



Propriety of the Erich Fromm Document Center. For personal use only. Citation or publication of material prohibited without express written permission of the copyright holder.

Eigentum des Erich Fromm Dokumentationszentrums. Nutzung nur für persönliche Zwecke. Veröffentlichungen – auch von Teilen – bedürfen der schriftlichen Erlaubnis des Rechteinhabers.

Erfahrungen mit traumatisierten Patienten

Gehad Mazarweh

Vortrag bei der (Fortsetzungs-)Tagung „Erich Fromm und der Dialog der Kulturen“ vom 8. bis 10. Februar 2008 in Fulda bei Kassel. Erstveröffentlichung in: Fromm Forum (deutsche Ausgabe), Tübingen (Selbstverlag – ISSN 1437-0956) Nr. 13 / 2009, S. 54-59.

Copyright © 2009 and 2011 by Dr. Gehad Mazarweh, Schwaighofstr. 6, D-79100 Freiburg; E-Mail: GMazarweh[at-symbol]aol.com.

Zum ersten Mal während meiner Tätigkeit als Psychoanalytiker wurde ich auf die Existenz von traumatisierten Patienten in der Zeit des Bürgerkrieges im Libanon in den achtziger Jahren aufmerksam. Tausende von Menschen kamen auf der Flucht vor den verheerenden Kämpfen nach Deutschland. Viele waren in einem desolaten psychischen Zustand, so dass die Notwendigkeit therapeutischer Unterstützung dieser Menschen offensichtlich war. Auch wenn die deutsche Gesellschaft anfangs sehr solidarisch reagierte, so stellte sich doch bald heraus, dass man weder auf die große Anzahl noch auf diese Art von Zuwanderern vorbereitet war und dass noch keine adäquaten therapeutischen Maßnahmen zur Verfügung standen. Das System war überfordert, der Zustrom der schwer beschädigten Flüchtlinge wurde bald zur großen Belastung. Die häufig ehrenamtlichen Helfer waren nicht entsprechend ausgebildet, man konnte den Anforderungen nicht gerecht werden, viele zogen sich zurück. Das Problem blieb. Man erkannte die Notwendigkeit professioneller Hilfe. Unter den Therapeuten fing man an, Konzepte für die Behandlung Traumatisierter zu entwickeln.

Bei mir selber entdeckte ich stark ambivalente Gefühle: Einerseits verspürte ich ein großes Bedürfnis zu helfen, andererseits wollte ich mit meiner eigenen Vergangenheit nicht mehr konfrontiert werden. Als Palästinenser habe ich in meiner Kindheit und Jugend Krieg und Vertreibung miterlebt, und die Bilder der riesigen Flüchtlingsscharen, wie sie in unser Dorf kamen, zerschunden und verzweifelt, die Angst in den Augen, sind noch heute sehr präsent in meinem

Kopf: Weinende Frauen, Männer und Kinder, Verletzte, Hungrige, aus der Heimat Vertriebene, die zum Teil bis heute noch unter menschenunwürdigen Umständen in Flüchtlingslagern leben.

Die innere Auseinandersetzung mit meinem Zwiespalt wurde sozusagen von außen beendet.

Beispiel 1

Ein Kollege aus der Universitätsklinik rief mich an und bat mich um Unterstützung. Er machte selber einen sehr betroffenen Eindruck. Er wolle mir einen Jungen aus dem Libanon überweisen, welcher durch sein auffälliges und aggressives Verhalten gegen das Personal und gegen andere Kinder in der Klinik untragbar geworden war. So weigere er sich etwa, auf die Toilette zu gehen, verrichte seinen Stuhlgang auf dem Klinikrasen, schlage andere Kinder und spreche kein Wort. Auch sei die Verständigung mit der übrigen Familie, die nach Deutschland geflohen war, sehr schwierig. Das Kind habe im Alter von sechs Jahren die Sprache verloren, als es seinen älteren Bruder in der Küche erschossen vorfand.

