

Staatlich organisierte Gewalt und ihre Opfer – ein Überblick zu Ansätzen und Einrichtungen der Therapie. Anlässlich des 25-jährigen Bestehens des internationalen ai-Aktionsnetzes der Heilberufe.

James Welsh

Zusammenfassung:

Seit Mitte der siebziger Jahre haben Heilberufler durch die Dokumentation und Therapie von Foltertraumata eine wichtige Rolle im Kampf gegen staatlich organisierte Gewalt gespielt. Der Gebrauch von Folter durch Militärdiktaturen in Lateinamerika, die Flucht zahlreicher Opfer nach Europa und Nordamerika und das Heranwachsen einer internationalen Menschenrechtsbewegung trugen zur Entstehung zahlreicher therapeutischer Spezialeinrichtungen bei, die das gemeinsame Ziel, Opfer von Menschenrechtsverletzungen zu unterstützen, über verschiedene Arbeitsansätze zu erreichen suchten. Dokumentation und Öffentlichkeitsarbeit ergänzten vielfach die medizinische Betreuung und trugen zu Prävention und zur Veränderung politischer Strukturen bei. In Zusammenarbeit mit anderen Organisationen, z.B. medizinischen Berufsverbänden, Flüchtlings- und Menschenrechtsorganisationen wie amnesty international haben Heilberufler einen wichtigen Beitrag sowohl zur Therapie der Opfer von Menschenrechtsverletzungen als auch zum Kampf gegen die Straffreiheit geleistet. Der folgende Beitrag gibt einen Überblick zu Entwicklungen der letzten Jahrzehnte im Hinblick auf Ansätze und Einrichtungen der Therapie.

Einführung

Das 20. Jahrhundert mit seinen Konflikten und Kriegen, unter der ein Großteil der Weltbevölkerung zu leiden hatte, und seinen zahlreichen lokal oder regional begrenzten kriegerischen Auseinandersetzungen war vielleicht das zerstörerischste in der menschlichen Geschichte. Folter und andere Formen der Mißhandlung wurden in vielen Ländern zu alltäglichen Werkzeugen politischer Gewalt. Die Rolle, die Angehörige der Heilberufe in der Reaktion auf staatlich organisierte Gewalt und politische Traumatisierung spielten, war jedoch bis zur Veröffentlichung von Studien zu den Folgen des Holocaust in Deutschland und in den von den Nazis im Zweiten Weltkrieg besetzten Gebieten kaum dokumentiert. Forschungsanstrengungen zu den Auswirkungen schwerster Traumatisierung waren beachtlich – eine Mitte der achtziger Jahre veröffentlichte Bibliographie zur Literatur über die physischen und psychi-

schen Folgen des Holocaust umfaßte nahezu 170 Seiten (Eitinger & Krell, 1985). Medizinische Literatur zu Folgen der Folter und ähnlicher Menschenrechtsverletzungen sowie zu Fragen der Therapie von Opfern war hingegen bis 1970 vergleichsweise rar.

Seit Mitte der siebziger Jahre jedoch haben Ärzte und andere Heilberufler aktiv die Folgen von Menschenrechtsverletzungen, und insbesondere von Folter, dokumentiert. Einige frühe Studien legen, vielleicht aufgrund des großen physischen Leidens einiger im Exil lebender Opfer als auch aufgrund der medizinischen Qualifikation der Autoren, den Schwerpunkt auf körperliche Folgen der Folter, obwohl auch den psychischen Auswirkungen zunehmend Beachtung geschenkt wurde (Rasmussen, 1990; Goldfeld et al., 1998; Allodi, 1991). In späteren Jahren verfolgten Angehörige der Heilberufe einen zunehmend interdisziplinären Ansatz und schenken vermehrt auch interkulturellen Perspektiven Beachtung (Mollica, 1988). Die Frage, wie Folteropfern am effektivsten geholfen werden könne, trat zunehmend in den Vordergrund. Dieses Kapitel gibt eine kurze Einführung in die Geschichte dieses sich noch immer entwickelnden Bereiches der Therapie von Opfern von Menschenrechtsverletzungen.

Die Entstehung von Hilfsangeboten für Folteropfer

Die größte Herausforderung an all diejenigen, die Therapieangebote für Schwersttraumatisierte zu ihrem Anliegen gemacht haben, ist die schier überwältigende Anzahl an Opfern. Von den Jahren des Holocaust bis zur heutigen Bandbreite repressiver Regime und Bürgerkriege bestand immer ein Ungleichgewicht zwischen dem begrenzten Angebot an oder dem völligen Nicht-Vorhandensein professioneller Hilfe auf der einen Seite, und der Anzahl traumatisierter Opfer auf der anderen.

Obwohl viele der im Laufe der Jahrzehnte erstellten Studien auf die langzeitlichen Folgen massiven psychischen Traumas (Eitinger, 1971; Danielli, 1994a, b) und auf ihre Auswirkungen auf die Kindern von Überlebenden hinwiesen (Danielli, 1985), beschäftigten sich nur wenige von ihnen mit der Frage, wie dieses professionelle Wissen am besten einer großen Anzahl individueller Opfer zur Verfügung gestellt werden könnte. Diese Problematik durchzieht die gesamte Geschichte der Entwicklung von Hilfsangeboten für Opfer von Menschenrechtsverletzungen (s.u.).

Es muß an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, daß nicht alle Experten diese Problematik als das Hauptproblem in der Therapie von Folteropfern verstehen, da Kriegsgeschädigte oder anders Mißbrauchte ihrer Ansicht nach keiner professionellen Hilfe im gewöhnlichen Sinne des Wortes bedürfen. Sowohl

Summerfield (1995) als auch Beristain (1998) sind der Ansicht, daß es wichtiger ist, betroffenen Bevölkerungsgruppen Gehör zu schenken, als automatisch die Antwort auf ihr Leiden in Form von auf das einzelne Opfer ausgerichteten Therapieformen zu betrachten.

Abgesehen von den zahlreichen und bedeutenden Studien zum Holocaust, gab es bis Mitte der siebziger Jahre, als die ersten systematischen Therapieangebote für Opfer von Menschenrechtsverletzungen entstanden, nur wenig systematische Studien zu den psychischen und physischen Folgen von Folter. Wie ich an anderer Stelle ausgeführt habe (Welsh, 1996), scheinen drei Faktoren in der Entwicklung solcher Angebote zu diesem Zeitpunkt eine wichtige Rolle gespielt zu haben:

Die Anwendung von Folter in Ländern mit etablierten und politisch engagierten Berufsverbänden

Der Gebrauch von Folter durch Angehörige der Militärdiktaturen in Lateinamerika führte dazu, daß in diesen Ländern eine große Anzahl traumatisierter Personen nach therapeutischer Hilfe suchten. Unterstützung kam vonseiten politischer Gruppierungen, der Kirchen und von Gruppen von Heilberuflern, die in den darauffolgenden Jahren zunehmend Erfahrung in der Therapie von *Foltertraumatisierungen* gewannen. In den Jahren nach dem Militärputsch in Chile 1973 gründeten die evangelischen Kirchen die *Fundación de Ayuda de las Iglesias Cristianas* (FASIC: Hilfsvereinigung Christlicher Kirchen); die katholische Kirche besaß mit der *Vicaria de la Solidaridad* (katholisches Solidaritätsvikariat) ebenfalls ein medizinisches Team; und eine politisch ausgerichtete Organisation, das *Comite para la Defensa de los Derechos del Pueblo* (CODEPU: Komitee für die Verteidigung der Rechte des Volkes) gründete ebenfalls ein Team, das denjenigen, die unter Foltertraumata litten, medizinische Hilfe anbot. Diese und andere Organisationen, die später entstanden, werden im folgenden noch näher besprochen.

