

Zeitschrift: Physiotherapie = Fisioterapia
Herausgeber: Schweizerischer Physiotherapeuten-Verband
Band: 35 (1999)
Heft: 2

Artikel: Folter- und Kriegsoffer in der Physiotherapie : erste Erfahrungen im Therapiezentrum SRK für Folteropfer
Autor: Jordi, Annelies / Frey, Conrad
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-929372>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 30.03.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Folter- und Kriegsopfer in der Physiotherapie

Erste Erfahrungen im Therapiezentrum SRK für Folteropfer

**Annelies Jordi, Physiotherapeutin, Integrative Bewegungstherapeutin,
Conrad Frey, Dr. med., Spezialarzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie/Kinder- und
Jugendpsychiatrie,
Therapiezentrum SRK für Folteropfer, Freiburgstrasse 44a, 3010 Bern**

Physiotherapie bei Folter- und Kriegsopfern ist in der Schweiz eine noch weitgehend unbekanntes Thematik. Im Therapiezentrum SRK für Folteropfer werden seit Herbst 1995 PatientInnen im interdisziplinären Team auch mit Physio-, Körper- und Bewegungstherapie behandelt. Gestützt auf Erfahrungen im Ausland (Kopenhagen, Berlin) und eigenen ersten Eindrücken entstand der folgende Artikel.

Einleitung

Auch in unserem Jahrhundert werden trotz verschiedener völkerrechtlicher Abkommen weltweit unzählige Menschen gefoltert. Amnesty International (1996) setzt sich in mehr als 90 Ländern für die Einhaltung der Menschenrechte ein. Zusätzliches Leid entsteht durch zahlreiche zwischenstaatliche Auseinandersetzungen. Laut UNICEF (Ressler et al., 1993) haben sich seit dem Zweiten Weltkrieg weltweit 150 grosse Kriege und insgesamt 400 kriegerische Konflikte ereignet (Desjarlais et al. 1995). Das Uno-Hochkommissariat für Flüchtlinge (UNHCR) hat 1995 Schutz und Unterstützung für 27,4 Millionen Menschen geleistet. Auch in der Schweiz werden wir in zunehmendem Masse mit dem Schicksal von Gewaltflüchtlingen konfrontiert (Wicker, 1993). Die Notwendigkeit von spezialisierten medizinischen und psychosozialen Einrichtungen für die Opfer von Folter und Krieg ist unbestritten. Weltweit gibt es gegen zweihundert solcher Behandlungszentren in über fünfzig Ländern (IRCT, 1998). Nach sorgfältigen Vorarbeiten im Auftrag des Schweizerischen Roten Kreuzes (Wicker, 1993; Weiss, 1993) konnte das Therapiezentrum SRK für Folteropfer im Herbst 1995 eröffnet werden.

Es befindet sich auf dem Areal des Berner Inselspitals, ist aber von den Universitätskliniken organisatorisch unabhängig.

In der Behandlung von Gewaltflüchtlingen besteht in Genf seit mehreren Jahren eine enge Zusammenarbeit zwischen der Medizinischen Poliklinik und der Schule für Physiotherapie. In Ergänzung zu einem früheren Beitrag in der «Phy-

siotherapie» (Subilia & Inglin, 1996) möchten wir, neben allgemeinen Informationen über Folter und deren Auswirkungen, schwergewichtig über unser Therapieverständnis und die Körperarbeit bei Folteropfern berichten.

Ziele und Formen der Folter

Folter ist ein Machtinstrument einer herrschenden Gruppe und dient der Durchsetzung von Eigeninteressen und der Machterhaltung (Reemtsma, 1991). Durch die Folter sollen Menschen zur Preisgabe von Informationen, zum Verrat oder der Beschuldigung von anderen gezwungen werden; sie werden dadurch beeinflusst (Brainwashing), eingeschüchtert und isoliert (Suedfeld, 1990). Trotz gegenteiligen Behauptungen der Mächtigen steht die Wahrheitsfindung kaum im Vordergrund. Schon Christian Thomasius und Cesare Beccaria – Kämpfer gegen die gängigen Folterpraxen der Kirchen im 18. Jahrhundert – erkannten, «...dass es in der Folter in Wirklichkeit ja gar nicht um die Wahrheitsfindung gehe, sondern dass diese nur vorgeschoben würde, um Herrschafts, Machts- und Wirtschaftsinteressen, die man mit Hilfe der Folter zu wahren und zu fördern versucht, zu verschleiern...» (Künzli, 1990). Durch gezielte und schwere Verletzungen und Missachtungen von inneren Werten – Menschenwürde, Vertrauen, Respekt, Selbstachtung – bezweckt die Folter die Zerstörung der Persönlichkeit. Die Gefolterten sollen so lange gequält und an die Schwelle des Todes geführt werden, bis sie «lebendig tot sind» und ihre ursprünglichen Lebensziele und Ideale nicht mehr verfolgen können. Sie werden so für andere zur Warnung, zum abschreckenden Mahnmal. Durch die Folter werden der Körper und die Seele geschwächt, intensive Angst und Furcht erzeugt, unfreiwillige und hohe Abhängigkeiten zu den Folterern er-

Abb. 1: Die langfristigen Auswirkungen der Folter



zwungen und gezielte innere Verwirrungen bewirkt (Suedfeld, 1990). Nach Corvalan (1989) wird in der Folter meist eine Kombination von körperlicher (Schläge, Aufhängen usw.), biologischer (Schlafentzug, Ertränken usw.), sexueller und psychologischer Aggression beobachtet (Sinnesdeprivation, Drohungen und Nötigungen, spezifische Verwirrtechniken wie «der gute und der böse Folterknecht»).

Damit die Menschenrechtsverletzungen nur schwer zu beweisen sind, versuchen Folterer typische Organläsionen (z. B. Narben) zu vermeiden. Deshalb kommt heute neben dem psychischen Terror beispielsweise die nur schwer nachweisbare Elektrofolter häufig zur Anwendung. Diese Entwicklung erschwert die Arbeit von Menschenrechtsorganisationen und Asylbehörden.

Auswirkungen der Folter

Folterer wollen den betroffenen Menschen in den Grundfesten seiner Persönlichkeit und Identität nachhaltig erschüttern und verstören. Die Auswirkungen zeigen sich deshalb in allen Lebensdimensionen, der körperlichen, psychischen und sozialen (Abb. 1).

Körperliche Symptome

Häufig betroffene Organsysteme sind die Haut (Hämatome, Narben, Verbrennungen), der Bewegungsapparat (chronische Rückenschmerzen, Läsionen des Schultergürtels nach Aufhängen), das zentrale und periphere Nervensystem (ZNS-Schädigungen nach schweren Kopfverletzungen, Plexuspareisen), der Urogenitaltrakt sowie die Sinnesorgane (Trommelfellperforationen). Diese organischen Läsionen werden von allgemeinen psychosomatischen Beschwerden überlagert, wie beispielsweise chronische Schmerzzustände. Gelegentlich bestehen Residuen von schweren Krankheiten (zum Beispiel Tbc) nach mangelhafter Ernährung und Hygiene.

Eine häufige, da auch einfache Foltermethode ist die «Falaka», das Schlagen auf die fixierten Fusssohlen des Opfers mit harten Gegenständen, eventuell mit anschliessender erzwungener Belastung der Füße. Die akuten Symptome sind – abgesehen von Schmerz – Ödeme, Hämatome und eventuell ein Closed-Compartment-Syndrom. Als Spätfolgen finden wir Schmerzen bei Belastung, aber auch in Ruhe im Bereich der Füße und Beine, Parästhesien, Müdigkeits- und Schweregefühl sowie ein Gefühl von Haltlosigkeit in den Gelenken. Das Gangbild ist verändert, es findet kein richtiges Abrollen des Fusses statt, verbunden mit einer Fehlbelastung. Bei der Untersuchung fehlt die Elastizität des Fussballens und der Ferse, als Folge der Zerstörung der trabe-

culären Architektur zwischen Haut und Knochen, mit der Folge der ungebremsten Stossübertragung auf das Fuss- und übrige Skelett. Häufig ist die Plantaraponeurose abgerissen und das Fussgewölbe flacht ab. Dazu kommen Unstabilitäten im oberen und unteren Sprunggelenk sowie eine muskuläre Dysbalance der Unterschenkelmuskulatur.

