, Interview vom 23.02.1994

3 Vgl. Agger/Jensen 1990b, S. 117 f.

4 Vgl. Bøjholm/Christensen/Genefke 1993, S. 18; vgl. Danieli 1988, S. 288 f.

5 Vgl. Melamed/Melamed/Bouhoutsos 1992, S. 17; vgl. Danieli 1988, S. 289

6 Vgl. Bøjholm 1991, S. 298

7 Krystal 1991, S. 249

8 Vgl. Krystal 1984, S. 15

gelten Schuldgefühle ebenso als ein Ausdruck verspäteter Trauer um geliebte Personen oder aber als Mittel zur Rückgewinnung der Illusion von Moral und Gerechtigkeit.¹

In der Literatur werden Schuld und Scham oft synonym verwendet. Nach AMATI basiert Scham jedoch auf der Erkenntnis, sich an etwas Unakzeptables angepaßt zu haben. Schamgefühle stellen sich über den Gesichtsverlust ein, genauso wie über die eigenen, nicht vorhersehbaren Reaktionen.² Scham ist oft die Folge von während der Folter ständig praktizierten Tabuüberschreitungen.³ Häufig treten Schamgefühle nach sexuellen Folterungen auf, insbesondere wenn rein physiologische Reaktionen wie eine Erektion oder Ejakulation als Zeichen von Lust angesehen werden oder aber tatsächlich Lust empfunden wurde. In diesem Fall erlebt sich der Überlebende als aktiven Teilnehmer an seiner eigenen Demütigung, als seinen eigenen Folterer.⁴

2.2.2 Aggression

Die Tatsache, daß sehr viele Folterüberlebende Schwierigkeiten haben, ihre Aggressionen zu kontrollieren, legt die Vermutung nahe, daß Folter und aggressives Verhalten in direktem Zusammenhang stehen.⁵ Die Wut, die während der traumatischen Situation unterdrückt werden mußte, existiert im Unbewußten weiter und „bricht sich irgendwann Bahn“.⁶ Diese explosive Wut kann sich beispielsweise gegen die eigene Familie richten, gegen die Folterer, das Herkunftsland, das Exilland oder den Therapeuten.⁷ Dieser unkontrollierbare und explosive Charakter der Aggressionen wird meiner Meinung nach sehr gut an folgender Aussage eines Kriegsveteranen deutlich: *„You can never get angry, because there is no way of controlling it. You can never feel just a little bit: it is all or*

1 Vgl. Danieli 1988, S. 289 f.

2 Vgl. Amati 1993, S. 104

3 Vgl. Juhler 1993, S. 46

4 Vgl. van der Veer 1992, S. 226; vgl. Agger/Jensen 1990a, S. 57 f.

5 Vgl. Horvath-Lindberg/Movschenson 1988, S. 199

6 Vgl. Krystal 1984, S. 19

7 Vgl. Mollica 1988, S. 312

nothing. I am constantly and totally preoccupied with not getting out of control.“¹

Andererseits können die Aggressionen jedoch auch gegen die eigene Person gerichtet sein, was sich in Form von autodestruktivem Verhalten wie Drogenmißbrauch oder gar Selbstmord äußern kann.² „Es kann durchaus vorkommen, daß der Überlebende der Folter sich gegen seinen eigenen Körper als der Quelle unerträglicher Schmerzen wendet, die er nicht mehr aushalten kann.“³

Aggressionen wirken „befreiend“, sie haben einen streßreduzierenden Effekt.⁴ Ebenso können sie als ein Weg der Angstbewältigung angesehen werden.⁵ Nach Ansicht von SCHWARTZ sind Aggressionen aber vielfach nichts anderes als eine Transformation von Schuldgefühlen, oder anders ausgedrückt: Aggressionen des Über-Ichs gegen das Ich.⁶ Aggressives Verhalten kann, besonders wenn es sich gegen die eigene Familie richtet, wiederum neue Schuldgefühle auslösen⁷ - ein Teufelskreis.

2.2.3 Wahrnehmungsverweigerung und „emotional numbing“

Kognitive Probleme wie der Verlust des Kurzzeitgedächtnisses oder Konzentrationsstörungen, die bei traumatisierten Flüchtlingen häufig auftreten, können in einigen Fällen die Folge von organischen Schädigungen des Gehirns sein, vielfach sind sie jedoch Auswirkungen des Einsatzes von Verdrängungsmechanismen.⁸ Diese Wahrnehmungsverweigerung in Form von Verdrängen oder Abspalten bedrohlicher Emotionen wird als Überlebensmechanismus in der traumatischen Situation eingesetzt, dauert aber oftmals noch lange hinterher fort.⁹

1 Zit. nach van der Kolk 1987a, S. 8

2 Vgl. Eitinger 1991, S. 10

3 Bøjholm 1991, S. 301

4 Vgl. Basoglu/Mineka 1992, S. 193

5 Vgl. van der Veer 1992, S. 157

6 Vgl. ebenda.

7 Vgl. Krystal, 1984 S. 19

8 Vgl. Chester 1990, S. 166; vgl. Mollica/Caspi-Yavin 1992, S. 258

9 Vgl. dazu 1.5.1

Abspaltung ist die primitivste und einfachste Form, mit schwer-verkraftbaren Ereignissen „fertig zu werden“; die Alternative, das schrittweise Durcharbeiten, ist wesentlich schwieriger.¹ Sobald aber damit begonnen wurde, gewisse Ereignisse oder Gefühle zu verdrängen, werden immer neue Verdrängungen nötig, um die ursprünglichen Verleugnungen aufrechterhalten zu können: *„Ever larger denials and further repression of memories become necessary to keep up the original denials. ... much of their vital energy goes into keeping denial and repression going.“*²

Schmerzliche Erlebnisse oder Gefühle können so weit verdrängt werden, daß sie für das Bewußtsein oft jahre- oder jahrzehntelang nicht zugänglich sind. So berichtet beispielsweise SCHWARTZ von einem Kriegsveteranen, der 20 Jahre lang „vergessen“ hatte, daß er im Kampf versehentlich seinen besten Freund getötet hatte³, oder VAN DER KOLK von einer Überlebenden des „Coconut Grove Fires“, die sich an dieses Ereignis 38 Jahre lang nicht erinnern konnte.⁴

*„Einige Ereignisse müssen ‘vergessen’ werden, sie sind als tiefgreifende Demütigungen eingespeichert, bleiben verbunden mit Wut- und Schuldgefühlen. Sie werden zu einer unbewußten Quelle fortdauernden Leidens.“*⁵ Da solche Ereignisse und die damit verbundenen Gefühle nicht wirklich vergessen, sondern im Unbewußten immer präsent sind, ist die scheinbare „Symptomfreiheit“ und innere Integration einiger Folterüberlebender instabil wie ein Kartenhaus; jeder neuerliche Streß kann sie zum Einstürzen bringen.⁶

Mit der Wahrnehmungsverweigerung geht meist das „emotional numbing“ einher, d.h. die Fähigkeit, Emotionen zu fühlen, insbesondere die mit Intimität oder Zärtlichkeit assoziierten, ist sehr stark eingeschränkt, ebenso wie die Fähigkeit der Schmerzempfindung.⁷ Das Individuum ist unfähig, Nähe zu anderen Personen zu fühlen, positive Gefühle zu erleben oder z.B. Freude an

1 Vgl. Bettelheim 1979, S. 32

2 Bettelheim 1979, S. 32 f.

3 Vgl. Schwartz 1990, S. 222

4 Vgl. van der Kolk 1987c, S. 174

5 Bøjholm 1991, S. 297

6 Vgl. Bettelheim 1979, S. 33

7 Vgl. Schwartz 1990, S. 222; vgl. Krystal 1984, S. 11

vergnüglichen Aktivitäten zu empfinden.¹ LIFTON sieht „numbing“ als eine starke Identifikation mit den Personen, die nicht überlebt haben, was sich häufig durch Vergessen und „Konfusion“ ausdrückt.² Die Extremform des „numbing“, das Stadium des totalen emotionalen und psychischen Abschottens, das nur noch ein automatenhaftes Verhalten erlaubt, bezeichnet KRYSMAL als „alexithymia“.³

2.2.4 Wiederholungszwang

Das ständige Wiedererleben und Wiederholen eines schmerzlichen Ereignisses, ebenso wie das sich Wiederaussetzen einer Gefahr, basiert auf der vagen Hoffnung, daß diesmal das Resultat ein anderes sein wird. Ebenso kann es der Milderung von Schuldgefühlen, insbesondere der Überlebensschuld, dienen.⁴ Das kontinuierliche, aktive „Rekreieren“ der traumatischen Situation kann aber auch als ein Weg der Verarbeitung angesehen werden⁵, was VAN DER KOLK allerdings bezweifelt: „*There is little evidence that reenacting the trauma will eventually lead to mastery*“, im Gegenteil, „*it may ... reinforce ... fixation on the trauma.*“⁶

Dieser „Wiederholungszwang“ läuft unbewußt ab. Er äußert sich beispielsweise durch „intrusion“ und „traumatic imagery“, sich aufdrängende, vage, nicht faßbare Bilder und Gefühlszustände, die mit der traumatischen Situation assoziiert werden.⁷ Ebenso werden Alpträume und „flashbacks“⁸ als Form der Repetierung angesehen, genauso wie „behavioural reenactments“ in Form von stereotypen Handlungen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen, aber nicht als solche erkannt werden.⁹ So löste beispielsweise die schon erwähnte Überlebende des „Coconut Grove Fires“ verschiedene Male in öffentlichen Gebäuden Feueralarm aus, ohne daß sie sich der

1 Vgl. McNally 1992, S. 231

2 Vgl. Brett/Ostroff 1985, S. 419

3 Vgl. Krystal 1984, S. 16 f.; vgl. Krystal 1991, S. 241

4 Vgl. Saporta/van der Kolk 1992, S. 167

5 Vgl. Brett/Ostroff 1985, S. 418

6 Van der Kolk 1988b, S. 286

7 Vgl. Brett/Ostroff 1985, S. 418

8 Vgl. dazu 2.2.5

9 Vgl. Saporta/van der Kolk 1992, S. 165

Bedeutung dieser Handlung bewußt war.¹ Gleichzeitig werden, da durch das halbbewußte Erinnern schmerzvolle Emotionen wachgerufen werden, Verdrängungsmechanismen eingesetzt, um das Bewußtwerden dieser Emotionen zu verhindern.²

Traumatisierte Flüchtlinge neigen vielfach dazu, sich einen Ehepartner mit entweder ähnlichem Lebenshintergrund oder mit ähnlichen Verhaltensmustern auszuwählen; aber auch in einer solchen Verbindung werden die traumatischen Erlebnisse meist nicht thematisiert.³ SAPORTA und VAN DER KOLK heben hervor, daß es für Überlebende organisierter Gewalt nicht unüblich sei, ihre Erfahrungen für sich selbst oder an anderen zu wiederholen; so würden sich beispielsweise einige Kriegsveteranen später als Söldner verdingen, einige Inzestopfer würden sich prostituieren und einige Opfer von Kindesmißhandlung ihre eigenen Kinder mißhandeln etc.⁴ Dieses Verhalten, selbst erlebte Handlungen an anderen zu wiederholen, basiert nach EITINGER nicht auf Vergeltungswünschen, sondern stellt meist einfach ein unbewußtes Repetieren dar.⁵

2.2.5 Angst

Angst ist eines der häufigsten Symptome, das nach Erfahrungen organisierter Gewalt auftritt, auch hängen viele andere Symptome eng mit ihr zusammen. In Abgrenzung zu Furcht, die als sofortige Reaktionsbereitschaft auf einen erkennbaren Stimulus aufgefaßt werden kann, gilt große Angst eher als chronische, weniger von Spannung gekennzeichnete Reaktion auf vage, schwer zu deutende Stimuli oder Situationen.⁶

Angst steht in einer reziproken Verbindung zu Depression, d.h. wenn die Angst nachläßt, erhöht sich die Depressivität und umgekehrt.⁷ Die oft zu beobachtende ständige Erregung („hyperarousal“) bei traumatisierten Flüchtlingen, zurückzuführen auf eine autonome,

1 Vgl. van der Kolk 1987c, S. 176

2 Vgl. van der Veer 1992, S. 45

3 Vgl. Drees 1989, S. 319; vgl. Emery/Emery 1985, S. 550 f.

4 Vgl. Saporta/van der Kolk 1992, S. 166

5 Vgl. Eitinger 1991, S. 13

6 Vgl. Bøjhø 1991, S. 295 und 299 f.

7 Nach Aussagen von Vesti, Interview vom 23.02.1994

manifestierte Aktivierung des Nervensystems, wird oft als generalisierte Angst erlebt.¹ Die Menschen leben in einer ständigen Über-Wachsamkeit, als ob die ursprüngliche Gefahr noch immer präsent wäre. Ferner zeigen sie die Tendenz, schon bei geringfügigen Stimuli sofort von Panik überwältigt zu werden, noch bevor sie Zeit zur Reflexion haben.² Solche Panikattacken können die Form von „flashbacks“ (Rückblenden) oder, wie AYCHA es formulierte, „psychogenen Anfällen“³ annehmen; sie sind dadurch gekennzeichnet, daß der Betreffende sich in die traumatische Situation zurückversetzt fühlt und für Sekunden oder auch Stunden gänzlich den Kontakt zur Realität verliert.⁴ In einigen Fällen endet solch ein „flashback“ in der Bewußtlosigkeit.⁵

Ausgelöst werden „flashbacks“ durch Stimuli, die in irgendeiner Form mit der traumatischen Situation assoziiert werden; durch Dinge wie das Zuschlagen einer Autotür, der Anblick eines Soldaten, ein bestimmter Geruch, das Heulen einer Sirene oder bestimmte medizinische Untersuchungen.⁶ MOLICH beispielsweise berichtete von einer im RCT in Therapie befindlichen Frau, zu der sich eines Morgens in einem Lokal ein Mann, der ein Frühstückstablett trug, an den Tisch setzte. Die Frau reagierte darauf absolut panisch, sie schrie, sprang auf und rannte weg. Erst Wochen später konnte in der Therapie offengelegt werden, daß einer ihrer Folterer immer erst in Ruhe zu frühstücken pflegte, bevor er begann, sein Handwerk auszuführen.⁷ BOUHOUTSOS beschreibt in diesem Zusammenhang die Reaktion eines Flüchtlings *„who froze in terror when a well-wisher brought him a gift basket that included two pineapples. In the refugees native country, he had been forced to watch his military captor hacked several prisoners to death, then carved up a ripe pineapple with the bloodstained machete and calmly ate the slices.“*⁸

1 Vgl. van der Kolk 1984, S. 124; vgl. van der Veer 1992, S. 133

2 Vgl. Vesti/Somnier/Kastrup 1992, S. 28

3 Aycha, Interview vom 08.02.1994

4 Vgl. van der Veer 1992, S. 132

5 Nach Aussagen von Aycha, Interview vom 08.02.1994

6 Vgl. Vesti/Somnier/Kastrup 1992, S. 28; vgl. Bouhoutsos 1990, S. 131; vgl. Wicker 1991, S. 45

7 Nach Aussagen von Molich, Interview vom 22.02.1994

8 Bouhoutsos 1990, S. 130 f.

Gekoppelt ist Angst in fast allen Fällen mit Schlafstörungen und nächtlichen Alpträumen, aus denen der Betroffene mit einem Gefühl von Horror erwacht.¹ Nach VESTI leiden 85 % der Folterüberlebenden unter Schlafstörungen und 82 % unter Alpträumen.² Obwohl Alpträume und „flashbacks“ auch eine Form der ständigen Reaktivierung des Traumas darstellen können³, so sind sie doch meiner Ansicht nach in erster Linie Angstsymptome. BØJHOLM bezeichnete beispielsweise „flashbacks“ als „Angstanfälle“, und nach VAN DER VEERS Meinung können Alpträume als „verzögerte flashbacks“ angesehen werden.⁴

Andererseits wird Alpträumen aber eine integrative Wirkung, eine Funktion der Verarbeitung der Erlebnisse zugeschrieben.⁵ Vor dem Hintergrund, daß ein Großteil der Überlebenden jahrelang von Alpträumen „heimgesucht“ wird, erscheint dies aber fragwürdig: *„Some have nightmares for 10 or 15 years, and then this experience is not a way of mastering, then it is a repetitive obsession.“*⁶

2.2.6 Beziehungsstörungen und Isolation

Folter bedingt einen tiefen Vertrauensverlust in andere Menschen, die nicht als Mitmenschen, sondern als „Gegen-Menschen“ erfahren wurden. Während der traumatischen Situation waren zwischenmenschliche Beziehungen assoziiert mit Gefahr, Angst und Furcht vor Vernichtung.⁷ *„Hierin haben die Verschlossenheit und Kontaktängste der Folteropfer, ihre zum Teil lebenslange Isolierung ihre Ursache.“*⁸ Aus Angst vor einer neuerlichen Verletzung ihrer Gefühle vermeiden viele Überlebende das Eingehen enger Bindungen und Freundschaften.⁹ *„These people prefer to live in*

1 Vgl. Bøjholm 1991, S. 299 f.; vgl. van der Veer 1992, S. 132

2 Vgl. Vesti/Somnier/Kastrup 1992, S. 28

3 Vgl. dazu 2.2.4

4 Vgl. Bøjholm 1991, S. 302; vgl. van der Veer 1992, S. 137

5 Nach Aussagen von Mathiasen, Interview vom 27.05.1994

6 Vesti, Interview vom 23.02.1994

7 Vgl. Bustos 1992, S. 339

8 Drees 1991, S. 322

9 Vgl. van der Kolk 1987a, S. 3

*solitude rather than to be exposed to something uncertain and perhaps dangerous.*¹

Der soziale Rückzug kann aber auch andere Gründe haben. Er kann beispielsweise dadurch bedingt sein, daß das Individuum den Aufbau einer neuen Beziehung als disloyal gegenüber den zurückgebliebenen Freunden und Verwandten ansehen mag.² Genauso kann die Furcht dahinterstecken, das, was man liebt, zu zerstören, denn mit dem Aufbau von Vertrauen geht auch das Bewußtwerden der unterdrückten Wut einher: „*The victim comes to fear that they will destroy what they love. When ... the patient begins to trust the suppressed rage emerges right behind this.*“³ Darüber hinaus ist es den Folterüberlebenden oft unmöglich, ein Gefühl von Vertrautheit und Intimität wiederzugewinnen, da sie stets eine Vorspiegelung falscher Tatsachen argwöhnen.⁴ Das generelle Mißtrauen anderen Menschen gegenüber, das vor dem Hintergrund der durchlebten Erfahrungen meiner Meinung nach durchaus seine Berechtigung hat, kann in nicht wenigen Fällen aber auch paranoide Züge annehmen, und zwar dann, wenn die Überzeugung, daß alle Menschen einem etwas Schlechtes wollen, „zur zweiten Natur“ wird und jedes Ereignis dahingehend interpretiert wird.⁵

Im Gegensatz zu der beschriebenen sozialen Abkapselung ist aber auch die entgegengesetzte Reaktion häufig zu beobachten: eine extreme Abhängigkeit und ein „Klammern“ an Bezugspersonen.⁶ Traumatisierte Flüchtlinge, so VAN DER KOLK, haben generell Schwierigkeiten mit der „Aussteuerung“ von Intimität, der Balance zwischen Nähe und Distanz. Sie können oft nicht einschätzen, was angemessene und was unangemessene Forderungen an andere Personen und an eine Beziehung sind.⁷ Auch sexuelle Funktionsstörungen oder eine allgemeine Aversion gegen sexuelle Aktivitäten mit dem Partner - häufige Folgen nicht nur von sexueller Folter - können Beziehungsprobleme auslösen oder verstärken, ebenso wie

1 Kastrup et al. 1987, S. 348

2 Vgl. van der Veer 1992, S. 25

3 Landry 1989, S. 352

4 Vgl. Krystal 1991, S. 249

5 Vgl. Roche 1988, S. 233

6 Vgl. Flannery 1987, S. 218

7 Vgl. van der Kolk 1988b, S. 285

der Widerstand, den Partner in erlittene Demütigungen einzuweihen, um damit von vornherein Mißverständnissen vorzubeugen.¹ Beziehungsstörungen, unabhängig davon, welcher Natur sie sein mögen, haben fast unweigerlich die soziale Isolation des Betroffenen zur Folge; gerade soziale Unterstützung und Involviertheit aber gelten als ein wichtiger positiver Faktor in der Verarbeitung der Erlebnisse und ihrer Integration.²

2.2.7 Negative/konstruktive Verhaltensmuster

Die Erfahrung organisierter Gewalt kann bei einigen Menschen dazu führen, daß sie eine Haltung annehmen und ein Verhalten zeigen, das in keiner Weise für die Bearbeitung des Traumas hilfreich ist. So mögen beispielsweise einige Überlebende ihre traumatische Geschichte dazu benutzen, um fortwährend Sympathie zu erzeugen, Geld oder sogar „Ruhm“ zu erlangen.³ Ebenso gelangen einige zu der Überzeugung, die Welt müsse sie bemitleiden und schulde ihnen eine Art Wiedergutmachung.⁴ Sie sehen sich selbst als Helden oder Märtyrer und stellen sich anderen gegenüber auch so dar.⁵ Exzessives Reden oder völliges Schweigen über die durchlebten Erfahrungen, genauso wie omnipotentes, arrogantes oder unterwürfiges Verhalten und extreme Aggressionen gelten ebenso als negative Verhaltensmuster. Zu beobachten ist auch, daß einige Personen zwar sehr engagiert bezüglich ihrer eigenen Gruppe und deren Interessen sind, ihnen dieses Interesse und Engagement aber völlig fehlt, wenn es um andere Minoritäten geht.⁶

Auf der anderen Seite kann Folter aber auch einen stärkenden und „stählenden“ Effekt auf einige Menschen haben.⁷ Die Erfahrung von Folter kann Menschen dazu befähigen, das erlittene Leid in etwas Positives, in Hilfe und Mitgefühl für andere umzuwandeln. Ihr Verhalten ist konstruktiv, es ist von menschlichem Verstehen,

1 Vgl. van der Veer 1992, S. 227 und 237

2 Vgl. Flannery 1987, S. 218

3 Vgl. Baker 1992, S. 98

4 Vgl. Eitinger 1991, S. 11

5 Vgl. Buus/Agger 1988, S. 16

6 Vgl. Baker 1992, S. 98

7 Vgl. Bustos 1990a, S. 151

Hilfsbereitschaft und Solidarität gekennzeichnet; Solidarität auch im Kampf gegen Vorurteile, die andere Menschen oder Minoritäten betreffen.¹ Diese Überlebenden haben ihre Erfahrungen verarbeitet und Einsichten daraus gewonnen, die es ihnen ermöglichen, eine tiefe Sensibilität und Empathie zu entwickeln.² *„It is a very bitter journey, ..., it is very much (like) fine steel has to go through hot fire, you can't make it, unless it's very hot. So it is like going through hot fire, like going through and coming up clean and deeper and wiser and more compassionate and more human and perhaps more spiritual as well.“*³

2.2.8 Physische und psychosomatische Folgewirkungen

Neben den psychischen Symptomen, von denen ich bereits einige näher vorgestellt habe, leidet ein Großteil der Überlebenden organisierter Gewalt an einer Vielzahl von körperlichen Beschwerden, die in manchen Fällen direkte physische und organisch feststellbare Folgen der angewendeten Foltermethoden sind. In der weitaus größten Zahl der Fälle handelt es sich jedoch um psychosomatisch bedingte Symptome, die keinen organischen Befund ergeben. Diese körperlichen Beschwerden sind auch meist die Symptome, die dem Therapeuten zuerst präsentiert werden.⁴ *„Der Regelfall ist, daß sich zwar schon vieles sehr körperlich darstellt, aber sehr viel psychosozialen Hintergrund hat und auch so letztlich behandelt werden muß.“*⁵ Das Berliner Behandlungszentrum für Folteropfer berichtet in diesem Zusammenhang von sogenannten „Wandersymptomen“, die durch den Körper „reisen“, ohne daß eine organische Ursache festzustellen wäre.⁶

Die folgende Aufstellung ist eine Zusammenstellung der häufigsten nach organisierter Gewalt auftretenden Symptome sowohl psychischer, physischer als auch psychosomatischer Art. Sie beruht auf einer Auswertung von 30 Quellen, sowohl Literatur als auch

1 Vgl. Eitinger 1991, S. 11 und 14

2 Vgl. Baker 1992, S. 100

3 Moreno, zit. nach Dhawan 1993, S. 15

4 Vgl. Bøjholm 1991, S. 299

5 Peltzer, Interview vom 03.03.1994

6 Vgl. Behandlungszentrum für Folteropfer 1993, S. 5

Interviews, die zur Erstellung herangezogen wurden. Die Symptome sind nach Häufigkeit der Nennung geordnet. Die Gesamtheit der psychischen Symptome wird ebenfalls mit berücksichtigt, da im vorangegangenen Text nur einige der häufigsten psychischen Auswirkungen näher erläutert wurden. Diese Aufstellung erhebt keinesfalls den Anspruch auf Vollständigkeit und wissenschaftliche Genauigkeit, da die in der Literatur gefundenen Hinweise keineswegs vergleichbar oder übertragbar sind und sich die Angaben meiner Interviewpartner auf subjektive, persönliche Einschätzungen beschränken.

Bezüglich der Zuordnung der Symptome zu physischen, psychosomatischen oder psychischen Auswirkungen gibt es in der Literatur erstaunlicherweise große Unterschiede. Daher soll kurz erläutert werden, unter welchen Kriterien die Zuordnung vorgenommen wurde. Unter physischen Folgewirkungen verstehe ich meist durch physische Gewaltanwendung hervorgerufene, organisch begründbare Beschwerden, unter psychosomatischen Symptomen hingegen durch emotionale Störungen ausgelöste bzw. beeinflusste körperliche Beschwerden.¹ Die körperlichen Beschwerden sind also im Prinzip nur die Ausdrucksform von tieferliegenden, seelischen Konfliktkonstellationen. Psychische Symptome sehe ich als ausschließlich das psychische Erleben betreffende Auswirkungen von organisierter Gewalt.

1 Vgl. Arnold/Eysenck/Meili 1980, S. 1804

Physische Folgewirkungen	Häufigkeit
Haut -/Gewebeverletzungen	8 Nennungen
Knochenbrüche	5 Nennungen
Schäden am Gebiß	4 Nennungen
Schädigungen des Gehirns	4 Nennungen
Verletzung innerer Organe	4 Nennungen
Verstümmelungen	4 Nennungen
Muskelverletzungen	3 Nennungen
Schädigungen der Gelenke	3 Nennungen
Verletzung der Genitalien/des Anus	2 Nennungen
Wirbelsäulendeformationen	2 Nennungen
Verletzungen des Trommelfells	1 Nennung

Psychosomatische Beschwerden	Häufigkeit
Kopfschmerzen	10 Nennungen
Gelenkschmerzen	6 Nennungen
Magenschmerzen/Gastritis	6 Nennungen
Muskuläre Verspannungen	6 Nennungen
Schwindel	5 Nennungen
Sehstörungen	4 Nennungen
Asthma/Bronchitis	3 Nennungen
Gewichtsverlust	3 Nennungen
Herzstiche/Herzrhythmusstörungen	3 Nennungen
Rückenschmerzen	3 Nennungen
Ohrgeräusche	2 Nennungen
Ohnmachtsanfälle	2 Nennungen
Schweißausbrüche	2 Nennungen
Diarrhöe	1 Nennung
Harndrang	1 Nennung
Hauterkrankungen	1 Nennung
Krämpfe	1 Nennung
Krebs	1 Nennung

Psychische Symptome	Häufigkeit
Angst	17 Nennungen
Schlafstörungen	16 Nennungen
Alpträume	14 Nennungen
Depressionen	11 Nennungen
Aggression	10 Nennungen
Beziehungsstörungen/Isolation	10 Nennungen
Konzentrationsstörungen	10 Nennungen
Sexuelle Störungen	9 Nennungen
Antriebsschwäche	8 Nennungen
Mißtrauen	8 Nennungen
Panikattacken/„flashbacks“	8 Nennungen
Gedächtnisstörungen	7 Nennungen
psychotische Reaktionen	7 Nennungen
Schuldgefühle	5 Nennungen
Suizidalität	5 Nennungen
Alkohol-/Drogenmißbrauch	4 Nennungen
Persönlichkeitsveränderungen	4 Nennungen
vermindertes Selbstbewußtsein	4 Nennungen
Affektintoleranz	3 Nennungen
gestörte Körperwahrnehmung	3 Nennungen
Hilflosigkeit	3 Nennungen
Labilität	3 Nennungen
Nervosität	3 Nennungen

2.3 Zeitpunkt des Auftretens und Dauer der Symptome

Üblicherweise tragen Folterüberlebende, sofern sie physischer Folter unterworfen wurden, äußerlich sichtbare Spuren wie Wunden, Verbrennungen, Knochenbrüche etc. davon, die auch nach ihrer „Entlassung“ vielfach noch präsent sind, aber meist mit Hilfe von Zeit und medizinischer Versorgung verheilen. Anders stellt sich die Entwicklung von psychischen und psychosomatischen Folgeerscheinungen dar. Sie müssen nicht zwangsläufig im Anschluß an die traumatischen Erfahrungen eintreten, sondern stellen sich teilweise erst

Jahre später, nach einer scheinbaren Phase der psychischen „Gesundheit“ ein.¹ Dies erklärt LAKRACHE damit, daß die Fluchtphase und die erste Zeit im Exil *„eine praktische Phase, ... eine Aktionsphase“* sei, *„man hat keine Zeit dazu, sich psychologisch über seine Lage zu reflektieren.“*²

Es ist durchaus nicht ungewöhnlich, daß Erinnerungen, Gefühle - und damit auch Symptome - über einen längeren Zeitraum hinweg unterdrückt werden können.³ Sobald aber neuerlicher Streß auftritt, dekompensieren diese Menschen.⁴ Eine solche „delayed reaction“⁵ (verzögerte Reaktion) kann noch viele Jahre nach dem eigentlichen Trauma auftreten. VAN DER KOLK zufolge bis zu 15 Jahren später, nach MELAMED und Kollegen sogar noch in der nächsten Generation.⁶ Man geht davon aus, daß 90 % aller Folterüberlebenden psychische Symptome davontragen⁷, ungeachtet des Zeitpunktes des Auftretens.

Durch Lebensereignisse, die in irgendeiner Form Bedrohung oder Verlust bedeuten und aufs Neue Gefühle von Terror, Trauer oder Wut heraufbeschwören, können psychische Symptome entstehen oder ausgelöst werden.⁸ Solche Lebensereignisse können verschiedener Art sein. So können beispielsweise der Verlust der Partners, Pensionierung oder Krankheit dazu führen, daß das noch immer unverarbeitete Trauma durch Symptombildung in dem am wenigsten widerstandsfähigen Bereich des Körpers „durchbricht“, wobei es als eine Wiederkehr des ursprünglichen Traumas erlebt wird.⁹

Darüber hinaus sind die psychischen Auswirkungen des Traumas „zeitresistent“. Sie neigen nicht dazu, sich im Laufe der Zeit zu verringern, wie es häufig bei körperlichen Beschwerden zu beobachten ist.¹⁰ Nach einer Studie an Kriegsveteranen hatten 50 % derer, die

1 Vgl. Baker 1992, S. 92

2 Lakrache, Interview vom 26.01.1994

3 Vgl. dazu 2.2.3

4 Vgl. Bettelheim 1979, S. 31 und 33

5 Bøjholm /Vesti 1992, S. 300

6 Vgl. van der Kolk 1987a, S. 9; vgl. Melamed/Melamed/Bouhoutsos 1990, S. 15

7 Vgl. Baker 1992, S. 92

8 Vgl. Kolb 1987, S. 991

9 Vgl. van der Kolk 1987a, S. 9; vgl. van der Kolk 1987c, S. 181

10 Vgl. Melamed/Melamed/Bouhoutsos, 1990, S. 15.

ursprünglich Symptome zeigten, diese auch noch 40 Jahre später.¹ Derselben Ansicht ist VESTI: „*When you do nothing, then about half of the people will have the symptoms 40 years later.*“² Nach KRYSTAL, der allerdings von einer 10jährigen „posttraumatischen“ Zeitspanne ausgeht, ist es sogar die „*overwhelming majority*“, die keinerlei Besserung zeigt.³ MILLER ist der Überzeugung, daß sich Angst im Laufe der Zeit reduziert, dafür aber dann Depressionen die Überhand gewinnen⁴, was bedeutet, daß sich Symptome zwar verändern und verlagern können, aber nicht „verschwinden“. „*Time alone is not sufficient to bring about a cure.*“⁵

2.4 Posttraumatic Stress Disorder (PTSD)

Aufgrund ausgedehnter Forschungen an Kriegsveteranen, KZ-Opfern und Überlebenden andersgearteter Traumata entstand die Vermutung, daß die Erfahrung psychischen Traumas die Entwicklung bestimmter Verhaltens- und Reaktionsmuster nach sich zieht, die sich in Form spezifischer Symptomgruppen - wie typische Beschwerden, charakteristische Verhaltensmuster und Beeinträchtigungen - manifestieren.⁶ In einem Versuch, diese verschiedenen „Antwortmuster“ auf schweren psychischen Streß zu vereinheitlichen, wurde 1980 die Diagnose PTSD („posttraumatic stress disorder“) in das „Diagnostic and Statistical Manual“ der American Psychiatric Association (DSM-III-R) aufgenommen, die sich unverändert auch in der Auflage von 1987 wiederfindet.⁷ Obwohl sich ein „Foltersyndrom“ auch in der 10. Revision des „Manual of the International Classification of Diseases“ (ICD-10) der World Health Organisation (WHO) findet, ist die Klassifikation nach DSM-III-R die am häufigsten verwendete. In der demnächst erscheinenden DSM-IV sollen noch zusätzliche Aspekte eingefügt werden, so z.B. die - in ICD-10 schon

1 Vgl. Miller 1992, S. 110

2 Vesti, Interview vom 23.02.1994

3 Vgl. Krystal 1984, S. 4

4 Vgl. Miller 1992, S. 110

5 Lunde/Ortmann 1992, S. 325

6 Vgl. Landry, 1989 S. 349; vgl. van der Veer 1992, S. 30

7 Vgl. Vesti/Somnier/Kastrup 1992, S. 32; vgl. van der Veer 1992, S. 30 f.

vorhandene - Persönlichkeitsveränderung nach einem katastrophalen Ereignis.¹

PTSD kann in jedem Alter auftreten, einschließlich der Kindheit.² Jedoch sind nach einer Studie an südostasiatischen Flüchtlingen die Klienten mit einer Diagnose von PTSD älter als diejenigen ohne PTSD, des weiteren ist der Anteil von Frauen überdurchschnittlich hoch.³ Das Vorkommen von PTSD in der Gesamtbevölkerung wird auf 1-2 % geschätzt.⁴ Anzumerken ist hierbei, daß PTSD sich nicht ausschließlich auf die Erfahrung organisierter Gewalt bezieht, sondern genauso Traumatisierungen anderer Art (z.B. Autounfälle, Vergewaltigungen, Naturkatastrophen etc.) mit einschließt.⁵

Mit Hilfe von Meßinstrumenten wie dem „Structured Clinical Interview for DSM-III-R“, dem „Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder“ und anderen kann, so McNALLY, PTSD verlässlich diagnostiziert werden.⁶ Es wird gegenwärtig diskutiert, ob in einer der folgenden Auflagen des DSM ein spezifisches „Post-Folter-Syndrom“ im Rahmen der Kategorie PTSD aufgenommen werden sollte.⁷

PTSD ist gekennzeichnet durch:

- das ständige Wiedererleben des Traumas in Form von beispielsweise „intrusive memories“ (sich aufdrängende Erinnerungen) oder Alpträumen;
- emotionales „numbing“ (Erstarren) oder das Bemühen, mit dem Trauma assoziierte Gefühle, Handlungen oder Situationen zu vermeiden;
- „hyperarousal“, eine allgemeine physiologische Übererregung, die sich in Konzentrations- und Schlafstörungen, extremer Schreckhaftigkeit oder Aggressionsausbrüchen niederschlagen kann.

1 Nach Aussagen von Vesti, Interview vom 23.02.1994; vgl. van der Veer 1992, S. 30

2 Vgl. Schwartz 1990, S. 223

3 Vgl. Kinzie et al. 1990, S. 914

4 Vgl. Keane/Albano/Blake 1992, S. 363

5 Vgl. Anhang 1

6 Vgl. McNally 1992, S. 232

7 Vgl. Bøjholm 1991, S. 300

Diese drei Gruppen schließen u.a. auch Aspekte wie „flashbacks“, das „Vergessen“ wichtiger Aspekte, die Unfähigkeit zu positiven Gefühlen, Affektintoleranz und das Gefühl der „Entfremdung“ mit ein.¹ Die in PTSD genannten Aspekte stimmen weitgehend mit den in Punkt 2.2 herausgearbeiteten Folgewirkungen organisierter Gewalt überein. Auch dem Aspekt der von Folterüberlebenden so häufig empfundenen generalisierten Angst wird Rechnung getragen, da PTSD in DSM-III-R unter „anxiety disorders“ subsumiert ist.² Treten die Symptome nicht unmittelbar nach der Traumatisierung auf, sondern erst nach einer Zeit von mindestens 6 Monaten, spricht man von einer „delayed posttraumatic stress disorder“.³ Trotz einer Vielzahl von Übereinstimmungen und Ähnlichkeiten gibt es jedoch durchaus viele Ansätze zur Kritik, was Skepsis gegenüber einer solchen Klassifizierung hervorruft. Die Gründe hierfür werden zu einem späteren Zeitpunkt erläutert.