Das Schicksal dieses Kindes ging mir sehr nahe, und ich war einverstanden, die Behandlung zu übernehmen. Als sich die Familie dann bei mir meldete, bat ich um die Anwesenheit aller Mitglieder, um mir über die Dynamik dieser Familie ein Bild zu machen. Ich wollte sehen, ob der Aufenthalt im Ausland und die dadurch entstandenen Irritationen den Umgang untereinander und das Rollenverhalten beeinflusst haben könnten. Bei unserer ersten Begegnung fiel mir die Dominanz der Mutter auf. Der Vater wirkte



FROMM-Online

Propriety of the Erich Fromm Document Center. For personal use only. Citation or publication of material prohibited without express written permission of the copyright holder.

Eigentum des Erich Fromm Dokumentationszentrums. Nutzung nur für persönliche Zwecke. Veröffentlichungen – auch von Teilen – bedürfen der schriftlichen Erlaubnis des Rechteinhabers.

dagegen gebrochen und reagierte hilflos auf die Anweisungen und Hinweise seiner Frau. Er schwieg meistens, während seine Frau aktiv versuchte, die Schwierigkeiten ihrer Familie nach der Vertreibung aus Palästina und der Ankunft im Libanon zu schildern, als sie selber noch ein Kind war. Die Frau beeindruckte mich sehr mit ihrem starken Lebenswillen.

Bald nach Beginn des Gespräches war mein erster Verdacht, dass das Schweigen des Kindes mit dem autoritären Umgang der Mutter zu tun haben könnte. Sie schilderte, dass sie mit Strenge und Schlägen versucht habe, ihren Sohn zum Sprechen zu bewegen. Sie konnte sein Schweigen schwer ertragen, weil es sie ständig an den getöteten Sohn erinnerte.

Die Begegnung und die Gespräche mit der Familie empfand ich als aufwühlend und trotzdem lehrreich, aber nicht so belastend, wie ich zu Beginn gefürchtet hatte. Es war anders als das, was ich aus den meisten Therapien kannte. Bei der vierten Sitzung geschah etwas Unerwartetes: Während die Mutter über die Versorgungsschwierigkeiten in der Heimat sprach, über den großen Hunger und das Leid der Kinder, rannte mein kleiner Patient wie bei allen anderen Sitzungen auch in der Praxis herum, untersuchte Gegenstände, nahm Bücher aus dem Regal usw. Trotz der Proteste seiner Mutter ließ ich ihn gewähren und wiederholte hin und wieder einen Satz: „An Deiner Stelle würde ich auch nicht sprechen. Was sollst Du nach alledem, was passiert ist, noch sagen, jetzt wo Dein Lieblingsbruder weg ist?“ Plötzlich hielt das Kind an, schaute auf seine Mutter und forderte sie auf: „Geh zum Bäcker und hole Brot!“ Plötzlich waren wir anderen sprachlos.

Die Begegnungen mit diesem Kind waren für mich ein Meilenstein in meiner psychoanalytischen Arbeit. Verglichen mit dem, was ich gelernt hatte, war diese Erfahrung um einiges lehrreicher. Sie veranlassten mich, manche theoretischen Überlegungen auf ihre Behandlungstauglichkeit für Patienten, die nicht im westlichen Kulturbereich groß geworden waren, zu überprüfen.

Durch die zahlreichen Flüchtlinge aus dem Libanon, aus Afghanistan, dem Irak und Afrika und deren traumatische Erfahrungen durch Flucht, Verfolgung und Folter in den Herkunftsländern

werden wir Psychotherapeuten mit einer Gruppe von Patienten konfrontiert, die bis dahin in Deutschland unbekannt war. Es handelt sich um einen schwer traumatisierten, physisch und psychisch beeinträchtigten und gestörten Personenkreis. Über die Möglichkeiten der Therapie gab es kontroverse Diskussionen. Die meisten Kolleginnen und Kollegen vertraten, wie ich selber anfangs auch, die Ansicht, die Psychoanalyse sei für diese Art von Patienten nicht geeignet.