Psychische Symptome

Die psychischen Auswirkungen der Folter weisen normalerweise folgende Grundstruktur auf: Das Trauma wird auf eine sehr belastende Weise immer wieder in sich aufdrängenden Erinnerungen erlebt. Die Opfer handeln oder fühlen, als ob das Ereignis wieder gegenwärtig wäre (*Flashback*). Bei genauer Exploration können für diese Rückerinnerungen meist optische (z. B. Uniform eines Polizisten), akustische (z. B. Helikopterlärm) oder geruchliche Auslöser gefunden werden. Häufig steigt das Erlebte in nächtlichen Alpträumen, verbunden mit heftigen motorischen Reaktionen auf. Neben dieser erhöhten Erregung versuchen die Betroffenen gedanklich, gefühlshaft und im Verhalten Situationen zu vermeiden, die das Wiedererleben des Traumas auslösen könnte. Verschiedene psychische Symptome von Gewaltopfern können als Vermeidungsverhalten gedeutet werden (beispielsweise Interessensverlust, Gefühlsverminderung, Isolierung und Gedächtnisverlust). Die psychischen Folgen – oft mit der Diagnose einer (komplexen) posttraumatischen Belastungsstörung umschrieben – können ebenso wie psychosomatische Symptome erst nach einer kürzeren oder längeren Latenzzeit auftreten.

Soziale Symptome

Schwere und wiederholte Gewalterfahrungen im Rahmen von Menschenrechtsverletzungen beeinträchtigen nicht nur das Selbsterleben (Selbstvertrauen, Schuld, Scham), sondern in hohem Masse auch die Fähigkeit, anderen Menschen zu vertrauen. Sozialer Rückzug sowie Arbeits- und Familienprobleme (beispielsweise mit innerfamiliärer Gewalt) können zusammen mit den anderen Symptomen einen weiteren Hinweis auf das Vorliegen einer Gewaltproblematik geben. Die sozialen Symptome müssen bei Diagnose und Behandlung genauso berücksichtigt werden wie die körperlichen und psychischen Symptome.

Die Behandlung von Folteropfern

Ein institutionelles Konzept zur Behandlung von Folter- und Kriegsoptionen in der Schweiz wurde in den Studien von Weiss (1993) und Wicker (1993) entwickelt und dargestellt. Es sieht neben dem

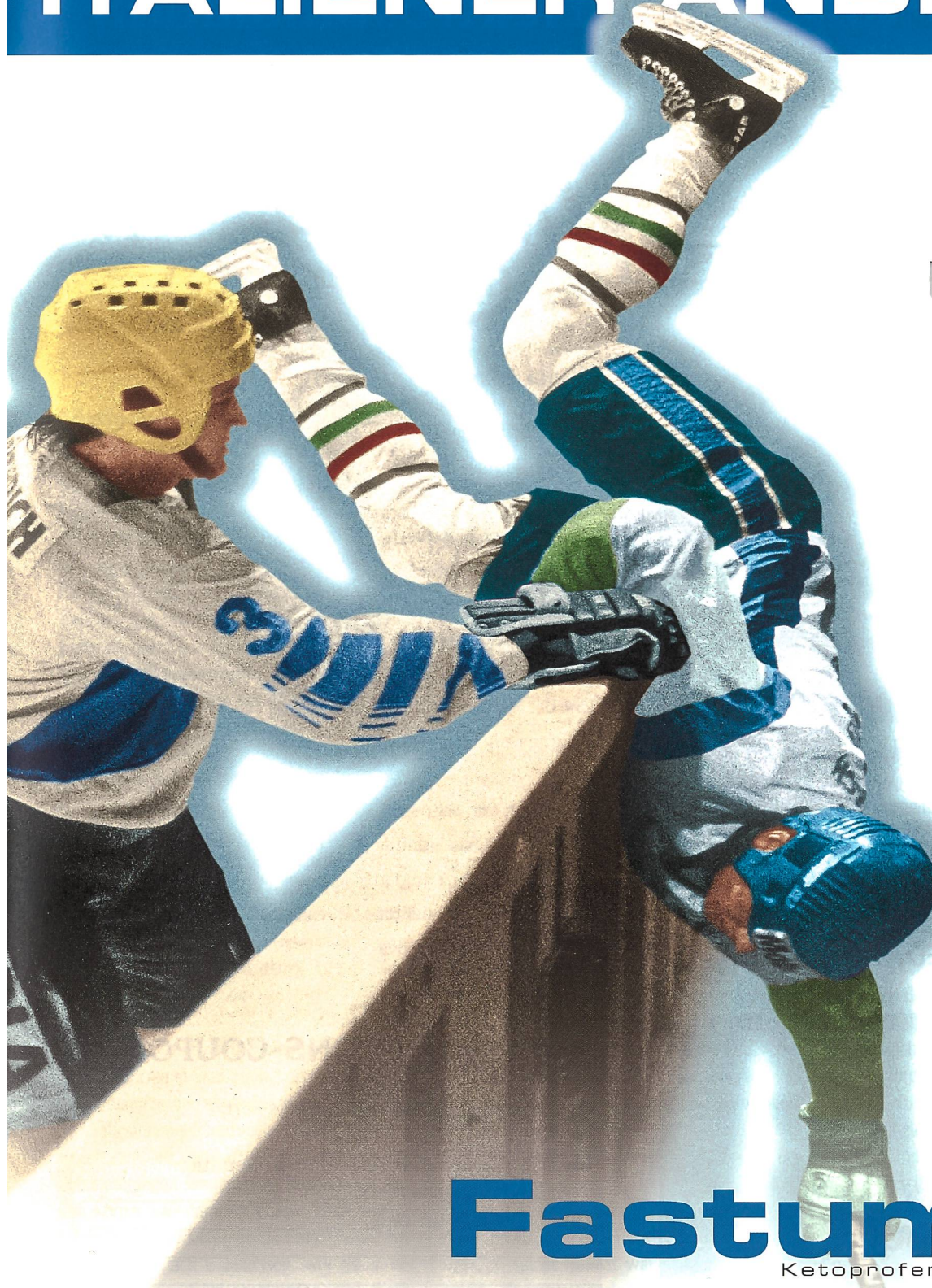
Betrieb eines Ambulatoriums (Therapiezentrum SRK für Folteropfer) die Förderung von ähnlich interdisziplinär aufgebauten Teams in den bestehenden Strukturen des Gesundheits- und Sozialsystems vor. Zusätzlich zur Therapie ist deshalb die Aus-, Weiter- und Fortbildung von interessierten Fachpersonen eine besonders wichtige Aufgabe des Zentrums. Angesprochen sind dabei auch PhysiotherapeutInnen mit Interesse und/oder Ausbildung in Psychosomatik.

