

Das Leibparadigma in der Traumatherapie Erfahrungen aus der Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen und Gefolterten

Dipl. Psych. Ingrid Ingeborg Koop

1. Leiblichkeit im Lebenskontext von Flüchtlingen

Der folgende Artikel entstand auf dem Hintergrund meiner langjährigen Erfahrungen in der Traumatherapie, v.a. mit traumatisierten Flüchtlingen und Folterüberlebenden, und meiner Verbindung als Psychotherapeutin mit der Integrativen Bewegungstherapie. Seit Beginn meiner traumatherapeutischen Arbeit war mir die Leiborientierung im therapeutischen Denken und Handeln hilfreich und hat sich m.E. gerade in der Praxis mit extremtraumatisierten Menschen als grundlegend erwiesen. Jenseits der in den letzten Jahren entstandenen Trends zur Traumatherapie, jenseits von Phasenmodellen und dem Streit um Traumakonfrontation als Königsweg möchte ich ein Verständnis von Integrativer Traumatherapie anregen, das den Menschen in seiner Leiblichkeit zum Ausgangs- und Endpunkt in der Therapie erklärt. Dieses Ausgangsparadigma ist nicht nur der Traumatherapie eigen. Es hat sich jedoch in seiner traumatherapeutischen Ausrichtung weiterentwickelt und spezifisch ausdifferenziert in der Arbeit mit Menschen, die „man made disasters“ erlebt haben. Einige dieser Ausdifferenzierungen werde ich in diesem Artikel vorstellen.

Besonders bei traumatisierten Flüchtlingen und Folter-überlebenden erweisen sich gängige Traumadiagnostik- und Traumatherapiemodelle als begrenzt tauglich, da sie den spezifischen Lebenskontext, d.h. die Erfahrungen im Heimatland und die realen gegenwärtigen Lebensbedingungen im Exil nicht berücksichtigen. Zum ersten hat ein Teil der Flüchtlinge unmittelbar körperliche Verletzungen und Traumatisierungen erlebt: die Schläge bei der Hausdurchsuchung, Verbrennungen und Elektroschocks in der Folterhaft, die Vergewaltigung durch den Schlepper auf der Flucht, um nur einige zu nennen. Diesen Traumatisierungen muss in der Behandlung körperlich und seelisch Rechnung getragen werden.

Zum zweiten sind die Lebensbedingungen im Exilland Deutschland für die meisten Flüchtlinge alles andere als sicher und gesund. Zermürbende, manchmal jahrelange Wartezeit auf eine Asylanerkennung, drohende Abschiebung, gekürzte Sozialhilfe, bedrückende Wohnverhältnisse, eingeschränkte Gesundheitsversorgung - die Identitätssäulen der Leiblichkeit und der materiell-existenziellen Sicherheit sind massiv erschüttert. Die Alltagsbewältigung von Tag zu Tag, die Auseinandersetzung mit Behörden, der Kampf für eine Bleiberegulung stehen im Vordergrund, auf dem jahrelang Kopf- und Leibscherzen, extreme Schlafstörungen, Alpträume und andere Traumafolgen im Hintergrund ausgehalten werden. Manchmal ist in einer solchen Situation eine Bearbeitung des ursprünglichen Traumas möglich und sinnvoll, manchmal nicht. Symptomlinderung und (leibliche) Ressourcenarbeit sind jedoch fast immer therapeutisch indiziert und möglich.

Als drittes schließlich kommen die Flüchtlinge aus den unterschiedlichsten Kulturen, zu denen jeweils ein Zugang gefunden werden muss. Dies gilt für die persönliche Begegnung wie für die kulturellen Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit, für das kulturelle Verständnis von Sinnlosigkeit und Sinn des Erlebten, von Hoffnung und Lebensperspektive Oft sind es Kulturen, in denen verbaler Ausdruck von seelischen Prozessen und Gefühlen unüblich ist, wo sich die Seele ihren Ausdruck v.a. über den Körper in psychosomatischer Form sucht. Gerade hier sind nonverbale Beobachtungen, Gesten und Interventionen von großer Bedeutung. Es kann damit auch an ein nicht polarisiertes Verständnis von Krankheit und Gesundheit angeknüpft werden, wo die Therapeutin die „Heilerin“ ist, zu der die körperlichen wie seelischen Schmerzen getragen werden und Hilfe für beides erhofft wird. In diesem Zusammenhang werden nonverbale Interventionen manches Mal besser und selbstverständlicher angenommen als in unserem westlichen Kulturkreis.