Auf Grund meiner langjährigen Erfahrungen mit schwer traumatisierten und gefolterten Patienten bin ich heute davon überzeugt, dass die genannte Vorstellung bei vielen Psychotherapeuten dazu dient, sie vor der Konfrontation mit dramatischen, bedrohlichen und Angst einflößenden Schicksalen zu schützen, die eben gar nicht alltäglich, sondern sehr belastend und zuweilen unheimlich sind.

Während der Behandlung des Kindes wurde mir Folgendes deutlich: Neben den spezifischen Faktoren, die mit mir als palästinensischem Analytiker zu tun haben, muss der Therapeut über bestimmte Merkmale verfügen, um eine solche Behandlung durchführen zu können. Er sollte sich auf den Analysanden und seine unbewussten Regungen einstellen, „wie der Receiver des Teller eingestellt ist“ (S. Freud, 1912e, S. 381). Der Analytiker sollte vor allem, wenn er seinen Patienten verstehen will, über seine eigenen unbewussten Regungen Bescheid wissen und sie im Dienst seiner Arbeit nutzen.

Bei der Therapie ausländischer Patienten, besonders muslimischer Herkunft, ist deshalb die Auseinandersetzung mit den eigenen verdrängten Vorurteilen und Ängsten gegenüber dem Fremden wichtig. Das Konzept der Übertragung und Gegenübertragung bekommt eine besondere Bedeutung für diese Arbeit. Werden Übertragung und Gegenübertragung nicht berücksichtigt, ist eine Behandlung meines Erachtens nicht möglich.

Der adäquate Umgang mit der Übertragung des Patienten ist für den Erfolg einer Behandlung entscheidend. Mangelndes Wissen über die Inhalte der eigenen Innenwelt kann dazu führen, dass dem Analytiker durch konflikthafte Situationen in seinem eigenen Leben der Umgang mit der Übertragung erschwert wird. So kann es vor-



kommen, dass der Therapeut aus diesen Gründen eine positive und idealisierende Übertragung fördert, die negative aber ignoriert. Gerade bei Patienten, die zu Unterordnung, Untertänigkeit und Bewunderung von Autoritäten neigen – Eigenschaften, die in der orientalischen Erziehung als erstrebenswert propagiert werden –, ist diese Gefahr besonders groß. Die Heftigkeit negativer Übertragungsinhalte, etwa bei Gefolterten, mobilisiert eine starke Unsicherheit und auch Angstgefühle beim Therapeuten. Die Unfähigkeit, mit negativer Übertragung umzugehen, aber auch der fehlerhafte Umgang mit positiver Übertragung – besonders, wenn der Analytiker sich als reale Person gemeint fühlt –, führen oft zu großen Irritationen im psychoanalytischen Prozess und eventuell zum Abbruch der Behandlung.

Die Arbeit mit in der Fremde lebenden traumatisierten Patienten ist durch zusätzliche Schwierigkeiten gekennzeichnet. Es treffen verschiedene Bereiche heftig aufeinander und gleichzeitig ergänzen sie sich in der Entstehung einer Pathologie. Zu berücksichtigen sind

- die traumatischen Kindheitserfahrungen, die eine psychische Beeinträchtigung verursacht haben und die durch Verfolgung und Folter verstärkt wurden;
- die realen äußeren Bedingungen, der Kampf als Fremder um die politische und menschliche Anerkennung, die Integrationsproblematik und die große Unsicherheit, bei Nichtanerkennung des Asylgesuches in die Heimat und zu den Verfolgern zurückkehren zu müssen.

Beispiel 2

Eine Patientin aus dem Libanon wurde von der Uniklinik an mich überwiesen. Sie war in Freiburg auf der Straße vor einer Arztpraxis bewusstlos zusammengebrochen und ins Krankenhaus eingeliefert worden. Bei der Untersuchung stellte man neben einer starken psychischen Irritation massive Spuren von Verletzungen im Vaginalbereich der Patientin fest.

