

Kathrin Groninger, Berlin

Flüchtlinge und Traumabearbeitung: im Spannungsfeld ausländerrechtlicher Weisung und psychotherapeutischer Hilfe

Abstract

The refugee movement from former Yugoslavia not only brought along new aspects in the alien law, that is the so called 'traumaregulations', but also changed practical psychotherapy in centers for refugees and victims of torture. Therapeutical as well as social aspects of working with trauma are connected through the 'historical truth', a terminology by Laub (2000), and the understanding of violence as exclusion from human society (Lansen, 2003). Thus, changes in psychotherapeutic work especially regarding human rights discriminations shall be critically reviewed. My paper on **Refugees and Trauma: Conflicts at the Interface between Immigration Law and Psychotherapeutic Aid** deals with the question, whether 'traumaregulations' for refugees – from a psychological point of view – are enhancing the recognition of suffering or if, on the other hand, they are rather furthering the abnegation of violence and thus become a mere administrative instrument.

Einleitung

Vor dem Hintergrund meiner Praxiserfahrung im Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen in Berlin möchte ich Entwicklungen der ‚Traumaregelungen‘ nachzeichnen, die nach dem Krieg in Ex-Jugoslawien in der BRD zur Anwendung gebracht wurden. Diese juristischen Weisungen zum aufenthaltsrechtlichen Schutz von traumatisierten Flüchtlingen aus Bosnien und dem Kosovo sind Ergebnis eines Aushandlungsprozesses zwischen Therapeuten und der Verwaltung. Bald zehn Jahre nach Dayton und fünf Jahre nach der NATO-Intervention in Serbien sind die ‚Traumaregelungen‘ weiterhin Bestandteil einer Kontroverse, da Entscheidungen, was mit den Kriegsflüchtlingen geschehen soll, teilweise nach wie vor offen sind.¹ Nicht nur zwischen Therapeuten und Juristen wird verhandelt und debattiert, sondern die psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer selbst befinden sich in einem Dialog um Selbstverständnis und Identität²: ein Versuch, den politischen Einfluss auf den psychologischen Diskurs und auf das Verständnis von Trauma in der psychosozialen Flüchtlingsarbeit zu reflektieren. Auf diese Weise soll gewährleistet werden, dass sich der Anspruch an psychotherapeutische Arbeit im Kontext globaler Menschenrechtsverletzungen nicht durch den politischen Streit um Zuwanderung oder Abschiebung aufweichen lässt und letztendlich zum Nachteil der Klienten führt. Der Beitrag widmet sich der Frage, ob die ‚Traumaregelungen‘ aus psychologischer Sicht zur gesellschaftlichen Anerkennung der Leiden führen oder ob sie nicht die Tendenz zur Verleugnung von Gewalt verstärken und allenfalls ein Instrument der Verwaltung darstellen.

Im ersten Abschnitt möchte ich den Sachverhalt aus seiner Verschränkung befreien: Auf der einen Seite stelle ich die politisch-rechtlichen Rahmenbedingungen dar, die die Grundlage der Beratung und der sozialen Hilfen darstellen, auf der anderen Seite skizziere ich das psychologisch-psychiatrische bzw. psychotherapeutische Wissen, welches die berufliche Identität und das Selbstverständnis der Therapeuten maßgeblich beeinflusst. Welche Widersprüche und Missverständnisse ergeben sich aus den oft unvereinbaren Positionen

zwischen therapeutischer und politisch-rechtlicher Ebene? Sie ergeben sich nicht nur aus unterschiedlichen Interessen. Die unterschiedlichen Bedeutungen der je juristisch, klinisch und politisch verwendeten Begriffe tragen Implikationen mit sich, die Übersetzungsleistungen von einem ins andere Feld nötig machen. Ist der Traumabegriff für diesen Transfer geeignet?

Traumatisierung im ausländerrechtlichen Regelwerk

Im Zuge der Einschränkungen des Asylrechts Anfang der 90er Jahre klafften Schutz erfordernde Umstände und Schutz gewährende Kriterien immer weiter auseinander. Für die Gruppe derjenigen, die Erfahrung von Folter und extremer Gewalt erlitten hatten, konnte kein Anspruch auf Asyl begründet werden, wenn ihnen nicht eine Wiederholung staatlicher Verfolgung im Herkunftsland drohte. Als Folge der Verengung auf politischer Seite und der Sensibilisierung gegenüber Menschenrechtsverletzungen auf Unterstützerseite, trat in ausländerrechtlichen Fragen ein psychologischer Diskurs in den Vordergrund der Rechtssprechung. Die Argumentationen in den Anträgen und in den Entscheidungen wurden individualisiert, was hieß, dass zur Sicherung des Flüchtlingsstatus gesundheitliche Abschiebehindernisse herangezogen wurden. Der Anspruch auf Unterlassung der Abschiebung begründet sich aus dem Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit, festgelegt in Art. 2 Abs. 2 Grundgesetz (GG). Es muss in diesem Fall von Klinikern festgestellt und attestiert werden, dass durch Abschiebung oder Aufenthalt im Zielland eine schwerwiegende Verschlechterung des Gesundheitszustandes droht. Auch die Genfer Flüchtlingskonvention schützt in diesem Falle vor Abschiebung und ist zum Teil im §53.6(1) des Ausländergesetzes (AuslG) verankert: „Von der Abschiebung eines Ausländers in einen anderen Staat kann abgesehen werden, wenn dort für diesen Ausländer eine erhebliche konkrete Gefahr für Leib, Leben oder Freiheit besteht.“ Allerdings wurde der Abschiebeschutz bei konkreter Gefahr für Leib und Leben oder Freiheit als Kann-Regelung und damit als Ermessensentscheidung geregelt. „Damit fallen vor allem Bürger- und Kriegsflüchtlinge, für die durch die Bundesinnenminister keine Gruppenregelung getroffen wurde und die auf den individuellen Flüchtlingsschutz verwiesen wurden, ins Leere“ (Höfling-Semnar, 1995, S. 133). Dies bedeutete eine weitgehende Abschaffung des gruppenweise gewährten Abschiebeschutzes, was Anfang der 90er Jahre vor allem die Bürgerkriegsflüchtlinge aus dem ehemaligen Jugoslawien traf, die entsprechend zur Ausreise verpflichtet wurden.