In der Behandlung von extremtraumatisierten Menschen hat ein breit abgestütztes interdisziplinäres Team besondere Bedeutung. Die interdisziplinäre Arbeit erfordert, neben Teamfähigkeit und fachlicher Kompetenz des Einzelnen, aufeinander abgestimmte Therapiekonzepte und gute Organisationsstrukturen (unter anderem Fallbesprechungen und -supervision, Teamsupervision). Am Therapiezentrum SRK wird ein multimodaler (bio-psycho-sozialer) Therapieansatz verfolgt. Auf dem Hintergrund einer systemischen Sichtweise kommen dabei in flexibler Weise neben ambulanten medizinischen Massnahmen, Sozialberatung und personen- und familienzentrierten Psychotherapien auch Physiotherapie sowie Körper- und Bewegungstherapie zur Anwendung. Auf eine enge Zusammenarbeit mit den Hausärzten, dem betreuenden Hilfswerk und andern therapeutischen Bezugspersonen wird grosser Wert gelegt. Für kontinuierliche, fachgerechte und vertrauenswürdige Übersetzungshilfen ist das Therapiezentrum SRK besorgt. Bisher wurden in rund drei Vierteln aller Konsultationen Übersetzungshilfen benötigt.

Im Mittelpunkt der therapeutischen Arbeit steht die Beziehung zum Betroffenen: das heisst solidarisch mit ihm sein, ihn verstehen und annehmen. Dadurch wird ihm ein Teil der Würde und des Respekts zurückgegeben, welcher durch die Folter gezielt zerstört wurde. In der therapeutischen Grundhaltungen sind die folgenden Punkte wichtig:

1. die Gewährleistung der körperlichen und emotionalen Sicherheit, vor allem durch das Schaffen einer ruhigen, geschützten und vertrauensvollen Gesprächs- und Untersuchungssituation;
2. die Achtung der Selbstbestimmung des Patienten als therapeutischer Grundstein für eine zukünftige aktive und selbstverantwortliche Lebensgestaltung («vom Opfer zum Überlebenden der Folter werden»);
3. das Ausdrücken einer klaren politischen Haltung, die sich auf die Menschenrechte stützt;
4. die einführende Respektierung des religiösen und kulturellen Hintergrundes;
5. das umfassende Eingehen auf den ganzen Menschen in seiner Lebensumwelt. Die erleb-

WAS MACHEN DIE ITALIENER ANDERS?



Fastum[®]gel

Ketoprofenum

für schnelle Schmerzbefreiung
und starke Entzündungshemmung

Das erste topische Ketoprofen der Schweiz • kassenzulässig

Zusammensetzung: Ketoprofen 2,5%. **Eigenschaften/Wirkungen:** Nichtsteroidaler Entzündungshemmer aus der Gruppe der Propionide zur topischen Anwendung mit antiphlogistischer und analgetischer Wirkung. **Indikationen/Anwendungsmöglichkeiten:** Schmerzhaft entzündliche oder traumatische Affektionen der Gelenke, Sehnen, Bänder und Muskeln (Arthritis, Periarthritis, Synovitis, Tendinitis, Tenosynovitis, Bursitis, Prellungen, Zerrungen, Luxationen, Tortikollis, Lumbago). **Dosierung/Anwendung:** Täglich 1-2x 3-5cm auf die Haut auftragen und zur Verbesserung der Absorption leicht einreiben. **Anwendungseinschränkungen:** Überempfindlichkeit gegenüber dem Präparat. Nicht auf die Schleimhäute, offene Wunden und Hautläsionen aufzutragen. **Packungen:** Tuben zu 50g Gel. **Liste B. Kassenzulässig.** Ausführliche Angaben entnehmen Sie bitte dem Arzneimittel-Kompendium der Schweiz. A. MENARINI AG, Eggbühlstrasse 14, 8052 Zürich.



A. MENARINI AG

ORIGINAL MEDAX

Von uns entwickelt und seit vielen Jahren bewährt.

Machen Sie **keine Experimente mit irgendwelchen Kopien!**

Unser Fabrikationsprogramm:

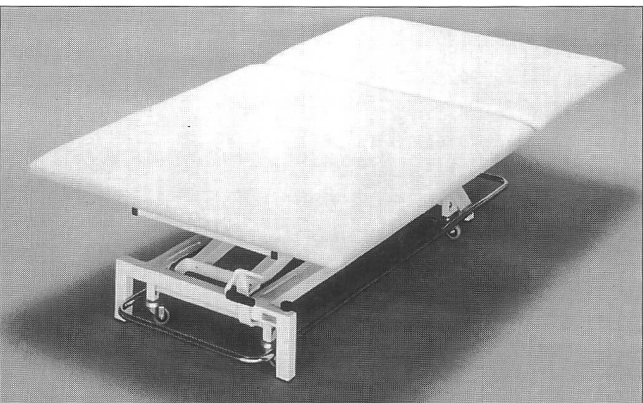
- 2-/3-/4-/6teilige Liegen
- Extensionsliegen
- Bobath-Liegen
- Manuallherapie-Liegen
- Kombi-Liegen mit Gynäkologieteil
- CLEWA-Kofferliegen (Import)

Behandlungsliege MEDAX P 40 A



- Elektrische Höhenverstellung von 44 bis 104 cm mit praktischer Fuss-Schaltstange
- Rückenstütze und Knieflexion mit bequemen Hubhilfen stufenlos verstellbar
- Fahrwerk (Lenkrollen) mit Fusspedal in jeder Position der Höhenverstellung ausfahrbar
- Sehr stabiles Schweizer Fabrikat
- SEV-geprüft
- 2 Jahre Garantie

BOBATH-Liege MEDAX 1- oder 2teilig



- Senden Sie uns bitte eine Dokumentation.
 Bitte rufen Sie uns an.

Name: _____
 Strasse: _____
 PLZ/Ort: _____
 Tel.: _____

**MEDAX AG
 MEDIZINTECHNIK**

Schneckelerstrasse 20
 CH-4414 Füllinsdorf BL
 Tel. 061-901 44 04
 Fax 061-901 47 78

PH-03/94

Die vier Asse der Elektrostimulation



Als eines der marktführenden Vertriebs-Unternehmen im Bereich **Elektrostimulation und Geräte-Heimbehandlung** bieten wir komplette Systemlösungen für alle Fachbereiche der Medizin fach-

Besonders in der **Schmerztherapie, der Muskelstimulation, bei Inkontinenz** und in der **Schlaganfall-Rehabilitation** geniessen unsere innova-

tiven und anwenderfreundlichen Lösungen einen hohen Stellenwert.

Zahlreiche interessante Modelle der

Zusammenarbeit, wie z.B. attraktive Kauf- und Mietbedingungen, sind ebenso wichtige Bestandteile unseres Angebotes wie kompetente Beratung, Schulung und Service.

INFORMATIONSCOUPON

Wir sind an Ihren Sortiment interessiert.

Senden Sie uns Ihre Gesamtdokumentation

Wir sind interessiert an: _____

Rufen Sie uns an: Tel.: _____

zuständig: _____

Parsenn-Produkte AG

Abt. Med.Geräte, 7240 Küblis
 Tel. 081 300 33 33 Fax 081 300 33 39
 E-mail: info@parsenn-produkte.ch
 Homepage: www.parsenn-produkte.ch



- ten Folterungen sind für die Betroffenen zwar von zentraler Bedeutung. Diese Erfahrungen sind jedoch immer eingebettet in die aktuelle persönliche und familiäre Lebenssituation im Exil, welche im Therapieplan mitberücksichtigt werden muss;
6. das Betonen von Stärken und das Relativieren von Schwächen. Die Auswirkungen der Folter sind nicht Symptome eines grundsätzlichen Krankseins, sondern als weitgehend normale Reaktion von früher gesunden Menschen auf abnorm destruktive Situationen;
 7. Kennen, erkennen und anerkennen der eigenen (therapeutischen) Grenzen und die interdisziplinäre Arbeit sollen vor dem Ausbrennen schützen. Aber auch das Wissen, dass nicht alles, was wünschbar wäre, auch machbar ist.