Nach mehreren Sitzungen war es der Patientin möglich, aus ihrem Leben zu berichten. Sie ist das 13. Kind aus der dritten Ehe ihres Vaters. Zwischen den Ehefrauen und deren Kindern gab es dauernd Streitereien und Neid. Die Kinder lit-

ten unter unzähligen Entbehrungen. Um für Ordnung in diesem Zusammenleben zu sorgen, griff der Vater oft so brutal ein, dass es bei den Kindern und Frauen häufig zu Verletzungen kam. Später heiratete die Patientin einen Taxifahrer in Beirut, mit dem sie drei Kinder hatte.

Während des Bürgerkrieges musste die Familie flüchten. Eines Tages wurde die Patientin von einer Gruppe gegnerischer Kämpfer gefangen genommen und von 12 Soldaten vergewaltigt und körperlich schlimm misshandelt. Eine Woche später wurde ihr Mann entführt und ermordet. Zwei Wochen später wurde ihr jüngster Sohn auf dem Weg in den Kindergarten von einer Bombe zerfetzt. Nach den tragischen Ereignissen wollte sie nicht mehr im Libanon bleiben. Sie kam auf Umwegen nach Deutschland, nachdem sie ihren Hochzeitsschmuck als Reisepreis bezahlt hatte. Hier wurde sie mit ihren beiden Kindern in einem Asylantenheim untergebracht. Ihr Bemühen um Anerkennung als Asylantin scheiterte an der Aufforderung, der Behörde alles zu beweisen, was sie erzählte. Über die Vergewaltigung konnte sie aus Scham nicht sprechen.

In einer Sitzung, in der sie mir einen Teil ihrer dramatischen Erfahrungen schilderte, sah sie mir an, wie aufgewühlt und betroffen ich war. Sie lächelte tröstend: „Herr Doktor, ich brauche keine Therapie. Ich brauche einen freundlichen, liebevollen Mann.“ Das sind Augenblicke in der Behandlung, in denen jede Deutung falsch sein kann. Durch ihre projektive Übertragung wurde ich in eine ähnliche Gefühlslage versetzt, wie die der Patientin zur Zeit der Vergewaltigung. Später verließ die Patientin Deutschland, weil sie die Demütigungen durch die Behörden nicht weiter ertragen konnte. Ein Jahr danach erfuhr ich, dass sie jetzt mit ihren Kindern in Dänemark lebt.

Die Arbeit mit traumatisierten und schwer geschädigten Patienten benötigt viel Geduld und eigene Motivation sowie die Überzeugung, dass das Schicksal dieser Menschen uns alle angeht. Vor allem muss man äußerst differenziert, taktvoll und mit viel Empathie reagieren. An manchen Tagen fühlte ich mich emotional in eine Lage hineinversetzt, in der mir das Zuhören und Deuten schwer fiel. Ohnmacht und Irritation des Therapeuten können sich in Wut, Angst und Ablehnung des Patienten verwandeln, was zu Unsi-



cherheit oder aggressiven Reaktionen führen kann.

Die Angst traumatisierter Patienten, von vertrauten Personen, denen sie zu viel zumuten, verlassen zu werden, ist sehr groß. Der richtige Umgang mit der Wut der Patienten kann lebensrettend sein. In der Regel neigen sie dazu, ihre sehr heftigen Wutempfindungen unter Kontrolle zu halten. Die Vorstellung von der eigenen Gewalttätigkeit und Destruktivität ist für sie sehr bedrohlich. Ihre Furcht, sie könnten den Therapeuten angreifen oder ihm etwas antun, wird aktiviert, wenn sie ihn als schwach und hilflos empfinden. Aus Angst vor der Konsequenz ihres Tuns fühlen sie sich gezwungen, ihre Wut zu verdrängen und richten sie schließlich gegen sich selbst. Suizidale Phantasien und Tendenzen werden dadurch verstärkt. Dies zeigt, welche Rolle die Persönlichkeitsstruktur des Analytikers und der differenzierte Umgang mit der Wut des Patienten spielen.