Da politische Leitentscheidungen zum Aufenthaltsrecht fehlten, wurden die wenigen Psychologen und Psychologinnen, die mit traumatisierten Flüchtlingen arbeiteten umso mehr mit deren Ängsten vor Abschiebung und mit psychischen Krisen konfrontiert. Sie stellten Gesundheitszeugnisse aus, wodurch die Abschiebung traumatisierter Menschen gebremst werden konnte. Koch und Winter (2000) bringen die Haltung der Therapeuten auf den Punkt: „Eine engagierte, erfolgsorientierte Therapie kann [...] weder der Menschenrechtssituation im Herkunftsland des Überlebenden noch dem Schutz vor weiterer Verfolgung durch das Exilland gleichgültig gegenüberstehen. Beides sind wichtige Determinanten des Heilungsprozesses“ (S. 455). Über die Jahre professionalisierten sich die Kliniker, die sich mit Flüchtlingen und ihren psychischen Beschwerden beschäftigten, so dass daraus ein neuer Expertenkreis entstand. Sie konfrontierten politische Entscheidungsträger und die Verwaltung mit dem Begriff der Traumatisierung, indem auf individuelle Schicksale der Flüchtlinge aufmerksam gemacht wurde. Sie versuchten Sensibilisierungsarbeit zu leisten, was über die Jahre hinweg zu manch neuen Einsichten führte und neue Perspektiven innerhalb der politischen und juristischen Entscheidungsprozesse eröffnete.

Der politische Wille war jedoch auf Länder- und Bundesebene gespalten. Auf bundespolitischer Ebene führten die Bemühungen im November 2000 zum Beschluss der Innenministerkonferenz, traumatisierten Bürgerkriegsflüchtlingen aus Bosnien und aus dem Kosovo ein dauerhaftes Bleiberecht zu gewähren (nach §32, 30 AuslG, bzw. §54 AusG). So wurde erstmals die Gruppenzugehörigkeit als ‚traumatisiert‘ aus Bosnien oder dem Kosovo gesetzlich festgeschrieben und in den Länderweisungen ein Kriterienkatalog erstellt.

Parallel zur bundespolitischen Debatte verschärfte sich auf Berliner Länderebene die Anforderungen an die Gesundheitszeugnisse, die von Seiten der Verwaltung und der Ausländerbehörden restriktiv bearbeitet wurden. Aus Sicht der Verwaltung war die Gruppe der Traumatisierten zu groß. Die Ausländerbehörde lehnte die Anträge mit dem Vorwurf ab, die Traumatisierung, die Ärzte diagnostizierten, sei nicht glaubhaft, sodass zeitweilig die Entscheidung, ob der Flüchtling traumatisiert sei, nicht den niedergelassenen Ärzten und Psychologen überlassen wurde. Stattdessen prüften Polizeiärzte Ende der 90er Jahre eigenhändig das Krankheitsbild und erklärten die Menschen für nicht traumatisiert und für abschiebefähig. Dies führte in Berlin nach einem Streit zwischen Berufsverbänden und Verwaltung zur Einrichtung so genannter qualifizierter anerkannter „Listengutachter“, die die Überprüfungen vorzunehmen haben. Vorwürfe, es bestünden Schlüssigkeitsschwächen in den Stellungnahmen und Attesten, eine schleppende Bearbeitung der Anträge und Ablehnungen aus formalen Gründen blieben bestehen. In den Länderweisungen³ ergaben sich rechtliche Einschränkungen, die mit Hilfe von festgelegten Stichtagen des Einreisetages, des Behandlungsbeginns der Trauma-Therapie und mit ausgewiesenen Kriterien für psychologisch-gutachterliche Stellungnahmen oder fachärztliche Atteste, welche die ‚bürgerkriegsbedingte Traumatisierung‘ zu beweisen haben, durchgesetzt wurden. Diese Weisungen waren Grundlage zahlreicher Debatten zwischen Innenverwaltung und den psychosozialen Zentren.

Die Rolle der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer

Das Verständnis von Trauma⁴ in der Flüchtlingsarbeit musste durch den Interessenskonflikt zwischen Flüchtlingen und Behörden und durch die ständige Vermittlungsarbeit zwischen juristischem und klinischem Feld immer wieder reformuliert und auf bestimmte Fragestellungen hin präzisiert werden.

Die psychosozialen Zentren verwenden den Begriff der Traumatisierung, der über den engen Rahmen des klinisch-diagnostischen Manuals hinaus als prozesshaft⁵ und kumulativ⁶ verstanden wird. Traumatisierung ist nicht eine Sammlung von psychischen und physischen Symptomen, die durch ein traumatisches Ereignis ausgelöst werden, sondern bezieht sich auf den jeweiligen politischen, sozialen und biographischen Kontext vor, während und nach der Gewalterfahrung. In Projektberichten und Materialien, die in den psychosozialen Zentren zur Traumaarbeit mit Flüchtlingen entstanden sind, wird beispielsweise formuliert: „Halten nach der traumatischen Erfahrung restriktive bzw. beängstigende Lebensbedingungen an, haben diese oftmals eine reaktivierende oder gar retraumatisierende Wirkung. Es entsteht dann eine Reihe sich aneinander knüpfender traumatisierender Erfahrungen, die sich in ihrer Wirkung verstärken und zur Chronifizierung und zu Folgeerkrankungen führen. Die Traumatisierung bei Kriegsflüchtlingen ist nicht ausschließlich dort zu sehen, wo sie entstanden ist, sondern auch dort, wo sie weiter erhalten wird“ (Groninger, 2003).

Da die traumatische Symptomatik als Erkenntnisquelle zur Beurteilung politischer Fluchtgründe herangezogen wurde, verschoben sich die Aufgaben der Psychologen und

Therapeuten in den Behandlungszentren. Mit dem politischen Auftrag die Menschenrechte zu wahren, wurden aus Behandlungszentren Krisenbewältigungszentren, die bald zu Begutachtungszentren avancierten. Traumatisiert wurde gleichbedeutend mit Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), da zum aufenthaltsrechtlichen Schutz in den psychologisch-gutachterlichen Stellungnahmen die Diagnose der PTBS geltend gemacht werden musste. Ergebnis war die Tendenz einer Vereinseitigung und Fixierung auf das Störungsbild der PTBS. Die psychischen Leiden mussten, aufwendig und mit großer Sorgfalt, wenn möglich im Verlauf der therapeutischen Arbeit exploriert, die PTBS bestätigt und schriftlich niedergelegt werden. Es zeigte sich in den Gesprächen, dass zur therapeutischen Bearbeitung der traumatisierenden Gewalt die Aufnahme in die Gemeinschaft und ein zukunftssträchtiger Ort der Sicherheit eine notwendige Voraussetzung darstellten. Statt diese Sicherheit zu gewährleisten und die Erfahrungen von Gewalt, Tötung und Vertreibung therapeutisch bearbeiten zu können, mussten die Menschen im Duldungsstatus, ohne aufenthaltsrechtliche Sicherheit und ohne dass die Kontrolle über die Symptome wieder gewonnen worden war, diagnostisch exploriert werden und ihre Erfahrungen der Traumatisierung zum Thema gemacht werden. Aufgrund der jahrelang anhaltenden aufenthaltsrechtlichen Unsicherheit und der Ablehnungsverfahren von Seiten der Ausländerbehörde, mussten Therapeuten wiederholt nachexplorieren, vermeintlich Widersprüchliches aufklären, sodass der eigentlich therapeutische Prozess vom Verwaltungsakt durchkreuzt und letztlich der Zeitpunkt der Bearbeitung des Traumas diktiert wurde. Für die Flüchtlinge bestand daher die Gefahr ständiger Aktualisierung ihres Erlebens von Abhängigkeit und Hilflosigkeit gegenüber dem Schrecken und gegenüber den Entscheidungsprozessen der Behörden. Dieser Druck beeinflusste die Gespräche, sodass die therapeutische Beziehung im *worst case* die Form diagnostischer Beobachtung annahm. Therapeutische Grundsätze, unter anderem die Trennung der Funktion des Gutachters von der Funktion des Therapeuten, konnten so nicht bewahrt werden.

