

# **Folter und Trauma:** **Folgen und therapeutische Möglichkeiten**



Eine Informationsschrift für Hausärztinnen und Hausärzte  
sowie weitere Fachpersonen aus dem Gesundheits- und Sozialwesen

## Impressum:

Herausgeber: Schweizerisches Rotes Kreuz  
Redaktion: Catherine Moser, Conrad Frey  
Lektorat: Rahel Stuker, Heinz Heer  
Layout: Schweizerisches Rotes Kreuz, graphic-print  
Druck: Fischer, Münsingen  
Auflage: 9000

**Vorwort** ..... 5

**Einleitung** ..... 9

**1 Folter und andere Formen organisierter Gewalt** ..... 11

**1.1 Was ist Folter?**..... 11

1.1.1 Folter ..... 11

1.1.2 Andere Formen organisierter Gewalt ..... 11

1.1.3 Menschenrechtsverletzungen im Krieg ..... 12

**1.2 Verbreitung von Folter** ..... 13

1.2.1 Das Vorkommen von Folter ..... 13

1.2.2 Folterer ..... 14

1.2.3 Folter- und Kriegsoffer in den Aufnahmeländern ..... 15

**1.3 Ziele von Folter** ..... 16

1.3.1 Angriff auf die grundlegenden Bindungen ..... 16

1.3.2 Angriff auf das Kollektiv ..... 17

1.3.3 Die Mittel und Methoden ..... 19

**2 Die Folgen von Folter und Krieg**..... 23

**2.1 Die traumatische Belastung** ..... 23

**2.2 Die traumatische Reaktion** ..... 24

**2.3 Symptomkomplexe** ..... 26

2.3.1 Primär somatische Symptome..... 26

2.3.2 Chronische Schmerzsyndrome ..... 27

2.3.3 Psychiatrische Beschwerdebilder ..... 29

**2.4 Nachhaltige Erschütterung  
der grundlegenden Bindung** ..... 30

**2.5 Sequentielle Traumatisierungen** ..... 34

**2.6 Fokus Migrationskontext**..... 35

<b>3</b>	<b>Bewältigung und therapeutische Betreuung</b> .....	<b>39</b>
3.1	<b>Eckpfeiler der therapeutischen Betreuung</b> .....	39
3.1.1	Salutogenese und Kohärenzgefühl .....	39
3.1.2	Fördern von Ressourcen .....	40
3.1.3	Transdisziplinäre und -professionelle Zusammenarbeit .....	42
3.2	<b>Rekonstruktion der grundlegenden Bindungen</b> .....	45
3.2.1	Physische und psychische Sicherheit .....	47
3.2.2	Benennen des Unrechts und Anerkennen des Leidens .....	49
3.2.3	Vermitteln von sozialer Unterstützung .....	50
3.2.4	Fördern der Selbstbestimmung .....	51
3.2.5	Schaffen von Lebensperspektiven .....	52
3.3	<b>Die therapeutische Beziehung</b> .....	54
3.3.1	Die Arzt-Patienten-Beziehung .....	54
3.3.2	Ziele der Begleitung und Therapie .....	57
3.3.3	Untersuchung und Gesprächsführung .....	60
3.3.4	Arbeiten mit interkultureller Übersetzung .....	65
3.3.5	Der Einbezug der Familie .....	68
3.3.6	Sekundäre Tramatisierung .....	71
	<b>Nützliche Adressen und Hinweise</b> .....	<b>77</b>
	<b>Links von Menschenrechtsorganisationen</b> .....	<b>78</b>
	<b>Ausgewählte Literatur</b> .....	<b>80</b>
	<b>SRK-Projekte</b> .....	<b>81</b>

## Vorwort

Weltweit werden Millionen von Menschen infolge von Armut und Hunger, gesellschaftspolitischer Unterdrückung, Verfolgung und Krieg sowie ökologischen Veränderungen und Naturkatastrophen vertrieben. Auch die Schweiz ist Teil dieser Migrationsnetze. Viele der Vertriebenen haben nicht nur das Verlorengegangene zu betrauern, sondern leiden auch unter den Folgen von wiederholten Traumata. Der Anteil der Flüchtlinge mit schweren Gewalterfahrungen ist beträchtlich. In der Schweiz geht man alleine bei anerkannten Flüchtlingen von mindestens einem Viertel Betroffener aus. In ausgewählten Risikogruppen, wie zum Beispiel Personen, die in Gefangenschaft waren, liegen die Häufigkeitszahlen noch beträchtlich höher. Durch Folter, Krieg und Vertreibung werden Menschen in ihrer gesamten Existenz getroffen. Dabei werden elementare Bedürfnisse nach Sicherheit, sozialen Bindungen und Zugehörigkeit, Gerechtigkeit sowie Vertrauen in aussergewöhnlichem Ausmass verletzt. Die tiefgreifenden seelischen Verletzungen zeigen sich häufig in Form von chronischen Schmerzen, posttraumatischen Belastungsstörungen und Depressionen, die begleitet sind von Verlust an Zukunftsperspektiven und Lebenssinn.

Vertriebene, die im Herkunftsland oder auf der Flucht systematische Gewalt erfahren haben, belasten das Gesundheits- und Sozialwesen des Aufnahmelandes – beispielsweise durch häufige Notfallkonsultationen mit unkoordinierten, zumeist medikamentösen Interventionen oder aufgrund fehlender wirtschaftlicher Integration. Andererseits bleibt ihnen der Zugang zu spezifischen und weiterführenden therapeutischen Leistungen oftmals verwehrt; sei es aus sprachlichen Gründen oder weil ihnen die Kenntnisse über die Behandlungsmöglichkeiten fehlen bzw. weil sie kein Vertrauen in diese haben. Ein weiterer Grund für die medizinische Unterversorgung liegt in den inneren Widerständen der Betroffenen, sich den grauenvollen Erinnerungen anzunähern – wobei Widerstände und kulturelle Barrieren auch auf Seiten der Ärzteschaft bestehen!

Das Schweizerische Rote Kreuz setzt sich seit mehr als 15 Jahren für die Verbesserung der medizinischen Versorgung und die soziale Integration der geflüchteten Gewaltopfer ein. Im Ambulatorium für Folter- und Kriegsopfer SRK (Bern) erhalten sie eine umfassende und integrative medizinische und psychotherapeutische Betreuung. Dank dem Aufbau von weiteren Therapiestellen in Zürich, Genf und Lausanne ist das spezialisierte Behandlungsangebot seit vier Jahren in der ganzen Schweiz verfügbar.

Im Kampf gegen die Folter ist sich auch die Ärzteschaft ihrer gesellschaftlichen und humanitären Verantwortung bewusst. Mit der Erklärung von Tokio hat 1975 der Weltärztebund erstmals berufsethische Richtlinien zum Umgang mit Patienten, die unter den Folgen von Folter leiden, erlassen. Auf Antrag der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Medizin SGAM hat 2004 die World Organization of Family Doctors die ärztlichen Verpflichtungen zu Gunsten der Verfolgten und Gefolterten im sogenannten «WONCA Statement» erneut bekräftigt.

In der Schweiz spielen Hausärztinnen und Hausärzte bei der Rehabilitation der Folgen von Folter und Krieg eine bedeutsame Rolle. Sie garantieren die Kontinuität der Betreuung, die Erkennung der Behandlungsbedürftigkeit, stellen den Bezug zu den Familienangehörigen her, vermitteln und koordinieren und stellen, besonders bei den Asylsuchenden, die erste Anlaufstelle dar. Neben der eingeschränkten oder gar nicht möglichen sprachlichen Verständigung fühlen sich die medizinischen Grundversorger durch die Vielfalt der präsentierten Probleme, die schwierigen asylpolitischen Randbedingungen und Sachzwänge sowie die belastende Thematik oft alleine gelassen.

Mit der vorliegende Informationsschrift sollen die Ärzteschaft sowie weitere Berufsgruppen aus dem Gesundheits- und Sozialwesen für die oftmals prekäre Situation der traumatisierten Flüchtlinge sensibilisiert und unterstützt werden. Sie vermittelt Hintergrundwissen und gibt praktische Hinweise für die Behandlung und Betreuung. Das Schweizerische Rote Kreuz und das Kollegium für Hausarztmedizin hoffen nicht zuletzt, dass durch diese gemeinsame Initiative die fachliche Zusammenarbeit zwischen Hausärztinnen und Hausärzten und Fachspezialisten zugunsten hilfsbedürftiger Mitmenschen gefördert wird.

Schweizerisches Rotes Kreuz

Kollegium für Hausarztmedizin

Daniel Biedermann  
Direktor

Dr. med. Marc Müller  
Präsident

## Einleitung

Hausärztinnen und Hausärzten kommt in der ganzheitlichen Gesundheitsversorgung von traumatisierten Flüchtlingen eine wichtige Rolle zu. Die fachliche Zusammenarbeit mit den medizinischen Grundversorgern und der damit verbundene Wissenstransfer sind für das Behandlungsteam des Ambulatoriums für Folter- und Kriegsoffer SRK (afk) deshalb bedeutsam. Die Absicht, eine Informationsschrift für die medizinischen Grundversorger zu verfassen, bestand schon lange und ein entsprechendes Projekt wurde Ende der neunziger Jahre vom afk entwickelt. Wegen dringlicheren Anliegen und Aufgaben sowie Personalwechseln verzögerte sich die Umsetzung für dieses Buchprojekt erheblich. Erst mit dem zehnjährigen Jubiläum des Ambulatoriums erhielt das Projekt wieder neuen Schwung. Nach der Realisierung eines Lehrvideos – «Tochter des Meeres» von Bruno Moll – wurden 2006 die Arbeiten an der Informationsschrift wieder aufgenommen. Das schon bestehende umfangreiche textliche Rohmaterial wurde vollständig überarbeitet und aktualisiert.

«Was lange währt, wird endlich gut!»: Die Broschüre ist gedruckt und kann dank Unterstützungsbeiträgen von verschiedenen Seiten an alle angeschlossenen Mitglieder des Kollegiums für Hausarztmedizin unentgeltlich abgegeben werden. Sie bietet den Fachleuten für die Behandlung und Betreuung von schwer traumatisierten Flüchtlingen nützliches Basiswissen sowie ausgewählte Hintergrundinformationen. Gemeinsam mit dem Lehrvideo wird sie zukünftig auch in der Weiterbildung eingesetzt.

Unser herzlicher Dank gilt

- allen ehemaligen und gegenwärtigen Mitarbeitenden des Ambulatoriums für Folter- und Kriegsopfer SRK, denn ohne ihre Erfahrung und fachlichen Beiträge wäre diese Schrift nie realisiert worden,
- Dr. theol. Hansjörg Vogel (Luzern) und Dr. med. Heinrich Kläui (Bern, afk), welche mithalfen, das Projekt zu entwickeln, und wesentliche Textbeiträge beisteuerten,
- Angelika Louis (afk) für die Finanzplanung und Projektkoordination,
- Rahel Stuker und Heinz Heer (Departement Gesundheit und Integration SRK) für das deutschsprachige Lektorat
- Den Mitarbeitenden von graphic-print SRK für die Gestaltung und Produktion,
- dem Bundesamt für Migration sowie allen früheren Donatoren für ihre finanzielle Unterstützung
- dem Kollegium für Hausarztmedizin (Bern) und der Zeitschrift Primary Care, welche die Ideen zu dieser Informationsschrift engagiert und in unkomplizierter Weise aufnahmen und so wesentlich zur erfolgreichen Realisierung beitrugen.

Schweizerisches Rotes Kreuz  
Departement Gesundheit und Integration

*Catherine Moser*  
Wissenschaftliche Mitarbeiterin

*Dr. med. Conrad Frey*  
Leiter Ambulatorium  
für Folter- und Kriegsopfer SRK

Bern, im Januar 2008

# 1

## Folter und andere Formen organisierter Gewalt

### 1. 1 Was ist Folter?

#### ■ ■ ■ 1.1.1 Folter

Das breite Verwendungsfeld des Begriffs Folter macht es nötig, klar zu definieren was unter Folter zu verstehen ist. Als Basis und Referenzpunkt dient die Definition der UNO-Konvention gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Bestrafung von 1984. Die Konvention trat im Juni 1987 in Kraft und wurde bis heute (Stand Dezember 2006) von 144 Staaten ratifiziert (zum aktuellen Stand siehe <http://www.ohchr.org/english/countries/ratification/9.htm>)

Gemäss dieser Definition müssen die folgenden Punkte erfüllt sein, damit der Tatbestand Folter gegeben ist beziehungsweise Folter von anderen Formen von Misshandlungen abgegrenzt werden kann (siehe unter <http://www.ohchr.org/english/law/cat.htm>, Art.1):

- ◆ Vorsätzlichkeit
- ◆ Zufügen schwerer physischer oder psychischer Schmerzen und Leiden
- ◆ Täterschaft: Angehörige des öffentlichen Dienstes oder in amtlicher Eigenschaft handelnd
- ◆ Zufügen der Schmerzen oder Leiden auf Veranlassung oder mit ausdrücklichem oder stillschweigendem Einverständnis der oben Genannten.

#### ■ ■ ■ 1.1.2 Andere Formen organisierter Gewalt

Neben den Grausamkeiten, auf die der Folterbegriff angewendet werden kann, gibt es eine Vielzahl anderer Formen von grausamer, unmenschlicher und erniedrigender Behandlung oder Strafe, die nach Völkerrecht verboten sind.

Das Spektrum der organisierten Gewalt umfasst direkte Repressionen wie:

- ◆ Terrorismus
- ◆ Bedrohungen
- ◆ Entführungen
- ◆ «Verschwinden lassen» von Personen
- ◆ Vergewaltigung
- ◆ Verstümmelung
- ◆ politische Morde.

Dazu kommen verschiedene Arten der indirekten Repression wie:

- ◆ verbreitete andauernde Beunruhigung
- ◆ Zwang zur Zusammenarbeit
- ◆ Entlassungen aus politischen Gründen
- ◆ Verhinderung des Zugangs zum Gesundheits- oder Bildungssystem aufgrund der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gruppe oder Minderheit.

### ■ ■ ■ 1.1.3 Menschenrechtsverletzungen im Krieg

In kriegerischen Auseinandersetzungen sind Verletzungen der Menschenrechte häufig. Die «klassischen» nationalstaatlichen Kriege sind gegenüber asymmetrischen Konflikten mit bürgerkriegsähnlichen Zuständen rückläufig. Dadurch verwischen sich die Trennlinien zwischen staatlicher und nichtstaatlicher organisierter Gewalt, was die strenge Anwendung der UNO- Definition von Folter erschwert. Bei der Verfolgung von politischen, religiösen und/oder ethnischen Minderheiten kommen immer wieder Folterpraktiken zur Anwendung. Auch andere im Krieg verübte Menschenrechtsverletzungen an Militär- und Zivilpersonen sind in ihrer Struktur und Methode mit Folter vergleichbar. Im Krieg wird körperliche und sexuelle Gewalt systematisch als Waffe eingesetzt, und die elementarsten Bedürfnisse (Nahrung, Hygiene, Kleider, Schlaf, Unterkunft) können kaum gedeckt werden. Unter Folter fallen auch extrem hohe psychische Belastungen, die im Krieg beispielsweise durch Bedrohung mit dem Tod, Zeuge sein von Gewalt an Anderen, Ungewissheit über den Verbleib von Angehörigen, Unberechenbarkeit der Situation und Klima von Repression ausgelöst werden.

Aufgrund des untrennbaren Verhältnisses zwischen Folter und Krieg sind auch die Folgen für die Überlebenden ähnlich. Hingegen kann es je nach Kontext im *Erleben* der Gewalt grosse Unterschiede geben, die für die Folgen wie auch für die Betreuung von Betroffenen relevant sind. Bei ehemaligen politischen Häftlingen sind Gefangenschaft und Folter oftmals der Preis des aktiven Engagements. Ein Teil dieses zielgerichteten Engagements oder zumindest die damit verbundene Überzeugung für die Sache bleiben den Gewaltopfern auch nach der Flucht und sind Bestandteil des Bewältigungsprozesses. Wer im Gegensatz dazu als Zivilperson Gewalt im Krieg erleidet, wird – mehr oder weniger – unvorbereitet getroffen und erlebt sich persönlich als unbeteiligt. Das Zufällige und Unerklärliche der Situation kann die Verarbeitung zusätzlich erschweren.

## 1.2 Verbreitung von Folter

Folter wurde bereits in der Antike angewandt und muss auch heute noch als allgemein menschliches und weltweit verbreitetes Phänomen betrachtet werden.

### ■ ■ ■ 1.2.1 Das Vorkommen von Folter

Weltweit sind verschiedene Nichtregierungs- und Menschenrechtsorganisationen in der Prävention von Folter tätig. Sie machen Menschenrechtsverletzungen öffentlich und üben so Druck auf die betreffenden Regierungen aus oder unterstützen die Überlebenden in rechtlicher sowie medizinischer Hinsicht. Sie publizieren jährlich Berichte mit einer Liste aller Länder, in denen Folter praktiziert wird, andere Formen staatlicher Gewalt ausgeübt werden und schwerwiegende Diskriminierungen vorkommen (siehe Links im Anhang).

Die Situationen, in deren Verlauf Folter angewandt wird, sind kontextabhängig und dementsprechend vielfältig. Folter ist dabei meist nur ein Element in einer Kette von Ereignissen. In Ländern mit einer systematischen Folterpraxis vermittelt in der Regel eine staatliche Propaganda ein geschlossenes Denk- und Glaubenssystem und zeigt die Notwendigkeit auf, das Land entschieden gegen Staatsfeinde zu verteidigen. Die Verortung dieser Feinde in politischen, religiösen oder ethnischen Gruppierungen ermöglicht der Bevölkerung, eigene Ängste und Bedrohungsgefühle auf negative Feindbilder zu projizieren.

Bei Verhaftungen ist besonders die legale Frist, bis Angehörigen und Rechtsbeiständen Zugang zu den Inhaftierten gewährt werden muss, eine kritische Zeit, in der es oftmals zu Folter kommt. Das gleiche trifft auf Gefangennahmen zu, bei denen es lange weder eine Anklage noch ein Gerichtsverfahren gibt. In der in (Bürger-) Kriegssituationen als systematische Waffe eingesetzten Folter wird die Gewalt nicht nur von den staatlichen Instanzen wie der Polizei oder dem Militär, sondern auch von parastaatlichen Gruppierungen ausgeübt. Diese fallen streng genommen nicht unter die UNO-Definition der Folter, die Folgen für das Individuum sind jedoch die gleichen.

### ■ ■ ■ 1.2.2 Folterer

In Konfliktgebieten geschehen Menschenrechtsverletzungen sowohl ungeplant (Gewaltexzesse) wie gesteuert. Normalerweise wird in repressiven Regimes das Folterpersonal in straff geführten militärischen oder paramilitärischen Einheiten (Sicherheitskräfte) aus ideologisch Gleichgeschalteten sorgfältig ausgewählt und hart geschult. Autoritätsgläubigkeit, Unreife, schwaches Selbstwertgefühl und Aggressionsbereitschaft sind wichtige Elemente der Persönlichkeit eines einzelnen Folterers. Folterknechte haben jedoch kein einheitliches Persönlichkeitsprofil und können nicht einfach als psychisch abnorme Sadisten bezeichnet werden. Es handelt sich nicht um unkontrollierbare Gewaltausbrüche, sondern um geplante und ein-

geübte Techniken. Die für die Foltertätigkeit notwendige Enthemmung wird durch eine bewusst eingesetzte Mischung von Motiven und Anreizen vermittelt: Auf der einen Seite stehen eigene Frustrationen und Demütigungen, auf der anderen Seite die Belohnung durch Privilegien sowie das Bewusstsein, zu einer Elite zu gehören. Die meisten Folterer haben das Gefühl, einfach ihre Pflicht zu tun, so dass der Einsatz von Folter eine gewisse Selbstverständlichkeit erhält.