Der adäquate Umgang mit der Übertragung ist und bleibt der wichtigste Faktor, um die „Richtigkeit“ unserer Arbeit zu prüfen. Dafür müssen kulturelle und ethische Elemente ihre Berücksichtigung finden. Eine der kompliziertesten und meines Erachtens bedeutendsten Formen der Übertragung ist der Umgang mit der projektiven Übertragung. Der Patient projiziert in den Therapeuten Empfindungen wie Angst, Schuldgefühle, Hilflosigkeit oder Ohnmacht.

Beispiel 3

Auf die Empfehlung seines Hausarztes kam ein Mann zu mir, der selber Folterer gewesen war. Er litt an massiven Schlafstörungen und Panikattacken. In einer Sitzung fragte er mich mit sehr ernster Miene, was ich wohl täte, wenn er eines Tages mit einer Machete in meiner Praxis auftauchen würde. Ich merkte dabei, wie angespannt er war und antwortete: „Ich würde Sie fragen, warum Sie so viel Angst vor mir haben.“ Er schien mit meiner Antwort nicht zufrieden zu sein und wiederholte noch angespannter als vorher die Frage. Meine zweite Antwort war: „Ich würde es wie bei jedem Kriminellen tun und 110 anrufen.“ Diese Antwort schien ihn zu beruhigen.

Immer wieder habe ich mich gefragt, ob meine Arbeitstechnik mit diesen Patienten noch

als psychoanalytisch zu betrachten ist. Die Vorstellung, auf eine Weise zu arbeiten, mit der mein Institut bzw. der Verband nicht einverstanden sein könnte, war für mich sehr unbefriedigend. Die Situation wurde problematisch, nachdem ich einen Vortrag über psychoanalytische Technik und die Behandlung von Folteropfern im Psychoanalytischen Seminar in Freiburg gehalten hatte. Eine Kollegin deutete ihre Zweifel an, ob die Art und Weise, wie ich Traumatisierte behandle, noch etwas mit Psychoanalyse zu tun habe. Diese Kollegin gehört zu einer Gruppe von Psychoanalytikern, die sich sehr starr an Freud's Technik hält, obwohl er immer vor schlichter Nachahmung abgeraten hatte. Jeder solle die Technik verwenden, die zu ihm passe, aber die Grundlage der Psychoanalyse – die Lehre des Unbewussten, von Triebwunsch und -abwehr, von Übertragung und Widerstand – immer vor Augen halten.

Beispiel 4

Eine Kollegin aus der Psychiatrie fragte nach einem Behandlungsplatz für einen Patienten, der nach medikamentöser Einstellung eine deutliche Besserung seines Zustandes gezeigt hätte und jetzt eine ambulante Therapie aufnehmen sollte. Der Mann, ein Palästinenser, stammt aus einer sehr gläubigen Familie und ist in einem Flüchtlingslager geboren. Er war an den Bürgerkriegskämpfen beteiligt und hatte dabei ein traumatisierendes Erlebnis. Während einer Kampfpause saß er neben einem Freund, plötzlich detonierte neben ihnen eine Bombe. Als er aus seiner Ohnmacht erwachte, fand er den Freund ohne Kopf neben ihm liegen. Bald danach kam er in Gefangenschaft, wo er aufs Schlimmste gefoltert wurde. Nach der Entlassung floh er mit seiner Familie nach Deutschland, wo er immer noch unter den erlebten Gräueln litt. Zwar musste er hier nicht um sein Leben fürchten, aber die äußeren Umstände waren nicht dazu angetan, Entspannung zu finden.

Man hatte ihm eine Wohnung in direkter Nähe zum Schlachthof zugeteilt. Das Gebrüll der Tiere rief heftigste Erinnerungen an seine Haftzeit hervor. Besonders in der Nacht kam es ihm vor, als sei er wieder gefangen und seine Mitgefangenen nebenan würden gefoltert werden. Monatlang musste er in dieser Wohnung aus-



FROMM-Online

Propriety of the Erich Fromm Document Center. For personal use only. Citation or publication of material prohibited without express written permission of the copyright holder.

