

Zum Beziehungsgeschehen in der Arbeit mit Trauma-Überlebenden

Sigrid Wieltschnig (Wien)

Zusammenfassung

Sigrid Wieltschnig schildert in diesem Beitrag einige ihrer besonders wichtig erscheinende Aspekte ihrer Arbeit mit schwer traumatisierten Flüchtlingen im Rahmen des Vereins *Hemayat* in Wien. Sie geht dabei zwar auch auf einige Besonderheiten der ihr in dieser Arbeit begegnenden Schicksale und psychischen Leidenszustände und der Herausforderungen für die Therapeutenseite ein. Sie arbeitet jedoch heraus, dass es bei all diesen Besonderheiten auch hier wieder auf bestimmte Grundmerkmale der Arbeit ankommt, die auch in anderen Bereichen des pflegenden und helfenden Umgangs mit Lebewesen gelten.

Der Verein **Hemayat** wurde 1994 gegründet und hat sich in Wien als Zentrum für medizinische, psychologische und psychotherapeutische Betreuung von Folter- und Kriegsüberlebenden etabliert.

Hemayat bedeutet auf arabisch/persisch „Schutz, würdevolle Betreuung“.

Bei Hemayat arbeiten zur Zeit u.a. 17 PsychotherapeutInnen, 3 PsychiaterInnen, 21 DolmetscherInnen und 1 Psychologin.

Im Jahr 2009 wurden 645 Menschen aus 41 Ländern betreut, davon waren 53 minderjährig.

Hemayat wird von Spenden und Subventionen finanziert, für unsere KlientInnen ist das Angebot kostenfrei.

Weitere Informationen, Folder, Jahresberichte etc. finden Sie unter: www.hemayat.org

Alle haben unsägliches Leid erfahren. Die Traumata, die sie überlebt haben, erschütterten ihr gesamtes Leben so tief, dass es lange braucht, um wieder Hoffnung, Vertrauen und Stabilität zu erlangen. Werte, Würde und für uns selbstverständliche Rechte wurden ihnen genommen.

Vor allem die durch Menschenhand verursachten Gewalterfahrungen und anhaltende Lebensbedrohung führen zu schweren körperlichen und psychischen Symptomen, für die 1980 von der „American Psychiatric Association“ erstmals eine eigene diagnostische Klassifikation unter der Bezeichnung „Posttraumatische Belastungsstörung“ (PTBS) in das Diagnose-Manual DSM IV aufgenommen wurde (siehe auch Kasten „Posttraumatische Belastungsstörung DSM IV“ auf der nächsten Seite).

Die Bezeichnung „Belastungsstörung“ klingt allerdings harmlos im Vergleich mit dem Leid, das die Betroffenen erlebt haben. Und es bleibt in der Regel auch nicht bei dem ursprünglichen entsetzlichen Erleben. So sind etwa Flüchtlinge, die unter Todesangst den Gräueln des Krieges entkommen konnten, auch in weiterer Folge mit großem Stress konfrontiert. Ihr Trauma ist kein begrenztes Ereignis mit Folgen, sondern vielmehr ein *Prozess*, der in mehreren Phasen abläuft und immer in Bezug zum Umfeld gesehen werden muss (vgl. Becker 2006).

So ist das Trauma gegenwärtig im Verlust der Heimat, in den Anfeindungen, dem oft jahrelangen War-

ten auf einen Bescheid, in der ständigen Bedrohung durch die Möglichkeit einer Abschiebung und ganz allgemein im gegenwärtig erlebten Verlust von Menschenwürde und Menschenrecht.

Anders, als bei einzelnen Schockerfahrungen wie etwa einem Unfall, sind Flüchtlinge in der Regel mit einer ganzen Kette von traumatisierenden Ereignissen konfrontiert, die leider oft auch hier in Österreich eine Fortsetzung finden. Wie ein Trauma bewältigt werden kann, hängt nicht nur davon ab, was jemand erlebt hat, sondern auch davon, was in der Folgezeit geschieht.