Als Reaktion auf die Vorwürfe mangelnder fachlicher Fundiertheit der Atteste von Seiten der Sachbearbeiter bei den Behörden und in Reaktion auf Schlüssigkeitszweifel, professionalisierten sich die psychosozialen Zentren zunehmend. Eine Projektgruppe erarbeitete ‚Standards zur Begutachtung psychotraumatisierter Menschen‘ (SBPM) bezüglich der Erstellung der Gutachten und im Hinblick auf die fachlichen Voraussetzungen der Gutachter. Fortbildungsangebote basieren auf diesen Standards.

Der Frage nach der Beurteilung der Glaubwürdigkeit der Berichte, die von Seiten der Behörden, der Politik und der Gerichte gestellt wurde, musste fachlich nachgegangen und Antworten mussten gefunden werden. Es wurden Kriterien einer ‚echten‘ versus einer ‚vorgetäuschten‘ PTBS (Birck, 2002) entwickelt und Verbindungen zur Aussagepsychologie⁷ hergestellt. Da das Vorliegen einer PTBS von klinischer wie auch juristischer Seite als Beleg einer Verfolgung gewertet wurde, wurde den Klinikern eine forensische Aufgabe übertragen. Die Verfolgungsgeschichte nach ihrer Glaubhaftigkeit zu prüfen, ist keine psychotherapeutische Tätigkeit, da Therapeuten in der Regel keinen Grund zum Anzweifeln der Symptome haben. Verwaltungsrichter, die für gewöhnlich forensisch ausgebildete Psychologen zur Prüfung der Glaubhaftigkeit der Aussagen von Zeugen heranziehen, gingen davon aus, dass die Kliniker diese Prüfung vornehmen würden. Dies entsprach nicht den klinisch-diagnostischen Methoden, sodass in diesem Punkt sowohl von juristischer als auch von klinischer Seite unterschiedliche Erwartungen zu Missverständnissen und letztendlich zu Ablehnungen der Anträge führten.

Hinsichtlich der unterschiedlichen ausländerrechtlichen Fragestellungen um Kriterien des Abschiebungsschutzes bei traumatisierten Personen und einer großen Anzahl gerichtlicher

Prozesse, weitete sich die fachliche klinische Diskussion auf Fragen aus wie: Wie ist das Suizidrisiko bei traumatisierten Personen bei Abschiebung einzuschätzen? Wie beeinflusst eine ausgelöste Retraumatisierung durch zwanghafte Rückführung und durch Konfrontation mit den Orten der Gewalt das Suizidrisiko? Führt eine Abschiebung zu Chronifizierung der traumatischen Störung? Was für eine Rolle spielt der Abbruch der therapeutischen Beziehung beziehungsweise die fehlende Behandlungsmöglichkeit im Herkunftsland (vgl. Reader IPPNW, 2003)? Auf diese Fragen, die in juristischen Prozessen aufgeworfen werden, folgten entsprechend Explorationsgespräche mit den Flüchtlingen, in denen je individuell die gesundheitlichen Gefahren bei Abschiebung herausgearbeitet und fachlich begründet wurden.

Die Therapeuten der Behandlungszentren waren sich, wie die Tagungen der Bundesarbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAFF) zeigen, dieser „höchst ambivalenten Situation, in der gefragt werden muss, ob klinische Fachkenntnisse nicht für politisch nicht gefundene Lösungen verwendet werden“ (Tagung Lübbenau 2004) durchaus bewusst. Eine Änderung im Umgang mit Traumatisierung im rechtlichen Regelwerk zeichnete sich jedoch nicht ab. Es verwunderte nicht, dass bei der öffentlichen Expertenrunde in Lübbenau am 20.09.2004 mit Vertretern der Innenverwaltung, der Justiz und der BAFF trotz Vermittlungsbemühungen von allen Seiten, Kommunikationsprobleme auftraten. Die u.a. auch dort diskutierte Frage, was für gesundheitliche Auswirkungen fehlende Behandlungsmöglichkeiten im Herkunftsland auf die Chronifizierung und Gesundheitsverschlechterung haben können, ist ein Beispiel für diese Ambivalenz. Aus rechtlicher Sicht (§53.6) stellen fehlende Behandlungsmöglichkeiten ein wichtiges Kriterium für einen Abschiebeschutz dar. Die psychologische Sichtweise, die sich daraus ergab, verkürzte Traumabearbeitung auf klinische Behandlung, was die familiäre und soziale Situation der Betroffenen in Deutschland, aber auch die Bedeutung der Abschiebung an den Ort ihrer Vertreibung missachtet.

Es bleibt offen, ob der Dialog über gegenseitige Vorwürfe und unterschiedliche Perspektiven die Fronten weiterhin aufweichen und die politischen Entscheidungen und ausländerrechtlichen Verfahren positiv beeinflussen wird: Vorwürfe von Seiten der Therapeuten, der Verwaltungsapparat, einschließlich der Justiz, sei der Ort des ‚verdichteten Misstrauens‘, und von Seiten der Verwaltung und Justiz, die psychosozialen Zentren seien der ‚Ort des verdichteten Mitleids, bzw. des Gutmenschentums‘.

Traumabearbeitung in der Psychotherapie

Zum Verständnis der Verstrickung zwischen therapeutischen und politischen Sichtweisen möchte ich einige allgemeine Grundsätze der Trauma-Therapie zusammenfassen. Hierbei beziehe ich mich auf das kognitiv-verhaltenstheoretische Therapieverständnis und auf einen psychoanalytischen Ansatz, der im Zusammenhang der therapeutischen Arbeit mit Holocaust-Überlebenden entstanden ist.

Trauma-Therapien arbeiten vermehrt Schulen übergreifend. Man kann die Methoden erstens in stützende und stabilisierende und zweitens in Trauma fokussierende Gespräche gliedern. In einer dritten Phase wird die Integration der Traumata anvisiert. Man kann sagen, die Klienten werden unterstützt, dem traumatischen Ereignis „seinen Platz in der Vergangenheit zuzuweisen“ und es dort bewusst zu kontrollieren. Auch im Hier und Jetzt sollen die Menschen wieder Herr über ihre Gedanken, Gefühle und Handlungen sein und ermächtigt werden, die eigenen Ressourcen wieder für die Zukunft nutzen zu können. Die therapeutische

Beziehung unterstützt die Betroffenen, den Umgang mit dem Trauma zu lernen, ihre Erfahrung und Befindlichkeit auszusprechen und bildhaft auszudrücken.