Allgemeine Aspekte zur Physiotherapie mit Folter- und Kriegsoffern

Das Konzept von Subilia & Inglin (1996) in der Physiotherapie mit Folteropfern lehnt sich an dasjenige des Rehabilitationszentrums für Folteropfer in Kopenhagen RCT an (Prip et al., 1995). Danach werden in der Physiotherapie in erster Linie die körperlichen Folgen von Folter behandelt (unter anderem Schädigungen durch Schläge, erzwungene Körperhaltungen, Aufhängen). Selbstverständlich wird die spezielle Situation von Flüchtlingen mit Gewalterfahrung berücksichtigt. So wird besonders Wert auf einen guten Erstkontakt und eine empathische Beziehung gelegt. Da der sprachliche Austausch bei der Vermeidung von Retraumatisierungen eine zentrale Rolle spielt, werden bei Bedarf ÜbersetzerInnen eingesetzt. Für die Betroffenen ist weiter wichtig, dass die PhysiotherapeutInnen über deren Gewalterfahrungen informiert sind und dass sie von ihnen über die Behandlung und deren Verlauf genau orientiert werden.

Zu Beginn einer physiotherapeutischen Behandlung stehen meist Massagen, Entspannungs- und Atemübungen im Vordergrund mit dem Ziel, Muskelspannungen abzubauen, einen Weg zu finden, um mit Panikattacken, Flashbacks und Schlafstörungen umgehen zu können und sich den Körper «wiederanzueignen». Nach unserer Erfahrung haben sich hier die Progressive Muskelrelaxation nach E. Jacobson, wie sie in der «Physiotherapie» 5/98 beschrieben wird (Krahmann, 1998), und strukturierte Atem-, Dehnungs- und Koordinationsübungen, abgeleitet aus der asiatischen Kampfkunst, sehr bewährt. Erst wenn das Vertrauen der PatientInnen gewonnen wird und die Angschwelle herabgesetzt ist, kann mit gezielten physiotherapeutischen Techniken (Dehnungen, Kräftigung, diverse Mobilisations-

techniken, gezielte Massage u. a.) gearbeitet werden. Meist stehen vertrauensbildende Übungen (damit ist Vertrauen in den eigenen Körper und in die Therapiesituation gemeint) und spezifische physiotherapeutische Massnahmen in einem Wechsel. Die Physiotherapeutin muss sehr flexibel auf die jeweiligen Befindlichkeiten der PatientInnen reagieren können. Auf die speziellen Folterfolgen wie das Whiplash- und Lator-Syndrom sowie Folgen von Falaka gehen Prip et al. näher ein (1995).

Bisherige Erfahrungen in der Physio-, Körper- und Bewegungstherapie

Die Bezeichnung «Physio-, Körper- und Bewegungstherapie» weist auf die fließenden Übergänge von körperlicher und seelischer Therapie hin. Physiotherapie ist ein klares Berufsbild. Der Begriff der Körper- und Bewegungstherapie setzt eine fundierte psychotherapeutische Ausbildung voraus. Die folgenden Fallbeispiele beleuchten einige Aspekte in der therapeutischen Arbeit mit Folteropfern.

Schmerz

Viele Flüchtlinge kommen wegen chronischen Schmerzzuständen in unser Zentrum: Rücken-, Schulter- und Fusschmerzen werden am häufigsten genannt. Manche haben bereits eine physiotherapeutische Behandlung hinter sich. In den meisten Fällen wurde diese als wohltuend und hilfreich empfunden, doch die schmerzlinde Wirkung ist nur vorübergehend. Dabei ist es offenbar nicht entscheidend, ob eher mit passiven oder aktiven Massnahmen gearbeitet wurde. Wärmebehandlungen und Massage werden als angenehm empfunden, aber auch Übungen werden oft gewissenhaft ausgeführt und erst aufgegeben, wenn sich trotzdem nichts ändert. Die PatientInnen werden scheinbar von einer physiotherapeutischen Behandlung nicht erreicht. Trotzdem beginnen wir parallel zur Psychotherapie meist mit Physiotherapie, denn das Beziehungsangebot der PatientInnen ist oft der Schmerz, das körperliche Leiden.

Beispiel 1:

Herr I. ist 40 Jahre alt, Flüchtling aus Ex-Jugoslawien. In seiner Heimat war er längere Zeit in einem Konzentrationslager. Dort musste er Zwangsarbeit verrichten, wurde mit Waffen, Stöcken und Gewehrkolben geschlagen. Die Haftbedingungen waren sehr schlecht (Hygiene, Ernährung). Schlimm für ihn war zusehen zu müssen, wie andere misshandelt wurden und starben. Dazu kommen grosse Verluste: Aus seinem Geschäft und Haus wurde er vertrieben,

zwei seiner Brüder werden bis heute vermisst. Herr I. leidet vor allem an Rücken- und Beinschmerzen, die ihn seit der Lagerzeit quälen. Weiter fällt die depressive Grundstimmung auf. Er zeigt grosse Widerstände, über die traumatischen Erlebnisse zu sprechen. Deshalb beginnen wir mit Physiotherapie (Körper- und Bewegungstherapie).

Der Patient gibt Schmerzen lumbal, im rechten Bein und manchmal auch weniger ausgeprägt im linken Bein an. Es sei ein Dauerschmerz, schlimmer bei Müdigkeit und längerem Verharren in unveränderter Position. Der Schmerz verlaufe im Bein ventral, zudem bestehe ein Ameisenlaufen im ganzen rechten Bein, und die Sensibilität und Kraft im rechten Bein sei etwas schwächer als im linken. Der Schmerz sei so stark, dass er dadurch nachts am Schlaf gehindert sei. Im CT fanden sich eine kleine posteromediane Discushernie L4/5 und Osteochondrose L5/S1. Zudem bestehen eine fragliche ISG-Instabilität und eine fragliche lumbale Instabilität, *jedoch keine neurologischen Ausfälle*. Der Patient wirkt sehr leidend, hinkt und verzieht oft das Gesicht vor Schmerz. Herr I. hatte bereits zweimal 12 Physiotherapiesitzungen, in denen er laut der behandelnden Physiotherapeutin gut mitgemacht hat (Wärme und Bewegungsübungen). Diese Behandlungen halfen nur vorübergehend ein wenig, und die Übungen hat er resigniert aufgegeben. Die Bewegungen in der LWS sind eingeschränkt und extrem schmerzhaft, Druckdolenzen sind sehr schwierig zu prüfen wegen «überschiessender» Reaktionen.

Wegen der Diskrepanz zwischen den, *zwar vorhandenen*, «objektiven» Befunden und der subjektiven, ausgeprägten Empfindlichkeit beginne ich mit einer unspezifischen Therapie: Ich schlage Wahrnehmungsübungen vor. Doch bereits bei kleinen Bewegungen verzieht er das Gesicht vor Schmerz. Beim Auflegen der Hände an der Schmerzstelle in Bauchlage bewegt sich der Patient leicht dagegen. Ich nehme diesen Impuls auf und fordere ihn auf, gegen meine Hände zu stossen. Zusätzlich schlage ich ihm vor, dazu einen Ton zu machen. Die Übung scheint ihm zu gefallen und wir probieren verschiedene Variationen aus (Spannen gegen Widerstand in BL, Vierfuss, Stand – Entspannen). Wegen der unterdrückten Schmerzäußerungen suche ich nach einer Ausdrucksform und schlage vor, gleichzeitig zur Aktivität einen Ton zu machen.

