

Narben auf der Seele: Integrative Traumatherapie mit Folterüberlebenden

Ingrid Ingeborg Koop

Zusammenfassung

Die folgenden Ausführungen entstanden vor dem Hintergrund der Integrativen Therapie (nach Petzold, Heintz, Orth u.a.) und aus der Praxis mit traumatisierten Menschen und Folterüberlebenden, u.a. in Auslandstätigkeiten in Lateinamerika und Ex-Jugoslawien und bei REFUGIO Bremen, Behandlungszentrum für traumatisierte Flüchtlinge. Zur Diagnostik wird mit dem Konzept der „Extremtraumatisierung“ eine notwendige Erweiterung des PTSD-Modells vorgestellt. Der Schwerpunkt des Artikels liegt auf einem integrativen traumatherapeutischen Vorgehen. Zentrale Annahme ist dabei die Einsicht, daß – auch aufgrund physiologischer Prozesse bei der Entstehung von Traumata – die Traumabearbeitung mit rein verbal orientierten Psychotherapien zu kurz greift. Auswirkungen von Foltertraumata auf verschiedene Bereiche der Identität sowie der Einbezug von Leiblichkeit in multimodalen therapeutischen Interventionen werden skizziert. Ergänzende Themen in der Therapie bilden Ressourcenentwicklung, die (Kontroverse um) direkte Traumabearbeitung, die Bedeutung der Zeitdimension und die Arbeit an der Schnittstelle von innerer und äußerer Realität.

1. Die Problematik der Trauma-Diagnostik

1.1. Posttraumatische Belastungsstörung

Der medizinische Begriff des Traumas ist in den letzten Jahrzehnten auch auf Störungen im psychischen Bereich übertragen worden. Seit 1980 hat dieses Störungsbild als „*Posttraumatic Stress Disorder*“ (PTSD) Eingang in das Klassifikationssystem des Diagnosemanuals DSM gefunden. Seit Anfang der 90er Jahre ist diese Diagnose auch im Diagnostikleitfaden ICD-10 als „Posttraumatische Belastungsstörung“ (PTBS) zu finden. Laut DSM versteht man unter Traumata: „Potentielle oder reale Todesbedrohungen, ernsthafte Verletzung oder eine Bedrohung der körperlichen Verheertheit bei sich oder anderen, auf die mit intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Schrecken reagiert wird“ (American Psychiatric Association 1994). Im ICD-10 werden Traumata definiert als „kurz- oder langanhaltende Ereignisse oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung mit katastrophalem Ausmaß, die nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde“ (Weltgesundheitsorganisation 1994).

In der Arbeit mit traumatisierten Menschen wird desweiteren unterschieden zwischen

- (a) kurzfristigen einzelnen traumatischen Ereignissen versus länger andauernden und wiederholten Traumata versus Polytraumatisierungen.
- (b) — „*man made disasters*“, d.h. menschlich verursachten Traumata (wie politische Haft und Folter, Massenvernichtung, z.B. in Lagern, Kriegserlebnisse, Gewalterlebnisse wie z.B. Überfall und Geiselnahme, körperliche und sexuelle Mißhandlungen und Vergewaltigungen).
- Naturkatastrophen (z.B. Erdbeben, Überschwemmungen etc.) und technische Katastrophen (z.B. atomare und Giftgaskatastrophen, Flugzeugabstürze etc.).
 - unfall- und berufsbedingte Traumata (z.B. Verkehrsunfälle, Arbeitsunfälle, berufsbedingten Traumen wie bei Polizei oder Militär).
- (c) — Primären traumatischen Erfahrungen bei unmittelbarer Betroffenheit am eigenen Leib. Diese Erfahrungen werden als Opfer, aber auch als Täter gemacht.
- Partizipativen traumatischen Erfahrungen, sekundäre Traumaerfahrungen als Zeugin, als professionelle HelferIn am Ort des Geschehens u.a.
 - Tertiären Belastungen, wie sie Familienangehörige, Freunde von Traumaopfern und professionelle HelferInnen nach dem Traumaerlebnis und außerhalb des traumatischen Kontextes erleben.
 - Kollektiven Traumatisierungen.
- (Zur Diagnose und Klassifikation von Traumata vgl. Maercker 1997; Fischer & Riedesser 1999; Petzold 1999)

So begrüßenswert es ist, daß Symptome und Konsequenzen traumatischer Erfahrungen Eingang in die medizinisch-psychotherapeutische Fachwelt und die entsprechenden Diagnosesysteme gefunden haben, greift das PTSD-Konzept in der Arbeit mit Überlebenden von Folter und anderen extremen traumatischen Erfahrungen oft zu kurz. Überlebende von politischer Verfolgung und Folter sind meistens über einen längeren Zeitraum und mehrfach extremen Streßsituationen ausgesetzt. In ihrem Heimatland haben sie teilweise Jahre der Verfolgung, einmalige oder mehrere Haftzeiten mit andauernder oder wiederholter Folter erlebt. Die Traumatisierung endet oft nicht mit dem Verlassen der Heimat, sondern setzt sich auf der Flucht mit zum Teil extrem traumatisierenden Umständen fort. Auch bei der Ankunft im Exil ist die vermeintliche Sicherheit nur relativ. Durch Kulturschock und schwierige Lebensumstände im Exil, wie ungünstige Wohnverhältnisse, Arbeitsverbot, Abschiededruck, kann es zu einer Fortsetzung des Traumas bzw. zu einer Re-traumatisierung kommen. Setzt sich der traumatische Streß fort, so entsteht eine *sequentielle Traumatisierung* (Keilson 1979). Deshalb ist der Begriff

„posttraumatisch“ bei Flüchtlingen oft fehl am Platz; sie befinden sich weiterhin oder erneut in einer traumatisierenden Lebenssituation. Auch die Häufung der traumatisierenden Ereignisse spielt eine große Rolle. Hier greift das Konzept der *kumulativen Traumatisierung* (Khan 1963).

Menschen, die von anderen Menschen verursachte, länger andauernde und / oder gehäufte Traumata erlebt haben, zeigen eine Reihe von Symptomen, die über das Konzept der PTSD hinausgehen. In der Fachliteratur wurden in den letzten Jahren weiterreichende Konzepte erarbeitet:

- Die *komplexe posttraumatische Belastungsstörung* (Complex PTSD; Herman 1993) greift insbesondere folgende Symptomatiken auf: gestörte Affekt- und Impulsregulation, dissoziative Tendenzen, Somatisierungsstörungen und körperliche Erkrankungen, beeinträchtigtes Identitätsgefühl, interpersonelle Störungen, Neigung zur Opferhaltung und allgemeinen Sinnverlust (nach Herman 1993 und Maercker 1997).
- *Störungen durch Extrembelastungen* (Disorders of Extreme Stress, DES; van der Kolk et al. 1992). Das DES-Profil versteht sich als Ergänzung des PTSD-Konzeptes und dessen Erweiterung durch das komplexe PTSD. Hier wird darauf hingewiesen, daß neben den PTSD-Symptomen zumeist weitere klinische Auffälligkeiten auftreten (Komorbidität). Für die Diagnose von Folterüberlebenden werden u.a. folgende Symptomatiken benannt: Schwierigkeiten bei der Impulsregulation, impulsives Risikoverhalten, selbstdestruktives und suizidales Verhalten, psychosomatische Schmerzen und chronische Schmerzzustände, Idealisierung der Täter, Übernahme von Werten und Teilen der Weltanschauung der Täter, Unfähigkeit, sich selbst und anderen zu vertrauen, Tendenz zur Opferhaltung, Neigung, andere Menschen zu Opfern zu machen. Es wird auch auf eine Reihe von Erkrankungen hingewiesen, die durch das PTSD-Konzept nicht abgedeckt sind, jedoch als komorbides Verhalten gelten können, z.B.: anhaltende Depression, Panikanfälle, Zwangsverhalten, psychogene Eßstörungen, Suizidrisiko, Alkohol- und Medikamentenmißbrauch, Suchtverhalten allgemein, Somatisierung (Übersetzung von nicht gelebten Gefühlen und Empfindungen in körperliche Beschwerden, Schmerzzustände und psychosomatische Erkrankungen) (van der Kolk et al. 1993, nach Graessner et al. 1996).

1.2. Das Konzept der Extremtraumatisierung

Der Begriff der „Extremsituation“ wurde von Bettelheim 1943 im Zusammenhang einer Reflexion seiner Konzentrationslagererfahrungen eingeführt. Diese Extremsituation ist gekennzeichnet durch Faktoren der Unausweichlichkeit, der ungewissen Dauer, der Unvorhersagbarkeit, der permanenten Bedrohung und der Ohnmacht und Hilflosigkeit dagegen. Die Betonung liegt hier weniger auf der Quantität, als auf der Qualität der Erfahrungen: Sie wur-

den Menschen von anderen Menschen zugefügt (vgl. Bettelheim 1943). Besonders lateinamerikanische Kolleginnen und Kollegen haben die Bedeutung der allgemein menschlichen und damit auch politischen Dimension der Mißhandlung durch Folter und der Konsequenzen für die Therapie mit Folterüberlebenden herausgearbeitet (vgl. Becker & Calderon 1990). Will man die Opfer politischer Repression psychologisch verstehen, so muß man sich, wie Vidal (1990) betont, auf eine Gratwanderung zwischen Psyche und politischer Praxis begeben. Politische Repression und Folter „kann nicht als eine isolierte Tat oder als krankhafter Ausdruck von willkürlichem Machtmißbrauch einer sadistischen Autorität betrachtet werden. (Sie) ... ist Ausdruck einer Repressionspolitik: Sie ist (...) rationell durchdacht und entspricht den Interessen und Bedürfnissen der herrschenden Gruppen“ (ebd., 121). Der Unterschied zu anderen psychopathologischen Erscheinungen besteht nach Vidal in der Ebene der menschlichen Erfahrung, auf der der Konflikt entsteht: Es handelt sich weder um intrapsychische noch um zwischenmenschliche, sondern es sind soziale Konflikte, makrosoziale, deren Entstehung den je individuellen Willen eines Subjekts übersteigt. Das Spezifische dieser Problematik ergibt sich aus jener Ambivalenz, die weder allein vom psychologischen noch vom ausschließlich soziologischen Standpunkt aus angegangen werden kann. Nach Amati ist Folter „für die Opfer das größte Trauma, das zu einem tiefen und vielleicht unumkehrbaren Verlust der Illusion über die menschliche Natur“ (Amati 1990, 25) und zur Zerstörung des menschlichen Grundvertrauens führt.