Behandlung von Menschenrechtsflüchtlingen in Europa und Nordamerika

Weitere Faktoren in der Entwicklung therapeutischer Angebote für Folteropfer waren die Welle von Militärputschen in Lateinamerika 1972 bis 1976 – in Uruguay, Chile und Argentinien (Brasilien befand sich bereits unter Militärrherrschaft) – sowie Krieg in Südostasien und die systematische Unterdrückung der Bevölkerung in Osteuropa. Diese politischen Entwicklungen führten dazu, daß eine große Zahl von Flüchtlingen sowohl in den Nachbarländern dieser Staaten als auch in Europa, Nordamerika und Australasien eintraf. Angehörige der Heilberufe in diesen Ländern sahen sich auf einmal einer großen Zahl von Personen gegenüber, die Anzeichen von Mißhandlung zeig-

ten und sich zugleich mit den typischen Problemen des Exils auseinanderzusetzen hatten: Wohnungslosigkeit, Arbeitslosigkeit und Schwierigkeiten in der Anpassung an eine fremde Kultur. Einige Heilberufler, die selber aus ihrem Heimatland hatten fliehen müssen, erkannten ebenfalls die Hilfsbedürftigkeit ihrer Landsleute und begannen, aktiv über Hilfsangebote nachzudenken (van Willigen, 1992).

Die Entstehung einer internationalen Menschenrechtsbewegung

Die frühen siebziger Jahre sahen eine stetige Zunahme des Menschenrechtsbewußtseins innerhalb der Bevölkerung in Europa, Australasien und Amerika. Amnesty international (ai) organisierte seine erste internationale Kampagne gegen Folter in den Jahren 1972-73. Ein unmittelbares Ergebnis dieser Kampagne war der Zusammenschluß von Heilberuflern in ai-Gruppen, die sich unter anderem für die Abschaffung von Folter und für eine angemessene medizinische Versorgung von Folteropfern einsetzten. Mitglieder einiger dieser Gruppen diagnostizierten und dokumentierten die Fälle von Asylbewerbern und versuchten sicherzustellen, daß medizinische Hilfe für alle, die sie benötigten, zur Verfügung stand. Die Erhaltung eines solchen Angebotes medizinischer Hilfe für Flüchtlinge war jedoch auf Dauer im Rahmen einer kampagnen-orientierten Menschenrechtsorganisation wie amnesty international nur schwer möglich, so daß neue, von ai unabhängige Therapieeinrichtungen entstanden – zunächst in Kanada, Dänemark, Frankreich und den Niederlanden; dann auch in Deutschland, England, Skandinavien, den USA und in vielen anderen Ländern.

Viele der frühen Studien in diesem Bereich legen ihren Schwerpunkt auf die Dokumentation von Folter und ihre Folgeschäden. Bedeutende Arbeiten zu diesem Thema stammen aus den Jahren von Mitte der siebziger bis Mitte der achtziger Jahre (ai, 1977; Cathcart et al., 1970; Rasmussen & Lunde, 1980; Domovitch et al., 1984; Allodi et al., 1985; Rasmussen, 1990). In den letzten zwei Jahrzehnten war jedoch eine gewaltige Zunahme an Studien zum Thema Folter zu beobachten, die sehr unterschiedliche Ansätze verfolgten: Folter als Herausforderung an die Medizin als Wissenschaft (Kosteljanietz & Aaland, 1983); Folter als ein Phänomen mit ethischen, psychologischen, psychosozialen und soziopolitischen Dimensionen (Allodi & Cowgill, 1982; Lira et al., 1990; Barudy, 1989); sowie Folter und Traumatisierung als Angriffe auf individuelle Bevölkerungsgruppen, die einen Bedarf gruppentherapeutischen Maßnahmen deutlich machten (Beristain, 1998).

Spezialeinrichtungen für Folteropfer

Die wachsende Anzahl an Veröffentlichungen zum Thema Folter und Traumatisierung spiegelt die rasche *Vernetzung* von Spezialeinrichtungen für Folteropfer wieder (van Willigen, 1992; Welsh, 1996), die durch entsprechenden Bedarf innerhalb der Länder, die sich derartigen Formen der Gewalt ausgesetzt sahen; durch entsprechenden Bedarf und den Wunsch zu helfen in den Ländern, die Flüchtlinge aufnahmen; und, ganz allgemein, durch das wachsende Interesse von Heilberuflern an der Menschenrechtsthematik und dem Verlangen, dieses Interesse in effektive Hilfe umzusetzen, ausgelöst wurde.

Unterdrückerstaaten

Die ersten Therapieangebote, die in Lateinamerika unter der Militärdiktatur der siebziger Jahre entstanden, waren geprägt sowohl von politischen Zwängen und Philosophien als auch von medizinischer Theorie. In Chile konnte die Behandlung von Oppositionsangehörigen aus Sicherheitsgründen nur heimlich erfolgen. Erste Versuche zur Einrichtung von Therapieangeboten fanden in einem Klima strengster Unterdrückung statt und entwickelten sich innerhalb der politischen Opposition (CODEPU) oder der Kirche (FASIC, *Vicaria de la Solidaredad*). Diese Therapieangebote boten einfachste Formen der Unterstützung und bemühten sich zugleich, den individuellen medizinischen oder psychologischen Bedürfnissen traumatisierter ehemaliger Gefangener oder ihrer Familien Rechnung zu tragen. Abgesehen von einer Erstdiagnose zur Entwicklung eines Therapieplanes nahm die Erstellung klinischer Diagnosen in diesen Projekten nur eine Nebenrolle ein. Die Arbeit war von pragmatischen Erwägungen geprägt und mußte unter schwierigen Umständen ausgeführt werden. Es hat symbolische Bedeutung, daß eine der wichtigsten Studien in Englisch über die damalige therapeutische Arbeit in Chile unter einem Pseudonym veröffentlicht wurde (Cienfuegos & Monelli, 1983). In den späteren Jahren der Diktatur arbeiteten psychologisch-orientierte Zentren wie CINTRAS (Centre for the Investigation and Treatment of Stress, Zentrum für die Untersuchung und Behandlung von psychotraumatischen Störungen) und ILAS (Lateinamerikanisches Institut für Menschenrechte und psychische Gesundheit 1987-1997) mit psychisch schwersttraumatisierten Opfern.