2. Zur Diagnostik bei „man made disasters“

Auch in der Traumadiagnostik sind weitere Differenzierungen notwendig. Menschen, die von anderen Menschen verursachte Traumata erlebt haben, zeigen eine Reihe zusätzlicher Symptome, die über das Konzept der posttraumatischen Belastungsstörung hinausgehen. In der Fachliteratur wurden in den letzten Jahren weiterreichende Konzepte erarbeitet, z.B. die **komplexe posttraumatische Belastungsstörung** (Herman 1993) oder die **Störungen durch Extrembelastungen** (van der Kolk et al. 1992).

Überlebende von politischer Verfolgung und Folter sind meist über einen längeren Zeitraum und mehrfach extremen Stresssituationen ausgesetzt. In ihrem Heimatland haben sie zum Teil Jahre der Verfolgung, einmalige oder mehrere

Haftzeiten mit andauernder oder wiederholter Folter erlebt. Die Traumatisierung endet nicht mit dem Verlassen der Heimat, sondern setzt sich u.U. auf der Flucht fort. Auch bei der Ankunft im Exil ist die vermeintliche Sicherheit nur relativ. Durch Kulturschock und schwierige Lebensumstände im Exil (Arbeitsverbot, Abschiebedrohung u. a.) kann es zu einer Fortsetzung des Traumas bzw. zu einer Retraumatisierung kommen. Flüchtlinge sind also häufig nicht in der „post-traumatischen“ Phase, sondern noch mitten im Trauma. Keilson (1979) spricht von einer "sequentiellen Traumatisierung" und hat aufgezeigt, dass die Phase nach dem ursprünglichen Trauma die sensibelste ist, was die Möglichkeiten betrifft, das Geschehene zu verarbeiten. Bestehen hier keine salutogenen Bedingungen bzw. sind die Lebensumstände weiterhin ungünstig besteht ein hohes Erkrankungs- und Chronifizierungsrisiko. Auch die Häufung der traumatisierenden Ereignisse spielt eine Rolle. Hier greift das Konzept der "kumulativen Traumatisierung" (Khan 1963). Der Begriff der "Extremsituation" wurde von Bettelheim 1943 eingeführt als Reflexion seiner Konzentrationslagererfahrungen. Die Betonung liegt hier auf der Qualität der Erfahrungen: Es ist etwas, das Menschen von anderen Menschen angetan wurde. Vor allem lateinamerikanische KollegInnen haben die Bedeutung der menschlichen und damit politischen Dimension der Misshandlung durch Folter und der Konsequenzen für die Therapie herausgearbeitet. Sie sprechen von **Extremtraumatisierung**: "Extremtraumatisierung ist ein Prozess von zeitlicher Dauer, Intensität und der Interaktion zwischen sozialen und psychologischen Strukturen. Es ist ein individueller und kollektiver Prozess in Bezug auf und in Abhängigkeit von einem gegebenen sozialen Kontext" (Becker/Calderon 1990). Extremtraumatisierung ist also immer beides: individuelle Zerstörung - auf leiblicher und Identitätsebene - und soziopolitischer Prozess. Auch wenn damit bewusst keine neue „Diagnosekategorie“ geschaffen werden soll ist es notwendig, über die „Posttraumatische Belastungsstörung“ hinaus mit dem Konzept der Extremtraumatisierung den diagnostischen Blick zu erweitern.