Oft stellen Regimes die Folturvorkommnisse in ihrem Land als Folgen charakterlichen Versagens einiger Einzelner dar. Diese Haltung blendet den gesellschaftlichen Zusammenhang der Folter aus und leugnet die Hauptverantwortung der Machtträger. Die geschichtliche Aufarbeitung der Grausamkeiten des Nationalsozialismus beispielsweise hat die verschiedenen Formen der bewussten oder unbewussten Komplizenschaft mit den Tätern und deren Folgen über Generationen hinweg erneut ins Bewusstsein gerufen.

### ■ ■ ■ 1.2.3 Folter- und Kriegsoffer in den Aufnahmeländern

Neben der Folter im eng definierten Sinn dürfen alle andern Formen der organisierten Gewalt, der Erniedrigung und der andauernden Bedrohung in ihren Auswirkungen auf die Individuen nicht unterschätzt, bzw. vergessen werden. Insbesondere die Zivilbevölkerung in Kriegs- und Krisengebieten ist hohen traumatisierenden Belastungen ausgesetzt, da Kriegsgewalt heute nicht mehr primär eine gegen eine feindliche Armee eingesetzte, sondern auf die gesamte gegnerische Zivilbevölkerung ausgerichtete Gewalt bedeutet. Mit anderen Worten können Menschen, auf deren Misshandlungen der Folterbegriff nicht zutrifft, durch andere Gewaltformen trotzdem schwer traumatisiert sein.



Für ein Aufnahmeland wie die Schweiz bedeutet dies, dass fast alle Flüchtlinge aus den entsprechenden Herkunftsländern in irgendeiner Form als Opfer organisierter Gewalt zu betrachten sind. Statistiken aus den frühen Neunziger Jahren haben gezeigt, dass ungefähr 70 Prozent der Flüchtlinge in der Schweiz physische oder psychische Gewalt erlitten haben und rund ein Viertel systematische und multiple Foltererfahrungen über längere Zeit hinweg gemacht haben. Angaben dieser Art sind jedoch unter Vorbehalt zu berücksichtigen. Einerseits unterliegen sie Schwankungen je nach Migrationsbewegungen, andererseits ist unter Folteropfern aufgrund der Tabuisierung des Themas mit einer beträchtlichen Dunkelziffer zu rechnen.

### 1.3 Ziele von Folter

#### ■ ■ ■ 1.3.1 Angriff auf die grundlegenden Bindungen

Folter zielt darauf ab, eine Person in ihrer Ganzheit anzugreifen und zu zerstören. Erreicht wird dieses Ziel, indem die Mechanismen der Folter verschiedene, miteinander verbundene Erfahrensebenen und grundlegende Verankerungen des Menschen bedrohen (*attachment systems* nach Derrick Silove und Zachary Steel, 2001).

Folter bewirkt einen Angriff auf das Urvertrauen in sich und die Umwelt und damit auf die stabilisierende Basis eines Menschen. Die Existenz der Opfer soll zerstört werden, ohne dass der physische Tod eintritt. Die Persönlichkeit wird erschüttert, indem ihre weltanschaulichen, sozialen, normativen, ideellen, körperlichen und psychischen Verankerungen aufgelöst werden. Diese bedeutsamen Bindungen, welche weit über die materiellen Aspekte von Existenz hinaus reichen, sind demnach die eigentliche Zielscheibe von Folter.

Die folgenden grundlegenden Bindungen werden bewusst und vorsätzlich unter der Folter erschüttert:

- A. Sicherheitsgefühl: die Gewissheit, in einer rechtlichen Ordnung zu leben, in der die eigene physische Integrität geschützt wird.
- B. Gerechtigkeitsinn: ein ideelles Gefühl für Gerechtigkeit und die unantastbare Würde des Menschen.
- C. Zugehörigkeitsgefühl: die soziale Integration in ein Netzwerk, das Zugehörigkeiten schafft und durch soziale Beziehungen gefestigt ist.
- D. Selbstwertgefühl: die persönliche Verankerung durch soziale Rollen, die ein kohärentes Selbstbild und eine stabile Identität ermöglichen.
- E. Lebensinn: ein Norm- und Wertesystem im Zusammenhang mit existentiellen Fragen, das dem Leben Bedeutung und Sinnhaftigkeit verleiht. (siehe GrafikSeite 18)

#### ■ ■ ■ 1.3.2 Angriff auf das Kollektiv

Die Individuen sind bei der Folter letztlich nur Mittel zum Zweck. Das eigentliche Ziel der Folter ist viel weiter gefasst: Mit der Zerstörung einzelner Existenzen wird primär das für die Täterschaft bedeutsame Kollektiv angegriffen (z.B. eine politische Partei oder eine Gruppe unabhängiger Journalistinnen und Journalisten). Gefolterte Menschen umschreiben ihren Zustand häufig als «lebensdig tot» und illustrieren damit, dass sie zwar nicht in physischer, aber in sozialer Hinsicht tot sind. An diesem Punkt ist das Ziel der Folter erreicht, über die Individuen deren unmittelbares Umfeld einzuschüchtern und ein Klima der Angst in der Gesellschaft zu erzeugen. Die Abschreckung und Verunsicherung der ganzen Gesellschaft oder einzelner Gruppen wird akzentuiert durch ein subtiles Spiel zwischen Öffentlichmachung und Geheimhaltung. Beispielsweise werden Verhaftungen öffentlich inszeniert oder Folterbilder gezielt veröffentlicht, während die Folter selber im Geheimen stattfindet.



Folter ist ein Machtinstrument. Sie dient den Hintermännern und Tätern zu deren Machterhaltung oder -gewinnung und bezweckt bei den Opfern totalen Machtentzug, buchstäbliche Ohn-Macht. Das Moment der Macht und der damit verbundenen Unterdrückung ist charakteristisch für jeden Kontext, in dem Folter angewandt wird. Um diese Asymmetrie zu schaffen, wird eine Minderheit als Zielgruppe der Folter definiert und so ein Feindbild konstruiert. Gleichzeitig werden die staatlichen Instanzen als bedroht dargestellt und Folter durch staatliche Sachzwänge legitimiert. Macht demonstrieren und ausüben ist das übergeordnete Ziel, das mit Folter verfolgt wird. Die untergeordneten Ziele sind jeweils stark kontextabhängig, doch häufig spielt eines der folgenden Motive eine Rolle (Die sechs I nach Peter Suedfeld, 1990):

- ◆ **Information:** erzwungene Preisgabe von Informationen
- ◆ **Incrimination:** erzwungene Preisgabe eines Geständnisses
- ◆ **Indoctrination:** Beeinflussung
- ◆ **Intimidation:** Einschüchterung
- ◆ **Isolation**
- ◆ **Irrationality:** Verwirrung durch Irrationalität

### ■ ■ ■ 1.3.3 Mittel und Methoden

Die Ziele der Folter werden mit den verschiedensten Methoden erreicht. Diese reichen von brachialer Gewaltausübung bis hin zu subtilen Techniken der psychischen Beeinflussung. Um den Nachweis der Folter zu erschweren, besteht die Tendenz, Methoden, welche körperliche Spuren hinterlassen, zu vermeiden. Dagegen werden die unter (psychischem) Druck ausgeübten Befragungstechniken laufend weiter entwickelt. Verschiedentlich sind Ärzte und Psychologen direkt oder indirekt am Foltergeschehen beteiligt, sei es als technische Experten, als Folterer selbst oder indem sie notwendige Behandlungen unterlassen oder falsche Autopsieberichte erstellen. Mit der Beteiligung von Ärzten an Folterungen hat sich der Weltärztebund deshalb bereits 1975 auseinander gesetzt und in der so genannten Deklaration von Tokio eindeutig festgelegt: «Der Arzt soll die

Anwendung von Folter, Grausamkeiten oder anderen unmenschlichen oder die Menschenwürde verletzenden Handlungen weder dulden noch gutheißen oder sich gar an ihnen beteiligen.»

In oder mit Hilfe von psychiatrischen Institutionen wird mittels Missbrauch von Medikamenten Folter ausgeübt. Dabei kommen beispielsweise Verwirrung auslösende Halluzinogene, Sinnes abstumpfende Neuroleptika und Sedativa zum Einsatz oder Muskellähmungsgifte, die zu Erstickungsanfällen führen. Der missbräuchliche Einsatz von Psychopharmaka und anderen Medikamenten führt zu Kontrollverlust, verursacht psychische Störungen und Schmerzen und erzeugt (Todes-)Angst.

Die verschiedenen Methoden der Folter werden jeweils zielgerichtet miteinander kombiniert und verstärken sich gegenseitig in ihrer Wirkung. Spezifisch dabei ist, dass Folter immer die verletzlichsten Punkte des Opfers zu treffen sucht. Einige Folterpraktiken, unter anderem das schmerzhaft Aufhängen, sind schon aus der Antike bekannt. Andere sind durch ihre verbreitete Anwendung zum Standard der Folterpraxis geworden und haben feste Bezeichnungen erhalten, wie beispielsweise «Falakka», das Schlagen der Fußsohlen, welches zu bleibenden Gangstörungen führen kann. Schläge sind nach wie vor die am weitesten verbreitete Form von Folter und Misshandlungen und hinterlassen insbesondere im Bereich der Wirbelsäule und des Kopfes nachhaltige Schädigungen. Zu den biologischen Aggressionen gehören jegliche Störungen der biologischen Rhythmen und die Aufhebung der vitalen Funktionen durch Schlaf-, Nahrungs-, Flüssigkeitsentzug sowie das «trockene» (mittels Plastiksack) oder «nasse» Ersticken («Submarino»). Breite Verwendung sowohl bei weiblichen wie auch bei männlichen Folteropfern finden verschiedene Formen sexueller Gewalt. Gefoltert wird mittels an den Genitalien versetzten Stromstößen, durch Quetschen der Hoden, willkürliche Verletzung der Genitalien oder Vergewaltigung.

Bei allen Methoden treten die folgenden typischen Elemente auf (die vier D nach Peter Suedfeld, 1990, die hier um zwei weitere D ergänzt sind, C. Moser):

◆ **Debility (Schwächung von Körper und Seele)**

Physische und psychische Folter sind untrennbar miteinander verbunden. Jede körperliche Form von Folter enthält auch einen psychologischen Aspekt, da Schmerz erst durch den psychologischen Zusammenhang seine volle, zerstörerische Wirkung entfaltet. Die körperlichen und seelischen Verletzungen, die Schmerzen und Narben lassen die Folter noch lange nachwirken und erinnern selbst nach Jahren täglich an die erfahrene Gewalt.

◆ **Dependency (Abhängigkeit) und Demütigung**

Es ist ein charakteristisches Merkmal der Folter, dass die Opfer keine Wahl haben und unter unermesslichen Druck gesetzt werden. Sie können sich weder wehren noch der Folter entziehen «no fight no flight-Situation». Zu den Zwangstechniken gehört die Deklaration von strengen und willkürlichen Regeln, die bei jeder Reaktion des Opfers eine Bestrafung «legitimieren». Mit Nötigungen und Drohungen werden die Opfer zu erniedrigenden Handlungen gedrängt und gezwungen, sich gegen eigene Überzeugungen und Werte zu entscheiden. Die daraus folgende totale Ohnmacht des Opfers führt zu einer ebenso totalen Unterordnung und Abhängigkeit von der Täterschaft. Ein Teil der Demütigungsstrategie sind auch die schweren Scham- und Schuldgefühle und der Verlust der Selbstachtung, die beim Opfer unter der Folter – insbesondere durch Beschuldigungen und Verrat von anderen – ausgelöst werden. Die hohe Abhängigkeit wird zudem erzeugt, indem die Täter die Rolle der «Herren» über Leben und Tod übernehmen.

◆ **Dread (Angst und Furcht)**

Das Auslösen von intensiver Furcht und Angst ist ein zentrales Ziel der Folterpraktiken. Über unerträgliche Schmerzen und den Zustand extremer physischer Erschöpfung hinaus führt die Folter bis hin zur unmittelbaren Todeserwartung. Wiederholte Scheinhinrichtungen und Todesdrohungen werden als zermürbendes Mittel angewandt, um die (Todes-) Angst auch über den Moment der Folter hinaus aufrechtzuerhalten. Die Qual und Einschüchterung der Opfer wird intensiviert, wenn sie im Glauben sind, dass auch Angehörige bedroht sind, sie selber aber in Ungewissheit um deren Verbleib gelassen werden.

### ◆ Disorientation (Verwirrung)

In der Folteratmosphäre werden systematisch Bedingungen für eine konstante Unvorhersehbarkeit der Situation geschaffen. Die Verwirrtechniken nutzen die individuellen Schwächen aus und sollen zum Zusammenbruch des Individuums führen. Allein durch die gezielte Manipulation der Kommunikation kann Verwirrung ausgelöst werden, die Foltercharakter erhält. Die Täter machen Versprechen, die sie im nächsten Augenblick brechen, sie versorgen die Opfer mit Falschinformationen oder sie beginnen mit netten Äusserungen, um sie dann umzudrehen. In diesen so genannten *double binds*, in denen das Opfer zweiseitigen Situationen und gegensätzlichen Botschaften ausgesetzt ist, kann es sich nur falsch entscheiden. Die gleiche Verwirrung wird mittels «good man – bad man» – Methoden gestiftet, indem ein Täter sich als scheinbar Helfender ausgibt. In dem Moment den Widerstand gegen die Täter aufrecht zu halten, ist schwierig und in jedem Fall kann das Verhalten des Opfers zum Vorwand für erneute Folter genommen werden. Der Druck, der in der Kommunikation mit Folteropfern ausgeübt wird, erfolgt oftmals über die aus der Psychologie bekannten Elemente der Reiz-Antwort-Konditionierung, die das Opfer dazu bringen, gewünschte Reaktionen und Verhalten zu zeigen.

### ◆ Deprivation (Entzug)

Ein anderes typisches Element der Folter ist der Entzug. Zum einen wird systematisch die Befriedigung der (körperlichen) Primärbedürfnisse verweigert durch Nahrungs- und Wasserentzug, Schlafentzug respektive regelmässiges Wecken oder Verbot, die persönliche Hygiene zu verrichten. Zur Verweigerung der Befriedigung elementarer Bedürfnisse gehört auch die Verweigerung medizinischer Behandlung und Medikation. Als sozialer Entzug gelten gängige Praktiken wie Abkoppelung von Informationen von der Aussenwelt oder in noch strengerer Form die Isolationshaft. Diese soziale Deprivation überträgt sich auch in den persönlichen und Intimbereich, wenn Folteropfern (bei der Verhaftung) jegliche persönlichen Gegenstände abgenommen werden und sie in der Gruppe bezüglich Kleidung und Haare uniformiert werden. Der Entzug von Sinneseindrücken und Wahrnehmungen wird mit Mitteln wie Isolation, Dunkelhaft oder Überstimulation durch Licht und Lärm erreicht.

## 2.1 Die traumatische Belastung

Gewalt durch Folter und Krieg liegt weit ausserhalb jeglicher «Normalität» und Vorstellung und gehört damit zu jenen kritischen Lebensereignissen, die als Trauma bezeichnet werden:

### Definition von Trauma nach ICD-10

Trauma ist ein kurzes oder langanhaltendes Ereignis oder Geschehen von aussergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmass, welches nahezu bei jedem Menschen eine tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde.

Ein Trauma liegt vor, wenn die Ereignisse selber direkt erlebt werden, wenn sie als Zeuge beobachtet werden oder in indirekter Form (durch Erzählen) miterlebt werden. Für Traumatisierungen im Zusammenhang mit Folter und Krieg ist dies relevant, da einerseits der Zwang, Zeuge der Gewalt zu sein, häufig systematisch als Foltermethode eingesetzt wird. Andererseits können auch nicht vor Ort anwesende Angehörige von Folter- resp. Kriegsoffizieren hoch belastet und traumatisiert sein.

In der Definition von ICD-10 werden die verschiedenen Formen von Traumata nicht unterschieden. Dies ist insofern ein Nachteil, als Ursache, Dauer und subjektives Erleben von Belastungen entscheiden, ob ein Trauma vorliegt, und diese Merkmale beeinflussen auch die Bewältigung. In der Regel wird primär unterschieden zwischen zufällig respektive nicht absichtlich verursachten (Bsp. Unfall) und menschlich verursachten, absichtlichen verübten Traumata (Bsp. Kriminelle Gewalttat). Als zweites Kriterium drängt sich die Unterscheidung zwischen einmaligen (z.B. Naturkatastrophe) und anhaltenden und sich wiederholenden Ereignissen (z.B. Kindesmisshandlung) auf. Folter und Kriegserlebnisse sind im Bereich der menschlich und absichtlich verursachten und langfristigen, kumulativen traumatischen Ereignisse einzuordnen.

Die Belastung einer traumatischen Situation kann aufgrund zusätzlicher Komponenten bestimmt werden, die mit der Ausprägung der daraus folgenden Symptome in einem Dosis-Wirkung-Verhältnis stehen. Zum einen bemisst sich die *Stärke* der traumatischen Belastung anhand des *konkreten Kontextes* und der *subjektiven Bewertung*. Zum anderen erhöht sich die Belastung entsprechend der *Häufigkeit*, *Dauer* und dem *Verlauf* des Geschehens. Wiederholte Traumata führen im Vergleich mit einmaligen Ereignissen zu anhaltender Belastung und erhöhter Vulnerabilität. Des Weiteren sind Situationen in ihrer Auswirkung umso traumatischer, je weniger sie antizipiert und kontrolliert werden können. Auch bezüglich dieser zwei Komponenten sind Folter- und Kriegserfahrungen, da sie unerwartet eintreten und Hilflosigkeit und Ohnmacht auslösen, ausserordentlich belastend. Dazu kommen in der Folter weitere spezifische Situationsfaktoren, die in ihrer Kombination eine additiv belastende Wirkung haben. Dazu gehören etwa:

- ◆ bestehende Beziehung zwischen Opfer und Täter
- ◆ sexuelle Verletzung als besonders sensibler Angriffspunkt des Opfers
- ◆ Konfrontation mit Verletzungen/Tod von Nahestehenden
- ◆ isoliert und von der Umwelt unbemerkt stattfindende Folter

## 2.2 Die traumatische Reaktion

Die Reaktion auf ein Trauma ist primär als normale Reaktion auf ein anormales Geschehen einzustufen. Je nach Ausprägung und Anhalten der Symptome geht die normale Traumareaktion über in eine pathologische. Im Grundmuster der traumatischen Reaktion können verschiedene, sich gegenseitig beeinflussende Phasen ausgemacht werden. In ihrer Gesamtheit repräsentieren diese einen komplexen psychophysischen Abwehrvorgang und Selbstheilungsversuch der Psyche:

Exposition mit dem Trauma → Verleugnung und Vermeidung → Wiedererleben → Durcharbeiten → Relativer Abschluss der traumatischen Reaktion.