Auch dieser Vorschlag wird positiv beantwortet, und wir finden zu allen Übungen immer wieder neue Töne. Dem Patienten geht es nun nach jeder Stunde etwas besser, er macht die Übungen inklusive Töne zu Hause weiter. Ein Durchbruch ist gelungen: Der Patient beginnt mehr von seinen Erlebnissen zu erzählen und kann Trauer

zulassen. Ein Auslöser zum Erzählen sind auch Übungen, die ihn an die Lagerzeit erinnern. So zum Beispiel, als ich ihm eine Übung zeige zur Dehnung der Hamstrings im Stehen: Wir beginnen langsam mit WS-Flexion. Unverhofft bleibt der Patient in der Haltung mit gebeugtem Kopf stehen. Als ich ihn auf sein Zögern anspreche, erzählt er, dass das eine häufige Haltung im Lager war. So wurde von ihnen verlangt zu stehen mit der Ungewissheit, was nun kommen würde. Zu diesem Zeitpunkt war er dann bereit zu einer Gesprächstherapie, und in der Physiotherapie konnten wir gezielter arbeiten.

Dieses Beispiel zeigt die Wechselwirkung zwischen Physio- und Psychotherapie. Ein guter Kontakt und Austausch zwischen den Therapeuten ist deshalb von zentraler Bedeutung.

Manchmal sind von Anfang an klar umschriebene körperliche Symptome vorhanden, aber eine gezielte Behandlung ist trotzdem nicht möglich.

Beispiel 2:

Frau P., 34 Jahre, war in ihrem Herkunftsland aktiv im politischen Widerstand. Sie war sechs Jahre im Gefängnis und lebte mehrere Jahre im Untergrund. Die Haftbedingungen im Gefängnis waren schlecht (schlafen auf nacktem Boden) und sie wurde gefoltert: Schläge auf die Füße (Falaka), Elektrofolter an den Geschlechtsteilen, Vergewaltigungsdrohung.

Neben Schlaf- und Konzentrationsstörungen und Alpträumen gibt sie vor allem körperliche Beschwerden an: Rücken- und Schulterschmerzen stehen im Vordergrund. Ihre Situation wird verschärft durch das Leben im Exil und den Verlust des sozialen Netzes.

Die Rückenschmerzen werden diffus angegeben, es finden sich ausgeprägte Verspannungen der paravertebralen und Nackenmuskulatur und deutliche Bewegungseinschränkungen. Klar umschrieben ist der Schulterschmerz rechts: Es handelt sich um ein Impingment-Syndrom, verstärkt bei Aktivierung von M. supraspinatus und M. subscapularis. Wahrscheinlich handelt es sich um eine Chronifizierung nach partieller Rotatorenmanschettenruptur in Folge der gewaltsamen Behandlung bei der Festnahme.

Bei dieser Diagnose ist die physiotherapeutische Behandlung eigentlich klar. Doch bereits nach der ersten Therapiestunde bemerke ich, dass die Patientin aus psychischen Gründen (Konzentrationsstörungen) nicht in der Lage ist, die Übungen regelmässig und gewissenhaft durchzuführen. Deshalb fahren wir mit einer unspezifischen Entspannungstherapie weiter, in deren Rahmen es auch möglich ist, über aktuelle Probleme zu sprechen (Soziales) und auf Trauerprozesse einzugehen. Eine gezielte Behandlung wird dadurch

nicht überflüssig, sondern muss auf einen späteren Zeitpunkt verschoben werden.

Oft sind Muskelverspannungen in Verbindung mit Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung als einzige Ursachen von Schmerz erkennbar. In solchen Fällen ist neben Entspannungs- und Wahrnehmungsübungen ein kognitives Vorgehen sinnvoll: erstellen von Schmerzskaleten und -tagebüchern, lernen mit dem Schmerz bewusst umzugehen.

Berührung

Massage gilt als vertrauensbildende Massnahme in der Behandlung von traumatisierten Menschen. Unter der Folter wird der Körper misshandelt durch Schläge, Verbrennungen oder elektrischen Strom. Die Berührung bei der Massage vermittelt neue, gute Erfahrungen. Dieser positive Aspekt darf aber nicht einseitig überbewertet werden. Gerade bei schweren Traumatisierungen können sanfte und wohlgemeinte Berührungen als unangenehm empfunden werden oder sogar Retraumatisierungen bewirken. Deshalb sind die folgenden Vorsichtsmassnahmen zu beachten:

1. Die PhysiotherapeutIn fühlt sich in der gegebenen Situation sicher, den Patienten oder die Patientin zu berühren (Reflexion eigener Gefühle wie Angst, Erregung oder Scham).
2. Körperliche Berührungen sollen angekündigt werden (Erlaubnis einholen) (Abb. 2).
3. Unvermittelte Berührungen sind zu vermeiden.
4. Unter Umständen muss, vor allem zu Beginn, die Behandlung durchgeführt werden, ohne dass sich die PatientInnen ausziehen (Abb. 3).
5. Ängstliche Körperreaktionen wie Zurückzucken sollen angesprochen werden (Rückmeldungen und Anweisungen einholen).
6. Das Vorgehen muss vor und während der Behandlung genau erklärt werden.
7. «Funktionale» Berührungen (Jordi, 1994) und eher kräftige Massage werden meist besser ertragen als sanfte und vor allem unsichere Berührungen.

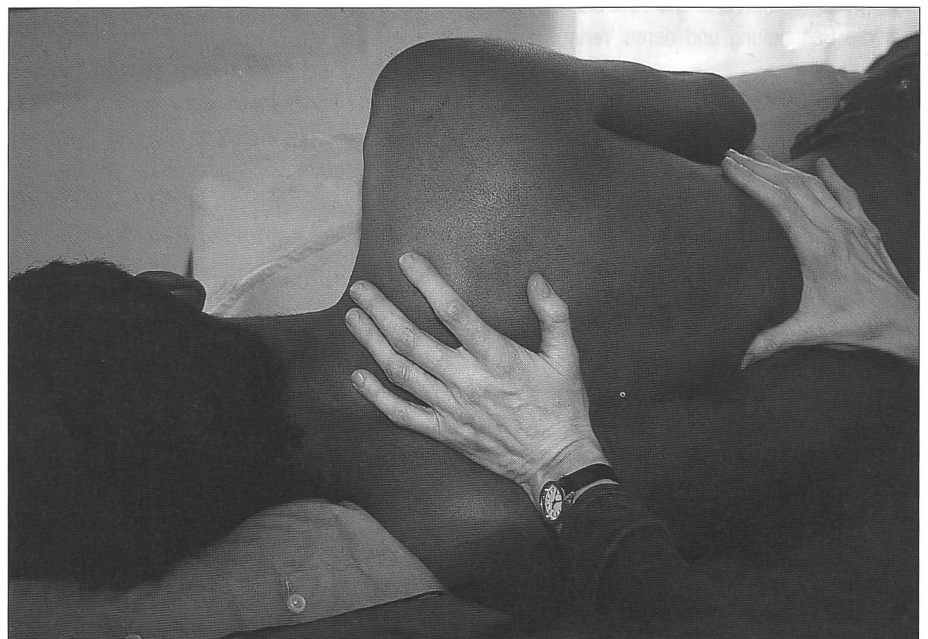


Abb. 2: Körperliche Berührungen sollen angekündigt werden.

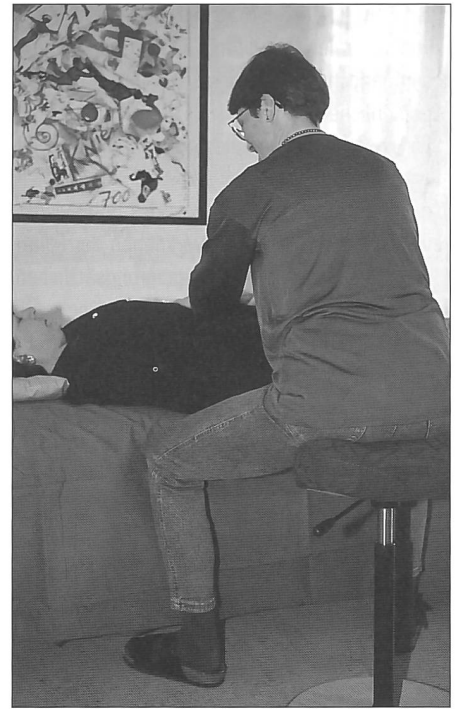


Abb. 3: Unter Umständen muss die Behandlung durchgeführt werden, ohne dass sich die PatientInnen ausziehen.