Ich konnte mich in den letzten Jahren im Verein Hemayat in Wien mit den speziellen Anforderungen und Bedingungen auseinandersetzen, die sich in der Arbeit mit Trauma-Überlebenden (Huber 2003) ergeben. Das Wort *Hemayat* stammt aus dem Persischen und bedeutet *Schutz* - ein Versprechen, das in der gegebenen politischen Landschaft eine große Herausforderung darstellt. Im Folgenden halte ich einige Gedanken und Aspekte in Bezug auf die Gefordertheiten und Notwendigkeiten fest, die sich hier aus meiner Sicht für die therapeutische Arbeit in diesem Bereich ergeben.

Besondere Gefährdungen und Anforderungen

Die Arbeit mit Opfern von Gewalt und Verfolgung stellt große therapeutische und menschliche Anforderungen an uns.

Wir sind dabei nicht nur Zeugen schrecklicher Bilder und Geschich-

Posttraumatische Belastungsstörung nach DSM IV (deutsche Fassung, 1996)

- A. Die Person wurde mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert, bei dem die beiden folgenden Kriterien vorhanden waren:
- (1) die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzung oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderer Personen beinhalteten.
 - (2) Die Reaktion der Person umfasste intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen...
- B. Das traumatische Ereignis wird beharrlich auf mindestens eine der folgenden Weisen wiedererlebt:
- (1) wiederkehrende und eindringliche belastende Erinnerungen an das Ereignis, die Bilder, Gedanken oder Wahrnehmungen umfassen können...
 - (2) Wiederkehrende, belastende Träume von dem Ereignis...
 - (3) Handeln oder Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiederkehrt (beinhaltet das Gefühl, das Ereignis wieder zu erleben, Illusionen, Halluzinationen und dissoziative Flashback-Episoden, einschließlich solcher, die beim Aufwachen oder bei Intoxikationen auftreten)...
 - (4) Intensive psychische Belastung bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.
 - (5) Körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit internalen oder externalen Hinweisreizen, die einen Aspekt des traumatischen Ereignisses symbolisieren oder an Aspekte desselben erinnern.
- C. Anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind, oder eine Abflachung der allgemeinen Reagibilität (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens drei der folgenden Symptome liegen vor:
- (1) bewusstes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen,
 - (2) bewusstes Vermeiden von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen,
 - (3) Unfähigkeit, einen wichtigen Aspekt des Traumas zu erinnern,
 - (4) deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten,
 - (5) Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen,
 - (6) eingeschränkte Bandbreite des Affekts (z.B. Unfähigkeit, zärtliche Gefühle zu empfinden),
 - (7) Gefühl einer eingeschränkten Zukunft (z.B. erwartet nicht, Karriere, Ehe, Kinder oder normal langes Leben zu haben).
- D. Anhaltende Symptome erhöhten Arousal (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens zwei der folgenden Symptome liegen vor:
- (1) Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen,
 - (2) Reizbarkeit oder Wutausbrüche,
 - (3) Konzentrationsschwierigkeiten,
 - (4) übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz),
 - (5) übertriebene Schreckreaktion.
- E. Das Störungsbild (Symptome unter Kriterium B, C und D) dauert länger als 1 Monat.
- F. Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Mini-Lexikon

Traumatisierung, sekundäre

Damit ist nicht die neuerliche Traumatisierung eines Gewaltopfers durch nachfolgende Ereignisse gemeint, sondern ein Phänomen auf Seiten der Traumatherapeutin: Frühere eigene Belastungen in ihrer eigenen Geschichte können durch den Umgang mit Traumatisierten aktiviert werden.

Traumatisierung

stellvertretende: Von Laurie Ann Perlman geprägter Begriff – gemeint ist das Phänomen, dass Traumatherapeuten in ihrer Arbeit mit so viel Gewalt, Zerstörung, und Grausamkeit konfrontiert werden, dass ihre eigene Identität, ihre Weltsicht und ihr Lebenssinn tief greifend geschwächt werden können.

Mitgeföhls-Müdigkeit

bzw. -Erschöpfung: Von Charles Figley eingeführter Begriff, mit dem das Phänomen bezeichnet wird, dass – wohl zu ihrem Selbstschutz – die Gefühlswelt von Traumatherapeuten abstumpfen kann.