Im kognitiv-verhaltenstheoretischen Therapieverständnis wird davon ausgegangen, dass der Patient das Trauma kognitiv nicht adäquat verarbeitet. Ziel der Behandlung ist die Trauma Exposition, d.h. eine wiederholte Aktivierung des traumatischen Ereignisses im therapeutischen Setting. Der Patient soll sich das traumatische Ereignis in allen Sinnes- und Gefühlsqualitäten vorstellen und wieder erinnern. Die Konfrontation mit der pathologischen Angst kann mit Hilfe neuer korrigierender Informationen eine neue Erinnerung bilden und die Furchtstruktur verändern. Im Laufe mehrerer Sitzungen kann eine Habituation und damit eine Angstreduktion eintreten. Mithilfe der Verbalisierung und Symbolisierung der Erfahrung findet eine zeitliche Einordnung der traumatischen Erfahrung statt, sodass neue Gedächtnisspuren gelernt und Momente von Dissoziationen kognitiv kompensiert werden können. Hierbei soll sich die PTBS-Symptomatik zurückbilden (vgl. Maercker, 2003).

Diskutiert bleibt der Zeitpunkt der Exposition oder des ‚Debriefings‘, da durchaus von einem hohen Retraumatisierungs- bzw. Reaktivierungsfaktor bei der Exposition auszugehen ist. Petzold (2002) geht soweit zu sagen, es könnten Folgeschäden der Psychotherapiemethoden auftreten. Es wird deshalb eine moderate Exposition gefordert, in der intensives Zuhören erforderlich ist und die Betroffenen selbst den Zeitpunkt der Exposition bestimmen. Nur auf diese Weise kann die Sicherheit und Würde des Patienten gewährleistet sein.

Die ‚kognitive Umstrukturierung‘ beinhaltet ein Angstbewältigungstraining, welches das Selbstverständnis der Person verändert und nicht direkt die Organisation der traumatischen Erinnerung. Mit Hilfe von Methoden der Entspannung, Gedankenstopp, Stressbewältigung und kognitiver Uminterpretation lernt der Patient Belastungen zu bewältigen, sodass das Selbstbild gestärkt wird und die Kontrolle über die Erinnerungen wieder erlangt wird.

Ziel der Behandlung ist die Veränderung der negativen Bedeutung des Traumas und seiner Folgen hin zu einer realistischeren bzw. hilfreicheren Einstellung zu dem Erlebten. Es geht darum, die Klienten zu unterstützen, den vermeidenden Umgang mit den Trauma bezogenen Reizen abzubauen und die Intrusionen kontrollieren zu lernen.

Das kognitiv-verhaltenstheoretische Therapiemodell basiert auf einer individuellen, d.h. Konflikt oder Problem bezogenen Herangehensweise. Mit Hilfe der psychoanalytischen Traumatheorien kann eher der überindividuelle gesellschaftliche Kontext einbezogen werden, sodass der Prozess der kollektiven Aufarbeitung der historischen Gegebenheiten mitgedacht und diskutiert werden kann. Mit Laub (2000) möchte ich die überindividuelle Dimension von Trauma in den Exkurs zur Traumatherapie integrieren.

Zum psychoanalytischen Verständnis von Trauma stellt Laub die Beziehungsdynamik in den Vordergrund. Er geht der Frage nach, wie das traumatische Ereignis im therapeutischen Prozess erzählt und wie Zeugnis über das Geschehen abgelegt werden kann. Bezugnehmend auf Kinston und Cohen (1986) vermittelt er uns, wie durch die Erfahrung von extremer Gewalt die Grundlage menschlichen Miteinanders so sehr gestört wird, dass auch die Beziehung zu sich selbst quasi gegenstandslos wird. Ergebnis ist, dass das Trauma nicht als Teil des Selbst erfahren wird. Kinston und Cohen sprechen von überwältigender psychischer Erregung durch Versagen der Umwelt, die die Bedürfnisse eines Menschen so sehr verletzt, dass eine Verknüpfung der Bedürfniserregung mit dem Erinnerungsbild⁸ gebrochen werde. Damit könne keine Wunsch orientierte Besetzung und auch keine psychische Erfahrung von Zeitlichkeit hergestellt werden. Ergebnis sei eine fehlende Repräsentanz des Erlebten.⁹ Der

Bruch der empathischen Bindung zum Gegenüber bedeute gleichzeitig auch die „Unfähigkeit, eine empathische Beziehung zu sich selbst aufrechtzuerhalten“ (S. 862). Das Wissen vom Trauma durchbreche demzufolge „alle Grenzen von Raum und Zeit sowie von Selbst und Subjektivität“ (S. 69). Zu sprechen berge insofern die Gefahr der Erinnerung um das Wissen vom Trauma in sich, was ein erneutes Durchleben der Ereignisse bedeuten und Gefühle von Angst und Ohnmacht auslösen könne.

Wie kann infolgedessen dieser Bruch in der Seele behandelt werden? Wie kann über das traumatische Geschehen gesprochen werden und Zeugnis abgelegt werden, wenn das Ereignis trotz seiner überwältigenden Realität noch nicht Wirklichkeit geworden ist? Laub geht es um einen psychischen Transformationsprozess der mit Hilfe der Erzählung ausgelöst wird. Die Erzählung entstehe im Zuhören und Gehörtwerden. In diesem Prozess werde das Wissen von dem Erlebnis hervorgebracht (S. 68). Der traumatische Bruch müsse im Gespräch durch einen empathischen Gesprächspartner wiederhergestellt und mit libidinöser Energie besetzt werden. Auf diesem Wege kann das Wissen vom Trauma, im Sinne von fehlender Repräsentanz, in ein Wissen, im Sinne von Realisieren, verändert werden, wobei ein Restwissen vom Trauma, das Nicht-Wissen, bestehen bleibt. Sich mit jemandem erinnern, stellt wieder die Verbindung zwischen Ich und Du her und ermöglicht eine Beziehung zum Selbst (Kinston u. Cohen, 1986, S. 823).

Was den Zuhörer betrifft, so werde er selbst dabei zum Teilnehmer des traumatischen Ereignisses. Er müsse die historischen Lebensbedingungen kennen und um die Furcht und die Risiken vor der Realität des Traumas wissen, die Bestürzung selbst fühlen, um das Sprechen zu ermöglichen (Laub, S. 69). Im geschützten Raum könne dann erinnert und die Erfahrung der Leere benannt werden. Das Wissen sei insofern kein Fakt, sondern ein sich vergegenwärtigendes Ereignis (S. 74). Dies ermögliche die Abgrenzung des Traumas von der Realität und dem „lebbaren Bewusstsein“. Das Erzählen könne das Nicht-Wissen als leeren Kreis externalisieren und damit das Wissen rekonstruieren. Es würde ein Raum zurück gewonnen werden, „in dem das Leben weitergehen kann“ (Kinston & Cohen, S. 890). Die Erfahrung der Leere verliere folglich die Macht über die eigenen Lebensentscheidungen.