Das Muster der Menschenrechtsverletzungen in Argentinien unterschied sich erheblich von dem in Chile. Die Technik des „Verschwindenlassens“ stürzte Tausende von Familien in einen Zustand des Verleugnens, des endlosen Trauerns und der Orientierungslosigkeit nach dem plötzlichen Verschwinden eines Familienmitglieds. Ein Team von Psychologen zur Unterstützung der Gruppe der *Mütter von der Plaza de Mayo* – der Name geht zurück auf den Platz, auf dem die Frauen wöchentlich demonstrierten – begann seine Arbeit mit Angehörigen der „Verschwundenen“ kurz nach dem Militärputsch von 1976. Auf der Basis Freudscher Psychoanalyse versuchte die

Gruppe, den Müttern in ihrem Kampf für persönliche und soziale Gerechtigkeit beizustehen und ihnen dabei zu helfen, sich realistisch mit ihrer Lage auseinanderzusetzen (Kordon et al, 1992).

Das *Centro de Estudios Legales y Sociales* (CELS; Zentrum für juristische und soziale Studien) stellte ein Team von Heilberuflern zusammen, das Opfern des Regimes Hilfe bei der Bewältigung ihrer traumatischen Erlebnisse gewährte. Das Team gab darüber hinaus auch Hilfestellung im juristischen und sozialen Bereich – ein integrativer Ansatz der bei vielen der Initiativen, die über die letzten Jahrzehnte in Lateinamerika tätig geworden sind, zu beobachten ist.

In Uruguay entstanden mehrere Zentren, die sich ehemaliger Häftlinge annahmen, die während ihrer Inhaftierung psychische oder physische Traumata erlitten hatten. Im „Libertad“-Gefängnis, dem größten Gefängnis für männliche Häftlinge in Uruguay, wurden Gefangene großen psychischen und physischen Belastungen ausgesetzt, so daß viele von ihnen nach ihrer Entlassung auf verschiedene Formen medizinischer Hilfe angewiesen waren. Die Organisation SERSOC (*Servicios de Rehabilitacion Social*; Sozialer Rehabilitationsdienst) und andere Gruppen gewährten den Opfern von Folter und Inhaftierung psychosoziale Hilfe.

Eine Reihe von Entwicklungen in den achtziger Jahren stellte die Angehörigen der Heilberufe vor neue Herausforderungen. Brasilien, Uruguay, Argentinien und Chile kehrten zur Demokratie zurück, und ehemalige Flüchtlinge versuchten nach ihrer Rückkehr ihr Leben in ihrer alten Heimat wieder neu aufzubauen. Während es vielen von ihnen gelang, sich an die neue Situation nach mehr als einem Jahrzehnt gewaltsamer politischer Umorientierung anzupassen, wurden andere die Geister der Vergangenheit nicht los und waren bei der Wiedereingliederung in die Gesellschaft auf die Hilfe von Psychiatern und Psychologen angewiesen.

In anderen Ländern, die ebenfalls unter diktatorischen Regimen zu leiden hatten, wie Südafrika, Pakistan und den Philippinen, entstanden kleine, aber bedeutsame Zentren für die Behandlung von Opfern politischer Gewalt (mehr Information zu einigen von ihnen ist in van Willigen, 1992, zu finden). Eine Zusammenstellung von amnesty international Mitte der neunziger Jahre (ai, 1994a) listete circa 70 solcher Zentren in 23 Ländern und Territorien auf. Neuere Auflagen dieser Liste zeigen eine stetige Zunahme in der Anzahl derartiger Einrichtungen (ai, 1998). Ähnlich wie in Lateinamerika integrierten viele dieser Zentren Öffentlichkeits- und Kampagnenaktionen in ihre Arbeit.

Aufnahmeländer von Flüchtlingen

In Ländern, die eine große Anzahl von Flüchtlingen aufnahmen, wurden in den siebziger Jahren einige bedeutende Initiativen von im Exil lebenden Heilberuflern gestartet. In Belgien bot das 1976 gegründete *Colectivo Latinoamericano de Trabajo Psicosocial* (COLAT, Lateinamerikanisches Kollektiv für Psychosoziale Arbeit) ein breites Spektrum therapeutischer Hilfeleistungen innerhalb eines Rahmens an, in dem politische Werte, die in den Herkunftsländern der Flüchtlinge unterminiert worden waren, gepflegt und wieder aufgebaut wurden. COLAT sah seine Rolle in der Hilfe zur „kritischen Integration“, das heißt der Fähigkeit von Flüchtlingen, innerhalb ihrer Gastgesellschaften zu funktionieren, diese jedoch nicht einfach unkritisch anzunehmen (Barudy, 1989). Als ein Ergebnis der wachsenden Anzahl nicht-lateinamerikanischer Flüchtlinge, die nach Belgien kamen, benannte COLAT sich in EXIL um und erweiterte seinen Tätigkeitsbereich auf Hilfe für Flüchtlinge und Asylbewerber im allgemeinen.

In Frankfurt gründeten lateinamerikanische Psychiater 1979 das Psychosoziale Zentrum für Flüchtlinge, um anderen Lateinamerikanern, die nach Deutschland geflohen waren, Hilfestellung zu leisten. Das Zentrum beschäftigte später auch Ärzte aus anderen Ländern und behandelte Flüchtlinge auch aus anderen Herkunftsregionen. Therapieangebote bestehen sowohl für gefolterte Flüchtlinge als auch für Opfer anderer Formen von Gewalt. In späteren Jahren entstanden in Deutschland noch eine Reihe ähnlicher Zentren in Deutschland – in Köln (1985), Hamburg (1985), Berlin (1986 und 1992), Düsseldorf (1987) und anderen Städten (AI, 1998).

Einheimische Heilberufler gründeten Zentren zur Behandlung der Opfer von Folter und staatlich organisierter Gewalt in Europa und Nordamerika in den späten siebziger und frühen achtziger Jahren, in Dänemark, den Niederlanden, Frankreich und Kanada. Viele dieser Einrichtungen erwuchsen aus oder wurden unterstützt von ai-Gruppen von Heilberuflern. Gemeinsame Vision dieser Einrichtungen war es ursprünglich, den Bedürfnissen einer großen Anzahl von Folteropfern Rechnung zu tragen. Unterschiedliche Vorstellungen darüber, wieviel Bedeutung diesem Ziel letztendlich beigemessen werden und in welchem Rahmen die Therapieangebote formuliert werden sollten, trugen jedoch dazu bei, daß sie sich schnell in verschiedene Richtungen entwickelten (s.u.).