Der Vollständigkeit halber muß an dieser Stelle noch erwähnt werden, daß die Folgen organisierter Gewalt - ob man sie nun PTSD nennt oder nicht, sei dahingestellt - nicht immer nur psychologisch erklärt werden. Es existiert auch ein physiologisch-behavioristisches Erklärungsmodell, das hormonelle und biochemische, durch das Trauma hervorgerufene Veränderungen im Körper für die beschriebenen Auswirkungen verantwortlich macht. So kann beispielsweise die Reduktion des Anteils an „Serotonin“ im Körper die häufig zu beobachtende Aggressivität bedingen.⁴ Ebenso geht dieser Ansatz davon aus, daß bestimmte Verhaltensweisen erlernt sind, d.h. ursprünglich neutrale Stimuli werden durch Assoziation mit dem Trauma zu konditionierten Stimuli, die in der Lage sind, bestimmte Reaktionen - die konditionierte „Antwort“ - auszulösen. Auch physiologische, biochemische Reaktionen können eine „conditioned response“ darstellen.⁵

1 Vgl. Anhang 1

2 Vgl. McNally 1992, S. 245

3 Vgl. van der Veer 1992, S. 32

4 Vgl. van der Kolk 1988b, S. 276; vgl. Saporta/van der Kolk 1992, S. 160

5 Vgl. van der Kolk 1988a, S. 27; vgl. Basoglu 1992, S. 413; vgl. Saporta/van der Kolk 1992, S. 157

2.5 Einflußnehmende Faktoren

„The impression should not ... be created that everyone who has been detained and abused emerges psychologically impaired ... some activists emerge with resolve and commitment strengthened.“¹ Auf die Frage, warum einige Überlebende organisierter Gewalt Symptome entwickeln und andere nicht, ist bisher noch keine befriedigende Antwort gefunden worden. Ebenso wenig ist bekannt, wie hoch der Anteil derer ist, die keine psychischen Beeinträchtigungen davontragen.² Vor dem Hintergrund der häufig vorkommenden „delayed reaction“ wäre dies auch nur schwerlich zu berechnen. Ausschlaggebend für die Entwicklung psychischer Störungen ist nach Meinung von LAKRACHE nicht nur ein einzelner Faktor wie Verfolgung oder Haft, sondern die Gesamtdimension verschiedener Faktoren.³ Es ist also nicht die Art und Intensität eines Traumas allein verantwortlich für die Folgeprobleme, sondern die Kombination verschiedener Faktoren.

Neben dem nicht zu unterschätzenden Einfluß der restriktiven Bedingungen im Exil⁴ existieren eine Reihe weiterer Faktoren, die als einflußnehmend auf die Entwicklung psychischer Folgewirkungen gelten. Einer dieser Faktoren ist die Art des Stressors, d.h. die Art, Intensität und Dauer der Traumatisierung.⁵ Nach dem sogenannten „dose-response-effect“ steigt die Wahrscheinlichkeit der Symptomentwicklung mit steigender tatsächlicher oder so empfundener Intensität des Stressors.⁶ „The more you attack people, the more symptoms they will get.“⁷ Ebenso gilt die vorherige Persönlichkeitsstruktur des Individuums als bedeutsam in diesem Zusammenhang.⁸ Nach DHAWAN entwickelt „jemand, der in ... zerrütteten Verhältnissen aufgewachsen ist, ... ein viel brüchigeres Ich“ als jemand aus „fördernden, warmen Familienverhältnissen“⁹. Dieser

1 Dowdall 1992, S. 462

2 Vgl. Baker 1992, S. 98

3 Nach Aussagen von Lakrache, Interview vom 26.01.1994

4 Vgl. dazu 2.1

5 Vgl. Miller 1992, S. 130

6 Vgl. McNally 1992, S. 235

7 Vesti, Interview vom 23.02.1994

8 Vgl. Bøjholm 1991, S. 297

9 Dhawan, Interview vom 17.02.1994

Mensch ist somit wesentlich labiler und anfälliger für Streß als jemand mit einer starken Persönlichkeit.

Nach Meinung von McNALLY reicht schon elterliche Armut als Risikofaktor aus, genauso wie neurotische Charakterzüge oder frühere psychische Störungen. Auch innerhalb der Familie aufgetretene psychische Störungen, einschließlich PTSD, bedingen die Neigung des Individuums, selbst entsprechend auf späteren Streß zu reagieren.¹ In diesem Zusammenhang spielen ebenso frühere Traumatisierungen wie häufige Trennungen von Bezugspersonen, Kindesmißhandlung, sexueller Mißbrauch etc. eine große Rolle.² „*Prior trauma predisposes adults to developing full-blown PTSD in response to later life stress.*“³

Darüber hinaus ist die Entwicklungsphase bzw. das Alter zum Zeitpunkt der Traumatisierung von Wichtigkeit. „*Je jünger der Mensch war, ..., um so ernstzunehmender wird seine persönliche Struktur angegriffen.*“⁴ Insbesondere Kinder, aber auch ältere Menschen, sind in hohem Maße anfällig für die Entwicklung psychischer Störungen: Kinder, weil sie weniger Erfahrung im Umgang mit Streß und nur unzureichende „coping“-Mechanismen haben und ältere Menschen aufgrund ihres ohnehin angegriffenen Gesundheitszustandes.⁵ Weiterhin ist die Frage der Schuldzuweisung an den traumatischen Ereignissen nicht unterzubewerten. „*Trauma victims who attribute the cause ... to themselves (internal), generalize them across situations (global), and perceive them to be chronic (stable) are more likely to have more and more severe behavioural deficits.*“⁶ Allerdings kann auch das externe Attribuieren der Ursachen - beispielsweise der „Böse Blick“, Schicksal, Geister, Zauberei etc. - schwerwiegende Auswirkungen auf die psychische Verfassung haben.⁷ Auch in diesem Fall erlebt sich das Individuum als hilflos und ausgeliefert.

1 Vgl. McNally 1992, S. 235 f; vgl. Davidson et al. 1985, S. 90 f.

2 Vgl. van der Kolk 1988b, S. 280 f.

3 Saporta/van der Kolk 1992, S. 163

4 Kemp-Genefke/Vesti 1990, S. 22

5 Vgl. Kolb 1987, S. 994; vgl. Melamed/Melamed/Bouhoutsos 1990, S. 18

6 Basoglu 1992, S. 415; vgl. auch 1.4.4

7 Vgl. Aycha 1993, S. 66

Als ein sehr wichtiger protektiver Faktor bezüglich des späteren Umgangs mit dem Trauma gilt eine - schon verschiedentlich erwähnte - starke ideologische (oder auch religiöse) Überzeugung. Sie ermöglicht es dem Individuum, den traumatischen Erfahrungen und damit dem eigenen Leiden einen Sinn zuzuschreiben¹, und bedingt darüber hinaus die Verfügbarkeit sozialer Unterstützung, Solidarität und Akzeptanz durch die politischen Freunde.² Der Grad an besagter sozialer Unterstützung, entweder in Form von positiver emotionaler Involviertheit mit nahestehenden Personen oder durch die Wahrnehmung von Respekt und Akzeptanz durch die Gemeinschaft, ist von ausschlaggebender Bedeutung für die psychische „Gesundheit“.³ „*The absence of social support ... acts to increase the likelihood of developing post-trauma difficulties.*“⁴

2.6 Auswirkungen auf die Familie

Innerhalb des uns umgebenden sozialen Netzwerks kommt dem Familiensystem eine zentrale Rolle zu. Die Familie als Quelle emotionaler Unterstützung hat großen Einfluß auf das psychische Wohlbefinden des Individuums und kann bei der Verarbeitung der traumatischen Erlebnisse sehr hilfreich sein.⁵ Allerdings muß die Interaktion innerhalb der Familie nicht immer unterstützenden Charakter haben. Sie kann im Gegenteil auch zu einer Verschlimmerung der psychischen Probleme des traumatisierten Familienmitgliedes beitragen.⁶ Verhaltensmuster und „ungeschriebene Gesetze“ beispielsweise, die sich im Laufe der Zeit in jeder Familie herausbilden, mögen im „normalen“ Leben adaptiv sein, in Zeiten von Streß und psychischer Belastung hingegen vollkommen unangepaßt. Der Umgang mit außergewöhnlichen Situationen erfordert den Einsatz außergewöhnlicher Methoden.⁷

1 Vgl. Dowdall 1992, S. 463

2 Vgl. Basoglu,/Mineka 1992, S. 209

3 Vgl. Keane/Albano/Blake 1992, S. 387

4 Ebenda

5 Vgl. Figley 1988, S. 86 f.

6 Vgl. van der Veer 1992, S. 51

7 Vgl. Figley 1988, S. 96 f.

Das Zusammenleben mit einem traumatisierten Familienmitglied birgt sicherlich ein großes Konfliktpotential. Viele seiner Reaktionen bzw. sein Verhalten generell - beispielsweise übermäßiges „Klammern“, Gleichgültigkeit oder Aggressivität¹ - mag für den Rest der Familie auch aufgrund von Unwissenheit über die Natur und Ursache der Symptome nicht nachvollziehbar sein, was eine angemessene Reaktion erschwert. *„Most problems of the victim manifest themselves in familial relationships.“*²

Disfunktionale Interaktionsmuster können dazu führen, daß sich die Flexibilität im Umgang miteinander verringert und die Rollen innerhalb der Familie rigide werden. Gleichzeitig werden Gefühle und Impulse, die den jeweiligen Rollenerwartungen nicht entsprechen, von den Familienmitgliedern unterdrückt.³ Mangel an emotionaler Unterstützung und Kommunikationsstörungen sind nicht selten die Folge. AYCHA berichtete von einer kurdischen Frau mit massiven psychischen Problemen, deren Ursache seiner Meinung nach nicht in erster Linie ihre erlittenen sexuellen Folterungen seien, sondern die Unmöglichkeit, sich ihrem Mann anzuvertrauen: *„Das Problem ist, sie kann mit ihrem Mann nicht darüber reden.“*⁴

Mangel an Kommunikation, der auch die Folge der eigenen Unfähigkeit, die Familie vor externer Bedrohung zu schützen und einer daraus resultierenden Form von „over-protection“ sein kann⁵, trägt zur Manifestierung psychischer Probleme und maladaptiver Interaktionsmuster bei. *„He had never been able to share with her the pain of what he had seen and suffered whilst in prison. He wished to protect her from this but was, at the same time, desperately in need of her understanding ... He drank to diminish the pain of this conflict. She wished to protect him from the loneliness and fear she had lived through when he had disappeared ... She had become depressed and could not eat. Now, ..., she overate.“*⁶

1 Vgl. dazu 2.2.6

2 Bouhoutsos 1990, S. 135

3 Vgl. van der Veer 1992, S. 55

4 Aycha, Interview vom 08.02.1994

5 Vgl. van der Veer 1992, S. 55

6 Schlapobersky/Bamber 1988, S. 221

Oftmals erforderte die mit der Verhaftung oder dem Verschwinden eines Familienmitgliedes verbundene familiäre Desorganisation eine Neufestlegung der Rollen der einzelnen Familienmitglieder. Insbesondere die Rolle der Frau änderte sich, da sie nun Funktionen ihres Mannes mit übernehmen mußte.¹ Diese Entwicklung wird häufig durch die Situation im Exil noch wesentlich verstärkt: „Im Gegensatz zu den Frauen verlieren die Männer im Exil. ... Das Exilleben kann die Rolle und den Status der einzelnen Familienmitglieder derart verändern, daß sie sich gegenseitig entfremdet werden und eine Auflösung der Familie unvermeidbar wird.“²

Diese neue Rollenverteilung zu Lasten des Mannes führt, wenn auch nicht immer zur Trennung, so doch zu massiven Konflikten innerhalb der Paarbeziehung und der Familie. Erschwerend kommt hinzu, daß die an disfunktionalen Interaktionsmustern teilhabenden Familienmitglieder dazu tendieren, diese aufrechtzuerhalten.³ Dadurch, daß Gefühle von Schmerz, Angst und Wut nicht verbalisiert werden könne, kommt es häufig zu Streit innerhalb der Familie, der einhergeht mit Gefühlen von Ablehnung und Verlassensein.⁴ Nach DANIELIS Ansicht sind Mangel an Kommunikation und ständiges Hadern über gegenseitige Enttäuschungen charakteristisch für viele Ehebeziehungen von Folterüberlebenden.⁵

Intergenerationswirkungen

Die Erfahrung organisierter Gewalt betrifft niemals nur das Individuum alleine. Das Leid der Überlebenden überträgt sich auf die gesamte Familie, einschließlich der zweiten Generation. Viele Kinder von Folterüberlebenden haben Schwierigkeiten und Probleme, die in direktem Zusammenhang mit den Erfahrungen der Eltern stehen, auch wenn sie erst nach dieser Zeit geboren wurden und objektiv nichts davon miterlebt haben.⁶ Aus Untersuchungen geht hervor, daß die zweite Generation überdurchschnittlich oft an Angst, Schlafstörungen, Depressionen, Aggressionen, psychosomatischen und ande-

1 Vgl. Barudy 1993, S. 30 f.

2 Mehari, nach dem Beitrag von Nuber 1994, S. 44

3 Vgl. van der Veer 1992, S. 51

4 Vgl. Dominguez/Weinstein 1987, S. 79

5 Vgl. Danieli 1988, S. 286

6 Vgl. Horvath-Lindberg/Movschenson 1988, S. 192

ren Symptomen leidet.¹ Viele Kinder weisen also ein ähnliches Beschwerdebild wie die Eltern auf.

Obwohl viele traumatisierte Flüchtlinge nicht mit ihren Kindern über ihre Vergangenheit sprechen, ist das „Familiengeheimnis“ doch immer präsent, sei es durch eine Geste, eine Reaktion auf einen Film oder eine tätowierte Nummer auf dem Arm.² Das Vorhandensein von Geheimnissen jedoch aktiviert angstvolle Phantasien der Kinder und stellt nach VAN DER VEER eine der Hauptursachen für die Entwicklung von Verhaltensauffälligkeiten und psychischen Störungen dar.³

Hinzu kommt, daß die familiäre Atmosphäre oftmals nicht förderlich und kindgerecht ist: „*The home is typically a depressive place where physical health is a constant preoccupation, where the independence of the growing child particularly in adolescence is interpreted as betrayal, ... and where children are taught to mistrust others.*“⁴

Im Gegensatz dazu werden viele Kinder von ihren Eltern mit Rollenerwartungen konfrontiert und müssen Aufgaben übernehmen, die ihrem Alter völlig unangemessen sind. Sie werden zum „Außenminister der Familie“.⁵ Viele Kinder verlieren dadurch die Illusion der idealisierten, „perfekten“ und allmächtigen Eltern⁶, die sie nun als schwach, hilflos und selbst schutzbedürftig erleben. So kann es durchaus vorkommen, daß 6-7jährige Kinder ihre völlig verzweifelten Eltern in den Arm nehmen und zu trösten versuchen. Dieses Phänomen der Übernahme der elterlichen Schutzfunktion wird als „Parentifizierung“ bezeichnet.⁷

1 Vgl. Kastrup et al. 1987, S. 345; vgl. Wicker 1991, S. 48 f.

2 Vgl. Horvath-Lindberg/Miserez 1991, S. 89

3 Vgl. van der Veer 1992, S. 51 f.

4 Baker 1992, S. 91

5 Vgl. Adam/Riedesser/Walter 1994, S. 26

6 Nach Melzak/Woodcock 1991

7 Vgl. Adam 1993a, S. 17 f.

3.1 Zur Person des Klienten

Ein Großteil der traumatisierten Flüchtlinge, die in therapeutischer Behandlung sind, sind Männer jüngeren und mittleren Alters.¹ Die meisten von ihnen waren politische bewußte und aktive Menschen, die sich selbst als gesund und stark erlebt haben. Diese Menschen hätten wahrscheinlich in ihrem Heimatland nicht um psychotherapeutische Hilfe nachgesucht. Die Tatsache, daß sie nun psychische Schwierigkeiten aufweisen und dafür Hilfe benötigen, ist für viele befremdlich.² Sie sind, so OCHBERG, ganz normale Menschen, die durch dramatische Ereignisse für eine gewisse Zeit „aus der Balance geworfen“ sind.³ Ein traumatisierter Flüchtling „*ist nicht krank. Er hat bestimmte Sachen durchgemacht und zeigt bestimmte Reaktionen, die jeder zeigen würde.*“⁴ Politische Flüchtlinge verfügen darüber hinaus, da sie aktiv gegen Unterdrückung in ihrem Land gekämpft haben, über Ressourcen, die beispielsweise Migranten fehlen.⁵

Die Mehrzahl der Klienten sucht erst sehr spät, in einem Stadium massiver psychischer Probleme, um Hilfe nach. „*Es muß ein Maß erreichen, daß die Leute wirklich in Ohnmacht fallen, in Krankenhäuser geschleppt werden und wo der Arzt sagt, ich kann Ihnen nicht mehr helfen.*“⁶ Offensichtlich bestehen große Zugangsbarrieren, die ihren Ursprung darin haben, daß in vielen Kulturen psychologische Beratungsstellen völlig unbekannt sind und die Stigmatisierung vor diesem Hintergrund sehr groß ist. Psychologische Behandlung ist für

1 Vgl. dazu Anhang 2

2 Vgl. Yüksel 1991, S. 305; vgl. Agger/Jensen 1990 a, S. 62

3 Vgl. Ochberg 1988, S. 4

4 Adam, Interview vom 22.03.1994

5 Vgl. Agger/Jensen 1990 a, S. 70

6 Aycha, Interview vom 08.02.1994

viele gleichbedeutend mit Geisteskrankheit und bedeutet von daher „Gesichtsverlust“ innerhalb der Gemeinschaft.¹

Hinzu kommt, daß psychosoziale Probleme, insbesondere in nicht-westlichen Kulturen, meist somatisch dargestellt werden. Die Einsicht in die psychosomatische Natur ihrer Beschwerden aber fehlt den Klienten meist völlig.² „*Physical problems are far more acceptable ... than psychological problems.*“³ Daraus resultiert auch die Erwartungshaltung, medizinische Hilfe zu bekommen. Ein Klient des Psychosozialen Zentrums (PSZ) in Düsseldorf kam beispielsweise zu seiner ersten Sitzung (wohlgermerkt mit einem Psychologen) „und sagte: ‘Herr Doktor, ich habe hier eine ganze Tasche voll Medikamente’, kippte sie ... aus, und sagte: ‘Die können Sie mir nicht mehr verschreiben, die kenn’ ich schon alle’.“⁴

Als Folge der traumatischen Erlebnisse und des damit verbundenen Vertrauensverlustes sind die Klienten besonders sensibel einer Beziehung gegenüber, die für sie sowohl professionellen als auch menschlichen Charakter hat.⁵ Daher neigen sie dazu, den Therapeuten ständig auf die Probe zu stellen, um ihn auf seine Integrität zu überprüfen. Dieses „Testen“ kann z.B. darin bestehen, daß der Klient Vereinbarungen nicht einhält, sich provokativ verhält, die Kooperation verweigert etc.⁶

Es ist allgemein ein Widerstand der Klienten erkennbar, über ihre traumatischen Erlebnisse zu sprechen, zumeist aus Angst, ihr Leben neuerlichen Katastrophen zu öffnen.⁷ Es kann sehr lange dauern, bis der Therapeut wirklich ins Vertrauen gezogen wird. Erst ab diesem Punkt kann der Klient sich öffnen und hört auf, dem Therapeuten „geschminkte“ Erzählungen anzubieten.⁸ „Für den Patienten wird der therapeutische Prozeß notwendigerweise schmerzhaft sein, da es genau darum geht, Regionen seiner selbst zu erforschen, die er unter

1 Vgl. van Willigen 1992, S. 292

2 Vgl. Dahl 1989, S. 23

3 Danieli 1988, S. 281

4 Aycha, Interview vom 08.02.1994

5 Vgl. Bustos 1990 b, S. 16

6 Vgl. Aguirre 1992, S. 46; vgl. Bustos 1990 b, S. 16

7 Vgl. Mollica 1988, S. 311

8 Vgl. Aguirre 1992, S. 46; vgl. Bustos 1990 b, S. 16

normalen Lebensbedingungen nie hätte kennenlernen und nicht einmal hätte vermuten müssen.“¹

3.2 Zur Person des Therapeuten

Therapeuten, die mit Überlebenden organisierter Gewalt arbeiten, werden nach BUSTOS fortwährend mit Elementen „primitivsten“ menschlichen Verhaltens wie absoluter Macht, unerträglichem Schmerz, bodenloser Trauer, völliger Hilflosigkeit und unkontrollierbarer Wut konfrontiert. Der Therapeut fungiert sozusagen als „Container“ für den Schmerz und das Leiden des Klienten.² Diese Intensität und die extremen Anforderungen der Arbeit erfordern von dem Therapeuten ein hohes Maß an Reife, Persönlichkeitsstärke und Bewußtheit über die eigenen Gefühle und Bedürfnisse³, um dem Klienten „das Beispiel des Ertragenkönnens“⁴ geben zu können und nicht von den eigenen Gefühlen überwältigt zu werden und damit den Therapieerfolg in Frage zu stellen. „*The therapists ... are vulnerable also to suffer these experiences and be affected by the fear and horror.*“⁵

Identifikationen und undifferenzierte Solidarisierungen mit dem Klienten können dazu führen, daß der Therapeut Mitleid empfindet oder Haß auf die Folterer, in jedem Falle unfähig wird, eine effektive Behandlung durchzuführen.⁶

Von daher sind eine gewisse Distanz zum Klienten und die Einhaltung klarer Grenzen unabdingbar. In diesem Zusammenhang betonte DHAWAN: „*Ich muß arbeitsfähig bleiben, und das kann erfordern, daß ich auch einfach Arbeitsschwerpunkte verändere: Das kann ich nicht mehr machen, das geht mir zu sehr an die Nieren.*“⁷ Zur Aufrechterhaltung der Arbeitsfähigkeit und Objektivität ist es ratsam, daß der Therapeut nicht mehr als 50 % seiner Arbeitszeit im

1 Amati 1993, S. 98

2 Vgl. Bustos 1990 a, S. 145; vgl. Dominguez/Weinstein 1987, S. 78

3 Vgl. Dhawan 1992 a, S. 52 ff.

4 Amati 1993, S. 98

5 Dominguez/Weinstein 1987, S. 78

6 Vgl. Kinzie/Fleck 1987, S. 85

7 Dhawan, Interview vom 17.02.1994

direkten Kontakt zu den Klienten verbringt. Aus diesem Grunde sollte er ebenso jede Sitzung protokollieren, was die Überwachung des eigenen Verhaltens ermöglicht.¹

Für den Aufbau von Vertrauen sind Empathie und die Fähigkeit, Mitgefühl auszudrücken, von größter Bedeutung, ebenso wie Verlässlichkeit und (auch telefonische) Erreichbarkeit des Therapeuten.² Von besonderer Relevanz ist darüber hinaus die „*Kontinuität und Kohärenz ... der moralischen Person des Therapeuten*“³. Der Vertrauensaufbau ist jedoch ein langwieriger Prozeß, der für den Therapeuten aufgrund der Tatsache, daß der Klient seine Geschichte nicht mit ihm teilt, die Gefahr birgt, sich persönlich abgelehnt und frustriert zu fühlen.⁴

Es ist wichtig, daß der Therapeut zumindest Grundzüge der Situation im Herkunftsland des Klienten kennt, über die Art der Traumatisierung weiß und ebenso Kenntnisse der Literatur über Langzeitwirkungen organisierter Gewalt aufweist. Dieses Wissen hilft ihm, das Problem zu identifizieren und die richtigen Fragen zu stellen.⁵ Weiterhin ist es von größter Bedeutung, daß er nie etwas verspricht, was nicht eingehalten werden kann.⁶ Außerdem sollte Wert auf eine partnerschaftliche Beziehung gelegt werden, denn „*die Situation, daß ein Flüchtling als Hilfesuchender zu einem Berater kommt, bietet sich sehr dafür an, daß die zentrale Thematik Macht vs. Ohnmacht aktiviert wird.*“⁷

3.3 Generelle Richtlinien

Oberstes Gebot einer jeden Therapie muß die Zusicherung strikter Vertraulichkeit sein.⁸ Die therapeutische Situation sollte durch Offenheit und Ehrlichkeit auf beiden Seiten, Respekt und mangelnde

1 Vgl. Vesti/Somnier/Kastrup 1992 S. 50; vgl. van der Veer 1992, S. 247

2 Vgl. Erdreich 1984, S. 428; vgl. Bouhoutsos 1990, S. 133

3 Amati 1993, S. 98

4 Vgl. Mollica 1988, S. 311

5 Vgl. Danieli 1988, S. 282

6 Vgl. Bouhoutsos 1990, S. 133

7 Dhawan 1992 a, S. 54

8 Vgl. van der Veer 1992, S. 138

Sentimentalität charakterisiert sein¹, wobei Respekt die ganzheitliche Wahrnehmung des Klienten als Menschen beinhaltet und nicht seine Reduzierung auf einen „Überlebenden organisierter Gewalt“.² Der anfängliche Widerstand des Klienten gegenüber der Therapie muß ebenfalls respektiert und vor dem Hintergrund betrachtet werden, daß „*sie einer Person völlig ausgeliefert gewesen sind, ... unbewußt ist eben die Angst da, jemand kann mir zu nahe kommen, und das kann gefährlich für mich sein.*“³ Um diese „Schwelle“ zu überwinden, ist es nötig, daß der Klient sich willkommen fühlt und der Therapeut ernsthaftes Interesse signalisiert. Für die Motivation des Klienten ist es von Bedeutung, auch ohne die Einnahme starker Medikamente, Erfolge zu sehen. Das kann beispielsweise dadurch erreicht werden, „*daß wir körperliche Entspannungsverfahren anwenden und damit gleichzeitig demonstrieren, daß sich dadurch Kopfschmerzen oder so was auch reduzieren lassen.*“⁴

Es ist unbedingt erforderlich, Professionalität und eine gewisse Neutralität beizubehalten. Einige Therapeuten „*identify with their clients, joining their movements, go to the freedom marches and things, fine, but it's complicated, because the next hour you have another client.*“⁵ In diesem Falle wird eine therapeutische Beziehung zu einer politischen Beziehung von Solidarität und „kämpferischer Partnerschaft“, die keinen Raum für reparative Prozesse läßt.⁶ Andererseits ist Neutralität jedoch kaum realisierbar und auch nicht wünschenswert. Der Therapeut sollte sogar Partei ergreifen, jedoch auf einer allgemeineren Ebene im Kampf gegen Menschenrechtsverletzungen.⁷

Hauptaugenmerk sollte auf die Förderung von Unabhängigkeit und Eigeninitiative des Klienten gelegt werden, damit er nicht in eine Art Abhängigkeit zum Therapeuten gerät.⁸ „*In fact in solution to the*

1 Vgl. Horvath-Lindberg/Movschenso 1988, S. 195

2 Nach Aussagen von Aycha, Interview vom 08.02.1994

3 Dhawan, Interview vom 17.02.1994

4 Peltzer, Interview vom 03.03.1994

5 Vesti, Interview vom 23.02.1994

6 Vgl. Bustos 1990 a, S. 150

7 Vgl. Buus/Agger 1988, S. 14

8 Nach Aussagen von Dhawan, Interview vom 17.02.1994

*problem is not in the therapist, it is in the client himself; he doesn't know, that's the only problem.*¹ Der Therapeut fungiert nur als „Katalysator“ in diesem Prozeß der Erkenntnis.² Er sollte sich dabei nicht auf frühere Schwächen, sondern grundsätzlich auf die Stärken seines Klienten konzentrieren und immer wieder betonen, daß seine Symptome Merkmal einer vollkommen normalen Reaktion auf „anormale“ Ereignisse sind.³

Da nicht alle Symptome des Klienten rein psychischer Natur sind, ist zu Beginn eine ärztliche Untersuchung notwendig, um organische Ursachen auszuschließen⁴ und damit falsche Schlußfolgerungen zu vermeiden. Dabei ist es nach Meinung des RCT (Rehabilitation and Research Center for Torture Victims) essentiell, gewisse Vorsichtsmaßnahmen zu treffen, da gerade medizinische Untersuchungen angstausslösend und retraumatisierend auf den Klienten wirken können. Beispielsweise kann ein EKG an elektrische Folter erinnern, gynäkologische Untersuchungen an sexuelle Folter, Blutabnahme an die Injektion unbekannter Drogen, Apparaturen und sonstige Gegenstände an Folterwerkzeuge etc. Ebenso können Fragen mit einem Verhör assoziiert oder weiße Kittel und die Anrede „Doktor“ mit oft an Folterungen beteiligten Ärzten in Verbindung gebracht werden.⁵

Auch der therapeutische Prozeß ist gewissermaßen eine „Gratwanderung“, da sich - allerdings unter anderer Zielsetzung - methodische Überschneidungen zur psychischen Folter ergeben können.⁶ Von daher sollten sowohl im medizinischen als auch im therapeutischen Kontext Situationen, die in irgendeiner Form mit Folter assoziiert werden könnten, vermieden werden.

Ein Beispiel professioneller Unsensibilität liefert meiner Ansicht nach die Aussage von GRAESSNER, der der Meinung ist, das sei *„ein Vorurteil ..., was in Kopenhagen geboren wurde, was sich noch nicht ein einziges Mal in unserer Praxis gezeigt hat. Wir können EEG's hier machen, ..., EKG's sowieso, wir können invasive Eingriffe hier*

1 Mathiasen, Interview vom 27.05.1994

2 Nach Staehr 1992

3 Vgl. Ochberg 1988, S. 10; vgl. Schwartz 1990, S. 230

4 Vgl. Bøjholm/Vesti 1992, S. 302

5 Vgl. ebenda; vgl. Kinzie/Fleck 1987, S. 84; vgl. Bouhoutsos 1990, S. 133

6 Vgl. Amati 1993, S. 101; vgl. Wieschhues 1986, S. 49

*machen, ..., aber daß da Retraumatisierungen stattfinden oder Ängste oder Assoziationen aufkommen, das ist überhaupt noch nicht an unsere Ohren gekommen.*¹

Der allgemeine Konsens geht dahin, daß in der Therapie das Trauma konfrontiert werden sollte, was bedeutet, daß der Klient seine traumatischen Erlebnisse mit dem Ziel durcharbeitet, die unterdrückten Emotionen wiederzuerleben, abzureagieren und schließlich zu integrieren.² Als „Einstieg“ kann die Diskussion von Alpträumen oder von aktuellen emotionsbeladenen Ereignissen hilfreich sein, die auf unverarbeitete Erlebnisse in der Vergangenheit hindeuten können.³ LANDRY schlägt einen Einstieg via „checklist“ (Fragebogen) vor⁴; eine Methode, die meiner Meinung nach das nötige „Fingerspitzengefühl“ vermissen läßt.

Für den Klienten ist es einfacher, in der dritten Person zu erzählen, als ob er von einem anderen Menschen sprechen würde.⁵ Die Wiedererinnerung ist jedoch immer mit starken Emotionen verbunden, daher ist ein schrittweises Vorgehen sinnvoll, damit sie nicht außer Kontrolle geraten. Ebenso wenig sollte der Klient zur Konfrontation gezwungen werden, wenn er dazu noch nicht bereit ist.⁶ Sonst könnte die Erinnerung exzessive Angst auslösen und dazu führen, daß der Therapeut als Folterer erlebt wird.⁷

MATHIASSEN ist ebenfalls der Ansicht, daß das Trauma konfrontiert werden sollte, jedoch nur im gegenseitigen Einvernehmen, sonst liefe man Gefahr *„of repeating the trauma, ... We have great respect for the wisdom of the person who goes into that stuff. If the person decides not to confront, we respect that decision.*“⁸ Das RCT jedoch vertritt eine konträre Auffassung. Ihrer Meinung nach müsse der Widerstand des Klienten gebrochen werden, die weitere Behandlung wäre dann unglaublich einfach. *„Once the resistance is broken down,*

1 Graessner, Interview vom 18.02.1994

2 Vgl. Bøjholm/Christensen/Genefke 1993, S. 18

3 Vgl. van der Veer 1992, S. 153

4 Vgl. Landry 1989, S. 351

5 Vgl. van der Veer 1992, S. 229

6 Vgl. Landry 1989, S. 351; vgl. Bouhoutsos 1990, S. 132

7 Vgl. Brett/Ostroff 1985, S. 423

8 Mathiasen, Interview vom 27.05.1994

*the treatment is really incredibly easy.*¹ Diese generelle Vorgehensweise halte ich jedoch für gefährlich, da mit Sicherheit nicht jeder Klient einer solchen „Roßkur“ gewachsen ist.

Es kommt häufig vor, daß sich zu Beginn der Therapie die Symptome verschlimmern. Nach VESTI ist dies Teil des Heilungsprozesses, vergleichbar mit einigen Entzündungen, die, um zu heilen, erst geöffnet werden müßten: *„Whatever defenses are being used, they will be opened up and taken away in the beginning of therapy and this is why you have this painful emotions coming out.*“² Um ein vorzeitiges Abbrechen der Therapie aus diesem Grunde zu verhindern, ist es wichtig, den Klienten vorher über die Möglichkeit einer vorübergehenden Verschlechterung und die Gründe dafür aufzuklären.³

Sind Therapeut und Klient der Meinung, die gesetzten Ziele erreicht zu haben und die Therapie beenden zu können, ist es von Bedeutung, die Therapie nicht abrupt abzubrechen, sondern langsam „ausklingen“ zu lassen. Das „Drama der Trennung“, wie BUSTOS es nannte, stellt einen Prüfstein für die Fähigkeit des Klienten (und die Effektivität der Therapie) dar, mit dem unwiederbringlichen Verlust einer Beziehung von Solidarität, Verbundenheit und Zuneigung fertigzuwerden.⁴ Wie DHAWAN sagte, ist es für den Klienten wichtig zu wissen, wiederkommen zu können. *„Das ist irgendwie wie vom Dreimeterbrett springen, aber sie wissen, ich bin da, und man kann mit mir, auch wenn die Therapie beendet ist, Einzeltermine vereinbaren.“*⁵

Die Menschen, die in den Psychosozialen Zentren in therapeutischer Behandlung sind, sind schwer traumatisierte Menschen, die auf menschliche Anteilnahme, Respekt und Verständnis angewiesen sind. Vor diesem Hintergrund erscheint mir die Aussage von GRAESSNER, daß viele Klienten nur aus sekundären Motiven, d.h. aufenthaltsrechtlicher oder anderer Vorteile wegen kommen, unfaßbar:

1 Ortmann et al. 1987, S. 165

2 Vesti, Interview vom 23.02.1994

3 Vgl. Basoglu 1992, S. 408

4 Vgl. Bustos 1992, S. 338

5 Dhawan, Interview vom 17.02.1994

„Und das bezieht sich mindestens auf ein Drittel der Menschen, wo ich bezweifeln würde, daß das eine primäre Motivation nach Behandlung ist.“¹ Ähnlich respektlos ist die Behauptung von PELTZER, nach dessen Ansicht einige Klienten lieber von einem Deutschen beraten werden wollen, weil „sie Angst haben, daß der Landsmann ... zuviel weiß und die den deutschen Berater verarschen wollen.“²

In den meisten von mir besuchten Zentren gehört die Erstellung von Gutachten und Stellungnahmen ebenso zum Aufgabenbereich. Hierbei besteht jedoch die Gefahr, daß Personen, „die für staatliche Behörden Gutachten zu Folterfragen von Asylbewerbern erstellen, die also mit einer Regierung zusammenarbeiten, die selbst wieder Beziehungen zu Regierungen gefolterter Patienten hat, ... in den Augen therapiebedürftiger Flüchtlinge kaum vertrauenswürdig“³ sind.

Folter muß immer in ihrem Gesamtzusammenhang gesehen werden. Die Isolierung aus ihrem politischen und sozialen Kontext würde eine Transformation des Individuums, des Folterüberlebenden, in eine rein diagnostische Einheit bedeuten, erkennbar nur an Syndromen und Krankheiten.⁴ Die Notwendigkeit gesellschaftspolitischer Arbeit, des Kampfes um die Abschaffung von Folter, Krieg und Elend erwächst nach ADAM aus der Verantwortung diesen Menschen gegenüber, denn „letztendlich machen wir mit dem Leid von anderen Menschen unsere Karriere. Da muß man auch irgend etwas zurückgeben, eine Balance muß da sein, ... daß es Verantwortung gibt, ... für die Flüchtlinge etwas zu tun und zu verändern.“⁵

3.4 Voraussetzungen für den Therapieerfolg

Selbstverständlich reagiert jedes Individuum unterschiedlich, von daher kann es auch kein „Rezept“ für eine erfolgreiche Therapie geben. Es existieren jedoch verschiedene Bedingungen, die sich positiv auf den Therapieverlauf auswirken können. Von besonderer Bedeutung sind hierbei stabile Aufnahmebedingungen, im Idealfall

1 Graessner, Interview vom 18.02.1994

2 Peltzer, Interview vom 03.03.1994

3 Wicker 1991, S. 58

4 Vgl. Bustos 1990 a, S. 151

5 Adam, Interview vom 22.03.1994

die Anerkennung des Flüchtlings als Asylberechtigter.¹ Das RCT in Kopenhagen beispielsweise setzt - als einziges der von mir besuchten Zentren - den Status als Asylberechtigter zur Behandlungsaufnahme voraus, da ihrer Meinung nach die zusätzlichen Belastungen eines Asylbewerbers wie Unsicherheit und Zukunftsangst eine Therapie unmöglich machen würden.²

Sicherlich wirken diese Faktoren erschwerend auf die Therapie ein. Auf der anderen Seite ist jedoch zu bedenken, daß der Patient die Belastung sonst alleine zu tragen hätte.³ Nach Meinung von OASIS, einer „Splitter-Organisation“ des RCT, ist es unverantwortlich, solchen Menschen die Hilfe zu verweigern.⁴ Das schwedische Zentrum des Roten Kreuzes setzt zwar ebenfalls einen gesicherten Status voraus, betreut aber zumindest die Klienten, solange sie noch nicht anerkannt sind, durch eine Gruppe ehrenamtlicher „professionals“.⁵

Allgemein gilt das Prinzip: je eher mit der therapeutischen Intervention begonnen wird, desto besser sind die Erfolgsaussichten, da die Störungen sich vielfach noch nicht „fest etabliert“ haben. „*When the symptoms have gone untreated for many years, then those symptoms can become ... very resistant to treatment.*“⁶ Nach Meinung von LAKRACHE ist aber ein gesicherter rechtlicher Status und frühzeitiger Behandlungsbeginn längst nicht ausreichend, denn die restriktiven Lebensbedingungen, denen die Flüchtlinge in Deutschland ausgesetzt sind, würden eine effektive Therapie von vornherein verhindern. „*Solange diese Bedingungen fortexistieren, werden Krankheitsfälle existieren, werden sich potenzieren.*“⁷

Eine der Grundvoraussetzungen für Therapie ist der Aufbau von Vertrauen zwischen Therapeut und Klienten oder, wie ein Therapeut des RCT es formulierte: „*Trust is not part of the treatment, trust is the treatment.*“⁸ Auf der Basis von Vertrauen - wobei das Vertrauen sich

1 Vgl. Bakhtiar 1992, S. 22; vgl. Aycha 1993, S. 62

2 Nach Aussagen von Molich, Interview vom 22.02.1994

3 Nach Aussagen von Brand, Interview vom 03.02.1994

4 Vgl. Buus/Agger 1988, S. 17

5 Vgl. Horvath-Lindberg/Movschenson 1988, S. 197

6 Schwartz 1990, S. 231

7 Lakrache, Interview vom 26.01.1994

8 Nach Aussagen von Vesti, Interview vom 23.02.1994

ebenso auf die fachliche Kompetenz des Therapeuten erstrecken muß - kann dann eine „working alliance“ (Arbeitsbündnis) aufgebaut werden. Dazu ist nötig, gemeinsam konkrete Ziele zu setzen und sie sich auch immer wieder zu vergegenwärtigen.¹

Des weiteren muß „eine Motivation, sich auf den therapeutischen Prozeß einzulassen“², vorhanden sein. Darüber hinaus ist es wünschenswert, daß der Klient einerseits über stabile zwischenmenschliche Beziehungen verfügt und sich andererseits eines Zusammenhanges zwischen seinen Schwierigkeiten und seinen traumatischen Erlebnissen bewußt ist.³ Nach Ansicht von BRAND sind die Voraussetzungen für eine Therapie psychische Krankheit und eine Krankheitseinsicht.⁴ Eine solche Einstellung sehe ich jedoch als problematisch an, da sie die Natur der Störungen verkennt und traumatisierte Flüchtlinge als „krank“ etikettiert.