Die am häufigsten auftretenden Symptome bei Folter- und Kriegsopfern können dementsprechend in das Grundmuster der traumatischen Reaktion eingeordnet werden:

### ◆ Wiedererleben (Intrusion)

Das Trauma wird in belastender Weise immer wieder erlebt (Intrusion) in sich aufdrängenden, überflutenden Erinnerungen, im Handeln oder Fühlen, als ob das Ereignis wieder gegenwärtig wäre. Die Intrusion kann in Form von Nachhallen oder Flashbacks, in Alpträumen sowie in dissoziativen (gespaltenen) Bewusstseinszuständen auftreten.

### ◆ Vermeidung

Die Symptome der Vermeidung und Intrusion wechseln sich in einem zweiphasigen Grundmuster ab. Die Vermeidung dient zunächst als Schutz vor den überschwemmenden destruktiven Erinnerungen, trägt langfristig aber zu einem chronischen Verlauf bei. Zu den Kernsymptomen der Vermeidung gehören Rückzug, Interesselosigkeit, Erstarrung, emotionale Distanzierung, dissoziatives Ausblenden respektive Wegtreten.

### ◆ Erregung

Die gesteigerte vegetative und motorische Übererregtheit mit erhöhter Vigilanz, Schreckhaftigkeit, Panik und Schlaflosigkeit ist eine Folge des ständigen Wechsels zwischen den Extremzuständen der Intrusion und Vermeidung.

Zu einem relativen Abschluss mit den traumatischen Erfahrungen kann es im günstigen Fall kommen, wenn die im Arbeitsgedächtnis gespeicherten traumatischen Erinnerungen wiederholt und kontrolliert wieder erlebt werden, um schrittweise aus dem Arbeitsgedächtnis entfernt zu werden. In diesem Prozess kommt es zur Angleichung der traumatischen Erfahrung an das bisherige Selbst- und Weltverständnis. Im Gegensatz dazu wird in pathologisch fixierten und chronischen Verarbeitungsverläufen immer mehr psychische Energie verwendet, um die immer stärker und verzerrter werdenden Erinnerungen zu verhindern.

## 2.3 Symptomkomplexe

So gezielt verschiedene Foltermethoden kombiniert zur Anwendung kommen, so eng sind die daraus folgenden physischen, psychischen und sozialen Anteile der Leiden, Schmerz- und Spannungszustände und Blockaden miteinander verknüpft. Zwischen den verschiedenen Störungsbildern bestehen Interaktionen. Die Kumulation verschiedener Phänomene führt zur teufelskreisartigen Verstärkung ihrer Wirkung. Solche komplexen Wechselwirkungen bestehen zwischen den direkten Schmerzempfindungen durch die körperlichen Läsionen nach Folter – z.B. Beinschmerzen nach Falakka – und den mehr indirekten Schmerzen – z.B. chronische Rücken- oder Kopfschmerzen – hervorgerufen durch den posttraumatischen Stress respektive die sequentiellen Belastungen.

Da körperliches, seelisches und soziales Leiden sich in vielfältiger Weise durchdringen, ist es problematisch, die Folgen von Folter als eigenständige und voneinander abgegrenzte körperliche oder psychiatrische Krankheitsbilder darzustellen. Im Gegenteil sind psychisches und physisches Fühlen und Leiden umso mehr verknüpft, als Folter in umfassender Weise die Zerstörung des Menschen in seiner Integrität bezweckt. Wenn im Folgenden die Beschwerden auf verschiedenen Ebenen getrennt aufgeführt werden, geschieht dies aus Gründen einer äusseren Ordnung und besserer Erkennbarkeit.

### ■ ■ ■ 2.3.1 Primär somatische Symptome

Die folgenden, primär somatischen Symptome entsprechen Beschwerden, die in der ärztlichen Sprechstunde besonders häufig vorgetragen werden respektive beobachtet werden können:

- ◆ Rückenschmerzen (erhöhter Muskeltonus mit multiplen Kontrakturen/Myogelosen, Triggerpunkten und Insertionstendinosen)
- ◆ Frakturen (Extremitäten, Schädel, Schlüsselbein)
- ◆ Nervenläsionen (Plexus, periphere Nerven)

- ◆ Chronische, belastungsabhängige Schmerzen der Füsse, Beine sowie des Rückens nach Falakka
- ◆ Venenthrombosen (nach Venenläsionen durch Schläge, Dehydratation sowie Immobilität in der Haft)
- ◆ Chronisches Kompartmentsyndrom (nach schwerer Muskeltraumatisierung)
- ◆ Kopfschmerzen (Spannungskopfschmerzen, Zustände nach Schädelfraktur, Hirnerschütterung oder Hirnkontusion), Trommelfellperforationen, Tinnitus
- ◆ Narben (von Schnitten, stumpfer Gewalt, Rissquetschwunden, Stichverletzungen, Verbrühungen, Verbrennungen durch Zigaretten sowie Elektrofolter)
- ◆ Gastrointestinale Beschwerden (Magengeschwüre bei Mangelernährung oder Hungerstreik, chronische Magenbeschwerden, Reizdarm, anale Schmerzen sowie chronische Schmerzzustände des Beckenbodens)
- ◆ Bei Frauen nach sexueller Folter: unerwünschte Schwangerschaften, chronische Entzündungen, Zyklusunregelmässigkeiten und chronische Schmerzzustände des Beckenbodens
- ◆ Bei Männern nach sexueller Folter: chronische Infekte (Epididymitiden, Prostatitiden) und chronische Schmerzzustände
- ◆ Unterernährung und Essstörung (als Fortsetzung eines Hungerstreiks oder als Verkörperlichung des Gefangenendaseins)
- ◆ Selten: Infekte (Tuberkulose, HIV)
- ◆ Zahnschäden und fehlende Zähne (durch Gewalteinwirkung oder Mangel-/Fehlernährung)

### ■ ■ ■ 2.3.2 Chronische Schmerzsyndrome

Die medizinischen Grundversorger sind – vor allem in der ersten Phase der Betreuung – vorrangig mit den körperlichen Beschwerden von Gewaltopfern konfrontiert. Das Beschwerdebild nach Extremtraumatisierungen ist aber äusserst vielschichtig und verlangt eine dementsprechend breit abgestützte Behandlung und Betreuung. Die langfristigen Störungen mit ihren multiplen Ursachen vereinen sich bei folter- und kriegstraumatisierten Menschen häufig in chronischen Schmerzsyndromen. Diese lassen sich aus verschiedenen Strängen herleiten: aus chronifizierten Schmerzen von Verletzungen, Mangel- und Unterernährung und aus diversen Belastungen in der Migration und im Aufnahmeland. Neben funktionellen körperlichen

Störungen und organisch erklärbaren Schmerzen treten chronische Schmerzzustände ohne entsprechendes anatomisch-physiologisches Korrelat auf. Bei solchen lang anhaltenden Zuständen mit multiplen, wiederholt auftretenden, häufig wechselnden Symptomen, für die keine ausreichende somatische Erklärung gefunden werden kann, wird mitunter eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F 45.0) oder eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F 45.4) diagnostiziert. Durch die Art der Symptome bringen chronische Schmerzsyndrome eine Beeinträchtigung der familiären, sozialen und beruflichen Funktionen mit sich. Aufgrund der oft wenig erfolgreichen Therapien bestehen Tendenzen zu Überarztung («medical shopping»), Medikamentenmissbrauch sowie Invalidisierung.

#### Leitlinien zur Vermeidung einer Invalidisierung bei chronischen Schmerzsyndromen (nach Ebner, 2000)

- ◆ Eine rasche psychiatrische Exploration beim Auftreten der ersten Rehabilitations-schwierigkeiten, die durch die somatischen Befunde nicht erklärt werden können. Eine ausführliche Exploration der traumatischen Situationen sowie deren Verarbeitung sind notwendig.
- ◆ Mindestens ein ausführliches Abklärungsgespräch in der Muttersprache des Patienten durch eine professionelle interkulturelle Vermittlung.
- ◆ Qualifiziertes Erheben der Befunde (auch der negativen).
- ◆ Ausführliche Dokumentation von Anamnese und Befund. Die Beurteilung sollte sich in nachvollziehbarer Weise auf die Vorgeschichte und die Befunde beziehen.
- ◆ Vermeiden von abwertenden und diskriminierenden Begriffen oder solche, die ungenau definiert sind (z.B. Rentenneurose, Aggravation etc.)
- ◆ Diagnosestellung nach den Leitkriterien von ICD-10 (oder DSM-IV sowie ICDH). Vermeiden von spekulativen oder nichts sagenden Diagnosen, welche durch die Befunde nicht begründet werden können.

- ◆ Möglichst rasche Motivation der Patientinnen und Patienten zur Therapie nach der Diagnosestellung.
- ◆ Wenn möglich erfolgt die Therapie in der Muttersprache.

#### ■ ■ ■ 2.3.3 Psychiatrische Beschwerdebilder

Ausgehend vom zeitlichen Auftreten der Symptome sowie vom Verlauf werden die allgemeinen psychotraumatischen Belastungssyndrome als akut, subakut, chronisch oder verzögert bezeichnet. Die folgenden Syndrome (nach ICD-10) sind im gegebenen Zusammenhang relevant, da Folter- und Kriegsoffer diese Beschwerdebilder teilweise, vollständig oder mit Überschneidungen beziehungsweise mit hohen Komorbiditäten aufweisen, und da sie bei dieser Patientengruppe am häufigsten diagnostiziert werden.

◆ Akute Belastungsreaktion	F 43.0
◆ Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)	F 43.1
◆ Verzögerte posttraumatische Belastungsstörung	F 43.1
◆ Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extremlastung	F 62.0
◆ Anpassungsstörungen wie z.B. abnorme Trauerreaktionen	F 43.2
◆ Affektive Störungen und Depressionen	F 3
◆ Angststörungen	F 40, F 41
◆ Suchtmittel- und Medikamentenabhängigkeit	F 1

Bei traumatisierten Migrantinnen und Migranten wird häufig eine posttraumatische Belastungsstörung PTBS diagnostiziert. Die Diagnose PTBS kann gestellt werden, wenn als Stressor ein relevantes Trauma gemäss Definition ICD-10 vorliegt. Zudem folgen die Kriterien für die PTBS im Wesentlichen dem Grundmuster der traumatischen Reaktion mit der entsprechenden Symptomkonstellation (Wiedererleben – Vermeidung – Erregung).

Die posttraumatische Belastungsstörung hat eine hohe Komorbidität vor allem mit Angststörungen und Depressionen, wobei die differentialdiagnostische Abgrenzung schwierig ist. Gleichzeitig ist

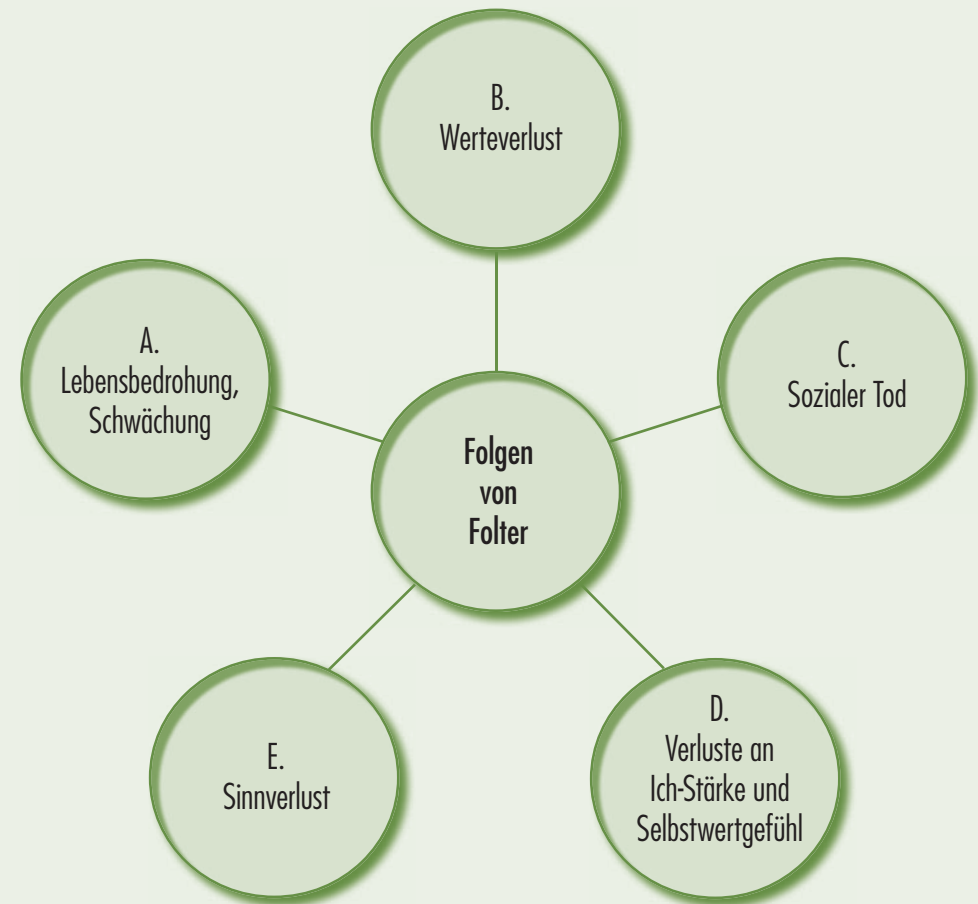
die Gefahr einer sekundären Suchtmittel- und Medikamentenabhängigkeit bei PTBS relativ hoch. Als weitere häufige Begleitsymptome treten somatoforme Schmerzstörungen, eingeschränkte Impulskontrolle, Betäubtsein, emotionale Stumpfheit, gestörte Affektregulation (Angst, Irritation), Aggressionen, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Scham- und Schuldgefühle und eine beeinträchtigte Beziehungsfähigkeit auf.

Bei Opfern von organisierter Gewalt kommt es vor, dass Symptome wie Misstrauen, Angst, Erregung oder flüchtige dissoziative Zustände als psychotisch fehlinterpretiert werden. Im Gegensatz zu schizophrenem Erleben lassen sich die dissoziierten Erinnerungsbilder jedoch mit der traumatischen Erfahrung erklären, und die fast überwertige Misstrauenshaltung ist durch die konkrete Situation einfühlbar.

#### 2.4 Nachhaltige Erschütterung der grundlegenden Bindungen

Für das Verständnis und die Beurteilung (diagnostisch und therapeutisch) von Kriegs- und Foltertraumatisierten ist es zentral, der sozialen und gesellschaftspolitischen Dimension Rechnung zu tragen und die langfristige Perspektive und die chronischen Verläufe der Folterfolgen mit zu berücksichtigen. Das weit verbreitete Konzept der PTBS gibt in dieser Hinsicht die Lebens- und Leidensrealitäten von Folter- und Kriegsüberlebenden nur unzureichend wieder. Diese Defizite führten zur Entwicklung von umfassenderen Konzepten wie andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (F62.0 nach ICD-10), Disorders of Extreme Stress (Bessel van der Kolk, 1996) oder komplexe Posttraumatische Belastungsstörung, kPTBS (Judith Herman, 1993).

Eine andere Möglichkeit, die komplexen Auswirkungen von extremen Traumatisierungen aus einer ganzheitlichen Perspektive zu erfassen, bietet das Schema der grundlegenden Bindungen (attachment systems). Damit kann aufgezeigt werden, welche Folgen Folter auf die einzelnen attachment systems hat: (siehe Grafik rechts)





A. In der Folter und im Krieg werden die Opfer gezielt und wiederholt lebensbedrohlichen Situationen ausgesetzt. Elemente der Folter wie Schwächung und Angst einflößen führen zum Verlust des Gefühls von Sicherheit und Schutz. Es entstehen gravierende körperliche und seelische Verletzungen. Als typische Symptome zeigen sich Angststörungen. Langfristig besteht eine hohe Vulnerabilität durch externe Einflüsse und Ereignisse, die das zerrüttete Sicherheitsgefühl weiter untergraben. Neben den erwähnten körperlichen und psychischen Beschwerden wird das Lebensgefühl schwerwiegend beeinträchtigt. Es ist geprägt von Entwürdigung, Scham- und Schuldgefühlen, fehlenden Zukunftsperspektiven und tiefem Misstrauen.

B. Ungerechtigkeit und Willkür, hervorgerufen durch Menschenrechtsverletzungen, hinterlassen eine veränderte und verwirrte Wahrnehmung der ideellen Werte und Normen. Innere Grundsätze, die die Welt ordnen und klare Bestimmungen von gut/böse, wertvoll/wertlos etc. ermöglichen, werden aufgelöst. Die Erfahrung von Demütigungen und Entwürdigungen bewirkt Wut und Wahnvorstellungen. Traumatisierte haben eine nachhaltige, stark ausgeprägte Sensibilität für mögliche Ungerechtigkeiten, die sie als Fortsetzung der Ereignisse im Krieg respektive in der Folter wahrnehmen – auch wenn sie in ganz anderen Zusammenhängen und in sehr subtiler Form auftreten.

C. Durch Einschüchterungen, falsche Beschuldigungen oder aufgezwungene Abhängigkeiten wird das (Ur-)Vertrauen in sich und die Umwelt zerstört. Gefolterte empfinden eine Entfremdung der eigenen Person und der näheren Umgebung gegenüber und aufgrund der fehlenden sozialen Verortung auch gegenüber dem gesamten Gefüge der sozialen Welt. Der soziale Tod löst unermessliches Leid aus und führt oft zu Rückzug und vollständiger Isolation. Die erlittenen sozialen Verluste und Brüche führen zu Beziehungsproblemen. Dazu gehören auch gestörte Intimbeziehungen sowie problematische Kognitionen und Emotionen die

Täterschaft betreffend. Das anhaltende Misstrauen schränkt die Beziehungsfähigkeit und die allgemeine soziale Interaktion auf ein absolutes Minimum ein.

D. Der Angriff auf die Person in ihrer gesamten Existenz in der Folter bewirkt einen schweren Verlust an Ich-Stärke und Selbstwertgefühl. Mit den Methoden des Entzugs, der Einschüchterung und des Angst Einflössens wird der Identitätsverlust gezielt beabsichtigt. Dabei werden die kognitiven und emotionalen Schemata, die inneren «Landkarten», ebenso verändert wie die Steuerung des eigenen Verhaltens. Die daraus folgenden Gefühle von Depersonalisation und Derealisation äussern sich unter anderem in Gefühlsverminderung respektive Störung der Affektregulation, emotionaler Stumpfheit, Betäubt Sein, Genussunfähigkeit, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen sowie Bewusstseinsveränderungen wie Amnesien oder dissoziative Episoden. Die Identitätsverwirrung wird durch die längerfristigen Umstände nach der Haft respektive in der Nachkriegszeit oftmals sogar verstärkt, da der Status- und Rollenverlust nicht kompensiert werden können. Bei Flüchtlingen akzentuiert sich dies aufgrund von ungünstigen Integrationsbedingungen im Aufnahmeland. Das Selbstbild ist geprägt von einer gestörten Selbstwahrnehmung und führt zu Scham- und Schuldgefühlen, Interessen-, Initiativ- und Teilnahmslosigkeit.

E. Die Erschütterung des Urvertrauens und die Vernichtung existentieller Überzeugungen und Werte führen zum Verlust von Glaubensinhalten und sinnstiftenden Elementen. Das Erleben von Irrationalität, Willkür und Verwirrung lassen jeglichen Glauben und Lebenssinn nichtig und trügerisch erscheinen. Die frühere Bedeutung und Sinnhaftigkeit im Leben werden abgelöst von Gefühlen der Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung und Perspektivenlosigkeit. Zumindest das eigene Leben erscheint wertlos. In dieser Situation wird die verbleibende Kraft oftmals auf die eigenen Kinder konzentriert, da ein Engagement für die Verbesserung des eigenen Lebens nicht sinnvoll und damit nicht möglich erscheint.