Der Psychotherapeut werde nicht nur zum Zuhörer. Es wird im Gespräch auch ein Appell ausgesprochen, eine Aufforderung, die soziale Ordnung wiederherzustellen. Die Therapeuten sind deshalb aufgerufen, „die Dimensionen von Gewalt zu bezeugen, die durch die individuelle Erfahrung ans Licht kommen“ (Laub und Weine, 1994, S. 1103). Eine Gewalt, die sie ‚historische Wahrheit‘ nennen, die nur bruchstückhaft erinnerbar ist. Den Begriff der ‚historischen Wahrheit‘ verstehen Laub und Weine als die Verbindung individueller und kollektiver Geschichte, die in den Berichten Einzelner ihren Ausdruck finde. Der Therapeut müsse daher „über den engen Rahmen der Diagnose individueller Psychopathologie hinaus diese Verstrickung von Selbst und Geschichte [...] beachten“ (S. 1102). Beim Zeugen erfordere dies vor allen Dingen die Übernahme von Verantwortung (S. 1103/S. 1117). Die Schaffung eines Dokumentes, einer „objektiven Aufzeichnung“ stelle für die Überlebenden eine Möglichkeit der Mit-Teilung dar und „belege darüber hinaus auch den historischen Zerstörungsprozess jenseits des persönlichen Kontexts“ (S. 1118f).

Wir halten an dieser Stelle Bezug nehmend auf De Levita (2003, S. 70) fest, dass der Mensch, der an seinen Erinnerungen leidet, deren Verarbeitung nicht allein zustande bringen kann. Es ist eine Umwelt nötig, die sich traut anzuhören, was geschehen ist, die sich traut, mitzufühlen, und dies den Betroffenen auch mitteilt. Der Dialog ist wichtig im Prozess der Bearbeitung. Daneben spielt das Handeln der politischen Akteure eine große Rolle. Im Kontext der Diskussion um Spätfolgen der nationalsozialistischen Verfolgung beschreibt Lansens (2003)

eine Form der Gewalt, die den Ausschluss aus der menschlichen Gemeinschaft erzwingt, und die darin besteht, dass Menschen von der Gesellschaft verlassen werden. Diese Gewalt sei eine autoritäre Herrschaft, die unterdrücke, rechtlos mache und der alle menschliche Anteilnahme für den anderen fehle (S. 197). Diese Auffassung des Ausdrucks von Gewalt richtet im Gegensatz zum Begriff des Traumas den Fokus auf die Gesellschaft, weist auf Beziehungen und Verantwortungsträger hin, auf eine Durchführung, die Akteure beeinflussen. Laubs und Lansens Begriff von Gewalt ergänzen sich in dieser Hinsicht. Beide weisen darauf hin, dass Traumabearbeitung auch auf gesellschaftlicher und institutioneller Ebene stattfinden muss. Fazit ist, dass zur Wiederherstellung des ‚inneren Friedens‘ die gesellschaftliche Anerkennung des persönlichen Leids eine wichtige Voraussetzung darstellt. So bezeichnet Rossberg (2003) gerade die gesellschaftliche Anerkennung des persönlichen Leids als die wirksamste „Therapie“ (S. 110).

Anerkennung oder Verleugnung?

Zur Einschätzung und Bewertung der Traumaregelungen nehmen wir die Bedeutung des gesellschaftspolitischen Rahmens für die Gruppe der Bürgerkriegsflüchtlinge ins Visier. Wir fragen mit Dan Bar-On nach „Fehlinterpretationen“¹⁰, die es im Umgang mit den traumatisierten Bürgerkriegsflüchtlingen aus dem ehemaligen Jugoslawien gegeben hat. Der Ausschluss aus der Gemeinschaft, der bei immer wiederkehrenden Ablehnungen der Anträge den Flüchtlingen vor Augen geführt wird, wird hier mit anderen Mitteln als im Krieg durchgesetzt. Diese Entscheidungen sind in Deutschland durch das geltende Recht bestimmt. Doch die Flüchtlinge befinden sich gerade als Flüchtlinge oftmals in einem bürokratisch-rechtlichen Dickicht, wo das Recht Unrecht generiert. Eine Flüchtlingsfrau formulierte die Abwesenheit eines legalen, anerkannten Status folgendermaßen: „In dieser Agonie sein oder nicht sein und bleiben oder nicht. Und ich fühlte mich nicht wirklich auf der Erde, nicht richtig auf dem Himmel, als ob ich nirgendwo hingehöre, sie wollten mich von hier vertreiben, zurück konnte ich auch nicht.“¹¹

Die psychosoziale Flüchtlingsarbeit¹² hat die Aufnahme der Menschen in die Gemeinschaft zum Ziel, eine Gemeinschaft, die sie durch Krieg und Gewalt verloren haben. Es soll Schutz vor weiterer Vertreibung, Recht auf Arbeit und Ausbildung und die Möglichkeiten zur Integration und Rehabilitation, zu Selbstständigkeit und Autonomie, wieder hergestellt werden. Die Sicherung des Aufenthaltes stellt hierzu eine Voraussetzung dar und wird zur Schlüsselaufgabe, nicht nur für die Beratungsstellen, sondern umso mehr für die Betroffenen selbst. Für sie wurde das Attest ein Symbol der Rettung und der Hilfe, einziger Schlüssel, um der Ausweglosigkeit zu entrinnen. Effekt war die Verschärfung der Abhängigkeit von den Therapeuten, von ihrem Krankheitsbild und letztendlich von den Entscheidern.

Die Frage ist, welche Rolle kann Deutschland im Prozess einer gesellschaftlichen Anerkennung der Leiden annehmen? Nimmt das Bleiberecht in Deutschland innerpsychisch den Stellenwert einer Aussöhnung und Befriedung ein? Man kann sagen, dass das Bleiberecht, das Deutschland einer spezifischen Gruppe von Flüchtlingen zubilligt, quasi ersatzweise die Funktion einer gesellschaftlichen Anerkennung des erlittenen Unrechts erhält (Groninger, 2003).