Von großer Wichtigkeit ist, daß die Kontinuität der Behandlung gewährleistet ist. Behandlungsunterbrechungen, beispielsweise in Form eines Therapieabbruchs, fördern den Wiedereinsatz von Verdrängungsmechanismen und verhindern eine vollständige Verarbeitung des Traumas. Daher erstaunt mich die Tatsache, daß Therapieunterbrechungen im PSZ Frankfurt nicht unüblich zu sein scheinen. „Von Nachfolgeuntersuchungen weiß ich, daß in der Regel ... ein Abbrechen bedeutet, die Symptome sind besser. Das heißt, es wird sich nicht immer so formal entschuldigt.“⁵ Offensichtlich wird dieses Verhalten stillschweigend toleriert und nicht versucht, die Gründe für das Nichterscheinen zu klären, was meiner Ansicht nach zum Wohle des Klienten notwendig wäre.

Was ist Therapieerfolg?

Man könnte annehmen, daß Therapieerfolg die Behebung der psychischen, kognitiven und somatischen Beeinträchtigungen des Klienten bedeutet, so daß er sein Leben weiterführen kann wie vor dem Trau-

1 Vgl. Dahl 1989, S. 32; nach Aussagen von Mathiasen, Interview vom 27.05.1994

2 Dhawan, Interview vom 17.02.1994

3 Vgl. Brand/Geisler-Scholl 1993, S. 57; vgl. Basoglu 1992, S. 407

4 Nach Aussagen von Brand, Interview vom 03.02.1994

5 Peltzer, Interview vom 03.03.1994

ma. Bei schwer traumatisierten Flüchtlingen ist dies jedoch kaum realisierbar; „*there is no way to integrate the past and go on with life as before.*“¹ Die allgemeine Meinung geht dahin, daß eine vollständige Bewältigung des Traumas nicht möglich ist, jedoch kann durch die Stärkung der Persönlichkeit und die Vergesellschaftung des Traumas das Alltagsleben sehr viel erträglicher gestaltet werden.²

Eine am RCT durchgeführte rückwirkende Untersuchung über die Effektivität von Therapie an 148 Folterüberlebenden - wobei anzumerken ist, daß keine Nachfolgeuntersuchungen durchgeführt wurden - kommt zu folgendem Ergebnis: 18 % wurden als „cured“ (geheilt) und 74 % als „improved“ (verbessertes Zustand) eingeschätzt; somit bleiben 8 %, deren Zustand sich nicht verändert hat. Der Begriff „cured“ wurde definiert als das subjektive Gefühl der Gesundheit und die Fähigkeit zu normalen sozialen Aktivitäten, unabhängig von möglichen verbliebenen, auf Verletzungen zurückzuführenden Symptomen. Unter „improved“ wird die Reduzierung der Folgewirkungen bei gleichzeitig fortbestehenden physischen, psychischen und sozialen Beeinträchtigungen verstanden.³ „*You can cure some, you can alleviate the symptoms for many, but for some you will have very little success.*“⁴

Viele der von mir befragten Therapeuten setzten die Kriterien bezüglich Therapieerfolg relativ niedrig an. So besteht nach DHAWAN Erfolg darin, „*daß die Sicht der Dinge und damit natürlich auch die Umgangsweise damit erweitert wird. Man wird wieder flexibler.*“⁵ BRAND sieht ihn darin, daß der Klient „*subjektiv nicht so leiden muß.*“⁶ AYCHA, der Therapieerfolg anhand einer Klientenaussage beschreibt, ist optimistischer: „*Okay, das ist mir passiert, das ist ein Teil meines Lebens, da war ich verloren, ..., jetzt sehe ich wieder, wer ich bin, ... Ich kann wieder nach vorne sehen.*“⁷ Eine vollständige Integration der traumatischen Erlebnisse ist nach VESTI jedoch kaum möglich:

1 Kinzie/Fleck 1987, S. 91

2 Vgl. Amati, 1993 S. 106; vgl. Bøjholm 1991, S. 302; vgl. Bustos 1990 b, S. 17

3 Vgl. Lunde/Ortmann 1992, S. 325

4 Vesti, Interview vom 23.02.1994

5 Dhawan, Interview vom 17.02.1994

6 Brand, Interview vom 03.02.1994

7 Aycha, Interview vom 08.02.1994

„What has happened to them, will always be there and you are making them having less anxiety and to be able to live with the symptoms. ... It's just like a client said: 'I have taken my bad memories, I have put them in a drawer, I can open it and look at it, but I can close it. But', he said, 'it sometimes opens by itself.'“¹

3.5 Kulturelle Aspekte

Psychotherapeutische Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen bedeutet, mit Menschen aus unterschiedlichsten Kulturkreisen zu arbeiten, mit Personen, deren Herangehensweise an Konflikte und deren Verständnis von Therapie, Krankheit und Trauma denen des Therapeuten entgegengesetzt sein können. Diese Abweichungen basieren auf kulturell unterschiedlichen Ausdrucks- und Verhaltensformen.² Daher ist es zur Vermeidung von Mißverständnissen notwendig, daß der Therapeut zumindest Grundzüge der Kulturen seiner Klienten kennt.

Iraner legen beispielsweise sehr viel Wert auf „elegante“ und höfliche sprachliche Formulierungen, Kritik oder Meinungsverschiedenheiten werden allenfalls „durch die Blume“ geäußert. Ebenso wird älteren Personen, also möglicherweise auch einem älteren Therapeuten, Respekt gezollt, indem man schweigt. Solche Verhaltensweisen könnten den Therapeuten - bei Unkenntnis darüber - leicht irritieren oder zu falschen Schlußfolgerungen verleiten.³ Das mitteleuropäische Sprachverhalten darf somit in der Arbeit mit Flüchtlingen nicht als Maßstab genommen werden. Wie in Punkt 3.1 schon angesprochen, ist es typisch für viele nicht-westliche Kulturen, daß psychische oder emotionale Konflikte somatisch geäußert werden. Viele Symptome können kulturspezifisch sein. Verhalten, welches im westlichen Kontext pathologisch erscheinen mag, kann im Herkunftskontext des Flüchtlings üblich und adaptiv sein.⁴ Der somatische Ausdruck stellt in bestimmten Gesellschaften eine ebenso wichtige

1 Vesti, Interview vom 23.02.1994

2 Vgl. Dahl 1989, S. 21

3 Vgl. Ghareman 1993, S. 5

4 Vgl. van der Veer 1992, S. 38

Sprache dar wie der verbale Ausdruck.¹ Der erste Weg vieler Flüchtlinge führt daher vermutlich zum Arzt, denn in vielen Herkunftskulturen „*gibt es im Grunde nur die medizinische Versorgung und die traditionellen Heiler.*“² Psychologische Interventionen werden mit Skepsis betrachtet. Besonders für viele Männer ist es unüblich, wenn nicht gar tabu, mit anderen über seelische Probleme zu sprechen.³ Darüber hinaus kann der verbale Austausch an sich auf Schwierigkeiten stoßen, da in verschiedenen Sprachen keine Synonyme für bestimmte Begriffe und Emotionen existieren.⁴ In einigen Kulturen Südostasiens beispielsweise gibt es kein Wort für Folter. Sinnverwandte Begriffe sind häufig - wie auch das kambodschanische „*tieru na kam*“ - von dem buddhistischen Begriff „Karma“ abgeleitet, was bedeutet, daß die Erfahrung von Folter als Buße für schlechte Taten in einer früheren Existenz angesehen wird oder zumindest als ein nicht zu beeinflussender Akt des Schicksals.⁵ Daher können die Auffassungen von Klient und Therapeut bezüglich der Definition von organisierter Gewalt und der Selbstdefinition der Überlebenden erheblich differieren.

Die Bedeutung von Mythen und traditionellen Heilern

In vielen Kulturen wird das Leben und Denken der Menschen entscheidend durch ihren Glauben an Magie und das Übernatürliche beeinflusst. Es treten Vermischungen auf zwischen belebt und unbelebt, natürlich und unnatürlich, physisch und psychisch. Das Natürliche bildet mit dem Übernatürlichen eine Einheit.⁶ Die Psyche und damit auch psychische Störungen gelten als von Außenkräften beeinflusst und gesteuert. So werden in einigen Kulturen Krankheiten oder psychische Störungen als Strafe für begangene Sünden angesehen⁷, in anderen als von Gott oder Geistern gesandt oder

1 Vgl. Roche 1988, S. 228

2 Peltzer, Interview vom 03.03.1994

3 Vgl. Dahl, 1989, S. 29

4 Vgl. ebenda, S. 23

5 Vgl. Chester 1990, S. 177; vgl. Mollica/Caspi-Yavin 1992, S. 256

6 Vgl. Dahl 1989, S. 21

7 Vgl. Agger/Jensen 1990b, S. 115

aber als magische Machenschaften von Feinden wie Verfluchung oder dem „Bösen Blick“.¹

Bezüglich der Behandlung wird vielfach ein Heiler, Magier, Kaffeesatzleser, Geistlicher oder Hellseher aufgesucht, die unter dem türkischen Begriff „hoca“ zusammengefaßt werden können.² Hocas gelten als mächtige, undurchsichtige, richtungsweisende, aber auch fürsorgliche Autoritäten, von denen genaue Handlungsanweisungen erwartet werden³, ebenso wie eine Erklärung darüber, welche Macht aus welchem Grunde interveniert hat.⁴ Hocas werden aufgrund verschiedenartigster persönlicher Schwierigkeiten aufgesucht. Auch kann die Kontaktierung eines Hocas darauf abzielen, anderen Personen mittels Magie Schaden zuzufügen oder ihr Verhalten zu beeinflussen.⁵ *„Jedem werden ... verschiedene 'magische Hilfen' zuteil. So wird jedem eine längere Passage aus dem ... Koran vorgelesen. Manchen pustet der Hodscha ins Gesicht, um den bösen Geist (Dschinn) zu vertreiben. Andere erhalten 'Tee mit Gebet drin'. ... Daneben gibt es noch verschiedene Amulette als Schutz vor dem 'Bösen Blick'.“⁶*

Obgleich zwischen den Kulturen selbstverständlich große Unterschiede bezüglich des Glaubenssystems, der angenommenen Ursachen für Störungen und bezüglich Interventionsstrategien existieren, haben doch meiner Meinung nach viele das Element des Magischen gemeinsam, welches dem Individuum seine Verantwortlichkeit und Einflußmöglichkeiten abspricht. Daher werden vom Heiler konkrete Aussagen und Anweisungen zur Behebung von Schwierigkeiten jeglicher Art erwartet. Diese Erwartungshaltung von Autorität und Verhaltensanweisungen wird vielfach auf den westlichen Psychotherapeuten übertragen. *„Klienten, die hierher kommen, sind es nicht gewohnt, daß man ihnen tausend Fragen stellt über die persönliche Geschichte, ... Sie sind gewohnt, daß man ihnen Dinge*

1 Vgl. Dahl 1989, S. 22; vgl. Aycha 1993, S. 71

2 Vgl. Aycha 1993, S. 66; vgl. Röder 1986, S. 127 f.

3 Vgl. Röder 1986, S. 133 ff.

4 Vgl. Dahl 1989, S. 22

5 Vgl. Röder 1986, S. 130 f.

6 Ebenda

sagt, daß man schon weiß, worum es geht.“¹ Daß westliche Behandlungskonzepte nicht immer den Erwartungen der Klienten entsprechen, belegt folgende Aussage: „Von den bislang zwanzig von mir betreuten Patienten hatten elf mindestens einmal einen Hodscha in der Bundesrepublik zur Lösung ihrer Probleme parallel ... aufgesucht oder mit einem Hodscha in der Türkei telefoniert.“²

So gesehen ist die Voraussetzung für den Therapeuten, um überhaupt effektiv mit traumatisierten Flüchtlingen arbeiten zu können, die Kenntnis kultureller Besonderheiten und Heilmethoden der Herkunftsländer ihrer Klienten. Nur so ist es möglich, Weltbild, verbale und nonverbale Kommunikation und das Verständnis von Ursache und Heilung psychischer Störungen vor ihrem kulturellen Hintergrund interpretieren und verstehen und damit entsprechend reagieren zu können. Jedoch muß, so DHAWAN, darauf geachtet werden, auftretende Probleme nicht vorschnell mit dem Etikett „kulturelle Unterschiede“ zu versehen und andere, kulturunabhängige Ursachen außer acht zu lassen.³

3.6 Äußerliche Einflußfaktoren

Äußerliche Faktoren wie Alter, Geschlecht oder die nationale bzw. ethnische Zugehörigkeit des Therapeuten können Auswirkungen auf das Verhalten des Klienten haben und somit das Ergebnis der Therapie entscheidend beeinflussen. So spielt, gerade wenn es um sexuelle Belange geht, die geschlechtliche Zugehörigkeit des Therapeuten eine große Rolle. Bei der Aufarbeitung eines Vergewaltigungstraumas z.B. kann die Befragung durch einen männlichen Therapeuten zu einer Retraumatisierung der Klientin und zu einem Abbruch der Therapie führen.⁴ „For women who have been sexually tortured, both therapist and interpreter must be female.“⁵ Diese Überzeugung hat sich allgemein durchgesetzt, die Gründe hierfür sind offensichtlich. GRAESSNER jedoch ist anderer Ansicht: „Auch dieses

1 Peltzer, Interview vom 03.03.1994

2 Röder 1986, S. 132

3 Vgl. Dhawan 1992 b, S. 38

4 Vgl. Bouhoutsos 1990, S. 132

5 Lunde/Ortmann 1992, S. 320

*Vorurteil, Frauen können nur von Frauen behandelt werden, können wir nicht bestätigen.*¹ Ist der Klient männlich, ist der Sachverhalt nicht mehr so eindeutig. Manche Männer sind eher bereit, mit einem männlichen Therapeuten über eine sexuelle Thematik zu sprechen², andere wiederum haben weniger Schwierigkeiten, sich einer Therapeutin anzuvertrauen.³

Das Alter des Therapeuten ist ebenfalls von Bedeutung. LUNDE und ORTMANN fanden heraus, daß die meisten Klienten einen älteren oder zumindest gleichaltrigen Therapeuten einem jüngeren vorziehen.⁴ Darüber hinaus hat die nationale oder ethnische Zugehörigkeit des Therapeuten großen Einfluß. Nach Meinung von DHAWAN führt die Tatsache, daß der Therapeut ebenfalls Ausländer ist und sich somit leichter in die Lage des Klienten versetzen kann, dazu, daß ihm von vornherein mit einer positiven Erwartungshaltung begegnet wird.⁵ Die Herkunft des Therapeuten aus einem ähnlichen Kulturkreis wie der Klient hat Vorteile: *„Wenn jemand über ein Problem spricht, egal, auch wenn ich aus dem Iran komme, ich bin viel schneller da, wo er sein Problem anspricht, als ein Kollege, der überhaupt keine Ahnung hat vom kulturellen Raum.“*⁶

Stammt der Therapeut aus dem gleichen Land wie der Klient, können Probleme auftreten. Vielfach wird dem Therapeuten - aus Angst, er könnte Kontakte zum Regime des Herkunftslandes unterhalten - von vornherein Mißtrauen entgegengebracht. Ebenso kann eine neutrale oder von der des Klienten abweichende politische bzw. religiöse Überzeugung negative Auswirkungen haben.⁷ Ein weiteres Problem sieht MATHIASSEN in der mangelnden Distanz ausländischer Therapeuten ihren Klienten gegenüber: *„Those people who are from the same cultural context, ... they got really too close in a sense that*

1 Graessner, Interview vom 18.02.1994

2 Vgl. Peltzer 1993 c, S. 59

3 Vgl. van der Veer 1992, S. 229; vgl. Lunde/Ortmann 1992, S. 320

4 Vgl. Lunde/Ortmann 1992, S. 320

5 Nach Aussagen von Dhawan, Interview vom 17.02.1994

6 Aycha, Interview vom 08.02.1994

7 Nach Aussagen von Aycha, Interview vom 17.02.1994; vgl. Aycha 1993, S. 64 f.

*they were overwhelmed much more easily by the problems of their clients.*¹

Generell jedoch gilt diese Konstellation als die Ideale, da eine gemeinsame Muttersprache vorhanden ist, der Therapeut Kenntnis kultureller Hintergründe besitzt und sich ihm verbale und nonverbale Ausdrucksformen des Klienten besser erschließen.² Des weiteren kann er religiöse Aspekte, Sprichwörter, Mythen, Märchen oder Parabeln aus dem kulturellen Kontext in die Behandlung mit einbeziehen.³ Ist der Therapeut deutsch, ist eher eine gewisse Distanz oder Neutralität vorhanden. Daher könnte ein Klient Aychas Meinung nach Aspekte des Bereiches „Schamgefühl“ eher einem Deutschen als einem Landsmann gegenüber ansprechen.⁴ Ein Nachteil allerdings ist, daß bei einer solchen Konstellation die Leichtigkeit der Verständigung meist nicht gegeben ist und daher häufig ein Dolmetscher benötigt wird. Der Großteil der angesprochenen Aspekte gilt im übrigen gleichermaßen für die Person des Dolmetschers.

3.7 Die therapeutische Interaktion

Während des therapeutischen Kontaktes wird der Therapeut immer wieder mit „Geschichten“ über Gewalt, Terror, Schmerz und Leid konfrontiert, die ihn emotional berühren und oft auf Sympathie basierende, aber für eine therapeutische Situation ungewöhnliche Reaktionen auslösen: so fühlt der Therapeut beispielsweise als Reaktion auf eine bewegende Geschichte Tränen aufsteigen oder kalte Schauer seinen Rücken herunterlaufen.⁵ In manchen Situationen jedoch sind nach SCHLAPOBERSKY und BAMBER respektvolles Schweigen oder „die Entrüstung der Tränen“ die einzig angemessene Reaktion.⁶ *„In the end no words can heal and at times nothing can be added to what has been done or said.“*⁷ Der empathischen Offenheit und Involviert-

1 Mathiasen, Interview vom 27.05.1994

2 Vgl. Aycha 1992, S. 32

3 Vgl. Peltzer 1993 c, S. 58

4 Nach Aussagen von Aycha, Interview vom 08.02.1994

5 Vgl. van der Veer 1992, S. 243

6 Vgl. Schlapobersky/Bamber 1988, S. 219

7 Kinzie/Fleck 1987, S. 88

heit des Therapeuten sind aber dadurch, daß er nicht wirklich fähig ist, das Leiden des Klienten zu „erleben“, und dadurch, daß er nicht wirklich Einblick in die Gedanken und Gefühle des Klienten hat, Grenzen gesetzt.¹

Andererseits ist häufig eine gegenteilige Reaktion, der emotionale Widerstand des Therapeuten, sich die traumatische Lebensgeschichte des Klienten anzuhören, zu beobachten; eine „Maßnahme“, um sich vor deren negativen Einfluß auf die eigene Person zu schützen.² Es ist nicht ungewöhnlich, daß einige Therapeuten kurzzeitig Alpträume entwickeln³ oder andere sich von der Hoffnungslosigkeit ihrer Klienten „infizieren“ lassen.⁴ Aus diesem Grunde zögern viele Therapeuten, ihre Klienten zu ihren traumatischen Erlebnissen zu befragen, ebenso aber aus Angst, als zudringlich oder unsensibel aufgefaßte Fragen zu stellen und unkontrollierbare Emotionen auszulösen.⁵ Auch gegenseitige Zweifel am Erfolg der Therapie oder Mißtrauen auf seiten des Klienten sowie Angst vor der Rekapitulation des Traumas können für eine nur teilweise Offenheit verantwortlich sein.⁶ Des weiteren besteht die Gefahr, daß die Bedeutung und Funktion bestimmter Verhaltensweisen - beispielsweise von Widerstand - falsch gedeutet und als „stubborn suffering“ (halsstarriges Leiden) interpretiert werden mit dem Resultat, daß der Therapeut zunehmend gleichgültig wird.⁷

Vielfach ergeben sich aus dem therapeutischen Gespräch auch moralische, philosophische oder politische Fragestellungen. Darauf angemessen zu reagieren kann für den Therapeuten problematisch sein, insbesondere dann, wenn die Auffassungen des Klienten seinen eigenen widersprechen. Einige Therapeuten legen großen Wert auf Solidarität und Übereinstimmung⁸, während andere - meiner Erfahrung nach die meisten - einen humanitären Ansatz verfolgen, der

1 Vgl. Drees 1989, S. 550

2 Vgl. Mollica/Caspi-Yavin 1992, S. 260

3 Vgl. van der Veer 1992, S. 25

4 Vgl. Mollica 1988, S. 300

5 Vgl. Mollica/Caspi-Yavin 1992, S. 260

6 Vgl. Drees 1989, S. 550

7 Vgl. Danieli 1988, S. 289

8 Vgl. Danieli 1988, S. 289

unterschiedliche Sichtweisen zuläßt. „*Whatever political, ideological, or religious ideas may retain or develop are not of special concern to RCT. Our position is to be sympathetic even if the clients' ideas run counter to our own.*“¹ Nicht nur in diesem Zusammenhang ist es von größter Wichtigkeit, daß der Therapeut dem Klienten nicht den Eindruck vermittelt, auf alle schwierigen Fragen die passende Antwort zu haben, und damit zu implizieren, daß seine Sichtweise der Wahrheit näherkomme als die des Klienten. Durch ein solches Verhalten wird der Klient allenfalls in eine defensive und gegnerische Position gedrängt.²

Man darf nicht vergessen, daß auch im therapeutischen Kontext Gefühle von Sympathie oder Antipathie eine Rolle spielen, die - wenn sie geäußert werden - zumindest im letzteren Fall negative Auswirkungen auf die Therapie haben. Kaum ein Therapeut kann sich vollständig von solchen Regungen befreien. Von den Therapeuten, mit denen ich gesprochen habe, geben die meisten zu, solche Situationen erlebt zu haben. Ebenso existieren gewisse Vorlieben bezüglich der Klienten; so zieht PELTZER es beispielsweise vor, mit Klienten gleichen Geschlechts zu arbeiten.³ Bildet sich aber eine ein- oder gegenseitige Ablehnung zwischen Therapeut und Klient heraus, sollte der therapeutische Kontakt aufgehoben und eine andere Lösung für den Klienten gesucht werden. „*When I sit with a torture survivor in my private practice, it happens that I have to say: 'this is not a good idea'. And of course I will have to find somebody else who will take over.*“⁴

3.7.1 Übertragung und Gegenübertragung

Üblicherweise hat der Klient vom ersten Moment an wahrnehmbare Gefühle gegenüber dem Therapeuten, die jedoch - da er den Therapeuten kaum kennt - eher auf einer allgemeinen Haltung basieren als auf realen Erfahrungen. Der Ausdruck dieser Haltung im therapeutischen Prozeß wird „transference“ (Übertragung oder auch

1 Vesti/Somnier/Kastrup 1992, S. 5

2 Vgl. Basoglu 1992, S. 418

3 Nach Aussagen von Peltzer, Interview vom 03.03.1994

4 Vesti, Interview vom 23.02.1994

Projektion) genannt.¹ „*Transference occurs when the client attributes characteristics, emotions and ideas from past relationships to the therapist.*“² JUNG definiert Projektion als „eine unbewußte, d.h. nicht wahrgenommene und unabsichtlich geschehene Hinausverlagerung eines subjektiven seelischen Tatbestandes in ein äußeres Objekt. Man 'sieht' in dieses etwas 'hinein', was nicht oder nur sehr wenig dort vorhanden ist.“³

Das Phänomen der Übertragung ist in jeder Therapie präsent und ermöglicht durch die Arbeit mit internalisierten menschlichen Beziehungen auch die Erkennung ungelöster und „versteckter“ Konflikte und Emotionen.⁴ Nach AMATI hat sie aber nur in dem Falle positive Auswirkungen auf den therapeutischen Prozeß, wenn der Klient den Therapeuten als reales, gütiges Objekt, beispielsweise als „mothering parent“, internalisiert.⁵ Die Übertragung kann ebenso auf intensiven negativen Gefühlen beruhen, was dazu führen kann, daß der Therapeut als derjenige, der dem Klienten Gewalt angetan oder sie verursacht hat, wahrgenommen wird.⁶

Nach VAN DER VEER wird die Gesamtheit der emotionalen Reaktionen des Therapeuten auf seinen Klienten in der therapeutischen Situation als „counter-transference“ (Gegenübertragung) bezeichnet.⁷ Da diese Sichtweise aber auch „normale“ zwischenmenschliche Reaktionen und Emotionen einschließt, die meiner Ansicht nach keine Gefährdung des therapeutischen Prozesses bedeuten, halte ich die Definition von BUSTOS für geeigneter. „*Counter-transference is defined as all antitherapeutic interventions by the therapist which tend to satisfy his/her own unconscious needs evoked by the patient.*“⁸ Solche Interventionen, die darauf abzielen, seine eigenen unbewußten Bedürfnisse - beispielsweise sadistische oder masochistische Bedürfnisse sowie das „Florence Nightingale Syndrom“ oder das „Teilen“ des

1 Vgl. van der Veer 1992, S. 158

2 Bustos 1990 b, S. 17

3 Jung, zit. nach Dhawan 1993, S. 40

4 Vgl. Bustos 1990 b, S. 17

5 Vgl. Bustos 1992, S. 340

6 Vgl. van der Veer 1992, S. 159

7 Vgl. ebenda, S. 242

8 Bustos 1992, S. 341 f.

Leids - zu befriedigen, verhindern eine effektive therapeutische Arbeit.¹ Insbesondere der Umgang mit sexuellen Traumatisierungen erhöht die Gefahr der Gegenübertragung, die sich in „psychologischem Voyeurismus“ äußern kann.²

*“Torture trauma affects the therapeutic relationship far deeper than the classical concept of transference can describe. There is danger of transferred traumatization ... for the therapists. There is danger of splitting the therapeutic team.”*³ Die „übertragene Traumatisierung“, die Kluft zwischen den idealen und tatsächlichen therapeutischen Interventionen, führt ebenso zu Konflikten innerhalb des Teams und der Organisation und zu der Verstärkung pathologischer Züge innerhalb der „Führungsspitze“, was im Extremfall in der Aufgabe primärer Ziele resultiert. In diesem Falle besteht die Gefahr der Ablehnung, Ausbeutung und des Mißbrauchs der Klienten.⁴

Die Auswirkungen auf das Team und die internen Strukturen werden am Beispiel des Berliner Behandlungszentrums deutlich: *„Die Leute ... verlagern eine Reihe von Problemen, die z.T. von den Patienten an uns herangetragen werden, auf die internen Strukturen, also es kommt praktisch zu diesem Mißtrauenssyndrom, ..., schwerblütiger Konkurrenz, ..., Unterstellungen. Also nach einer gewissen Zeit kriegt man in solchen Einrichtungen, einfach aufgrund des Umgangs mit der Thematik, Schwierigkeiten.“*⁵

3.7.2 Die Verschwörung des Schweigens

Das so häufig nach Erfahrungen organisierter Gewalt auftretende Schweigen über diese Erlebnisse erstreckt sich nicht nur auf die Familie des Überlebenden⁶, sondern ebenso auf die Gesellschaft im allgemeinen und auf den therapeutischen Prozeß. Diese fehlende Kommunikation wird als „conspiracy of silence“ (Verschwörung des

1 Vgl. Bustos 1990 b, S. 17

2 Vgl. Bustos 1990a, S. 156

3 Lansen 1994

4 Vgl. Bustos 1990 a, S. 147 f. und S. 160

5 Graessner, Interview vom 18.02.1994

6 Vgl. dazu 2.6

Schweigens) bezeichnet.¹ Verantwortlich für diese Entwicklung ist die Tendenz, die Existenz des Problems organisierter Gewalt zu leugnen, und der Versuch, die Auseinandersetzung mit ihren Konsequenzen zu vermeiden und damit auch die Auseinandersetzung mit der Frage nach der eigenen Komplizenschaft und Mitschuld.² Ein aktuelles Beispiel für eine solche Verschwörung des Schweigens findet sich in Deutschland: den Greuelthaten des Holocausts folgte eine Mauer des Schweigens, die bis heute andauert.

Dieses Schweigen, das auch in den therapeutischen Prozeß einbrechen kann, äußert sich in der Form, daß Therapeut und Klient - symbiotisch miteinander verbunden - die Diskussion traumatischen „Materials“ entweder vollständig oder zu einem großen Teil vermeiden.³ Wenn traumatisierte Flüchtlinge beginnen, *„die Einzelheiten ihrer Folterung zu schildern, stellen sich eine kalte Stille und ein unbewußter Widerstand bei den meisten europäischen Zuhörern ein. Es ist auch fast unmöglich, diese grausamen, schockierenden ... >unglaublichen Geschichten< zu glauben.“*⁴ Die unmittelbare Reaktion des gefolterten Flüchtlings darauf ist ein Rückzug, eine Abwendung von den potentiellen Helfern, die ihrerseits froh sind, daß ihnen die abstoßenden Details erspart bleiben.⁵

Diese Verschwörung des Schweigens findet sich auf allen Beziehungsebenen des Klienten; ebenso kann sie zwischen dem Therapeuten und der Gesellschaft existieren. *„Ich begann damit, bei mir eine Hemmung festzustellen, die Geschichten meiner Patienten darzustellen, im Detail zu schildern und beispielhaft anzuwenden, als ob >diese Themen< ansteckende Aspekte enthielten, die im Privaten und Geheimen der therapeutischen Sitzung verbleiben müßten.“*⁶ Das Schweigen, sowohl in der Beziehung zum Klienten als auch zur Gesellschaft, führt AMATI auf das Gefühl der Scham als Phänomen der Gegenübertragung zurück.⁷

1 Vgl. Danieli 1988, S. 279

2 Vgl. van Willigen 1992, S. 289

3 Vgl. Bustos 1990 a, S. 154; vgl. Bustos 1992, S. 342

4 Eitinger 1991, S. 12

5 Vgl. ebenda

6 Amati 1993, S. 103

7 Vgl. ebenda

3.8 Supervision

Supervision kann beschrieben werden als eine intensive, unterstützende, zwischenmenschlich und emotional orientierte Beziehung, in der eine Person die Aufgabe hat, die Entwicklung therapeutischer Kompetenz in der oder den anderen Personen zu fördern.¹ *„Der Schrecken, mit dem der Therapeut konfrontiert wird, ist so groß, daß kein Mensch es alleine schaffen kann, und nur ein direkter Kontakt mit anderen Therapeuten kann die Spannung und die erfahrene Angst erleichtern.“*²

In der therapeutischen Arbeit mit Menschen, die extreme Erfahrungen durchlebt haben, werden auch schmerzvolle Erlebnisse und Gefühle des Therapeuten aktiviert; die Bearbeitung dieser unbewußten Gefühle muß gute Supervision zum Ziel haben. *„You can't go deeper into a problem as a therapist as you have done with yourself, ... we tend to put the tortured person on a pedestal, unreachable for our feelings, but when we meet him eye to eye ..., he touches the deepest part of our own experiences, good supervision should be to touch that part of ourself.“*³

Ferner kann nur durch eine kontinuierliche Auswertung des therapeutischen Prozesses die Qualität der Therapie gewährleistet, Gegenübertragungs-Reaktionen bearbeitet und Fehlverhalten des Therapeuten vermieden werden. Eines der wichtigsten Resultate von Supervision ist die Verhinderung eines „burn-out-Syndroms“.⁴ „Burn-out“ bezieht sich auf das Phänomen, daß einige Therapeuten nach einer gewissen Zeit depressiv, gelangweilt und entmutigt werden, daß sie somatische Symptome entwickeln und schließlich Sympathie durch eine zynische und gleichgültige Haltung den Klienten gegenüber ersetzt wird.⁵

Gerade in der Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen müssen daher Supervision und Teambesprechungen zur Aufrechterhaltung der Arbeitsfähigkeit und Professionalität höchste Priorität eingeräumt

1 Vgl. Lansen 1994

2 Kemp-Genefke/Vesti 1990, S. 29

3 Söder, zit. nach Dhawan 1992 b, S. 41

4 Vgl. Vesti/Somnier/Kastrup 1992, S. 50

5 Vgl. van der Veer 1992, S. 241

werden. In diesem Sinne kann Supervision gewissermaßen auch ein Kontrollinstrument zur Wahrung von Qualität und ethischen Standards dienen.

3.9 Der Einsatz von Dolmetschern

Durch die Nationalitäten- und Sprachenvielfalt der Klienten in den Zentren - OASIS beispielsweise betreute im Jahre 1993 Klienten 27 verschiedener Nationalitäten¹ - läßt sich in den wenigsten Fällen eine muttersprachliche Therapie anbieten, denn, wie GRAESSNER es so treffend formulierte: *„Wir können hier einige Sprachen, aber ich kann unseren arabisch-türkisch-kurdisch sprechenden Sozialarbeiter nicht als Dolmetscher hier verwursten.“*² Somit ist man vielfach auf den Einsatz professioneller Übersetzung angewiesen. Ich werde mich im folgenden auch nur auf professionelle Dolmetscher beziehen und nicht auf oft von Klienten zum Übersetzen mitgebrachte Freunde oder Verwandte, die dafür völlig ungeeignet sind. *„Das ist eine Katastrophe, da hat man entweder zwei Klienten, oder ich weiß nicht, wer da mit wem redet.“*³

Bedenken wurden geäußert, daß die Erweiterung der therapeutischen Sitzung durch eine dritte Partei, einen Nicht-Therapeuten, einen Bruch der Vertraulichkeit darstellt.⁴ So sind tatsächlich viele Klienten, wie im vorangegangenen Abschnitt schon angedeutet, aus politischen oder privaten Gründen Dolmetschern gegenüber mißtrauisch.⁵ In diesen Fällen sollte ein Staatsangehöriger des Gastlandes als Dolmetscher herangezogen werden.⁶ In beiden Fällen jedoch sollte unbedingt während der gesamten Therapiedauer derselbe Dolmetscher eingesetzt werden.⁷

Der Dolmetscher ist der erste Adressat der Probleme des Klienten und verspürt durchaus den Impuls, selbst zu helfen. Gleichzeitig aber

1 Vgl. OASIS 1994, S. 8

2 Graessner, Interview vom 18.02.1994

3 Dhawan, Interview vom 17.02.1994

4 Vgl. Bouhoutsos 1990, S. 134

5 Vgl. Buus/Agger 1988, S. 15

6 Vgl. Vesti/Kastrup 1992, S. 354

7 Vgl. Agger/Jensen 1990 b, S. 119

erwartet der Therapeut eine möglichst genaue und neutrale Übersetzung in beiden Richtungen, auch wenn die Interventionen des Therapeuten konträr zu der Auffassung des Dolmetschers sind.¹ So kann es leicht zu Inhaltsverzerrungen kommen, deren Entstehung ebenso begünstigt wird durch ungenügende Kenntnis psychologischer Zusammenhänge, durch die Zusammenfassung langer Antworten des Klienten und durch die Beschränkung der Übersetzung darauf, was gesagt wurde, aber nicht, wie es gesagt wurde. Der häufigste Grund für solche Verzerrungen ist jedoch der Versuch des Dolmetschers, den manchmal unzusammenhängenden oder unverständlichen Aussagen der Klienten einen Sinn zu geben.² In dieser Hinsicht kann der Dolmetscher als „Filter“ angesehen werden, der wissentlich oder unwissentlich Informationen nicht oder verzerrt wiedergibt.