Eigentum des Erich Fromm Dokumentationszentrums. Nutzung nur für persönliche Zwecke. Veröffentlichungen – auch von Teilen – bedürfen der schriftlichen Erlaubnis des Rechteinhabers.

halten. Seine Verzweiflung fand nur ein Ventil: Er ließ seine Aggressionen an seiner Familie aus. Da sein Asylantrag noch nicht genehmigt war, könne er aus formalrechtlichen Gründen noch keine andere Wohnung bekommen, hieß es von den Behörden. Die Situation spitzte sich zu. Er schlug seine Frau und seine zwei Kinder immer heftiger und häufiger, so dass die Nachbarn mehrmals die Polizei alarmierten. Die Beamten nahmen ihn schließlich in Gewahrsam und schickten ihn anschließend in die Psychiatrie, von wo er bald wieder in seiner Wohnung landete.

Um die Familie zu entlasten, musste ich seine Frau mit in die Behandlung einbeziehen. So war es möglich, in ihr etwas Verständnis für ihren Mann und dessen psychische Lage zu wecken, und ihm gleichzeitig klar zu machen, wie sehr er sich und seiner Familie mit seinen Ausbrüchen schadete.

Inzwischen bin ich der Überzeugung, dass wir, um neue Erfahrungen machen zu können, das Gewohnte überschreiten müssen, ohne den vorgeschriebenen Rahmen der Psychoanalyse zu verlassen. Leider wird dies von manchen Analytikern („Fundamentalisten“) vehement bekämpft. Inzwischen bin ich mir sicher, dass die eingeschlagene Richtung von Revidieren und Variieren zu einer Bereicherung jeder Lehre führen kann. Bei meiner Planung und Vorbereitung fand ich in den Pionierarbeiten einiger Analytiker, die zum Teil wegen ihrer Kreativität und Offenheit für das Neue besonders angefeindet wurden, eine wegweisende Hilfe. Zu nennen sind etwa Melanie Klein, Ferenczi, Bermann, Heimann, Winnicott, Fromm und Cremerius.

Von besonderem Wert war mir die Einstellung zur psychoanalytischen Technik von L. Bermann. Er warb für die Herstellung großer Nähe in der psychoanalytischen Arbeit, damit eine haltbare Übertragung ermöglicht werde. Dies fasst er unter dem Begriff „tropische Verhältnisse“ zusammen, die ein Analytiker mit allem, was ihm an Engagement, Leidenschaft und Verständnis möglich ist, herstellen sollte. Bermann plädiert dafür, dass der Analytiker sich seiner Gefühle, die durch die Schilderung der Patienten heftig werden können, nicht schämen sollte. Sowohl sachliche Distanz als auch starke Betroffenheit haben in der Analyse ihren Platz. Bermann geht in seinen Ausführungen noch wei-

ter: Er spricht von „Hingabe“, die seiner Meinung nach für die analytische Arbeit wesentlicher sei als alle Technik. Unabhängig von der Diagnose ist für jeden Patienten das Gefühl, vom Analytiker akzeptiert, verstanden und geliebt zu werden, die Basis jeder Therapie.

Aus diesem Fundus konnte ich meine Konzeption für die Arbeit mit Traumatisierten entwickeln, die wesentlich an der Herstellung einer „tropischen Atmosphäre“ orientiert ist und mir Dank meiner orientalischen Herkunft vertraut ist. Bei Patienten aus diesem Kulturkreis ist es hilfreich, die entsprechenden Umgangsformen stärker zu betonen, wie zum Beispiel die Art der Begrüßung und Verabschiedung. Häufig schämen sich diese Patienten ihrer Herkunft und fühlen sich den Europäern unterlegen. Deshalb ist besonderer Wert auf die Identitätsfindung und -stabilisierung zu legen.

Von außerordentlicher Bedeutung habe ich die Sprache erlebt. Meine Kenntnis verschiedener arabischer Dialekte hat mir den Zugang zu den Patienten dieses Sprachraums erleichtert. Dialekt zu sprechen, bedeutet eine Vertrautheit herzustellen; gleichzeitig beinhaltet es eine soziale Aufwertung und die Möglichkeit, mit der Sprache der Kindheit, frühe Erlebnisse leichter zu aktualisieren.