3. Dimensionen des Leibparadigmas

Traumabehandlung ist eine umfassende Behandlung und hat die leiblichen Zusammenhänge im Blick. Die anthropologischen Grundannahmen der Integrativen Therapie gehen aus von dem Menschen als "Körper-Seele-Geist-Wesen im sozialen und ökologischen Kontext und Kontinuum". Die menschliche Ganzheit drückt sich auf verschiedenen Daseinsebenen aus, die zueinander im Einklang oder im Widerspruch stehen oder voneinander abgespalten sind. In der Integrativen Traumatherapie wird nicht nur auf eine kognitive Bewertung des Traumas gezielt, sondern multimodal auf die körperliche, die emotionale und die geistig-spirituelle Ebene. Es wird versucht, einen Kontaktfluss zu erreichen bzw. die Ebenen in Übereinstimmung zu bringen. D.h. Kognitionen, Werthaltungen und Gefühle sollen auf leiblicher Ebene verankert werden - und umgekehrt.

Den KollegInnen aus der Integrativen Therapie werden diese Gedanken vertraut sein, ebenso wie ein ganzheitliches Vorgehen eingebettet in eine therapeutische Grundhaltung der „Intersubjektivität“ und der „Ko-responzenz“ (Petzold 1993a), das gleichermaßen in der Traumabehandlung gilt.

3.1. Neurophysiologische Prozesse

Integrative Traumatherapie muss in der Leiborientierung neurophysiologische Prozesse bei der Entstehung von Traumata berücksichtigen, wie sie aus den Forschungen der letzten 10 bis 15 Jahre beschrieben werden (van der Kolk et al. 2000). Schwere unbewältigte Traumatisierungen hinterlassen funktionelle neuro-physiologische Veränderungen (van der Kolk et al. 1992). Das Stressverarbeitungssystem ist verändert. Die Reizschwelle für Triggerreize ist herabgesetzt, die physiologische Erregung bei Stress wird schnell zu Übererregung und die Regulierung des erhöhten Hormonausstoßes ist erschwert. Traumatisierte Menschen sind damit oft reizbar, schnell übererregt, reagieren überschießend und können sich dann schwerer zurückregulieren und wieder aus dem Erregungszustand herauskommen. Neuere Forschungsergebnisse weisen auch darauf hin, dass bei Traumaerleben die Informationsverarbeitung im Gehirn gestört ist. Reize von traumatischer Qualität lösen sofort die adäquate Stressphysiologie des Körpers aus, werden aber nicht weitergeleitet zum Sprachzentrum und zum Frontalhirn, um dort weiter benannt, verbal-kognitiv und emotional bewertet und eingeordnet zu werden. Somit erhebt sich die Frage, inwieweit eine traumatische Erfahrung überhaupt einer verbalen bzw. rein verbalen Bearbeitung zugänglich ist (vgl. Reddemann/Sachsse 1997).

3.2. Zur Indikation einer Traumabearbeitung

Traumaerfahrung ist eine Erfahrung namenlosen Entsetzens. In der Therapie geht es darum, die Erfahrung benennen zu können, ihnen einen Namen zu geben und damit wieder Verfügungsgewalt über sie zu erlangen, sie in sein Lebenskontinuum zu integrieren. Aus den psychobiologischen Vorgängen des traumatischen Geschehens ergeben sich Konsequenzen, die bei der Versprachlichung und Durcharbeitung eines Traumas zu berücksichtigen sind. Petzold (1996, 305 f) weist darauf hin, dass die Forschung zur Praxis des Wiederdurchlebens von traumatischem Stress keineswegs eindeutige Ergebnisse zeigt. Die Vorstellung, es müsse ein verdrängtes bzw. dissoziiertes Trauma um jeden Preis ins Bewusstsein gebracht werden, wird nach Petzold zu einer schädlichen Zwangsvorstellung, wenn man nicht auch die Möglichkeit sieht, dass die Vermeidung oder Verdrängung eine sinnvolle, effektive und heilsame Bewältigungsstrategie sein kann. Forciert man die Traumabearbeitung kann es zu einer Verstärkung von pathologischen Hyperarousal - Mustern kommen, die negative Auswirkungen auf das Immunsystem zeigen (vgl. van der Kolk 1994).