Andererseits kann jedoch der Einsatz von Dolmetschern auch Vorteile für den therapeutischen Prozeß mit sich bringen. Nach VESTI ist der Dolmetscher „*not just an interpreter. There are many things we don't know about cultures in the Middle East, gestures, expressions, and they will not only translate the words but also the meaning.*“³ Hinzu kommt, daß „*he/she knows when there is a communication gap between the therapist and the client, and he/she is able to decode the client's unspoken language.*“⁴ Der Dolmetscher kann also ebenso eine wichtige zusätzliche Informationsquelle für den Therapeuten darstellen, da ihm sprach- und kulturspezifische Nuancen bekannt sind, die dem Therapeuten verschlossen bleiben. Darüber hinaus hat das Dolmetschen „*sehr viel mit Einfühlen zu tun ... , es ist nicht nur eine Telefonleitung sozusagen.*“⁵

Die Übersetzung im therapeutischen Bereich stellt besondere Anforderungen an die Dolmetscher. Daher fungieren sie nach Meinung von AYCHA „*schon teilweise als Co-Therapeuten*“⁶. Da dieses Arbeitsfeld nicht nur für den Therapeuten, sondern auch für

1 Vgl. Aycha 1992, S. 34

2 Vgl. Marcos 1979, S. 173

3 Vesti, Interview vom 23.02.1994

4 Ghareman 1993, S. 6

5 Dhawan, Interview vom 17.02.1994

6 Aycha, Interview vom 08.02.1994

den Dolmetscher sehr schwierig und emotionsbeladen ist, ist auch hier begleitende Supervision zwingend erforderlich. Ebenso sollten kontinuierlich Weiterbildungen über therapeutische Zusammenhänge und flüchtlingsspezifische Dinge abgehalten werden. Allgemein besteht die Überzeugung, daß eine Therapie mit Dolmetscher sicherlich nicht die optimale Methode ist, sofern aber eine gute Ausbildung und Betreuung gewährleistet sind, können die positiven Aspekte überwiegen. *„When you are working with people who are telling you the most horrible stories, then it's actually nice to have a third person there.“*¹

Die Gesamtheit der verschiedenen Faktoren, die den Charakter der therapeutischen Beziehung bestimmen, werden meiner Meinung nach gut an folgendem Schaubild² deutlich:

1 Vesti, Interview vom 23.02.1994

2 Vgl. Aycha 1992, S. 31

BERATER:

|
|
Sprachfähigkeiten
|
Kulturelle Faktoren
|
Professionelle Faktoren:
Berater/innen
Therapeut/innen
spezielle Ansätze

Berater:

1. gemeinsame Muttersprache
2. Fremdsprache/Muttersprache
3. Gemeinsame Fremdsprache
4. Muttersprache/Fremdsprache
5. Dolmetschereinsatz
6. Notlösungen

KLIENT:

|
|
Sprachfähigkeiten
|
Kulturelle Faktoren:
Stadt/Land, Schicht,
traditionelle/moderne
Orientierung, Religion
|
Persönlichkeitsfaktoren:
Geschlecht, Alter, politische
Einstellung, Bildungsstand,
Fluchterfahrungen

1. |
2. |
3. :Klient
4. |
5. |
6. |

4 *Behandlungsmethoden und Behandlungseinrichtungen*

4.1 **Allgemeine Ziele von Therapie**

Obgleich die angewendeten Methoden sehr stark variieren, gibt es doch bezüglich der Zielsetzung von Behandlung viele Gemeinsamkeiten. *„Psychotherapy should begin with reconstruction and review of the past, move on to present difficulties, and conclude when adaptive mechanisms for future use are in adequate state of recovery.“*¹

Als das Hauptziel von Therapie gilt allgemein die Integration der traumatischen Erlebnisse in die Persönlichkeit des Überlebenden, womit sich ebenso der kontinuierliche, verderbliche Einfluß des Traumas auf die Gefühle, Gedanken und Handlungen des Individuums reduziert.² Die traumatischen Erfahrungen müssen *„angenommen werden, will man nicht ständig einen inneren Krieg gegen die Gespenster der eigenen Vergangenheit führen.“*³ Dazu muß, so SAPORTA und VAN DER KOLK, das Trauma entweder in bestehende kognitive Schemata integriert werden, oder es müssen bezüglich der eigenen Person und ihrer gesamtgesellschaftlichen Bedeutung neue Annahmen, Überzeugungen und Erwartungen entwickelt werden.⁴

*„The process of healing, whether it be on the part of the client, the family, community, or civilization, is a work dedicated to the necessity of remembering.“*⁵ Der Prozeß der Heilung - sofern man in diesem Zusammenhang überhaupt von „Heilung“ sprechen kann - bedingt sowohl auf privater als auch auf öffentlicher Ebene die Notwendigkeit des Erinnerns. Die Erinnerung an die traumatischen Erlebnisse, die

1 Horowitz, zit. nach Bouhoutsos 1990, S. 132

2 Vgl. Basoglu 1992, S. 419; vgl. Saporta/van der Kolk 1992, S. 169

3 Krystal 1991, S. 240

4 Vgl. Saporta/van der Kolk 1992, S. 169

5 Chester 1990, S. 178

Konfrontation des Traumas und das Wiedererleben und Abreagieren der damit verbundenen Gefühle gelten daher für viele Therapeuten als Voraussetzung für eine spätere Integration der Erfahrungen.¹ Durch das Sprechen über die traumatischen Erlebnisse wird das Leid externalisiert² bzw. depersonalisiert und politisiert.³

Bezüglich eines traumaorientierten Ansatzes und der Idee der Integration der Vergangenheit werden jedoch auch kritische Stimmen laut. Während DREES der Ansicht ist, daß „*focusing upon trauma and emotions may even deepen the suffering of the victim*“⁴, vertritt KRYSTAL folgende Meinung: „*Wenn die Überlebenden ... das, was ihnen geschehen ist, als etwas in seinen Ursachen Gerechtfertigtes akzeptieren sollen, so besagt das, daß sie ... die sich jeder Logik entziehenden Ereignisse ebenfalls als etwas hinnehmen sollen, das von seiner Entstehung her gerechtfertigt ist.*“⁵ Obwohl DREES' Kritik sicherlich in einigen Fällen seine Berechtigung haben mag, denke ich doch, daß im allgemeinen eine Konfrontation sinnvoll ist, jedoch nur unter gewissen Einschränkungen wie beispielsweise der Bereitschaft des Klienten zur Konfrontation.⁶ Ebensovienig halte ich die Annahme von KRYSTAL für unbedingt zutreffend, da meiner Meinung nach eine Integration der Erlebnisse als etwas nicht mehr zu Änderndes, der Vergangenheit Angehöriges, längst nicht gleichbedeutend ist mit einer Akzeptanz ihrer Ursachen.

Die Behandlung zielt darauf ab, das Individuum aus seiner Opferrolle zu befreien, ein Gefühl von Kontrolle des eigenen Lebens und aktiver Entscheidungsfähigkeit wiederherzustellen, um vorherrschende Gefühle von Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit zu neutralisieren und Angst und Depression zu reduzieren.⁷ „*Zielrichtung ist, die Handlungsfähigkeit des Klienten zu fördern, nicht so eine ungesunde Art von Solidarisierung*“⁸, wobei es nicht darum geht, real vor-

1 Vgl. Vesti/Somnier/Kastrup 1992, S. 44; vgl. Dachs 1993, S. 81

2 Vgl. Bustos 1992, S. 337; vgl. Barudy 1993, S. 38

3 Vgl. Basoglu 1992, S. 417

4 Drees 1989, S. 553

5 Krystal 1991, S. 246

6 Vgl. dazu 3.3

7 Vgl. Vesti/Kastrup 1992, S. 357; vgl. Yüksel 1991, S. 306; vgl. Basoglu/Mineka 1992, S. 215

8 Dhawan, Interview vom 17.02.1994

handene Restriktionen zu leugnen, sondern darum, „Handlungsnischen“ zu finden.¹

Der Klient muß seine Identität von der eines „Opfers“ zu der eines „Überlebenden“ weiterentwickeln. Er muß das Trauma annehmen, bei gleichzeitiger Orientierung auf die Zukunft.² Um dieses Ziel erreichen zu können, ist es nötig, dem Klienten zu ermöglichen, Verlorenes zu betrauern, um damit den Weg zur Rückgewinnung von Phantasie und Realität zu öffnen.³ Therapie zielt ebenso darauf ab, irrationale Einstellungen bezüglich der eigenen Schuld zu verändern, wobei die Annahme des Überlebenden eigener genereller Charakterchwäche durch die Erkenntnis ersetzt werden sollte, sich in einer bestimmten Situation in einer für ihn nicht gutzuheißenden Weise verhalten zu haben. Des weiteren muß klar und deutlich eine Schuldzuweisung an das folternde System erfolgen.⁴

Mit dem Argument, daß eine Veränderung der politischen Interessen des Überlebenden bedeutet: „*Torture has worked*“⁵, gilt die Wiederherstellung der politischen Ideologie des Überlebenden vielen Therapeuten ebenso als ein wichtiges Ziel. Darüber hinaus beeinflusst das politische Bewußtsein sowohl das „Therapieergebnis“ als auch den Prozeß der psychischen Integration und sollte daher nicht außer acht gelassen werden.⁶

Ziel von Therapie ist ebenso die Verminderung von Symptomen, was zu einer Verbesserung des „sozialen Funktionierens“ beiträgt. Voraussetzung dazu ist jedoch der Wiederaufbau der Fähigkeit, Beziehungen zu anderen Menschen aufzubauen und Bindungen mit der Umwelt einzugehen.⁷ „*An essential feature for recovery ... is reestablishing and normalizing attachments to others.*“⁸ Um aber wieder befriedigende Beziehungen mit der Umwelt etablieren zu können, ist einerseits ein gewisses Grundvertrauen nötig und

1 Nach Aussagen von Dhawan, Interview vom 17.02.1994

2 Vgl. Chester 1990, S. 173; vgl. Kastrup et al. 1987, S. 341

3 Vgl. Becker 1991, S. 332

4 Vgl. Basoglu 1992, S. 416; vgl. Buus/Agger 1988, S. 14

5 Vesti/Somnier/Kastrup 1992, S. 71

6 Vgl. Vesti/Kastrup 1992, S. 357; vgl. Buus/Agger 1988, S. 14

7 Vgl. Basoglu 1992, S. 408; vgl. Dhawan 1993, S. 37; vgl. Bakhtiar 1992, S. 22

8 Saporta/van der Kolk 1992, S. 169

andererseits das Erlernen und Erproben neuer, anderer Verhaltensweisen. Therapeutische Arbeit muß also immer auch auf die Rückgewinnung von „basic confidence“ ausgerichtet sein sowie Aspekte des Neu-, Um- bzw. Verlernens und der Auffüllung von Lerndefiziten beinhalten.¹ „*Psychotherapy attempts to be both an emotional experience, in which grief can be worked through, and a learning experience in which the meaning of motivation and behaviour concerning the personal as well as the social reality can be discovered.*“²

„*Long-term treatment attempts to help participants >get better< rather than just >feel better<.*“³ Eine Stabilisierung des Klienten im Sinne einer Besserung der psychischen Symptome und Beeinträchtigungen ist nur unter aktiver Mithilfe des Klienten möglich, denn „auch der beste Therapeut kann nicht eine Selbsttätigkeit ersetzen.“⁴ Der Therapeut kann allenfalls den Anstoß zu Veränderungen geben, die Ausführung aber liegt allein bei dem Klienten. Daher muß verstärkt Wert auf „Hilfe zur Selbsthilfe“ gelegt werden.⁵ Als Grundregel gilt: der Therapeut sollte den Klienten befähigen, Dinge zu ändern, die zu ändern sind, und Dinge zu akzeptieren, die nicht zu ändern sind.⁶

Die Therapieziele lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

- 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
- Hilfe zur Selbsthilfe
- Integration der Vergangenheit
- Zukunftsorientierung

1 Vgl. Bustos 1990 b, S. 16; vgl. Dührssen 1988, S. 10 f.

2 Dominguez/Weinstein 1987, S. 78

3 Danieli 1988, S. 288

4 Lakrache, Interview vom 26.01.1994

5 Vgl. Drees 1991, S. 323

6 Vgl. van der Veer 1992, S. 116

4.2 Therapien mit begrenzter Zielsetzung

Jedes Individuum reagiert anders auf traumatische Erlebnisse. Es gibt kein universelles Symptombild, das auf jeden Klienten gleichermaßen zutrifft. Daher kann es auch keine universelle Therapiemethode zur Behandlung geben. Die Therapie muß den Bedürfnissen und Fähigkeiten des einzelnen angepaßt werden.

Da nicht jeder Überlebende organisierter Gewalt intensive Psychotherapie benötigt, profitieren die meisten von einer kurzzeitigeren, unterstützenden Therapie, die sich eher auf Probleme des täglichen Lebens, auf „coping“-Mechanismen des Klienten und auf seine charakterlichen Stärken konzentriert. Ebenso wird durch eine detaillierte Darstellung von organisierter Gewalt und ihrer Auswirkungen versucht, die Entwicklung eines negativen Selbstbildes des Klienten zu verhindern.¹ Der Therapeut versucht, diese limitierten Ziele in der kürzest möglichen Zeit zu verwirklichen, wie beispielsweise ein angemessenes „Funktionieren“ auf kurze Sicht oder die Reduktion von Symptomen.²

Diese Form von Therapie wird angewendet, wenn der Klient aufgrund einer schwachen Persönlichkeitsstruktur nicht in der Lage zu sein scheint, mit starken Emotionen umzugehen, oder wenn nur ein unzureichendes soziales Netz bzw. eine unzureichende Tagesstruktur vorhanden ist, die zu seiner emotionalen Unterstützung beitragen könnte.³ STAEHR führt als weitere Indikatoren ebenso akute psychotische Züge, Medikamenten- oder Alkoholmißbrauch und eine unterdurchschnittliche Intelligenz an.⁴ Auch paranoide Züge gelten als Indikatoren für eine kurzzeitige Therapie.

Kritiker behaupten jedoch, Kurzzeit-Therapien ignorieren die Chronifizierung der Symptome und bagatellisieren somit das Trauma.⁵ Andererseits beinhalten sie für den ohnehin labilen Klienten die Gefahr von „abandonment“⁶, das mit „fallenlassen“ übersetzt werden könnte.

1 Vgl. Kemp-Genefke/Vesti 1990, S. 27; vgl. van der Veer 1992, S. 117

2 Vgl. van der Veer 1992, S. 117 und 125

3 Vgl. ebenda, S. 117 f.

4 Vgl. Staehr 1992

5 Vgl. Kinzie/Fleck 1987, S. 86

6 Vgl. Kinzie et al. 1990, S. 917

Unter Therapien mit beschränkter Zielsetzung habe ich verschiedene Methoden und Ansätze zusammengefaßt, die ich im folgenden kurz darstellen möchte.

Krisenintervention

Eine psychologische Krise ist charakterisiert durch einen Zustand von Verwirrung, einhergehend mit starken, unkontrollierbaren Emotionen, die in einer Desorganisation der Persönlichkeit oder einem emotionalen Zusammenbruch enden können und ebenso das Risiko aggressiven, bizarren oder suizidalen Verhaltens beinhalten. Sie besteht aus drei Komponenten, wobei die erste sich auf unassimilierte Erfahrungen der Vergangenheit bezieht und die zweite auf zusätzliche aktuelle Probleme. Die dritte Komponente stellt das Resultat der Interaktion der ersten beiden dar. Aktuelle Ereignisse können so schmerzhaft Erinnerungen auslösen, daß der traumatisierte Flüchtling ihrer Bewältigung nicht mehr gewachsen ist.¹ *„Mit seelischen Konflikten und Problemen wird ... so lange gewartet, bis es zum Ausbruch von Symptomen ... kommt. Somit ist also die Krisenintervention die meist vorkommende Vorgehensweise in der Praxis.“*²

Angesichts einer Krise ist der Therapeut konfrontiert mit Problemen, die sich sehr intensiv darstellen und erhöhte Wachsamkeit und sofortige Reaktionsbereitschaft erfordern. Die Interventionen des Therapeuten müssen auf die Stabilisierung des Individuums ausgerichtet sein. Dazu ist aber oft praktische Hilfe nötig, sei es durch Kontaktierung des sozialen Umfelds oder von Behörden/Institutionen, die zur Lösung des Problems beitragen könnten. Nach der Identifizierung des Problems und aktiver Hilfestellung wird dazu übergegangen, Bewältigungsstrategien des Klienten zum Umgang mit aktuellen Problemen zu mobilisieren.³ Aus einer Krisenintervention ergibt sich vielfach eine langfristige Therapie.⁴

1 Vgl. van der Veer 1992, S. 161 und 163

2 Aycha 1993, S. 68

3 Vgl. van der Veer 1992, S. 163 f. und 166

4 Vgl. Aycha 1993, S. 68

Supportative Therapie

Die Supportative Therapie wird von STAEHR folgendermaßen definiert: „*Strengthening of weakened structures of the personality without involving the deeper understanding of the individual.*“¹ Häufige Ansatzpunkte sind praktische Dinge, wie der Umgang mit körperlichen Beeinträchtigungen, genauso aber soziale Belange wie Wohnungssuche, Sprachkurse, Weiterbildung etc.² Ebenso wird durch die Diskussion von allgemeinen Gedanken und insbesondere negativen Gefühlen des Flüchtlings - dadurch, daß der Therapeut sie als gerechtfertigt und verständlich anerkennt - die Affekttoleranz des Klienten erhöht.³

Des weiteren versucht die Supportative Therapie zum Zwecke der tieferen Einsicht in menschliche Interaktion, nahe zurückliegende und aktuelle Erfahrungen mit anderen Menschen zu analysieren und so dem Flüchtling aufzuzeigen, wie negative Situationen zu vermeiden und positive herbeizuführen sind.⁴ Die Erklärung und das Verständlichmachen der Ursachen von Symptomen können in Verbindung mit einer Stärkung der positiven Aspekte der Lebensführung des Flüchtlings ebenfalls positive Auswirkungen auf seine Psyche haben.⁵ Darüber hinaus wird unterstützende Therapie nicht nur isoliert, sondern häufig in Verbindung mit konfrontierender Therapie angewendet; im RCT beispielsweise nimmt sie ca. 25-30 % jeder Sitzung in Anspruch.⁶

„Stress Management Program“

Nach FLANNERY zeichnen sich „streßresistente“ Personen dadurch aus, daß sie Kontrolle und Engagement in ihrem Leben zeigen, eine stabile Tagesstruktur haben und sich aktiv um soziale Unterstützung bemühen. Ein genereller Glaube an ihre Fähigkeit, Probleme lösen zu können, läßt sie negative Affekte handhaben und resultiert in einem allgemeinen Zustand von Wohlbefinden. Ziel des „stress

1 Staehr 1992

2 Vgl. Vesti/Kastrup 1992, S. 354; vgl. Bøjholm/Christensen/Genefke 1993, S. 19

3 Vgl. van der Veer 1992, S. 127

4 Vgl. Peltzer 1993 b, S. 156

5 Vgl. van der Veer 1992, S. 129

6 Vgl. Vesti/Kastrup 1992, S. 354

management programs“ ist es, die Strategien dieser stressresistenten Personen traumatisierten Flüchtlingen „beizubringen“. ¹

Dieser Ansatz beinhaltet zum einen die tägliche Durchführung sportlicher Aktivitäten - selbst wenn es anfangs nur Spaziergänge sind - zur Streßminderung und Steigerung des körperlichen Wohlbefindens. ² Auch wird Wert auf eine gesunde Ernährung gelegt; auf Zucker, Koffein, Nikotin und Fertigprodukte sollte möglichst verzichtet werden. Entspannungsübungen und das Trainieren genereller „coping“-Strategien und spezifischer Fertigkeiten stellen ebenfalls einen wichtigen Bereich dieses Ansatzes dar. ³

Eine weitere Stütze ist die Förderung von „spirituality“ (Geistigkeit), womit nicht notwendigerweise religiöse Konzepte gemeint sind, sondern einfach ein Gefühl der Zugehörigkeit und des Lebendigseins. Ebenso haben Humor als unerschöpfliche Energiequelle und die Fähigkeit, über sich selbst und über Schwierigkeiten zu lachen, einen festen Platz im „stress management program“. ⁴ Durch Sport, gesunde Ernährung, Entspannung und das Trainieren bestimmter Fähigkeiten sollen, ebenso wie durch „spirituality“ und Humor, traumatisierte Flüchtlinge lernen, ihre Hilflosigkeit zu überwinden, Selbstvertrauen zurückzugewinnen und sowohl körperliches als auch geistiges Wohlbefinden zu erlangen.

Weitere Methoden

„Skills training“ (Fertigkeits-Training) beinhaltet die Identifizierung von Verhaltensdefiziten, die die psychischen Beeinträchtigungen des Individuums bedingen, seien es Aggressivität, Beziehungsstörungen oder Problemlösestrategien. Die Interventionen konzentrieren sich sowohl auf die Förderung von früher erlernten, aber „verschütteten“ Verhaltensweisen als auch auf das Erlernen neuer Verhaltensmuster. Der Klient trainiert, die Auslöser seines problematischen Verhaltens zu erkennen, und erwirbt damit auch neue Fähigkeiten im sozialen, beruflichen und zwischenmenschlichen Bereich. ⁵

1 Vgl. Flannery 1987, S. 218

2 Vgl. Merwin/Smith-Kurtz 1988, S. 61 f.

3 Vgl. Flannery 1987, S. 226

4 Vgl. Merwin/Smith-Kurtz 1988, S. 67 ff.

5 Vgl. Keane/Albano/Blake 1992, S. 384 f.

„Stress inoculation training“, was mit Streß-Immunisierungstraining übersetzt werden könnte, ist ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches „Methodenpaket“ zur Linderung jeglicher Form von Streß. Ähnlich der biologischen Vorstellung der Immunisierung gegen Krankheiten, geht dieser Ansatz davon aus, daß ein dosiertes Aussetzen des Individuums gegenüber angstausslösenden Stimuli dessen Fähigkeit, Angst zu tolerieren, positiv beeinflusst, wodurch die Anfälligkeit für Streß reduziert wird.¹

„Trauma debriefing“, eine Art „Nachbesprechung“ des Traumas, sollte am besten unmittelbar nach den traumatischen Erfahrungen mit dem Ziel stattfinden, dem Überlebenden die emotionale und kognitive Verarbeitung der Erlebnisse zu ermöglichen. Durch diese frühzeitigen Interventionen kann die Entwicklung und Manifestierung von Symptomen verhindert werden.²

Ferner existiert eine Kuzzeit-Therapie, die sich hauptsächlich auf innere Bilder und Phantasien des Klienten konzentriert, um die subjektive traumatische Erfahrung „aufzubrechen“. Dies geschieht analog dem chemischen Prozeß des Aufbrechens eines Makromoleküls in eine Vielzahl von einzelnen Elementen, die wiederum die Möglichkeit zu neuen Kombinationen beinhalten. Dieser Ansatz macht sich auch die Methode des Rollentausches zunutze, allerdings in der Form, daß der Klient „*in a shock-like fashion*“ mit dem den Folterer verkörpernden Therapeuten konfrontiert wird.³ Ein Ansatz, der trotz der von DREES gezogenen Parallele meiner Ansicht nach nichts mit dem „befreienden“ Rollentausch des Psychodramas⁴ gemein hat, sondern im Gegenteil eher zu einer Fixierung des Traumas beitragen kann.

Soziale Beratung

Die soziale Beratung ist zwar keine Therapieform im herkömmlichen Sinne, obwohl sicherlich vielfach Vermischungen auftreten. Da sie sich aber ebenso wie Kurzzeit-Therapien zum Ziel setzt, dem Individuum in einigen konkreten Bereichen Hilfestellungen zu leisten

1 Vgl. ebenda, S. 391 f.

2 Vgl. ebenda, S. 384 f.

3 Vgl. Drees 1989, S. 549-554

4 Vgl. dazu 4.3.2

und dadurch auch den Allgemeinzustand des Klienten positiv beeinflusst, habe ich die soziale Beratung ebenfalls diesem Punkt zugeordnet. Obwohl die sozialen Probleme von Überlebenden organisierter Gewalt sich nicht wesentlich von denen anderer Flüchtlinge unterscheiden, werden sie intensiver erlebt, wodurch die „Behandlung“ noch erschwert wird.¹

Die Auswirkungen des Traumas schlagen sich auch im sozialen Bereich nieder. Durch Konzentrationsstörungen beispielsweise ist das Erlernen einer neuen Sprache oft mit fast unüberwindbaren Schwierigkeiten verbunden. Auch das Wohnen an sich wird zum Problem, da beengte Räume leicht Assoziationen zu Gefängniszellen auslösen. Aufgrund sozialer Beeinträchtigungen und mangelnder Sprachkenntnisse ist der traumatisierte Flüchtling vielfach nicht in der Lage, Kontakte zu Behörden herzustellen etc.² Zudem ist bei vielen Klienten durch physische und psychische Folgewirkungen von organisierter Gewalt die Fähigkeit, einer geregelten Arbeit nachzugehen und selbst für ihren Lebensunterhalt zu sorgen, teilweise auf Jahre hinaus stark eingeschränkt.³

Die soziale Beratung muß an solchen Problempunkten ansetzen und versuchen, dem Klienten zumindest die äußere Realität einigermaßen erträglich zu gestalten, damit eine psychologische Behandlung überhaupt ansetzen kann. Daher ist meiner Ansicht nach die soziale Beratung parallel zur Therapie zwingend notwendig. Tatsache ist jedoch, daß „das, was man noch an praktischer Hilfe ... tun kann, immer weniger wird“⁴; der Handlungsspielraum der Sozialarbeit wird durch die zunehmenden Restriktionen immer mehr eingeschränkt. „Der Staat gibt dir Geld, um Flüchtlingsarbeit zu unterstützen, entzieht dir aber gleichzeitig alle Handlungsmöglichkeiten.“⁵ Da soziale Beratung aber nicht nur die materielle Absicherung, sondern ebenso die Förderung von Lernprozessen des Individuums zum Ziel hat, um eine aktive Wechselbeziehung mit der Umwelt zu ermöglichen⁶, muß der traumatisierte Flüchtling lernen, mit den real vorhandenen

1 Vgl. Bøjholm/Vesti 1992, S. 305

2 Vgl. Jacobsen/Vesti 1992, S. 35

3 Vgl. Kemp-Genefke/Vesti 1990, S. 28

4 Brand, Interview vom 03.02.1994

5 Lakrache, Interview vom 26.01.1994

6 Vgl. Weissinger/Peltzer 1993, S. 139

Restriktionen umzugehen, trotzdem aktiv zu werden und nach „Handlungsnischen“ zu suchen.

4.3 Therapien mit weitergefaßten Zielen

Therapien mit weitergefaßten Zielen konzentrieren sich nicht nur auf den kurzfristigen Aufbau adaptiver Verhaltensweisen und „coping“-Mechanismen, sondern erfordern vom Klienten eine tiefere Einsicht in die Natur der psychischen und somatischen Störungen und haben eine langfristige Persönlichkeitsänderung zum Ziel. Die unter Punkt 4.1 aufgeführten Absichten treffen hier generell auf konfrontierende Methoden zu. Therapien mit weitergefaßten Zielen erstrecken sich über einen relativ langen Zeitraum und sind oftmals konfrontierend. Daher sollten die Klienten nach STAEHR möglichst über eine ursprünglich stabile Persönlichkeitsstruktur verfügen, den Anforderungen der Therapie intellektuell gewachsen sein und keine psychotischen Züge aufweisen, ebensowenig wie Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit.¹

In der Literatur existieren hauptsächlich Untersuchungen über die Konsequenzen organisierter Gewalt. Informationen über die Effektivität bestimmter Therapiemethoden sind dagegen selten zu finden. *„We do not yet have any firm evidence in support of any therapeutic method in the treatment of torture survivors. Most treatments that are said to be helpful involve a reconstruction of the traumatic experiences in a therapy context.“*² Bisher hat sich noch keine Therapiemethode als den anderen überlegen herausgestellt, jedoch gelten konfrontierende Ansätze als erfolgversprechend. Hierbei ist anzumerken, daß viele der im folgenden aufgeführten Ansätze zwar traumaorientiert arbeiten, die Konfrontation aber nicht als generelle und unbedingt zu befolgende Maßregel betrachten, wie es in der „Insight-therapy“ des RCT der Fall ist.³ Da die Folgewirkungen organisierter Gewalt meist chronischer Natur sind, kann nur eine Langzeit-Therapie Abhilfe bringen.⁴

1 Vgl. Staehr 1992

2 Basoglu 1992, S. 424

3 Vgl. dazu 3.3

4 Vgl. Mollica 1988, S. 303; vgl. Kinzie/Fleck 1987, S. 87

Im folgenden werden die Therapiemethoden, die häufig in der Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen eingesetzt werden, kurz dargestellt. Dabei möchte ich sie, wenn möglich, den von mir besuchten Zentren und/oder den interviewten Therapeuten zuordnen, was allerdings auf gewisse Schwierigkeiten stößt. Einerseits lassen - sowohl in der Literatur als auch in den Interviews - die Berichte teilweise ausreichend genaue Details vermissen, andererseits scheinen die Behandlungsansätze häufig eine Mischung aus den verschiedensten psychotherapeutischen Elementen zu sein, d.h. nicht konsequent auf einer Theorie zu basieren. So ist es mir z.B. nicht möglich, die Therapieansätze von LAKRACHE oder MATHIASSEN einer der folgenden Methoden zuzurechnen.

Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie

Die Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie wird den humanistischen Psychotherapien zugerechnet und basiert auf den Erkenntnissen von CARL ROGERS über die Grundhaltung eines effektiven Therapeuten aus dem Jahre 1942.¹ Angewendet wird sie beispielsweise von den Psychologen A. AYCHA (PSZ Düsseldorf) und H. FARSHIDI (Refugio Bremen). Sie ist eine nicht-direktive Therapieform, in der der Therapeut vollständig auf die Wünsche und Bedürfnisse und das innere Erleben des Klienten zentriert ist. Der Klient entscheidet den Gesprächsinhalt und den Verlauf der Therapiesitzung. *„Es interessiert mich in dem Moment nicht, daß er gefoltert worden ist. Natürlich, das darf ich nicht vergessen, aber mich interessiert erst einmal sein Bedürfnis oder seine Unsicherheit oder sein Gefühl, daß er sich hier verloren vorkommt. Das macht ihn ja zunächst fertig. ... Das heißt für mich klientenzentriert, nicht ich bestimme, worüber wir reden, sondern er. Und das ist wichtig, gerade bei Leuten, die gefoltert worden sind, daß die das Gefühl haben, er gibt mir keine Befehle oder er lenkt mich nicht usw.“²*

1 Vgl. Schwertfeger/Koch 1993, S. 101

2 Aycha, Interview vom 08.02.1994

Die Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie versteht sich als eine Hilfestellung für den Klienten, mit sich selbst wahrhaft in Kontakt zu kommen. Dieser Prozeß erfordert eine Erweiterung und Neuorganisation des Wissens, das der Klient über sich selbst hat. Das Denken und Fühlen über sich selbst wird stimmiger und harmonischer. Dadurch, daß innere Konflikte gelöst werden, kann er sich selbst und die Außenwelt zudem präziser wahrnehmen und entsprechend befriedigender handeln.¹

Dieser Prozeß der Selbstexploration des Klienten wird wesentlich von der Grundhaltung des Therapeuten beeinflusst. Für eine hilfreiche Selbstauseinandersetzung des Klienten muß sich der Therapeut drei Haltungen zu eigen machen, die von TAUSCH und TAUSCH als einführendes nicht-wertendes Verstehen, „Achten-Wärme-Sorge“ und „Echtsein-Ohne-Fassade-Sein“ beschrieben werden², oder in anderen Worten als Akzeptanz, Empathie und Selbst-Kongruenz.³ Der Therapeut respektiert den Klienten als Person mit all ihren individuellen Empfindungen, Werten und Ausdrucksformen. Durch das Hineinversetzen in die innere Welt des Klienten lernt der Therapeut die Motive für bestimmtes Handeln, Denken oder Fühlen verstehen. Einengende Konzepte können so erkannt und erweitert werden. Die Echtheit des Therapeuten, das Fehlen einer „Experten-Fassade“ ermöglicht dem Klienten eine Orientierung, den Aufbau von Vertrauen und den Abbau von Unsicherheiten.⁴

Da die Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie sich an den Wünschen und Bedürfnissen des Klienten orientiert, muß die Therapie speziell auf den einzelnen Klienten ausgerichtet werden, was den Einsatz anderer psychotherapeutischer Elemente bedingen kann. Das bedeutet, daß der Therapeut *„dem Klienten über die Gespräche hinaus diejenigen geprüften psychotherapeutischen Methoden anbietet oder vermittelt, die für den Klienten in seiner individuellen seelisch-sozialen-körperlichen Situation hilfreich sind und für die sich der Klient entscheidet.“*⁵

1 Vgl. Schwertfeger/Koch 1993, S. 103

2 Vgl. Tausch/Tausch 1990, S. 29

3 Vgl. Schwertfeger/Koch 1993, S. 101 f.

4 Vgl. ebenda, S. 102

5 Tausch/Tausch 1990, S. 355

Die Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie ist eine nicht-direktive Therapieform, die durch das Mittel der Selbstexploration des Klienten innere Konflikte sichtbar zu machen und zu lösen versucht, wobei die Haltung des Therapeuten durch Akzeptanz, Empathie und Selbst-Kongruenz gekennzeichnet sein und auch so wahrgenommen werden muß. Da die Bedürfnisse des Klienten im Mittelpunkt stehen, kann sie - falls angezeigt und erwünscht - auch mit Elementen anderer Therapiemethoden kombiniert werden.

Psychodrama

Nach JAKOB MORENO, dem Begründer des Psychodramas - ebenfalls eine humanistische Psychotherapie¹-, ist jeder Mensch mit Kräften ausgestattet, die MORENO als Kreativität und Spontaneität bezeichnet. Liegen aber Blockierungen vor oder hat der Mensch keinen Zugang zu diesen Kräften, entstehen psychische Störungen.² Die Methode des Psychodramas versucht, den Klienten wieder mit seinen kreativen und spontanen Kräften in Verbindung zu bringen. In diesem Zusammenhang schreibt das Psychodrama dem kathartischen Element eine große Heilkraft zu, wobei „Katharsis“ als „Reinigung“ oder Entlastung von seelischen Spannungen verstanden werden kann.³ *„Psychodrama kann darum als diejenige Methode bezeichnet werden, welche die Wahrheit der Seele durch Handeln ergründet. Die Katharsis, die sie hervorruft, ist daher eine >Handlungskatharsis<.“*⁴

Nach MORENO liegt allen Einflüssen, die einen läuternden Effekt ausüben, d.h. eine Katharsis hervorrufen, ein gemeinsames Prinzip zugrunde: die schöpferische Spontaneität.⁵ Hierbei ist anzumerken, daß Spontaneität nicht mit Impulsivität - sozusagen „pathologischer Spontaneität“ - gleichzusetzen ist. Des weiteren steht Spontaneität in reziproker Verbindung zu Angst⁶, einem Gefühl, das gerade bei

1 Vgl. Schwertfeger/Koch 1993, S. 123

2 Vgl. Moreno 1959, S. 34

3 Vgl. Dührssen 1988, S. 13

4 Moreno 1959, S. 77

5 Vgl. ebenda, S. 79

6 Vgl. Dhawan 1993, S. 18

Überlebenden organisierter Gewalt in einer Vielzahl der Fälle kontinuierlich präsent ist.¹

Techniken des Psychodramas - so die Therapeutin S. DHAWAN (Xenion Berlin), die diese Therapieform anwendet - können in die Einzeltherapie integriert werden. Das ideale „setting“ für Psychodrama stellt allerdings die Gruppe dar.² Bestandteile von Psychodrama sind die Bühne, ein von der Gruppe für diesen Zweck freigehaltener Raum, der Protagonist, ein zum Hauptdarsteller gewordener Klient, die „Hilfs-Ichs“, vom Protagonisten zur Darstellung seiner Bezugspersonen ausgewählte Mitspieler, das Publikum und der therapeutische Leiter. Dieser greift Hinweise auf ein Problem auf, leitet das szenische Spiel und diskutiert anschließend mit dem Protagonisten und der Gruppe die Darstellung.³

Ist ein Protagonist nicht in der Lage, sich durch Aktion oder Worte auszudrücken, kann die Spiegeltechnik sehr hilfreich sein. Dabei versucht ein Mitspieler, als „Hilfs-Ich“, das Verhalten des Protagonisten in Wort und Tat nachzuahmen, ihm wie in einem Spiegel seine Wirkung auf andere Menschen aufzuzeigen. Dieses „Doppeln“, die momentane Distanzierung des Protagonisten vom Geschehen, ermöglicht ihm die Rückgewinnung seiner Handlungs- und Ausdrucksfähigkeit.⁴

Durch die szenische Darstellung seiner Konflikte wird der Klient nicht nur in die Lage versetzt, Teilen seines eigenen Ichs zu begegnen, sondern ebenso allen anderen Personen, die in seinen Konflikten eine Rolle spielen. *„In dem Moment, in dem die Person spielt, kommt sie mit ganz anderen Seiten von sich in Kontakt, die nimmt sie aber auch wieder mit zurück, wenn sie in die andere Rolle geht.“*⁵ Mindestens ebenso wichtig aber ist folgender Effekt: *„Wenn er schließlich die Personen seiner Halluzinationen verkörpert, dann verlieren sie nicht nur ihre Macht und ihren Zauber über ihn, sondern er erwirbt ihre Kräfte für sich selbst.“*⁶

1 Vgl. dazu 2.2.5

2 Nach Aussagen von Dhawan, Interview vom 17.02.1994

3 Vgl. Moreno 1959, S. 77 ff; vgl. Schwertfeger/Koch 1993, S. 124 f.

4 Vgl. Dhawan 1993, S. 23

5 Dhawan, Interview vom 17.02.1994

6 Moreno 1959, S. 83

DHAWAN sieht im Psychodrama, das psychische Störungen als Resultat eines Ungleichgewichts versteht, Parallelen zur Homöopathie. Auch dort werden Störungen im harmonischen Zusammenspiel der verschiedenen Teile des Organismus als Ursachen für Krankheiten angesehen, die nur durch ein Mittel, welches ähnliches Leiden hervorruft, geheilt werden können. Übertragen auf das Psychodrama ist dieses Mittel das erneute Durchleben der leidvollen Gefühle mit dem Ziel der Katharsis, der Heilung der Verletzung.¹

Familientherapie

Obgleich SCHWERTFEGER und KOCH Familientherapie als Oberbegriff verwenden, der sich weiter unterteilen läßt², werde ich mich - wie auch häufig in der Literatur dargestellt - auf Familientherapie als eigenständige Methode beziehen. Die Grundannahme dieses Ansatzes ist, daß die Familie oder das primäre soziale Umfeld eines Individuums ausschlaggebenden Einfluß auf sein Wohlergehen hat, sowohl positiver als auch negativer Art.³

Sobald die Familie psychisches Leid und außergewöhnliche Reaktionen bei einem ihrer Familienmitglieder erkennt, wird sie gemäß vorheriger Verhaltensmuster und Präferenzen versuchen, dem traumatisierten Mitglied in der einen oder anderen Form zu helfen. Diese Hilfe kann aber vollkommen unangemessen sein und das individuelle Leid noch verstärken.⁴ Die familiäre Interaktion hat nicht nur Auswirkungen auf das Leid des Individuums, sondern umgekehrt beeinflußt auch das individuelle Leid die gesamte Familie. Nach FIGLEY müssen solche Familien als „families of catastrophe“ betrachtet werden.⁵ Demgemäß muß eine effektive Therapie das Netz der mitbeteiligten Personen mit einschließen.