Die Anerkennung wird den Menschen einerseits angeboten, andererseits verwehrt. Die Gruppe der traumatisierten Bürgerkriegsflüchtlinge aus dem ehemaligen Jugoslawien muss sich in einem streng rechtlich und therapeutisch festgelegten Rahmen bewegen. Die Menschen müssen sich in ihrer individuellen und persönlichen Form der Traumabearbeitung

an den ausländerrechtlichen Rahmen anpassen. Dieser Rahmen lässt ihnen wenig Raum für Dialoge, Verständigung und Versöhnung unabhängig vom therapeutischen Rahmen. Auch die Wiederherstellung der ökonomischen Selbständigkeit wird strukturell blockiert. Meiner Erfahrung nach ist es den Flüchtlingen als Überlebende der ethnischen Vertreibungen bisher nicht gelungen, aktiv eine Kultur der Gemeinschaft und der Zusammengehörigkeit aufzubauen, um mit Hilfe von Erinnerungsarbeit¹³ der Traumatisierung entgegenzuwirken. Die Konfrontation mit der oben beschriebenen ausländerrechtlichen Problematik scheint vom individuellen wie auch kollektiven Prozess der Konflikt- und Traumabearbeitung abzulenken, ihn zu unterbinden und letztendlich zur Verschiebung der Konflikte beizutragen. In den Frauengruppen bleiben neun Jahre nach dem Konflikt im ehemaligen Jugoslawien ausländerrechtliche Probleme Hauptgesprächsthema. Im Vordergrund steht das Papier, der belastende langatmige Weg vom Attest zur Befugnis. Eine Auseinandersetzung mit dem politischen Alltag in Bosnien oder im Kosovo, mit den positiven und negativen Erinnerungen vor und während des Bürgerkrieges, tritt in den Hintergrund.

Würde die Anerkennung als Flüchtling Räume für neue Perspektiven und Autonomie eröffnen, könnte wieder Handlungsfähigkeit erprobt und hergestellt werden. Eine Voraussetzung, um schließlich mit Hilfe eines individuellen und kollektiven kulturellen Transformationsprozess zu Konflikt überwindenden Schritten zwischen den jeweiligen Gruppen im ehemaligen Jugoslawien beitragen zu können.

Der historische Hintergrund in Deutschland mag dazu beigetragen haben, dass die Fronten zwischen juristischen/polizeilichen Praktiken auf der einen Seite und den Helfern auf der anderen Seite so verhärtet verliefen und dass sich aus den Kompromissen heraus Regelungen, Standards und eine Praxis entwickelte, die den Menschen nur eine schmale Trasse des Verhaltens eröffnete. Mit Hilfe des Ausdrucks der ‚transgenerationellen Identifizierung‘, wie Kogan (1990) oder andere den Prozess der Übertragung von Generation zu Generation formulieren, könnte man den Aspekt der Spaltung innerhalb der Gesellschaft erklären. Vorausgesetzt, man geht davon aus, dass sich die zweite und dritte Generation in Deutschland nach dem Nationalsozialismus unbewusst mit der Täterseite oder mit der Opferseite identifizieren. Henningsen (2002) stellt die Frage, ob die juristischen/polizeilichen Praktiken der „Abwehr eines abgespaltenen, unbewältigten Traumas dienen“. Hierunter versteht sie die mangelnde Fähigkeit der deutschen Beamten, den Geschichten der Opfer Glauben zu schenken, sie zu ertragen und ihre Leiden anzuerkennen, da die Erzählungen Schuldgefühle wecken, die unbewusst durch die Identifizierung mit dem Täter Wirkungen erzeugen und ihre Entscheidungen beeinflussen. Ich möchte eine kritische Frage ergänzen, ob nicht auch die ‚Traumaexperten‘ als wohlmeinende Helfer selbst Gefahr laufen in eine Praxis, nämlich die der Begutachtung, verstrickt zu werden und aus dem Gefühl der Schuld heraus eine Opfer- und zugleich Helferidentität mitproduzieren. Die Helferidentität ermöglicht ihnen den Prozess der Wiedergutmachung zu unterstützen, was problematisch wird, wenn Flüchtlinge in einer Opferrolle festgehalten werden und ihre eigenen Handlungsmöglichkeiten untergraben werden. Eine Praxis, die traumatisierte Menschen im Rahmen der bestehenden Sozialverhältnisse auch zu solchen macht. Scheinbar erzeugt das Trauma nicht nur Abkehr, Vermeidungsverhalten und Rückzug von Seiten der Opfer, sondern auch von Seiten der Bürokratie und bewirkt zugleich eine Anziehung von Seiten des vermeintlichen Hilfesystems. Die oftmals gut gemeinte psychotherapeutische Perspektive könne Stoffels (1999) zufolge mit verallgemeinernden Feststellungen die Überlebenden provozieren. Es wird ihnen eingeredet, sie seien traumatisiert und hätten einen psychischen Schaden davongetragen, welcher nur therapeutisch zu heilen sei (S. 175). Er verweist auf Jean Améry (1966) und Primo Levi. In „Die Untergegangenen und die Geretteten“ spricht Levi (1986) von „einer ‚professionellen

Gier', mit der sich Psychoanalytiker auf die wirre Ratlosigkeit der überlebenden Häftlinge gestürzt hätten“ (S. 175f).

In der Gutachtenfrage äußerte Henningsen (2003), dass im Zentrum der Begutachtung der Akt der Dokumentation stehe, woraufhin sie auf Laub verweist und ergänzt, das Gutachten könne eine Hilfe für die traumatisierten Menschen sein. Trotz individueller Bemühungen wird im Gutachtengespräch eine Objektivität hergestellt, die letztendlich auf die Überprüfung der PTBS beschränkt bleibt und die Patienten erneut mit Ohnmachtsgefühlen konfrontiert. Würden sie während der Begutachtung ‚aufgefangen‘ werden, ist nicht sichergestellt, dass die psychologisch-gutachterliche Stellungnahme nicht von Seiten der Ausländerbehörde oder vom Verwaltungsgericht ‚zerissen‘ wird.

Eine traumatische Erfahrung bedeutet völligen Kontrollverlust. Ein Dokument, mit dem therapeutische Wirkung erzielt werden soll, muss dazu beitragen den *focus of control* zurück zu gewinnen. Die Vorstellung ein Attest könnte eine solche positive Wirkung erzielen, ist nur haltbar, wenn man Gratwanderungen in Kauf nimmt, die mit schwerwiegenden Risiken und Nebenwirkungen einhergehen können.

Die Zielsetzung in der Begutachtung ist das Feststellen bestimmter Kriterien der PTBS. Es wird dabei eine Wahrheitssuche angestrebt, die an den belastenden Erlebnissen der Flüchtlinge vorbeigeht. Die psychopathologischen Kategorien erfassen nicht die Komplexität eines *man made disasters* und reduzieren das Problem auch für die Flüchtlinge auf ‚Symptom haben oder nicht haben‘.

Die Begutachtungssituation ist eine Form der Kommunikation, welche die Art der Information und der Erkenntnisse bestimmt und mittels medizinischer und diagnostischer Fragen eine Distanz herstellt, die die Mitteilung des Geschehens und ein gemeinsames Erinnern unterbindet. Begutachtung als ein juristischer Ort der Erinnerung impliziert das Problem der Glaubhaftigkeit, ein mangelndes Vertrauen und die Gefahr der Reaktivierung von Angst und Ohnmacht. Der Gutachter ist kein Zuhörer und kein Zeuge. Er bleibt in dem Dilemma gefangen, entweder den Anspruch wissenschaftlicher Objektivität zu verfehlen, mit betroffen und parteilich zu werden oder aber die zu Begutachtenden durch Kühle in die Situation eines Verhörs zu versetzen. Die Begutachtung bedeutet insofern eine Vernichtung der Erzählung. Mittels klinisch-diagnostischen Wissens wird eine Gesprächspraktik inszeniert, die neue Machtverhältnisse und Bedrohungen produziert. Die psychologische Beurteilung von Kriegsflüchtlingen bedeutet keine Anerkennung von Leiden, sondern stellt selbst als ein Kontrollsystem eine Bedrohung dar, welche durch den Zwang zum Sprechen Abhängigkeitsverhältnisse verstärkt und subjektives Leiden fortsetzt und in eine Form zu gießen versucht.