Selbstwirksamkeit

Vom Pionier der kognitiven Verhaltenspsychologie Albert Bandura erstmals 1977 vorgestelltes Konstrukt, das er selbst so definiert: „Wahrgenommene Selbstwirksamkeit bezieht sich auf Überzeugungen über diejenigen eigenen Fähigkeiten, die man benötigt, um eine bestimmte Handlung zu organisieren und auszuführen, um damit bestimmte Ziele zu erreichen“ (Bandura 1997).

Dissoziation

1893 von Pierre Janet (1859 – 1947) in die Psychiatrie eingeführter Begriff. Er bezeichnet eine häufig durch traumatische Erlebnisse ausgelöste Desintegration und Fragmentierung des Bewusstseins. Die Wahrnehmungen werden dabei nicht ins normale Bewusstsein und in die Persönlichkeit integriert, sie führen ein Eigenleben und entziehen sich der Kontrolle. Heute wird der Begriff sehr uneinheitlich verwendet und kann z.B. einen Prozess, eine intrapsychische Struktur, einen psychischen Abwehrmechanismus, ein Defizit oder eine Vielzahl von Symptomen meinen.

ten, wir können darüber hinaus mit massiven Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomenen zu tun bekommen (vgl. dazu Hermann 2003, Sachsse 2004).

Das Gefühl von Hilflosigkeit auszuhalten und nicht dem Impuls nachzugeben, in die Rolle der „Retterin“ zu schlüpfen, stellt dabei eine ebenso große Herausforderung dar, wie der Versuchung zu widerstehen, wegzuschauen oder gar zu bagatelisieren und sich mit der Rolle der Täter zu identifizieren.

In der Gesellschaft stößt man nicht selten auf eine solche Identifizierung mit der Täterseite: So wurden zum Beispiel Kriegsüberlebende, die keine körperlichen Verletzungen, sondern „nur“ psychische Symptome aufwiesen, lange Zeit als Feiglinge, Neurotiker, schlicht als Menschen mit gewissen Defiziten und Schwächen hingestellt. Die Störung wurde nicht in der Gewalt selbst vermutet, sondern bei denen, die sie nicht ertrugen.

Im Zusammenhang mit ehelicher Gewalt zum Beispiel wurden vor allem die Frauen untersucht, die es nicht schafften, dem sadistischen Ehemann zu entkommen. Ein drastisches Beispiel für eine solche Verkehrung bringt Judith Hermann in ihrem Buch „Die Narben der Gewalt“, in dem sie auf die Studie „The Wife-Beater's Wife“ aus dem Jahr 1964 verweist. Ursprünglich sollten in dieser Studie die misshandelnden Männer befragt werden, doch die Männer weigerten sich und so widmete man sich den Frauen, die eher zur Kooperation bereit waren. Man kam zu dem Ergebnis, dass eheliche Gewalt die masochistischen Wünsche der Frauen erfüllte. Die betroffenen Frauen wurden allesamt als kastrierend, aggressiv, frigide etc. bezeichnet und somit als Täterinnen hingestellt (vgl. Hermann 2003).

Psychohygiene ist sicher für *alle*

TherapeutInnen wichtig. Für die in der Arbeit mit schwer traumatisierten Menschen Engagierten ist sie aber schlicht unerlässlich, bieten sie sich dabei doch regelmäßig in gewisser Weise dafür an, „Container“ zu werden für etwas, das eigentlich kein Mensch aushalten kann, ohne schweren Schaden zu nehmen.

Das ist gemeint, wenn von der Gefahr einer sekundären beziehungsweise stellvertretenden Traumatisierung der Helferinnen und Helfer in solchen Arbeitsfeldern die Rede ist – ein Phänomen, das eine ganze Palette emotionaler und körperlicher Reaktionen umfassen kann. Die wichtige therapeutische Fähigkeit und Bereitschaft zur Empathie kann hier zu einer Gefahr werden, wenn wir uns nicht schützen durch ausreichend Selbstfürsorge, durch ein gutes soziales Umfeld, das unsere Arbeit unterstützt, durch den wertschätzenden Austausch mit KollegInnen und durch menschlich-fachlich kompetente Supervision.