Aus obigen Überlegungen heraus wird *Extremtraumatisierung* folgendermaßen definiert: „Extremtraumatisierung ist ein Prozeß von zeitlicher Dauer, Intensität und der Interaktion zwischen sozialen und psychologischen Strukturen. Es ist ein individueller und kollektiver Prozeß in Bezug auf und in Abhängigkeit von einem gegebenen sozialen Kontext“ (Becker & Calderon 1990). Extremtraumatisierung ist also immer beides: individuelle Zerstörung und soziopolitischer Prozeß. In diesem Zusammenhang soll erwähnt werden, daß die Kritik an der Unzulänglichkeit des PTSD-Konzeptes nicht nur klinischer, sondern auch politischer Art ist, da es die Rechtfertigung der Täter unterstützt, die ihre Opfer als „anormal“ oder „gestört“ sehen (möchten). Im Sinne einer Mehrperspektivität und ressourcenorientierten Arbeit sprechen wir daher nicht nur von Folteropfern, sondern auch von Überlebenden der Folter.

1.3. Pathogenese und Trauma in der Integrativen Therapie

Die Integrative Therapie (nach Petzold, Heintl, Orth u.a.; vgl. Petzold 1992a) geht von einem Modell multifaktorieller Genese von Krankheit aus. Dabei ist nicht nur die Suche nach krankheitsbedingenden Einflüssen (Pathogenese) in

den Blick zu nehmen, sondern gleichzeitig auch die *Salutogenese* (vgl. Petzold, verschiedene Arbeiten), die fördernden Bedingungen für Gesundheit und Wohlbefinden. D.h. der Einbezug von protektiven Faktoren und Ressourcen ist eine unabdingbare Notwendigkeit im Verständnis psychischen und psychosomatischen Befindens und muß in der psychotherapeutischen Arbeit mit einbezogen werden. Desweiteren werden Pathogenese und Salutogenese jeweils im Kontext eines lebenslangen Entwicklungskontinuums betrachtet. Damit ist zu jedem Zeitpunkt der Biographie Erkrankung und Heilung bzw. Linderung möglich, nicht nur in der Kindheit. Dieses Konzept ist bei der Traumatisierung durch Folter besonders relevant.

Pathogenese und Salutogenese sind eingebettet in den Ablauf von Entwicklungsprozessen, die wiederum dem Einfluß positiver und negativer Stimulierungen ausgesetzt sind (zum multifaktoriellen Modell von Pathogenese vgl. Petzold 1992a, 566). Besonders im Erwachsenenalter ist schwerer oder anhaltender Streß als eine der Hauptursachen von Pathogenese anzusehen. Vor allem wenn es sich um traumatischen Streß handelt, müssen in der Behandlung Leiblichkeit, Emotionen sowie kognitive Vorstellungen und Selbstkonzepte reintegriert werden.

2. *Die therapeutische Beziehung*

Grundlegend für die Begegnung mit hilfesuchenden Menschen ist das *Eingehen von Kontakt* und das *Schaffen einer Vertrauensbasis*. Dies gilt in besonderem Maße für traumatisierte Menschen, für die aufgrund ihrer Erfahrungen der Ohnmacht und Hilflosigkeit Gefühle des inneren Getrenntseins von sich selbst und von anderen Menschen zentral sind; und für Überlebende von Folter, die „das Vertrauen in die Menschheit“ ganz oder teilweise verloren haben. Bereits in den ersten Stunden sind dies Themen in der therapeutischen Arbeit. In einer Therapie mit diesen KlientInnen müssen im Beziehungsverlauf oder bei retraumatisierenden Einflüssen von außen (z.B. drohende zwangsweise Rückführung) Kontakt und Vertrauen immer wieder neu hergestellt werden. Gefolterte Menschen sind unter der Folter ihres Subjekt-Seins beraubt, zum Objekt der Folterer gemacht worden. Sie haben extreme Demütigungen erlebt und erfahren, daß ihre Würde als Mensch nicht (mehr) gilt. In der Bundesrepublik Deutschland als Exilland geht der Prozeß der Entwürdigung teilweise weiter, z.B. in der Behandlung durch Behörden, im Wohnheim u.ä.

Bei der Herstellung von Kontakt und Vertrauen in den ersten Stunden ist zunächst die kognitive Ebene wichtig. So erkläre ich immer, mehr oder weniger ausführlich, wer ich bin und in welchem Zusammenhang die Behandlung steht. Da Flüchtlinge meist vorwiegend in Kontakt mit Behörden und staatli-

chen Stellen sind, sich dort auch oft „beweisen“ und rechtfertigen müssen, mache ich z.B. bei der Arbeit im Behandlungszentrum für Flüchtlinge zunächst deutlich, daß diese Organisation keine staatliche Einrichtung ist. Manchmal enttäuscht dies die Erwartungen der Flüchtlinge, denn dies bedeutet auch, daß die Institution über keine staatliche Entscheidungsgewalt verfügt. Der große Vorteil ist jedoch, die Unterstützung unbürokratisch, bei Bedarf anonym und an den Bedürfnissen des Flüchtlings orientiert anbieten zu können. Menschen, die ihre Subjektivität ganz oder teilweise verloren haben und die durch die deutschen Behörden eine andere Behandlung gewohnt sind, können dies zunächst nicht immer nachvollziehen oder glauben. Ich versuche, ihnen nicht das Mißtrauen zu nehmen, sondern ermutige sie, dieses Gefühl ernstzunehmen und dem nachzugehen, sich z.B. eingehend bei anderen Leuten über das Behandlungszentrum zu erkundigen.

Kontakt und Vertrauen entwickeln sich nicht nur über die kognitive Ebene. Das Angebot von Kontakt vollzieht sich auch auf der nonverbalen, leiblichen Ebene. Zentral ist z.B. der Blickkontakt, wobei gerade bei der Arbeit mit Dolmetscherinnen und Dolmetschern eine Dreierbeziehung hergestellt werden muß (Hänel, 1997). Die Art und Weise des Blickkontaktes hat in verschiedenen Kulturen unterschiedliche Bedeutung. Aus den Ergebnissen der Säuglingsforschung wissen wir jedoch um die basale Wirkung des Blicks in der Leiblichkeit und Entwicklung eines Menschen (vgl. Petzold 1995).

Kontakt und Vertrauen sollte auf Seiten der Psychotherapeutin von Anfang an von einer entsprechenden *therapeutischen Grundhaltung* getragen werden. Auch in der Arbeit mit extremtraumatisierten Menschen ist hier der Gedanke der *Intersubjektivität* wesentlich. Mir sitzt ein anderer Mensch, ein Co-Subjekt gegenüber. Die Arbeit geschieht nach dem Prinzip der *Korespondenz* (Petzold 1993a). Danach werden Wege und Ziele der therapeutischen Arbeit weder von der Psychotherapeutin noch von dem Patienten oder der Patientin alleine vorgegeben, sondern immer wieder im Prozeß gemeinsamen Verständigens, Austauschens und Auseinandersetzens erarbeitet.

Die Arbeit mit Flüchtlingen und gefolterten Menschen hat immer eine politische Dimension. Ein Großteil der Menschen mußte ihre Heimat aus politischen Gründen verlassen. Ein Teil war selbst politisch aktiv oder zumindest interessiert. Hier ist es sowohl für die behandelnde Organisation als auch für die Psychotherapeutin wichtig, einen Standpunkt zu beziehen. Um indes- sen blinde Flecken soweit wie möglich zu vermeiden und offen zu bleiben für die Arbeit mit Menschen unterschiedlichster Erfahrungen und Weltanschauungen, ist eine parteipolitische Einstellung gleich welcher Art kontraindiziert. Notwendig ist vielmehr eine politische Haltung z.B. im Sinne humanistischer Werte, für weltweite Ächtung von Folter und engagiertes Eintreten für die Rechte von Flüchtlingen. Der Wechselwirkung zwischen individuellen und

politischen Prozessen muß auch in der psychotherapeutischen Grundhaltung Rechnung getragen werden. Chilenische KollegInnen etwa arbeiten mit dem „vinculo comprometido“, d.h. sie gehen bewußt eine politisch-menschenrechtlich engagierte Beziehung und therapeutische Bindung ein. Sie nehmen Abstand vom Prinzip absoluter Abstinenz und folgen einem operationalen Gebrauch der Abstinenzregel (Cremerius, 1984), bei der eine aktive und parteiische Haltung nötig ist: aktiv, um den / die Folterüberlebende(n) ausreichend zu stützen, zu halten und ihr oder ihm die Möglichkeit zu bieten, die eigene Struktur in der Therapeutin wiederzuerkennen und deren Strukturen zu nutzen, um sich (zerstörte) eigene Strukturen (wieder) anzueignen; parteiisch, um dem gefolterten Menschen nicht als Inquisitor zu begegnen, sondern als Mitwissende(r), um mit ihm das zu teilen, was ihm real widerfahren ist und nicht nur ein „persönliches Problem“ darstellt, sondern in Abhängigkeit von politischen Strukturen steht (zum „vinculo comprometido“ vgl. Becker 1992, 209 ff.).