## 2.5 Sequentielle Traumatisierungen

Die nachhaltigen Belastungen durch Folter und Krieg sind weit über die Folter und die Kriegszeit hinaus, manchmal lebenslang und über Generationen hinweg, wirksam. Der Verlauf der Symptomausprägung und der Bewältigung wird nicht nur durch die traumatischen Erfahrungen in der Folter und im Krieg geprägt, sondern primär von den späteren Lebensumständen, die die Folter- und Kriegsoffer nach Kriegsende respektive nach der Freilassung oder Flucht antreffen. Diesem Umstand wird mit dem Konzept der sequentiellen Traumatisierung (Keilson, 1979) Rechnung getragen. Das am Beispiel des Holocaust entwickelte Konzept geht davon aus, dass ein traumatisches Geschehen immer drei traumatische Sequenzen umfasst:

- ◆ Die erste *Sequenz* der Traumatisierung ist die Verfolgung, während der die sicheren Lebensstrukturen schrittweise aufgelöst werden.
- ◆ In der *zweiten Phase* finden die akuten traumatischen und lebensbedrohlichen Ereignisse statt wie beispielsweise die Inhaftierung, Folterung, die Trennung von den Angehörigen und die Flucht.
- ◆ Die *dritte Sequenz* setzt mit dem Ende der unmittelbaren Lebensbedrohungen ein und umfasst den Prozess der Wiedereingliederung. Diese Phase hat in Bezug auf das Auftreten von Symptomen und auf den Bewältigungsverlauf den höchsten Stellenwert.

Die massiven und kumulativen Belastungssituationen der drei traumatischen Sequenzen beeinflussen einander und die Betroffenen erleben ihre Erfahrungen als einheitliches Geschehen. Traumatisierungen dieser Art können dementsprechend nur in ihrer Gesamtheit – unter Berücksichtigung aller drei Phasen – beurteilt werden.

Übertragen auf die Situation der heutigen Gewaltflüchtlinge ermöglicht das Konzept der sequentiellen Traumatisierung eine umfassende Perspektive auf deren Leidensdruck. Der Fokus richtet sich auf den zentralen Stellenwert der Lebensbedingungen im Aufnahmeland und macht chronische Verläufe von traumatischen Beschwerdebil-

dern erklärbar. Unter ungünstigen Bedingungen können sich im Herkunftsland erlebte Kriegs- und Foltertraumata fortsetzen oder zusätzlich verstärken. Nachfolgend werden einige Aspekte beschrieben, die sich im Migrationskontext sequentiell traumatisierend auswirken können.

## 2.6 Fokus Migrationskontext

Migration ist kein krankmachender Faktor, indes können die Umstände, die zur Migration führen und die Umstände während der Migration und insbesondere nach der Niederlassung belastend und gesundheitsschädigend sein.

Bei Folter- und Kriegsoffern muss von einer erzwungenen und daher oft überstürzten Flucht ausgegangen werden, die nicht selten unter prekären Bedingungen und verbunden mit vielen Entbehrungen stattfindet. Häufig wird vernachlässigt, dass viele Flüchtlinge vor ihrer Ankunft in der Schweiz über längere Zeiträume hinweg, manchmal jahrelang, und in mehreren Etappen mit Zwischenstationen auf der Flucht waren. In dieser Zeit werden häufig weitere (re-)traumatisierende Erfahrungen gemacht, beispielsweise wenn ein Aufenthalt in einem Flüchtlings- oder Auffanglager hinzukommt oder wenn jemand untergetaucht in der Illegalität lebt.

Nach der Niederlassung sehen sich Flüchtlinge im Aufnahmekontext mit vielfältigen Problemen, Einschränkungen und Barrieren konfrontiert, die sich als Belastung auswirken und kumulativ wirken können. Einige der wichtigsten seien an dieser Stelle kurz erwähnt:

- ◆ Die lange Dauer und das komplexe **Prozedere des Asylverfahrens** lassen Unsicherheiten aufkommen.
- ◆ Solange ein **ungesicherter Aufenthaltsstatus** besteht, befinden sich die Betroffenen in einer permanenten Stresssituation.
- ◆ Die **Integration in den Arbeitsmarkt** ist schwierig, da erworbene Qualifikationen nicht oder nicht adäquat anerkannt werden.
- ◆ Die **Arbeitsbedingungen** an den zur Verfügung stehenden Stellen sind zumeist ungünstig.
- ◆ Der schlechte gesundheitliche Zustand zieht wiederholte oder andauernde **Arbeitsunfähigkeit** nach sich.
- ◆ Die defizitäre Ausgangssituation mündet oft in **(Langzeit-)Arbeitslosigkeit und Fürsorgeabhängigkeit**.
- ◆ Die Folge davon sind (zusätzliche) **soziale Degradierung, Status- und Autonomieverlust und Orientierungslosigkeit** (u.a. durch fehlende Tagesstruktur).
- ◆ Auf struktureller und gesellschaftspolitischer Ebene haben Flüchtlinge zumindest in der ersten Zeit im Aufnahmeland einen **eingeschränkten Zugang zu Dienstleistungen und Ressourcen** wie Sprache, Bildungsmöglichkeiten oder politische Bürgerrechte.
- ◆ Andere **Marginalisierungen**, latente oder offene Fremdenfeindlichkeit und erfahrene bzw. empfundene Willkür kumulieren diese Benachteiligungen.
- ◆ Die Marginalisierung wird oftmals durch die **Wohnsituation** räumlich und sozial gefestigt.
- ◆ Gewichtige **materielle Verluste** entziehen den Flüchtlingen fast gänzlich ihre existentiellen Grundlagen.
- ◆ Durch den Tod von Angehörigen und durch (migrationsbedingte) Trennungen von Familienverbänden entstehen unwiederbringliche **soziale Verluste**.
- ◆ Die Ungewissheit über den Verbleib von Angehörigen (**uneindeutige Verluste**) ist eine besonders tief greifende Belastung, die oftmals den gesamten Lebensentwurf paralyisiert.
- ◆ **Familiäre Probleme** entstehen unter anderem auch durch verunmöglichten oder erst nach Jahren möglichen Familiennachzug, Beziehungsprobleme zwischen Partnern, Entfremdung und Konflikte mit den Kindern.
- ◆ Die **Brüche im familiären, verwandtschaftlichen und weiteren sozialen Netzwerk** sind im Migrationskontext bei mangelhafter Integration kaum zu kompensieren.

- ◆ **Mangelhafte Sprachkenntnisse** und Schwierigkeiten im Fremdspracherwerb akzentuieren die Desintegration im Aufnahmeland.
- ◆ Die aus diesen kumulierten Defiziten resultierende **soziale Desintegration** ist nur schwer wieder aufzufangen.

Die sequentiell traumatisierenden Faktoren sind häufig interdependent und entfalten eine sich gegenseitig verstärkende Wirkung. Erschwerend kommt hinzu, dass die Flüchtlinge den Belastungen im Migrationskontext, vor dem Hintergrund der traumatischen Erfahrungen in der Vergangenheit, mit einer extrem hohen Vulnerabilität entgegentreten.

Folter bezweckt die Zerstörung des Menschen und seiner Integrität auf verschiedenen Ebenen (s. Kap. 1). Auch die körperlichen, seelischen und sozialen Leiden als Folge von Folter durchdringen sich in vielfältiger Weise (s. Kap. 2). Diese den Extremtraumatisierungen immanente Komplexität muss sich auch in den Behandlungs- und Betreuungsmassnahmen spiegeln, damit diese greifen und nachhaltig wirksam sein können.

### 3.1 Eckpfeiler der therapeutischen Betreuung

Neben der gezielten Anwendung von therapeutischen, auf die individuellen Bedürfnisse der Traumatisierten abgestimmten Behandlungsmethoden, sind in der therapeutischen Begleitung die Grundhaltungen, inneren Überzeugungen und Erfahrungen der Helfenden wichtig. Einen wesentlichen Einfluss auf die Möglichkeiten und die Bereitschaft der Traumatisierten sich therapeutisch begleiten zu lassen, hat zudem der institutionelle Rahmen, in welchem die Betreuung angesiedelt ist. Im Folgenden werden drei Ansätze skizziert, die in der therapeutischen Betreuung stützend sind: das Einnehmen einer salutogenetischen Perspektive, ressourcenorientiertes Arbeiten und das Integrieren der therapeutischen Betreuung in den Kontext eines erweiterten (Helfer-)Systems.

#### ■ ■ ■ 3.1.1 Salutogenese und Kohärenzgefühl

In der Salutogenese wird der Fokus auf die gesundheitlichen Ressourcen gelegt, die den Individuen helfen, Gesundheit zu entwickeln, zu erhalten und mit Belastungen erfolgreich umzugehen. Die Voraussetzung für Gesundheit ist der sogenannte Kohärenzsinn (Aaron Antonovsky, 1987). Der Kohärenzsinn ist ein Grundgefühl, das sich aus den persönlichen Lebenserfahrungen und dem kollektiven Wissen,

den Werten und Normen einer Gesellschaft entwickelt. Es beschreibt eine andauernde, aber dynamische Grundorientierung, die geprägt ist von Vertrauen in sich selbst und die Umwelt. Das Kohärenzgefühl ist die Fähigkeit, kritische Situationen zu bewältigen, wobei ein stark ausgeprägter Kohärenzsinn eine bessere Bewältigung ermöglicht.

#### Der Kohärenzsinn setzt sich aus drei Komponenten zusammen:

- ◆ Verstehbarkeit: Die Ereignisse im Leben folgen einer inneren und äusseren Struktur, sind vorhersehbar, können eingeordnet und erklärt werden.
- ◆ Handhabbarkeit: Es sind ausreichend Ressourcen vorhanden, um die Anforderungen im Leben aus eigener Kraft zu meistern (Kompetenzerfahrung).
- ◆ Bedeutsamkeit: Die Ereignisse im Leben haben einen Sinn (Sinnerfahrung).

Unter der Folter respektive im Krieg wird der Kohärenzsinn stark angegriffen, denn die Ereignisse laufen dem Grundgefühl diametral entgegen: Sie sind nicht zu verstehen, da sie keiner bekannten oder vorhersehbaren Logik folgen. Der Spielraum des zielgerichteten Handelns wird bewusst genommen und vorhandene Kompetenzen können nicht angewendet werden. Die Willkür, Irrationalität und Unvermitteltheit der Ereignisse machen sie sinnlos.

Die Bewältigung der Traumatisierungen verläuft demnach parallel mit dem Bemühen, den Kohärenzsinn wieder herzustellen respektive zu erhöhen. Das zugrunde liegende Ziel von therapeutischen Interventionen – das Bewältigen der Traumatisierungen – beinhaltet primär die Förderung der einzelnen Komponenten des Kohärenzsinns:

- ◆ Das Erlebte verstehen und in die eigene Biografie integrieren
- ◆ Bedeutung und Sinn im Leben wieder herstellen
- ◆ Die eigene Handlungsfähigkeit zurückgewinnen.

### ■ ■ ■ 3.1.2 Fördern von Ressourcen

Eine therapeutische Betreuung (auch im medizinisch-klinischen Rahmen) kann den hochkomplexen Auswirkungen von Folter und Krieg nur gerecht werden, wenn sie über die Beschäftigung mit den

physischen und psychischen Beschwerden hinausgeht. Im Sinne einer salutogenetischen Sichtweise bedarf es der Analyse und des Einbezugs der vorhandenen Ressourcen.

Damit wird der Wert einer differenzierten medizinischen Exploration und Diagnostik für die Indikation und Planung einer gezielten Behandlung nicht geschmälert. Mittels Diagnosen wird dem Leiden der Extremtraumatisierten ein medizinischer Name gegeben. Sie dienen im Asylverfahren oder dem vertrauensärztlichen Dienst von Krankenkassen und Versicherungen als Referenzsystem und stehen in engem Zusammenhang mit der gesellschaftlichen Anerkennung der Betroffenen und ihrer Leiden sowie deren finanzieller Kompensation. Die vielfältigen Auswirkungen von Folter und Krieg und die komplexen Beschwerden der Traumatisierten werden durch eine Kategorisierung zwar verallgemeinerbar und damit fassbarer, gleichzeitig aber einseitig anhand medizinischer Gesichtspunkte beurteilt. Diese Medikalisierung ist insofern problematisch, als die traumatische Reaktion wie erwähnt als ein grundsätzlich normaler seelischer Schutzmechanismus und somit als eine sinnvolle Reaktion auf eine Extremsituation zu verstehen ist. Viele gefolterte Menschen empfinden die Psychiatrisierung ihres Leidens als zusätzliche Demütigung. Während die Täter oftmals unbehelligt und «normal» bleiben, werden die Opfer als psychisch krank abgestempelt. Zudem ist die Angst, nicht «normal» zu sein, bei Traumatisierten verbreitet und reiht sich ein in die oftmals schwierige und ambivalente Beziehung zum eigenen Ich. Die Betroffenen erkennen sich in den Auswirkungen der Folter- und/oder Kriegserlebnisse häufig selber nicht wieder.

Eine Erweiterung der pathologischen Perspektive zugunsten der salutogenen Aspekte beinhaltet auch die Berücksichtigung der schützenden Faktoren, der Resilienz, der Widerstandskraft sowie der Wirksamkeit von Interventionen in anderen Bereichen als dem medizinisch-therapeutischen. Der Perspektivenwechsel bedeutet, anzuknüpfen an den stärkenden Erfahrungen aus der Zeit vor, während und nach dem Krieg respektive der Inhaftierung, und Medikalisierungen so weit wie möglich zu vermeiden. Folter- und Kriegsoffer verfügen über vielfältige Ressourcen – das Überleben der traumati-

schen Erlebnisse gehört beispielsweise zu den wichtigsten – , doch verhindern nicht selten äussere Faktoren und Lebensbedingungen die Nutzung der Ressourcen. Gerade bei Flüchtlingen in Aufnahme-ländern erschwert der eingeschränkte Zugang zu wichtigen Dienstleistungen, Gütern und Ressourcen die Ausschöpfung der eigenen Potenziale.

### ■ ■ ■ 3.1.3 Transdisziplinäre und -professionelle Zusammenarbeit

Die grenzenlose Grausamkeit der organisierten Gewalt und die schwerwiegenden, nachhaltigen Beeinträchtigungen der Opfer lösen Hilflosigkeit aus. Auf Seiten der Überlebenden äussert sich diese oftmals in Hoffnungs- und Perspektivenlosigkeit und in der Wahrnehmung, sich in einer negativen Spirale zu befinden. Auf Seiten der Helfenden macht sich Hilflosigkeit breit, wenn offensichtlich wird, wie sich häufig fast ausschliesslich negative Befunde aneinanderreihen, und wie eng der eigene professionelle Wirkungskreis demgegenüber ist. Um aus dieser Dynamik schrittweise heraustreten zu können, braucht es eine Herangehensweise von verschiedenen Seiten und eine transdisziplinäre Zusammenarbeit über mehrere Stufen hinweg.

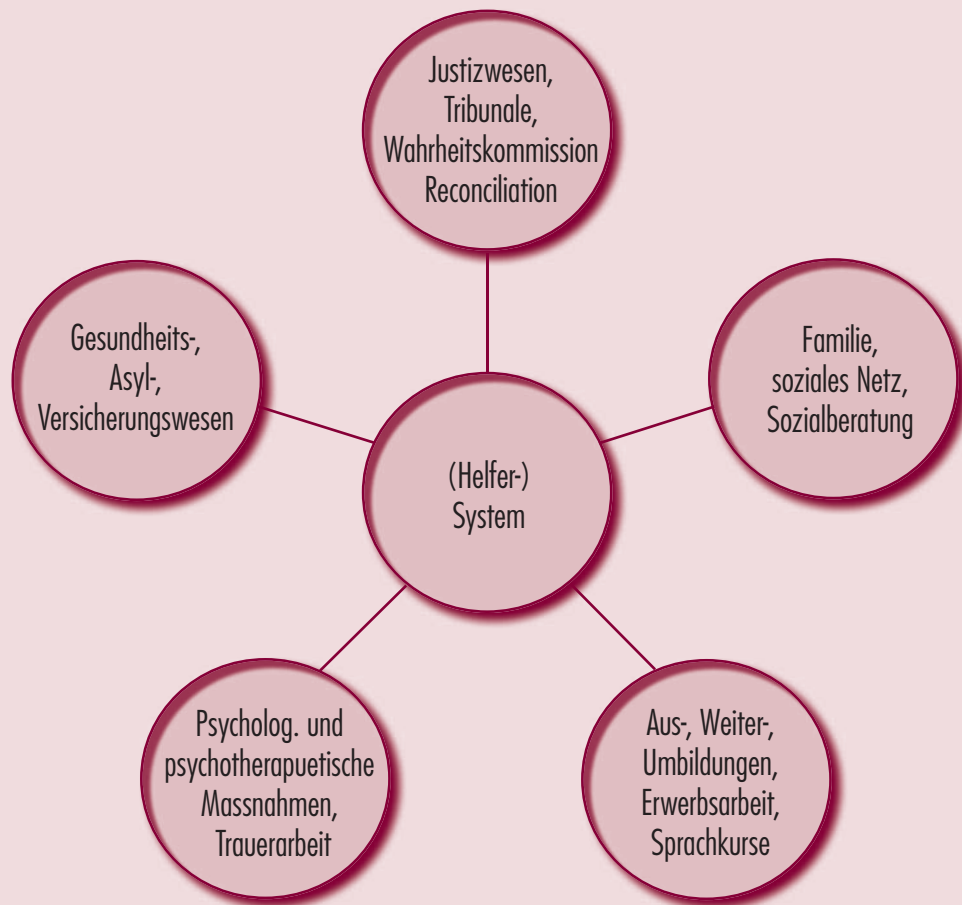
Tendenziell wird die Be- und Verarbeitung der traumatischen Auswirkungen an eine Instanz, an die Medizin, delegiert. Innerhalb der medizinischen Interventionen bedarf es je nach individuellen Bedürfnissen der Inanspruchnahme von:

- ◆ Grundversorgung
- ◆ Psychotherapie
- ◆ Psychologische, sozialpsychologische Beratung
- ◆ Psychosomatische Behandlungen
- ◆ Physiotherapie
- ◆ Bewegungs- und Körpertherapie
- ◆ Notfall- respektive Kriseninterventionsstellen
- ◆ Ambulatorien oder Therapiezentren, die auf die Betreuung und Therapie von Traumatisierten spezialisiert sind.

Nicht-sprachliche Zugänge über den Körper bieten eine gute Kontaktmöglichkeit neben Ansätzen, in denen das Gespräch das Hauptinstrument ist. Wer Folter und Misshandlung erlebt hat, fühlt sich nicht mehr heimisch in seinem Körper. Der Leib ist der Ort der Wahrnehmung, des Ausdrucks, der Erinnerung und der Reflexion. In der Körper- und Bewegungstherapie wird diese Tatsache genutzt, um auf Körper, Seele, Geist und soziales Umfeld heilend einzuwirken. Während durch die Physiotherapie primär eine funktionale Rehabilitation organischer Folgeschäden angestrebt wird, unterstützt die Körper- und Bewegungstherapie auch die psychische und soziale Rehabilitation.