In meiner Praxis habe ich zur Zeit mehrheitlich mit gefolterten arabischen Patienten zu tun. Größtenteils sind sie auf dem Gebiet der Psychotherapie völlig unerfahren und haben nie gelernt, über sich und die eigenen Gefühle zu sprechen. Im Laufe der Zeit habe ich mit Hilfe von Symbolen, Metaphern, Mythen und Anekdoten die verbale Verständigung erweitert und so eine spezielle Form der Kommunikation entwickelt, die die Patienten ermutigt, frei zu assoziieren. Um es ihnen leichter zu machen, führe ich es ihnen vor, indem ich meine eigenen Assoziationen einbringe. Auch hierbei ist die strikte Einhaltung der Abstinenz von hoher Wichtigkeit. Bei der Therapie muslimischer Frauen werden bestimmte Teile des Settings nicht praktiziert. So wird zum Beispiel das Liegen auf der Couch vermieden.

Für mich ist die Psychoanalyse bei der Therapie von traumatisierten Patienten eine unverzichtbare Basis. Sie bedarf jedoch einiger spezifischer Veränderungen, wie ich in meinen Beispielen



len angedeutet habe. Von der Therapie solcher Patienten abraten kann ich nur denjenigen, die die Kritik der Wächter der „Reinen Lehre“ fürchten.

Literaturhinweise

- Alalawi, H.: Aus der Geschichte der Folter im Islam (arabisch). (Verlag und Erscheinungsdatum nicht erwähnt).
- Amati, S., 1977: Reflexionen über die Folter. Zur Einleitung einer psychoanalytischen Diskussion. In: *Psyche*, 3, S. 228-245.
- Berman, E., 2008: Psychoanalyse und Politik. Vom Dritten Reich zum israelisch-palästinensischen Konflikt. In: *Forum der Psychoanalyse*, 2, S. 177-192.
- Berman, L., 1949: Countertransferences and Attitudes of the Analyst in the Therapeutic Process. In: *Psychiatry* 12, S. 159-166.
- Cremerius, J., 1977: Grenzen und Möglichkeiten der psychoanalytischen Behandlungstechnik bei Patienten mit Über-Ich-Störungen. In: *Psyche*, 31, S. 593-636.
- Cremerius, J., 1981: Freud bei der Arbeit über die Schulter geschaut. In: *Jahrbuch der Psychoanalyse*, Beiheft Nr. 6 (1981), S. 123-158.
- Fanon, F., 1969: *Die Verdammten dieser Erde*. Reinbek 1969.
- Ferenczi, S., 1984: *Bausteine zur Psychoanalyse*. Bd. II: Praxis. Bern 1927, Berlin 1984.
- Freud, S., 1895d: *Studien über Hysterie*. G.W., Bd. 1.
- Freud, S., 1912e: Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung. G.W., Bd. 8, S. 375-387.
- Heimann, P., 1964: Bemerkung zur Gegenübertragung. In: *Psyche*, 18, S. 483-493.
- Heimann, P., 1978: Über die Notwendigkeit für den Analytiker, mit seinem Patienten natürlich zu sein. In: Drews et al. (Hg.) *Provokation und Toleranz*. Frankfurt, S. 215-230.
- Koch, P., und Oltmanns, R., 1979: *Die Würde des Menschen. Folter in unserer Zeit*. Hamburg.
- Laplanche, J., und Pontalis, J.-B., 1973: *Das Vokabular der Psychoanalyse*. Frankfurt.
- Said, E., 2004: *Freud und das Nicht-Europäische*. Dörlemann.
- Winnicott, D., 1956: On Transference. In: *International Journal of Psychoanalysis*, 37, S. 386-388.
- Winnicott, D., 1960: Primäre Mütterlichkeit. In: *Psyche*, 14, S. 393-399.