Interaktionsstörungen innerhalb der Familie können auftreten, wenn Geheimnisse existieren, von denen ein oder mehrere Familienmitglieder ausgeschlossen sind, wenn die gleichermaßen sachliche und emotionale Ebene von Mitteilungen nicht richtig wahrgenommen

1 Vgl. Dhawan 1993, S. 11 und 14
2 Vgl. Schwertfeger/Koch 1993, S. 245
3 Vgl. dazu 1.5.6 und 2.6
4 Vgl. Figley 1988, S. 86 f.
5 Vgl. ebenda, S. 88

wird, wenn sich Koalitionen innerhalb der Familie herausbilden oder wenn ein Familienmitglied mit Rollenerwartungen konfrontiert wird, die seine Fähigkeiten übersteigen.¹ Familientherapie - ein Ansatz, dessen sich auch die Therapeutin B. BRAND (PSZ Köln) bedient - muß zu Beginn eine Einschätzung des Schweregrades der individuellen Folgen ebenso wie deren Einfluß auf das Familiensystem beinhalten.²

Ziel dieser Therapieform ist es, die oft gestörte Balance zwischen Autonomiebestreben und Zusammenhalt, zwischen Konsequenz und Flexibilität in der Familie wiederherzustellen.³ Die Rolle des Therapeuten besteht dabei darin, das Selbstvertrauen und die Selbstheilungskräfte der Familie zu fördern. Die Familie hingegen hat die Aufgabe, ihre eigenen Bewältigungsstrategien zum Umgang mit außergewöhnlichen Ereignissen auszuweiten und zu verbessern. Dazu gehört die Entwicklung neuer Kommunikationsregeln, „self-disclosure“, die „Selbst-Offenbarung“ der einzelnen Familienmitglieder, die Rekapitulation der traumatischen Ereignisse und letztendlich die Entwicklung einer „family healing theory“.⁴

Zum Aufbau dieser „Heilungstheorie“ der Familie ist das „re-framing“ des Traumas in Form eines „roundtable-testimonials“ erforderlich. Dabei versucht der Therapeut, die Aufmerksamkeit von dem Individuum auf die gesamte Familie zu lenken. Jedes Familienmitglied wird aufgefordert, vor den anderen die traumatischen Ereignisse aus seiner Sicht, einschließlich der dabei empfundenen Gefühle, zu rekonstruieren. Schließlich müssen die verschiedenen Erfahrungen und Einsichten der Familienmitglieder miteinander vereint, kompatibel gemacht werden („re-framing“), um eine familiäre Heilungstheorie entwickeln zu können.⁵

Diese Theorie schließt die Umstände, unter denen die traumatischen Erlebnisse stattgefunden haben, ein, die Einsicht in die Art und Weise und vor allem die Motivation des Verhaltens der einzelnen Familienmitglieder, genauso wie eine optimistische Aussicht auf

1 Vgl. van der Veer 1992, S. 51 ff.

2 Vgl. Keane/Albano/Blake 1992, S. 385

3 Vgl. Figley 1988, S. 91 ff.

4 Vgl. ebenda, S. 96 f.

5 Vgl. ebenda, S. 100 f.

zukünftiges „Stressbewältigungsverhalten“. Obwohl es unwahrscheinlich ist, daß jedes Familienmitglied diese Heilungstheorie gleichermaßen enthusiastisch annimmt, so wird aber doch jedes Mitglied ihre Notwendigkeit erkennen und bereit sein, sie zum Wohle der Familie zu unterstützen.¹

Anzumerken ist, daß Familientherapie, so BRAND, auch auf rein theoretischer Grundlage ohne real vorhandene Familie effektiv angewendet werden kann, was vor dem Hintergrund, daß viele Flüchtlinge ihre Familie zurücklassen mußten, von großer Bedeutung ist. Es ist möglich, „daß man das trotzdem dem Patienten irgendwie aufzeigen kann, ... diesen Blickwinkel haben kann und generell diese Zugangsweise ... behalten kann, auch in einer Zweiersituation.“²

Verhaltenstherapie

Der Begriff Verhaltenstherapie gilt als Oberbegriff für eine Vielzahl therapeutischer Methoden, die alle auf derselben theoretischen Grundlage, den Lerngesetzen, aufbauen.³ Diese von Praktikern der Verhaltenstherapie übernommene Grundannahme besagt, daß Verhalten, auch problematisches Verhalten, meist erworben ist, wobei die Umgebung, in der das Verhalten erlernt wurde, eine nicht unwichtige Rolle spielt. Es können vier Lernprinzipien unterschieden werden, auf die ich an dieser Stelle aber nicht näher eingehen möchte: die klassische Konditionierung, die operante Konditionierung (oder auch instrumentales Lernen), das Lernen durch Selbst-Kontrolle und das Lernen durch Beobachtung.⁴

„The consequences of traumatic experiences - the re-living of these experiences, avoidance of certain situations or activities that arouse recollections of the trauma, ... - can be seen as the result of learning processes.“⁵ Die meisten Fehlverhaltensweisen sind im wesentlichen unnötige Reaktionen, die aus dem Erwerb einer dauernden, nicht angepaßten Form des Verhaltens resultieren. Die sich von der Verhaltenstherapie zunutze gemachte Kenntnis der Lernprozesse

1 Vgl. ebenda, S. 98

2 Brand, Interview vom 03.02.1994

3 Vgl. Arnold/Eysenck/Meili 1980, S. 2461 f.

4 Vgl. van der Veer 1992, S. 58 f.

5 Ebenda, S. 60

bezieht sich daher nicht nur auf das Erlernen neuer Verhaltensmuster, sondern ebenso auf die Reduzierung oder Extinktion von bestehenden Verhaltensmustern.¹

Die Verhaltenstherapie, die unter anderem auch im Behandlungszentrum für Folteropfer in Berlin angewendet wird, basiert auf dem Prinzip der Exposition. Durch das ausgedehnte und gelenkte Aussetzen des Klienten gegenüber einer gefürchteten oder angstausslösenden Situation tritt ein Gewöhnungsprozeß ein, und die Angst verringert sich. Da die bei Überlebenden organisierter Gewalt am häufigsten auftretenden Symptome auf Angst basieren, stellt nach Meinung von BASOGLU die Verhaltenstherapie die Methode der Wahl dar.² Auch YÜKSEL betont, *„daß ein therapeutisches Vorgehen im Sinne einer gelenkten Imagination und Exposition zur Milderung von Angstsymptomen beiträgt, unabhängig davon, ob eine posttraumatische Belastungsstörung im engeren Sinne vorliegt oder nicht.“*³

Zu Techniken der Verhaltenstherapie zählen beispielsweise das „flooding“, die Implosionstherapie⁴, die Reizüberflutung, das Habituationstraining, die systematische Desensitivierung oder die Aversionstherapie.⁵ Diese Techniken näher zu erklären, würde an dieser Stelle zu weit führen und ist meiner Meinung nach, da ihnen ähnliche Prinzipien zugrunde liegen, auch unnötig. Durch die wiederholte Konfrontation mit einer real vorhandenen oder imaginären angstbesetzten Situation - im Wechsel mit Entspannungsphasen - soll ein Gewöhnungsprozeß in Gang gesetzt werden, d.h. die Fähigkeit der konditionierten Stimuli, die konditionierte (Angst-) Reaktion⁶ auszulösen, wird allmählich geschwächt.⁷ Unverzichtbar bei diesem Verfahren ist die Stellung von „Hausaufgaben“, in denen der Klient sich allein gefürchteten realen Situationen aussetzen oder sich beispielsweise Tonbandaufnahmen der letzten „flooding-session“ immer wieder anhören soll.⁸ Das Ziel dieser

1 Vgl. Arnold/Eysenck/Meili 1980, S. 2462 f.

2 Vgl. Basoglu 1992, S. 403

3 Yüksel 1991, S. 313

4 Vgl. Saigh 1986, S. 685 f.; vgl. Basoglu 1992, S. 405

5 Vgl. Schwertfeger/Koch 1993, S. 77; vgl. Arnold/Eysenck/Meili 1980, S. 2464 f.

6 Vgl. dazu 1.4.4

7 Vgl. Keane/Albano/Blake 1992, S. 366

8 Vgl. Yüksel 1991, S. 307; vgl. Basoglu 1992, S. 412

Methoden ist die Entwicklung alternativer Verhaltensweisen, die mit dem unerwünschten Verhalten unvereinbar sind oder es verhindern. Entspannung kann ein solches Alternativverhalten sein.¹

In den 50er Jahren entstand die Überzeugung, daß äußere Ereignisse nicht zwangsläufig zu bestimmten emotionalen Reaktionen führen, sondern daß die Emotionen durch die individuelle Bewertung der Ereignisse bestimmt werden.² Diese Grundgedanken wurden in den 70er Jahren von Forschern wie MAHONEY und MEICHENBAUM aufgegriffen, die erkannt hatten, daß die ursprünglichen Konzepte der Verhaltenstherapie zu begrenzt waren, um das komplexe menschliche Verhalten erklären zu können. Im Zusammenhang mit der Integration kognitiver Elemente in das theoretische Grundgerüst spricht man auch von einer „kognitiven Wende“ der Verhaltenstherapie.³

Integrative Therapie

Die Integrative Therapie wurde Mitte der 60er Jahre von H. PETZOLD und J. SIEPER begründet.⁴ Sie basiert nicht auf einer einheitlichen theoretischen Grundlage, sondern stellt ein eklektisches Verfahren dar. Das bedeutet, daß sie in synthetischer Weise die geeignetsten Elemente aus verschiedenen psychotherapeutischen Ansätzen verwendet. Der Therapeut K. PELTZER (PSZ Frankfurt/M.), der die Integrative Therapie anwendet, beschrieb sie als ein Modell, *„welches sich hauptsächlich an psychoanalytischen Konzepten, verhaltenstherapeutischen Konzepten, systemisch-familientherapeutischen Konzepten orientiert und insbesondere auch an kulturellen Aspekten.“*⁵ Des weiteren können auch Elemente aus Psychodrama, Bewegungstherapie, Kunsttherapie und Gestalttherapie eingesetzt werden.⁶

Der Integrativen Therapie liegt eine ganzheitliche Sichtweise zugrunde, *„die Erkenntnis ..., daß der Flüchtling mehr ist als die Summe*

1 Vgl. Keane/Albano/Blake 1992, S. 365

2 Vgl. dazu 1.4.4

3 Vgl. Schwertfeger/Koch 1993, S. 90

4 Vgl. ebenda, S. 26

5 Peltzer, Interview vom 03.03.1994

6 Vgl. Schwertfeger/Koch 1993, S. 268 f.; vgl. Mehari 1993, S. 132

seiner einzelnen Symptome. Er ist eine Ganzheit mit einer Vergangenheit, einer Gegenwart und einer Zukunft.“¹ Die Integrative Therapie arbeitet problemorientiert, wobei jedoch zu beachten ist, daß mit geringfügigeren Problemen begonnen werden sollte, um auf positiven Erfolgserlebnissen aufbauen zu können „Diese positiven Aspekte und kleineren Probleme sollen analysiert werden und in eine Hierarchie eingeordnet werden, so daß sie als konkret definierte Ziele in praktisches Handeln umgesetzt werden können. Dies bedeutet, daß der Therapeut oder die Therapeutin kleine Schritte gehen ... sollte.“²

Darüber hinaus ist es vor dem Hintergrund, daß Klient und Therapeut in den meisten Fällen unterschiedlichen Kulturen angehören, unabdingbar, daß der Therapeut Zugang zu kulturellen Metaphern seines Klienten hat.³ Ebenso sollte der Therapeut folgende Aspekte berücksichtigen: das Praktizieren aktiver Nicht-Neutralität, die Involvierung des politisch-gesellschaftlichen Kontextes einschließlich der Frage nach dem Warum und die zeitliche Flexibilität bezüglich der Therapiesitzungen.⁴

Da diesem Ansatz, wie erwähnt, eine ganzheitliche Sichtweise zugrunde liegt, können zeit- und phasenbedingt entweder traumatische Erlebnisse der Vergangenheit, aktuelle Schwierigkeiten oder der Aufbau und die Realisierung von Zukunftsperspektiven im Mittelpunkt des Beratungsgeschehens stehen.⁵ Jedoch wird nicht nur sprachlich gearbeitet, sondern ebenso nonverbal und körperbezogen. *„Die Integrative Therapie ist ein ganzheitlicher Ansatz der Behandlung psychosomatischer und psychischer Erkrankungen durch erlebnisaktivierendes, aufdeckendes und durcharbeitendes Vorgehen, das den Menschen in seiner körperlichen, seelischen, geistigen, sozialen und ökologischen Realität zu erreichen sucht.“⁶ Psychotherapie wird hierbei als Problemlösungsprozeß verstanden, bei dem Methodenvielfalt eher die Regel ist als die Ausnahme. Die Schulunabhängigkeit des Ansatzes hat darüber hinaus den Vorteil, daß Therapeuten*

1 Vgl. Mehari 1993, S. 125

2 Peltzer 1993 c, S. 54

3 Vgl. Mehari 1993, S. 133 f.

4 Vgl. Peltzer 1993 c, S. 55

5 Vgl. Mehari 1993, S. 133

6 Schwertfeger/Koch 1993, S. 271

mit unterschiedlichem Erfahrungshintergrund sich seiner bedienen können.¹

Insight-therapy

Die „Insight-therapy“ ist keine allgemein „anerkannte“ Therapiemethode, sondern ein speziell im RCT konzipierter Ansatz, der grundsätzlich in Kombination mit Physiotherapie und sozialer Beratung angewendet wird. Die „Insight-therapy“ ist konfrontierend. VESTI, ein Psychiater des RCT, sagte: *„We believe that the client should confront the trauma, he should be able to talk about what happened.“*² Obwohl VESTI es vorsichtiger ausdrückte, ist die generelle Überzeugung des RCT, daß der Widerstand des Klienten gegenüber der Rekonstruktion der traumatischen Erlebnisse gebrochen werden müsse, erst dann wäre die weitere Therapie „unglaublich einfach“.³ Dieses strikt konfrontierende Vorgehen steht meiner Ansicht nach jedoch im Widerspruch zu der sonst vorherrschenden Überzeugung, die Umgebung und Behandlungsmethoden dürften in keiner Weise Assoziationen auslösen, da sonst die Gefahr einer Re-Traumatisierung bestünde.⁴

Der „Insight-therapy“ liegt ebenso wie der Integrativen Therapie keine bestimmte Technik zugrunde. Jeder Therapeut geht gemäß seiner Ausbildung und seinen Interessen vor. Die einzige Gemeinsamkeit sind die Prinzipien und Zielvorstellungen. *„It's never the same, you will not find two psychologists or two psychiatrists doing the same. And this is okay as long as you agree on the principles.“*⁵ Die „Insight-therapy“ läßt sich in drei Phasen einteilen: die kognitive Phase, die emotionale Phase und die Phase der Re-Integration.⁶ Die kognitive Phase beinhaltet eine umfassende „Belehrung“ des Klienten über die Natur der Symptome und ihre eventuelle anfängliche Verschlimmerung, über den engen Zusammenhang zwischen Körper und Geist, über die Ziele von Folter und ihren Einfluß auf die

1 Vgl. Mehari 1993, S. 133

2 Vesti, Interview vom 23.02.1994

3 Vgl. Ortmann et al. 1987, S. 165; vgl. auch 3.3

4 Vgl. dazu 3.3

5 Vesti, Interview vom 23.02.1994

6 Vgl. Vesti/Kastrup 1992, S. 351 f.; vgl. Jacobsen/Vesti 1992, S. 32 f.

Psyche.¹ Ebenso wird betont, daß, was immer der Klient getan haben mag, er nie eine wirkliche Wahlmöglichkeit hatte und seine Reaktionen darauf vollkommen normalem Verhalten entspringen.²

Die kognitive Phase ist gekennzeichnet durch das von Emotionen losgelöste Berichten über die Erlebnisse. „*People talk about what happened, saying: 'I was arrested the 7th of January 1991, I was taken to this prison, I was put in this cell', this is accepting what they did to him. But they talk without emotions. And then gradually you go into the emotive phase, where emotions are attached, abreacted in a catharsis like crying, ...*“³ Das rein kognitive, verstandesmäßige Berichten wird also allmählich abgelöst durch eine mehr emotionale Ebene, in der schließlich die mit dem Trauma verbundenen Gefühle wiedererlebt und kathartisch abreagiert werden. Dem Ausbruch der Emotionen soll hierbei freier Lauf gelassen werden, was bedeuten kann, daß der Klient zu weinen und schreien anfängt oder auch psychotische Episoden und „flashbacks“ erlebt. Dabei ist es wichtig, daß der Therapeut versucht, den Klienten allmählich in die Realität „zurückzuholen“, beispielsweise durch das wiederholte Stellen von Fragen eher praktischer Natur.⁴

Während des Fortschreitens des Prozesses der Wiedererinnerung beginnt der Klient nach und nach, seine traumatischen Erlebnisse in einem neuen Licht zu sehen. Er erkennt, daß seine Reaktionen eine vorhersagbare, normale Antwort auf seine traumatischen Erfahrungen darstellen. Die starken emotionalen Auswirkungen von Erinnerungen nehmen durch das mehrfache Wiedererleben ab, sie verlieren ihre Macht über ihn. Diese Phase wird als Phase der Re-Integration bezeichnet; den Erfahrungen wird ein Platz in der Vergangenheit zugeordnet, während der Weg für Perspektiven und Zukunftspläne geöffnet wird.⁵

1 Vgl. Vesti/Somnier/Kastrup 1992, S. 32

2 Vgl. Jacobsen/Vesti 1992, S. 32

3 Vesti, Interview vom 23.02.1994

4 Vgl. Vesti/Kastrup 1992, S. 352

5 Vgl. Jacobsen/Vesti 1992, S. 34; vgl. Marcussen 1993, S. 52 f.

Testimony

Die „testimony“-Methode oder Geständnis-Methode wurde in den 70er Jahren von den chilenischen Psychologen CIENFUGOS und MONELLI entwickelt.¹ „Testimony“ ist nicht für alle Opfer organisierter Gewalt gleichermaßen geeignet. Sehr gute Erfolge hat man mit dieser Methode bei Folterüberlebenden und traumatisierten Flüchtlingen mit stark ausgeprägter politisch-ideologischer Überzeugung erzielt.² Die Methode des „testimony“ wurde beispielsweise im dänischen Zentrum OASIS von der Therapeutin I. AGGER angewendet; ob dieser Ansatz gegenwärtig noch praktiziert wird, ist mir jedoch nicht bekannt.³

Da viele traumatisierte Flüchtlinge zusätzlich zu ihren traumatischen Erfahrungen mit aktuellen Problemen konfrontiert oder einfach nicht motiviert sind, ständig Zeugnis abzulegen, kann die Methode des „testimony“ auch mit anderen therapeutischen Ansätzen kombiniert und ergänzt werden. In dem Fall muß sie jedoch flexibler eingesetzt werden.⁴

Der Therapeut ermutigt den Klienten, so detailliert wie möglich seine traumatischen Erlebnisse zu beschreiben, sowohl Fakten als auch damit verbundene Gefühle. Ebenso wird der Kontext des Traumas angesprochen, die Lebensgeschichte des Klienten oder die Gründe für seine politische Aktivität. Der Bericht des Klienten wird vom Therapeuten auf Tonband aufgenommen⁵ oder mitgeschrieben und eventuell durch Zeichnungen ergänzt.⁶ Therapeut und Übersetzer fungieren als Unterstützer und Zeugen des Berichtes, wobei gerade der Dolmetscher, wenn er aus dem gleichen Herkunftsland kommt, einen hohen therapeutischen Wert haben kann. Der Bericht schließt alle Fakten, inklusive Namen, Daten, Ortsangaben etc. ein, die aber später auf Wunsch geändert werden. Werden die Emotionen nicht spontan während der Berichterstattung geäußert, interveniert der Therapeut und versucht die emotionale Ebene anzusprechen. Jede

1 Vgl. Mollica/Caspi-Yavin 1992, S. 261; vgl. Basoglu 1992, S. 419

2 Vgl. van der Veer 1992, S. 151

3 Vgl. Agger/Jensen 1990 b, S. 115; vgl. OASIS 1991, S. 6

4 Vgl. van der Veer 1992, S. 152

5 Vgl. ebenda, S. 150

6 Vgl. Buus/Agger 1988, S. 15

Sitzung beginnt damit, daß der letzte Teil des Berichtes aus der vorigen Sitzung laut vorgelesen wird. Zum Abschluß der Therapie wird das fertige „Protokoll“ vom Therapeuten laut verlesen - wodurch der traumatisierte Flüchtling Zeuge seiner eigenen Geschichte wird - und anschließend noch einmal vom Flüchtling selber. Das ist oft mit starken Emotionen verbunden, stellt aber einen wichtigen Teil des therapeutischen Prozesses dar. Das Dokument wird schließlich vom Klienten gebilligt und unterschrieben.¹

Durch das Ablegen einer Zeugenaussage wird das private Leid öffentlich gemacht und in „politische oder spirituelle Würde“ umgewandelt.² Ebenso wird dadurch die konstruktive Kanalisation von Aggressionen in Form einer Anklage ermöglicht. Darüber hinaus werden fragmentarische Erfahrungen in die Lebensgeschichte des Flüchtlings integriert.³ „*The bearing of testimony is seen as a cathartic healing process during which the traumatic experience is 're-framed'*“.⁴ Dadurch, daß das Leiden in Form einer schriftlichen Erklärung symbolisiert wurde, bei gleichzeitiger Anerkennung ihrer Wichtigkeit durch den Therapeuten, entfällt die Notwendigkeit, es weiterhin durch Somatisieren ausdrücken zu müssen.⁵ Der traumatisierte Flüchtling kann dieses Dokument ebenso in seinem Kampf gegen das Regime seines Herkunftslandes verwenden, indem er es beispielsweise an die Presse oder an internationale Organisationen weiterleitet.⁶ „Testimony“ kann also nicht nur als ein therapeutisches „Werkzeug“ angesehen werden, sondern ebenso als eines im Kampf gegen Menschenrechtsverletzungen.

Weitere Therapieformen

Der Vollständigkeit halber sind an dieser Stelle noch die Psychoanalyse zu nennen, die Gestalttherapie und hypnotische Verfahren. Bei der Psychoanalyse, die auf FREUD zurückgeht, tritt das Element der vertrauensvollen Beziehung zwischen Therapeut und Klient in

1 Vgl. ebenda, S. 15 f.

2 Vgl. Agger/Jensen 1990 b, S. 116

3 Vgl. van der Veer 1992, S. 150

4 Basoglu 1992, S. 420

5 Vgl. van der Veer 1992, S. 151

6 Vgl. Buus/Agger 1988, S. 16

den Hintergrund.¹ Das Hauptinteresse gilt dem Unbewußten, in das ängstigende Gefühle und Erinnerungen verdrängt werden. Beispielsweise unverarbeitete frühkindliche Konflikte, die in der Regel mit Sexualität im weitesten Sinne zu tun haben, bleiben dem Erwachsenen im Unbewußten erhalten und stellen aufgrund ihres dynamischen Charakters Auslöser für psychische Störungen und Neurosen dar.² Ein wichtiges Element im therapeutischen Prozeß ist die Deutung von Träumen und Lebensumständen des Klienten, insbesondere aber seiner Übertragungsreaktionen³ gegenüber dem Therapeuten.⁴ Da die psychischen Störungen von Überlebenden organisierter Gewalt aber allein auf die Einwirkung des Traumas zurückzuführen sind, halte ich einen Ansatz, der die Ursachen in der frühkindlichen Entwicklung sucht, in diesem Zusammenhang für nicht geeignet.

Die Gestalttherapie, der sich auch die Therapeutin H. LÜERS (Refugio Bremen) bedient, ist eine von PERLS entwickelte, den humanistischen Psychotherapien zuzurechnende Therapieform.⁵ Körper, Geist und Psyche, ebenso wie die Natur und das Universum, werden als zusammenhängendes Ganzes verstanden; psychische Störungen sind daher Störungen im Kontaktprozeß von Organismus und Umwelt. Das Leben wird als eine Folge von ständig neu auftauchenden Gestalten begriffen, die danach drängen, geschlossen zu werden.⁶ Im therapeutischen Prozeß werden unabgeschlossene emotionale Erlebnisse der Gegenwart - oft in ihrem Bezug zur Vergangenheit - durchgearbeitet: Vollendung der Gestalt.⁷

Hypnose wird in einigen Fällen bei Klienten angewandt, die extreme Angst aufweisen. Das Versetzen des Klienten in Trance kann zur Bewältigung der Angst hilfreich sein.⁸ Auf der anderen Seite ist es jedoch möglich, daß Hypnose, da sie einen Kontrollverlust beinhaltet, noch zur Steigerung der Angst beiträgt. Die in Trance stattfindende Katharsis, das Wiedererleben und Abreagieren, kann bei einigen

1 Vgl. Erdreich 1984, S. 421

2 Vgl. Schwertfeger/Koch 1993, S. 28 f.

3 Vgl. dazu 3.7.1

4 Vgl. Arnold/Eysenck/Meili 1980, S. 1714 f.

5 Vgl. ebenda, S. 766

6 Vgl. Schwertfeger/Koch 1993, S. 109

7 Vgl. Arnold/Eysenck/Meili 1980, S. 766

8 Vgl. Vesti/Somnier/Kastrup 1992, S. 232

Klienten dramatische Resultate herbeiführen. „*For this reason done to the wrong patient or at the wrong time or by someone who is not also a skilled psychotherapist, hypnosis can be dangerous.*“¹

Des weiteren ist mir in der Literatur des öfteren der Begriff „Psychodynamische Psychotherapie“ begegnet, der aber sehr widersprüchlich verwendet wurde. Nach VAN DER VEER basieren psychodynamische Psychotherapien auf den klassischen psychoanalytischen Theorien Freuds.² VESTI behauptet genau das Gegenteil: „*The things we use here is psychotherapy on modern psychodynamic principles, means that we are not happy about Freud.*“³ DÜHRSSSEN zu guter Letzt bezeichnet die dynamische Psychotherapie als eine eigenständige Methode, die zwar gewisse Überschneidungspunkte mit der Psychoanalyse aufweist, aber dennoch eine davon vollkommen unabhängige Methode darstellt.⁴

4.4 Einzeltherapie/Gruppentherapie

Das Psychodrama, das ursprünglich für die Gruppe konzipiert war, kann - wie schon erwähnt - zum „Monodrama“ umgewandelt werden. Die anderen Therapieformen - eigentlich Individualtherapien - können theoretisch auch auf eine Gruppensituation übertragen werden. Es stellt sich jedoch die Frage, ob für Überlebende organisierter Gewalt eine Einzeltherapie hilfreicher ist oder eine Therapie in der Gruppe.

Die Einzeltherapie ermöglicht dem Klienten die Rückgewinnung von Vertrauen in einen anderen Menschen und den Aufbau einer tragfähigen Beziehung zwischen Therapeut und Klient. Die therapeutische Beziehung vermittelt Sicherheit; eine Atmosphäre, in der das Trauma und assoziierte Gefühle „enthüllt“ und ausgedrückt werden können. Der Therapeut konzentriert sich allein auf das Individuum, was eine detailliertere Einsicht in seine mentalen Prozesse ermöglicht, als dies in der Gruppe der Fall wäre.⁵

1 Schwartz 1990, S. 233

2 Vgl. van der Veer 1992, S. 40

3 Vesti, Interview vom 23.02.1994

4 Vgl. Dührssen 1988, S. 12 f. und 17

5 Vgl. van der Kolk 1987 b, S. 162 f.

Jedoch zeichnet sich die Individualtherapie durch ein Ungleichgewicht zwischen den Parteien - dem „Helfer“ und dem, der Hilfe benötigt - aus, was leicht zu Gefühlen von Hilflosigkeit und Passivität des Klienten führen kann.¹ Darüber hinaus mag der Therapeut vielfach überfordert sein, angesichts eines solchen Ausmaßes an Leid die Emotionen des Klienten aufzunehmen und eine haltgebende Umgebung zu vermitteln.² Ebenso wenig berücksichtigt die Einzeltherapie, die das Individuum isoliert behandelt, seinen natürlichen Lebenskontext in einem sozialen Gefüge.³

Im Gegensatz zu der Individualtherapie zeichnet sich die Gruppe dadurch aus, daß sie gewissermaßen eine Extension der oft nicht mehr vorhandenen Familie und Gemeinschaft darstellt. Außerdem eignet sie sich zur „Absorption“ von negativen Emotionen, die sonst häufig als unkontrollierbar erfahren werden.⁴ Ein weiterer Vorteil ist, daß die Gruppe keinen Raum läßt für die Bildung eines Macht/Ohnmacht- oder Abhängigkeitsverhältnisses. Der Klient kann im Gegenteil sich selbst als hilfreich für andere Menschen erfahren. Heilung tritt durch die der Gruppe innewohnenden Kräfte ein; der Leiter hat allenfalls die Funktion, die Gruppenkohäsion zu fördern.⁵

Nach Meinung von DANIELI stellt die Gruppe eine sichere Umgebung dar, in der neues Verhalten - bei gleichzeitiger Rückmeldung über dessen Wirkung auf andere Menschen - „ausprobiert“ werden kann. Die Gruppe ermutigt und demonstriert gegenseitige Hilfe. Durch das Konfrontiertwerden mit dem Leid anderer und das Erkennen von Parallelen wird darüber hinaus der Zugang zu den eigenen Gefühlen erleichtert.⁶ Ebenso hat der Klient die Möglichkeit zur Identifikation mit anderen Personen, die ähnliches durchlebt und es „geschafft“ haben, ihr Leben zu restrukturieren, was ebenfalls einen therapeutischen Effekt hat.⁷

1 Vgl. ebenda, S. 163

2 Vgl. Danieli 1988, S. 291

3 Vgl. Moreno 1959, S. 55

4 Vgl. Danieli 1988, S. 291

5 Vgl. van der Kolk 1987 b, S. 163; vgl. Moreno 1959, S. 54

6 Vgl. Danieli 1988, S. 291

7 Vgl. Bouhoutsos 1990, S. 132

Ein Nachteil ist jedoch, wie ich meine, daß das Prinzip der Vertraulichkeit in einer Gruppe nicht gewahrt werden kann. Darüber hinaus ist für viele Flüchtlinge Gruppentherapie, die die Offenlegung intimster Gedanken vor anderen fremden Menschen verlangt, ein befremdendes Konzept.¹ Ebenso besteht die Gefahr undifferenzierter Solidarisierung mit den anderen Gruppenmitgliedern, was das Risiko eines Zusammenschlusses der Gruppe zu einer Front gegen die „gefährliche äußere Welt“ beinhaltet.²

Ich bin der Meinung, daß die Vorteile einer Gruppentherapie für diese Gruppe von Klienten denen einer Individualtherapie gegenüber überwiegen. Jedoch bin ich der Überzeugung, daß vor Beginn der Gruppentherapie eine Phase der Einzeltherapie unabdingbar ist, um dem Klienten zu ermöglichen, langsam wieder Vertrauen zu fassen und die traumatischen Erlebnisse mit Hilfe eines empathischen Therapeuten aufzuarbeiten. Da jedoch das Leben in der Realität und nicht im Schutzraum der Therapie stattfindet, sollte sie anschließend in eine Gruppentherapie übergehen, die die Ressourcen zur Verfügung stellt, die der Klient benötigt, um sich auf ein erfüllendes Leben in der Gesellschaft vorzubereiten.

4.5 Nonverbale Methoden

Nonverbale Therapiemethoden, die sich nicht in erster Linie der Sprache bedienen, um bestimmte Sachverhalte auszudrücken, erlauben dem Klienten einen unmittelbaren Ausdruck und eine unmittelbare Mitteilung durch ursprüngliche Ausdrucksformen wie Bewegung, Tanz und bildnerisches Gestalten.³ Mit dem Einsatz solcher Methoden können eine Reihe von Schwierigkeiten, die bei dialogischen Therapien auftreten können, umgangen werden, sei es der Widerstand des Klienten, über seine Erfahrungen zu sprechen, seine Unfähigkeit, die Erlebnisse in Worte zu fassen oder der Einsatz von Dolmetschern.

1 Vgl. Kinzie/Fleck 1987, S. 92

2 Vgl. van der Kolk 1987 b, S. 167

3 Vgl. Wendland-Baumeister 1992, S. 53 f.

Nach ADAM sind nonverbale Methoden besonders für die Therapie mit Kindern gut geeignet.¹ Sie stellen sicherlich eine wertvolle Ergänzung zu Psychotherapien dar, können aber meiner Ansicht nach nicht deren Platz einnehmen. Ich halte sie für nicht geeignet, isoliert verwendet zu werden, da sie keine ausreichende Verarbeitung des Traumas ermöglichen. In Verbindung mit anderen Therapieformen können sie jedoch deren Effizienz vermutlich steigern.

Nonverbale Methoden können beispielsweise körperbezogene Therapieformen sein wie Bewegungstherapie, Tanztherapie oder Physiotherapie. Bewegungs- und Tanztherapie stellen die Wahrnehmung des Menschen von sich selbst und anderen und die Beschäftigung mit Haltung, Bewegung und Ausdruck in den Mittelpunkt der Arbeit, ebenso wie die Erweiterung des Bewegungsrepertoires.² Diesen Methoden können psychotherapeutische Ansätze zugrunde liegen.³

Die Physiotherapie hat, ähnlich der Krankengymnastik, einen mehr medizinischen Charakter. Sie konzentriert sich auf drei Bereiche, zum einen auf die durch bestimmte Foltermethoden (z.B. Schläge, Aufhängung) zurückzuführenden Schädigungen an Muskeln, Skelett und besonders Gelenken. Den zweiten Bereich stellen die oftmals „chronischen“ Muskelverkrampfungen dar, die Auswirkungen auf die Funktionsfähigkeit des Bewegungsapparates haben.⁴ Der dritte Aspekt von Physiotherapie bezieht sich auf die Körperwahrnehmung, die Rückgewinnung des Körpergefühls.⁵ Generell wird Physiotherapie nach „traditionellen“ Methoden angewendet, beispielsweise durch Massage, Wärmebehandlung, Ultraschall, Übungen zur Haltungskorrektur, Schwimmübungen etc.⁶

Es ist außerordentlich wichtig, daß der Therapeut über die Formen der erlittenen Gewalteinwirkung informiert ist, da Physiotherapie eine Reihe angstauslösender Elemente beinhaltet wie engen Körperkontakt, Berührungen, das teilweise Ablegen der Kleidung, Apparate

1 Nach Aussagen von Adam, Interview vom 22.03.1994

2 Vgl. Schwertfeger/Koch 1993, S. 201 und 209

3 Vgl. Wieschhues 1986, S. 40

4 Vgl. Kemp-Genefke/Vesti 1990, S. 27

5 Vgl. Ortmann et al. 1987, S. 165

6 Vgl. Lunde/Ortmann 1992, S. 319

etc.¹ Dies gilt in geringerem Maße ebenso für Tanz- und Bewegungstherapie. Der Therapeut sollte - methodenunabhängig - nie die Schmerzgrenze überschreiten, im Gegenteil sollten vorhandene Schmerzen gelindert werden. Darüber hinaus sollte ein großer Spiegel im Raum vorhanden sein, der einerseits für Übungen zum Körpergefühl hilfreich ist und andererseits es dem Klienten ermöglicht zu sehen, was hinter seinem Rücken vor sich geht.² Der Wiederaufbau des Gefühls für den eigenen Körper ist von großer Bedeutung, nach Meinung von MATHIASSEN sogar die Voraussetzung für eine allgemeine Besserung. *„Going back to normal, the precondition is that you are in contact with your body, because it's from that natural sense that you get insight of what you should do. If you are out of touch with your body, ..., then you can't regain normal functioning.“*³

Neben den körperbezogenen Therapieformen existiert eine andere nonverbale Methode, die häufig in der Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen Anwendung findet: die Kunsttherapie. Sie vertraut auf die heilende Wirkung kreativen Schaffens. In der Therapie geht es um die inneren Bilder des Klienten, den bildhaften Ausdruck seiner Empfindungen. Dazu stehen ihm die unterschiedlichsten Farben und Materialien zur Verfügung. In den Gestaltungsvorgang eines Bildes oder einer Plastik fließen die innere als auch die äußere Welt gleichermaßen mit ein. Der Klient gelangt in einen Dialog mit sich selbst und errichtet eine Welt der Symbolik, die das Experimentieren mit Vorstellungen und Empfindungen erlaubt. Dabei öffnet die Erfahrung, gestaltend auf die äußere Welt Einfluß nehmen zu können, den Weg aus der „Sprachlosigkeit“.⁴

4.6 Pharmakologische Behandlung

Einleitend möchte ich darauf hinweisen, daß ich mich hierbei nicht auf die Verschreibung von „gängigen“ Arzneimitteln wie Salben, Schmerztabletten etc. beziehe, sondern hauptsächlich auf den Einsatz „schwererer“ Medikamente wie Psychopharmaka. Die pharma-

1 Vgl. Basoglu 1992, S. 422

2 Vgl. Bøjholm/Vesti 1992, S. 305

3 Mathiasen, Interview vom 27.05.1994

4 Vgl. Wendland-Baumeister 1992, S. 54 f.; vgl. Behandlungszentrum für Folteropfer 1993, S. 13

kologische Behandlung als Parallelbehandlung zur Psychotherapie ist ein Thema, das sehr kontrovers diskutiert wird. Die relativ hohe Zahl der Befürworter ist der Meinung, daß medikamentöse Interventionen unabdingbar zur Unterstützung der Psychotherapie sind und sie teilweise erst ermöglichen, während ihre Gegner die Verabreichung jeglicher Art von Psychopharmaka ablehnen.