Die Realität der Verfolgung bleibt letztlich unaufgeschlüsselt und wird durch den Kampf um Aufenthalt überlagert. Gerade in der Prägung und Erstellung eines traumatisierten Subjektes durch das diagnostische Wissen und den Zwang zu ihrer Unterwerfung, findet die Konstituierung als traumatisiertes Subjekt¹⁴ statt. Anpassung an die ausländerrechtliche Praxis einerseits und Abschiebeandrohungen andererseits kann für die Flüchtlinge nur heißen, auszureisen oder als Kranke und Traumatisierte auszuharren.

In der Trauma-Arbeit mit Flüchtlingen müssen sich die Therapeuten das Spannungsfeld zwischen ausländerrechtlicher Weisung und psychotherapeutischer Hilfe immer wieder bewusst machen, neu überdenken und mit Experten anderer Fachrichtungen diskutieren, um verantwortungsvolles Handeln garantieren zu können. Die Frage ob im Umgang mit

Prozessen der Traumatisierung gesellschaftliche Anerkennung geleistet wird oder die Leiderfahrungen der Menschen verleugnet werden, ist zentral zur Bewertung der politischen Regelungen.

Anmerkungen

¹ Anlässlich der weiterhin großen Zahl von nicht anerkannten Bürgerkriegsflüchtlingen aus dem ehemaligen Jugoslawien wurde in Berlin 2004 ein Appell für eine Berliner Bleiberechtsregelung gestartet. Initiatoren sind der Arbeitskreis Gesundheit und Menschenrechte (AGM), Asylberatung der Heilig Kreuz Gemeinde/Asyl in der Kirche e.V., Behandlungszentrum für Folteropfer (BZFO) Berlin, Berliner Arbeitskreis Ausländerrecht im Republikanischen Anwaltsverein (RAV), Südost Europa Kultur e.V., XENION, Psychosoziale Hilfen für politisch Verfolgte e.V., Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Land Berlin.

² Tagung der Bundesarbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAFF) in Bad Boll 2003.

³ Der Weisungsordner von Berlin ist unter URL www.rak-berlin.de einzusehen.

⁴ Begriffsdefinitionen zu Trauma und unterschiedliche Modelle in Psychoanalyse und klinischer Psychologie, siehe Beitrag von Ilka Lennertz (2004). Siehe URL www.traumaresearch.net/special2006/lennertz.htm

⁵ Wissenschaftlicher Hintergrund stellt die Studie von Hans Keilson (1979) zur Sequentiellen Traumatisierung bei Kindern dar.

⁶ Masud Khan prägte den Begriff der ‚kumulativen Traumatisierung‘.

⁷ Dr. Renate Volbert, Institut für Forensische Psychiatrie (FU Berlin), hat inzwischen an der Schnittstelle von Traumabegutachtung und Aussagepsychologie Forschungsfragen in ihrem Forschungsinstitut aufgegriffen.

⁸ Eine „psychische Regung“ entsteht nach Freud (1900, S. 539), wenn zwischen *Bedürfniserregung* und dem *Erinnerungsbild jener Wahrnehmung des Befriedigungserlebnisses* durch fremde Hilfeleistung eine Verknüpfung hergestellt wird. Diese neue Besetzung der Bedürfniserregung rufe den Wunsch hervor, die Wahrnehmung selbst wiederherzustellen. Die wirkende Kraft erhält von dem Moment an eine Bewegung und Richtung, ein Element von Zeitlichkeit. So entstehe mentale Repräsentation in Form eines Wunsches.

⁹ Es werden in der psychoanalytischen Literatur zur Beschreibung eines solchen Zustandes unterschiedliche Metaphern verwendet, wie Fremdkörper, Loch (Cohen, 1985), Lücke (Caruth, 2000) Krypta (Abraham u. Torok, 1979) oder leerer Kreis (Laub, 1998).

¹⁰ Dan Bar-On, ein israelischer Psychotherapeut, der mit Nachfahren von Opfern und Tätern des Holocaust arbeitet, weist auf ganze Gruppen von Bürgern hin, denen nach der eigentlichen traumatischen Erfahrung Leid und Schmerz zugefügt wurde, und spricht von gravierenden Fehlinterpretationen (1999, 94).

¹¹ Aus: unveröffentlichte Diplomarbeit, Kathrin Groninger (2001).

¹² Zum Begriffsverständnis von psychosozialer Arbeit vgl. Becker, D. (2001).

¹³ Vgl. Beitrag von Anne Lipphardt (2004). Sie untersucht die Kultur- und Erinnerungsarbeit Wilnaer Juden in der Nachkriegsdiaspora und trifft auf eine erstaunlich reichhaltige kollektive Kulturarbeit. Siehe URL www.traumaresearch.net/special2006/lipphardt.htm

¹⁴ Vgl. Foucault, M. (1997).

Literatur

Ausländergesetz (AuslG) (2004). Peter Schröder, 9. Auflage. München: DTV-Beck.

Bar-On, D. (1999). (Hrsg.). *Den Abgrund überbrücken*. Edition Körber-Stiftung.

Becker, D. (2001). Fünf Thesen zur psychosozialen Arbeit. In Medico international (Hrsg.) *Die Gewalt überleben: Psychosoziale Arbeit im Kontext von Krieg, Diktatur und Armut*. Frankfurt a. M.: Mabuse-Verlag.

Birck, A. (2002). Echte und vorgetäuschte Posttraumatische Belastungsstörungen. *Psychotraumatologie* 26.

Birck, A. Pross, C. Lansen, J. (Hrsg.) (2002). *Das Unsagbare: die Arbeit mit Traumatisierten im Behandlungszentrum für Folteropfer*. Berlin: Springer-Verlag.

Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAFF) (Hrsg.). (2000). *Richtlinien für die psychologische und medizinische Untersuchung von traumatisierten Flüchtlingen und Folteropfern*.

Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAFF) (2004). *Der Gutachtendisput: Folteropfer und Kriegsflüchtlinge im rechtlichen Regelwerk*. Lübbenau, URL www.baff-zentren.org.

Fischer, G. & Riedesser, P. (1999). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. 2. Aufl. München: Reinhardt (UTB für Wissenschaft).

Foucault, M. (1997). *Der Wille zum Wissen, Sexualität und Wahrheit 1*. Frankfurt/M: Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft. (Original erschienen 1976: *Histoire de la sexualité, La volonté de savoir*).