Die ständige Konfrontation mit Schilderungen grässlicher Grausamkeit stellt unser Vertrauen in die menschliche Gemeinschaft auf eine Bewährungsprobe. Wir werden uns unserer eigenen Verletzbarkeit bewusst, werden anderen gegenüber vielleicht vorsichtiger, misstrauischer oder ungeduldiger. Ich musste in meinen eigenen Reaktionen feststellen, dass ich begann, in mir eine Art „Hierarchie des Leidens“ einzurichten. Es fiel mir schwer, dem Klagen einiger zuzuhören, ich spürte immer stärker den Impuls, sie zu stoppen oder zu ermahnen. Mein Mitgeföhlsgefühl war so erschöpft, dass es für die kleineren Kränkungen, mit denen sie mich „behelligten“, nicht mehr ausreichte.

Neben all den menschlich-therapeutischen Qualitäten, die diese Arbeit von uns verlangt, sind wir hier auch in besonderer Weise in der Re-

flexion unserer politischen und gesellschaftspolitischen Haltung gefordert. Ich denke, es gibt auch so etwas wie eine berufliche Verantwortlichkeit, sich klar gegen Fremdenhass und Ausgrenzung zu positionieren. Man muss auch Farbe bekennen, wenn politische Parteien und deren VertreterInnen sich hinstellen und so tun, als wäre es ihre Pflicht, die „anständigen Menschen“ in unserem Land zu schützen, indem sie zugleich die Menschenrechte anderer missachten.

Vertrauen zu sich selbst – Vertrauen zur Therapeutin

Was können wir also in der Therapie mit diesen traumatisierten Flüchtlingen tun? Welche Haltungen und Interventionen sind dafür geeignet, Veränderungsprozesse einzuleiten und zu begleiten, sodass das Leid für unsere KlientInnen erträglicher wird, sie neue Zuversicht schöpfen und die Überzeugung und Fähigkeit wieder erlangen können, angemessen leben und handeln zu können?

Zentral erscheint mir die Aufgabe, alles zu tun, was hilfreich dabei sein kann, die Persönlichkeit der Betroffenen wieder zu stärken. Ein Mensch, der extremer Gewalt ausgesetzt war, muss in den meisten Fällen erst wieder sehr allmählich lernen, sich selbst zu vertrauen und Möglichkeiten für sich zu finden, trotz aller Einschränkungen und Behinderungen als Flüchtling in einem fremden Land wieder eigenverantwortlich und autonom zu handeln. Wieder Vertrauen in sich selbst zu finden, hat auch viel damit zu tun, den Schritt zu wagen und sich jemand anderem anzuvertrauen. Zwischen diesen beiden Entwicklungen besteht oft eine sehr enge Wechselbeziehung. In der Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen kann deren Vertrauen in die Therapeutin noch viel weniger einfach als gegeben vorausgesetzt werden als beim Beginn anderen Therapien. Es muss vielmehr mit großer Geduld und auch Frustrationstoleranz erarbeitet werden.

Ich habe immer wieder erlebt, dass KlientInnen, wenn sie einmal so weit gekommen sind, sich jemandem anzuvertrauen, vor allem ein Gegenüber brauchen, das sie ernst nimmt, das zuhört und sie in ihrer Verletztheit, Scham, Sprachlosigkeit, in ihrem Hass, in ihrer Trauer und mit all ihren Symptomen (aus) hält. Die erlebte Ohnmacht und Isolation als zentrale Bestandteile des psychischen Traumas machen es aber meist gerade so schwierig, das Vertrauen in das Gegenüber zu setzen, das nötig ist, um den erfahrenen Gräueln Worte zu geben - weil das Vertrauen in das Leben und in die Menschen durch die traumatischen Erfahrungen weitestgehend vernichtet wurde.