Als Herr P. zu mir kommt, weist mich der Dolmetscher darauf hin, daß Leute aus seinem Land in der Regel mißtrauisch seien und genau nachfragen würden, mit wem sie es zu tun haben. Wir gehen zu dritt ins Behandlungszimmer. Noch bevor wir uns setzen, beginnt Herr P. sturmflutartig zu erzählen, die Hosenbeine hochzuschieben, seinen Pullover aus der Hose zu zerren, seinen Rücken zu entblößen. Er berichtet ohne innezuhalten, wie er gefoltert wurde, zeigt seine Brandnarben von ausgedrückten Zigaretten vor u.ä. (Hier wird gleich zu Anfang ein funktionales, abgespaltenes Körperverhältnis deutlich. Der Körper wird von Herrn P. „hergezeigt“ als eine Art Beweismittel für seine Berichte bzw. eine Art Berechtigungsnachweis, überhaupt hier zu sein. Die gegebene Situation oder gar dazugehörige Gefühle sind nicht zugänglich). Ich bitte ihn, sich zu setzen und beginne mit dem Gespräch, indem ich zunächst auf das Thema Mißtrauen-Vertrauen ziele. Der Dolmetscher und ich stellen uns ausführlich vor. Ich bitte Herrn P. zu überprüfen, mit wem er es hier zu tun habe, ermutige ihn, über uns und die Organisation Erkundigungen einzuziehen. Einen großen Teil des ersten Gespräches arbeiten wir daran, in Kontakt zu kommen. Dabei fordere ich Herrn P. immer wieder auf, sich im Raum umzuschauen (Raumwahrnehmung), uns beide anzuschauen, wahrzunehmen, wo und mit wem er hier sitze (Wahrnehmung des sozialen Umfeldes). Es dauert eine ganze Weile, bis Herr P. in der Lage ist, kurzzeitig Blickkontakt zu uns aufzunehmen.

Im Laufe des Erstgespräches spreche ich an, daß er auch ein Überlebender sei, ein „Kämpfer“. Bei dieser Deutung wird Herr P. lebhaft. Zum ersten Mal richtet er sich leicht auf, lächelt, beginnt mit etwas lauterer Stimme zu erzählen und berichtet über seine Stellung innerhalb der politischen Organisation, in der er tätig war. Gegen Ende der Stunde vereinbaren wir einen neuen Gesprächstermin. Ich betone nochmals die Schweigepflicht und das Prinzip, bei Bedarf auch anonym zu arbeiten, z.B. nicht nach seinem Namen zu fragen. Als ich ihm einen Zettel mit der Terminabsprache gebe, schreibe ich meinen Namen darauf, wie ich es immer tue. Wir sind bereits alle drei im Aufstehen begriffen. Herr P. dreht sich zu mir und bittet, mich unter vier Augen sprechen zu dürfen. Ich bit-

te den Dolmetscher, draußen vor der Tür zu warten. Alleine mit mir ergreift Herr P. meinen Kugelschreiber und schreibt auf mein Papier, das auf dem Tisch liegt, ein Wort: Es ist sein Name. Er macht mir verständlich, daß er nur mir seinen Namen sagen möchte; der Dolmetscher sei ein Landsmann von ihm und solle diesen Namen nicht wissen - an dieser Stelle streicht er seinen Namen wieder aus. Nach einigen weiteren Sitzungen nennt er dann auch dem Dolmetscher seinen Namen.

Herr P. hat durch das Nennen seines Namens einen Vertrauensbeweis geliefert. Neben dem konspirativen Aspekt dieser Handlung, den er aus seiner politischen Tätigkeit kennt, wie auch das Durchstreichen – Vernichten – des Namens nach der Offenbarung, möchte ich an dieser Stelle die Bedeutung für die therapeutische Beziehung herausheben: Die Foltererfahrungen wie auch die Behandlung in der Bundesrepublik als Exilland haben Herrn P. dazu gebracht, den Prozeß sozialer Distanz und Nähe umgekehrt zu beschreiten. Naheliegender wäre, zunächst seinen Namen zu nennen und im späteren Verlauf Intimeres, z.B. eine körperliche Untersuchung zuzulassen. Im Zuge der Foltererfahrungen hat sich bei Herrn P. jedoch ein Prozeß der „Dekarnation“ vollzogen: Er wurde dazu gezwungen, sich als Person außerhalb seines Körpers zu stellen, diesen Körper, der von anderen gefoltert und mißbraucht wurde, sozusagen abzugeben und den Folterern zu überlassen. Durch die Folter sind seine Gefühle für Intimität und Würde schwer beschädigt worden. Herr P. zeigt sich in seiner Sitz- und Körperhaltung als Opfer, als in seiner Identität gebrochener Mensch mit abgespaltenem Körperempfinden und entfremdeten Gefühlen. Er betrachtet seinen Körper als nicht mehr zu sich gehörig. Daher kann er diesen Teil von sich zunächst auch scheinbar problemlos herzeigen. Einen Rest Intimität bewahrt er sich in seinem Namen, der erst nach Schaffen einer gewissen Vertrauensbasis einem anderen Menschen anvertraut wird.

3. *Therapeutisches Vorgehen*

In der traumatherapeutischen Literatur der letzten Jahre werden verschiedene phasenorientierte Behandlungsmodelle beschrieben (z.B. Herman 1993; Reddemann und Sachsse 1997). In der Integrativen Therapie dient das *tetradische Modell* (Initialphase, Aktionsphase, Integrationsphase, Neuorientierungsphase; vgl. Petzold 1993a) zur Beschreibung therapeutischer Prozesse. Orientierungspunkte für das therapeutische Vorgehen ergeben sich auch aus dem Pathogenese- und Salutogeneseverständnis. Grundlegend ist die Berücksichtigung von krankmachenden *und* schützenden Faktoren und deren Einbettung in Kontext und Entwicklungskontinuum, d.h. ein prozeßhaftes Verständnis von Erkrankung und Heilung ist notwendig. Das soziale und sozioökologische Umfeld muß berücksichtigt werden. Therapeutische Arbeit sollte

sich auf Mehrperspektivität (Synopsis) gründen und im Zusammenwirken (Synergie) verschiedener Behandlungsansätze *multimodal* vorgehen, was sowohl kognitiv-verbales als auch leibtherapeutisches Vorgehen einschließt. Eine integrative Traumatherapie muß im gesamten Therapieverlauf an der Leiblichkeit als Basis und ihrer Verknüpfungen auf der emotionalen und kognitiv-spirituellen Ebene arbeiten. Um diesen komplexen Prozeß nachvollziehbar zu gliedern, halte ich eine Unterteilung in folgende Arbeitsbereiche für hilfreich:

In eine Traumabehandlung sind einzubeziehen a) die direkte Arbeit an Leiblichkeit und Identität, b) die Entwicklung von Ressourcen, c) eine leiborientierte Traumabearbeitung (wo sinnvoll und möglich), d) Gegenwartsverankerung und Zukunftsperspektiven und e) der Schritt von der inneren in die äußere Realität.

3.1. Leib und Identität

Ein traumatisierter Mensch ist in seiner ganzen Körperlichkeit angegriffen worden. Besonders deutlich wird dies bei extremtraumatisierten Menschen, die Folter überlebt haben. Foltern zielt nur vordergründig auf das Abpressen von „Geständnissen“. Das determinierte Ziel der Folterregime und deren Ausführende zielt auf die Zerstörung der gesamten Persönlichkeit. Über den direkten Angriff auf den Leib soll der ganze Mensch in seiner Identität gebrochen werden. In diesem Kapitel skizziere ich die Auswirkungen von Folterungen auf verschiedene Bereiche der Identität sowie mögliche therapeutische Interventionen. Dabei gliedere ich meine Überlegungen in Anlehnung an Petzolds „*Fünf Säulen der Identität*“: Leiblichkeit, soziale Beziehungen, Arbeit und Leistung, materielle Sicherheit (bzw. sozioökonomischer und -ökologischer Kontext), Normen und Werte (vgl. Petzold nach Rahm et al. 1993, 155).

3.1.1. Leiblichkeit: Traumatische Erlebnisse wirken nicht per se krankmachend. Es sind erschütternde Erfahrungen, die im „normalen“ biographischen Verlauf oft wieder bewältigt werden können (u.a. abhängig von Art, Schwere und zeitlicher Dauer sowie persönlicher Disposition). Schwere *unbewältigte* Traumatisierungen hingegen können funktionelle neurophysiologische Veränderungen hinterlassen (van der Kolk et al. 1992). Neuere Forschungsergebnisse weisen auch darauf hin, daß bei Traumaerleben die Informationsverarbeitung im Gehirn gestört ist (vgl. Le Doux 1996), so daß es zu Übererregung (hyperarousal) und zu Abstumpfung, Selbstanästhesierung (numbing) kommt, die chronifizieren können. Reize von traumatischer Qualität lösen sofort die adäquate Streßphysiologie des Körpers aus, werden aber nicht zum Sprachzentrum und Frontalhirn weitergeleitet, um dort weiter ver-

bal-kognitiv und emotional bewertet, benannt und eingeordnet zu werden. Somit erhebt sich die Frage, inwieweit eine traumatische Erfahrung einer rein verbalen Bearbeitung überhaupt zugänglich sein kann (vgl. Reddemann & Sachsse 1997).