Symptome des „numbing“ können mit einer unangebrachten forcierten Durcharbeitung eher verstärkt werden: „Sorgfältige prozessuale Diagnostik, flexible Interventionsstrategien und eine differenzierte Behandlungstechnik sind notwendig, um mit traumatischen Erfahrungen und mit Erinnerungen an diese ohne Gefährdung der Patienten zu arbeiten“ (Petzold, 1996, 306). Regressive und kathartische Arbeit sind wichtig und hilfreich, aber nicht für jede(n) und in jeder Situation. Es muss vielmehr möglich sein, aus einem breiten Repertoire die richtigen Interventionen auszuwählen.

Bei der Arbeit mit Regression und Katharsis kann es immer nur um situative Regressionen gehen. Den traumatisierten Menschen muss ermöglicht werden, sich der traumatischen Situation bzw. den traumatischen Erinnerungen mit der stützenden Begleitung der Therapeutin zu nähern, diese zu benennen, evtl. zu re-inszenieren. Genauso muss es möglich sein, aus dieser Regression wieder unter der Anleitung der Therapeutin zurück zu kehren zu stützenden Erfahrungen und Alltagsbewältigung.

Die sorgfältig eingesetzte Konfrontation mit dem Trauma kann, muss aber nicht, kathartische Wirkung haben. Sie wird auf jeden Fall entlastend sein. Hierdurch kann auch eine „eingefrorene Trauer“ (Langer 1986) gelöst werden und die eigentliche Trauerarbeit beginnen. Mit der Versprachlichung des Traumas und der Wiederaneignung der traumatischen Erfahrungen kann die Suche nach dem Sinn eingeleitet werden sowie eine Differenzierung der Bedeutung der Symptome stattfinden. Symptome, die vorher nur schmerzhaft und belastend wahrgenommen wurden, können, wenn sie wieder in Zusammenhang mit dem Trauma gesetzt werden, sowohl in ihrem körperlichen als auch in ihrem emotionalen Gehalt als Stärken der PatientInnen gesehen werden, als gesunde Schutz- und Abwehrreaktionen, als „normale“ Reaktionen auf „unnormale“ Verhältnisse. Wenn die Indikation für eine direkte Traumabearbeitung gegeben ist bieten sich auch Leibinterventionen an (vgl. Kapitel 3.3.3.). Integrative Traumatherapie und Leiborientierung sind jedoch keinesfalls darauf zu reduzieren sondern gehen von einem umfassenden Therapieverständnis und Vorgehen aus, wie in den nächsten Abschnitten ausgeführt wird.

3.3. Arbeit an Leiblichkeit und Identität

Traumatherapie ist leibliche Identitätsarbeit. Hier bietet Petzolds Modell der **"Fünf Säulen der Identität"** (vgl. Petzold nach Rahm et al. 1993, 155) eine umfassende Grundlage für konkretes Behandlungsvorgehen in den Bereichen: Leiblichkeit; Arbeit mit dem sozialen Netzwerk; Tätigkeit und Leistung; materielle und existentielle Sicherheit; Normen, Werte und Spiritualität (weitere Ausführungen vgl. Koop 2000a). Ich werde im folgenden auf die Identitätssäule der Leiblichkeit eingehen.

Ein traumatisierter Mensch ist in seiner ganzen Leiblichkeit angegriffen. Besonders deutlich wird dies bei extremtraumatisierten Menschen, die Folter überlebt haben. Folter zielt nur vordergründig auf das Abpressen von "Geständnissen". Das determinierte Ziel von Folter ist die Zerstörung der Persönlichkeit. Über den direkten Angriff auf den Körper soll der ganze Mensch in seiner Identität gebrochen werden. Körperliche Schmerzen sind untrennbar mit den seelischen Schmerzen verbunden.