Zu den häufig zur Behandlung von Überlebenden organisierter Gewalt eingesetzten pharmakologischen Mitteln zählen unter anderem Antidepressiva, Antipsychotika, Beruhigungsmittel, Beta-Blocker etc.¹ Sogar mit der Droge LSD wurde experimentiert: „*In den Niederlanden vermochte Bastiaans (1986) zahlreichen KZ-Patienten durch kathartisches Wiedererlebenlassen von Folterszenen mit Hilfe der bewußtseinserweiternden Droge LSD zu helfen.*“²

Da nach VAN DER KOLK die Psychotherapie erfolglos bleibt, solange der Klient auf äußere Stimuli emotional in einer Heftigkeit reagiert, die einer „Wiederkehr“ des Traumas entspräche, müsse die psychotherapeutische Behandlung vielfach medikamentös ergänzt werden.³ Ziel pharmakologischer Behandlung ist die Linderung und Reduzierung von Symptomen allgemein, von Schmerzen, Schlafstörungen, Alpträumen, „intrusive thoughts“, Angst, Depressionen und Übererregung.⁴ Ebenso soll die Kontrolle des Individuums über seinen Körper und ein Gefühl von Sicherheit wiederhergestellt und ein besserer Zugang zu seiner inneren Welt ermöglicht werden.⁵

Jedoch sollte schon aus dem Grunde, daß Folter vielfach die Zuführung von Drogen beinhaltete, von einer solchen Behandlung Abstand genommen werden.⁶ Darüber hinaus haben die meisten eingesetzten Mittel keine heilende Wirkung, sie unterdrücken die Symptome allenfalls für den Zeitraum der Behandlung.⁷ Insoweit ist der scheinbare Erfolg nur von kurzer Dauer. Auch denke ich nicht, daß eine künstlich hervorgerufene Besserung, für die der Klient nicht ursächlich selbst

1 Vgl. Schwartz 1990, S. 224 f. und 227; vgl. Keane/Albano/Blake 1992, S. 379

2 Drees 1991, S. 323

3 Vgl. van der Kolk 1988 a, S. 28

4 Vgl. Kinzie/Fleck 1987, S. 88; vgl. Schwartz 1990, S. 224

5 Vgl. Saporta/van der Kolk 1992, S. 170

6 Vgl. Bouhoutsos 1990, S. 132

7 Vgl. Vesti/Somnier/Kastrup 1992, S. 41

verantwortlich ist, zu seiner Motivation und zu einem Gefühl von Sicherheit und Kontrolle beitragen kann. Im Gegenteil kann die pharmakologische Behandlung eine „Rückkehr zur Hilflosigkeit“ bedeuten.¹

Meiner Meinung nach ignoriert ein solcher Ansatz die Ursache der Symptome. Außerdem kann die Verabreichung von Psychopharmaka zu einem Gefühl von Hilflosigkeit und Passivität führen. Das Risiko einer Abhängigkeit dürfte ebenfalls nicht unerheblich sein. Ferner ist eine solche Behandlung - wie beispielsweise der LSD-Einsatz - nicht immer mit ethischen Gesichtspunkten vereinbar. *„Jeder Versuch der Psychiatrisierung oder Medikamentisierung der Opfer impliziert daher Komplizenschaft mit den Versachlichungsversuchen der Mißbrauchenden.“*²

4.7 Auswertung von Therapie

Die zwangsläufig bei der Behandlung von Überlebenden organisierter Gewalt auftretenden Probleme bezüglich der Einschätzung, Diagnose, Behandlung und Auswertung sind nach MOLLIICAS Meinung dafür verantwortlich, daß viele Therapeuten dazu übergegangen sind, strukturierte Interviewformen anzuwenden. Der „traditionellere“ Ansatz der offenen Fragestellung wird mehr und mehr ersetzt durch den Einsatz spezieller Fragebögen, die sowohl die notwendigen Informationen verfügbar als auch die Genauigkeit der Erinnerung über einen längeren Zeitraum hinweg überprüfbar machen.³ Instrumente zur Operationalisierung sind beispielsweise: SADS-L (Schedule for Affektive Disorders and Schizophrenia-Lifetime), PEF (Psychiatric Evaluation Form), SCL-90 (90-item Symptom Checklist)⁴, SI-PTSD (Structured Clinical Interview for DSM-III-R), M-PTSD (Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder)⁵, HSCL-25 (Hopkins Symptom-checklist-25)⁶ u.a.

1 Vgl. Danieli 1988, S. 290

2 Barudy 1993, S. 38

3 Vgl. Mollica et al. 1990, S. 84

4 Vgl. Lindy/Grace/Green 1984, S. 48 und 50

5 Vgl. Mc Nally 1992, S. 232

6 Vgl. Mollica et al. 1990, S. 84

Nach VAN DER VEER kann die Verfügbarkeit bestimmter Fragebögen dem Klienten helfen, seine Beschwerden zu beschreiben und in Worte zu fassen. Außerdem impliziert diese Methode die „Bekanntheit“ seines Problems.¹ Positiv dazu äußerte sich auch PELTZER (PSZ Frankfurt/M): „Die Anwendung des ‘Bradford Somatischen Inventars’ half dem Klienten seine verschiedenen Symptome (besser) auszudrücken.“² Auch im RCT werden Operationalisierungsinstrumente verwendet: „At RCT we have had to develop our own tool of measurement in the form of precoded questionnaires to be used in connection with our standard examination program. The questionnaires will be filled in a second time after completion of the treatment and therapy.“³

Ich persönlich lehne eine solche Art der Evaluation jedoch ab, da sie meiner Ansicht nach eine Verwissenschaftlichung eines menschlichen Phänomens darstellt und zudem Sensibilität und Respekt vermissen läßt. Auch bleibt die politische Komponente des Traumas unberücksichtigt.

4.8 Zusammenfassung

Wie eingangs schon erwähnt, hat sich bisher keine der Therapieformen, die eine weitergefaßte Zielsetzung verfolgen, als den anderen überlegen herausgestellt. Das kann zum Teil damit zusammenhängen, daß kaum Studien über die Effizienz bestimmter Methoden zur Behandlung von Überlebenden organisierter Gewalt existieren⁴; die wenigen vorhandenen Untersuchungen lassen nach SOMNIER und Kollegen die wissenschaftliche Genauigkeit vermissen und sind daher nicht repräsentativ. Darüber hinaus beziehen sich die Studien meist nur auf im Exil lebende Klienten, über Möglichkeiten und Grenzen von Therapie im Herkunftsland ist dagegen wenig bekannt.⁵

Obgleich jede Therapieform ihre Berechtigung hat und ihre Stärken aufweist, die sie vor anderen Methoden auszeichnet und sie

1 Vgl. van der Veer 1992, S. 37

2 Peltzer 1993 c, S. 57

3 Ortman et al. 1987, S. 167

4 Vgl. Mollica 1988, S. 299

5 Vgl. Somnier et al. 1992, S. 58

sicherlich für bestimmte Menschen besonders hilfreich macht, würde ich doch bei der Psychoanalyse eine Einschränkung machen. Ich halte sie für zu regressiv, da sie zu sehr das Element kindlicher Traumata in den Vordergrund stellt, was sie meiner Meinung nach für die Behandlung traumatisierter Flüchtlinge ungeeignet erscheinen läßt. Die Tatsache bleibt jedoch bestehen, daß die Therapie auf den Klienten individuell „zugeschnitten“ werden muß und durchaus Elemente verschiedener Formen vereinen kann. *„Auch wenn ich ein GTler (Gesprächstherapeut) bin, haben auch VT-(Verhaltenstherapie-) Anteile ihre Berechtigung, und ich wende diese Sachen als ergänzend und komplementär an.“*¹ MATHIASSEN beispielsweise antwortete auf die Frage nach den Stärken von OASIS: *„I feel the strength is that we don't have a certain, definite therapeutic method as such.“*²

MEHARI führt dazu weiter aus, daß für gegebene Problemsituationen immer mehrere mögliche Lösungswege existieren. *„Eine Universaltherapie, die für alle Klienten und alle Formen psychischer Störung geeignet ist, gibt es meines Erachtens nicht.“*³ Dieser Mangel an Richtlinien bezüglich effektiven therapeutischen Vorgehens hat laut MOLLIKA in der Anfangsphase der „Indochinese Psychiatric Clinic“ (Boston) sowohl einen Anreiz bedeutet als auch Verzweiflung hervorgerufen. Der Anreiz bestand darin, zusammen mit den Patienten effektive Therapieansätze zu „entdecken“, die Verzweiflung entstand angesichts der Nutzlosigkeit und Frustration über die eigene Unfähigkeit, vielen Patienten zu helfen.⁴ Da bleibt nur der Ratschlag von VESTI: *„You have to use whatever you're good at.“*⁵

Eines ist jedoch den verschiedenen Ansätzen gemein: *„Letztlich scheinen alle Methoden darauf hinzudeuten, daß das Trauma in irgendeiner Form verarbeitet werden muß. Wie ausgiebig das verarbeitet werden muß, ist eine andere Frage.“*⁶ Dem Klienten sollte jedoch in jedem Fall das Recht zugestanden werden, selbst zu

1 Aycha, Interview vom 08.02.1994

2 Mathiasen, Interview vom 27.05.1994

3 Mehari 1993, S. 123

4 Vgl. Mollica 1988, S. 299

5 Vesti, Interview vom 23.02.1994

6 Peltzer, Interview vom 03.03.1994

entscheiden, welche und wie viele Informationen er preiszugeben bereit und in der Lage ist.¹

Ergänzt werden sollten Psychotherapien je nach Interessenschwerpunkt und Fähigkeit des Klienten durch eine oder mehrere der anderen aufgeführten Methoden oder zumindest Elementen daraus, die den therapeutischen Prozeß noch unterstützen. So kann beispielsweise die Integration von Elementen der Supportativen Therapie oder des „Skills Training“ sehr hilfreich sein. *„Andere nonverbale Methoden sind sicherlich auch wichtig. Das kann auch Kunst sein oder Gedichte schreiben, also jeder hat da seine eigenen Dinge.“*²

Für besonders wichtig halte ich das Angebot von Physiotherapie und/oder Bewegungstherapie, da in den meisten Fällen körperliche Beschwerden wie Verspannungen, Haltungsschäden etc. präsent sind, ebenso häufig ein gestörtes Körperbewußtsein. Zusätzlich sollte die Behandlung in jedem Fall soziale Beratung einschließen, da jeder Flüchtling im Exil mannigfaltigen Belastungen ausgesetzt ist, die für traumatisierte Flüchtlinge ungleich schwerer zu ertragen sind. *„Survivors of torture have to be considered individually and in context in order to tailor parts of their therapy to their particular needs.“*³

Ich möchte in keiner Weise bestreiten, daß Psychotherapie für Überlebende organisierter Gewalt von größter Wichtigkeit ist, jedoch kann sie nicht als Ersatz für gesellschaftspolitische Entscheidungen gelten. Sie kann allenfalls als Ergänzung zu Maßnahmen und Projekten dienen, die eine aktive und kreative Änderung der Lebensbedingungen von traumatisierten Flüchtlingen zum Ziel haben. In diesem Zusammenhang möchte ich kurz ein meines Wissens einmaliges österreichisches Projekt darstellen, das von der Psychotherapeutin G. WÜRBEL ins Leben gerufen wurde: die Aktion „Susret-Begegnung“.

Die Galina, eine im Oberland Vorarlbergs gelegene ehemalige Militärkaserne, dient seit 1992 als Obdach für Heimatvertriebene aus dem ehemaligen Jugoslawien. Diesen Menschen bietet WÜRBEL begleitend Psychotherapie an. Ihr Hauptziel ist jedoch der Aufbau einer „Kommunikationsbrücke“ zwischen Flüchtlingen und Einheimischen und die Ermöglichung sinnvoller, kreativer (und entlohnter)

1 Vgl. van der Kolk/Kadish 1987 c, S. 188

2 Peltzer, Interview vom 03.03.1994

3 Vesti/Somnier/Kastrup 1992, S. 71

Arbeit. In den Galina-Werkstätten, die u.a. eine Tischlerei, Näherei, Töpferei und Weberei beinhalten, werden Gebrauchsgegenstände für die Galina gefertigt, ebenso wie Auftragsarbeiten aus der Vorarlberger Bevölkerung oder Produkte, die auf Basaren „verkauft“ werden. Um das Beschäftigungsverbot außerhalb von Wohlfahrts- und Gemeindeinstitutionen zu umgehen, fließt der Erlös an die Aktion Susret-Begegnung, die den Gewinn nach einer 25%igen Sozialabgabe an den Produzenten weitergibt. Nach dem gleichen Prinzip funktioniert eine eingerichtete „Auftragsbörse“, durch die Flüchtlinge den Einheimischen stundenweise Hilfe anbieten, die sich dafür in Form einer freiwilligen Spende erkenntlich zeigen. Außerdem existiert eine Börse für ehrenamtliche Hilfsdienste von Einheimischen an Flüchtlinge.¹ Diese Aktion ist meines Erachtens vorbildlich. Es wäre wünschenswert, wenn dieses Beispiel Schule machen würde.

4.9 Behandlungseinrichtungen

Die Einsicht in die Notwendigkeit, Einrichtungen zur Behandlung von Überlebenden organisierter Gewalt zu schaffen, besteht erst seit relativ kurzer Zeit. Die ersten Anfänge entstanden in den frühen 70er Jahren in Chile, Argentinien und Uruguay.² Etwa gleichzeitig begann in Europa die Erforschung der Folgen von organisierter Gewalt mit dem Aufbau einer medizinisch orientierten Gruppe von amnesty international in Kopenhagen (Dänemark). Aus dieser Gruppe entwickelte sich das RCT³, das aber erst 1982 offiziell eröffnet wurde. Das erste in Deutschland befindliche Zentrum entstand 1978 in Frankfurt. Ab Mitte der 80er Jahre folgten Zentren in Hamburg, Köln, Düsseldorf, Berlin und Bremen. Einige wichtige Daten und Fakten zu den von mir besuchten Zentren habe ich in Tabelle 1⁴ zusammengestellt. Hierzu ist anzumerken, daß diese Zentren nur eine Auswahl an in Deutschland existierenden Zentren darstellen; andere Einrichtungen, wie sie u.a. in Hannover⁵, München⁶ und in Saarbrücken⁷ bestehen, bleiben unberücksichtigt.

1 Nach Würbel 1993 a und 1993 b

2 Vgl. van Willigen 1992, S. 278

3 Vgl. Vesti/Somnier/Kastrup 1992, S. 9

4 Vgl. dazu Anhang 2

5 Vgl. Bakhtiar 1992, S. 9

Die Behandlungszentren oder Psychosozialen Zentren für Überlebende organisierter Gewalt unterscheiden sich hinsichtlich der Nationalitäten ihres Klientels und der von ihnen erlittenen Art der Gewalt (Folter oder organisierte Gewalt), der Voraussetzungen zur Behandlungsaufnahme, der disziplinären Zusammensetzung des Teams (z.B. eher psychologisch oder medizinisch orientiert) und der verfolgten Zielsetzung (politisch oder humanitär). Ferner werden einige Zentren staatlich oder kirchlich unterstützt, während andere ihre Gelder aus anderen Quellen beziehen. Gemein ist den meisten Zentren - mit Ausnahme des RCT und des Berliner Behandlungszentrums - die finanzielle Unsicherheit; das Fortbestehen der Einrichtung ist meist nur kurzfristig gesichert und muß jedes Jahr neu ausgehandelt werden. Die Behandlung der Klienten ist generell kostenlos und betrifft hauptsächlich Menschen, die - so DHAWAN - „*einfach durch das soziale Gesundheitsnetz, was besteht, durchfallen.*“¹

Die Unterschiede bezüglich der Nationalität der betreuten Klienten sind zwischen den einzelnen Einrichtungen nicht gravierend. Obwohl das in Frankfurt befindliche PSZ ursprünglich auf die Behandlung lateinamerikanischer Flüchtlinge und das RCT auf die Betreuung von Flüchtlingen aus Griechenland und Irland konzipiert waren², haben sich doch diese Zentren inzwischen längst auch Klienten anderer Nationalitäten geöffnet. Heutzutage stellen Flüchtlinge aus dem Nahen und Mittleren Osten einen großen Teil des Klientel der verschiedenen Zentren. Eine Besonderheit diesbezüglich findet sich im Berliner Behandlungszentrum, welches als einziges mir bekanntes auch ehemalige DDR-Häftlinge betreut.³ Die in Behandlung befindlichen Klienten sehen nach WICKER generell ihre Erfahrungen unmißverständlich als politischen Willkürakt an. Einige asiatische Flüchtlingsgruppen wie Tamilen, Kambodschaner oder Vietnamesen wenden sich jedoch aufgrund unterschiedlicher kultureller Konzepte bezüglich Folter und Trauma kaum an solche Einrichtungen.⁴

6 Nach Aussagen von Graessner, Interview vom 18.02.1994

7 Vgl. Badawi 1993, S. 27

1 Dhawan, Interview vom 17.02.1994

2 Vgl. van Willigen 1992, S. 279

3 Vgl. dazu Anhang 2

4 Vgl. Wicker 1991, S. 71; vgl. auch 3.5

Die in den Zentren um Hilfe nachsuchenden Flüchtlinge sind hauptsächlich Männer jüngeren und mittleren Alters. Die Ursachen des geringen Anteils von Frauen sieht AYCHA in der Tatsache, daß „*der größere Teil der politisch Aktiven Männer sind*“¹, WICKER hingegen darin, daß es (oft sexuell) gefoltete „*Frauen mehrheitlich vorziehen, mit ihrem Leiden im Schatten des Verborgenen zu leben, um wenigstens gegen außen nicht auch noch gezeichnet zu sein.*“² Im Hamburger Zentrum finden sich verstärkt auch unbegleitete minderjährige Flüchtlinge, was ADAM folgendermaßen erklärt: „*Es gibt 3000 allein in Hamburg, das sind fast 70 % von allen in der Bundesrepublik.*“³

Gemeinsam ist den Zentren durch die Tatsache der Lokalisierung in einem Exilland, daß sie nicht mit akuten, sondern nur mit Spätfolgen von organisierter Gewalt konfrontiert werden. Die Klienten haben in den meisten Fällen bereits eine unterschiedlich lange Zeit mit ihren Symptomen gelebt, bevor sie um Hilfe nachsuchen.⁴ Ebenso zeichnen sich die Zentren im Exil eher durch einen humanitären Ansatz als durch politische Parteinahme aus, was durch die nationale und politische Diversität des Klientel auch kaum möglich wäre.

Trotz vieler Ähnlichkeiten bezüglich des Klientel und der zu bearbeitenden Probleme, ist das Verhältnis zwischen den verschiedenen Einrichtungen leider nicht immer von Kooperationsbereitschaft geprägt, sondern teilweise von Unstimmigkeiten und Konkurrenz. „*One centre doesn't like another centre, they disagree on the treatment and on political aims.*“⁵ Konkurrenzdenken beispielsweise wirft GRAESSNER der anderen Berliner Einrichtung XENION vor: „*Ich denke, die sind uns einfach nicht grün. Mit deren kleinerem Mitarbeiterstab können die nicht so einen Lärm machen wie wir, und deshalb sind die natürlich immer sehr argwöhnisch, ob wir uns nicht zu breit machen.*“⁶ Diese Aussage entspricht allerdings nicht dem Eindruck, den ich von XENION gewonnen habe.

1 Aycha, Interview vom 08.02.1994

2 Wicker 1991, S. 74

3 Adam, Interview vom 22.03.1994

4 Vgl. Skylv 1992, S. 39

5 Vesti, Interview vom 23.02.1994

6 Graessner, Interview vom 18.02.1994

Differenzen und Meinungsverschiedenheiten können sich auch intern herausbilden; aus solcherlei Gründen spaltete sich eine Gruppe des RCT-Teams ab, um ein eigenes Psychosoziales Zentrum zu eröffnen. Die „Splitterorganisation“ OASIS, die 1987 gegründet wurde, verfolgte auch politisch und strukturell eine andere Linie. So wurde laut MATHIASSEN die Organisation die ersten Jahre kollektiv geleitet, ebenso wurden allen Angestellten, unabhängig von der beruflichen Position, gleiche Gehälter ausgezahlt. Erst kürzlich wurden diese Dinge zugunsten einer „gewöhnlichen“ Führungsstruktur und Gehaltsverteilung geändert.¹ Nach VESTI ist es jedoch unerheblich, in welcher Einrichtung traumatisierte Flüchtlinge behandelt werden, die Hauptsache ist, daß sie behandelt werden: *„The main point is that people are treated, it doesn't matter so much, where they are treated, the treatment is pretty much the same.“*²

4.9.1 Psychosoziale Zentren

Psychosoziale Zentren konzentrieren sich, wie der Name schon sagt, hauptsächlich auf psychische und soziale Hilfestellungen. Üblicherweise sind Sozialberatung und Psychotherapie zwei voneinander getrennte Bereiche, wobei die Sozialberatung meistens der erste Anlaufpunkt ist. Vielen Klienten fällt es offenbar leichter, anfangs die für viele akzeptablere Möglichkeit der sozialen Beratung anzunehmen, in deren Verlauf dann häufig bestehende psychische Probleme angesprochen werden, als sich von vornherein für eine psychologische Behandlung zu entscheiden. *„Die meisten Leute gehen erst mal in die offene Sprechstunde zur Sozialberatung. Wenn die Kollegen jemanden sehen, der ... einfach offensichtlich schwer belastet ist, schlagen sie dann diesem Flüchtling vor, ein Erstgespräch bei uns zu machen.“*³

Neben Beratungs- und Therapieangeboten haben sich in vielen Zentren flankierende und prophylaktische Maßnahmen für spezielle Gruppen herausgebildet. Refugio beispielsweise bietet eine Frauengruppe an⁴, wie sie sich inzwischen in der Mehrzahl der Zentren

1 Nach Aussagen von Mathiasen, Interview vom 27.05.1994

2 Vesti, Interview vom 23.02.1994

3 Brand, Interview vom 03.02.1994

4 Nach Aussagen von Farshidi, Interview vom 11.01.1994

etabliert hat, XENION arbeitet u.a. mit jungen tamilischen Mädchen, die aus ihrem Elternhaus weggelaufen sind.¹ Im PSZ Frankfurt finden neben Frauen- auch Männergruppen statt, wie auch Familienfreizeiten angeboten werden.² In Köln wurde sogar eine Theatergruppe für Jugendliche ins Leben gerufen.³ In einigen Fällen werden für „Psychiatrie-erfahrene“ Klienten Wiedereingliederungsmaßnahmen durchgeführt⁴, oder es wird - wie in Frankfurt im Martinushaus - therapeutisch betreutes Wohnen angeboten.⁵ Auch legen einige Zentren Wert darauf, nicht nur als Beratungsinstitution angesehen zu werden, sondern gleichzeitig auch als Begegnungsstätte und Kommunikationszentrum. So bietet beispielsweise das Hamburger Zentrum seinen Klienten die Möglichkeit, fernzusehen, Kaffee zu kochen oder sich einfach nur auszuruhen.⁶

Obwohl medizinische Versorgung nicht in die Arbeit der Psychosozialen Zentren integriert ist, so haben doch einige Zentren ihre Notwendigkeit erkannt und Kontakte zu niedergelassenen Ärzten aufgebaut, an die die Klienten, wenn nötig, verwiesen werden. Insbesondere die Kölner Einrichtung legt großen Wert auf eine enge Kooperation mit örtlich ansässigen Ärzten.⁷ Auch AYCHA befürwortet eine Zusammenarbeit: *„Wenn ich das Gefühl habe, da ist jemand, der medikamentöse Unterstützung bräuchte oder eine Abklärung ..., oder ich versichert sein möchte, daß das keine körperlichen Ursachen hat, schicke ich ihn natürlich zur Untersuchung.“*⁸

Die Möglichkeit einer medizinischen Abklärung ist sehr wichtig, von ihr kann jedoch in den Psychosozialen Zentren nur begrenzt Gebrauch gemacht werden. Auch unterstützende, nonverbale Maßnahmen - wie Tanztherapie bei Refugio oder Bewegungs- und Kunsttherapie im Kölner Zentrum beispielsweise - können, wenn überhaupt, nur in geringem Umfang angeboten werden, da diese Mitarbeiter meist nur auf Honorarbasis eingestellt werden können. Eine

1 Nach Aussagen von Dhawan, Interview vom 17.02.1994

2 Nach Aussagen von Peltzer, Interview vom 03.03.1994

3 Vgl. Brand/Geisler-Scholl 1989, S. 54

4 Nach Aussagen von Brand, Interview vom 03.02.1994

5 Nach Aussagen von Peltzer, Interview vom 03.03.1994

6 Nach Aussagen von Lakrache, Interview vom 26.01.1994

7 Nach Aussagen von Brand, Interview vom 03.02.1994

8 Aycha, Interview vom 08.02.1994

Ausnahme bildet OASIS, zu deren Mitarbeiterstab ein Arzt ebenso wie ein Physiotherapeut zählt, deren „Dienste“ somit den Klienten generell zur Verfügung stehen. Im Jahre 1993 konnte so 63 % der Klienten eine medizinische Untersuchung zuteil werden, wie auch 50 % parallel zur Psychotherapie physiotherapeutische Behandlung erhielten.¹

4.9.2 Multidisziplinäre Zentren

Multidisziplinäre Zentren - wie beispielsweise das RCT in Kopenhagen und das Behandlungszentrum für Folteropfer in Berlin - integrieren verschiedene Fachdisziplinen in die Behandlung. Sie arbeiten vielfach nach dem dreigeteilten Behandlungsprinzip: medizinisch, psychotherapeutisch und sozial. Der medizinische Aspekt erhält, da die beiden Zentren einer Klinik angegliedert sind, eine besondere Gewichtung. Jedoch wird im RCT strikt darauf geachtet, daß die Behandlung in allen drei Bereichen - Physiotherapie, Psychotherapie und soziale Beratung - immer parallel läuft und kein Bereich ausgeklammert wird.² Diese Voraussetzung ist nach MERWIN äußerst wichtig, denn, wenn die Behandlung nicht ganzheitlich, auf verschiedenen Ebenen gleichzeitig erfolgt, „*healing of the whole person may not occur.*“³ Auf weitere der Behandlung zugrunde liegenden Prinzipien des RCT - das als eines der ältesten und erfahrensten Zentren gewissermaßen eine Vorbildfunktion innehat und an dessen Modell sich viele andere Zentren, u.a. das Londoner und das Stockholmer Zentrum, orientieren - bin ich anderer Stelle bereits eingegangen.⁴

Neben dem Berliner Behandlungszentrum und dem RCT in Kopenhagen gibt es in westlichen Ländern eine Reihe weiterer Multidisziplinärer Zentren; u.a. „The Indochinese Psychiatry Clinic“ in Boston, „The Center for Victims of Torture“ in Minneapolis, „Association for Victims of Repression in Exile“ (AVRE) in Paris, „The Medical

1 Vgl. OASIS 1994, S. 5 f. und 8

2 Vgl. Jacobsen/Vesti 1992, S. 30

3 Merwin/Smith-Kurtz 1988, S. 57

4 Vgl. Schlapobersky/Bamber 1988; vgl. Horvath-Lindberg/Movschenson 1988; vgl. dazu auch 3.3

Foundation for the Care of Victims of Torture“ in London¹, „The Canadian Centre for victims of Torture“ (CCVT) in Toronto, „Centrum Gezondheidszorg Vluchtelingen“ (CGV) in den Niederlanden, „COLAT/ EXIL“ in Brüssel und „The Red Cross Centre for Victims of Torture“ in Stockholm.²

Die medizinische Behandlung folgt im RCT „traditionellen, konservativen“ Methoden. Die Behandlung findet generell auf einer „out-patient-basis“ statt. Nur in besonderen Fällen ist eine kurzzeitige stationäre Behandlung erforderlich.³ Gleichmaßen gilt dies für das Berliner Zentrum. Die medikamentöse Versorgung, insbesondere die Behandlung mit Psychopharmaka, spielt im RCT offenbar eine untergeordnete Rolle, was ich sehr positiv finde. *„It is not common practise at RCT to prescribe drugs for torture survivors.“*⁴

Dies scheint im Berliner Behandlungszentrum nicht der Fall zu sein. Ich habe den Eindruck gewonnen, daß die Symptome in erster Linie medikamentös, vielfach mit Psychopharmaka wie Antidepressiva etc.⁵, behandelt werden und nicht psychotherapeutisch. Die Schlüsselrolle spielen im Berliner Zentrum die Ärzte, die erste Anlaufstelle eines jeden Klienten sind und diese Position auch meist im weiteren Behandlungsverlauf behalten. Die Parallelbehandlung mit Psychotherapie soll zwar angeboten werden, ist aber offensichtlich nicht der Regelfall; im Jahre 1992 wurden beispielsweise nur 51,4 % der Klienten psychotherapeutisch betreut.⁶ *„Im Prozeß der Psychotherapie kommt es häufig zu >Rück<-Überweisungen an die Medizin, oder somatische und psychische Behandlung geschehen gar parallel.“*⁷

Die meiner Meinung nach für eine effektive Therapie unerläßliche Teamarbeit zwischen den einzelnen Disziplinen scheint ebenso keineswegs immer gewährleistet zu sein, denn wie GRAESSNER sagte, kommt es *„natürlich, wo immer Mediziner und Psychologen aufeinanderstoßen, zu Rivalitäten ... Zwangsläufig sind die empfind-*

1 Vgl. Chester 1990, S. 167 und 176 f.

2 Vgl. van Willigen 1992, S. 282 ff.

3 Vgl. Ortman et al. 1987, S. 164

4 Vesti/Somnier/Kastrup 1992, S. 40

5 Nach Aussagen von Graessner, Interview vom 18.02.1994

6 Vgl. Behandlungszentrum für Folteropfer 1993, S. 45

7 Ebenda, S. 7 [Hervorhebung nicht im Original]

licher, die Psychologen, da die Psychologen insgesamt eine weniger anerkannte Stellung gesellschaftlich haben ... Deshalb achten die natürlich sehr intensiv darauf, daß keine Grenzverletzungen in ihren Bereich hinein stattfinden.“¹

Im Gegensatz zu den psychosozialen Zentren, die generell allen Flüchtlingen offenstehen, müssen für die Behandlungsaufnahme in den Multidisziplinären Zentren bestimmte Voraussetzungen erfüllt sein. So nehmen beide Zentren nur Folteropfer an, wobei sich das RCT strikt an die Folterdefinition hält, das Berliner Zentrum aber den Folterbegriff etwas weiter, im Sinne von organisierter Gewalt, auslegt. Darüber hinaus akzeptiert das RCT als einziges der von mir besuchten Zentren nur anerkannte Flüchtlinge, d.h. Asylberechtigte. Nach VESTI ermöglicht nur eine Eingrenzung des Arbeitsfeldes die Durchführung einer effektiven Therapie: *„You can't do everything for everybody.“²*

Ein weiterer Unterschied zu den Psychosozialen Zentren - der meiner Ansicht nach aber nur in der besseren ökonomischen Situation, dem größeren Mitarbeiterstab und damit auch Bekanntheitsgrad begründet liegt - ist die Tatsache, daß sehr viel Energie auf Forschung, Fortbildungen, Publikationen, Stellungnahmen etc. und auf Öffentlichkeitsarbeit allgemein verwendet wird. Öffentlichkeitsarbeit schließt nach GRAESSNER auch die Knüpfung politischer Kontakte ein. *„Man kann nicht nur Therapie machen, ..., das wäre auch ein verfehltter Anspruch, wenn man diese Vernetzung mit den politischen Organisationen nicht sucht ... Man braucht sie, ... das sind die, die über einen reden und die einen mit einem Wort vernichten können.“³*

Das RCT hat speziell für Aufgaben der Forschung, der Aus- und Fortbildung von Angehörigen verschiedener Berufsgruppen und dem Aufbau und Erhalt neuer Zentren 1988 einen „internationalen Arm“, das IRCT, gegründet.⁴ Es werden regelmäßig Vorträge gehalten, internationale Seminare und Konferenzen arrangiert oder ausgerichtet und vor allem Hilfestellungen an noch im Aufbau befindliche Zentren gegeben. Weltweit gibt es, so MOLICH, *„zur Zeit etwa 30*

1 Graessner, Interview vom 18.02.1994

2 Vesti, Interview vom 23.02.1994

3 Graessner, Interview vom 18.02.1994

4 Vgl. Bøjholm/Christensen/Genefke 1993, S. 18

*Projekte, in die wir finanziell involviert sind.*¹ Im letzten Jahr zählte das Team von RCT und IRCT insgesamt 80 Mitarbeiter.²

Bezüglich des IRCT gibt es jedoch auch kritische Stimmen. So liegt mir beispielsweise ein vom 15.02.1994 datiertes Fax von S. KULOVIC (Projektdesignerin des „Medical Rehabilitation Centre for Torture Victims“, MRCT, in Zagreb) vor, in dem sie das IRCT beschuldigt, aus eigennützigen Motiven Zentren zu „sammeln“: *„Their protective role has become a manipulation for their own benefits rather than helping centers like ours, ...; we can not disregard that IRCT is a big international organization >collecting< centers like ours.“*³ Dieser Vorwurf wird von VESTI folgendermaßen entkräftet: *„This is an economic problem, she wants the money One centre is accusing the other centre, they all want the money and that is really what it's all about. They are applying for the international fund, and therefore they are talking not so nicely about the other centres.“*⁴ Nach MOLICH könnte der Grund für die Beschuldigung auch in der Mißbilligung der Tatsache liegen, daß *„wir Initiativen in den einzelnen Ländern besuchen, um zu sehen, daß es auch seriös ist“*⁵.

4.9.3 Exkurs: Zentren in Herkunftsländern

Weltweit existieren mehr als 50 Behandlungszentren für Überlebende organisierter Gewalt, auch in Ländern, in denen Folter praktiziert wird.⁶ Auf den ersten Blick mag es paradox erscheinen, in solchen Ländern Therapiezentren einzurichten, anstatt sich vollständig auf die Abschaffung von Folter zu konzentrieren. Jedoch wäre es verantwortungslos, diese Menschen ohne Hilfsangebote sich selbst zu überlassen. Da Rehabilitierungsarbeit mit Opfern organisierter Gewalt aus einsichtigen Gründen jeder Regierung, die Folter praktiziert oder duldet, „ein Dorn im Auge“ sein muß, ist diese Arbeit mit großen Schwierigkeiten verbunden.

1 Molich, Interview vom 22.02.1994

2 Vgl. Bøjholm/Christensen/Genefke 1993, S. 18

3 Der Empfänger dieses Faxes möchte anonym bleiben.

4 Vesti, Interview vom 23.02.1994

5 Molich, Interview vom 22.02.1994

6 Vgl. Landry 1989, S. 439

Behandlungseinrichtungen finden sich in Ländern mit einer gegenwärtigen oder vergangenen Geschichte politischer Repression wie Chile, Argentinien, Uruguay, Kolumbien, Guatemala, El Salvador¹, Bolivien, Paraguay, Südafrika², Pakistan³, den Philippinen⁴, Griechenland, der Türkei, Ex-Jugoslawien⁵ und anderen Ländern. Da es aus naheliegenden Gründen so gut wie ausgeschlossen ist, Unterstützung von der jeweiligen Regierung zu erhalten, erfolgt die Finanzierung solcher Zentren, so VAN WILLIGEN, vielfach über europäische Fonds, den UN-Fond für Folteropfer oder die Kirche.⁶ Jedoch berichtete MOLICH, daß das Athener Behandlungszentrum inzwischen „sogar etwas Geld von der Regierung“ bekommt, allerdings erst nach der Versicherung, es behandle ausschließlich Folterüberlebende des Nachbarstaates (Türkei) und selbstverständlich keine griechischen.⁷

Häufig wird die Behandlung aber auch durch ehrenamtliche Mitarbeiter mehr oder weniger „im Verborgenen“ ausgeführt, wie beispielsweise in Südafrika. „*Unsurprisingly, there are no formal care and treatment facilities for torture survivors in South Africa.*“⁸ Viele Experten, die sich inner- oder außerhalb von Zentren in der Behandlung Überlebender organisierter Gewalt engagieren, leben in der ständigen Gefahr, selbst verhaftet, gefoltert oder ermordet zu werden. „*Those struggling against torture are in danger of becoming torture victims themselves.*“⁹ Auch Familienangehörige können davon betroffen sein. So wurde in Chile beispielsweise der 19jährige Sohn eines Arztes wegen der Aktivitäten seines Vaters - der „Behandlung von Terroristen“ - gefoltert und ermordet.¹⁰

Ungleich den „westlichen“ Zentren sind Behandlungseinrichtungen in „Folterstaaten“ stark politisch orientiert. Sie beschränken sich nicht ausschließlich auf die Behandlung somatischer oder psychischer

1 Vgl. van Willigen 1992, S. 280

2 Vgl. Chester 1990, S. 168; vgl. Dowdall 1992, S. 466

3 Vgl. Mehdi 1992, S. 479

4 Vgl. Parong et al. 1992, S. 488

5 Nach Aussagen von Molich, Interview vom 22.02.1994

6 Vgl. van Willigen 1992, S. 282

7 Nach Aussagen von Molich, Interview vom 22.02.1994

8 Dowdall 1992, S. 466

9 Mehdi 1992, S. 478

10 Vgl. Chester 1990, S. 168

Probleme, sondern verstehen ihre Arbeit als Teil des Kampfes gegen „Staatsterrorismus“ und Menschenrechtsverletzungen.¹ Therapeut und Klient teilen daher in den meisten Fällen politische Überzeugungen. Im Gegensatz zu Einrichtungen in Gastländern, deren Klienten nur einen Bruchteil der behandlungsbedürftigen Überlebenden darstellen, ermöglichen Zentren in Herkunftsländern einen direkten, unmittelbaren Zugang für einen wesentlich größeren Personenkreis.²

Die Behandlung kann somit generell ohne Verständigungsschwierigkeiten und ohne die Belastungen eines Lebens im Exil durchgeführt werden. Jedoch bestehen erhebliche Probleme anderer Art, denn sowohl der Klient als auch der Therapeut sind fortwährend mit der aktuellen oder potentiellen Gefährdung ihres eigenen und des Lebens ihrer Familienangehörigen konfrontiert. Da die Therapie in einer Situation realer Bedrohung stattfindet, müssen auch andere Behandlungsprinzipien zugrunde gelegt werden. Die Therapie konzentriert sich eher auf Streßbewältigung und „coping“-Mechanismen. Eine kathartische Abreaktion von Gefühlen wird zu vermeiden versucht, da es gefährlich und disfunktional für den Klienten ist, Verteidigungsstrategien aufzugeben und Gefühlen gegenüber verletzlich zu werden.³

Abschließend möchte ich ein Gedicht von F. Ochberg zitieren, das meiner Ansicht nach tiefe Einsicht in die Leiden des Überlebenden organisierter Gewalt gewährt und gewissermaßen als Zusammenfassung der Ziele von Therapie gelten kann.