Entlastung und Therapie der Symptomatik: In der *Integrativen Traumatherapie* wird unterschieden a) bimodales oder multimodales Vorgehen in Kombination von Psychotherapie mit Physiotherapie oder anderen bewegungs- und leibtherapeutischen Verfahren, b) prozeßorientierte Bewegungs- und Leibinterventionen. Die eher vordergründigen somatischen und psychosomatischen Symptome können mit physiotherapeutischen Behandlungsformen und verschiedenen Atem- und Entspannungsverfahren angegangen werden. Zu nennen sind spezifische Entspannungsverfahren der Integrativen Bewegungs- und Leibtherapie (z.B. Voutta-Voss 1997) sowie spezifisch abgestimmtes physiotherapeutisches Vorgehen bei Auswirkungen unterschiedlicher Foltermethoden (Prip, Tived & Holten 1995). Das reiche Spektrum psychomotorischer, bewegungs- und sporttherapeutischer Verfahren kann hier ebenfalls zum Einsatz kommen. Petzold (1996) weist darauf hin, daß Streßsymptome *als solche* ernstzunehmen und unmittelbar zu behandeln sind, was in einem psychotherapeutischen Kontext bisweilen nicht genügend beachtet wird. Umgekehrt reicht ein klassisches physiotherapeutisches Vorgehen in der Regel für eine Linderung der Symptome nicht aus, auch nicht, um die somatischen Auswirkungen zu steuern. So trägt meiner Erfahrung nach z.B. eine klassische krankengymnastische Behandlung, wenn sie als einzige oder als isolierte Maßnahme vorgenommen wird, oft wenig Früchte. Es gilt also, eine breite (und dennoch nicht eklektizistische, sondern integrative) Interventionsplanung vorzunehmen. Behandelt wird also in einem *multimodalen Vorgehen*. Ein solches Vorgehen hat die *übungsorientiert-funktionale*, die *erlebnisorientiert-stimulierende* und die *konfliktorientiert-aufdeckende Modalität* im Blick und wählt die im Einzelfall indizierte Kombination aus.

Physio- und bewegungstherapeutische Interventionen: Extremtraumatisierte PatientInnen bringen zumeist eine Reihe somatischer und psychosomatischer Beschwerden mit in die Behandlung. Die Erinnerung an die Grauen der Folter ist durch den Schmerz im Leib eingefleischt, „inkarniert“. Im Vordergrund stehen Kopf-, Magen- und Bauch- sowie Rückenschmerzen bzw. Schmerzen des gesamten Bewegungsapparates. Diese stehen oft in direktem Zusammenhang mit den erlebten Folterungen, wie der Patient oder die Patientin sie subjektiv empfunden hat. Hierbei spielt es zunächst keine Rolle, ob ein organischer Befund vorliegt oder nicht. Entscheidend ist die Empfindung der PatientIn, die quälenden Schmerzen, die Schlaflosigkeit, der Appetitmangel. Es gilt, diese Beschwerden ernstzunehmen und neben dem psychothera-

peutischen Herangehen immer auch sowohl die nötigen medizinischen Untersuchungen zur Abklärung durchzuführen bzw. zu veranlassen als auch für eine Linderung oder Beseitigung der Schmerzen und eine Wiederherstellung der gestörten Körper- und Bewegungsfunktionen Sorge zu tragen.

Frau S. kommt aus einem asiatischen Land. Sie wurde während ihrer Haftzeit mehrfach mit Fäusten und Knüppeln auf den Rücken geprügelt. Aus dieser Zeit resultieren starke Schmerzen im rechten oberen Rückenbereich, die auch ihre Bewegungsfunktionen teilweise einschränken. So kann sie z.B. nur auf der Seite schlafen. Die orthopädische Untersuchung ergab eine Schädigung im oberen Wirbelsäulenbereich. Begleitend zur Psychotherapie wurde eine physiotherapeutische Behandlung eingeleitet. In der Psychotherapie konnte die Parallele hergestellt werden, wie die Schläge und Mißhandlungserfahrungen auch blaue Flecken und Narben auf der Seele der Patientin hinterlassen haben.

Für die physiotherapeutische Diagnose und Behandlung ist eine interdisziplinäre ärztliche, physiotherapeutische und psychotherapeutische Zusammenarbeit sinnvoll. Eine funktionale Physiotherapie ist oft indiziert, muß jedoch in den Gesamtzusammenhang der therapeutischen Arbeit eingebettet werden, bei Beachtung der individuellen und kulturellen Voraussetzungen der PatientIn (zu Aufgaben und Zielen einer physiotherapeutischen Behandlung vgl. auch Karcher 1996; Jordi 2000).

Auf der kognitiven Ebene ist die Aufklärung der PatientInnen im Sinne einer *Psychoedukation* wichtig. Ich erläutere dazu in einfachen Worten die Symptomatik einer posttraumatischen Belastungsstörung, und wie das Trauma, die seelische Erschütterung sich auch leiblich niederschlägt, der Schock und die Angst sozusagen „in den Knochen“ stecken. Weiter führe ich aus, wie Übererregung sich als Dauerzustand etabliert und damit immer wieder Erregung, Verspannungen und Schmerzen hervorgerufen werden. Gerne benutze ich das Modell des Menschen in seiner Ganzheit als Leib-Seele-Geist-Wesen und erläutere die Zusammenhänge zwischen Körperwahrnehmung, emotionalem Empfinden und kognitiven sowie spirituellen Reflexionen.

Neben dem *übungsorientiert-funktionalen Vorgehen* kommen Methoden zur Anwendung, die sich um ein integratives Vorgehen über den schmerzorientierten Ansatz hinaus bemühen und auf eine allgemeine Sensibilisierung der Körperwahrnehmung zielen: Atemtherapie nach Middendorf, Alexander-Technik, Feldenkrais, Yoga, Qi Gong. Schrittweise können bewegungs- und leibtherapeutische Interventionen und andere Methoden, wie z.B. Phantasie Reisen durch den Körper, genutzt werden. Auf prozeßorientierte Bewegungs- und Leibinterventionen wird in Kapitel 3.3.2. eingegangen (zur leiborientierter Behandlung vgl. Koop 2000a).

3.1.2. Arbeit mit dem sozialen Netzwerk: Ausgehend vom Menschen als sozialem Wesen sind die sozialen Beziehungen von extremtraumatisierten

Flüchtlingen und Folterüberlebenden ins Blickfeld zu nehmen. Hierbei geht es sowohl um Quantität als auch um Qualität sozialer Beziehungen. Familienangehörige von Flüchtlingen mußten oft im Heimatland zurückgelassen werden und / oder wurden dort getötet. Die Notwendigkeit von Flucht und Exil stellt auch für das soziale Netzwerk von Freunden, Kollegen und sonstigen Kontakten einen abrupten Bruch dar. Das soziale Netz im Exil ist daher i.d.R. zunächst sehr ausgedünnt. Hinzu kommen Schwierigkeiten im Akkulturationsprozeß. Die Kommunikation mit in der Heimat verbliebenen Verwandten und Freunden ist oft schwierig, gefährlich und manchmal mehr belastend als stärkend. Durch Gruppenarbeit (s. 3.2.) können wieder soziale Kontakte entstehen.

Es bestehen aber nicht nur verlorene oder zwangsweise abgebrochene Sozialbeziehungen und die Schwierigkeit, in der Fremde neue Beziehungen aufzubauen, sondern auch die Qualität der Beziehungen sowie die Fähigkeit, diese in differenzierter Form einzugehen, haben sich verändert. Mit der Erfahrung der Folter ist das Vertrauen in menschliche Beziehungen generell schwer beschädigt worden. Fremdheitsgefühle und emotionale Betäubung, Symptome komplexer PTSD treten sogar den engsten Verwandten, z.B. den eigenen Kindern gegenüber auf. Zur Arbeit mit dem sozialen Netzwerk gibt es in der Integrativen Therapie eine Reihe von Ansätzen und Techniken, auf die hier nicht weiter eingegangen wird (z.B. Soziogramm, Beziehungspanorama, etc.; vgl. Petzold nach Rahm et al. 1993). Diese helfen dabei, in der individuellen therapeutischen Arbeit das Beziehungsthema zu reflektieren und Anstöße für den Ausbau des sozialen Netzes zu geben. Oft ist beim Transfer in reale Begegnungen Unterstützung nötig, so in Paar- oder Familiengesprächen.

Die Familienangehörigen von Flüchtlingen sind z.T. selbst verfolgt und mißhandelt worden. Oft ist eine Sekundärtraumatisierung festzustellen, indem etwa Frau und Kinder wiederholt Zeuge bei Hausdurchsuchungen waren, eine soziale Ächtung der Familie erdulden, sich auf Schweigen einstellen mußten und unter ständiger Angst lebten. Ist der oder die ehemals Verhaftete und Gefolterte wieder bei der Familie, gar in scheinbarer Sicherheit im Exil, geht die Traumatisierung oft auch für die Angehörigen weiter. Der Vater oder die Mutter haben sich verändert; Themen im Umfeld der Inhaftierung und Folterung sind Tabuthemen; was an sozialen und emotionalen Bezügen früher galt, ist teilweise auf den Kopf gestellt. Bei der Arbeit mit Folterüberlebenden – in der großen Mehrzahl Männer – geraten Frauen und Kinder oft aus dem Blickfeld, werden „vergessen“, obwohl sie selbst meist ebenfalls traumatisiert sind oder die sekundären Wirkungen der Traumatisierung mittragen. Eine Mitbehandlung bzw. Weiterbehandlung des familiären Umfeldes ist daher dringend notwendig. Das Familiensystem als Ganzes ist traumati-

siert; die traumatischen Erfahrungen müssen in das Verständnis und Verstehen der gesamten Familie integriert werden (vgl. Bittenbinder 1992).