3.3.1. Zielbereiche

Extremtraumatisierte Flüchtlinge bringen meist eine Reihe somatischer und psychosomatischer Beschwerden zur Behandlung mit. Der körperlichen Symptomatik und dem leiblichen Befinden wird in der Behandlung Rechnung getragen mit dem Ziel, die „Stressphysiologie“ in eine „Wellnessphysiologie“, eine Physiologie des Wohlbefindens, zu verändern, mit folgenden Bereichen und Zielen:

1. Symptom - und Schmerzlinderung, Entlastung
2. Wiederherstellung/Coping eingeschränkter oder gestörter Körper- und Bewegungsfunktionen
3. Allgemeine Sensibilisierung der Körperwahrnehmung
4. Erhöhung der Sensibilität für Unterschiede in der Schmerzwahrnehmung
5. Arbeit an der differenzierten Körperwahrnehmung

6. Förderung des kognitiven Verständnisses für leib - seelische Zusammenhänge
7. Erfahrung von Körpergrenzen (Raum- und Zeitgrenzen)
8. Einbezug emotionaler Bewertungen des Körper- und Traumaerlebens
9. Arbeit am gestörten Körperbild, Zugang zu abgespaltenen Leibregionen
10. Förderung eines positiven und integrativen Körpererlebens
11. Leibliche Ressourcenarbeit und Förderung von leiblichem Genuss
12. Arbeit mit dem „sozialen Leib“ / der Zwischenleiblichkeit

3.3.2. Multimodales Vorgehen

In der leiborientierten Behandlung unterscheide ich a) bimodales oder multimodales Vorgehen in der Kombination von Physiotherapie und Psychotherapie b) prozessorientierte Bewegungs- und Leibinterventionen. Bei einem **multimodalen Vorgehen** gilt es interdisziplinär zu denken und zu handeln. Petzold (1996) weist darauf hin, dass Stresssymptome *als solche* ernst zunehmen und unmittelbar zu behandeln sind, was in einem auf Psychotherapie fokussierten Kontext manches Mal nicht beachtet wird. Umgekehrt reicht in der Regel ein klassisches physiotherapeutisches Vorgehen nicht aus, auch nicht, um die somatischen Auswirkungen zu steuern. So trägt meiner Erfahrung nach z.B. eine klassische krankengymnastische Behandlung, wenn sie als einzige oder isolierte Maßnahme vorgenommen wird, oft wenig Früchte. Es gilt, eine breite (und dennoch nicht eklektizistische, sondern integrative) Interventionsplanung vorzunehmen. Gearbeitet wird in einem **multimodalen Vorgehen**. Ein solches Vorgehen hat die **übungsorientiert - funktionale Modalität**, die **erlebnisorientiert - stimulierende Modalität** und die **konfliktorientiert - aufdeckende Modalität** im Blick und wählt die im Einzelfall erforderliche Kombination aus: „Die Kombination von Modalitäten in **bimodalem** oder **trimodalem** Vorgehen ist, wenn sie in einer Hand liegt, also in einem konsistenten „therapeutischen Curriculum“ (Petzold 1988 n, 208 ff) organisiert ist und in guter Kooperation der an der Behandlung beteiligten Therapeuten erfolgt, ein ausgezeichnete Weg, eine ganzheitliche und differentielle Behandlung zu gewährleisten“ (van der Mei/Petzold/Bosscher 1997, 391).

Ein übungsorientiert - funktionales Vorgehen ist oft indiziert, muss jedoch in den Gesamtzusammenhang der therapeutischen Arbeit eingebettet sein sowie die individuellen und kulturellen Voraussetzungen der PatientIn beachten. In dieser Modalität wird besonders an den Zielbereichen 1. bis 7. gearbeitet. Die vordergründigen somatischen und psychosomatischen Symptome werden angegangen mit verschiedenen physiotherapeutischen Behandlungsformen (spezielle Krankengymnastik, Wärmebehandlung, Massagen, Shiatsu etc.) sowie mit Atem- und Entspannungsverfahren. Zu nennen sind hier auch spezifische Entspannungsverfahren z.B. der Integrativen Bewegungs- und Leibtherapie (Voutta-Voss 1997) sowie das reiche Spektrum psychomotorischer, bewegungs- und sporttherapeutischer Verfahren, die z.B. auf eine allgemeine Sensibilisierung der Körperwahrnehmung zielen (Atemtherapie, Alexandertechnik, Yoga, Qui Gong u.a.).