1 Vgl. van Willigen 1992, S. 280 f.

2 Vgl. Mehdi 1992, S. 480

3 Vgl. Dowdall 1992, S. 467 f.

Survivor Psalm¹

I have been victimized.
I was in a fight that
was not a fair fight.

I did not ask for the fight.
I lost.

There is no shame in losing
such fights, only in winning.
I have reached the stage of
survivor and am no longer
a slave of victim status.

I look back with sadness
rather than hate.

I look forward with hope
rather than despair.

I may never forget, but I
need not constantly remember.

I *was* a victim.

I *am* a survivor.

1 Ochberg 1988, S. 17

Resümee

Folter wird in erschreckend vielen Ländern dieser Welt systematisch angewendet. Darüber hinaus nimmt die Zahl an bewaffneten Auseinandersetzungen, Kriegen und Bürgerkriegen stetig zu. Gerade im Angesicht von Krisen erhöht sich die Wahrscheinlichkeit des Vorkommens von Folter um ein Vielfaches. Nur ein verschwindend geringer Teil aller von organisierter Gewalt betroffenen Menschen ist in der Lage und in der Verfassung zu fliehen. Von diesen wenigen gelangt, da viele in Nachbarländer fliehen und in ihrer Herkunftsregion bleiben, wiederum nur ein geringer Teil in westliche Exilländer und ein noch wesentlich geringerer nach Deutschland. Verglichen mit der Gesamtheit aller Überlebenden organisierter Gewalt ist die Anzahl der sich in Deutschland aufhaltenden traumatisierten Flüchtlinge außerordentlich gering. Verglichen aber mit der Gesamtheit der in Deutschland um Asyl nachsuchenden oder asylberechtigten Flüchtlinge stellen diejenigen, die organisierte Gewalt erfahren haben, einen nicht unerheblichen Teil dar.

Diesen Menschen gegenüber haben wir eine Verantwortung und die Verpflichtung, ihnen zu helfen. Diese Hilfe muß auf drei Ebenen stattfinden: erstens in Form von adäquaten Therapie- und Behandlungsmöglichkeiten in oder außerhalb von speziellen Einrichtungen, zweitens auf politischer Ebene durch die Bekämpfung von organisierter Gewalt und die Verbesserung der Lebensbedingungen im Exil und drittens auf gesellschaftlicher Ebene durch Förderung von Akzeptanz, Hilfsbereitschaft und Herzlichkeit anstelle von Ablehnung, Gewalt und Haß.

Die Erfahrung von organisierter Gewalt und von Folter, als eine ihrer besonders grausamen Formen, bedeutet für das Individuum ein tiefes Trauma. Die Konfrontation mit einer existentiellen Bedrohung bedingt den Einsatz von Defensiv-Mechanismen zum Schutze der eigenen Identität. Exzessiv angewendet können diese Defensiv-Mechanismen eine Ursache von langfristigen psychischen Beeinträchtigungen und psychosomatischen Störungen darstellen. Die Tatsache, daß die erlittene Gewalt Teil einer von Menschen syste-

matisch geplanten Vernichtungsstrategie ist, führt zu einem oftmals unumkehrbaren Vertrauensverlust in die Menschheit. Grundvoraussetzungen menschlichen Zusammenlebens wie Vertrauens- und Liebesfähigkeit stellen sich, ebenso wie vormals gehegte Überzeugungen und Einstellungen bezüglich der eigenen Person und der Welt im allgemeinen, als falsch und nicht haltbar heraus; Züge, die die Persönlichkeit des Individuums einzigartig gemacht haben, verkehren sich ins Gegenteil.

Das Leiden ist für den Überlebenden mit dem Erlöschen der realen Bedrohung längst nicht beendet. Verhaltensweisen, die während der traumatischen Situation sinnvoll waren, sind nun unangemessen und führen zu Schwierigkeiten im Zusammenleben mit anderen Menschen, die noch verstärkt werden durch für andere oft nicht nachvollziehbare psychische Reaktionen wie Schuldgefühle, Mißtrauen, Beziehungsangst, Aggressionen etc. Dadurch, daß das Trauma verdrängt wird und somit nicht verarbeitet werden kann, drückt es sich vielfach in psychosomatischen Erkrankungen und Beschwerden aus, deren Bedeutung und Ursache den Betroffenen jedoch häufig nicht ersichtlich ist. Die langfristigen Auswirkungen organisierter Gewalt beeinflussen alle Ebenen der Lebensführung des Überlebenden und zeichnen sich dadurch aus, daß sie nicht dazu tendieren, sich im Laufe der Zeit zu neutralisieren.

Aus diesen Gründen sind Behandlungs- und Therapiemöglichkeiten für Überlebende organisierter Gewalt von größter Bedeutung. Das Hauptziel von Therapie muß die Verarbeitung und damit Vergegenständlichung des Traumas sein, wodurch sich die Notwendigkeit, es psychosomatisch auszudrücken, erübrigt. Darüber hinaus muß Therapie darauf ausgerichtet sein, die Eigeninitiative und die Selbstheilungskräfte des Klienten zu stärken und die Erprobung neuer bzw. modifizierter, angemessener Verhaltensweisen zu fördern.

Da sich das Trauma sowohl im psychischen als auch im sozialen und physischen Bereich auswirkt, muß auch die Behandlung in allen drei Bereichen gleichzeitig stattfinden. Neben der Psychotherapie muß soziale Beratung fester Bestandteil des Behandlungsprogramms sein, ebenso sollten begleitende körperorientierte und auch andere non-verbale Therapieformen angeboten werden. Auch muß die Möglichkeit zu medizinischen Untersuchungen und Abklärungen gegeben

sein. Motivation des Klienten auf der einen Seite und Professionalität und „commitment“ des Therapeuten auf der anderen Seite sind neben dem gegenseitigen Vertrauen Voraussetzungen für den Aufbau eines Arbeitsbündnisses und einer effektiven Therapie, die für den Klienten den Weg aus seiner Sprach- und Hilflosigkeit öffnen kann.

Es wäre jedoch ein verfehelter Anspruch, Psychotherapie als „Allheilmittel“ zu betrachten. Sie darf keinesfalls als Rechtfertigung für die Unterlassung gesellschaftspolitischer Entscheidungen und Maßnahmen zur Verbesserung der sozialen und rechtlichen Situation von Flüchtlingen mißbraucht werden. Es verlangt nicht allzuviel Phantasie, um zu erkennen, daß die gegenwärtige Form des Umgangs und der Behandlung von Flüchtlingen einem Bruch des Art. 5 der UN-Deklaration der Menschenrechte, die grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung verbietet¹, sehr nahekommt.

Solange traumatisierte Flüchtlinge unter solch restriktiven Bedingungen, wie sie gegenwärtig in unserer Gesellschaft vorherrschen, leben müssen und darüber hinaus tagtäglich mit Diskriminierung und Rassismus konfrontiert werden, wird der Therapieprozeß sehr stark behindert. Auch können die ihm innewohnenden Ressourcen vom Klienten nicht vollständig genutzt werden. Der Prozeß der Verarbeitung der erlittenen Traumatisierungen kann nur stockend voranschreiten, da sich immer neue aktuelle Probleme und Schwierigkeiten ergeben und die ursprünglichen Probleme überlagern.

Im Verlauf der Beschäftigung mit diesem Thema haben sich für mich drei grundsätzliche Fragen bezüglich der Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen herauskristallisiert:

- 1.) Ist eine Zuordnung der psychischen Folgeerscheinungen organisierter Gewalt zu einem einheitlichen „Krankheitsbild“, der post-traumatic stress disorder, möglich und sinnvoll?

Viele Überlebende organisierter Gewalt leiden unter psychosomatischen Beschwerden und zu einem geringeren Teil auch unter physischen Folgewirkungen, denen üblicherweise erst einmal auf medizini-

1 Vgl. 1.1

schem Wege beizukommen versucht wird. Die Symptome, die den Ärzten präsentiert werden, lassen - da sie durchaus auch bei nicht-traumatisierten Menschen auftreten können - nicht unbedingt sofort auf Gewalteinfluß schließen. Ähnlich verhält es sich im psychologisch-psychiatrischen Kontext. Auch hier weisen bestimmte Symptome Ähnlichkeiten und Überlappungen zu anderen Störungen auf.

Vor diesem Hintergrund bewährt sich das Vorhandensein eines einheitlichen Symptomkataloges „PTSD“, da er das diagnostische Instrumentarium verfeinert, Fehldiagnosen zu vermeiden hilft und die Behandlung von Überlebenden organisierter Gewalt auf eine sichere Grundlage stellt. Außerdem würde die Etablierung eines allgemeingültigen Krankheitsbildes die sowohl medizinische als auch gesellschaftliche Anerkennung des verheerenden Einflusses organisierter Gewalt bedeuten, ebenso wie es deren Überlebenden den Zugang zum Gesundheitswesen erleichtern bzw. ermöglichen würde. Ebenfalls mag eine solche Diagnose beispielsweise im gerichtlichen Kontext hilfreich sein, da sie Menschen, die nicht mit diesem Thema befaßt sind, einen ersten Einblick ermöglicht.

Es dürfte kein Zweifel daran bestehen, daß sich viele Symptome, die Überlebende organisierter Gewalt aufweisen, in der Kategorie PTSD wiederfinden lassen. Jedoch ist ein Symptomkatalog - im Rahmen von PTSD oder eines spezifischen „Foltersyndroms“ - meines Erachtens viel zu begrenzt und nicht im geringsten in der Lage, flüchtlings-spezifische Dinge, die Bedeutung des Traumas für das Individuum und dessen persönliche Befindlichkeit zu erfassen. Zudem kann es aufgrund menschlicher Diversität keine einheitliches, universelles und immer existentes Reaktionsmuster und Beschwerdebild geben.

Eine rein medizinisch-psychiatrische Zuordnung der Folgewirkungen läßt unberücksichtigt, daß organisierter Gewalt in erster Linie politischen, gesellschaftlichen und nicht psychologischen Ursprungs ist, und kann daher nicht akzeptabel sein. Auch bedeutet die Diagnose PTSD eine Stigmatisierung der Klienten und, da vollkommen normale Reaktionen „pathologisiert“ werden, ihre Etikettierung als „krank“. Des weiteren basiert PTSD auf westlichen Konzepten bezüglich Gesundheit und Krankheit; es ist meiner Meinung nach jedoch mehr als fraglich, ob in allen Kulturen gleichartige „Kernsymptome“ wie beispielsweise Depression existieren, die sich universell äußern

und auch so wahrgenommen werden. Meiner Ansicht nach sollte von der Verwendung eines solchen Klassifizierungsmodells im therapeutischen Kontext Abstand genommen werden, da die Suche des Therapeuten nach Übereinstimmungen leicht den Blick für die tatsächlichen individuellen Schwierigkeiten des Klienten verschleiern und dazu führen kann, daß ihm eine Symptomkonstellation zugeschrieben wird, die er gar nicht hat.

2.) Ist Psychotherapie bei traumatisierten Flüchtlingen anwendbar?

Zweifelsohne ist die Hilfe, die traumatisierten Flüchtlingen angeboten wird, nicht immer auch die Hilfe, die sie ihrer Meinung nach benötigen. Auch Psychotherapie ist ein Konzept, welches auf westlichen Maßstäben, Methoden und westlichem Verständnis fußt. Ihr Klientel kommt aber größtenteils aus Kulturen, in denen Therapie und psychologische Beratung ein äußerst ungewöhnliches Konzept darstellen, das sehr leicht mit Geisteskrankheit assoziiert wird und daher für viele Menschen nicht akzeptabel ist, da es „Gesichtsverlust“ und Stigmatisierung bedeutet. Ebenso ungewöhnlich ist für viele der Anspruch, zu einem völlig fremden Menschen über das individuelle Leid, die eigene Person, Lebensgeschichte, bestehende Probleme und psychische Schwierigkeiten zu sprechen.

In vielen nicht-westlichen Kulturen ist das Denken eher kollektiv und nicht individuell geprägt. Das Verständnis von Krankheit und Heilung ist mit unserem nicht vergleichbar, und psychische Auffälligkeiten werden häufig geheimgehalten. Mit Problemen wendet man sich in erster Linie an die Familie, Ärzte oder traditionelle Heiler. Ebenso ist in vielen Kulturen das Moment des Übernatürlichen und der eigenen Nicht-Verantwortlichkeit stark ausgeprägt. Insoweit ist es für viele traumatisierte Flüchtlinge mit großen Schwierigkeiten verbunden, sich auf eine Therapie einzulassen, mitzuarbeiten und Vertrauen in den Therapeuten und sein Behandlungskonzept aufzubauen.

Ich bin jedoch der Ansicht, daß Psychotherapie, sofern gewisse Voraussetzungen gegeben sind, durchaus hilfreich sein kann. Grundvoraussetzung muß allerdings sein, daß der Therapeut über Informationen bezüglich der jeweiligen Kultur und deren Charakteristika verfügt und den Klienten mit allen Eigenheiten und für den

Therapeuten vielleicht nicht immer nachvollziehbaren Einstellungen und Bedürfnissen respektiert. Das bedeutet, daß der Therapeut sich bis zu einem gewissen Grad auf die Wünsche und Erwartungen seines Klienten einstellen muß. Um beispielsweise mit einem Klienten, der vom Therapeuten Autorität, Fürsorge und Handlungsanweisungen erwartet, effektiv arbeiten zu können, muß sich der Therapeut zunächst auf diese Rollenerwartung einlassen und kann ihn nur schrittweise zu Selbsttätigkeit und Eigeninitiative führen. Außerdem ist es meiner Meinung nach essentiell, traditionelle Heilmethoden in die Behandlung mit einzubeziehen, sei es durch umfassende Kenntnis und - wenn angemessen - Übernahme bestimmter Elemente derselben oder durch Zusammenarbeit und Einbeziehung im Exilland praktizierender traditioneller Heiler. Wenn der Therapeut flexibel und bereit ist, auch zum Teil unkonventionelle Wege zu gehen, wenn seine Haltung von Respekt geprägt ist und wenn er in der Lage ist, Differenzen kultureller oder anderer Art zu erkennen und darauf angemessen zu reagieren, ist Psychotherapie mit traumatisierten Flüchtlingen meiner Ansicht nach durchaus anwendbar und hilfreich. Die Therapiemethode, derer sich der Therapeut bedient, ist dabei nicht ausschlaggebend. An dieser Stelle erhebt sich für mich jedoch die Frage, in welchem Kontext Therapie stattfinden sollte.

3.) Sind spezielle Einrichtungen zur Behandlung von traumatisierten Flüchtlingen sinnvoll?

Der Umgang mit Folgen organisierter Gewalt ist für die meisten Bediensteten des Gesundheitswesens im weitesten Sinne ein unbekanntes Gebiet, was dazu führen kann, daß Symptome falsch interpretiert und Fehldiagnosen gestellt werden. Der Aufbau eines dezentralen Netzwerkes von Psychologen, Ärzten und Sozialarbeitern zur Behandlung von traumatisierten Flüchtlingen würde, allein aus organisatorischen Gründen, räumlicher Entfernung etc., eine kombinierte und individuell zugeschnittene Therapie erschweren. Ebenfalls würde eine solche Struktur das Schweigen und die Geheimhaltung, die Folter und ihre Auswirkungen umgibt, noch unterstützen, da die Kenntnisnahme der Öffentlichkeit so ausgeschlossen oder behindert wird.

Spezifische Einrichtungen für Überlebende organisierter Gewalt haben den Vorteil, daß die dortigen Mitarbeiter vertraut sind mit Symptomen, psychischen Auswirkungen und allen Schattierungen ihrer Ausdrucksformen. Sie verfügen darüber hinaus über Erfahrungen bezüglich ihrer Behandlung. Nur unter solchen Bedingungen kann eine Therapie überhaupt sinnvoll und effektiv sein.

Insbesondere Multidisziplinäre Zentren bieten alle Möglichkeiten zur optimalen Gestaltung und Nutzung von Therapie, da Psychotherapie individuell mit Elementen anderer Therapieformen, sozialer Beratung und, falls nötig, medizinischen Interventionen kombiniert werden kann. Hinzu kommt, daß Behandlungseinrichtungen die so wichtige kontinuierliche Betreuung und Supervision ihrer Mitarbeiter gewährleisten können, ebenso wie den persönlichen und fachlichen Austausch unter Kollegen. Auf diesem Wege können den Therapieerfolg gefährdende Reaktionen und Impulse des Therapeuten erkannt und bearbeitet werden, um die Qualität der Therapie langfristig zu sichern. Auch Öffentlichkeitsarbeit und Forschung lassen sich hier effektiver durchführen als das in einem dezentralen Netzwerk der Fall wäre. Spezielle Zentren haben einen weiteren großen Vorteil: ihren symbolischen Charakter. Sie implizieren Anerkennung von organisierter Gewalt und deren Folgen sowie Solidarität mit den Betroffenen. Somit erheben sie den Aspekt der Menschenrechte über den psychologischen Aspekt.

Jedoch bergen solchen Zentren die Gefahr der Stigmatisierung und Isolierung ihrer Klienten und fördern damit das Gefühl, „anders“ zu sein, gesondert behandelt werden zu müssen, als ob eine ansteckende Krankheit vorläge. Viele Klienten leben auch im Exilland noch in der ständigen - realen oder eingebildeten - Angst vor weiterer Verfolgung und davor, „ausfindig gemacht“ zu werden. Die Tatsache, in einer speziellen Behandlungseinrichtung für Überlebende organisierter Gewalt therapeutisch betreut zu werden, trägt, da die Zusicherung von Vertraulichkeit vor diesem Hintergrund illusorisch scheint, vermutlich nicht zu einem Gefühl von Sicherheit bei.

Ich bin jedoch der Meinung, daß die Vorteile spezieller Behandlungseinrichtungen - entweder in Form Multidisziplinärer Zentren, oder psychosozialer Zentren in Verbindung mit einem Netz von Experten anderer, für die Behandlung bedeutsamer, aber in der Einrichtung

nicht vorhandener Berufe - qualitativ weitaus überwiegen. Meiner Ansicht nach kann nur so eine optimale Behandlung zum Wohle des Klienten gewährleistet werden.

Unabhängig davon, in welcher Form Hilfsangebote für traumatisierte Flüchtlinge bestehen, muß darauf geachtet werden, sie aktiv anzubieten, um die Hemmschwelle der potentiellen Klienten und die Zugangsbarrieren zu umgehen. Ebenso ist es außerordentlich wichtig, daß mit der Behandlung von Überlebenden organisierter Gewalt befaßte Personen ihr Fachwissen an andere Berufsgruppen, die in der einen oder anderen Form mit Flüchtlingen zu tun haben, weitervermitteln. Erst Informiertheit über organisierte Gewalt, Folter und deren psychische Folgen hilft, die Reaktionen traumatisierter Flüchtlinge zu verstehen und durch das eigene Verhalten Konflikte zu vermeiden. Das Wissen über organisierte Gewalt, insbesondere Folter, sollte sich jedoch nicht nur auf bestimmte Berufsgruppen beschränken, sondern Gedankengut der gesamten Gesellschaft werden.

Die Ächtung der Folter bedeutet nie ihre Abschaffung, sondern allenfalls die Verdrängung und Tabuisierung des Problems. Da die Folterung einzelner mittelbar zur Folterung einer ganzen Gesellschaft wird, kann das Aufbrechen der „Verschwörung des Schweigens“ nicht einigen wenigen Experten überlassen bleiben, sondern muß von der Gesellschaft als Ganzes geleistet werden. Diesem äußerst schwer zu verwirklichenden Ziel - denn die individuelle Notwendigkeit der Erinnerung ist dem gesellschaftlichen Bedürfnis zu vergessen diametral entgegengesetzt - muß höchste Priorität eingeräumt werden. Nur auf diesem Wege kann die freiheitliche Entfaltung des einzelnen in einem demokratischen, humanen und toleranten Gesellschaftssystem verwirklicht und gesichert werden.

Literaturverzeichnis

- Adam, H.: Kinder als Opfer von Krieg und Verfolgung, in: Bake, R. (Hrsg.): >aber wir müssen zusammenbleiben< Mütter und Kinder in Bombenkriegen von 1943 bis 1993 - Gespräche, Hamburg 1993 a, S. 11-19
- Adam, H.: Terror und Gesundheit - ein medizinischer Ansatz zum Verständnis von Folter, Flucht und Exil, Weinheim 1993 b
- Adam, H./Riedesser, P./Walter, J.: Wenn das Vertrauen zu Menschen verlorengeht, in: Welt des Kindes, Heft 2/1994, S. 23-27
- Agger, I./Jensen, S.B.: Die gedemütigte Potenz - sexuelle Folter an politischen Gefangenen männlichen Geschlechts: Strategien zur Zerstörung der Potenz, in: Riquelme, H. (Hrsg.): Zeitlandschaft im Nebel - Menschenrechte, Staatsterrorismus und psychosoziale Gesundheit in Südamerika, Frankfurt a.M. 1990 a, S. 48-76
- Agger, I./Jensen, S.B.: Testimony as Ritual and Evidence in Psychotherapy for Political Refugees, in: Journal of Traumatic Stress, Heft 1/1990 b, S. 115-130
- Aguirre, D.O.: Psychologische Aspekte der unfreiwilligen Interkulturalität von politisch Verfolgten bei der Behandlung von Folteropfern, in: Initiative für ein internationales Kulturzentrum IIK, Psychosoziale Beratungsstelle (Hrsg.): Psychische und psychosomatische Folgen bei Folterüberlebenden, Obernkirchen 1992, S. 39-49
- Amati, S.: Psychoanalytische Therapie, in: Peltzer, K./Diallo, J.C. (Hrsg.): Die Betreuung und Behandlung von Opfern organisierter Gewalt im europäisch-deutschen Kontext, Frankfurt a.M. 1993, S. 92-107
- American Psychiatric Association (APA) (Hrsg.): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Washington D.C. 1980

- amnesty international (Hrsg.): Bericht über die Folter, Frankfurt a.M. 1975
- amnesty international (Hrsg.): Wer der Folter erlag - Ein Bericht über die Anwendung der Folter in den 80er Jahren, Frankfurt a.M. 1985
- amnesty international (Hrsg.): Jahresbericht 1994, Frankfurt a.M. 1994
- Asylverfahrensgesetz (AsylVfG) vom 27.07.1993, zuletzt geändert durch das Gesetz vom 02.08.1993, in: Beck-Texte Nr. 5537, München 1993, S. 185-230
- Arnold, W./Eysenck, J./Meili, R. (Hrsg.): Lexikon der Psychologie, Freiburg - Basel - Wien 1980
- Ausländergesetz (AuslG) vom 09.07.1990, zuletzt geändert durch das Gesetz vom 30.06.1993, in: Beck-Texte Nr. 5537; München 1993, S. 21-76
- Aycha, A.: Eine gemeinsame Sprache finden - Kommunikation in der Beratungsarbeit mit Flüchtlingen, in: Psychosoziales Zentrum für ausländische Flüchtlinge (Hrsg.): Wie kannst Du hier leben - Beiträge aus fünf Jahren PSZ-arbeit 1987-1992, Düsseldorf 1992, S. 31-35
- Aycha, A.: Klientenzentrierte Psychotherapie, in: Peltzer, K./Diallo, J.C. (Hrsg.): Die Betreuung und Behandlung von Opfern organisierter Gewalt im europäisch-deutschen Kontext, Frankfurt a.M. 1993, S. 60-77
- Badawi, I. (Hrsg.): Beratung und Therapie im Kontext der Psychosozialen Flüchtlingsarbeit, Stuttgart 1993
- Bake, R. (Hrsg.): >aber wir müssen zusammenbleiben< Mütter und Kinder in Bombenkriegen 1943 bis 1993 - Gespräche, Hamburg 1993
- Baker, R.: Psychosocial consequences for tortured refugees seeking asylum and refugee status in Europe, in: Basoglu, M. (Hrsg.): Torture and its consequences: current treatment approaches, Cambridge 1992, S. 83-106
- Bakhtiar, M.: Kulturelle Aspekte der Folter, in: Initiative für ein internationales Kulturzentrum IIK, Psychosoziale Beratungsstelle

- (Hrsg.): Psychische und psychosomatische Folgen bei Folterüberlebenden, Obernkirchen 1992, S. 9-23
- Barudy, G.: Organisierte Gewalt und therapeutische Modelle: der therapeutische Wert von Solidarität, Gerechtigkeit, in: Peltzer, K./Diallo, J.C. (Hrsg.): Die Betreuung und Behandlung von Opfern organisierter Gewalt im europäisch-deutschen Kontext, Frankfurt a.M. 1993, S. 15-43
- Basoglu, M.: Behavioural and cognitive approach in the treatment of torture-related psychological problems, in: Basoglu, M. (Hrsg.): Torture and its consequences: current treatment approaches, Cambridge 1992, S. 402-429
- Basoglu, M. (Hrsg.): Torture and its consequences: current treatment approaches, Cambridge 1992
- Basoglu, M./Mineka, S.: The role of uncontrollable and unpredictable stress in posttraumatic stress responses in torture survivors, in: Basoglu, M. (Hrsg.): Torture and its consequences: current treatment approaches, Cambridge 1992, S. 182-225
- Becker, D.: Extremtraumatisierung und Gesellschaft - Die Folgen des Terrors in Chile, in: Stoffels, H. (Hrsg.): Schicksale der Verfolgten, Berlin - Heidelberg - New York 1991, S. 325-335
- Behandlungszentrum für Folteropfer, Berlin (Hrsg.): Jahresbericht 1992, Berlin 1993
- Berna-Glanz, R./Dreyfus, P. (Hrsg.): Trauma Konflikt Deck-erinnerung, Stuttgart 1984
- Bettelheim, B.: Die Geburt des Selbst - The Empty Fortress, München 1977
- Bettelheim, B.: Surviving and other essays, New York 1979
- Bøjholm, S.: Das Problem der Angst bei der Rehabilitation von Überlebenden der Folter, in: Stoffels, H. (Hrsg.): Schicksale der Verfolgten, Berlin - Heidelberg - New York 1991, S. 295-303
- Bøjholm, S./Vesti, P.: Multidisciplinary approach in the treatment of torture survivors, in: Basoglu, M. (Hrsg.): Torture and its consequences: current treatment approaches, Cambridge 1992, S. 299-309

- Bøjholm, S./Christensen, S./Genefke, I.: Helping Torture Victims become Survivors, in: Refugees, Heft 92/1993, S. 17-19
- Borchers, A.: Flucht in die Illegalität, in: Stern, Nr.31/1993, S. 122-123
- Bouhoutsos, J.C.: Treating victims of torture: psychology's challenge, in: Suedfeld, P. (Hrsg.): Psychology and Torture, New York - Washington - Philadelphia 1990, S. 129-141
- Brand, B./Geisler-Scholl, H.: Behandlung von Flüchtlingen nach Folter, in: Rosen, K.H. (Hrsg.): Jahrbuch der deutschen Stiftung für UNO-Flüchtlingshilfe, Baden-Baden 1989, S. 53-63
- Brand, B./Geisler-Scholl, H.: Folter von Frauen, in: Peltzer, K./Diallo, J.C. (Hrsg.): Die Betreuung und Behandlung von Opfern organisierter Gewalt im europäisch-deutschen Kontext, Frankfurt a.M. 1993, S. 54-57
- Brand, B./Weidenhammer, J.: Bedingungen für die Anhörung von Flüchtlingen im Rahmen des Asylverfahrens, die unter anderem Folter und andere traumatische Erfahrungen erlitten haben, ZDWF-Schriftenreihe, Heft 44, Bonn 1991
- Brett, A./Ostroff, R.: Imagery and Posttraumatic Stress Disorder: an Overview, in: American Journal of Psychiatry, Heft 142/1985, S. 417-424
- Bustos, E.: Dealing with the unbearable: reactions of therapists and therapeutic institutions to survivors of torture, in: Suedfeld, P. (Hrsg.): Psychology and Torture, New York - Washington - Philadelphia 1990 a, S. 143-163
- Bustos, E.: Psychotherapy with tortured refugees, in: Refugee Participation Network, Heft 9/1990 b, S. 15-17
- Bustos, E.: Psychodynamic approaches in the treatment of torture survivors, in: Basoglu, M. (Hrsg.): Torture and its consequences: current treatment approaches, Cambridge 1992, S. 333-347
- Buus, S./Agger, I.: The testimony-method: the use of therapy as a psychotherapeutic tool in the treatment of traumatized refugees in Denmark, in: Refugee Participation Network, Heft 3/1988, S. 14-18

- Chester, B.: Because Mercy has a Human Heart: Centers for Victims of Torture, in: Suedfeld, P. (Hrsg.): Psychology and Torture, New York - Washington - Philadelphia 1990, S. 165-184
- Dachs, G.: Ringen um zerbrochene Seelen - das französische Rehabilitationszentrum AVRE kümmert sich um Folteropfer aus allen Staaten der Erde, in: Zeit-Punkte, Heft 2/1993, S. 81-83
- Dahl, C.I.: Some problems of cross-cultural psychotherapy with refugees seeking treatment, in: The American Journal of Psychoanalysis, Heft 1/1989, S. 19-32
- Danieli, Y.: Treating Survivors and Children of Survivors of the Nazi Holocaust, in: Ochberg, F.M. (Hrsg.): Post-Traumatic Therapy and Victims of Violence, New York 1988, S. 27-29
- Davidson, J./Swartz, M./Storck, M. et al.: A diagnostic and family study of posttraumatic stress disorder, in: American Journal of Psychiatry, Heft 142/1985, S. 90-93
- Dhawan, S.: Ein Flüchtling mit Foltererfahrung - wie soll ich mich verhalten? Scheu, Ängste und Hilflosigkeit in der Begegnung mit Überlebenden von Folter, in: Systema, Heft 2/1992 a, S. 50-55
- Dhawan, S.: Psychodrama in der Arbeit mit politisch Verfolgten, in: Systema, Heft 2/1992 b, S. 37-49
- Dhawan, S.: Trauma und Psychodrama - Zertifizierungsarbeit für den Abschluß zum Director of Psychodrama, Schwedisches Moreno-Institut, Norköpping 1993
- Dominguez, R./Weinstein, E.: Aiding victims of political repression in Chile: a psychological and psychotherapeutic approach, in: Tidsskrift for Norsk Psykologforening, Heft 24/1987, S. 75-81
- Dowdall, T.: Torture and the helping professions in South Africa, in: Basoglu, M. (Hrsg.): Torture and its consequences: current treatment approaches, Cambridge 1992, S. 452-471
- Drees, A.: Guidelines for a short-term therapy of a torture depression, in: Journal of Traumatic Stress, Heft 4/1989, S. 549-554
- Drees, A.: Der Gefolterte und sein Therapeut. Zur psychosozialen Behandlung von Folteropfern, in: Stoffels, H. (Hrsg.): Schick-

- sale der Verfolgten, Berlin - Heidelberg - New York 1991, S. 316-324
- Dührssen, A.: Dynamische Psychotherapie - ein Leitfaden für den tiefenpsychologisch orientierten Umgang mit Patienten, Berlin - Heidelberg - New York 1988
- Eitinger, L.: Lebenswege und Lebensentwürfe von Konzentrationslager-Überlebenden, in: Stoffels, H. (Hrsg.): Schicksale der Verfolgten, Berlin - Heidelberg - New York 1991, S. 3-17
- Emery, P.E./Emery, O.B.: The Defense Process in Posttraumatic Stress Disorders, in: American Journal of Psychotherapy, Heft 4/1985, S. 541-552
- Engbers, H.J.: Gewaltverhältnisse, Folter, Flucht und Exil - gesellschaftliche Repression und individuelle Bewältigung aus sozialpsychologischer Sicht, Diplomarbeit, Hamburg 1991
- Erdreich, M.: A Traumata-Oriented Psychotherapy, in: Dynamische Psychiatrie - internationale Zeitschrift für Psychiatrie und Psychoanalyse, Heft 5/6/1984, S. 419-431
- Figley, C.R.: Post-Traumatic Family Therapy, in: Ochberg, F.M. (Hrsg.): Post-Traumatic Therapy and Victims of Violence, New York 1988, S. 83-109
- Flannery, R.B.: From Victim to Survivor: A Stress Management Approach in the Treatment of Learned Helplessness, in: van der Kolk, B.A. (Hrsg.): Psychological Trauma, Washington D.C. 1987, S. 217-232
- Genfer Flüchtlingskonvention (GFK), Abkommen über die Rechtsstellung der Flüchtlinge vom 28.06.1951, in: Beck-Texte Nr. 5537, München 1993, S. 244-262
- Ghareman, M.: Inter-cultural Communication with Iranian Clients, in: OASIS-Bulletin, Heft 3/1993, S. 4-6
- Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland (GG) vom 23.05.1949, in: Beck-Texte Nr. 5003, München 1985, S. 33-86
- Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland (GG) vom 23.05.1949, zuletzt geändert durch das Gesetz vom 28.06.1993 (Auszug), in: Beck-Texte Nr. 5537, S. 182-184

- Gutzeit, A./Hufelschulte, J.: Kinder in der Folterzelle - Wie Eltern zu Spionage-Geständnissen erpreßt werden - Todeskandidat Helmut Szimkus über seine Hafterlebnisse in Teheran, in: Focus, Heft 28/1994, S. 26-27
- Haritos-Fatouros, M.: Die Ausbildung des Folterers - Trainingsprogramme der Obristendiktatur in Griechenland, in: Reemtsma, J.P. (Hrsg.): Folter - Zur Analyse eines Herrschaftsmittels, Hamburg 1991, S. 73-90
- Horvath-Lindberg, J./Miserez, D.: Working with Refugees and Asylum Seekers, Geneva 1991
- Horvath-Lindberg, J./Movschenson, P.: The Swedish Red Cross Centre for Tortured Refugees and its Professional Volunteer Groups, in: Miserez, D.: Refugees - The Trauma of Exile, Dordrecht - Boston - London 1988, S. 192-205
- Ickler, A.: Tanztherapeutische Ansätze in der Arbeit mit Flüchtlingen, in: Psychosoziales Zentrum für ausländische Flüchtlinge (Hrsg.): Wie kannst Du hier leben - Beiträge aus fünf Jahren PSZ Arbeit 1987-1992, Düsseldorf 1992, S. 29-30
- Initiative für ein internationales Kulturzentrum, Psychosoziale Beratungsstelle (Hrsg.): Psychische und psychosomatische Folgen bei Folterüberlebenden, Dokumentation der Tagung vom 19.09.1992, Obernkirchen 1992
- Jacobsen, L./Vesti, P.: Torture Survivors - a new group of patients, Kopenhagen 1992
- Jaede, W./Portera, A. (Hrsg.): Ausländerberatung - Kulturspezifische Zugänge in Diagnostik und Therapie, Freiburg im Breisgau 1986
- Juhler, M.: Rehabilitation von Folteropfern, in: Peltzer, K./Diallo, J.C. (Hrsg.): Die Betreuung und Behandlung von Opfern organisierter Gewalt im europäisch-deutschen Kontext, Frankfurt a.M. 1993, S. 46-49
- Kastrup, M./Lunde, I./Ortmann, J./Kemp-Genefke, I.: Victimization inside and outside the family: families of torture - consequences and possibilities for rehabilitation, in: Psych-Critique, Heft 2/1987, S. 337-349