3.1.3. Arbeit und Leistung: Ein Problem, das besonders in der therapeutischen Arbeit mit Flüchtlingen, die noch im Anerkennungsverfahren sind oder eine Aufenthaltsgeldung haben, immer wieder auftritt, ist die erzwungene Untätigkeit. Es besteht ein Arbeitsverbot, bzw. eine Arbeitserlaubnis ist nur unter sehr schwierigen und eingegrenzten Bedingungen möglich, ebenso wie eine Arbeitsstelle zu finden. Es geht dabei nicht nur um einen bezahlten Job. In seiner Tätigkeit und Leistung realisiert der Mensch sich selbst. Die Beschäftigungsmöglichkeiten etwa in Flüchtlingswohnheimen sind sehr eingeschränkt und gehen über Stricken oder Fußballspielen oft nicht hinaus (abgesehen von der mühsamen „Arbeit“, die Aufenthalts- und Lebensbedingungen in der Bundesrepublik zu sichern und dafür unzählige Behördengänge, zermürendes Warten und erdrückende Unsicherheit in Kauf nehmen zu müssen). Doch selbst wenn es – zum Teil auch sehr sinnvolle – Beschäftigungen gibt, wie z.B. das Angebot eines Deutschkurses, sind traumatisierte Menschen oft nicht in der Lage, diese wahrzunehmen. Die psychosomatischen und depressiven Symptome verringern entscheidend die dafür erforderliche Motivation, die Konzentrationsfähigkeit und das Durchhaltevermögen. Hinzu kommt ein Gefühl der Sinnlosigkeit, gerade wenn die Perspektive, in Deutschland bleiben zu können, mehr als unsicher ist. In der Therapie ist es wichtig, nach noch so kleinen Anknüpfungspunkten zu forschen, die die Möglichkeit einer Tätigkeit zur Gestaltung der Tagesstruktur, zu Erfolgserlebnissen und positivem Selbstwertgefühl bieten.

Nach einigen Monaten der Therapie mit Herrn T. aus Bosnien kommt erneut das Thema seiner Langeweile und Untätigkeit auf. Er macht bereits regelmäßig Sport und hat sich einem Fußballclub angeschlossen, dies reicht ihm jedoch nicht. Als ich ihn nach Details aus *seinem früheren Beruf* frage, *beginnen seine Augen zu leuchten. Ausführlich schildert er mir, wieviel Spaß ihm seine Arbeit als Tischler gemacht habe und wie erfolgreich er damit war. In den folgenden Wochen gelingt es, Herrn T. Kontakte zu einer Selbsthilfetischlerei zu vermitteln. Seitdem verbringt er einige Zeit der Woche dort, bastelt, hilft anderen in der Werkstatt und nimmt mit der Zeit sogar kleinere Reparaturen für Bekannte oder andere Bewohner des Wohnheims vor. Es ist für ihn äußerst befriedigend, an seine frühere Tätigkeit anzuknüpfen, wenn auch nur in begrenztem Umfang und ohne Bezahlung. Sein Selbstwertgefühl steigt dadurch erheblich. Zudem hat er in den Augen seiner Bekannten an sozialem Prestige gewonnen. All dies trägt zur Rekonstruktion seiner Identität bei. Die Wiederaufnahme einer Tätigkeit, ein Anknüpfen an seine früheren Kompetenzen und Performanzen, war ein wichtiger Schritt in der Therapie von Herrn T.*

3.1.4. Existentielle Sicherheit – die Bedeutung des äußeren Kontextes:

Dieser Identitätsbereich umfaßt den sozioökonomischen und sozioökologischen Lebenskontext, d.h. die materielle und ökologische Situation des einzelnen. Bei traumatisierten Flüchtlingen und Folterüberlebenden geht es dabei zunächst um die existentielle Sicherheit, vor allem wenn eine Asylanerkennung noch nicht erfolgt oder bedroht ist. Hier werden, z.B. im Fall einer drohenden Abschiebung, therapeutische Interventionen drastisch mit äußeren Realitäten konfrontiert. Nach den traumatischen Erlebnissen im Heimatland und auf der Flucht setzt sich das Trauma im Exil fort. Manchmal ist es so, daß nach einer Phase vermeintlicher Sicherheit, z.B. während einer Duldung, der Aufenthalt plötzlich wieder bedroht ist, was für die Betroffenen massive Ängste und Panik hervorruft und eine Retraumatisierung auslösen kann. (Zum Thema der Retraumatisierung bei bosnischen Frauen vgl. Koop 1997b.) In solchen Situationen sind dies die zentralen Themen in der Therapie. Ein konfliktzentriertes Vorgehen ist dann nicht möglich, Krisenintervention und Stabilisierungshilfe sind angezeigt. Obwohl in manchen Fällen – sehr bedingt – seitens der Behörden Rücksicht auf den Gesundheitszustand des Flüchtlings genommen wird, sind der psychotherapeutischen Arbeit hier deutliche politische Grenzen gesetzt. Die Problematik in diesem politischen Spannungsfeld zeigt sich in letzter Zeit immer deutlicher in der Frage des „sekundären Gewinns“ für die Aufenthaltsregelung kranker PatientInnen einerseits und der „Medikalisierung“ von ausländerrechtlichen, politischen Fragen durch die Behörden andererseits.

Es haben eine Reihe weiterer Faktoren des sozioökonomischen und sozioökologischen Umfelds Einfluß auf die Lebenssituation von Flüchtlingen, angefangen von schlechter Finanz- und Wohnsituation, von räumlicher Begrenzung, die Stadt nicht ohne Erlaubnis verlassen zu dürfen, von dem eingeschränkten Zugang zur Krankenversorgung bis hin zu subtilen Diskriminierungen oder offenen fremdenfeindlichen Angriffen in der Öffentlichkeit, bei Behörden usw. Diesen Einflüssen sind alle Flüchtlinge ausgesetzt. Für extremtraumatisierte Menschen und Folterüberlebende liegt die zusätzliche Schwierigkeit darin, daß ihre Frustrationstoleranz, ihre Abwehrkräfte und ihre normalen Bewältigungsstrategien geschwächt oder zerstört sind.

3.1.5. Normen, Werte, Spiritualität: Bei dieser Identitätssäule geht es um die Sinndimension des Daseins, um die Frage, über welche unbewußten und bewußten Normen und Werte die PatientIn verfügt bzw. welchen sie sich persönlich verbunden fühlt. Ohne die zentrale Bedeutung von Sinngebung und Spiritualität, von der Notwendigkeit einer *Nootherapie* (Petzold 1988a; vgl. auch die „Meditationsübungen“, Reddemann & Sachsse 1997) hier breiter auszuführen, möchte ich zwei Aspekte in der Arbeit mit Folterüberlebenden

hervorheben: Soziale, politische und religiös-spirituelle Werte sind sinn- und identitätsstiftend, sie verankern im Dasein. Diese Wertesäule der Identität kann daher gar nicht hoch genug eingeschätzt werden. Über eine starke Wertorientierung können andere beschädigte oder zerstörte Säulen der Identität abgefedert oder kompensiert werden. Untersuchungen mit Überlebenden aus NS-Konzentrationslagern haben gezeigt, daß Inhaftierte mit starken wertebundenen Überzeugungen, seien sie politischer oder religiöser Art, die zerstörerischen Lebensbedingungen des Lageraufenthaltes eher durchgestanden haben, eher überlebt haben als Menschen ohne solche festen Überzeugungen. Hinzu kommt ein weiterer Aspekt: Die subjektive Bedeutung des Widerfahrens. Für das Überleben und Bearbeiten des Traumas ist es von großer Bedeutung, wie der oder die Folterüberlebende das Geschehene in sein Glaubens- und Wertesystem einordnen, welchen Sinnzusammenhang für das eigene Leben er / sie darin finden kann. In diesem Zusammenhang ist auch die Frage, Folteropfer oder Folterüberlebende/r zu sein, wichtig. Wenn den traumatischen Erlebnissen ein Sinn zugeordnet werden kann, fällt es leichter, das Geschehene als Teil der eigenen Biographie zu begreifen und in das Kontinuum des eigenen Daseins zu integrieren.

Beim Thema Normen und Werte sind auch die kulturellen, politischen und religiösen Werte der Psychotherapeutin gefragt. Als Therapeutin muß ich mir immer wieder Klarheit verschaffen, inwieweit meine eigenen Normen und Werte mit der der PatientIn vereinbar sind bzw. kollidieren und was dies für die psychotherapeutische Arbeit bedeutet. Dies gilt in besonderem Maße dann, wenn sich manchmal herausstellt, daß der oder die Folterüberlebende nicht nur Opfer, sondern auch TäterIn gewesen ist.

3.2. Entwicklung von Ressourcen

Extremtraumatisierte Menschen können Ressourcen oft nicht mehr adäquat wahrnehmen, klassifizieren, bewerten und kognitiv einschätzen sowie in praktisches Handeln umsetzen. Erlebnisse entlastender und stärkender Art sind nicht oder nur sehr schwer möglich. Gefühle von Freude, Heiterkeit und Glück sind eher selten. Es geht darum, sowohl innere Kräfte aufzuspüren, die das Überleben ermöglicht haben, als auch Entlastungen und Kompensationsmöglichkeiten bei der Traumaverarbeitung zu schaffen. Kathartische Arbeit allein ist nicht sinnvoll, wenn dem traumatischen Erleben nicht Ressourcen als Ausgleich im Hier und Jetzt zur Verfügung stehen. Dabei ist die Arbeit an leiblichen Basisfunktionen hilfreich. Im Bottom-up-Ansatz z.B. kann die eigene Gesichtsmimik ausprobiert (lächeln, Augenbrauen heben etc.), können verschiedene Körperhaltungen geübt werden. Durch die „movement produced information“ kann lachen gelernt, Interesse erzeugt, neue Erfahrung aufgebaut werden. In der Therapie können kleine Quellen von Kraft und Genuß

erschlossen werden: Übergangsobjekte, Musik, Literatur, Natur Es kann angeknüpft werden an alte positive Erfahrungen und Stärken. Die Aussage eines serbischen Klienten: „*Ich bin nicht der, der ich mal war*“ nutze ich z.B., um mir von ihm beschreiben zu lassen, wie er früher war. So kann auch der Blick wieder geöffnet werden für eine Veränderung und Weiterentwicklung eingefahrener oder gebrochener Denk-, Erlebens- und Handlungsweisen.