Zusätzlich haben wir in den letzten Jahren positive Erfahrungen gemacht mit psychoedukativem Vorgehen bzgl. körperlicher Prozesse. Zentrale Fragen, die dabei angesprochen werden, sind z.B. die Vermittlung von Ernährungswissen und Stoffwechsel-geschehen („genügend trinken“) oder die Reduzierung von Medikamenten wie Schmerzmittel und Psychopharmaka bzw. deren Ersatz durch Tees und andere Naturheilmittel (vgl. Rodde 2000).

3.3.3. Prozessorientierte Leibinterventionen

Prozessorientierte Leibinterventionen werden immer modalitätengerichtet eingesetzt. In der erlebnisorientierten und der konfliktorientiert-aufdeckenden Modalität sind v.a. die Zielbereiche 7. bis 12. angesprochen. In beiden Modalitäten ist die Prozessorientierung in besonderem Maße wichtig, da es hierbei kein Arsenal festgelegter Bewegungs- oder Übungssequenzen gibt. Die Interventionen werden jeweils individuell aus der Situation heraus entwickelt und eingesetzt. Als bewegungs- und leibtherapeutische Interventionen sind alle Interventionen zu verstehen, die direkt oder indirekt auf den Leib in seinem Kontext und Kontinuum gerichtet sind.

Bei leibtherapeutischen Interventionen ist zu unterscheiden zwischen dem **touching**, dem **self-touching** und dem **non-touching-approach** (vgl. Petzold 1993c, 319). Im **non-touching-approach** wird die Aufmerksamkeit gezielt auf leibliche Empfindungen und Impulse gelenkt, die Wahrnehmung auf die eigene Leiblichkeit fokussiert. Der **self-touching-approach** bezieht die eigenleibliche Berührung ein, der oder die PatientIn wird ermutigt, den eigenen Leib selbst zu berühren und zu erkunden. Im **touching-approach** können unspezifische Bemühungen im Sinne „emotionaler Alltagsgesten“, z.B. Gesten des Trostes, der Stützung und Versicherung zum Tragen kommen. Gearbeitet werden kann auch mit **Intermediärobjekten** wie Bällen, Stäben, Schaumstoffwürfeln u. ä..

Kognitionen und Gefühle sollen auf leiblicher Ebene verankert werden - und umgekehrt. Gearbeitet wird mit dem

1. **Bottom-up-approach:** Eine belastete Körperlichkeit kann eine Belastung des Gemütes oder Geistes zur Folge haben. Folterüberlebende sind konkret in ihrer Leiblichkeit bedroht und beschädigt worden, was in der Regel zur Ausbildung einer akuten oder chronischen Stressphysiologie führt und Auswirkungen auf den emotionalen und kognitiven Bereich hat. Durch körperliche Entspannung und Aktivierung (Bewegungsübungen, Physiotherapie, Sport etc.) werden Emotionen und Kognitionen beeinflusst, was auch Auswirkungen z.B. auf das soziale Netzwerk hat. Manchmal bringt alleine das Gehen, das Bewegen im Raum eingefahrene Gedanken und erstarrte Gefühle wieder „in Bewegung“: Die äußere Bewegung bewirkt auch eine innere Bewegung.

2. Top-down-approach: Belastete Gedanken und Vorstellungen können zu belasteter Körperlichkeit führen. Über Imaginationübungen, formelhafte Vorsatzbildung, Einstellungsänderungen, durch Perspektivenwechsel können Gefühle und leibliche Befindlichkeiten beeinflusst werden. Bei Folterüberlebenden kann eine Neubewertung des erlittenen Traumas, ein Öffnen für die Mehrperspektivität des Erlebten, sowohl den emotionalen Gehalt als auch die körperlichen Empfindungen dazu verändern.
(Zum Bottom-up- und Top-down-approach vgl. Orth 1996, 48 f.).

Ein Beispiel zur direkten Traumabearbeitung mit prozessorientierten Leibinterventionen findet sich in meinem Artikel „Narben auf der Seele. Integrative Traumatherapie mit Folterüberlebenden“ (Koop 2000a; vgl. auch Koop 2000b).