Groninger, K. (2001). Unveröffentlichte Diplomarbeit, *Zur Konstituierung traumatisierter Flüchtlinge: Verfolgt – Begutachtet – Anerkannt? Die Bedeutung polizeiärztlicher Untersuchungen für bosnische Kriegsflüchtlinge*. (FU-Berlin, Fachbereichbibliothek Psychologie und Erziehungswissenschaften).

Groninger, K.; Ruffer, J.; Petzoldova, I.; Würflinger, W. (2003). Manual 1. Psychische und physische Reaktionen von Flüchtlingen nach Kriegs- und Gewalterfahrungen. Über den Umgang mit dem Trauma. In: Deutsches Rotes Kreuz (Hrsg.) (2003). *Materialien zur Traumaarbeit mit Flüchtlingen*. Karlsruhe: Loeper-Literaturverlag.

Haenel, F. (2003). Zur Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin (ZPPM)* Jg. 1, 2003, Heft 4.

Henningsen, F. (2003). Traumatisierte Flüchtlinge und der Prozess der Begutachtung. Psychoanalytische Perspektiven. *Psyche* 5. S. 97-120.

Höfling-Semnar, B. (1995). *Flucht und deutsche Asylpolitik. Von der Krise des Asylrechts zur Perfektionierung der Zugangsverhinderung*. Münster: Westfälisches Dampfboot.

Information der Internationalen Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges, Ärzte in sozialer Verantwortung e.V. (IPPNW) (2003) Reader, *Ärzte und Abschiebung, ausgewählte Texte zur Begutachtung, zu Reisefähigkeit und zur Initiative der Arbeitsgruppe „Rückführung“ der Innenministerkonferenz.*

Keilson, H. (1979). *Sequentielle Traumatisierung bei Kindern.* Stuttgart: Enke.

Kinston, W. & Cohen, J. (1986). Primal Repression: Clinical and theoretical Aspects. *Int. J. Psycho-Anal.* 67, S. 337-355

Koch, D.F. & Winter, D. (2000). Beiträge der Psychotraumatologie zur Menschenrechtsdiskussion im Kontext der psychosozialen Arbeit mit Flüchtlingen. *Zeitschrift für Politische Psychologie*, Jg. 8, S. 453-492.

Kogan, I. (1990) Kinder von Holocaust-Überlebenden – vermittelte und reale Traumen. *Psyche.*

Lansen, J. & Rossberg, A. (Hrsg.) (2003). *Das Schweigen brechen. Berliner Lektionen zu Spätfolgen der Schoa.* Frankfurt a. M.: Peter Lang.

Laub, D. (2000). Zeugnis ablegen oder Die Schwierigkeiten des Zuhörens. In Baer, U. (Hrsg.). *„Niemand zeugt für den Zeugen.“ Erinnerungskultur nach der Shoah.* Frankfurt: Suhrkamp Verlag, S. 68-83.

Laub, D. & Weine, S. M. (1994). Die Suche nach der historischen Wahrheit: Psychotherapeutische Arbeit mit bosnischen Flüchtlingen. *Psyche* 48, 12, S. 1101-1122.

Lennertz, I. (2004). Trauma-Modelle in Psychoanalyse und klinischer Psychologie.

URL www.traumaresearch.net/special2006/lennertz.htm

Levi, P. (1986). *Die Untergegangenen und die Geretteten.* München.

De Levita, D. (2003). Über das Schweigen. In Lansen, J. & Rossberg, A. (Hrsg.) (2003). *Das Schweigen brechen. Berliner Lektionen zu Spätfolgen der Schoa.* Frankfurt a. M.: Peter Lang.

Lipphardt, A. (2004). Topographien des Todes – Grabstätten, Trauerriten und Gedenkveranstaltungen der „Vilne-Diaspora“ nach dem Holocaust. Kulturwissenschaftliche Annäherung an den „Trauma“-Begriff.

URL www.traumaresearch.net/special2006/lipphardt.htm

Maercker, A. (Hrsg.) (2003). *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörung.* 2. Auflage. Berlin: Springer.

Petzold, H. & Märtens, M. (2002). (Hrsg.). *Therapieschäden – Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie.* Mathias Grünewald Verlag.

Rossberg, A. (2003). Die Zeit heilt die Wunden nicht. In Lansen, J. & Rossberg, A. (Hrsg.) *Das Schweigen brechen. Berliner Lektionen zu Spätfolgen der Schoa.* Frankfurt a. M.: Peter Lang.

Rüsen, J. & Straub, J. (Hrsg.) (1998). *Die dunkle Spur der Vergangenheit. Psychoanalytische Zugänge zum Geschichtsbewußtsein, Erinnerung, Geschichte, Identität 2*. Frankfurt/M: Suhrkamp Verlag.

Stoffels, H. (1999). Menschen im Widerstand. Trauma-Schicksale und Trauma-Verarbeitung. In Friedmann, A., Glück, E., Vyssoki, D. (Hrsg.) *Überleben der Shoah – und danach. Spätfolgen der Verfolgung aus wissenschaftlicher Sicht*. Wien: Picus Verlag.

Windt, K. (2004). Das Trauma als Narrativ und kulturelles Deutungsmuster.
URL www.traumaresearch.net/special2006/windt.htm

Short biographical note

Kathrin Groninger, was born the 16.12.1975 in Esslingen a. N. Study of Psychology at the ‚Freie Universität Berlin‘. From 2000-2004 associate in the service center for refugees and immigrations of the *German Red Cross*, Berlin. Since 2003 member of the external commission in the custody pending deportation, further on start of the formation as psychotherapist in the institut for psychological psychotherapy and advice in Berlin (ppt). Kathrin Groninger is now engaged as a peacebuilding worker in the civil peace service of the German Development Service (DED) in Rwanda. With the associate partner *Kanyarwanda*, she will develop a cooperation and dialog structure to handle the post-conflict trauma.

Recent publication

Kathrin Groninger, J. Rüffer, I. Petzoldova, W. Würflinger, W.: „Manual 1. Psychische und physische Reaktionen von Flüchtlingen nach Kriegs- und Gewalterfahrungen. Über den Umgang mit dem Trauma.“ In: Deutsches Rotes Kreuz (Hg.): *Materialien zur Traumarbeit mit Flüchtlingen*. Karlsruhe: Loeper-Literaturverlag, 2003.

Kathrin Groninger

Email kathrin.groninger@web.de

Citation Kathrin Groninger, Berlin, Flüchtlinge und Traumabearbeitung im Spannungsfeld ausländerrechtlicher Weisung und psychotherapeutischer Hilfe. In: TRN-Newsletter, Special Issue 2006, Hamburg Institute for Social Research, January 2006.

URL www.traumaresearch.net/special2006/groninger.htm

Copyright © 2006, Kathrin Groninger and TRN-Newsletter, all rights reserved. This work may be copied for non-profit educational use if proper credit is given to the author and the TRN-Newsletter. For other permission questions, please contact via email the editor Cornelia.Berens@his-online.de.