Aus den vielfältigen Möglichkeiten, entspannungs- und ressourcenorientiert zu arbeiten, will ich die Arbeit mit positiven Imaginationsübungen herausgreifen (vgl. z.B. Übungen wie „sicherer Ort“, „innerer Tresor“ etc.: Reddemann & Sachsse 1997). Diese salutogenen Erfahrungen bieten die Möglichkeit zur Dezentrierung, d.h. die Fokussierung auf die pathogenen Flucht- und Foltererfahrungen können für eine Weile zur Seite gestellt werden. Hier gilt es oft, Übungen maßzuschneidern. Ich habe z.B. mit der „Sicherer Ort-Übung“ bei Flüchtlingen sehr unterschiedliche Erfahrungen gemacht, da sich die Exilsituation gerade durch das Fehlen eines solchen Ortes auszeichnet. Dann ist es sinnvoll, zu anderen Möglichkeiten zu greifen. Ziel ist es, durch das Schaffen positiver innerer Bilder ein Gegengewicht zu den sich aufdrängenden malignen Erinnerungen zu bilden. Dies bietet eine Hilfe bei der Bewältigung von flashback-Erlebnissen und kann perspektivisch ein „Umschalten“ zwischen negativen und positiven Erinnerungen ermöglichen, bei dem der Patient oder die Patientin selbst die Erinnerungen steuert, ohne automatisch von ihnen überwältigt zu werden. Gleichzeitig bilden positive innere Bilder und der Zugang zum inneren Erleben einen Bereich der Erholung und des Auftankens für Körper und Seele.

Zur Stärkung der Ressourcen und des sozialen Netzwerks spielt Gruppenarbeit eine wichtige Rolle. Eine gute Möglichkeit sind sog. „niedrigschwellige“ Gruppenangebote, wie Sport, Wassergymnastik, Nähkurs, Deutschkurs u.ä. Hierbei geht es bewußt nicht um konfliktzentrierte Psychotherapie. Im Mittelpunkt stehen Spiel und Tätigkeit, Bewegung, selbstgesteuerte Aktivitäten und soziales Miteinander. Das persönliche Interesse und Selbstbewußtsein wird gestärkt, ein Gemeinschafts- und Solidaritätsgefühl gefördert. Neben der Freude an der eigenen Körpererfahrung und Tätigkeit kann eine soziale Öffnung erfolgen und zerstörtes Vertrauen in Mitmenschen (und Mitmenschlichkeit) wieder erprobt und aufgebaut werden, ebenso wie ein (erneutes) Einüben in Fähigkeiten der sozialen Auseinandersetzung. Die Gruppen sind nicht selten Anstoß für eine Versprachlichung und (Mit-)Teilen der traumatischen Erlebnisse und ebnen ggf. den Weg in eine Psychotherapie. Im wesentlichen bieten sie jedoch die Möglichkeit zu selbstbestimmtem Handeln.

3.3. Leiborientierte Traumabearbeitung

3.3.1. Die Problematik der Konfrontation mit dem Trauma: Aus den psychobiologischen Vorgängen des traumatischen Geschehens ergeben sich Konsequenzen, die bei der Versprachlichung und Durcharbeitung eines Traumas zu berücksichtigen sind. Petzold (1996, 305 f) weist darauf hin, daß die Forschung zur Praxis des Wiederdurchlebens von traumatischem Streß keineswegs eindeutige Ergebnisse zeigt. Die Vorstellung, es müsse ein verdrängtes bzw. dissoziiertes Trauma um jeden Preis ins Bewußtsein gebracht werden, wird nach Petzold zu einer schädlichen Zwangsvorstellung, wenn man nicht auch die Möglichkeit sieht, daß Vermeidung oder Verdrängung sinnvolle, effektive und heilsame Bewältigungsstrategien sein können. Forciert man die Traumadurcharbeitung, kann es zu einer Verstärkung von pathologischen Hyperarousal-Mustern kommen, die negative Auswirkungen auf das Immunsystem zeigen (vgl. van der Kolk 1994).

Regressive und kathartische Arbeit sind wichtig und hilfreich, aber nicht für jede(n) und in jeder Situation. Es sollte vielmehr möglich sein, nach sorgfältiger Indikationsstellung aus einem breiten Repertoire die richtigen Interventionen auszuwählen. Auch kann es immer nur um situative Regressionen gehen. Den traumatisierten Menschen sollte ermöglicht werden, sich der traumatischen Situation bzw. den traumatischen Erinnerungen mit der stützenden Begleitung der Therapeutin zu nähern, diese zu benennen, evtl. zu reinszenieren. Genauso muß es umgekehrt möglich sein, aus dieser Regression unter der Anleitung der Therapeutin wieder zurückzukehren zu stützenden Erfahrungen und zur Alltagsbewältigung. Mit der Versprachlichung des Traumas und der Wiederaneignung der traumatischen Erfahrungen kann die Suche nach narrativem Sinn eingeleitet werden, und es kann eine Differenzierung der Bedeutung der Symptome stattfinden. Symptome, die vorher nur schmerzhaft und belastend wahrgenommen wurden, können, wenn sie wieder in Zusammenhang mit dem Trauma gesetzt werden, sowohl in ihrem leiblichen als auch in ihrem emotionalen Gehalt als Stärken der PatientInnen gesehen werden, als gesunde Schutz- und Abwehrreaktionen, als „normale“ Reaktionen auf „unnormale“ Verhältnisse.

Frau E. wurde Opfer eines Terroranschlags, bei dem sich ein Selbstmordattentäter im Bus in die Luft sprengte. Erst in Deutschland haben sich die Symptome einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung gezeigt. In einer der Stunden spricht Frau E. bewegt darüber, wie sie im Bus saß, weint dabei. Während des Erzählens bitte ich sie auf ihr leibliches Spüren zu achten. Sie spürt zunächst eine Schwere in der Brust. Ich bitte sie, ihre Hand darauf zu legen (self-touching-approach, s. Kapitel 3.3.2.). Sie kann die Schwere zuordnen, ihren in der Brust stockenden Atem fühlen (leibliches Spüren). Auf die Frage: „Wie fühlt sich das an?“ arbeiten wir heraus, daß ihr dazugehöriges Gefühl „blankes Entsetzen“ (emotionale Zuordnung) signalisiert. Auf diese Benen-

nung, dem Aus-Druck ihres Ein-Drucks, erfolgt eine leibliche Veränderung: Sie spürt ihr Herz bis zum Hals klopfen. Diesmal bitte ich sie, ihre zweite Hand darauf zu legen. Sie spürt weiterhin intensiv ihr Herz klopfen (leibliche Regung) und bringt dies in Verbindung mit einem klaren Gefühl: Wut. Wut auf den Attentäter, die sie von ihrem moralischen Anspruch her nicht haben darf, weil er sich ja selbst dabei tötete. Dennoch ist diese Wut da; der Attentäter hat geplant oder in Kauf genommen, daß auch sie dabei vielleicht getötet wird. Damit hat er ihr Vertrauen in die Menschen, in die Menschheit, schwer beschädigt. Daß es diese zerstörerische Seite in ihr gibt entsetzt sie zutiefst. Gleichzeitig verbietet sie sich eigene Regungen von Haß und Wut, die vermeintlich destruktiv sind.

Wir reinszenieren die Szene im Bus. Mit Hilfe von Stühlen, Kissen und anderen Gegenständen spielen wir detailliert diese Busfahrt durch. Wir tun dies in mehreren Abschnitten, über mehrere Stunden verteilt. Immer wieder frage ich dabei nach ihren Gedanken, ihren Körperempfindungen, ihren Gefühlen. Es ist für die Patientin äußerst wichtig, mich neben sich zu spüren, sich immer wieder meiner Gegenwart und meiner Aufmerksamkeit zu versichern und, symbolisch gesehen, „an meiner Hand“ noch einen Schritt weiterzugehen. Nach diesen Stunden, in denen wir das Trauma Schritt für Schritt gemeinsam durchgegangen sind, vermag die Patientin ihre blutbefleckte Kleidung mitzubringen, die sie seit dem Attentat aufbewahrt hatte. Anhand dieser Kleidung gehen wir in der Zusammenfassung noch einmal emotional und kognitiv die traumatische Situation durch. Das Hervorholen und anschließendes Weglegen der Kleidung symbolisiert eine Integration des Erlebten und ein Verabschieden von den zwangsweise überwältigenden Erinnerungen daran.

3.3.2. Prozeßorientierte Bewegungs- und Leibinterventionen: Prozeßorientierte Leibinterventionen werden immer modalitätengerichtet eingesetzt. Für die erlebnisorientierte und die konfliktzentriert-aufdeckende Modalität ist die Prozeßorientierung in besonderem Maße wichtig, da es hier kein Arsenal festgelegter Bewegungs- oder Übungssequenzen gibt. Die Interventionen werden je individuell aus der Situation heraus entwickelt und eingesetzt. Als bewegungs- und leibtherapeutische Interventionen sind solche zu verstehen, die direkt oder indirekt auf den Leib in seinem Kontext und Kontinuum gerichtet sind. Bei leibtherapeutischen Interventionen ist zu unterscheiden zwischen *touching-*, *self-touching-* und *non-touching-approach* (s. Petzold 1993c, 319):

Im *non-touching approach* wird die Aufmerksamkeit gezielt auf leibliche Empfindungen und Impulse gelenkt, die Wahrnehmung auf die eigene Leiblichkeit fokussiert. Der *self-touching-approach* bezieht die eigenleibliche Berührung ein, der oder die PatienIn wird ermutigt, den eigenen Leib selbst zu berühren und zu erkunden. Im *touching-approach* können unspezifische Berührungen im Sinne „emotionaler Alltagsgesten“, z.B. Gesten des Trostes, der Stützung und Versicherung, zum Tragen kommen. Gearbeitet

werden kann auch mit *Intermediärobjekten* wie Bällen, Stäben, Schaumstoffwürfeln u. ä.