4. Entwicklung und Stärkung von Ressourcen

Ressourcenarbeit statt Defizitorientierung ist Grundlage jeder Traumabehandlung. Bei traumatisierten Menschen können Ressourcen oft nicht mehr adäquat wahrgenommen, klassifiziert, bewertet und kognitiv eingeschätzt sowie in praktisches Handeln umgesetzt werden. Erlebnisse entlastender und stärkender Art sind nicht oder nur sehr schwer möglich. Es gilt daran zu erinnern, dass auch ein traumatisierter Mensch im **Lebenskontinuum** steht, in dem es eine Zeit **vor** und eine Zeit **nach** dem Trauma gibt. So werden innere Kräfte aufgespürt, die das Überleben ermöglicht haben und auch Entlastungen und Kompensationsmöglichkeiten bei der Traumabearbeitung schaffen. Kathartische Arbeit ist nicht sinnvoll, wenn dem traumatischen Erleben nicht Ressourcen als Ausgleich im Hier und Jetzt zur Verfügung stehen.

Leibliche Ressourcenarbeit und die Förderung von leiblichem Genuss wurden als Zielbereich in Kapitel 3.3.1. benannt. Dabei ist auch die Arbeit an leiblichen Basisfunktionen sinnvoll, ein Ausprobieren der eigenen Gesichtsmimik, von verschiedenen Körperhaltungen etc.. Durch diese “movement produced information“ kann wieder lachen gelernt, Interesse erzeugt, neue Erfahrungen aufgebaut werden. In der Therapie können kleine Quellen von Stärke und Genuß (wieder) entdeckt werden: Übergangsobjekte, Musik, Literatur, Naturerleben Es kann angeknüpft werden an alten positiven Erfahrungen und Stärken. Hilfreich ist z.B. auch die Arbeit mit positiven Imaginationübungen (vgl. Reddemann 2001) v.a. unter Einbezug der Sinnesorgane: Wie riecht und schmeckt es in der Vorstellung, was ist zu sehen, wie hört und wie fühlt es sich an?

Bei der Therapie mit extremtraumatisierten Flüchtlingen ist darauf zu achten, möglichst durchgängig strukturierte und an konkreter Leiblichkeit orientierte Übungen zu wählen. Frei assoziierende oder abstrakte Übungen, wie sie z.T. in der heutigen Traumatherapieliteratur empfohlen werden, greifen oft nicht oder erhöhen den Angstpegel. So ist z.B. die bekannte „Sicherer Ort“-Übung bei Flüchtlingen teilweise kontraindiziert, besonders wenn sie sich noch im Anerkennungsverfahren befinden oder von Abschiebung bedroht sind und in ihrer realen Lebenssituation über keinen solchen Ort verfügen. Hier macht es Sinn, vorgegebene Übungen den PatientInnen gemäß und prozessorientiert zu verändern.

5. Ergänzende Betrachtungen

Die traumatischen Erfahrungen werden im Prozessverlauf der Traumatherapie im **Lebenskontinuum** und **Lebenskontext** der PatientIn verstanden und eingeordnet. Für das **Lebenskontinuum** müssen die biographischen Zeitdimensionen wieder erschlossen werden. Traumatische Teile der Vergangenheit können erinnert, Schmerzen erfahren und Verluste betrauert werden. Aber auch die guten und stärkenden Erinnerungen werden zum Fließen gebracht, um sich die ganze Lebensgeschichte wieder anzueignen und nicht auf die Identifikation als „Gefolterte/r“ reduziert zu bleiben.

Oft ist die Gegenwart traumatisierter Flüchtlinge bestimmt von Schmerz, Leid, großer Unsicherheit und manchmal fortgesetzter Traumatisierung. Die Einflüsse des Traumas auf das gegenwärtige Leben sowie anhaltende Traumatisierungen müssen als solche erkannt und in Zusammenhang gesetzt werden. Der Verlust von Zukunftsperspektiven ist charakteristisch für Menschen in Krisen. In besonderem Maße gilt dies für Flüchtlinge, deren reale Zukunftsmöglichkeiten ungewiss sind. Es ist dennoch notwendig, sich der Zukunftsdimension zu nähern, wenn auch in noch so kleinen Schritten. Manchmal umfasst "Zukunft" in der Unsicherheit der Exilsituation erst einmal nur die nächsten Tage und Wochen. Auch dann kann über Phantasien und Wünsche gesprochen, Pläne gemacht, Möglichkeiten ausprobiert werden, um ein Fenster zur Zukunft wieder zu öffnen. Es braucht die Ermutigung zu „Projekten“ wie wieder die Mahlzeiten für die Familie zu bereiten, an einem Deutschkurs teilzunehmen, eine Ausbildung oder anderes zu beginnen, auch ohne zu wissen, ob sie hier zu Ende gebracht werden können.