Das Internationale Rehabilitations- und Forschungszentrum für Folteropfer in Dänemark (*International Rehabilitation and Research Center for Torture Victims*, RCT) wurde 1982 gegründet und betreut, von wenigen Ausnahmen abgesehen, nur Flüchtlinge, deren Asylantrag anerkannt wurde. Das Zentrum wurde von Ärzten gegründet und legte seinen Schwerpunkt zunächst auf die Behandlung physischer Folgeschäden, beschäftigte in späteren Jahren

aber auch einige Psychiater und Psychologen. Der klinische Schwerpunkt liegt auf der Behandlung einer kleinen Anzahl schwersttraumatisierter Folteropfer. Mitarbeiter des RCT veröffentlichten zahlreiche Artikel sowohl zu den psychischen und physischen Folgen von Folter und zu relevanten Behandlungsmethoden als auch zu den politischen und geschichtlichen Aspekten von Folter. Das Zentrum organisiert regelmäßig Fortbildungsseminare, erstellt Dokumentationen, trägt zur Forschung bei, organisiert Konferenzen und ist weiterhin für eine große Anzahl von Veröffentlichungen verantwortlich. 1985 gründete es den Internationalen Forschungsrat für Folteropfer (*International Research Council for Torture Victims, IRCT*), das seinen Sitz ebenfalls in Kopenhagen hat, jedoch über eine internationale Mitgliedschaft verfügt. Das IRCT sponsert Organisationen, Lehrgänge und Konferenzen und veröffentlicht ein vierteljährliches Magazin mit dem Titel „Torture“. Andere Einrichtungen in Kopenhagen verfolgen andere Ansätze. Die Organisationen CEPAR und OASIS bieten Flüchtlingen Gesprächstherapie an, und ETICA arbeitet mit Ehrenamtlichen aus dem öffentlichen Gesundheitswesen.

In Frankreich entstand 1979 das *Centre d'Orientation médicale* (COMED) – später umbenannt in *Comité médical pour les Exilés* (COMEDE) – um die medizinische Grundversorgung von im Exil Lebenden zu gewährleisten. Zu den Aufgaben des Komitees zählte unter anderem die Behandlung von Folteropfern. Nach Diskussionen unter Mitarbeitern, ob COMEDE weiterhin eine allgemeine medizinische Einrichtung der Flüchtlingshilfe bleiben oder sein Angebot mehr auf die speziellen Bedürfnisse von Folteropfern zuschneiden sollte, verließ eine Mitarbeiterin die Einrichtung und gründete die *Association pour les victimes de Repression en Exil* (AVRE, Vereinigung für im Exil lebender Opfer staatlich organisierter Gewalt). 1995 entstand ein weiteres Zentrum, das *Centre Primo Levi*, speziell für Opfer von Foltertraumata.

In den Niederlanden gründete die holländische Regierung 1979 das *Centrum Gezondheidszorg Vluchtelingen* (CGV, Zentrum für Flüchtlingsmedizin) zur medizinischen Erstuntersuchung von Flüchtlingen, die im Rahmen eines Quotenprogramms in die Niederlande kamen. In den kommenden Jahren dehnte das Zentrum sein Angebot auf medizinische und psychosoziale Hilfe an alle Asylbewerber und Flüchtlinge aus. Flüchtlinge, die spezielle psychologische oder psychiatrische Hilfe oder anderen medizinischen Beistand brauchten, wurden an die Universitätsklinik in Leiden oder den sozialpsychiatrischen Dienst in Amsterdam überwiesen. 1993 wurde die Verbindung zwischen der Regierung und dem CGV gelöst, und das Zentrum wurde in eine private Nichtregierungseinrichtung mit dem Namen „Pharos Foundation“ (Stiftung Pharos) umgewandelt.

In Kanada gründete ein ai-nahestehendes Team von Heilberuflern und Flüchtlingshelfern 1982 in Toronto das *Canadian Centre for Victims of Torture* (CCVT, Kanadisches Zentrum für Folteropfer). Das CCVT setzte es sich zum Ziel, ein dezentralisiertes, auf das soziale Umfeld des Opfers ausgerichtetes Dienstleistungsmodell zu verwirklichen. Das Zentrum erfüllt weiterhin die Rolle des Koordinators und erhält ein gewisses Therapie- und Behandlungsangebot aufrecht. Der überwiegende Anteil der Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen wird jedoch von Heilberuflern auf freiwilliger Basis innerhalb des Gesundheitswesens von Ontario ausgeführt. In späteren Jahren entstanden noch eine Reihe weiterer Einrichtungen in Kanada (ai, 1998).

In den USA entstanden die ersten Einrichtungen in Los Angeles, Minneapolis, Boston und anderen Städten ab Beginn der frühen achtziger Jahre. Dieser Trend erfuhr kürzlich Unterstützung durch die Entscheidung der US Regierung 1999, gefolterten Flüchtlingen großzügige finanzielle Unterstützung zukommen zu lassen.

Ebenfalls aus der Arbeit einer ai-Gruppe erwuchs 1986 die Londoner *Medical Foundation for the Care of Victims of Torture* (Medizinische Stiftung für die Behandlung von Folteropfern). Die Einrichtung behandelt sowohl Asylbewerber und Flüchtlinge als auch eine kleine Gruppe von ehemaligen Insassen von Kriegsgefangenen- oder Konzentrationslagern des Zweiten Weltkrieges, die noch immer an den Folgen von traumatischem Streß und anderen Beschwerden leiden. Die Stiftung beschäftigt Psychiater, Psychologen, Ärzte und Sozialarbeiter, arbeitet aber auch mit Ehrenamtlichen aus anderen Heilberufen und bietet eine weite Bandbreite von Therapiemethoden, einschließlich alternativer Therapieansätze, an.

Im Laufe der Jahre wurde deutlich, daß die Arbeitsmethoden und Ziele dieser verschiedenen Initiativen sich deutlich voneinander unterschieden. Die Unterschiede konzentrierten sich vor allem auf a) die Frage, ob und wie sich die Erfahrung von Folter von anderen traumatischen Erlebnissen unterscheidet, b) zentralisierte, spezialisierte und intensive im Gegensatz zu dezentralisierten, extensiven Arbeitsmethoden; und c) die Ausrichtung auf Folter im Gegensatz zu einem breiteren Angebot für Flüchtlinge (oder sogar für Traumapatienten im allgemeinen). Weitere Unterschiede ergaben sich zum Beispiel im Hinblick auf eine nationale Ausrichtung der Hilfsprojekte im Gegensatz zu vermehrtem Engagement in internationalen Projekten.