Die anthropologischen Grundannahmen der Integrativen Therapie gehen aus vom Menschen als „Leib-Seele-Geist-Wesen im sozialen und ökologischen Kontext und Kontinuum“. Die menschliche Ganzheit drückt sich auf verschiedenen Daseinsebenen aus, die zueinander in Einklang oder Widerspruch stehen oder auch voneinander abgespalten sind. In der therapeutischen Arbeit gilt es, mit verbalen wie auch mit leibtherapeutischen Interventionen alle Ebenen im Blick zu behalten und zu versuchen, einen Kontaktfluß zu erreichen bzw. die Ebenen in Übereinstimmung zu bringen. Kognitionen und Gefühle sollen auf leiblicher Ebene verankert werden - und umgekehrt. Gearbeitet wird mit zwei Zugängen, dem Bottom-up- und Top-down-approach (s. Orth 1996, 48 f):

1. *Bottom-up-approach*: Eine belastete Körperlichkeit kann eine Belastung des Gemütes oder Geistes zur Folge haben. Folterüberlebende sind konkret in ihrer Leiblichkeit bedroht und beschädigt worden, was i.d.R. zur Ausbildung einer akuten oder chronischen Streßphysiologie führt und Auswirkungen auf den emotionalen und kognitiven Bereich hat. Durch körperliche Entspannung und Aktivierung (Bewegungsübungen, Physiotherapie, Sport etc.) werden Emotionen und Kognitionen beeinflusst, was auch Auswirkungen z.B. auf das soziale Netzwerk hat. Manchmal bringt alleine das Gehen, das Bewegen im Raum eingefahrene Gedanken und erstarrte Gefühle wieder „in Bewegung“: Die äußere Bewegung bewirkt auch eine innere.
2. *Top-down-approach*: Belastete Gedanken und Vorstellungen können zu belasteter Körperlichkeit führen. Über Imaginationsübungen, formelhafte Vorsatzbildung, Einstellungsänderungen durch Perspektivenwechsel können Gefühle und leibliche Befindlichkeiten beeinflusst werden. Bei Folterüberlebenden kann eine Neubewertung des erlittenen Traumas, ein Öffnen für die Mehrspektivität des Erlebten sowohl den emotionalen Gehalt als auch die dazugehörigen körperlichen Empfindungen verändern.

Ein Beispiel zur Traumabearbeitung mit prozeßorientierten Leibinterventionen:

Herr T., von dem bereits in Kap. 3.1.3. die Rede war, kommt nach einer Internierung in einem serbischen Gefangenenlager zur Therapie. Er erzählt mit lebhafter Mimik und Gestik von seinen Erlebnissen und seiner Angst im Lager sowie der anschließenden Deportierung im Bus und dem anschließenden tagelangen Marsch in einer Kolonne. Am eindringlichsten schildert er eine Busszene, bei der er in dem Busfahrer seinen Nachbarn wiedererkannte und dieser ihm signalisierte: Ich bringe dich um. Herr T. schildert, wie er und seine Mitgefangenen sich im Bus auf den Boden kauern mußten, in gebeugter Haltung, Kopf nach vorne, Arme über Kopf und Gesicht verschränkt. In den folgenden Stunden greife ich die Sitzhaltung von Herrn T. auf, der bei mir im Gespräch auf der vorderen Stuhlkante sitzt, in sich zusammengesunken, Kopf nach vorne,

Bauch eingeknickt. Noch immer sitzt er wie im Augenblick größter Gefahr, um sich zu schützen, aber auch, wie sich später herausstellt, um seine große Wut nicht spüren und herauslassen zu müssen. Ich bitte ihn, seine gekauerte Haltung zu verstärken. Er leistet dem Folge, empfindet die Haltung als „sehr angenehm“. Als ich ihn bitte, noch mehr zu verstärken, passiert nichts weiter. Herr T. strahlt in seiner Haltung Anspannung aus, Eingeklemmtsein, stockender Atem, die inneren Organe sind wie eingeschnürt. Diese Atmosphäre des Angespantseins hat alle im Raum erfaßt, auch den Dolmetscher. Ich frage Herrn T. dann, wie eine gegenteilige Haltung aussehen könnte und ob er diese einnehmen möchte. Als der Dolmetscher den Satz übersetzt, richtet er sich unwillkürlich selbst dabei auf, um befreiter atmen zu können (ein Phänomen der leiblichen Resonanz des Dolmetschers auf die verdichtete Atmosphäre). Herr T. versucht, sich etwas aufzurichten, gibt aber schnell auf. Diese Haltung ist ihm unangenehm. Er gibt an, sehr deutlich seinen Gürtel zu spüren, kauert sich wieder etwas zusammen. Er sei froh, daß er sich „zusammenhalten“ könne. Es wird deutlich, daß Herr T. eine Art Schutzgürtel braucht, um nicht „auseinanderzufallen“ und um sich zu schützen. Ich bitte ihn dann, seine Hand auf seinen Bauch zu legen (self-touching-approach). Er tut dies und richtet sich dabei unwillkürlich leicht auf. Er kann seinen Atem und seinen Herzschlag spüren. Ich gebe ihm die Rückmeldung, daß er nicht nur einen Körper hat, sondern Leib und Überlebender *ist*. Er kann dies gut annehmen und mit seinem leiblichen Spüren verbinden, spürt an dieser Stelle unter seiner Hand, wie lebendig er ist (top-down-Ansatz). Ich arbeite an seinem leiblichen Gegründetsein, im Vertrauen in seine „primordiale“, d.h. per se mitgegebene Existenz. Mit diesen Interventionen habe ich nicht an seinen Defiziten angesetzt, sondern bin in Richtung „empowerment“ gegangen, also hin zu seinen Ressourcen. Als Hausaufgabe schlage ich ihm vor, jeden Tag fünf Minuten bewußt seine Hand auf seinen Bauch zu legen, Kontakt zu diesem Gefühl aufzunehmen und zu spüren: „Ich lebe“ (bottom-up-Ansatz). Er nimmt den Vorschlag auf. In der nächsten Stunde erzählt er freudig, daß er diese Übung jeden Tag mache. Er habe sie nicht im Sitzen, sondern im Liegen gemacht (Streckung des Bauchraumes). Er fühle sich jetzt etwas besser. Ein halbes Jahr später, als es Herrn T. wesentlich besser geht und er in verschiedenen Bereichen sein Leben zu regeln beginnt, macht er immer noch regelmäßig die Übungen und kommt damit in Kontakt mit sich und seinen Bedürfnissen.

3.4. Gegenwartsverankerung und Zukunftsperspektiven

Die traumatischen Erfahrungen werden im Prozeß der Therapie im *Lebenskontext* und im *Lebenskontinuum* verstanden und eingeordnet. Dafür ist es wichtig, die Bedeutung der Zeitdimension, des biographischen Kontinuums (wieder) zu erschließen: Es gibt eine Zeit *vor* und eine Zeit *nach* dem Trauma.

- Die Vergangenheit ist oft reduziert auf die traumatischen Erlebnisse; andere Erinnerungen werden als wenig gewichtig erachtet angesichts des erlebten Grauens. In der Therapie können Zugänge zu Erinnerungen vielfältiger

Art, auch den guten und stärkenden, gefunden werden, um sich die ganze Lebensgeschichte wieder anzueignen und nicht auf die Identität als „Gefolterte(r)“ reduziert zu bleiben.

- Der Verlust von Zukunftsperspektiven ist charakteristisch für Menschen in Krisen. In besonderem Maße gilt dies für Flüchtlinge, deren reale Zukunftsmöglichkeiten meist ungewiß sind. Es ist dennoch notwendig, sich der Zukunftsdimension zu nähern, wenn auch in noch so kleinen Schritten. Manchmal umfaßt „Zukunft“ in der Unsicherheit der Exilsituation erst einmal nur die nächsten Tage und Wochen. Auch dann kann über Phantasien und Wünsche gesprochen, Pläne gemacht, Möglichkeiten ausprobiert werden, um ein Fenster zur Zukunft wieder zu öffnen. Es braucht die Ermutigung, „Projekte“ wie einen Deutschkurs, eine Ausbildung oder anderes zu beginnen, auch ohne zu wissen, ob sie hier in Deutschland zu Ende gebracht werden können. Neben der persönlichen Dimension der Zukunft kann es gehen um die politische Dimension, so etwa um die Zukunft des Heimatlandes, die für Flüchtlinge eng mit dem eigenen Schicksal und den eigenen Perspektiven verwoben ist.

3.5. Der Schritt nach außen

Intersubjektivität in der therapeutischen Beziehung bedeutet nicht nur, die innere Realität der Folterüberlebenden ernstzunehmen, sondern auch die äußere Realität nicht zu leugnen. Die gesellschaftliche Realität der Verfolgung und Folter hatte die Zerstörung des Subjekts zum Ziel. Im therapeutischen Prozeß soll die Subjektivität des traumatisierten Menschen wieder hergestellt werden. Dies impliziert erstens (wieder) zwischen innerer und äußerer Realität unterscheiden zu lernen, eine Differenzierung, die unter der Folter oft abhanden gekommen ist. Zweitens muß die äußere Realität als solche benannt und bearbeitet werden.

Die von chilenischen KollegInnen entwickelte therapeutische Strategie des *testimonio* (s. Neuner, Schauer & Elbert, i.d. Bd.) mißt der Entprivatisierung des individuellen Leids (und damit auch der Möglichkeit der selbstbestimmten Wiederherstellung von Intimität) einen zentralen Stellenwert bei. *Testimonio* bedeutet Aussage oder Zeugnis. Dabei werden die PatientInnen ermutigt und unterstützt, die an ihnen verübten Verbrechen zu berichten und zu bezeugen, niederzuschreiben oder auf Tonband festzuhalten. Ursprünglich als Unterstützung für die Arbeit von Menschenrechtsorganisationen gedacht, wurde bald die therapeutische Relevanz des *testimonio* entdeckt und diskutiert. Die *testimonios* wirkten nicht nur kathartisch, die Betroffenen fühlten sich nicht nur erleichtert und ihre Symptome besserten sich, sondern es war auch eine Resozialisierung, eine Zurückführung des erlittenen Leidens in die Gesellschaft möglich. Das *testimonio* lenkt die Aggression in eine konstruk-

tive Richtung und ist häufig der erste Schritt eines Menschen, wieder aktiv an gemeinschaftlichen Prozessen teilzunehmen. Es ermöglicht dem Individuum, seine Erfahrungen in seine Lebensgeschichte oder Narration zu integrieren, indem die dazugehörigen Emotionen und Phantasien rekonstruiert werden (vgl. Weinstein & Lira u.a. 1987). Das Entscheidende dabei ist der therapeutische Prozeß, in dem das testimonio entsteht: Die Verknüpfung des Geschehenen mit leiblichen Resonanzen, emotionalem Gehalt und kognitiven Reflexionen; der therapeutische Dialog, das Gespräch über Zweifel, Widersprüche, die partielle Integration von privater und öffentlicher Geschichte und somit die zunehmende Entprivatisierung des individuell erlittenen Leidens.