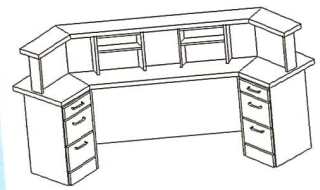
ALLES FÜR DIE PHYSIOTHERAPIE

10 Jahre Garantie



Henkel
Desinfektionsmittel

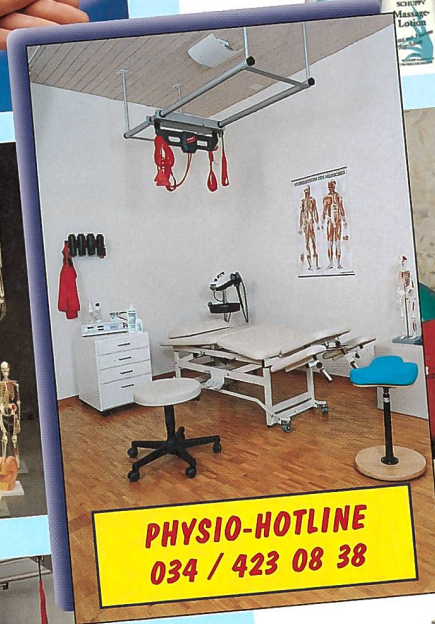
Präparate



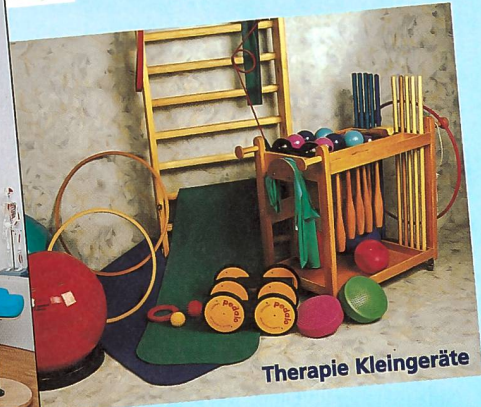
Praxisdesign / Planung



Lehrmaterial



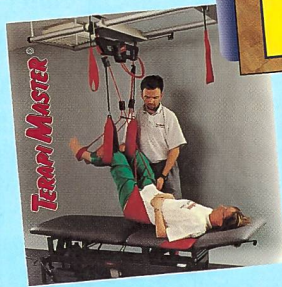
PHYSIO-HOTLINE
034 / 423 08 38



Therapie Kleingeräte



Therapiestühle



TennMaster



Elektrotherapie-Geräte



Schutzauflagen

Worauf Sie beim Kauf von Einrichtungen, Apparaten, Verbrauchsmaterial und vielem mehr auf keinen Fall verzichten sollten:

Auf Auswahl, Qualität, günstige Preise, prompte Lieferung und auf einen abgesicherten Service und Kundendienst.

Deshalb freuen wir uns auf Ihren Besuch in unserem 250 m² grossen Show-Room



Ihre direkte Nummer für...

keller
Simon Keller AG

PhysioMedic

034 423 08 38

CH-3400 Burgdorf, Lyssachstrasse 83
Telefon 034 422 74 74 + 75
Fax 034 423 19 93
Internet: <http://www.simonkeller.ch>
E-Mail: simonkeller@compuserve.com

- Bitte senden Sie mir unverbindlich:
- Physio-Katalog
 - Earthlite-Dokumentation
 - Therapie-Master-Dokumentation
 - Skanlab 25 Bodywave-Dokumentation
- Meine Adresse:

Nach unserer Erfahrung reagieren Folteropfer bei Beachtung dieser Vorsichtsmaßnahmen erstaunlich gut auf Berührung und Massage. Dabei ist zu bedenken, dass sie, im Gegensatz zu «Frühtraumatisierten» (Opfer von Inzest), vor diesen einschneidenden Erfahrungen meist ein normales Leben geführt haben, worunter auch die Erfahrung von «guter» Berührung gehört. In der Therapie kann an diese positiven Erfahrungen angeknüpft werden.

Im folgenden Beispiel wird eine Retraumatisierung durch Berührung in der Physiotherapie dargestellt.

Beispiel 3:

Herr C., 34 Jahre, lebt alleine, getrennt von seiner Familie als Flüchtling in der Schweiz. Er wurde in seiner Heimat systematisch gefoltert: Schläge, aufgehängt an den auf den Rücken gebundenen Händen, Elektrofolter an Genitalien, Händen und Füßen, Eiswasser, Stehen in der Kälte.

Seine Hauptprobleme sind Schlaf- und Essstörungen, Ängste, Vertrauensverlust, Einsamkeit. In die Physiotherapie kommt er wegen Schmerzen in der Schulter links und der ganzen linken Körperhälfte. Neurologisch finden wir ein fragliches Defizit der Schulterrotatoren, des M. biceps brachii und der Dorsalextensoren des Vorderarmes, weiter Triggerpunkte M. Latissimus dorsi, M. brachialis und M. brachioradialis, eine minimale Bewegungseinschränkung der Schulter links (IR und Flex./Abd.), Schultertiefstand links und Skoliose rechts konvex thorakal. Von der Physiotherapeutin, bei der er zuvor sechs Behandlungen hatte, weiss ich, dass er auf direkte Schulterbehandlung mit Schmerzzunahme reagiert hat. Wir einigen uns auf eine Entspannungstherapie, bei der ich mit Berührung arbeite. Dabei stütze ich mich auf das Konzept der «guten Berührung» (Petzold, 1993). Die erste Stunde verläuft sehr ruhig, Herr C. wählt selber die Lage und die Körperstellen, die er berührt haben möchte. In der nächsten Stunde wählt er wiederum Bauchlage. Er hat Schmerzen in der Nierengegend links und möchte, dass ich meine Hand dorthin lege. Bald darauf wird er unruhig und bedeckt sein Gesicht mit der Hand. Ich spreche ihn darauf an, er reagiert nicht, die Unruhe verstärkt sich. Ich lasse ihn aufsitzen. Er kann nun sagen, dass sein Kopf wie gelähmt gewesen sei und er weg war – in seiner Heimat – in einer Foltersituation. Mehr kann er im Moment nicht erzählen. Erst in der nächsten Stunde wird er genauer: Er hatte sich an eine Szene erinnert, wo sie ihm schwere Sandsäcke auf den Rücken warfen und er fast nicht mehr atmen konnte.

Da der Patient die Möglichkeit hatte, sowohl bei mir wie auch beim behandelnden Psychotherapeuten darüber zu sprechen, war dieser Vorfall wahrscheinlich ein Schritt zur Integration der Gewalterfahrungen. Bleiben aber diese Erinnerungen unbearbeitet, wirken sie retraumatisierend. Der Körper von gefolterten Menschen ist voller Trigger, und Berührungen können Erlebnisse reaktivieren.