Eine anderes Problem, über das viel diskutiert wurde, war die Frage des Verhältnisses des Flüchtlingshelfers zu den Behörden, die über den Asylantrag eines Flüchtlings zu entscheiden hatten. Während einige Experten der Ansicht sind, daß eine enge, auf Kooperation ausgerichtete Zusammenarbeit

wünschenswert oder im Interesse des Asylbewerbers ist, sehen andere einen derartigen Ansatz mit großen ethischen Problemen verbunden und ziehen es vor, eine formelle Distanz zwischen den Nichtregierungsgruppen und den Regierungsbehörden zu halten. Ein vernachlässigtes Phänomen in der Arbeit mit Traumaopfern war das der indirekten Traumatisierung der Helfer durch die Konfrontation mit den traumatischen Erfahrungen ihrer Patienten. Während einige Einrichtungen schon früh die Notwendigkeit der Supervision und therapeutischen Betreuung ihrer Mitarbeiter erkannten, reagierten andere nur langsam auf solche Bedürfnisse und setzten damit die Arbeit in diesen Zentren einem nicht unbeachtlichen Risiko aus.

Der Umgang mit der Notwendigkeit zur fremdsprachlichen Kommunikation spiegelte ebenfalls unterschiedliche Ansätze wieder. Einige Einrichtungen arbeiten mit Dolmetschern, deren Aufgabe es ist, den Informationsfluß zwischen Patient und Therapeut neutral zu ermöglichen, während andere Zentren mit interkulturellen orientierten Therapeuten arbeiten (Mollica, 1988; Becker et al., 1990).

Darüber hinaus stellten einige Kommentatoren den Sinn und Zweck von Spezialeinrichtungen an sich in Frage (Bracken et al., 1995, 1997; Beristain, 1999) und befürworteten stattdessen die Nutzung von im sozialen Umfeld des Opfers vorhandenen Ressourcen und einen auf dieses soziale Umfeld und die Gruppe ausgerichteten Therapieansatz.

Tabelle: Verschiedene Ansätze in der Therapie von Folteropfern
<ol style="list-style-type: none"> 1. Verständnis der besonderen Qualität von Foltererfahrungen in Abhebung von anderen traumatischen Erlebnissen. 2. zentralisierte, spezialisierte und intensive im Gegensatz zu dezentralisierten, extensiven Arbeitsweisen. 3. rein medizinische Behandlung der gesundheitlichen Folgen von Folter im Gegensatz zu umfassenderen, integrativen Hilfsangeboten. 4. Arbeit auf nationaler Ebene im Gegensatz zur Teilnahme an internationalen Programmen. 5. Kooperation mit Regierungsbehörden im Gegensatz zu unabhängigem Status der Helfer. 6. Therapeutische Betreuung von Mitarbeitern im Gegensatz zu Modellen ohne ein solches Beratungsangebot. 7. Ausrichtung auf die Einzelperson im Gegensatz zur Ausrichtung

der Therapie auf das soziale Umfeld des Opfers.

Auf internationaler Ebene vertreten zwei Dachorganisationen die Anliegen der Behandlungszentren. Der *International Rehabilitation Council for Torture Victims* (IRCT, Internationaler Rehabilitationsrat für Folteropfer) entstand aus der Arbeit des RCT in Kopenhagen (s.o.). Der IRCT wurde 1985 gegründet mit dem Ziel, Folteropfern Rehabilitationsangebote und Behandlung durch Spezialisten zukommen zu lassen, und weltweit zur Verhütung von Folter beizutragen (IRCT, www.irct.org, 2000). Die Mitglieder des IRCT-Verwaltungsrates sind sowohl Mitarbeiter verschiedener internationaler Behandlungszentren als auch Einzelpersonen mit einem besonderen Interesse an Medizin und Menschenrechten. Das Hauptquartier der Organisation und ihre Ehrenvorsitzende Inge Genefke haben ihren Sitz in Kopenhagen.

Eine zweite internationale Dachorganisation entstand 1993 mit der Gründung der *International Society for Health and Human Rights* (Internationale Gesellschaft für Medizin und Menschenrechte) als gemeinnütziger Organisation. Zu den Zielen der Gesellschaft gehört es, den Opfern von Menschenrechtsverletzungen angemessene medizinische Hilfe zukommen zu lassen. Generalsekretärin ist derzeit Nora Sveaass vom Institut für Psychologie der Universität Oslo (August 2000).

Hilfsangebote im Rahmen des traditionellen Gesundheitssektors

Abgesehen von den unabhängigen Zentren in jenen Ländern, in denen Folter systematisch praktiziert wurde, und den auf Menschenrechtsfragen ausgerichteten Einrichtungen in Ländern, die eine große Zahl an Flüchtlingen aufnehmen, entstanden Therapieangebote auch innerhalb des traditionellen Gesundheitssektors.

In den USA wurde in den späten siebziger Jahren an der Oregon Health Sciences University eine Einrichtung für südostasiatische Flüchtlinge gegründet, die zunächst nur einen interkulturellen Psychiater und einen vietnamesischen Arzt beschäftigte. Später wurde das Angebot um ein Fortbildungs- und Ehrenamtlichenprogramm erweitert (Kinzie, 1991). In Boston gründete der Psychiater Richard Mollica gemeinsam mit Kollegen die *Indochinese Psychiatry Clinic* (IPC, Indochinesische Klinik für Psychiatrie) zur Behandlung von in Boston lebenden Südasiaten. Von Kinzie wie auch Mollica sind zahlreiche Veröffentlichungen zur Traumatisierung kambodschanischer Flüchtlinge erschienen (Sack et al., 1993; Mollica et al.,

Flüchtlinge erschienen (Sack et al., 1993; Mollica et al., 1998). Die IPC stellte 1999 ihre Arbeit ein.

In London begann Metin Basoglu in den achtziger Jahren in einer psychiatrischen Abteilung, die Patienten mit Phobien und Angstzuständen behandelte, seine Arbeit mit türkischen Flüchtlingen. Darüber hinaus rief er mit Kollegen eine Forschungs- und Therapieeinrichtung in Istanbul ins Leben (Basoglu, 1992). (Andere Einrichtungen in Istanbul und in anderen Städten in der Türkei arbeiten im Verbund mit der türkischen Stiftung für Menschenrechte).

1999 wurde in Boston (USA) eine weitere, an die medizinische Fakultät der Universität Boston angeschlossene Einrichtung gegründet, die sich an Flüchtlinge und Asylbewerber aus Boston und umliegenden Bezirken wendet.

Eine Zusammenfassung der Arbeit von Einrichtungen zur Behandlung von Folteropfern sind in einer Reihe von Veröffentlichungen (ai, 1998; Gruschow & Hannibal, 1990) als auch im Internet zu finden (z.B. auf der webpage des IRCT, www.irct.org).

Es waren jedoch nicht nur auf Traumaopfer spezialisierte Einrichtungen, die eine Antwort auf den wachsenden Bedarf an therapeutischer Hilfe für Folteropfer in Ländern, deren Bewohner unter Folter und anderen Mißhandlungen litten und für traumatisierte Flüchtlinge, suchten. Andere Organisationen leisteten ebenfalls einen wesentlichen Beitrag.