Das testimonio wirkt doppelt resozialisierend: Die traumatische Erfahrung erhält eine andere Form, sie wird versprachlicht, verschriftlicht, veröffentlicht und damit psychisch „externalisiert“. Reemtsma (1997) beschreibt, wie ihm die Niederschrift seiner traumatischen Erlebnisse als entführte Geisel halfen, die psychischen Konsequenzen des Traumas zu verarbeiten. Er sieht den erzwungenen Kontakt mit seinen Entführern, die ihn in einem Keller festhielten, als eine Zeit aufgezwungener Intimität: „Der Keller wird in meinem Leben bleiben, aber so wenig wie möglich von der mir in diesem Keller aufgezwungenen Intimität soll in meinem Leben bleiben. Das einzige Mittel gegen ungewollte Intimität ist Veröffentlichung“ (a.a.O., 17).

Die zweite resozialisierende Wirkung besteht darin, daß sich die erlittene Erniedrigung und Zerstörung in eine Anklage gegen die Folter verwandelt, ohne daß sie auf die Betroffenen zerstörerisch zurückwirkt: Dies ist der Schritt, mit dem die Folteropfer auch in der Öffentlichkeit zu Folterüberlebenden werden (vgl. Becker 1992).

Ein Beispiel der Arbeit mit der „testimonio“-Strategie bietet die Dokumentation „Nie hat man es hinter sich“ (REFUGIO Bremen, 1999).

Ob das Bezeugen und die Herstellung von Öffentlichkeit zunächst (nur) in der Dyade der therapeutischen Beziehung geschieht - und manchmal dort verbleibt - oder ob weitere Schritte nach außen sinnvoll und möglich sind wie eine Veröffentlichung der Aussage oder eine Anklage der Folterer im eigenen Land oder bei internationalen Gremien: Der Schritt der Externalisierung, den erlebten traumatischen *Eindrücken Ausdruck* zu geben, sie der Gesellschaft als Problem zurückzureichen und die besondere Rolle als Folterüberlebende(r) und Zeuge einzunehmen ist meist ein heilsamer Weg. Die Entindividualisierung des Erlittenen, sich zu öffnen und mitzuteilen, eröffnet die Möglichkeit des „vierten Weges der Heilung“ (Petzold 1988), der Solidaritätserfahrung: In therapeutischen Gruppen, in Selbsthilfegruppen von Flüchtlingen

aus dem eigenen Land, bei denen es auch um ganz lebenspraktische Aktivitäten geht, im Engagement in Menschenrechtsorganisationen u.a. mehr.

Literatur

- Amati, Silvia (1990). Psychoanalytische Reflexionen über die Arbeit zur Entfremdungsüberwindung. In: Riquelme, Horacio (Hrsg.), *Zeitlandschaft im Nebel*. Frankfurt a.M.: Vervuert.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM IV*. Göttingen: Hogrefen / Testzentrale.
- Becker, David (1992). *Ohne Haß keine Versöhnung*. Freiburg: Kore.
- Becker, David & Calderon, Hugo (1990). Extremtraumatisierungen - soziale Reparationsprozesse - politische Krise. In: Riquelme, Horacio (Hrsg.), *Zeitlandschaft im Nebel*, Frankfurt a.M.: Vervuert.
- Bettelheim, Bruno (1943). Individual and mass behaviour in extreme situations. In: *Journal of Abnormal and Social Psychology*, Vol. 38
- Bittenbinder, Elise (1992). Krieg, Verfolgung und Folter überleben. In: *Systema* 2/1992, S. 3-17. Weinheim: Institut für Familientherapie
- Cremerius, J. (1984): Die psychoanalytische Abstinenzregel. Vom regelhaften zum operationalen Gebrauch. In: *Psyche*, 38 (9), S. 769-800
- Fischer, Gottfried & Riedesser, Peter (1999). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München: Ernst Reinhardt.
- Graessner, Sepp, Gurriss, Norbert & Pross, Christian (1996). *Folter. An der Seite der Überlebenden. Unterstützung und Therapien*. München: C.H. Beck.
- Gurriss, Norbert (1996). Seelisches Trauma durch Folter - Heilung durch Psychotherapie? In: Graessner, Gurriss & Pross: *Folter*. München: C.H. Beck.
- Hänel, Ferdinand (1997): Spezielle Aspekte und Probleme in der Psychotherapie mit Folteropfern unter Beteiligung von Dolmetschern. In: *Systema*, 2, S. 136-144.
- Herman, Judith (1993). *Die Narben der Gewalt*. München: Kindler.
- Jordi, Annelies (2000). Physiotherapie und klinische Bewegungstherapie in der Arbeit mit Folteropfern. Vortrag, Bad Zwester Symposium für Traumatherapie
- Karcher, Sylvia (1996). Körperpsychotherapie mit Folterüberlebenden. In: Graessner & Gurriss & Pross: *Folter*. München: C.H. Beck.
- Keilson, Hans (1979) *Sequentielle Traumatisierung bei Kindern*. Stuttgart: Enke.
- Khan, Masud (1963). The concept of cumulative trauma. In: *The Psychoanalytic Study of the Child*. Bd. XVIII, S. 286-306
- Kolk, Bessel van der (1994). The body keeps the score. Memory and the evolving psychobiology of PTSD, *Harvard Review of Psychiatry*, 1, S. 253-265
- Kolk, Bessel van der & Roth, S. & Pelcovitz, D. (1992). *Field trials for DSM IV, post traumatic stress disorder II: disorders of extreme stress*. Washington D.C.: American Psychiatric Association.
- Koop, Ingrid Ingeborg (1997b). Zur Retraumatisierung bosnischer Frauen. Vortrag am 24.06.1997, ASB Bremen
- Koop, Ingrid Ingeborg (2000a). Leiborientierte Behandlung von traumatisierten Flüchtlingen. Vortrag, 1. Bad Zwester Symposium für Traumatherapie. Veröffentlichung im Kongreßreader.
- Le Doux, J.E. (1996). *The emotional brain*. New York: Simon & Schuster.

- Maercker, Andreas (Hrsg.) (1997). Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Orth, Ilse (1996). Heilung durch Bewegung. In: Integrative Bewegungstherapie, 2/96.
- Petzold, Hilarion (1988). Die vier Wege der Heilung in der Integrativen Therapie. In: Integrative Bewegungs- und Leibtherapie, Bd. I/1, S. 173-284. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, Hilarion (1988a). Integrative Therapie als intersubjektive Hermeneutik bewußter und unbewußter Lebenswirklichkeit. In: Petzold, Hilarion Integrative Therapie Bd. II/1. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, Hilarion (1992a). Integrative Therapie Bd. II/2. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, Hilarion (1992b). Konzepte zu einer integrativen Emotionstheorie und zur emotionalen Differenzierungsarbeit als Thymopraktik. In: Petzold, H. Integrative Therapie Bd. II/2. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, Hilarion (1993a). Integrative Therapie Bd. II/3. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, Hilarion (1993c). Integrative fokale Kurzzeittherapie und Fokaldiagnostik - Prinzipien, Methoden, Techniken. In: Petzold, Hilarion & Sieper, Johanna, Integration und Kreation. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, Hilarion (Hrsg.) (1995). Die Kraft liebevoller Blicke. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, Hilarion (1996). Krankheitsursachen im Erwachsenenleben. In: Integrative Therapie 2-3/1996, S. 288-319. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, Hilarion: Body narratives. In: Integrative Bewegungstherapie 1-2 / 1999, S. 4-30. Herne: DGIB.
- Petzold, Hilarion & Orth, Ilse (1991). Körperbilder in der Integrativen Therapie. In: Integrative Therapie 1-2/1991, S. 117-146. Paderborn: Junfermann.
- Prip, Karen, Tived, Lone & Holten, Nina (1995). Physiotherapy of Torture Survivors. Copenhagen: IRCT.
- Rahm, Dorothea, Otte, Hilke, Bosse, Susanne & Ruhe-Hollenbach, H. (1993). Einführung in die Integrative Therapie. Paderborn: Junfermann.
- Reddemann, Luise & Sachsse, Ulrich (1997). Stabilisierung. In: Persönlichkeitsstörungen 3/97, Schattauer, Stuttgart
- Reemtsma, Jan P. (1997). Im Keller. Hamburg: Hamburger Edition.
- REFUGIO Bremen (1999). Nie hat man es hinter sich. Dokumentation. Bremen: REFUGIO
- Vidal, Mario (1990). Das Gleiche und das Ungleiche bei den durch politische Repression bewirkten psychopathologischen Problemen. In: Riquelme, H. (Hrsg.). Zeitlandschaft im Nebel. Frankfurt a.M.: Vervuert.
- Voutta-Voss, Michael (1997). Entspannungstechniken in der Integrativen Therapie. In: Integrative Bewegungstherapie, 1/97
- Weinstein, Eugenia & Lira, Elisabeth et al. (1987). Trauma, Duelo y Reparación. Santiago de Chile
- Weltgesundheitsorganisation (1994). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kap. V. Bern: Hans Huber