Körperbild

In der Integrativen Bewegungstherapie werden sogenannte Körperbilder als diagnostisch-therapeutische Hilfsmittel eingesetzt. Wir verstehen darunter bildhafte Selbstdarstellungen der Patienten, welche im therapeutischen Prozess

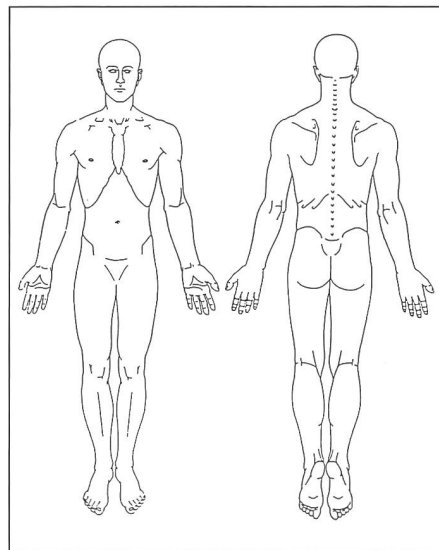


Abb. 4: Körperbild

entstehen. In der Physiotherapie dagegen sind «Körperbilder» vorgegebene schematische Abbildungen, auf welchen die TherapeutInnen Schmerzpunkte, Sensibilitätsstörungen usw. einzeichnen (Abb. 4). Aus der Zusammenziehung dieser zwei unterschiedlichen Vorgehensweisen, dem freien Malen der PatientInnen und dem «objektiven» Einzeichnen durch die TherapeutInnen ergibt sich ein brauchbares Hilfsmittel für den Erstkontakt. Wir wählen das folgende Vorgehen: Den PatientInnen werden die Farben Rot, Blau, Gelb und Grün zur Verfügung gestellt. Davon wählen sie je eine Farbe für drei Bereiche: Mit einer Farbe malen sie die Zonen am Körper, die ihnen Probleme bereiten, wo sie Beschwerden haben. Eine weitere Farbe ist für die Bereiche, wo sie sich gut fühlen, und mit der dritten Farbe bezeichnen sie die Gebiete, die sie als neutral empfinden. Da es sich um subjektive Bewertungen handelt, ist es nicht von primärer Bedeutung, ob die Stellen anatomisch richtig zugeordnet werden. Wichtig ist der Entstehungsprozess des

Einzeichnens. Er bietet mir die Möglichkeit, mit den PatientInnen über ihr Körperempfinden zu sprechen und einen ersten Eindruck davon zu bekommen. Was bedeutet es, wenn der/die PatientIn nicht unterscheiden kann zwischen «Wohlbefinden» und «neutral»? Weshalb bleiben die Arme weiss? Meinen sie den Unterschenkel oder das ganze Bein usw.? Wenn das Bild fertig ist, können wir uns auch darüber unterhalten, weshalb er/sie welche Farbe gewählt hat (Rot, weil es auffällig ist; Grün, weil es an Leben erinnert; Blau, weil es die Lieblingsfarbe ist...). Die Wahl der Farbe ist sehr individuell und ihre Bedeutung kann nur im Gespräch mit den Betroffenen selber erschlossen werden. Diese Entschlüsselung ist bereits eine therapeutische Intervention: Dem Patienten/der Patientin fällt zum Beispiel auf, dass er/sie die Lieblingsfarbe für die Beschwerden gewählt hat, oder es wird deutlich sichtbar, dass sich die meisten Probleme auf eine Seite konzentrieren. Von diesem Bild ausgehend können wir die nächsten Therapieschritte planen; wir haben etwas klar Sichtbares vor uns. Auch später greife ich ab und zu auf dieses Bild zurück oder lasse ein weiteres malen.

Folter- und Kriegsoffer in der physiotherapeutischen Praxis

Viele der betroffenen PatientInnen werden in einem recht frühen Stadium von ihren HausärztInnen in die Physiotherapie geschickt. Oft werden die Behandlungen von den PatientInnen als wohltuend und hilfreich erlebt. An ihrer Gesamtsituation ändert sich jedoch meist wenig, und die Schmerzlinderung ist nur vorübergehend. Dies ist durchaus verständlich, denn ohne dass in irgend einer Form auf das zugrundeliegende Trauma und die Migrationsproblematik eingegangen wird (und sei es auch nur, dass der/die TherapeutIn – im Wissen der Betroffenen – über die traumatischen Erfahrungen orientiert ist), bleibt es bei einer unbefriedigenden Symptombehandlung.

Welche Symptome oder Zeichen können auf eine Traumatisierung hinweisen?

- PatientInnen reagieren nicht adäquat oder wie von uns erwartet auf die physiotherapeutische Behandlung.
- Sie steigen nicht auf Übungsangebote ein oder vergessen die Übungen.
- Sie reagieren schreckhaft und ängstlich auf Berührung.
- Sie wirken steif, unbeholfen und unnahbar.

Wenn einige dieser Punkte zutreffen und vor allem, wenn es sich bei den PatientInnen um AusländerInnen oder Flüchtlinge handelt, muss an eine zugrundeliegende Traumatisierung gedacht werden.

Die individuelle Einrichtung

Sauna und Solarium

Physikalische Therapie

Gymnastik-Training
Therapie- und Massageleige
Lagerungshilfen • Polster • Wäsche
Reinigungs-, Desinfektions-Pflegeprodukte
Thermo-Therapie - kalt/warm • Massagematerial
Vorhänge • Mobiliar • Stühle • Extension-Manipulation
Infrarot-Solarien • Sauna • Dampfbadprodukte • Hydro-Therapie
Badezusätze • Elektro-Therapie • Geräte-Zubehör • US-HF-Therapie
Puls-, Blutdruck-Messgeräte • Anatomisches Lehrmaterial

Innovativ
in
Planung • Verkauf • Service

Gymnastikstudio



Jardin
Medizintechnik ag

Feldmattstrasse 10
CH-6032 Emmen
Tel. 041-260 11 80
Fax 041-260 11 89

LASER-THERAPIE

Der LASER für schwierige Fälle

Neu
Kurse für
Laser-Anwender.
Verlangen
Sie unseren
Kursprospekt.



Tel 041 768 00 33
Fax 041 768 00 30

E-Mail: lasotronic@lasotronic.ch
http://www.lasotronic.ch

Weitere Modelle
von 10 - 50mW
rot und infrarot
Pocket-Therapy-
Laser
Akupunktur-Laser
Komplett-Systeme
mit Scanner
bis 400mW
Dental-Laser
60-300mW

Analgesie
Regeneration
Immuno-Stimulation
Entzündungshemmung

MED-2000
120mW-830nm

LASOTRONIC®

LASOTRONIC AG Blegistrasse 13 CH-6340 Baar-Zug

Gute Therapie-Liegen haben einen Namen...



Praktiko

Made in Switzerland by **HESS**
CH-Dübendorf

- Elektrische Höhenverstellung mit Fussbügel von ca. 42 - 102 cm
- Polstervarianten: 2-/3-/4-/5-/6-/7-/8teilig
- Polsterteile beidseitig mit Gasdruckfeder stufenlos verstellbar
- Fahrgestell mit Rollen Dm 80 mm, Gummi grau und Zentral-Total-Blockierung
- Alle Liegen können mit Armteilen, Gesichtsteil, Seitenschiene und Fixationsrolle ausgerüstet werden

HESS-Dübendorf: Für perfekte Therapie-Liegen

Senden Sie uns bitte eine Gesamtdokumentation

Physikalische Therapie

Unterlagen *Praktiko*-Liegen

2/99

Bitte rufen Sie uns an

Name: _____

HESS-Dübendorf

Strasse: _____

Im Schossacher 15
CH-8600 Dübendorf

PLZ/Ort: _____

Tel: 01 821 64 35

Tel: _____

Fax: 01 821 64 33

50 Jahre
HESS
CH-Dübendorf
1946 - 1996

Gleiche oder ähnliche Symptome treffen wir auch häufig bei MigrantInnen ohne Traumaerfahrung wie Folter, Gefängnis und Krieg an, denn die Migration an sich stellt eine erhebliche Belastung dar.

Was können PhysiotherapeutInnen unternehmen, wenn sie bei einem Patienten oder einer Patientin den Verdacht haben, es handle sich um ein Folter- oder Kriegsopfer? Bei einer guten Beziehung zu den Betroffenen ist es sinnvoll, nach durchlebten Folter- oder Kriegserfahrungen zu fragen. Auch wenn die PatientInnen eine diesbezügliche Betroffenheit verneinen, ist diese nicht auszuschließen. Es ist in jedem Fall hilfreich, die ÄrztInnen auf den Verdacht oder die Tatsache hinzuweisen.