Unterstützung von Folteropfern durch andere Organisationen

Die Vereinten Nationen

Abgesehen von den Vertragswerken zum Menschenrechtsschutz, die alle zum Kampf gegen Folter beitragen, stellt der *United Nations Voluntary Fund for Torture Victims* (Freiwilliger Fonds für Folteropfer der Vereinten Nationen), der im Jahr 1982 gegründet wurde und dessen spezielle Aufgabe die praktische Unterstützung von Folteropfern ist – finanzielle Mittel für nationale und lokale Hilfsangebote für Folteropfer zur Verfügung. Die Auszahlungen des Fonds an verschiedene Programme sind von \$2.1 Millionen im Jahr 1993 auf \$5.1 Millionen im Jahr 1999 gestiegen (Freiwilliger Fonds für Folteropfer, 1999).

Berufsverbände

Berufsverbände spielen in der Bereitstellung medizinischer Hilfe wenn überhaupt, dann in der Regel nur eine sehr begrenzte Rolle, und Aktivitäten in

diesem Bereich sind eher die Ausnahme als die Regel. Der chilenische Ärzteverband (*Colegio Medico de Chile, CMC*) bemühte sich jedoch aktiv, das Wissen um die Prinzipien medizinischer Ethik im allgemeinen und das Verständnis um Folter und deren Folgen im besonderen zu heben und koordinierte die medizinische Hilfe für diejenigen, die während der zahlreichen Demonstrationen in chilenischen Städten in den achtziger Jahren verletzt wurden. Der türkische Ärzteverband spielte ebenfalls eine entscheidende Rolle als Wächter über ethische Prinzipien, als Befürworter von Menschenrechten und als Garant der Rechte und der persönlichen Sicherheit von Angehörigen der Pflegeberufe. Der Verband hat sich gegen die Beteiligung von Heilberuflern an der Todesstrafe sowie gegen die Fälschung medizinischer Gutachten in Fällen, in denen ein Folterverdacht besteht, ausgesprochen. Darüber hinaus beteiligte er sich an der Entwicklung medizinischer Hilfsangebote an die Opfer der Gewalt türkischer Behörden.

Unter den internationalen Verbänden sind die Internat. Ges. für das Studium posttraumatischer Belastungsstörungen (*International Society for Traumatic Stress Studies*) und die *World Federation for Mental Health* zu nennen.

Flüchtlingsorganisationen

Regierungsunabhängige Flüchtlingsorganisationen haben sich ebenfalls der vielfältigen Bedürfnisse von Asylbewerbern und Flüchtlingen angenommen, die, auch wenn sie miteinander die Erfahrung der Flucht teilen, „in keinsten Weise als homogene Gruppe angesehen werden können ... Was sie eint, ist die Erfahrung des erzwungenen Entwurzeltwerdens, aber ihre Reaktion auf diese Erfahrung ist nicht in jedem Fall identisch oder völlig vorhersagbar.“ (Baker 1992, S. 84). Einige Organisationen arbeiten in Zusammenarbeit mit Spezialeinrichtungen für die Behandlung von traumatisierten Folteropfern; andere versuchen Grundbedürfnisse, wie Unterkunft, Hilfe im sozialen Bereich, und medizinische Basisversorgung, abzudecken.

Die Internationale Rotkreuz-Bewegung

Das Internationale Komitee vom Roten Kreuz und die internationalen und nationalen Rot-Kreuz-Gesellschaften spielen eine wichtige Rolle in der Beurteilung der Bedürfnisse von Häftlingen, überwachen ihren Zugang zu medizinischer Versorgung und tragen zu internationalen Hilfsaktionen nach Naturkatastrophen oder von Menschen verursachten Notzuständen bei. Einige nationale Gesellschaften haben finanzielle Mittel für die Gründung von Behandlungszentren bereitgestellt.

Humanitäre Organisationen

Heilberufliche humanitäre Organisationen, wie Ärzte ohne Grenzen, Ärzte der Welt, MERLIN und andere humanitäre Organisationen, wie der Save-the-Children-Fund, Oxfam und eine große Anzahl ähnlicher Einrichtungen, tragen alle dazu bei, die tragischen Folgen von Menschenrechtskatastrophen zu lindern. Während ihr Hauptaugenmerk den Bedürfnissen von Opfern kriegerischer Auseinandersetzungen, Naturkatastrophen und Armut gilt, spielen sie auch eine wichtige Rolle im Kampf gegen Menschenrechtsverletzungen. Einige dieser Organisationen sehen die Verurteilung von Mißbrauch als ein wichtiges Element ihrer Arbeit an und tragen zu einem gehobenen Bewußtsein über die Ursachen humanitärer Krisen bei (MSF, 1996).

Menschenrechtsorganisationen

Menschenrechtsorganisationen wie amnesty international tragen zur Arbeit von Behandlungszentren durch die Bereitstellung von Informationen über Menschenrechtsverletzungen, durch Arbeit mit Asylbewerbern, bescheidene finanzielle Unterstützung und allgemein durch ihre Rolle in der Entwicklung internationaler Standards zum Menschenrechtsschutz bei. amnesty international hat *Programme* zum Kampf gegen Folter (s. Hellwig & Höinck, i. d. Bd.), „Verschwindenlassen“ und extralegale Hinrichtungen entwickelt (ai, 1994b) und detaillierte Maßnahmen zum Schutz von Frauen vorgeschlagen, die, wenn sie umgesetzt würden, inhaftierten Frauen Schutz gegen sexuelle Mißbrauch und eine Reihe anderer Mißhandlungen gewähren würden (AI, 1991). Die Organisation hat auch verschiedene Aspekte von Folter beleuchtet, u.a. die Behandlung von Folteropfern (Forrest, 1996). In den letzten Jahren hat die Organisation die Kampagne zur Einrichtung eines internationalen Strafgerichtshofs zur Ahndung u.a. von Kriegsverbrechen aktiv unterstützt. Nichtregierungsorganisationen wie die *American Association for the Advancement of Science* (Randall und Lutz, 1991) und *Physicians for Human Rights* (1991) haben sowohl zur Erarbeitung von Hilfsangeboten für Folteropfer als auch zur Dokumentation von Menschenrechtsverletzungen beigetragen.

Menschenrechte und Straffreiheit

Als Folge der Institutionalisierung von Straffreiheit in vielen Ländern, die oft lange Jahre unter diktatorischen Regimen gelitten haben, wird die Verbindung zwischen politischem Trauma und der Suche nach Gerechtigkeit kontinuierlich neu bewertet und neu formuliert. Einige Therapeuten gründen ihre

Arbeit mit Opfern posttraumatischer Belastungsstörungen auf die sorgfältige Dokumentation und das Wiedererleben traumatischer Erfahrungen (Cienfuegos und Monelli, 1983; Agger und Jensen, 1990). Wird das Problem psychotraumatischer Störungen jedoch in einen weiteren Zusammenhang gestellt, tragen Dokumentation und Öffentlichkeitsarbeit nicht nur zur Unterstützung einzelner Opfer, sondern zugleich zur Veränderung politischer Strukturen bei und unterstreichen so die Bedeutung des Rufes nach Gerechtigkeit und von Maßnahmen zur Prävention (Becker et al., 1990; Lira et al., 1990). Ein solch umfassenderes Verständnis der eigenen Aufgabe kann gleichzeitig auch Einfluß auf das Leiden des individuellen Opfers haben und zum Heilungsprozeß beitragen (Agger und Jensen, 1992).