Bleibt der Aktionsradius jedoch auf medizinische Interventionen beschränkt, wird damit die Beteiligung des sozialen, ökonomischen und politischen Kontexts an den Ursachen wie auch den Folgen der extremen Traumatisierungen vernachlässigt. Der Breite, den Verflechtungen und Interdependenzen der Problematik kann nur mit einer auf verschiedenen Ebenen verankerten und möglichst umfassenden Betreuung begegnet werden. Ein multiprofessioneller und disziplinärer Ansatz zeichnet sich dadurch aus, dass die verschiedenen Perspektiven parallel und gleichwertig einbezogen werden. In der praktischen Arbeit ergänzen sich die psychotherapeutischen, sozialberaterischen, medizinischen und anderen Interventionen. (siehe Grafik Seite 44)

In das erweiterte System sind neben den medizinischen die Helfenden der klassischen Flüchtlings- und Patientenbetreuungsinstanzen integriert sowie übergeordnete, auf den Bewältigungsprozess wirkende Stellen. Beispielsweise haben das Gesundheits-, Asyl- und Versicherungswesen einen teilweise entscheidenden Einfluss auf die Rekonstruktion des Gefühls der (äusseren) Sicherheit der Traumatisierten, da Beurteilungen des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit, das Ausstellen von Zeugnissen oder Entscheide bezüglich des Aufenthaltsstatus in ihre Verantwortlichkeit fallen. Die Wiederherstellung der Gerechtigkeit erfolgt über die Anerkennung der individuellen Erlebnisse (Gewähren des Asylstatus, Gewähren einer IV-Rente, Wiedergutmachung durch Zurückerstatten von Eigentum



oder ähnliches). Zu einem wichtigen Teil läuft dieser Prozess auch über die Arbeit von Tribunalen oder Wahrheitskommissionen, die zu einer gesamtgesellschaftlichen Auseinandersetzung mit den stattgefundenen Menschenrechtsverletzungen und einer kollektiven Genugtuung beiträgt.

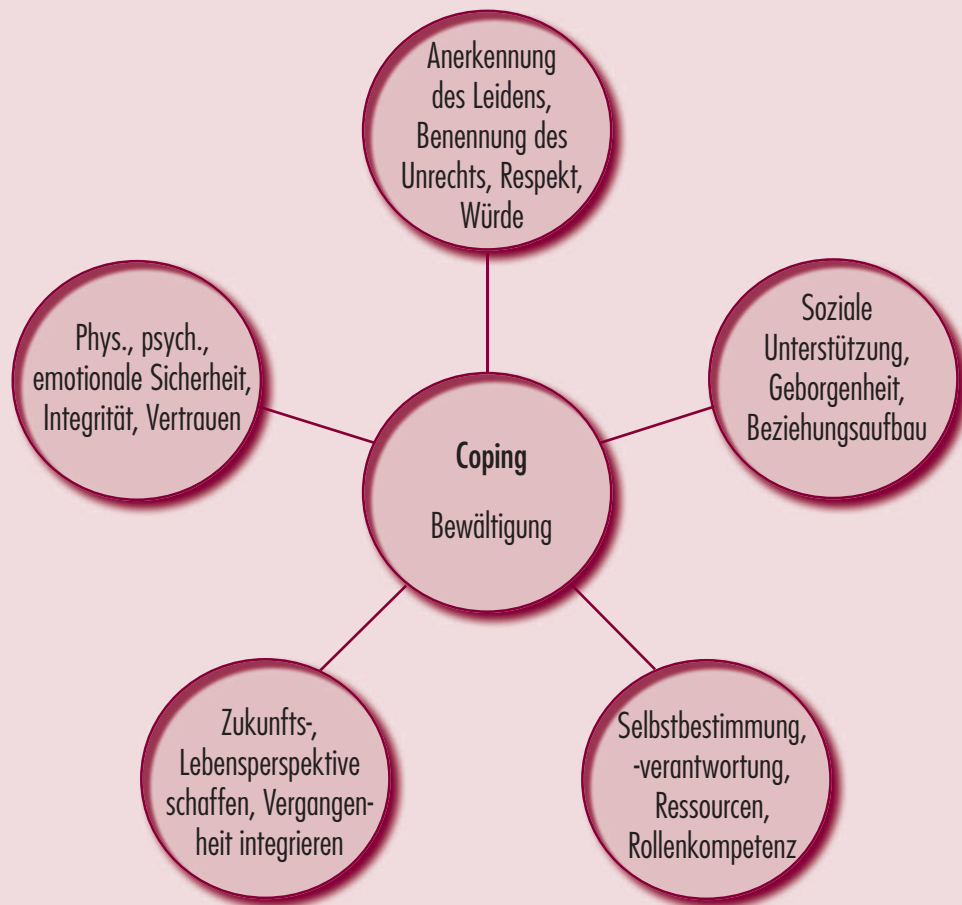
Der Hausarzt kann einen wichtigen Beitrag zur Genesung oder Rehabilitation der traumatisierten Flüchtlinge leisten, indem er die Behandlung auf die speziellen Bedürfnisse abstimmt, die Interventionen koordiniert und den Überblick behält und unterstützende Massnahmen in anderen Bereichen vermittelt.

### 3.2 Rekonstruktion der grundlegenden Bedingungen

Die Bewältigung (Coping) von extremen Traumatisierungen wie Folter und Kriegererleben ist ein Prozess, der durch das Zusammenspiel multipler Faktoren bestimmt wird und dessen Verlauf abhängig ist von:

- ◆ den prätraumatischen Lebensbedingungen
- ◆ den Ressourcen aus der früheren Biographie
- ◆ dem Fehlen bzw. Vorhandensein von früheren schweren Lebensereignissen
- ◆ dem Fehlen bzw. Vorhandensein von früheren psychiatrischen Störungsbildern
- ◆ den aktuellen situativen Umständen
- ◆ den aktuellen strukturellen Bedingungen
- ◆ den aktuell vorhandenen und nutzbaren Ressourcen

In einer unkontrollierbaren Lage wie unter der Folter können Passivität, Stoizismus, Dissoziation oder kognitive Umdeutung der Situation die sinnvollsten Formen der Bewältigung darstellen. Umgekehrt kann unter anderen Bedingungen aktives und problemorientiertes Handeln die adäquate Bewältigungsstrategie sein. Grundsätzlich wird die Resilienz nach einem Trauma erhöht durch eine flexible Anwendung von mehreren Bewältigungsstrategien.



Die therapeutische Betreuung übernimmt die Aufgabe, den Bewältigungsprozess bestmöglich zu unterstützen und zu begleiten. Im Folgenden werden entlang der fünf attachment systems (Sicherheit, Gerechtigkeit, Soziale Beziehungen, Identität und Selbstbild, Bedeutung und Sinnhaftigkeit) Handlungsprinzipien formuliert, die in der therapeutischen Betreuung zur Unterstützung und Förderung der Bewältigung eingesetzt werden können. (siehe Grafik links)

### ■ ■ ■ 3.2.1 Physische und psychische Sicherheit

Nach dem Erleben von Existenz gefährdenden Entbehrungen und lebensbedrohlichen Situationen ist es für Folterüberlebende zentral, wieder physische und psychische Sicherheit zu erlangen (*funktionale Rehabilitation*). Dies setzt voraus, dass die äusseren Bedingungen von Ruhe und Ordnung geprägt sind, Rechtsstaatlichkeit garantiert ist und die staatlichen Strukturen ein maximales Mass an Sicherheit vermitteln. Neben dieser übergeordneten Sicherheit geht es um die unmittelbar die einzelne Person und ihr engeres Umfeld betreffende Situation. Nach der unsicheren und bedrohlichen Phase muss wieder Stabilität einkehren, damit im persönlichen und sozialen Bereich das Gefühl von Integrität und Geborgenheit wiedererlangt werden kann.

Für Flüchtlinge verkörpert das Aufnahmeland in der Regel eine grundsätzlich garantierte Sicherheit und Ruhe im Kontrast zu den Kriegswirren, Nachkriegssituationen, wirtschaftlichen oder politischen Unsicherheiten im Herkunftsland. Umso grösser ist die Verunsicherung und Verzweiflung, wenn die vermeintlich garantierte Sicherheit in Frage gestellt wird. Die Anschläge vom 11. September 2001 in den USA beispielsweise haben bei kriegstraumatisierten Flüchtlingen zu heftigen Reaktionen und erneuter Destabilisierung geführt.

Die Grundversorger sind – als Haus-, teilweise Familienärzte und oftmals Vertrauenspersonen – häufig mitbeteiligt an Entscheiden, die einen wesentlichen Einfluss auf die äussere Sicherheit der Einzel-



nen nehmen. Dazu gehören etwa die Beurteilung des Gesundheitszustands, das Ausstellen von Arbeits(un-)fähigkeitszeugnissen und ähnliches. In der therapeutischen Beziehung helfen klare Signale, äussere Sicherheit zu schaffen und Vertrauen zu vermitteln.

Wichtig sind dabei:

- ◆ klare Informationen und Orientierungshilfen
- ◆ das Vermitteln von Transparenz und Verständlichkeit
- ◆ das Garantieren eines störungsfreien Rahmens

Das Vermitteln von Sicherheit betrifft direkt auch die Arzt-Patienten-Beziehung: Für die Beziehungsgestaltung mit Extremtraumatisierten ist Verlässlichkeit und Transparenz bezüglich dessen, was in der Begleitung oder Therapie geschieht, von entscheidender Bedeutung. Denn Unklarheit und Unberechenbarkeit einer Situation, welcher sie blind und hilflos ausgeliefert waren, gehören zu den schrecklichen Erfahrungen extrem Traumatisierter. Es muss daher zwingend eine ruhige und geschützte Gesprächs- beziehungsweise Untersuchungsatmosphäre geschaffen werden. Der Patient muss wissen, was der Arzt/die Ärztin oder die Beraterin mit ihm macht. So hat er zum Beispiel auch das Recht, Einsicht in seine Krankengeschichte zu nehmen. Das Wissen um die berufliche Schweigepflicht aller Beteiligten ist zentral für die emotionale Sicherheit der Betroffenen. Da teilweise medizinisches Personal in die Folter verwickelt ist, können Patienten befürchten, dass die Vertraulichkeit im Prozess der psychologischen Unterstützung gebrochen werden könnte. Durch die Erfahrung von Sicherheit in der Therapie werden Widerstände abgebaut, ein spontanes Mitteilen von Gedanken und Gefühlen ermöglicht und die Einsichtsfähigkeit verbessert.

### ■ ■ ■ 3.2.2 Benennen des Unrechts und Anerkennen des Leidens

Die Begleitung und Behandlung von Überlebenden von Folter und Kriegsgewalt stehen immer in einem politischen Zusammenhang. Das Leiden betrifft dabei nicht nur die Individuen, sondern – wie das mit der Folter bewusst beabsichtigt ist – ein Kollektiv, eine soziale Minderheit beziehungsweise eine gewisse Bevölkerungsgruppe. Die Folgen der erlebten Grausamkeiten wiegen umso schwerer, wenn das Unrecht im Herkunftsland nicht als solches anerkannt und geahndet wird. Dementsprechend gross ist unter Folter- und Kriegsoffern jeweils das Bedürfnis nach Gerechtigkeit. Die öffentliche *juristische und gesellschaftliche Rehabilitation* hat einen hohen symbolischen Wert für jeden einzelnen Betroffenen und erleichtert das Bewältigen und Integrieren der eigenen Erlebnisse. Wichtige Aspekte für den Prozess der Wiedergutmachung (reparation) und Schritte hin zu einer möglichen Versöhnung (reconciliation) sind:

- ◆ die Erhebung und Bestätigung der Fakten durch unabhängige und anerkannte Instanzen
- ◆ die öffentliche Anerkennung von Unrecht und Unschuld
- ◆ das Aussprechen einer offiziellen Entschuldigung
- ◆ das Leisten einer fairen Entschädigung der Opfer
- ◆ die angemessene Bestrafung der Täter, insbesondere der Entscheidungsträger
- ◆ Massnahmen zur Vorbeugung von weiteren Menschenrechtsverletzungen:
- ◆ Adäquate Gesetzgebung (Durchsetzung des Völkerrechts)
- ◆ Kontrolle von Gefängnissen
- ◆ Sanktionen und Verbote (z.B. von Waffen)
- ◆ Öffentliche Denunziationen

Da der Hausarzt nicht selten die erste «externe» **wichtige Ansprech- und Bezugsperson** ist, gewinnt seine Haltung in Bezug auf die rechtliche Rehabilitation zusätzlich an Bedeutung. Zumindest aus Sicht der Patienten steht seine Rolle gewissermassen stellvertretend für die gesamtgesellschaftliche Haltung gegenüber der ausgeübten Gewalt.

### ■ ■ ■ 3.2.3 Soziale Unterstützung

Das Gefühl der sozialen Zugehörigkeit und das Gefüge der Beziehungen und Bindungen werden durch Folter und vergleichbare Traumatisierungen zerstört. Das daraus resultierende Misstrauen ist bei vielen Überlebenden fast unüberwindlich und die Brüche in den sozialen Netzwerken lassen sich kaum wieder schliessen. Die Nachhaltigkeit wiegt besonders durch die Tatsache, dass die Zerrüttung der Beziehungen vom eigenen Familien- über den Freundes- und Bekanntenkreis hinaus bis zum Verhältnis zur Herkunftsgesellschaft reicht. Deshalb sind die soziale Unterstützung und die *soziale Rehabilitation* nach extremen Traumatisierungen von herausragender Bedeutung für die Verarbeitung des Erlebten. Infolge der hohen sozialen Vulnerabilität können die Verunsicherungen bezüglich der eigenen Beziehungsfähigkeit und der Vertrauenswürdigkeit der Anderen nur sehr schwer überwunden werden. Bisherige Beziehungen bestehen entweder nicht mehr oder haben eine andere Qualität und Intensität erhalten, da die Kontakte mit Angehörigen im Herkunftsland primär noch indirekter Art sind (telefonisch, schriftlich, über Dritte). Gerade anerkannte Flüchtlinge stehen in dieser Beziehung unter einem teilweise hohen Leidensdruck, da ihr Aufenthaltsstatus während der ersten Jahre an ein Besuchsverbot ihres Heimatlandes gekoppelt ist. Im Aufnahmeland tragen zweierlei Aspekte zu einem schwierigen (Wieder-) Aufbau eines Beziehungsnetzes bei: Einerseits die persönliche, durch Misstrauen, Isolations- und Rückzugsverhalten geprägte Situation, andererseits strukturelle Marginalisierungen, die auf der sozialen Ebene besonders spürbar werden. Mangelnde Integration durch Sprachdefizite, fehlende Kontakte am Wohnort oder schwieriger Zugang zum Arbeitsmarkt wirkt sich negativ auf die sozialen Beziehungen aus.

Für die Bewältigung von Extremtraumatisierungen ist ein soziales Netzwerk zentral, das unterstützend wirkt, emotional genügend trägt und die folgenden wichtigen Beziehungsbedürfnisse befriedigt:

- ◆ Affektive Bindungen zu Menschen, die Sicherheit und Geborgenheit vermitteln
- ◆ Die Möglichkeit und das Gefühl, von andern Menschen gebraucht zu werden
- ◆ Die Zuverlässigkeit von Beziehungen
- ◆ Die Gewissheit, sich bei Bedarf an anderen Menschen orientieren zu können.

Die Befriedigung dieser Bedürfnisse ermöglicht tragfähige Beziehungen privater wie auch therapeutischer Art. In der therapeutischen Begleitung kommt oftmals hinzu, dass die Beziehung zum Helfenden – häufig der Hausarzt – einer der ersten Versuche der Traumatisierten darstellt, das Misstrauen abzubauen und eine neue Beziehung aufzubauen. Dementsprechend wichtig ist die Rolle des Therapeuten /Helfenden im Prozess, bestehende Isolationstendenzen zu verringern. Gleichzeitig bieten der Aufbau von Vertrauen und der Umgang mit Misstrauen häufig die grössten Schwierigkeiten in der therapeutischen Betreuung.

In der Grundversorgung hat der Hausarzt die Möglichkeit, Einblicke in das Familienleben und den Alltag des Patienten zu gewinnen und dessen Gegenwartsbezug zu stärken: Über die Förderung und Festigung des Sozialnetzes gewinnen die Alltagsaktivitäten an Bedeutung, wird die Normalisierung von biologischen Rhythmen unterstützt und damit die sinnliche und gedankliche Präsenz gefördert.

### ■ ■ ■ 3.2.4 Selbstbestimmung

Durch die Folter erleben die Opfer eine Konfusion ihrer Weltansicht und eine Zerrüttung der Ordnung von Gut und Böse. Diese Destabilisierung betrifft auch das Verhältnis zum Ich, das nachhaltig von einem gestörten Selbstwertgefühl und einer negativen Selbstsicht geprägt ist. Um die innere Stabilität wiederherzustellen, bedarf es der Stärkung der Selbstwahrnehmung (*persönliche und individuelle*

*Rehabilitation*). Dieser Teil des Bewältigungsprozesses kann durch günstige externe Bedingungen erleichtert und durch eine klare Haltung des Helfenden unterstützt werden:

- ◆ Selbstvertrauen stärken
- ◆ Demütigungen und Kränkungen vermeiden
- ◆ Selbstverantwortung fördern
- ◆ Einflussmöglichkeiten gewähren
- ◆ Ressourcen erkennen und mobilisieren

Die Stärkung des Selbstwertgefühls verläuft über das Eingehen von Beziehungen, in denen Rollenkompetenz ausgewiesen werden kann, wie beispielsweise im Beruf. Solche Beziehungen können durch eine möglichst optimale materielle, berufliche, sprachliche, familiäre und soziale sowie strukturelle Integration entstehen. In der therapeutischen Beziehung ist es daher wichtig, gemeinsam Ressourcen zu erkennen und nutzbar zu machen. In der Begleitung wird versucht, die Identität, die bewahrt werden konnte, zu unterstützen und mitzuhelfen, die verlorene Identität wieder zu erarbeiten respektive neu aufzubauen. Mit dem Erwerb neuer oder dem Wiederherstellen vorhandener Rollenkompetenz – in Bezug auf das Leben im Aufnahmeland, die Rolle in der Familie, die soziale, religiöse oder politische Identität – verlagert sich der Fokus des Traumatisierten weg von seinem Krankheitswert und seinem Leiden hin auf Stärken in anderen Bereichen. Im Sinne des Systemansatzes kann der Hausarzt integrative Massnahmen vermitteln respektive in die Wege leiten.

### ■ ■ ■ 3.2.5 Schaffen von Lebensperspektiven

Die Zerstörung der Wert- und Glaubenssysteme von extrem Traumatisierten ist so tief greifend, dass die gestörten kognitiven Schemata nur restrukturiert werden können, wenn der Bewältigungsprozess auch in den anderen attachment systems günstig verläuft. In Umkehr der Folgen der Folter müssen Lebenseinstellung und -entwurf wieder innerlich gefestigt, zukunftsorientiert und sinnerfüllt sein. Die *psychische Rehabilitation* gehört zu gewissen Teilen auch zu den Auf-

gaben der Grundversorgung wie der sorgfältige Abwägungsprozess, den Bedarf an psychotherapeutischen oder anderen Massnahmen zu erkennen. Der Verlauf der Begleitung von extrem traumatisierten Menschen wird dabei mit beeinflusst von den persönlichen Einstellungen der Helfenden zu existentiellen Fragen und von ihrer Überzeugung, Sinn und Hoffnung in der eigenen Arbeit zu finden.