Für den **Lebenskontext** ist bedeutsam, dass das individuelle Trauma im sozialen und politischen Zusammenhang steht. Bei Diagnose und Behandlung spielen sowohl die innere Realität des traumatisierten Flüchtlings als auch die äußere Realität in Heimat und Exil eine große Rolle. Die gesellschaftliche Realität von Verfolgung und Folter hatte die Zerstörung des Subjekts zum Ziel. Im therapeutischen Prozess soll die Subjektivität des traumatisierten Menschen wieder hergestellt werden. Dies beinhaltet erstens (wieder) zwischen innerer

und äußerer Realität unterscheiden zu lernen, eine Differenzierung, die unter der traumatischen Erfahrung oft abhanden gekommen ist. Zweitens muss die äußere Realität als solche benannt und bearbeitet werden. Die Benennung der äußeren Realität ist Voraussetzung, um den Zugang zur inneren Realität zu ermöglichen. Eine Bearbeitung der Phantasien, der subjektiven Realität ist nur möglich, wenn die äußere Realität zwischen TherapeutIn und PatientIn benannt ist und darüber Konsens besteht. So kann Leid als Bestandteil von gesellschaftlicher Unterdrückung aufgefaßt und damit entprivatisiert werden. Gleichzeitig wird durch die Anerkennung äußerer Realität und einer "Veröffentlichung" des subjektiv Erlittenen ein Raum wieder hergestellt, in dem Privates auch als Privates anerkannt werden kann. So bleibt ein traumatisierter Mensch nicht nur Opfer, sondern ist im Sinne einer Mehrperspektivität auch Überlebender und Zeuge dessen, was ihm oder ihr angetan wurde.

Die von chilenischen KollegInnen entwickelte therapeutische Strategie des **testimonio** bedeutet Zeugnis oder Aussage. Dabei werden die PatientInnen ermutigt und unterstützt, die an ihnen verübten Verbrechen zu berichten und zu bezeugen, niederzuschreiben oder auf Tonband festzuhalten. Ursprünglich als Unterstützung für die Arbeit der Menschenrechtsorganisationen gedacht wurde bald die therapeutische Relevanz des **testimonio** entdeckt, wenn sie im therapeutischen Dialog stattfindet. Ein Ergebnis der Arbeit mit der **testimonio**-Strategie bei traumatisierten Flüchtlingen ist z.B. in einer Dokumentation von REFUGIO Bremen, Behandlungszentrum für traumatisierte Flüchtlinge, nachzulesen (REFUGIO Bremen, 1999).

Ob das Bezeugen und die Herstellung von Öffentlichkeit zunächst (nur) in der Dyade der therapeutischen Beziehung geschieht - und manchmal dort verbleibt - oder ob weitere Schritte nach außen sinnvoll und möglich sind wie eine Veröffentlichung der Aussage oder eine Anklage der Folterer im eigenen Land oder bei internationalen Gremien: Der Schritt, den erlebten traumatischen **Eindrücken** des Leibes einen gesellschaftlich-sozialen, also zwischenleiblichen **Ausdruck** zu geben, ist meist ein heilsamer .

Dipl. Psych. Ingrid Ingeborg Koop
Heidelberger Str. 13
28203 Bremen

Literaturliste bei der Autorin

Hinweis zum Copyright: Alle Rechte für diesen Text liegen bei der DGIB und den FPI-Publikationen. Nachdruck und sonstige Veröffentlichung – auch auszugsweise – nur mit Genehmigung der Autorin / der DGIB (www.iblt.de)