Heilberufler und Mitarbeiter von Behandlungszentren spielen auch vor Gericht eine zunehmend wichtige Rolle. Im August 2000 hatte ein Gericht in New York über einen Fall zu entscheiden, in dem sich die Kläger auf ein USGesetz aus dem 18. Jahrhundert beriefen, das ursprünglich den Opfern ausländischer Piraten Entschädigung versprochen hatte. Den Klägerinnen – einer Gruppe bosnischer Frauen, die behaupteten, Opfer einer Reihe organisierter Kriegsverbrechen unter Karadzic, dem ehemaligen Führer der Serben in Bosnien, geworden zu sein, wurden vom Gericht schließlich 745 Millionen US Dollar zugesprochen (Washington Post, 2000). Medizinische Gutachter hatten während des Prozesses zur Traumatisierung der Opfer ausgesagt. Auch wenn keine unmittelbare Hoffnung darauf besteht, daß die Frauen ihre Entschädigung tatsächlich erhalten werden, ist der symbolische Wert eines derartigen Gerichtsurteils nicht zu unterschätzen. (In einem früheren, bahnbrechenden Urteil wurde der Familie eines jungen Paraguayaners, der in seinem Heimatland zu Tode gefoltert worden war, eine Entschädigung von 10 Millionen US Dollar zuerkannt. Die Familie hatte den angeblich für die Folter Verantwortlichen verklagt, nachdem er in New York gesehen worden war (Claude, 1985). Medizinische Fachgutachten waren auch in diesem Fall wichtiger Bestandteil der Beweismittel).

Der Fall Augusto Pinochet hat zu einem deutlich gestiegenem Interesse an Fragen der Straffreiheit und des Völkerrechts geführt und dazu beigetragen, daß den für Menschenrechtsverletzungen Verantwortlichen momentan ein deutlich kälterer Wind ins Gesicht bläst. Augusto Pinochet wurde am 16. Oktober 1998 aufgrund eines spanischen Haftbefehls, mit dem seine Auslieferung nach Spanien beantragt wurde, in London verhaftet. Pinochet wurde in dem Haftbefehl die Verantwortung für Menschenrechtsverletzungen gegen spanische Staatsangehörige in Chile zu einer Zeit zugeschrieben, als er chilenischer Präsident war. Die Verhaftung Pinochets rief weltweit – und besonders in Chile selbst – starke Reaktionen hervor. Sowohl Gruppen, die sich seit Jahren für die Opfer der chilenischen Militärdiktatur eingesetzt hatten,

als auch Menschenrechtsorganisationen und individuelle Rechtsexperten bemühten sich über Monate, die Gerichte von der Notwendigkeit einer Auslieferung zu überzeugen, um der Straffreiheit Pinochets ein Ende zu bereiten. Am Ende befand die britische Regierung, daß Pinochet zu krank sei, um ausgeliefert und vor Gericht gestellt zu werden, und verhinderte so seine Auslieferung nach Spanien. Der ehemalige Diktator kehrte am 3. März 2000 nach Chile zurück. Trotz dieser vermeintlichen „Niederlage“ sehen Menschenrechtsorganisationen den Fall Pinochet als einen großen Fortschritt im Kampf gegen Straffreiheit.

Schlußbemerkungen

Die Fortschritte, die seit den frühen siebziger Jahren in der Analyse und Dokumentation von Folter und anderen Methoden des Mißbrauchs gemacht wurden, als auch die Zunahme der Therapieangebote an Opfer staatlich organisierter Gewalt, sind beeindruckend. Medizinische und psychosoziale Einrichtungen haben einen großen Anteil an der Literatur zum Thema und haben nicht nur die Antwort der Medizin auf Prozesse der politischen Traumatisierung bereichert, sondern auch öffentliche Gesundheitsdienste, Regierungen und internationale Organisationen zum Handeln bewegt. Ein wichtiger Beitrag wurde geleistet zu Initiativen, die in ihrer Arbeit für Gerechtigkeit für die Opfer politischer Gewalt große Fortschritte im Kampf gegen die Straffreiheit erzielt haben. Mit der Zunahme internationaler Rechtsprozesse zur Ahndung von Kriegsverbrechen und Verbrechen gegen die Menschlichkeit wird die Bedeutung dieses Aspektes der Arbeit von Heilberuflern weiter zunehmen. Zur Erfüllung ihrer zunehmend wichtigen Aufgabe in der Rehabilitation der Opfer von Menschenrechtsverletzungen verdienen die Therapieeinrichtungen weitere Unterstützung, und das durch ihre Arbeit gewonnene Wissen sollte all jenen, die im Gesundheits- und Sozialbereich arbeiten, zugänglich gemacht werden.

Übersetzung aus dem Englischen: Doris Bäsler

Literatur:

- Agger I, Jensen SB (1990). Testimony as ritual and evidence in psychotherapy for political refugees. *Journal of Traumatic Stress*, 3: 115-130, 1990.
- Agger I, Jensen SB (1992). Human rights and post-traumatic stress. The human rights movement as an important factor in prevention and healing of severe trauma following human rights violations. *Psychiatria Fennica*, 23(Suppl): 35-40, 1992.
- Allodi FA (1991). Assessment and treatment of torture victims: a critical review. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 170:4-11.
- Allodi F, Cowgill G (1982). Ethical and psychiatric aspects of torture. *Canadian Journal of Psychiatry*, 27:98-102.
- Allodi F, Randall GR, Lutz EL et al. (1985). Physical and psychiatric effects of torture: two medical studies. In: Stover E, Nightingale EO (eds.). *The Breaking of Bodies and Minds*. Freeman, New York.
- Allodi F (1991). Assessment and treatment of torture victims: a critical review. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 170:4-11, 1991.
- Amnesty International (1977). *Evidence of Torture*, AI Publications, London, 1977.
- Amnesty International (1994a). *Preliminary Survey of Medical and Psychosocial Services for Victims of Human Rights Violations*, Amnesty International Index: ACT 75/01/94, London.
- Amnesty International (1994b). *"Disappearances" and Political Killings: Human Rights Crisis of the 1990s*. Amnesty International Netherlands, Amsterdam.
- Amnesty International (1998). *Medical and Psychosocial Services for Victims of Human Rights Violations*, AI Index: ACT 75/02/98, London.
- Amnesty International (1999). *The International Criminal Court: Ensuring an Effective Role for Victims* (AI Index: IOR 40/10/99, July).
- Baker R (1992). Psychosocial Consequences for Torture Refugees Seeking Asylum and Refugee Status in Europe. In: Basoglu M (ed). *Torture and its Consequences: Current Treatment Approaches*, (ed.), Cambridge University Press, Cambridge, 83-106.
- Barudy J (1989). A programme of mental health for political refugees: dealing with the invisible pain of political exiles. *Social Science and Medicine*, 28: 715-727.
- Basoglu M (ed.) (1992). *Torture and its Consequences: Current Treatment Approaches*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Becker R, Haidary S, Kang V et al (1990). The two-practitioner model – bicultural workers in a service for torture and trauma survivors. In: P. Hosking (ed). *Hope After Horror: Helping Survivors of Torture and Trauma*. Sydney: Uniya.
- Becker D, Lira E, Castillo MI, Gomez E, Kovalskys J (1990). Therapy with victims of political repression in Chile: the challenge of social reparation. *Journal of Social Issues*, 40:133-149.
- Beristain CM (1998). Health, memory, and human rights in Guatemala. *Lancet*, 352:733-734.
- Bracken P, Giller J, Summerfield D (1995). Psychological responses to war and atrocity: the limitations of current concepts. *Social Science and Medicine*, 40:1073-82.
- Bracken P, Giller JE, Summerfield D (1997). Rethinking mental health work with survivors of wartime violence and refugees. *Journal of Refugee Studies*; 1997; 10: 431-441.
- Bustos E (1990). Dealing with the unbearable: reactions of therapists and therapeutic institutions to survivors of torture, in *Psychology and Torture*, P. Suedfeld (ed.), Hemisphere: New York, pp. 143-163.