In der therapeutischen Betreuung kann die innere Orientierung gefördert werden durch:

- ◆ Helfen, das Erlebte einzuordnen
- ◆ Aufbauen von Vertrauensbereichen
- ◆ Gemeinsames Sichten von Perspektiven

### 3.3 Die therapeutische Beziehung

#### ■ ■ ■ 3.3.1 Die Arzt-Patienten- Beziehung

Die therapeutische Beziehung ist ein Schlüsselbegriff der Therapie. In der Beziehung zwischen Patientin und Therapeutin werden alte Verhaltens- resp. Beziehungsmuster lebendig und können so erkannt werden. In der therapeutischen Beziehung sollen auch neue, heilende und aufbauende Erfahrungen gemacht werden können. Die Beziehungsgestaltung ist in der ärztlichen Sprechstunde und in Beratungssituationen ebenso von Bedeutung wie in der Psychotherapie.

In der therapeutischen Beziehung werden drei Phasen unterschieden, in denen je grundsätzliche Elemente einer Therapie bearbeitet werden:

Phasen der therapeutischen Beziehung	Elemente der therapeutischen Behandlung
Beziehungsaufbau	Stabilisierung: Sicherheit, Vertrauen, Abstand
Stabilisierung	Bearbeitung: Exploration, Konfrontation, Bewältigungsstrategien
Traumabarbeitung	Integration: Erlebtes Einordnen (innerlich und äusserlich), Neuorientierung

In der therapeutischen Betreuung von Folter- und Kriegsopfern ist es von besonderer Bedeutung, dass die Helfenden respektive die Therapeutinnen und Therapeuten eine klare und konsequente Haltung vertreten und diese gegenüber den Patienten transparent machen. Aufgrund der wiederholt negativen, doppeldeutigen und verwirrenden Beziehungsmuster in der Folter ist die Beziehungsfähigkeit der Überlebenden eingeschränkt und überlagert von Misstrauen. Offenheit und klare Positionierung der Betreuenden sind daher

eine unabdingbare Voraussetzung für eine schrittweise gegenseitige Annäherung. Zugunsten einer tragfähigen und vertrauensvollen Beziehung sollte das Beziehungsangebot folgende Grundhaltungen integrieren:

- ◆ **Klare Haltung:** Gegenüber Menschenrechtsverletzungen ist eine neutrale Position der Helfenden nicht möglich. Das zugefügte Leid und Unrecht müssen deshalb aktiv benannt und anerkannt werden. Bei dieser Nicht-Neutralität ist zu berücksichtigen, dass nicht politisch Stellung bezogen werden soll im Sinne einer Parteinahme. Die Haltung der Helfenden hinsichtlich der Menschenrechte muss aber deutlich werden und fassbar sein.
- ◆ **Respekt:** Gewalttraumata sind die Folge von massivsten Grenzüberschreitungen. Die Gestaltung der therapeutischen Beziehung hat darauf zu achten, die Betroffenen mit ihren Erfahrungen und Grenzen möglichst zu respektieren und ihre Überlebenskraft anzuerkennen. Respekt sollte auf keinen Fall zur weiteren Viktimisierung der Betroffenen führen, z. B. durch übertriebenes Mitleid.
- ◆ **Empathie:** Empathie muss von Respekt, nicht von Mitleid geleitet sein und äussert sich in echtem Interesse an der individuellen Geschichte der Traumatisierten. Aktives Zuhören und Anteil nehmende und taktvolle Neugier sind wichtig.
- ◆ **Verständnis:** Verständnis zeigen bedeutet, wichtige Themen wie Misstrauen, Passivität, Unsicherheit oder überwältigende Angst in den konkreten Kontext des Traumas zu setzen und auch (scheinbare) Widersprüche auszuhalten. Es braucht die Offenheit, sich einzulassen auf die spezifische Geschichte jeder Patientin und jedes Patienten und auch ihre und seine Vergangenheit anzuerkennen.
- ◆ **Selbstbestimmung und -hilfe:** Die Selbstbestimmung der Patienten ist zu berücksichtigen. Sie sind am Behandlungs- oder Beratungsprozess beteiligt und gestalten diesen mit. Für die Behandlung ist ihre Einwilligung einzuholen. Sie wissen um die Möglichkeit, in der Therapie jederzeit Nein sagen zu können. Eine behutsame und ausführliche Abklärungsphase ist wichtig, um den Veränderungsdruck zu mildern und eine Scheincompliance zu vermeiden. Die Achtung der Selbstbestimmung der Patientinnen soll diesen helfen, das richtige Verhältnis von Nähe und Distanz als ein wichtiges Element für die Beziehungsgestaltung zu finden. Machtkämpfe zwischen den Helfenden und den Patientinnen und

Patienten sind zu vermeiden. Die in der Therapie geleistete Unterstützung misst sich nicht nur nach dem Bedarf, sondern auch nach der Art, wie sie umgesetzt wird. Die Hilfe sollte immer dazu dienen, die Selbstbestimmung und Selbsthilfe zu fördern.

- ◆ **Information:** Eine klare, sorgfältige Information ermöglicht es den Patienten, sich ein eigenes Urteil als Entscheidungsgrundlage für die Therapie zu bilden.
- ◆ **Erwartungen klären:** Wie in jeder Arzt-Patienten- Interaktion ist es auch in der Beziehung zu traumatisierten Patienten zentral, die gegenseitigen Erwartungen offenzulegen, zu klären und bei Bedarf zu revidieren. Seitens der Patienten können beispielsweise unangemessen hohe Forderungen (z. B. im diagnostisch-technischen Bereich) sowie erhebliche Wissenslücken über berechnete therapeutische Leistungen nebeneinander bestehen. Bei Migrantinnen und Migranten kommt hinzu, dass die Erfahrungen mit dem Gesundheits- und Sozialsystem im Herkunftsland die diesbezüglichen Erwartungen an die Helfenden im Aufnahmeland bestimmen. Teilweise bestehen ungenügende oder falsche Kenntnisse über das hiesige Gesundheitswesen. Die Verbindungen des Helfenden mit staatlichen Stellen (Justiz- und Polizeibehörde), mit dem Herkunftsland (beispielsweise über die Botschaft) oder die weitere Verwendung von persönlichen und medizinischen Daten sind weitere heikle Aspekte in der Arzt-Patienten Interaktion. In der Zusammenarbeit mit extrem Traumatisierten kumulieren diese Aspekte mit dem der Beziehung im Wege stehenden Misstrauen und müssen deshalb angesprochen werden.
- ◆ **Patienten- und Arztagenda:** Ein wichtiger Bestandteil zur Klärung der Erwartungen ist das Erfragen der Patientenagenda. Sie umfasst die Krankheitsvorstellungen der Betroffenen und deren Themen, Fragen und Wünsche, welche sie in die Sprechstunde mitbringen und die sie verhandeln möchten. In diesen Vorstellungen drücken sich einerseits die im Heimatland erworbenen medizinischen Konzepte aus; andererseits reflektieren sich darin auch die traumatischen Erfahrungen. Analog beschreibt die ärztliche Agenda die Beurteilung der Beschwerden und die Themen, Probleme und Vorschläge, die die Ärztin, der Arzt für vordringlich hält. Die Unterscheidung der beiden Perspektiven und das unvoreingenommene Daraufeingehen erlaubt ein besseres Verständnis des Sprechstundenablaufs und eine Abschätzung, inwieweit jeder Partner im Gespräch

seine Wünsche und Vorstellungen einbringen konnte. Wird auf dieser Grundlage ein gemeinsamer Nenner gefunden, kann regelmässig abgeklärt werden, ob die Übereinstimmung noch besteht.

- ◆ **Migrationspezifische Anamnese:** Damit die Arzt-Patienten- Beziehung nicht geprägt wird von vorschnellen (Vor-)Urteilen und pauschalisierenden Annahmen – beispielsweise mit «der Kultur» des Flüchtlings als Erklärungsmuster – ist jeder Einzelne mit seiner ganzen Geschichte und seiner komplexen Problematik anzunehmen. Das Arbeiten mit der migrationspezifischen Anamnese (Salis Gross et.al., 1997) hilft, Folterungen und andere Gewaltexzesse in ihren grösseren Zusammenhang einzubetten und die verschiedenen Einflüsse auf die gesundheitliche und soziale Situation des Flüchtlings zu erschliessen. Die migrationspezifische Anamnese erfasst die Perspektive des Betroffenen und deckt die Zeitdimensionen Vergangenheit – Gegenwart – Zukunft ab. Erfragt werden die Lebensumstände im Heimatland, die traumatisierenden Ereignisse während des Krieges/in Haft/während des Lageraufenthalts, Fluchtgründe, die Migrationsgeschichte, aktuelle gesundheitliche Beschwerden, die aktuellen Lebensumstände im Aufnahmeland und Zukunftspläne.

### ■ ■ ■ 3.3.2 Ziele der Begleitung und Therapie

Für die Therapie, soziale Beratung und Begleitung von gefolterten und vom Krieg traumatisierten Menschen können keine allgemeinen Ziele formuliert werden. Sie werden individuell personen- und problemorientiert gemeinsam formuliert. Es geht dabei auch um die Klärung des Behandlungs- respektive Beratungsauftrags (z.B. Unterstützung medizinischer Massnahmen, Befreiung von körperlichen Leiden ohne somatischen Befund, Hilfe bei Arbeitssuche und beruflicher Integration, Konfliktmanagement mit anderen Helfersystemen, Psychotherapie, Abklärung von Rentenbedarf).

Heilung im klassischen Sinn ist bei der Behandlung von extremtraumatischen Erfahrungen nicht möglich. Auch kleine, aber konkrete Verbesserungen sind für Menschen, die in ihrer Gewalterfahrung in mancher Hinsicht fragmentiert wurden, wichtig. Ein übergeordnetes

Ziel ist das Überleben, d.h. lernen, mit den grausamen Gewalterlebnissen zu leben. Nach dem Überleben der physischen, existenziellen Bedrohungen geht es darum, die seelische und körperliche Kraft wieder zu gewinnen, um das gegenwärtige Leben meistern zu können. Der Fokus der Behandlung respektive Begleitung richtet sich auf das Bewältigen mit den Komponenten «das Vergangene verstehen», «Trauer zulassen», «Verluste akzeptieren» und die Geschehnisse in die eigene Biografie integrieren. Die Ziele der Begleitung und Therapie umfassen jedoch – im Sinne der sequentiellen Traumatisierung – auch das Verhältnis zum «Leben vorher», die gegenwärtige Situation und Perspektiven für die Zukunft. Die übergeordneten Ziele der therapeutischen Begleitung von Traumatisierten erfüllen zusammenfassend die folgenden Kriterien:

#### Übergeordnete Ziele

- ◆ personenbezogen
- ◆ kontextbezogen
- ◆ Ressourcen orientiert
- ◆ Überleben
- ◆ Bewältigung und Aushalten der Fragmentierungen

Die medizinischen Massnahmen einer Behandlung sind entsprechend der Komplexität und der weit reichenden Folgen von Extremtraumatisierungen nur ein Bestandteil der Unterstützung. Dies zeigt sich gerade in der hausärztlichen Praxis, wo häufig Bedürfnisse formuliert werden, die ausserhalb des direkten ärztlichen Handlungsspielraums liegen (z.B. Wünsche in Bezug auf Erwerbstätigkeit, Familienzusammenführung, Aufenthaltsbewilligung, Verurteilung der Täter etc.). Ohne parallele Erfolge in der Rekonstruktion von materiellen, sozialen, familiären und Sinn gebenden Strukturen haben medizinisch-therapeutische Interventionen keine nachhaltige Wirkung.

Die folgende Tabelle zeigt verschiedene Teilziele auf drei, inhaltlich miteinander verbundenen Zielebenen:

#### Teilziele

##### *Psychische Ebene:*

- ◆ Ziele der Folter kennen
- ◆ Destruktive Macht der Erinnerungen erkennen
- ◆ Unabänderliches anerkennen
- ◆ Selbstvertrauen, -respekt
- ◆ Realistische Lebensperspektive
- ◆ Eigene Ressourcen wieder entdecken

##### *Somatische Ebene:*

- ◆ Körperliche Rehabilitation
- ◆ Symptomreduktion
- ◆ Positive Körperwahrnehmung
- ◆ Vermeidung chronifizierter Schmerzsyndrome

##### *Soziale Ebene:*

- ◆ Vertrauen in andere
- ◆ Isolation vermindern
- ◆ Starkes soziales Netz
- ◆ Auseinandersetzung mit der Migrationssituation
- ◆ Sekundärer Gewalt vorbeugen
- ◆ Traumatisierungen in Familiengeschichte integrieren

### 3.3.3 Untersuchung und Gesprächsführung

Die medizinische Grundversorgung nimmt in der Abklärung und therapeutischen Begleitung von traumatisierten Flüchtlingen eine wichtige Funktion wahr. Die Hausärzte sind wie erwähnt für die Flüchtlinge in der Regel die erste und bleiben nicht selten die einzige Anlaufstelle im Gesundheitssystem.

*Das Ansprechen von potentiellen Gewalterfahrungen* wird seitens der Therapeuten und Helfenden oftmals als heikle Aufgabe wahrgenommen. In der hausärztlichen Sprechstunde ist es von Bedeutung zu wissen, ob ein Patient extreme Traumatisierungen erlitten hat. Dies hat Einfluss auf die Untersuchung, die Gesprächsführung, die Diagnosestellung und den Behandlungsplan. Beim ersten Kontakt mit einer Medizinalperson stehen meist körperliche Beschwerden im Vordergrund, während die psychischen Leiden häufig verschwiegen werden. Im Allgemeinen fällt es den Betroffenen schwer, von ihren entsetzlichen Erfahrungen zu sprechen, was die Beurteilung der Symptome erschwert. Die Erinnerungen daran werden möglichst vermieden und verdrängt. Scham und Schuldgefühle sowie reale oder überwertige Ängste belasten das Sprechen über die Menschenrechtsverletzungen. Manche befürchten, als Geisteskranke angesehen zu werden oder die Kontrolle über ihr Handeln zu verlieren. Teilweise deuten Traumatisierte ihre Verhaltensreaktionen als Zeichen von Schwäche und nicht als Folgen der Gewalterfahrungen, was ihre Hilflosigkeit und Scheu, darüber zu sprechen, verstärkt. Der tief greifende Verlust des Vertrauens in sich selbst und die Mitmenschen bewirkt in der Sprechstunde, dass viele gefolterte Menschen erst zu erzählen beginnen, wenn eine tragfähige Vertrauensbasis hergestellt ist. Andere Flüchtlinge schildern emotionslos die schrecklichsten Verhöre und Folterungen, wobei der leidende Mensch gänzlich unsichtbar bleiben kann. Dies spricht nicht gegen die Glaubwürdigkeit der Schilderung, denn die Abspaltung der Gefühle (Dissoziation) ist eine Möglichkeit, mit dem Geschehenen umzugehen.

Die Ärzte tragen ebenfalls dazu bei, dass extreme traumatische Erfahrungen anfänglich kaum zur Sprache kommen. Die Gründe dafür liegen in ihrer eigenen Scheu, das Thema anzusprechen, oder in einer ungeeigneten Gesprächsführung. Meist hat der Arzt selber Mühe, die richtigen Worte und Gefühle zu finden, um die Gewalt zu thematisieren. Ein wiederholtes und mechanisches Befragen kann ebenso problematisch sein wie die Überbetonung der Gefühlsebene. Ähnlich schwierig ist es, den inhaltlichen Gesprächsfluss ausgewogen zu steuern. Die Folterthematik bleibt manchmal während längerer Zeit ausgeblendet, um eine unerwünschte Retraumatisierung zu vermeiden. Umgekehrt kann das zu frühe Ansprechen der traumatischen Erfahrungen die Betroffenen oft tagelang aufgewühlt zurücklassen. Nach unserer Erfahrung hat sich die unverfängliche Frage «Waren Sie in Untersuchungshaft resp. im Gefängnis?» bewährt. Leider ist davon auszugehen, dass die meisten inhaftierten Personen in bestimmten Ländern gefoltert werden. Es entsteht daraus ein verschwiegenes Ahnen um das Erlebte. Dies gibt uns die Möglichkeit, bei bestimmten Symptomen die Folter direkt anzusprechen («Haben Sie diese Schmerzen seit der Haft? Wurden sie geschlagen oder anderswie misshandelt?»). Und es gibt dem Patienten/der Patientin die Gewissheit, dass das Gegenüber sich denken kann, was auf Polizeistationen und im Gefängnis geschieht.

Spontan geäußerte Beschwerden von Gefolterten sind meist unspezifisch und werden von unvorbereiteten Ärztinnen und Ärzten nicht mit durchgemachter Folter in Verbindung gebracht. *Folgende Symptome und Merkmale* können bei Migrantinnen und Migranten (ungeachtet ihres Aufenthaltsstatus) mögliche Hinweise auf erlittene systematische Gewalt liefern:

- ◆ Chronische Schmerzen
- ◆ Beschwerden von wechselndem Verlauf (u.a. Bewegungsapparat, Kopf, Magen, Urogenitaltrakt)
- ◆ Sichtbare Folgen von Verletzungen (Narben, Trommelfellperforationen, Fussdeformitäten)
- ◆ Nervosität und vegetative Übererregtheit, Schwitzen

- ◆ Grosse Anspannung
- ◆ Enormer innerer Druck, der sich auch auf die Helfenden übertragen kann
- ◆ Chronische Schlafstörungen (Ängste, Alpträume mit motorischer Unruhe und Schreien)
- ◆ Gefühle von Angst, Wut, Misstrauen, Resignation und Ohnmacht (auch als Gegenübertragungsgefühle)
- ◆ Häufige Arztwechsel und/oder Notfallkonsultationen

Die traumatische Reaktion eines Folteropfers kann auch in der ärztlichen Sprechstunde oder in einer sozialen Beratungssituation zu Ausdruck kommen. *Folgende Verhaltensweisen* können auf einen traumatischen Hintergrund hindeuten:

- ◆ Sich aufdrängende Erinnerungen (Intrusionen) werden durch Schlüsselreize (Trigger) in der Sprechstunde ausgelöst und führen zu überwältigenden Gefühlen der Angst, Hilflosigkeit und Ohnmacht.
- ◆ In unvertrauten Situationen treten Schreckreaktionen auf plötzliche Veränderungen auf. Dieser Zustand drückt sich in Gedächtnisverlust, Verwirrung und Konzentrationsschwierigkeiten aus und stört die Fähigkeit des Patienten, zu hören und Fragen beziehungsweise Instruktionen zu verstehen.
- ◆ Aufgrund von Stressreaktionen verwickelt sich der Patient in seinen Aussagen in Widersprüche.
- ◆ Physische Nähe und Berührungen werden – beispielsweise aufgrund eines starken Schamgefühls – als störend empfunden.
- ◆ Wut und Misstrauen manifestieren sich gegen den Therapeuten respektive Betreuenden als Autoritätsperson und beeinträchtigen den Verlauf von Behandlung und Beratung.