Für eine Abklärung/Behandlung am Therapiezentrum für Folteropfer können sich die Betroffenen direkt selber an die Vermittlungsstelle wenden (Telefon 031-390 50 68), oder die Anmeldung erfolgt durch einen Arzt/eine Ärztin oder das betreuende Hilfswerk. Für Überweisungen ist das Einverständnis der Betroffenen eine Voraussetzung.

Werden Folter- und Kriegsopfer in der physiotherapeutischen Praxis behandelt, müssen nach unserer Meinung die folgenden Punkte teilweise oder – je nach Situation – ganz erfüllt sein:

- Der/die PhysiotherapeutIn kennt die wichtigsten Foltermethoden und deren Auswirkungen auf den Körper.
- Die psychischen und sozialen Folgen von Folter und Krieg sind ihnen vertraut, insbesondere das Syndrom der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung mit seinen typischen Zeichen (Herman, 1993; Maercker, 1997).
- Für die Behandlung von direkten Folgen von Folter und Misshandlungen sind gute manualtechnische Kenntnisse hilfreich.
- Eine gute Beziehung zu den PatientInnen bildet die Grundlage für einen befriedigenden Therapieverlauf. Eine vertrauensvolle Atmosphäre zu schaffen ist gerade mit diesen PatientInnen wegen oft vorhandenem Misstrauen schwierig und anspruchsvoll, jedoch nicht unmöglich.
- Die Therapie erfordert eine hohe Flexibilität. Gelegentlich müssen die Akzente anders gelegt werden als geplant (beispielsweise sich Zeit zu nehmen für ein Gespräch).
- Die PatientInnen müssen genau über das Vorgehen in der Therapie informiert werden.

- Bei fehlender oder mangelhafter sprachlicher Verständigung sind ÜbersetzerInnen beizuziehen. Dabei ist es wichtig, dass nicht Verwandte oder nahe Bekannte der PatientInnen diese Aufgabe übernehmen. Es besteht sonst die Gefahr, dass die betroffenen Personen in Anwesenheit von ihnen nahestehenden Personen nicht offen sprechen können und wollen oder dass die ÜbersetzerInnen zu stark belastet werden. Aussenstehende ÜbersetzerInnen zu finden ist allerdings schwierig – nicht zuletzt, weil die Kostenübernahme nicht geklärt ist.
- Die Physiotherapie wird von einer gleichzeitig stattfindenden Psychotherapie sicher unterstützt. Dabei ist auf eine gute, gegenüber den PatientInnen offene Zusammenarbeit mit dem/der PsychotherapeutIn zu achten, damit es nicht zu Spaltungsphänomenen kommt (z. B. eine «gute» und eine «böse» Therapeutin).
- Wegen der Komplexität und der Schwere der Thematik ist eine supervisorische Begleitung zu empfehlen. Besondere Beachtung muss dabei den Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomenen geschenkt werden (Jordi, 1994).

Auch wenn diese Liste abschreckend wirken kann, hoffen wir, mit dem vorliegenden Beitrag die Aufmerksamkeit für die Probleme von Folter- und Kriegsopfern erhöht und vor allem Mut gemacht zu haben, sich diesen Menschen anzunehmen.

Schlussbemerkungen

In der Psychotherapie befasst man sich bereits seit einiger Zeit mit den Folgen von Extremtraumatisierung durch staatliche Gewalt wie Folter und Krieg. Obschon diese Opfer oft unter erheblichen körperlichen und psychosomatischen Beschwerden leiden, wird dagegen in der Physiotherapie dieser Thematik noch wenig Beachtung geschenkt. Dieser Artikel stellt einen Versuch dar, die Rolle der Physiotherapie bei Folter- und Kriegsopfern zu situieren, ihre Möglichkeiten und Grenzen aufzuzeigen. Dies geschieht aufgrund von ersten Erfahrungen im Therapiezentrum SRK für Folteropfer.

Für 1999 planen wir am Therapiezentrum SRK eine zweitägige Fortbildung «Folter- und Kriegsopfer in der Physiotherapie» für PhysiotherapeutInnen. Zur Bestellung von Jahresberichten, Artikeln (Unkostenbeitrag) und Merkblättern kann ein Talon angefordert werden:

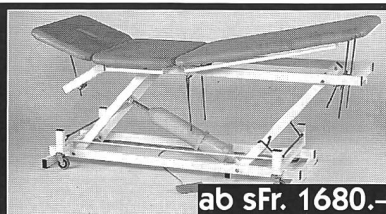
Telefon 031 - 390 50 50, Telefax 031 - 382 97 10.

LITERATUR

- AMNESTY INTERNATIONAL: Facts and Figures about Amnesty International and its work for Human Rights. Amnesty International Publications, London 1996.
- DESJARLAIS R., EISENBERG L., GOOD B., KLEINMAN A.: World mental health. Oxford University Press, New York 1995.
- GRAESSNER S., GURRIS N., PROSS C. (Hrsg.): Folter – An der Seite der Überlebenden. Unterstützung und Therapie. München 1996.
- HERMAN J.: Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden. München, Kindler, 1993.
- IRCT (1998): UN International Day in Support of Torture Victims (Fact sheet). International Rehabilitation Council for torture Victims. Kopenhagen.
- JORDI A.: Integrative Bewegungstherapie und Physiotherapie. «Physiotherapie» 4/94.
- KRAHMANN H.: Die Progressive Relaxation nach E. Jacobson. «Physiotherapie» 5/98.
- KÜNZLI A.: «Homo Tortor» – Philosophen gegen die Folter. In Rauchfleisch U. (Hrsg.): Folter. Gewalt gegen Menschen. Freiburg/Zürich 1990.
- MAERCKER A. (Hrsg.): Therapie der posttraumatischen Belastungsstörung. Springer, Berlin 1997.
- PETZOLD H. G.: Integrative Therapie – Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie. Paderborn 1993.
- PETZOLD H. G., ORTH I.: Körperbilder in der Integrativen Therapie. in: Integrative Therapie 1–2 1991. Paderborn 1991.
- PRIP K., TIVED L., HOLTEN N.: Physiotherapie for Torture Survivors. IRCT, Copenhagen 1995.
- REEMTSMA J. P. (Hrsg.): Folter: Zur Analyse eines Herrschaftsmittels. Junius Verlag, Hamburg 1991.
- RESSLER E., TORTORICI J. M., MARCELINO A.: Children in war. United Nations Children's Fund Programme Publications, New York 1993.
- SAIGH P. A.: Posttraumatische Belastungsstörung: Diagnose und Behandlung psychischer Störungen bei Opfern von Gewalttaten und Katastrophen. Huber, Bern 1995.
- SUBILIA L., INGLIN R.: Sequelles de violence et de torture: rôle de la physiotherapie. «Physiotherapie» 7/96, 24–28.
- SUEDFELD P. (ed.): Psychology and torture. Hemisphere Publishers, New York 1990.
- UNHCR: The state of the World's Refugees. In search of Solutions. Oxford University Press, New York 1995.
- WEISS R.: Therapieprojekt für gefolterte Flüchtlinge – Machbarkeitsstudie. Schweiz. Rotes Kreuz 1993.
- WICKER H. R.: Die Sprache extremer Gewalt – Studie zur Situation von gefolterten Flüchtlingen in der Schweiz und zur Therapie von Folterfolgen. Universität Bern, Institut für Ethnologie 1993.

RehaTechnik

- Massage und Therapieliegen
- Schlingentische und Zubehör



ab sFr. 1680.-

LEHRINSTITUT RADLOFF

CH-9405 Wienacht-Bodensee
Telefon 071-891 31 90
Telefax 071-891 61 10