- Keane, T.M./Albano, A.M./Blake, D.D.: Current trends in the treatment of posttraumatic stress symptoms, in: Basoglu, M. (Hrsg.): Torture and its consequences: current treatment approaches, Cambridge 1992, S. 363-401
- Keller, G.: Die Psychologie der Folter - die Psyche der Folterer, die Psycho-Folter, die Psyche der Gefolterten, Frankfurt a.M. 1981
- Kemp-Genefke, I./Vesti, P.: Behandlung und Wiedereingliederung von Überlebenden der Folter, Dorsten - Bonn 1990
- Kinzie, D.J./Bøjholm, J.K./Leung, P.K. et al.: The Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder and its Clinical Significance among Southeast Asian Refugees, in: American Journal of Psychiatry, Heft 147/1990, S. 913-917
- Kinzie, D.J./Fleck, J.: Psychotherapy with Severely Traumatized Refugees, in: American Journal of Psycho-Therapy, Heft 1/1987, S. 82-94
- Koch, P./Oltmanns, R.: Die Würde des Menschen - Folter in unserer Zeit, Hamburg 1979
- Kolb, L.C.: A Neuropsychological Hypothesis Explaining Post-traumatic Stress Disorder, in: American Journal of Psychiatry, Heft 144/1987, S. 989-995
- Köpf, P.: Stichwort Asylrecht, München 1994
- Kordon, D./Edelman, L./Lagos, D. et al. (Hrsg.): Psychological Effects of Political Repression, Buenos Aires 1988
- Kordon, D./Edelman, L./Lagos, D. et al. (Hrsg.): Torture in Argentina, in: Basoglu, M. (Hrsg.): Torture and its consequences: current treatment approaches, Cambridge 1992, S. 433-451
- Kordon, D./Edelman, L./Nicoletti, E. et al.: Torture in Argentina, in: Kordon, D./Edelman, L./Lagos, D. et al. (Hrsg.): Psychological Effects of Political Repression, Buenos Aires 1988, S. 95-107
- Krystal, H.: Psychoanalytic View on Human Emotional Damages, in: van der Kolk, B.A. (Hrsg.): PTSD: Psychological and Biological Sequelae, Washington D.C. 1984, S. 1-28

- Krystal, H.: Integration und Selbstheilung: Zur Psychodynamik post-traumatischer Belastungsstörungen, in: Stoffels, H. (Hrsg.): Schicksale der Verfolgten, Berlin - Heidelberg - New York 1991, S. 239-253
- Landry, C.: Psychotherapy with Victims of Organised Violence: an Overview, in: British Journal of Psychotherapy, Heft 3/1989, S. 349-352
- Lansen, J.: Treating victims of persecution and torture: the importance of supervision, Vortrag gehalten am RCT am 19.01.1994, unveröffentlichtes Manuskript, Kopenhagen 1994
- Lindy, J.D./Grace, M.C./Green, B.L.: Building a Conceptual Bridge Between Civilian Trauma: Preliminary Psychological Findings from a Clinical Sample of Vietnam Veterans, in: van der Kolk, B.A. (Hrsg.): PTSD: Psychological and Biological Sequelae, Washington D.C. 1984, S. 44-57
- Lunde, I./Ortmann, J.: Sexual torture and the treatment of its consequences, in: Basoglu, M. (Hrsg.): Torture and its consequences: current treatment approaches, Cambridge 1992, S. 310-329
- Marcos, L.R.: Effects of interpreters on the Evaluation of Psychopathology in Non-English-Speaking Patients, in: American Journal of Psychiatry, Heft 136/1979, S. 171-174
- Marcussen, H.: Behandlungsmöglichkeiten von Folteropfern, in: Peltzer, K./Diallo, J.C. (Hrsg.): Die Betreuung und Behandlung von Opfern organisierter Gewalt im europäisch-deutschen Kontext, Frankfurt a.M. 1993, S. 50-53
- McNally, R.J.: Psychopathology of posttraumatic stress disorder (PTSD): Boundaries of the syndrome, in: Basoglu, M. (Hrsg.): Torture and its consequences: current treatment approaches, Cambridge 1992, S. 229-252
- Mehari, F.: Der Integrative Ansatz in der Beratung und Therapie von Flüchtlingen, in: Peltzer, K./Diallo, J.C. (Hrsg.): Die Betreuung und Behandlung von Opfern organisierter Gewalt im europäisch-deutschen Kontext, Frankfurt a.M. 1993, S. 121-134

- Mehdi, M.: Torture in Pakistan, in: Basoglu, M. (Hrsg.): Torture and its consequences: current treatment approaches, Cambridge 1992, S. 472-482
- Melamed, B.G./Melamed, J.L./Bouhoutsos, J.C: Psychological consequences of torture: a need to formulate new strategies for research, in: Suedfeld, P. (Hrsg.): Psychology and Torture, New York - Washington - Philadelphia 1990, S. 13-30
- Melzak, S./Woodcock, J.: Child Refugees who are Survivors of Repression and its Concomitants, including Torture, Association for Child Psychology and Psychiatry, Occasional Paper No. 6, unveröffentlichtes Manuskript, London 1991
- Merwin, M.R./Smith-Kurtz, B.: Healing of the whole person, in: Ochberg, F.M. (Hrsg.): Post-Traumatic Therapy and Victims of Violence, New York 1988, S. 57-82
- Miller, T.W.: Long-term effects of torture in former prisoners of war, in: Basoglu, M. (Hrsg.): Torture and its consequences: current treatment approaches, Cambridge 1992, S. 107-135
- Miserez, D. (Hrsg.): Refugees - The Trauma of Exile, Dordrecht - Boston - London 1988
- Mollica, R.F.: The Trauma-Story: The Psychiatric Care of Refugee Survivors of Violence and Torture, in: Ochberg, F.M. (Hrsg.): Post-Traumatic Therapy and Victims of Violence, New York 1988, S. 295-314
- Mollica, R.F./Caspi-Yavin, Y.: Overview: the assessment and diagnosis of torture events and symptoms, in: Basoglu, M. (Hrsg.): Torture and its consequences: current treatment approaches, Cambridge 1992, S. 253-274
- Mollica, R.F./Wyshak, G./Lavelle, J. et al.: Assessing Symptom Change in Southeast Asian Refugee Survivors of Mass Violence and Torture, in: American Journal of Psychiatry, Heft 147/1990, S. 83-88
- Moreno, J.L.: Gruppenpsychotherapie und Psychodrama - Einleitung in die Theorie und Praxis, Stuttgart 1959

- Nuber, U.: >Der versteckte Rassismus geht an die Substanz< - Ein Gespräch mit dem Diplom-Psychologen Fetsum Mehari über die Situation ausländischer Flüchtlinge in Deutschland, in: Psychologie heute, Heft 1/1994, S. 42-45
- OASIS - Treatment and Counselling for Refugees (Hrsg.): A report 89/90, Kopenhagen 1991
- OASIS - Treatment and Counselling for Refugees (Hrsg.): Annual Report 1993, Kopenhagen 1994
- Ochberg, F.M. (Hrsg.): Post-Traumatic Therapie and Victims of Violence, in: Ochberg, F.M. (Hrsg.): Post-Traumatic Therapie and Victims of Violence, New York 1988, S. 3-19
- Ochberg, F.M. (Hrsg.): Post-Traumatic Therapie and Victims of Violence, New York 1988
- Oltmanns, R./Koch, P.: Die Würde des Menschen - Folter in unserer Zeit, Hamburg 1979
- Ortmann, J./Kemp-Genefke, I./Jacobsen, L. et al.: Rehabilitation of Torture Victims: An Interdisciplinary Treatment Model, in: The American Journal of Social Psychiatry, Heft 3/1987, S. 161-167
- Parong, A.A./Protacio-Marcelino, E./Estrada-Claudio, S. et al.: Rehabilitation of survivors of torture and political violence under a continuing stress situation: the Philippine experience, in: Basoglu, M. (Hrsg.): Torture and its consequences: current treatment approaches, Cambridge 1992, S. 483-507
- Peltzer, K.: Einhundert Klienten am PSZ für ausländische Flüchtlinge in Frankfurt: Evaluation und psychosoziale Gesundheit, in: Peltzer, K./Diallo, J.C. (Hrsg.): Die Betreuung und Behandlung von Opfern organisierter Gewalt im europäisch-deutschen Kontext, Frankfurt a.M. 1993 a, S. 110-120
- Peltzer, K.: Psychosoziale Betreuungs- und Behandlungsmethoden für Opfer der organisierten Gewalt: ein Überblick, in: Peltzer, K./Diallo, J.C. (Hrsg.): Die Betreuung und Behandlung von Opfern organisierter Gewalt im europäisch-deutschen Kontext, Frankfurt a.M. 1993 b, S. 155-163

- Peltzer, K.: Psychotherapie mit Flüchtlingen, in: Badawi, I. (Hrsg.): Beratung und Therapie im Kontext der psychosozialen Flüchtlingsarbeit, Stuttgart 1993 c, S. 53-62
- Peltzer, K./Diallo, J.C. (Hrsg.): Die Betreuung und Behandlung von Opfern organisierter Gewalt im europäisch-deutschen Kontext, Frankfurt a.M. 1993
- Potts, L./Praske, B.: Frauen - Flucht - Asyl: eine Studie zu Hintergründen, Problemlagen und Hilfen, Bielefeld 1993
- Psychosoziales Zentrum für ausländische Flüchtlinge (Hrsg.): Wie kannst Du hier leben? Beiträge aus fünf Jahren PSZ Arbeit 1987-1992, Düsseldorf 1992
- Rachman, S.: The concept of required helpfulness, in: Behaviour Research and Therapy, Heft 1/1979, S. 1-6
- Reemtsma, J.P.: Das Heer schätzt den Menschen als solchen - Ein neues Jahrhundert der Folter, in: Reemtsma, J.P. (Hrsg.): Folter - Zur Analyse eines Herrschaftsmittels, Hamburg 1991, S. 25-36
- Reemtsma, J.P. (Hrsg.): Folter - Zur Analyse eines Herrschaftsmittels, Hamburg 1991, S. 25-36
- Refugio - Psychosoziales Zentrum für ausländische Flüchtlinge e.V. (Hrsg.): Tätigkeitsbericht 1992, Bremen 1993
- Riquelme, H. (Hrsg.): Zeitlandschaft im Nebel - Menschenrechte, Staatsterrorismus und psychosoziale Gesundheit in Südamerika, Frankfurt a.M. 1990
- Roche, J.L.: A Multidimensional Approach to the Exile's Persecution Experience, in: Miserez, D. (Hrsg.): Refugees - The Trauma of Exile, Dordrecht - Boston - London 1988, S. 223-233
- Röder, F.: Die Bedeutung der Hodschas für die Betreuung türkischer psychiatrischer Patienten, in: Jaede, W./Portera, A. (Hrsg.): Ausländerberatung - Kulturspezifische Zugänge in Diagnostik und Therapie, Freiburg im Breisgau 1986, S. 127-137
- Rosen, K.H. (Hrsg.): Jahrbuch der deutschen Stiftung für UNO-Flüchtlingshilfe, Baden-Baden 1989
- Roth, S./Newman, E.: The Process of Coping with Sexual Trauma, in: Journal of Traumatic Stress, Heft 2/1991, S. 279-297

- Saigh, P.A.: In vitro flooding in the treatment of a 6-year-old boy's post-traumatic stress disorder, in: Behaviour Research and Therapy, Heft 6/1986, S. 685-688
- Saporta, J.A./van der Kolk, B.A.: Psychobiological consequences of severe trauma, in: Basoglu, M. (Hrsg.): Torture and its consequences: current treatment approaches, Cambridge 1992, S. 151-181
- Schlapobersky, J./Bamber, H.: Rehabilitation Work with Victims of Torture in London, in: Miserez, D. (Hrsg.): Refugees - The Trauma of Exile, Dordrecht - Boston - London 1988, S. 206-222
- Schumacher, W.: Über coping-Verhalten bei schwerer NS-Verfolgung - Überleben im Vernichtungslager, in: Berna-Glanz, R./Dreyfus, P. (Hrsg.): Trauma Konflikt Deckerinnerung, Stuttgart 1984, S. 121-144
- Schwartz, L.S.: A biopsychological treatment approach to post-traumatic stress disorder, in: Journal of Traumatic Stress, Heft 2/1990, S. 221-238
- Schwertfeger, B./Koch, K.: Der Therapie-Führer - Die wichtigsten Formen und Methoden, München 1993
- Skyly, G.: The physical sequelae of torture, in: Basoglu, M. (Hrsg.): Torture and its consequences: current treatment approaches, Cambridge 1992, S. 38-55
- Sobotta, J.: Zur Therapie von Kinder- und jugendlichen Flüchtlingen, in: Psychosoziales Zentrum für ausländische Flüchtlinge (Hrsg.): Wie kannst Du hier leben - Beiträge aus fünf Jahren PSZ Arbeit 1987-1992, Düsseldorf 1992, S. 43-48
- Solkoff, N.: The Holocaust: Survivors and their children, in: Basoglu, M. (Hrsg.): Torture and its consequences: current treatment approaches, Cambridge 1992, S. 136-148
- Somnier, F./Vesti, P./Kastrup, M./Kemp-Genefke, I.: Psychosocial consequences of torture: current knowledge and evidence, in: Basoglu, M. (Hrsg.): Torture and its consequences: current treatment approaches, Cambridge 1992, S. 56-71

- Der Spiegel, Nr. 32/1990: Seine Angaben sind unglaublich - Rechtsprechung auf bajuwarisch: Urteil schon vor dem Prozeß, S. 35
- Der Spiegel, Nr. 24/1993: Transit im Frachthof, S. 60-64
- Der Spiegel, Nr. 45/1993: Anschreiben lassen, S. 38-40
- Der Spiegel, Nr. 4/1994: Täglich Lufthansa: Müssen 100.000 Kroaten Deutschland verlassen? Landespolitiker bereuen ihren Abschiebe-Beschluß, S. 30-31
- Der Spiegel, Nr. 6/1994: >Dann bleiben alle hier< - NRW-Innenminister Schnoor über den Streit um die Kroatien-Flüchtlinge, S. 45-50
- Der Spiegel, Nr. 27/1994: Schulen der Bestialität - Volkmar Deile und Peter Boppel über Folter, Folterer und deren Ausbildung, S. 124-126
- Staehr, M.: Lecture: Essential Characteristics of Psychodynamic Psychotherapy, an Introduction, unveröffentlichtes Manuskript, Kopenhagen 1992
- Staehr, M.: Lecture: Essential Characteristics of Psychodynamic Psychotherapy, an Introduction, unveröffentlichtes Manuskript, Kopenhagen 1992
- Stoffels, H. (Hrsg.): Schicksale der Verfolgten - psychische und somatische Auswirkungen von Terrorherrschaft, Berlin - Heidelberg - New York 1991
- Suedfeld, P. (Hrsg.): Psychology and Torture, New York - Washington - Philadelphia 1990
- Tausch, R./Tausch, A.M.: Gesprächspsychotherapie, Göttingen - Toronto - Zürich 1990
- Tillack, H.M.: Kanthers Kurden-Kampf, in: Stern Nr. 14/1993, S. 210 - 211
- Tobiassen, B.: Politischer Kontext der psychosozialen Situation von Migranten und Flüchtlingen, in: Informationsdienst zur Ausländerarbeit, Heft 3-4/1992, S. 90-97
- van der Kolk, B.A. (Hrsg.): Post-Traumatic Stress Disorder: Psychological and Biological Sequelae, Washington D.C. 1984

- van der Kolk, B.A.: The Psychological Consequences of Overwhelming Life Experiences, in: van der Kolk, B.A. (Hrsg.): Psychological Trauma, Washington D.C. 1987a, S. 1-30
- van der Kolk, B.A.: The Role of the Group in the Origin and Resolution of the Trauma Response, in: van der Kolk, B.A. (Hrsg.): Psychological Trauma, Washington D.C. 1987b, S. 153-171
- van der Kolk, B.A. (Hrsg.): Psychological Trauma, Washington D.C. 1987
- van der Kolk, B.A.: The Biological Response to Psychic Trauma, in: Ochberg, F.M. (Hrsg.): Post-Traumatic Therapy and Victims of Violence, New York 1988a, S. 25-38
- van der Kolk, B.A.: The trauma spectrum: the interaction of biological and social events in the genesis of the trauma response, in: Journal of Traumatic Stress, Heft 3/1988b, S. 273-290
- van der Kolk, B.A./Kadish, W.: Amnesia, Dissociation, and the Return of the Repressed, in: van der Kolk, B.A. (Hrsg.): Psychological Trauma, Washington D.C. 1987, S. 173-190
- van der Kolk, B.A./Boyd, H./Krystal, J. et al.: Post-Traumatic Stress Disorder as a Biologically Based Disorder: Implications of the Animal Model of Inescapable Shock, in: van der Kolk, B.A. (Hrsg.): PTSD: Psychological and Biological Sequelae, Washington D.C. 1984, S. 124-134
- van der Veer, G.: Counselling and Therapy with Refugees: Psychological Problems of Victims of War, Torture and Repression, Chichester 1992
- van Willigen, L.: Organization of Care and Rehabilitation Services for Victims of Torture and Other Forms of Organized Violence: a Review of Current Issues, in: Basoglu, M. (Hrsg.): Torture and its consequences: current treatment approaches, Cambridge 1992, S. 277-298
- Vesti, P./Kastrup, M.: Psychotherapy for torture survivors, in: Basoglu, M. (Hrsg.): Torture and its consequences: current treatment approaches, Cambridge 1992, S. 348-362
- Vesti, P./Jorgensen, L./Jacobsen, L.: Mensch- und Mann-gemachte Traumatisierung: Folgeerscheinungen und Rehabilitierung -

- Folter heute, Methoden, Folgen und Rehabilitierungsprogramme, in: Interkulturell - Forum für Interkulturelle Kommunikation, Erziehung und Beratung, Heft 3-4/1990, S. 69-79
- Vesti, P./Somnier, F./Kastrup, M.: Psychotherapy with Torture Victims, Kopenhagen 1992
- Weissing, I./Peltzer, K.: Sozialarbeit mit Flüchtlingen: Erfahrungen des Psychosozialen Zentrums in Frankfurt, in: Peltzer, K./Diallo, J.C. (Hrsg.): Die Betreuung und Behandlung von Opfern organisierter Gewalt im europäisch-deutschen Kontext, Frankfurt a.M. 1993, S. 135-145
- Wendland-Baumeister, M.: Möglichkeiten der psychoanalytischen Kunsttherapie bei der Verarbeitung von Foltererfahrungen, in: Initiative für ein internationales Kulturzentrum, Psychosoziale Beratungsstelle (Hrsg.): Psychische und psychosomatische Folgen bei Folterüberlebenden, Dokumentation der Tagung vom 19.09.1992, Obernkirchen 1992, S. 51-64
- Wieschhues, A.: Möglichkeiten und Grenzen tanztherapeutischer Arbeit mit Folteropfern, Diplom-Arbeit, Köln 1986
- Wicker, H.: Die Sprache extremer Gewalt - Studie zur Situation von gefolterten Flüchtlingen in der Schweiz und zur Therapie von Folterfolgen, Bern 1991
- Würbel, G.: Konzept der Aktion >Susret - Begegnung<, unveröffentlichtes Manuskript, Bregenz 1993 a
- Würbel, G.: Psychotherapeutic and social work with refugees from Bosnia in Austria, Report on the project >Susret - Begegnung<, initiated of the Austrian Federal Association of Psychotherapists, Vortrag gehalten auf der Tagung: Children, War and Persecution vom 26.-29.09.1993 in Hamburg, unveröffentlichtes Manuskript, Hamburg 1993 b
- Yüksel, S.: Behandlung psychischer Störungen nach Folter, in: Stoffels, H. (Hrsg.): Schicksale der Verfolgten - psychische und somatische Auswirkungen von Terrorherrschaft, Berlin - Heidelberg - New York 1991, S. 304-315

Abkürzungsverzeichnis

APA:	American Psychiatric Association
AsylVfG:	Asylverfahrensgesetz
AuslG:	Ausländergesetz
AVRE:	Association for Victims of Repression in Exile
CCVT:	Canadian Centre for Victims of Torture
CGV:	Centrum Gezondheidszorg Vluchtelingen
DSM:	Diagnostic and Statistical Manual
GFK:	Genfer Flüchtlingskonvention
GG:	Grundgesetz
GT:	Gesprächstherapie
HSCL-25:	Hopkins-Symptom-Checklist-25
ICD:	International Classification of Diseases
M-PTSD:	Mississippi Scale for Combat Related Posttraumatic Stress Disorder
PEF:	Psychiatric Evaluation Form
PSZ:	Psychosoziales Zentrum
PTSD:	Posttraumatic Stress Disorder
RCT:	Research and Rehabilitation Centre for Torture Victims
SCL-90:	90-item Symptom Checklist
SADS-L:	Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia - Lifetime
SI-PTSD:	Structured Clinical Interview for DSM-III-R
UN:	United Nations
UNHCR:	United Nations High Commissioner of Refugees
VT:	Verhaltenstherapie
WHO:	World Health Organization

Register

—A—

Abhängigkeit 37; 39; 101; 152;
157
Abreaktion 103; 125; 128; 150;
171
Abspaltung 64; 76
Affekttoleranz 131
Aggression *Siehe Kapitel 2.2.2.;*
149, 174
Aggressivität 132
Aktion "Susret-Begegnung" 160
alienation 47
Alpträume 77; 80; 86; 115; 156
Angst 30; 57; 58; 64; 68; 74; 78;
79; 80; 86; 88; 90; 95; 126;
133; 138; 143; 150; 156
Anhörung 63; 65
Antipathie 116
Arbeitsbündnis 106
Arbeitsunfähigkeit 60; 134
Arbeitsverbot 58
Assoziationen 102; 134; 146
Asylantrag 63
Asylberechtigter 65; 106
Asylbewerber 63
Asylverfahren 62; 65
Asylverfahrensgesetz 61
Ausländerfeindlichkeit
Rolle der Medien 67
Ausländergesetz 62
autodestruktives Verhalten 75;
130

Autorität 111
Aversionstherapie 143

—B—

Bewegungstherapie *Siehe*
Kapitel 4.5.
Bewußtseinsspaltung 48
Beziehungsstörungen 71; 80; 82;
86; 132

—C—

counter-transference *Siehe*
Gegenübertragung

—D—

Defensiv-Mechanismen *Siehe*
Kapitel 1.5.
"delayed reaction" 87; 91
Depressionen 156
Depressivität 71; 79
Distanz 99; 113; 114
Dolmetscher 64; 148; 114; 121;
122; 153
Dschinn 111

—E—

Eigeninitiative 101; 128; 174
Einzeltherapie *Siehe Kapitel 4.4.*
"emotional numbing" 75; 76; 89
Entspannung 132; 143; 144
Entwurzelung *Siehe Kapitel*
2.1.3.
Erinnerungsstörungen 64
Erfolgsaussichten 106
erlernte Hilflosigkeit 43

Exil

Lebensbedingungen 106; 175

Exposition 143

Extrem-Traumatisierung 28

—F—

Familientherapie *Siehe Kapitel 4.3.*

family healing theory 141

Fehldiagnosen 115; 178

flashbacks 77; 79; 80; 86

flooding 143

Flüchtling *Siehe Genfer*

Flüchtlingskonvention

Folter

Allgemeines 16; 17; 20

Auswirkungen auf die Familie 140

Definition 13

psychische Reaktionen 74

Rechtfertigung 20; 126

-situation 22; 30; 31; 32

unpredictability 30

Ziele 18; 19

Folterer

Ausbildung 36

Beziehung zum Opfer *Siehe Kapitel 1.4.1.*

Psyche 36

Foltermethoden

pharmakologische 24

physische 23

psychische 25; 27

sexuelle 24

Foltersyndrom 88

frühere Traumatisierungen 92

—G—

Gegenübertragung 116; 117; 119

Genfer Flüchtlingskonvention 60

gesellschaftliche Solidarität 66; 67

Gestalttherapie *Siehe Kapitel 4.3.*

gesteigertes Vorbringen 63

Grundannahme von Sicherheit 39

Grundvertrauen 42; 127

Grundgesetzänderung 61

Grundrecht auf politisches Asyl 61

Gruppentherapie *Siehe Kapitel 4.4.*

Gutachten 105

—H—

Habituationstraining 143

Hocas *Siehe traditionelle Heiler*

Hoffnungslosigkeit 115

humanistische Psychotherapie 136; 138; 150

humanitärer Ansatz 115

Humor 55; 132

hyperarousal 79; 89

Hypnose *Siehe Kapitel 4.3.*

—I—

Identifikation mit dem Aggressor 38; 51

Identität 69; 127

Implosionstherapie 143

impossible choice 26; 33

incommunicado-Haft 22

Individualtherapie *Siehe Einzeltherapie*
 insight-therapy *Siehe Kapitel 4.3.*
 Intellektualisierung 52
 Integration 125; 126; 127; 128;
 144; 146; 147
 integrative Therapie *Siehe Kapitel 4.3.*
 Intergenerationswirkungen *Siehe Kapitel 2.6.*
 Isolation 41; 59; 80; 82; 86

—K—

Katharsis 138; 140; 147; 150
 klientenzentrierte
 Gesprächspsychotherapie
Siehe Kapitel 4.3.1.
 Konfrontation 103; 125; 126;
 135; 143; 146
 Konfrontation des Traumas 103
 konfrontierende Therapieformen
Siehe Kapitel 4.3.
 Konzentrationsstörungen 134
 Kooperation mit Ärzten 165
 Körperwahrnehmung 154; 155;
 160
 Kreativität 138
 Krisenintervention *Siehe Kapitel 4.2.*
 kulturelle Differenzen 162; 177;
 178
 Kulturschock 69
 Kunsttherapie *Siehe Kapitel 4.5.*
 Kurzzeit-Therapien *Siehe Kapitel 4.2.*

—L—

Lerngesetze 142

—M—

Magie 111
 Menschenrechte
 Deutschland 21
 Menschenrechtsverletzungen
 Deutschland 17; 62; 67
 Mißtrauen 59; 64; 81; 86; 113;
 115; 121; 174
 Motivation 101; 104; 107; 141;
 156; 175
 Muselman-Syndrom 51
 multidisziplinäre Zentren *Siehe Kapitel 4.9.2.*

—N—

Neutralität 101; 114; 145
 nicht-direktive Therapie 138
 nonverbale Therapiemethoden
Siehe Kapitel 4.5.
 non-refoulement-Prinzip 61

—O—

OASIS 106; 120; 148; 159; 164;
 166
 offene Fragestellung 157
 Operationalisierung 157
 Opferrolle 126; 128
 organisierte Gewalt
 Definition 15

—Ö—

Öffentlichkeitsarbeit 168; 179

—P—

Parentifizierung 96
 Persönlichkeitsänderung 135
 Persönlichkeitsstruktur 129; 135
 pharmakologische Behandlung
Siehe Kapitel 4.6.
 Physiotherapie *Siehe Kapitel 4.5.*
 politische Verfolgung 61; 65
 politisches Bewußtsein 127
 Projektion *Siehe Übertragung*
 Psychoanalyse *Siehe Kapitel 4.3.*
 Psychodrama *Siehe Kapitel 4.3.*
 psychodynamische
 Psychotherapie 151
 psychogene Anfälle *Siehe
 flashbacks*
 psychologischer Voyeurismus
 117
 psychosoziale Zentren *Siehe
 Kapitel 4.9.1.*
 PTSD 66; 88; 89; 90; 92; 157;
 175; 176

—R—

RCT 102; 103; 105; 106; 108;
 115; 131; 135; 146; 158; 161;
 162; 164; 166; 167; 168
 re-framing 141
 Regression zu infantilem
 Verhalten 49
 Reizüberflutung 143
 required helpfulness 54
 Retraumatisierung 64; 102; 112

—S—

safety-signal-theory 30
 Sammelunterkunft 57

Scham 42; 70; 73; 74
 Schlafstörungen 80; 86; 89; 96;
 156
 Schuld 67; 70; 73; 74; 127; 128
 Attribution 44; 92
 Schuldgefühle 42; 174
 Selbstachtung 45; 69
 Selbstexploration 137; 138
 sicherer Drittstaat 61
 sicherer Herkunftsstaat 61
 skills training *Siehe Kapitel 4.2.*
 Somatisieren 98; 109; 149; 174
 soziale Beratung *Siehe Kapitel
 4.2.*
 soziale Unterstützung 53; 69; 93;
 127; 129; 131; 140
 Sozialeistungen 58
 Spiegeltechnik 139
 spirituality 132
 Spontanität 138
 Stigmatisierung 97; 176; 177;
 179
 Streß 133
 stress inoculation training *Siehe
 Kapitel 4.2.*
 Stress Management Program
Siehe Kapitel 4.2.
 strukturierte Interviewformen 157
 Supervision 119; 120; 122; 179
 supportative Therapie *Siehe
 Kapitel 2.2.*
 Symptombildung 72; 87
 Symptome *Siehe Kapitel 2.2.*
 Symptomentwicklung 133
 systematische Desensitivierung
 143

—T—

Tanztherapie *Siehe Kapitel 4.5.*

Testimony *Siehe Kapitel 4.3.7.*

Therapie

Abbruch 104; 107

Effektivität 108; 135; 156; 179

-erfolg *Siehe Kapitel 3.4.1.*

Klienten 104

kulturelle Aspekte 122

Qualitätssicherung 100; 120

Therapeut 113

Widerstand 98; 101

Therapiemethoden *Siehe Kapitel 4.2 - 4.6.*

transference *Siehe Uebertragung*

Trauer 70; 71; 74; 87; 127; 128

Trauma

Definition 28

Integration 103; 108; 125

Konfrontation 125

psychisches Erleben *Siehe Kapitel 1.4.*

Verarbeitung 107; 153; 154; 159

Vergeschichtlichung 108

trauma debriefing *Siehe Kapitel 4.2.*

—U—

unbegleitete minderjährige

Flüchtlinge 163

—Ü—

Übererregung 156

Übersetzung

Inhaltsverzerrungen 121

übertragene Traumatisierung
117

Übertragung 116; 117; 150

—V—

Verarbeitungsstrategien *Siehe Kapitel 1.5.*

Verdrängung 76

Vergeschichtlichung 174

Verhaltenstherapie *Siehe Kapitel 4.3.*

Verlust der Realität 31; 32

Verschwörung des Schweigens
Siehe Kapitel 3.7.2.

Vertrauen 127; 137; 151; 153; 175

Vertrauensaufbau 98; 100; 106

Vertrauensverlust 80; 98

Vertraulichkeit 100; 121; 152; 179

—W—

“Wandersymptome” 83

Widerstand 98; 101; 103; 114; 115; 119; 146; 153

Wiedererinnerung 103

Wiedererleben 125; 142; 147; 150; 156

Wiederholungszwang 77

—Z—

Zugangsbarrieren 180

Anhang 1

Diagnostic criteria for Post-traumatic Stress Disorder (PTSD)¹

- A. Existence of a recognizable Stressor that would evoke significant symptoms of distress in almost everyone.
- B. Reexperiencing of the trauma as evidenced by at least one of the following:
- recurrent and intrusive recollections of the event
 - recurrent dreams of the event
 - sudden acting or feeling as if the traumatic event were recurring, because of an association with an environmental or ideational stimulus
- C. Numbing of responsiveness to or reduced involvement with the external world, beginning some time after the trauma, as shown by at least one of the following:
- markedly diminished interest in one or more significant activities
 - feeling of detachment or estrangement from others
 - constricted affect
- D. At least two of the following symptoms that were not present before the trauma:
- hypervigilance or exaggerated startle response
 - sleep disturbance
 - guilt about surviving when others have not, or about behaviour required for survival
 - memory impairment or trouble concentrating
 - avoidance of activities that arouse recollection of the traumatic event
 - intensification of symptoms by exposure to events that symbolize or resemble the traumatic event

1 American Psychiatric Association 1980, S. 238

Subtypes

Post-traumatic Stress Disorder, Acute

- A. Onset of symptoms within six months of the trauma
- B. Duration of symptoms less than six months

Post-traumatic Stress Disorder, Chronic or Delayed

Either of the following or both:

duration of symptoms six months or more (chronic)

onset of symptoms at least six months after the trauma (delayed)

Anhang 2

Tabelle 1: Übersicht über besuchte Behandlungseinrichtungen¹

	Behandlungszentrum Berlin	RCT Kopenhagen
Vollständige Bezeichnung	Behandlungszentrum für Folteropfer e.V.	Rehabilitation and Research Centre for Torture Victims
Gründung	1992	1982
Voraussetzungen	Folteropfer	Folteropfer, asylberechtigt
Geschlechtsverteilung	78 % Männer, 12 % Frauen	75 % Männer, 25 % Frauen
Haupt-Herkunftsländer	Türkei, Libanon, Irak, Iran, ehem. DDR	Naher / Mittlerer Osten, Iran, Irak
Altersstufe	26-35 Jahre	20-35 Jahre
Anteil organisierter Gewalt	100 %	100 %
Mitarbeiter (psych., medizin., sozial)	1 Pädagoge, 4 Ärzte, 1 Psychologin, 1 Psychiater	3 Sozialarbeiter, 6 Psychologen, 3 Physiother., 6 med. Angestellte
Therapieangebote	u.a. kognitive Verhaltensth., Kunst-, Bewegungstherap.	Insight/Supportative Therapie, Physiotherapie, Kunsttherapie
Durchschn. Dauer	bis 2,5 Jahre	50-70 Sitzungen
Interviewpartner	Dr. Sepp Graessner, Arzt	Peter Vesti, Psychiater (Inger Molich, Verwaltung)
Datum und Ort des Interviews	18.02.1994 Berlin	23.02./22.02.1994 Kopenhagen

¹ Erstellt nach Tätigkeitsberichten und Aussagen von Mitarbeitern.

Fortsetzung:

	XENION Berlin	Refugio Bremen
Vollständige Bezeichnung	Psychotherapeutische Beratungsstelle für politisch Verfolgte	Refugio, Psycho-soziales Zentrum für ausländische Flüchtlinge e.V.
Gründung	1990	1991
Voraussetzungen	Flüchtling	Flüchtling
Geschlechtsverteilung	“etwas mehr Männer”	“mehr Männer”
Haupt-Herkunftsländer	Naher Osten, Iran, Afrika, Sri Lanka	Iran, Libanon, Türkei, Afghanistan
Altersstufe	20-35 Jahre	ca. 20-45 Jahre
Anteil organisierter Gewalt	“überwiegender Teil”	ca. 50 %
Mitarbeiter (psycholog./medizin./sozial)	2 Psychologen, 1 Pädagoge, 1 Sozialarbeiter	2 “halbe” Psychologen
Therapieangebote	Psychodrama, Familientherapie	Gesprächspsycho-, Gestalttherapie
Durchschn. Dauer	60-70 Sitzungen	ca. 6 Monate
Interviewpartner	Savita Dhawan, Psychologin	Hossein Farshidi, Psychologe
Datum und Ort des Interviews	17.02.1994 Berlin	11.01.1994 Bremen

Fortsetzung:

	PSZ Köln	PSZ Düsseldorf
Vollständige Bezeichnung	Psychosoziales Zentrum für ausländische Flüchtlinge	Psychosoziales Zentrum für ausländische Flüchtlinge
Gründung	1985	1987
Voraussetzungen	Flüchtling	Flüchtling
Geschlechtsverteilung	75 % Männer, 25 % Frauen	71 % Männer, 29 % Frauen
Haupt-Herkunftsländer	Iran, Afghanistan, Türkei, Afrika	Iran, Sri Lanka, Kurden/ Araber aus verschiedenen Ländern
Altersstufe	20-30 Jahre	um 30 Jahre
Anteil organisierter Gewalt	"großer Teil"	"mindestens ein Drittel"
Mitarbeiter (psycholog./medizin./sozial)	2 Sozialarbeiter, 2 Psychologen, 1 Pädagoge	1 Sozialwissenschaftler, 1 Sozialarbeiter, 1 Psychologe
Therapieangebote	Familientherapie, Kunst-, Tanztherapie	Gesprächspsychotherapie, Bewegungstherapie
Durchschn. Dauer	ca. 80 Sitzungen	25-35 Sitzungen
Interviewpartner	Brigitte Brand, Psychologin	Abduljawad Aycha, Psychologe
Datum und Ort des Interviews	03.02.1994 Köln	08.02.1994 Düsseldorf

Fortsetzung:

	PSZ Frankfurt /M	PSZ Hamburg	OASIS Kopenhagen
Vollständige Bezeichnung	Psychosoziales Zentrum für aus- ländische Flücht- linge	Gesellschaft zur Unterstützung von Gefolterten und Verfolgten	OASIS, Treatment and Counselling for Refugees
Gründung	1978	1985	1987
Voraussetzungen	Flüchtling	Flüchtling	Flüchtling
Geschlechts- verteilung	74 % Männer, 26 % Frauen	„hauptsächlich Männer“	71 % Männer, 21 % Frauen, (8 % Kinder)
Haupt-Herkunfts- länder	Iran, Afghanistan, Eritrea	Naher Osten, Türkei, Palästina, Iran, Afghanistan, Syrien	Mittlerer Osten
Altersstufe	19-30 Jahre	20-30 Jahre (auch Minderjährige)	„jüngeren/mittleren Alters“
Anteil organisierter Gewalt	ca. 50 %	„relativ viele“	75 %
Mitarbeiter (psycholog./ medizin./sozial)	3 Psychologen, 5 Sozialarbeiter	1 Psychologe, 1 Sozialpädagoge, 2 Sozialarbeiter	4 Psychologen, 5 Sozialarbeiter, 1 Relaxation-, 1 Physiotherapeut
Therapieangebote	Integrative Therapie	Psychotherapie	Psychotherapie
Durchschn. Dauer	5-20 Sitzungen	50 % Kriseninter- vention, 50 % Langzeittherapie	25 Sitzungen und mehr
Interviewpartner	Dr. Karl Peltzer, Psychologe	Lamri Lakrache, Psychologe	Stephen Mathia- sen, Psychologe
Datum und Ort des Interviews	03.03.1994 Frankfurt a.M.	26.01.1994 Hamburg	27.05.1994 Kopenhagen

Zur Autorin

Daniela Haas wurde 1969 in Flensburg geboren. Ab 1990 studierte sie Diplom-Sozialarbeit/Sozialpädagogik und Interkulturelle Pädagogik an der Carl von Ossietzky-Universität Oldenburg. Nach Abschluß ihres Studiums zog sie nach Kopenhagen, wo sie zur Zeit an einer Spezialschule für geistig und körperlich behinderte Kinder tätig ist.