Das Erkennen und Anerkennen der Folter- oder Kriegserfahrung sowie das angemessene Ansprechen des Unsaugbaren sind Grundvoraussetzungen für eine tragende Arzt-Patienten-Beziehung. Im Vordergrund der Betreuung sollte der Vertrauensaufbau stehen, der sich durch Konstanz und Zuverlässigkeit in der Beziehung, Akzeptieren der Autonomie des Gegenübers und gemeinsames Verhandeln der weiteren Schritte entwickelt. Die ersten Kontakte zwischen Arzt und Patient sind von entscheidender Bedeutung für den weiteren Verlauf der Behandlung. Die Hilfesuchenden haben meist enttäuschende the-

rapeutische Erfahrungen gemacht und reagieren entsprechend fordernd oder resigniert. Die folgenden *Hinweise zur Gesprächsführung* helfen, den Einstieg in die schwierige Thematik zu erleichtern:

- ◆ **Achten Sie auf eine behutsame Gesprächsführung:** Lassen Sie die Patientin bestimmen, wie weit sie gehen will; bremsen Sie gegebenenfalls das Gespräch, um sie auf den sicheren Boden zurückzuführen.
- ◆ **Vermeiden Sie unnötige Erinnerungen an Verhör und Folter:** Damit es in der Untersuchung möglichst zu keinen unkontrollierten Intrusionen kommt, ist eine hohe Sensibilität für potenzielle Trigger wichtig (lange Wartezeiten, alleine Warten lassen im Sprechzimmer, Gespräche im Befragungsstil, Checks und Untersuchungen ohne Ankündigung und Erklärung, etc.).
- ◆ **Vermitteln Sie Sicherheit:** Denken Sie bei der Sitzordnung und in der Untersuchungssituation an das Sicherheitsbedürfnis der betroffenen Person (Fluchtweg und -distanz beachten, ruhige Bewegungen ausführen, den nötigen Körperkontakt bestimmt aber behutsam herstellen).
- ◆ **Geben Sie Informationen:** Erklären Sie in einfachen und klaren Worten Ihre Absichten. Orientieren Sie offen über den Ablauf und die Ziele der Untersuchung sowie die Rechte des Patienten (ärztliche Schweigepflicht). Informieren Sie den Patienten über die verschiedenen Therapie-, Betreuungs- und Beratungsangebote.
- ◆ **Es gibt keine Regeln, wann das Trauma angesprochen werden soll:** Manchmal erzählt ein gefolterter Mensch in der ersten Konsultation von seinen Folterlebnissen, ungerührt und «technisch»: Soll das Gegenüber getestet werden, ob es dieser Schilderung standhält? Ist die erlittene Folter das Eintrittsticket ins medizinische System? Häufiger bleibt das Erlebte jedoch lange im Verborgenen, manchmal aus Scham, manchmal zur Schonung des Gegenübers, manchmal aus Selbstschutz, um nicht von Rückerinnerungen überwältigt zu werden. Wir überlassen es den traumatisierten Menschen, wann für sie der richtige Moment gekommen ist, über das Erlebte zu sprechen (vielleicht vorerst nur bruckstückhaft).



- ◆ **Vermeiden Sie Aktivismus:** Lassen Sie sich nicht vorschnell zu Spezialuntersuchungen drängen. Meistens liegen ausreichende Befunde von früheren Untersuchungen vor (Anamnese) und die Medizinaltechnik kann an Folterprozeduren erinnern. Nach guter Information und mit dem nötigen Vertrauensverhältnis sind später Untersuchungen wie CT, MRI oder EEG zumutbar. Eine gezielt eingesetzte Spezialuntersuchung kann dem Betroffenen signalisieren, dass seine Beschwerden ernst genommen werden. Ein normaler Befund einer technischen Untersuchung kann unter Umständen eine bessere Ausgangsbasis für die gemeinsame Arbeit sein als die Ablehnung jeder Untersuchung a priori. Das diagnostische und therapeutische Handeln soll gut überlegt und zielgerichtet sein.
- ◆ **Vermitteln Sie Offenheit und Authentizität:** Scheuen Sie sich nicht, frühzeitig Ihre therapeutischen Möglichkeiten und Grenzen offen darzulegen, um weitere Täuschungen und Enttäuschungen zu vermeiden.
- ◆ **Zeigen Sie Interesse am Wohlergehen des Hilfesuchenden:** Erkundigen Sie sich auch nach dem Befinden des Patienten nach der Sprechstunde, im Alltag und nachdem Sie über erlittene Gewalt gesprochen haben.
- ◆ **Denken Sie an die Angehörigen:** Beziehen Sie den Ehepartner und die Kinder des Flüchtlings in Ihre Überlegungen und Gespräche mit ein.
- ◆ **Reflektieren Sie Ihre eigenen Reaktionen:** Berücksichtigen Sie Ihr eigenes Unbehagen gegenüber bestimmten Themen und Situationen und versuchen Sie selbstreflexiv die Ursachen Ihrer Unsicherheit festzustellen. Solche Gefühle können Hinweise für die Notwendigkeit von mehr Behutsamkeit im Behandlungsverlauf sein.
- ◆ **Geben Sie sich und Ihrem Gegenüber Zeit:** Überlassen Sie zu Beginn hauptsächlich den Betroffenen die Initiative, was und wie viel ausgesprochen werden soll, und lassen Sie als Basis erst ein Vertrauensverhältnis entstehen.
- ◆ **Sprechen Sie Gewalterfahrungen direkt an:** Ein möglicher Einstieg in das Thema können unpersönliche Fragen sein («Ich weiss, dass in Ihrem Herkunftsland schwere Misshandlungen vorkommen.»), die der Patientin die Möglichkeit geben, über eigene Erfahrungen zu sprechen («Haben Sie Ähnliches erlebt? Möchten Sie darüber sprechen?»).

- ◆ **Erfragen Sie psychische Symptome direkt:** Im Gegensatz zu den Körpersymptomen erwähnen die Betroffenen ihre psychischen Beschwerden selten spontan. Ein aktives Ansprechen entlastet die Patienten.
- ◆ **Vermeiden Sie eine rasche Pathologisierung:** Fokussieren Sie sich zusammen mit dem Patienten auf alle seine Ressourcen. Geben Sie ihm die Bestätigung, dass ihre Gefühle und ihr Verhalten normale Reaktionen auf anormale Ereignisse sind und nicht umgekehrt.
- ◆ **Beziehen Sie Stellung:** Benennen und anerkennen Sie das Geschehene Unrecht. Stellen Sie sich Ihren eigenen Fragen nach Sinn und Hoffnung.
- ◆ **Zeigen Sie Interesse für die Patientenagenda:** Erfragen Sie die Erwartungen, Krankheits- und Heilungsvorstellungen und Erfahrungen des Patienten und berücksichtigen Sie seine Perspektive in Ihrer Beurteilung. Lassen Sie den Patienten aktiv teilhaben am Aushandlungsprozess zwischen Arzt- und Patientenagenda.

### ■ ■ ■ 3.3.4 Arbeiten mit interkultureller Übersetzung

Viele Flüchtlinge haben aus verschiedenen Gründen Schwierigkeiten, die Sprache der Aufnahmegesellschaft zu erlernen. Konzentrationsschwierigkeiten – oft als Folge der Traumatisierung – vermindern die Lernfähigkeit, der Mangel an sozialen Beziehungen isoliert und Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit verkleinern den Lebens- und Beziehungsraum noch zusätzlich. Das gegenseitige Verstehen ist aber eine Grundvoraussetzung für die therapeutische Beziehung. Damit die sprachliche Verständigung nicht nur in Sachfragen, sondern vor allem auch bei emotional belastenden Themen sichergestellt ist, muss eine unabhängige und professionell ausgebildete Übersetzungsperson beigezogen werden. Die Präsenz einer interkulturellen Übersetzerin signalisiert den Betroffenen das Bemühen, sie gut zu verstehen. Das institutionalisierte und qualifizierte Übersetzen vermittelt ein Gefühl der Sicherheit in der Behandlung und ist eine Voraussetzung, dass sich Opfer von Folter oder Gewalt in der Beratungs- oder Behandlungssituation ernst genommen fühlen.

Das Arzt-Patienten- Gespräch mit einer interkulturellen Übersetzung und Vermittlung stellt eine komplexe Triade dar. Die Beziehungsdynamik und der Behandlungsverlauf verändern sich dadurch. Folgende Aspekte sind relevant, um die Vorteile einer Übersetzung und Vermittlung nutzen zu können:

- ◆ **Unabhängigkeit:** Vergewissern Sie sich im Voraus, dass zwischen der Patientin oder dem Patienten und der übersetzenden Person kein Verwandtschafts-, Freundschafts- oder Kollegialverhältnis besteht. Angehörige verfügen nicht über die nötige innere Distanz, geraten in Loyalitätskonflikte und die Privat- und Intimsphäre der Patienten kann nicht geschützt werden.
- ◆ **Professionalität:** Vermeiden Sie die Zusammenarbeit mit ungeschulten, zufällig disponiblen Übersetzungspersonen.
- ◆ **Vorbereitung:** Bereiten Sie das Gespräch mit der Übersetzungsperson vor.
- ◆ **Rollenklärung:** Stellen Sie die Übersetzungsperson dem Patienten vor und klären Sie die Rollen aller Gesprächsbeteiligten (inkl. Berufsgeheimnis).
- ◆ **Einverständnis:** Holen Sie von den Patienten das Einverständnis zur Wahl der Person, die übersetzt und vermittelt, ein. Geben Sie auch der Übersetzungsperson die Möglichkeit, die Mitarbeit in einer bestimmten Situation abzulehnen.
- ◆ **Patientenkontakt:** Sprechen Sie die Patienten direkt an und halten Sie Augenkontakt.
- ◆ **Sprache:** Verwenden Sie eine einfache, verständliche Sprache mit kurzen Sätzen, konkreten Formulierungen und mit wenigen Fachbegriffen.
- ◆ **Verstehen:** Vergewissern Sie sich regelmässig, ob das gegenseitige Verstehen gewährleistet ist.
- ◆ **Zeitfaktor:** Nehmen Sie sich Zeit. Für eine gute Übersetzung und Vermittlung braucht es oft Nachfragen und zusätzliche Erläuterungen.

- ◆ **Nachbereitung:** Führen Sie ein Nachgespräch mit der Übersetzungsperson. In diesem können Unklarheiten beseitigt, belastende Gefühle mitgeteilt und der Gesprächskontext besprochen werden. In diesem Teil kann die Übersetzungsperson zusätzliche Beobachtungen und Interpretationen aus ihrer Perspektive einbringen. (Bischoff, Loutan, 2000)

Es werden verschiedene Arten des Übersetzens unterschieden. Im Gesundheits- und Sozialwesen wird am häufigsten die konsekutive Übersetzung angewandt, bei der jeweils Teilsätze in die andere Sprache übertragen werden. Bei professionellen Übersetzungspersonen ist zusätzlich die kulturelle Vermittlung expliziter Bestandteil der Arbeit. Dabei setzen die Übersetzenden das Gesagte in einen größeren Zusammenhang und beleuchten den Hintergrund, vor dem etwas gesagt wird. Dazu gehört das gesprochene Wort ebenso wie nonverbale Signale. Diese Gesprächsanteile sind insbesondere Inhalt der Nachgespräche zwischen Betreuer- und Übersetzungsperson. Andere Übersetzungsformen gelangen im Gesundheits- und Sozialwesen kaum zur Anwendung (Wort-für-Wort-Übersetzung, Fürsprechendes Übersetzen oder therapeutische Mitverantwortung der Übersetzungsperson).

Wenn die Zusammenarbeit mit geschulten interkulturellen Übersetzungspersonen zustande kommt, der finanzielle Aufwand geklärt ist und bei allen Gesprächsbeteiligten Offenheit und Bereitschaft vorhanden sind, überwiegen die Vorteile der Arbeit mit Übersetzung deutlich. Ein Vorteil ist die Verständnis fördernde Atmosphäre der Vertrautheit und Sicherheit, die durch die Übersetzung entsteht. Das verzögerte Gespräch über eine Drittperson bietet dem Therapeuten/der Therapeutin Gelegenheit, die nonverbale Kommunikation intensiver zu beobachten. Durch eine gute Übersetzung kommt es zu einer klaren Kommunikation in der Therapie. Hingegen ist die Übersetzungsarbeit in der Begleitung und Therapie mit traumatisierten Flüchtlingen besonders anspruchsvoll. Die emotionale Belastung durch schwierige Themen kann bei der Übersetzungsperson Erinnerungen an eigene Erfahrungen auslösen und erfordert einen sensiblen Umgang mit Nähe und Distanz. Ein anderer Nachteil liegt darin, dass die komplexe Kommunikation in der Triade ein höheres

Konfliktpotenzial in sich trägt. Da keine verbale Kommunikation möglich ist, wird die Distanz zum Patienten grösser. In organisatorischer Hinsicht kommen als Nachteile das Planen von gemeinsamen Terminen und der grössere Zeitaufwand hinzu (siehe dazu [www.inter-pret.ch](http://www.inter-pret.ch)).

### ■ ■ ■ 3.3.5. Der Einbezug der Familie

Der Einbezug der Familie bei der Abklärung und Behandlung von traumatisierten Flüchtlingen ist wichtig. Das familiäre System stellt einerseits eine Ressource für die Behandlung dar: Lebenspartner helfen mit, die Therapiemotivation zu fördern, und sie unterstützen die Traumatisierten bei der Bewältigung von Krisen und im Alltag. Für traumatisierte Eltern nehmen Kinder oft die Funktion eines stellvertretenden Hoffnungsträgers ein; angesichts der beschädigten Lebensperspektive sehen traumatisierte Eltern in ihren Kindern den wichtigsten Lebenssinn, für welchen es sich lohnt, Einsatz und Unterstützung zu leisten. Andererseits sind die Familienangehörigen von Folteropfern auch vielfältig belastet. Deren Nervosität, Misstrauen oder die Passivität und Perspektivenlosigkeit führen zu veränderten Rollen in der Partnerschaft und Beziehungstress. Neben Beziehungskonflikten und sexuellen Problemen nimmt auch die Bereitschaft zu innerfamiliärer Gewalt zu.

Neben den Auswirkungen auf das partnerschaftliche und eheliche Zusammenleben beeinflussen die Traumata auch die Rolle des «Eltern sein» und somit die Erziehungstätigkeiten. Ungünstige Erziehungshaltungen und beeinträchtigte Fähigkeiten wie verminderte Belastbarkeit (PTBS!), Überbehütung und Schonverhalten oder Überforderung reichen aber nicht aus, um die Schwierigkeiten der Kinder im Kontext von Migration und Trauma ausreichend zu erklären. Oft sind Kinder und Jugendliche selber durch schlimme Erlebnisse traumatisiert oder erleiden indirekte Traumatisierungen, indem sie den Eltern als eine Art Übersetzer dienen und so mit Erlebnissen konfrontiert werden, die in ihnen ebenfalls Traumasymptome auslösen.

Diese Tatsache wiegt doppelt schwer, bedenkt man, dass sich die Kinder in Entwicklung befinden und damit besonders vulnerabel und hilflos sind. Zudem werden durch die Traumatisierungen wichtige Entwicklungsprozesse blockiert, weshalb betroffene Kinder und Jugendliche für ihr ganzes Leben belastet und behindert sein können.

Deshalb ist es dringend notwendig, dass die Not und das Leid traumatisierter Kinder und Jugendlicher stärker in den Fokus von Fachpersonen geraten und so geeignete therapeutische Unterstützung gewährt wird mit dem Ziel, sie psychisch zu stabilisieren. Dadurch können sie wieder in Kontakt mit ihren inneren Ressourcen kommen, die Trauma-Symptomatik abbauen und ihre Entwicklung unter günstigeren Bedingungen fortsetzen. Leider gelingt im beruflichen Alltag als Hausarzt die zuverlässige und sichere Erfassung traumatisierter Kinder und Jugendlicher nur ungenügend. Dies hat verschiedene Gründe. Neben der mangelnden Sensibilisierung der Ärzte und Ärztinnen zeigen die betroffenen Eltern ungünstige Verhaltensweisen, indem sie die Probleme und Auffälligkeiten ihrer Kinder nicht erwähnen, z.T. sogar bewusst verschweigen oder bagatellisieren. Dies mag im ersten Augenblick etwas merkwürdig anmuten, wird aber besser verständlich, wenn man die Reaktion im Zusammenhang mit der Posttraumatischen Belastungsstörung der Eltern betrachtet. Dabei wird deutlich, dass die Auseinandersetzung mit den Folgen von Traumata bei Kindern immer auch eine Konfrontation mit der eigenen Geschichte und dem eigenen Leid bedeutet. Diese ist mit viel Trauer, Angst, Scham, Wut und Hoffnungslosigkeit verbunden, weshalb die Auseinandersetzung im Sinne eines Selbstschutzes oft vermieden und das Leid verleugnet wird (Trauma als Tabu, «nicht darüber sprechen»). Gelingt es aber, auf der Basis einer vertrauensvollen Arzt-Patientenbeziehung das Thema anzusprechen, wird häufig sichtbar, wie stark das familiäre System durch psychische Symptome wie Angstreaktionen, Depressionen, Schlafstörungen (Alpträume) und psychosomatische Symptome wie Bauch- oder Kopfschmerzen der Kinder belastet ist, was letztendlich wieder einen Einfluss auf das psychische Wohlbefinden der Eltern hat.

Hinzu kommt, dass die Auswirkungen der Symptome der Kinder nicht nur das Familienleben beeinflussen, sondern oft auch in öffentlichen Institutionen wie Schulen oder Kindergärten zum Problem werden. Den einen fällt es schwer, sich zu konzentrieren, sie sind blockiert und mutlos und zeigen grosse Lernschwierigkeiten, obwohl sie eigentlich intelligent sind. Andere wiederum befinden sich in ständiger Abwehr und geraten dadurch immer wieder in Streit mit Mitschülern. Weiter fehlt es den meisten traumatisierten Kindern an Spontaneität und Vitalität. Auch hier zeigen sich wieder Einschränkungen in der Erziehungsfähigkeit der Eltern: Die wenig entwickelte transkulturelle Kompetenz, die ungenügende sprachliche Integration und die mangelnden Kenntnisse über das Schulsystem verunmöglichen einen förderlichen Umgang mit der problematischen Situation. Das frühzeitige Erkennen dieser Probleme und Symptome sowie die Einleitung geeigneter Massnahmen sind also zentral, damit bei den Kindern und deren Familien Vertrauen, Akzeptanz, Sicherheit und Wohlbefinden wiederhergestellt werden können.

Um diesen Zustand zu erreichen, ist darauf zu achten, dass die traumatischen Erinnerungen und Erlebnisse der Kinder systematisch erfasst, aufgearbeitet und in die Lebensgeschichte integriert werden.

Seit 2004 führen die Kantonale Erziehungsberatung Bern und das Ambulatorium für Folter- und Kriegsopfer SRK eine gemeinsame Gruppenspsychotherapie für traumatisierte Kinder und Jugendliche durch. Damit soll das in beiden Institutionen vorhandene Fachwissen in den Bereichen Gesundheit, Migration, Trauma und Familie zusammenfliessen und die Zusammenarbeit institutionalisiert werden. Die Selbsteinschätzung der Kinder und Jugendlichen zeigt, dass die Gruppenspsychotherapie die posttraumatischen Symptome reduzieren kann (weniger Trauer, mehr Mut, weniger wütend sein, weniger schlechte Träume, besserer Schlaf, weniger Angst, Verbesserung der Leistung in der Schule). Auch die Eltern beschreiben positive Effekte und sehen die wichtigsten Veränderungen in der Abnahme der psychosomatischen Beschwerden und den gesteigerten sozialen Kontakten.

Diese Ausführungen machen deutlich, wie wichtig eine psychotherapeutische Behandlung sein kann. Entscheidend sind nicht nur die durch die Therapie im Individuum ausgelösten Veränderungen, sondern auch die rückwirkenden positiven Einflüsse auf die Familie als Ganzes. Um aber den Kindern und Familien diesen Heilungsprozess zu ermöglichen, braucht es Fachpersonen, die durch ihr Wissen und ihre Sensibilität fähig sind, einen solchen Prozess in Gang zu setzen. Eine Liste mit Fachkräften, Institutionen und weiterführenden Adressen findet sich am Ende der Broschüre.