- Cienfuegos AJ, Monelli C (1983). Testimony of Political Repression as a Therapeutic Instrument. *American Journal of Orthopsychiatry*, S3: 43-51.
- Cathcart LM, Berger P, Knazan B (1979). Medical Examination of Torture Victims Applying for Refugee Status, *Canadian Medical Association Journal*, 121:179-184..
- Claude RP (1985). Torture on Trial: The Case of Joelito Filartiga and the Clinic of Hope, in *The Breaking of Bodies and Minds*, E. Stover and E. O. Nightingale (eds.). Freeman, New York, pp. 79-100.
- Domovitch E, Berger PB, Wawer MJ et al (1984). Human torture: description and sequelae of 104 cases. *Canadian Family Physician*. 30:827-830.
- Danieli Y (1994a). As survivors age - Part I, *National Center for Post-Traumatic Stress Disorder Clinical Quarterly*, 4(1):1-7.
- Danieli Y (1994b) As survivors age - Part II, *National Center for Post-Traumatic Stress Disorder Clinical Quarterly*, 4(2): 20-24.
- Danieli Y (1985). The treatment and prevention of long-term effects and inter-generational transmission of victimization; a lesson from holocaust survivors and their children. In: Figley CR (ed). *Trauma and its Wake*. Brunner/Mazel, New York, pp. 295-313.
- Eitinger L (1971). Acute and chronic psychiatric and psychosomatic reactions in concentration camp survivors. In: Levin L (ed). *Society, Stress and Disease*, University Press, New York.
- Eitinger L, Krell R (1985). *The Psychological and Medical Effects of Concentration Camps and Related Persecutions of Survivors of the Holocaust: A Research Bibliography*. University of British Columbia Press, Vancouver.
- Forrest D (ed.) (1996). *Glimpse of Hell : Reports on Torture Worldwide*. London: Cassell.
- Goldfeld, A, Mollica R, Pesavento B, Faraone S (1988), The Physical and Psychological Sequelae of Torture, *Journal of the American Medical Association*, 259: 2725-2729.
- Gruschow J, Hannibal K (eds). (1990). *Health Services for the Treatment of Torture and Trauma Survivors*, AAAS, Washington, D.C., 1990.
- Kinzie JD (1991), Development, Staffing, and Structure of Psychiatric Clinics, *Mental Health Services for Refugees*. National Institute of Mental Health, Rockville, Maryland, pp. 146-156.
- Sack WH, Clarke G, Him C et al (1993). A 6-year follow-up study of Cambodian refugee adolescents traumatized as children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 32:431-7.
- Kosteljanetz M, Aaland O (1983). Torture: a challenge to the medical sciences. *Interdisciplinary Science Reviews*, 8:320-326.
- Kordon D, Edelman L, Lagos D, Nicoletti E, Kersner D, Groshaus M (1992). Torture in Argentina. In Basoglu M (ed). *Torture and Its Consequences*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 433-451.
- Lira E, Becker D, Castillo MI (1990). Psychotherapy with victims of political repression in Chile: a therapeutic and political challenge. In Gruschow J, Hannibal K (eds). *Health Services for the Treatment of Torture and Trauma Survivors*. Washington, D.C.: American Academy for the Advancement of Science
- Mollica R (1988), The Trauma Story: The Psychiatric Care of Refugees Survivors of Violence and Torture. In: F. Ochberg (ed.) *Post-traumatic Therapy and Victims of Violence*, Brunner/Mazel. New York.
- Mollica RF, McInnes K, Poole C, Tor S (1998). Dose-effect relationships of trauma to symptoms of depression and post-traumatic stress disorder among Cambodian survivors of mass violence. *British Journal of Psychiatry*. 173:482-8

- Medecins sans Frontieres (1996). *World in Crisis: The Politics of Survival at the End of the 20th Century*, MSF, Paris.
- Physicians for Human Rights (1991), *Medical Testimony on Victims of Torture: A Physician's Guide to Political Asylum Cases*. PHR, Boston.
- Randall GR, Lutz EL (1991). *Serving Survivors of Torture: A Practical Manual for Health Professionals and Other Service Providers*, AAAS, Washington, DC.
- Rasmussen OV, Lunde I (1980). Evaluation of investigations of 200 torture victims. *Danish Medical Bulletin* 27:241-243.
- Rasmussen OV (1990). Medical aspects of torture. *Danish Medical Bulletin*, 37 Supplement 1, pp. 1-88.
- Summerfield D (1995). Raising the dead: war, reparation, and the politics of memory. *British Medical Journal*, 311:495-7.
- van Willigen L (1992). Organization of care and rehabilitation services for victims of torture and other forms of organized violence: a review of current issues. In: Basoglu M (ed). *Torture and Its Consequences: Current Treatment Approaches*. Cambridge University Press, Cambridge, pp. 277-298.
- Voluntary Fund (1999). *United Nations Voluntary Fund for Victims of Torture. Report of the Secretary-General*, UN Document E/CN.4/2000/60, 15 December 1999.
- Washington Post*, 2000. 'Karadzic Told to Pay Victims \$745 Million', 11 August 2000.
- Welsh J (1996). Violations of human rights: traumatic stress and the role of NGOs. In: Danieli Y, Rodley NS, Weisaeth L (eds). *International Responses to Traumatic Stress*. Amityville: Baywood, pp. 131-159.