### ■ ■ ■ 3.3.6 Sekundäre Traumatisierung

Wie – in der Definition von Trauma festgehalten ist – kann ein Trauma direkt oder indirekt ausgelöst werden (s. Kapitel 2.1). Dem Risiko der indirekten Traumatisierung ist neben den Angehörigen und dem unmittelbaren Umfeld der Opfer das gesamte Helfersystem ausgesetzt, das in die Arbeit mit traumatischen Ereignissen und Traumatisierten involviert ist. Bei den Helfenden kann die Exposition mit Traumatisierungen, vergleichbar mit den direkt Betroffenen, gleichzeitig zu positiven Entwicklungen führen (Konzept des «Post Traumatic Growth») wie auch krankmachende Folgen haben. Krieg und Folter verändert die Menschen auch beim Zuhören und Zusehen.

Die Auswirkungen von direkter und indirekter Traumatisierung überschneiden sich. So zeigen sich bei Helfenden häufig Elemente der Intrusion, Vermeidung und Erregung aus dem Reaktionsmuster auf Traumata. Zudem kann eine Schwächung des Kohärenzgefühls und der existenziellen Sicherheit festgestellt werden, was sich destruktiv auf die Wahrnehmung der persönlichen Verwundbarkeit, der positiven Selbstsicht und der Vorstellung einer sinn- und bedeutungsvollen Welt auswirkt. Grundsätzlich tritt die Symptomatik der sekundären Traumatisierung im Vergleich zur primären jedoch weniger intensiv, unmittelbar und kumulativ auf.

Um das Phänomen der sekundären Traumatisierung konzeptionell auszdifferenzieren wurde eine Reihe von Begriffen mit jeweils unterschiedlichem Fokus geschaffen: sekundärer traumatischer Stress, Compassion fatigue («Mitgefühlerschöpfung»), Burnout, Vicarious traumatization (stellvertretende, induzierte, weiter gegebene oder indirekte Traumatisierung). Entweder sind die Konzepte auf berufsbedingte Belastungssyndrome beschränkt, beziehen sich ausschliesslich auf professionelle Helfende im Traumabereich oder betonen den Aspekt der Empathie oder der Veränderung im persönlichen Wertesystem. Zudem sind die Konzepte auf verschiedene Prozessphasen ausgerichtet. An dieser Stelle wird als übergeordneter Begriff sekundäre Traumatisierung verwendet.

Die sekundären traumatischen Belastungen können durch verschiedene Momente ausgelöst werden, die in der praktischen Arbeit häufig kumuliert auftreten:

**Behandlungsauftrag:** Aufgrund der Vielfältigkeit, Schwere und Komplexität der in die Therapie oder Beratung gebrachten Problematik ist der Behandlungsauftrag an die Helfenden äusserst anspruchsvoll. In Kombination mit den häufig begrenzten Erfolgen der Hilfeleistungen erscheint er sogar irreell und wirkt in der Folge frustrierend. Insbesondere ineffiziente therapeutische Massnahmen, aber auch die dominanten Somatisierungsstörungen führen zu Über- oder Fehlmedikationen. Neben der Breite der gleichzeitig auftretenden Komplikationen gestaltet sich die Steuerung des therapeutischen Prozesses in der Regel schwierig. Dazu kommt der langwierige und diffizile Beziehungsaufbau. Die Beziehungsgestaltung zwischen der Ärztin/dem Arzt und dem Folter- oder Kriegsoffer ist die zentrale Herausforderung für den Behandlungsverlauf und dessen Erfolg. Allein Verständigungsschwierigkeiten können dabei Distanz schaffen und Barrieren darstellen.

**Externes Umfeld:** Das externe, gesellschaftliche wie auch berufliche Umfeld von Helfenden im Bereich der Arbeit mit Traumatisierten ist schwierig. Die gesellschaftliche Debatte zu Folter und anderen Formen organisierter Gewalt ist einerseits tabuisiert, andererseits überlagert von kollektiven Ängsten und psychologischen Abwehrmechanismen wie Verleugnung, Bagatellisierung, Abspaltung und Projektion. Die in den Aufnahmeländern dazu gehörenden Asyl- und Ausländerfragen sind in der Gesellschaft mit Vorurteilen und Unwissen behaftet und werden von der Politik instrumentalisiert. Die aufenthaltsrechtlichen Bestimmungen und die oftmals damit zusammenhängende erschwerte Integration der Migrantinnen und Migranten tragen mit zur Ineffizienz der Behandlung und Betreuung bei. Erschwerend kommt die Interdependenz zwischen den einzelnen involvierten Feldern hinzu: Der Gesundheitszustand, der Aufenthaltsstatus und die Ausübung einer Erwerbstätigkeit sind eng miteinander verflochten. Aus der Verbindung zwischen Krank sein und gesichertem Aufenthaltsstatus oder Arbeitsunfähigkeit ergibt sich ein Krankheitswert für die Betroffenen, der den Behandlungsverlauf ungünstig beeinflusst. Da die aufenthaltsrechtliche Situation der Klientinnen und Klienten die Helfenden in eine anwaltschaftliche oder beschützende Rolle drängt, besteht die Gefahr, dass diese die professionelle Distanz verlieren. Die rechtlichen Vorgaben und der Druck, die eigene Arbeit immer wieder legitimieren und institutionell absichern zu müssen, verursacht administrative Mehrarbeit und zusätzliche Managementaufgaben. Gerade im Aufnahmekontext ist die Arbeit mit Traumatisierten häufig von einer prekären Finanzlage gekennzeichnet. Diese institutionellen, rechtlichen, organisatorischen und gesellschaftspolitischen Belastungsfaktoren stehen oftmals im Kontrast zu den Zielen der Helfenden und können zu einer konstanten Überbelastung führen.

**Belastungen der Opfer:** Die Belastung besteht für die Helfenden häufig in den Belastungen ihrer Klientinnen und Klienten respektive im Durcharbeiten der Traumatisierungen. Der ständige Fokus auf die Traumatisierungen kann bei den Helfenden zu innerer Überbelastung und daraus folgend zu verminderter Empathie führen. Zum Schutz gegen die Dissoziationen und Intrusionen der Patientinnen und Patienten zeigt sich bei Helfenden eine Vermeidungstendenz. Zudem besteht die Gefahr, die traumatischen Geschehnisse zu verharmlosen aufgrund der paranoiden und Angstzustände der Patientinnen und Patienten. Das überwertige Misstrauen der direkt Betroffenen löst mitunter reaktive Gegenübertragungen aus. Ihre Ohnmacht und Hilflosigkeit fördern die gegenseitige therapeutische Abhängigkeit.

**Belastungen der Helfenden:** Eigene Belastungen oder traumatische Erfahrungen bedeuten für die Helfenden einerseits eine wertvolle intrinsische Motivation bei ihrer Arbeit. Andererseits besteht durch die stetige Beschäftigung mit traumatischen Themen die Gefahr, dass die eigenen Erlebnisse aktualisiert werden. Dies äussert sich in negativer Hinsicht in fehlender Distanz, Unabgegrenztheit, unkritischer Anwaltschaftlichkeit oder unangemessener Solidarisierung und Fürsorglichkeit. Die individuellen Reaktionen der Helfenden wirken sich wie erwähnt im Sinne eines «post traumatic growth» oder aber als ungünstige Bewältigungsformen aus. *Mögliche Folgen und Reaktionen sind:*

- ◆ Emotionale Erschöpfung
- ◆ Beeinträchtigte Selbstwahrnehmung
- ◆ Gefühle von Leere
- ◆ Sozialem Rückzug
- ◆ Vertiefung der Beziehungsfähigkeit
- ◆ Anpassung der Lebensphilosophie mit anderen Prioritäten
- ◆ Traurigkeit und Depression
- ◆ Schuldgefühle (angesichts der Hilflosigkeit der Ungerechtigkeit gegenüber)
- ◆ Ausgeprägtes Verantwortungsgefühl
- ◆ Gefühle der Entfremdung  
(angesichts der Tatsache, das Unfassbare nicht mit anderen teilen zu können)

- ◆ Verminderung der therapeutischen Selbstsicherheit
- ◆ Wut, Ärger und Erregung
- ◆ Schamgefühle  
(angesichts der existentiellen und intimen Grenzerfahrungen der Opfer)
- ◆ Identifikation mit den Opfern
- ◆ Überbehütung der Opfer und Retterphantasien
- ◆ Entwertung der Opfer (z.B. in Form von Vorurteilen)
- ◆ Intoleranz und Gleichgültigkeit gegenüber Anderen aus den Berufs- und Privatleben

**Belastungen in Teams und Institutionen:** Die komplexen Reaktionen der einzelnen Helfenden spiegeln sich auch im Kollektiv des Behandlungsteams wieder. Einerseits erschweren die erwähnten institutionellen, rechtlichen und organisatorischen externen Faktoren auch die Arbeit im Team. Andererseits führen die sekundären Traumatisierungen zu kollektiven Beeinträchtigungen der Teamdynamik und zu deren Dysfunktionalität. Die destruktiven Ziele der Folter spiegeln sich in analoger, aber abgeschwächter Weise in den Beziehungsmustern des Teams wieder. So kommt es zu gegenseitigem Misstrauen und Verdächtigungen, Bedrohungsgefühlen, gegenseitigen ungerechtfertigten Anschuldigungen und unklarer respektive widersprüchlicher Kommunikation. Wie in der Folter verlaufen Konflikte hintergründig, mit verdeckten Koalitionen oder chaotisch eskalierend. Sie führen zu Demotivation, Empfinden von Auswegslosigkeit, Ermüdungserscheinungen und können Teile des Teams oder das ganze Team spalten. Des Weiteren stellt die für die Arbeit mit folter- und kriegstraumatisierten Opfern favorisierte Form der interdisziplinären Zusammensetzung der Teams oftmals eine Belastung für die Zusammenarbeit dar. So kann sich die an sich konfliktive Dynamik in multidisziplinären Teams verschärfen durch Fragen der Gleichwertigkeit und der Handlungs- und Entscheidungskompetenz zwischen den einzelnen Berufsgruppen. Vorhandene Spannungen können sich insofern verstärken, als in konzeptioneller und fachlicher Hinsicht disziplinär unterschiedliche Orientierungen und Grundhaltungen zusammentreffen.

Das berufliche Risiko einer sekundären Traumatisierung wird bei Helfenden in der Arbeit mit extrem traumatisierten Folter- und Kriegsoptionen als hoch eingeschätzt. Für einzelne Fachpersonen wie auch für Teams und Institutionen in diesem Bereich sind deshalb *präventive und schützende Massnahmen* von grosser Bedeutung:

- ◆ Eigene Motive hinterfragen
- ◆ Komplexität und Schwere der Extremtraumatisierungen nicht aus den Augen verlieren
- ◆ Realistischen Blick bezüglich Behandlungserfolg nicht verlieren
- ◆ Distanz gegenüber der Arbeit und Fähigkeit zur Abgrenzung beibehalten
- ◆ Kritische Aussensicht bewahren
- ◆ Coaching, Inter- und Supervisionen institutionalisieren
- ◆ Die Arbeit mit regelmässigen fachlichen Weiter- und Fortbildungen weiter professionalisieren
- ◆ Ausgleichstätigkeiten in den beruflichen und privaten Alltag einbauen
- ◆ Emotionale Entlastung schaffen
- ◆ Toleranz im Team und Transparenz in der Teamkommunikation fördern
- ◆ Verbindliche und eindeutige Kompetenzverteilung innerhalb des Teams sicherstellen
- ◆ Arbeitsorganisatorische Massnahmen, um grösstmögliche Entlastung von administrativen oder finanziellen Zusatzarbeiten zu erreichen
- ◆ Wertschätzung der Arbeit als wichtigen Teil der Teamdynamik unterstützen
- ◆ Kooperation mit anderen Instanzen des Helfersystems pflegen und Aufgaben delegieren

## Nützliche Adressen und Hinweise

### Ambulatorium für Folter- und Kriegsoptioner SRK

Werkstrasse 16  
CH-3084 Wabern bei Bern  
Tel.: 031 960 77 77  
Fax: 031 960 77 88  
www.redcross.ch  
gi-ambulatorium@redcross.ch

### Ambulatorium für Folter- und Kriegsoptioner (afk Zürich)

Psychiatrische Poliklinik  
Culmannstrasse 8 (Postadresse)  
Sonneggstrasse 6 (Besucheradresse)  
8091 Zürich  
Tel.: 044 255 52 80  
Fax: 044 255 44 08  
www.psychiatrie.usz.ch

### Bundesamt für Migration BFM

Quellenweg 6  
CH-3003 Bern-Wabern  
Tel.: 031 325 11 11  
Fax: 031 325 93 79  
www.bfm.admin.ch

### Consultation pour victimes de la torture et de la guerre (ctg Genève)

Centre Santé Migrants HUG  
Charmilles  
89 rue de Lyon, 1203 Genève  
Tél.: 022 382 33 33  
Fax: 022 382 33 32  
migrantcare.hug-ge.ch

### Consultation pour victimes de la torture et de la guerre (ctg Vaud)

Appartenances, Rue des Terreaux 10  
1003 Lausanne  
Tél.: 021 341 12 50  
Fax: 021 341 12 52  
www.appartenances.ch  
association@appartenances.ch

### Gesundheitsversorgung für Sans-Papiers

Werkstrasse 16  
CH-3084 Wabern bei Bern  
Tel.: 031 960 77 77  
Fax: 031 960 77 88  
www.redcross.ch  
gi-ambulatorium@redcross.ch

### Schweizerische Flüchtlingshilfe SFH

Weyermannsstrasse 10  
Postfach 8154  
CH-3001 Bern  
Tel.: 031 370 75 75  
Fax: 031 370 75 00  
www.osar.ch, info@osar.ch

## Links von Menschenrechtsorganisationen

- ACAT** **Action Chrétienne pour l'abolition de la torture**  
[www.fiacat.org/en/](http://www.fiacat.org/en/) [fi.acat@wanadoo.fr](mailto:fi.acat@wanadoo.fr)
- AI** **Amnesty International**  
[www.amnesty.org/](http://www.amnesty.org/) [amnestyis@amnesty.org](mailto:amnestyis@amnesty.org)
- APT** **Association pour la prévention de la torture**  
[www.apr.ch/](http://www.apr.ch/) [apr@apr.ch](mailto:apr@apr.ch)
- CINAT** **Coalition of International Non-Governmental Organisations against Torture**  
[www.apr.ch/cinat.htm](http://www.apr.ch/cinat.htm)
- HHRI** **Health and Humanrights Info**  
[www.hhri.org/](http://www.hhri.org/) [postmaster@hhri.org](mailto:postmaster@hhri.org)
- HRDC** **Human Rights Documentation Centre**  
[www.hrdc.net/](http://www.hrdc.net/) [info@hrdc.net](mailto:info@hrdc.net)
- HRW** **Human Rights Watch**  
[www.hrw.org/](http://www.hrw.org/) [hrwnyc@hrw.org](mailto:hrwnyc@hrw.org)
- ICJ** **International Commission of Jurists**  
[www.icj.org/](http://www.icj.org/) [info@icj.org](mailto:info@icj.org)
- IRCT** **The International Rehabilitation Council for Torture Victims**  
[www.irct.org/](http://www.irct.org/) [irct@irct.org](mailto:irct@irct.org)
- ISHHR** **International Society for Health and Human Rights**  
[www.isshr.org/](http://www.isshr.org/) [istartts@s054.aone.net.au](mailto:istartts@s054.aone.net.au)

- MERS** **Menschenrechtsnews Schweiz**  
[www.humanrights.ch](http://www.humanrights.ch) [info@humanrights.ch](mailto:info@humanrights.ch)
- OMCT** **The World Organisation against Torture**  
[www.omct.org/](http://www.omct.org/) [omct@omct.org](mailto:omct@omct.org)
- REDRESS** **The Redress Trust**  
[www.redress.org/](http://www.redress.org/) [redresstrust@gn.apc.org](mailto:redresstrust@gn.apc.org)
- OHCHR** **United Nations High Commissioner for Human Rights**  
[www.ohchr.org](http://www.ohchr.org)

**Istanbul-Protokoll des OHCHR  
zur forensischen Abklärung der Folter**  
[www.ohchr.org/english/about/publications/docs/8rev1.pdf](http://www.ohchr.org/english/about/publications/docs/8rev1.pdf)

**UNO Fonds gegen Folter**  
[www.ohchr.org/english/about/funds/torture/index.htm](http://www.ohchr.org/english/about/funds/torture/index.htm)



## Ausgewählte Literatur

Becker, D., 2006. Die Erfindung des Traumas- Verflochtene Geschichten. (1. Auflage). Berlin: Zeitungsverlag Freitag.

Departement Migration SRK (Hrsg.), 2004. Migration- Eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen. Zürich: Seismo Verlag.

Departement Migration SRK (Hrsg.), 2005. In the Aftermath of Torture and War. Zürich: Seismo Verlag.

Domenig D.(Hrsg.), 2007. Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. (2. Auflage). Bern: Huber.

Maier, T. & Schnyder, U. (Hrsg), 2007. Psychotherapie mit Folter- und Kriegsopfern. Bern: Huber.

Moser, C., Nyfeler, D., Verwey, M. (Hrsg.), 2001. Traumatisierung von Flüchtlingen und Asyl Suchenden. Einfluss des politischen, sozialen und medizinischen Kontextes, Zürich: Seismo Verlag.

Weiss, R., 2003. Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten. Zürich: Seismo Verlag.

## SRK-Projekte

*In Planung:*

Die Betreuung von traumatisierten Flüchtlingen in der hausärztlichen Praxis  
Weiterbildungsangebote und Fallbesprechungen. Interessierte Fachpersonen wenden sich an [gi-ambulatorium@redcross.ch](mailto:gi-ambulatorium@redcross.ch)

Weiterbildung zu transkultureller Kompetenz sowie zu Migration und Gesundheit: [gi-gesundheit@redcross.ch](mailto:gi-gesundheit@redcross.ch)

**Migesplus – die Internetplattform für Gesundheitsinformationen in Migrationssprachen**

Die Internetplattform [www.migesplus.ch](http://www.migesplus.ch) bietet eine Übersicht über die wichtigsten mehrsprachigen Broschüren, Videos und anderen Informationsmaterialien. Diese Gesundheitsinformationen können dort kostenlos bestellt werden.

**Gesundheitswegweiser Schweiz** hilft in der Schweiz lebenden Menschen – vor allem Migrantinnen und Migranten – sich im schweizerischen Gesundheitssystem zurechtzufinden. Er gibt Auskunft zur medizinischen Versorgung und erklärt wichtige Gesetze und Regelungen, wie die Kranken- oder Invalidenversicherung. Die Broschüre ist in 18 Sprachen verfügbar. Bezugsadresse: [www.migesplus.ch](http://www.migesplus.ch)



### **Schweizerisches Rotes Kreuz**

Ambulatorium für Folter- und Kriegsopfer

Werkstrasse 16, CH-3084 Wabern

Telefon: +41 (0)31 960 77 77

E-Mail: [gi-ambulatorium@redcross.ch](mailto:gi-ambulatorium@redcross.ch)

[www.redcross.ch](http://www.redcross.ch)



**Croix-Rouge suisse**  
**Schweizerisches Rotes Kreuz**   
**Croce Rossa Svizzera**