Eine ehemalige Klientin hat ihren Zustand wie folgt beschrieben:

„Ich fühle mich unfähig, meine Kinder zu schützen. Die Angstzustände lähmen meinen Körper, Arme und Beine fühlen sich an wie in Gips. Nachts schrecke ich hoch und sehe



nach, ob die Kinder noch atmen. Sie morgens in die Schule zu schicken ist mir ein Gräuel. Mit meinem Mann gibt es ständig Streit, weil er mich nicht versteht, mein größerer Sohn ist aggressiv mir gegenüber, er folgt mir nicht mehr und ich fühle mich völlig unfähig. Dabei möchte ich doch nur sein Bestes und eine gute Mutter sein...“

Sie hatte ihr erstes Kind, das sie allein im Krieg zur Welt brachte, kurz nach der Geburt verloren.

Sich in einer solchen Situation einem anderen Menschen, in dem Fall einer Therapeutin anzuvertrauen, erfordert einen großen ersten Schritt im Wiedererlangen des Vertrauens zu sich selbst: in die eigene Kraft und Fähigkeit, sich einem anderen Menschen über all den Schrecken mitzuteilen, in die eigene Fähigkeit, die Vertrauenswürdigkeit des anderen Menschen einzuschätzen, auch in die eigene Fähigkeit, sich wieder zurückzuziehen und abzuschirmen, sollte man sich im anderen getäuscht haben.

Diagnostik und Therapie sind nach dem Verständnis der Gestalttherapeutischen Psychotherapie keine getrennten Aufgaben und Vorgänge, vielmehr sind „diagnostischer Entdeckungs- und therapeutischer Veränderungsprozess nicht voneinander zu trennen“ (Stemberger 2005, S.107). Wie das zu verstehen ist, zeigt sich nun hier auch in der Frage, wie eine traumatisierte Klientin Schritt für Schritt wieder Vertrauen in die eigenen Kräfte und Vertrauen in einen anderen Menschen entwickeln kann. Auch das ist für die Klientin Diagnostik und Therapie in einer wechselseitigen Bedingtheit dieser beiden Prozesse, für die es förderliche Bedingungen zu schaffen gilt.

Merkmale heilender Beziehungen

Die Wirksamkeit heilender Beziehungen ergibt sich aus dem wechselseitigen, vorbehaltlosen Einlassen aufeinander, von Therapeuten- und Klienten- sowie von Therapeuten- und Klienten- seite aus der vielleicht wichtigsten therapeutischen Fähigkeit, dem Zuhören, und aus neuen, guten und stärkenden Erfahrungen im Beziehungsgeschehen.

Der Gestaltpsychologe Wolfgang Metzger hat sechs Kennzeichen beschrieben, die die „Arbeit am Lebendigen“ - also natürlich auch die mit schwer traumatisierten Menschen - von der Arbeit mit unbelebten Dingen unterscheidet. Nach Jürgen Kriz können „diese Kennzeichen ... durchaus als Maxime für das Handeln humanistischer Psychotherapeuten verstanden werden“ (Kriz 2001, S. 164). Diese Kennzeichen sind für mich zentrale Leitideen, die ich im Folgenden auf die spezielle Situation in der Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen beziehen möchte:

1.) Wechselseitigkeit des Geschehens

„Das Geschehen beim Pflegen ... ist wechselseitig. Es ist im ausgeprägten Fall ein Umgang mit ‚Partnern des Lebens‘“ (Metzger 1962, S. 33).

Gemeint ist hier – bezogen auf die therapeutische Arbeit - der Umstand, dass es in der Therapie keine Einbahnstraße gibt, dass also nicht nur die Therapeutin auf die Klientin einwirkt, sondern auch umgekehrt das Erleben und Verhalten der Klientin Wirkungen bei der Therapeutin erzeugt. Dieses wechselseitige Wirken zwischen den beiden Menschen im therapeutischen Prozess zeigt sich natürlich auch in der Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen auf vielen Ebenen.

Oben war schon von der Gefahr einer sekundären beziehungsweise stellvertretenden Traumatisierung

der Therapeutin die Rede, die ihre Arbeit mit den Flüchtlingen schwer behindern und sie selbst schädigen kann. Aber es gibt auch andere Herausforderungen:

Aus ihrer erfahrenen Hilflosigkeit und Sprachlosigkeit heraus, aber auch aus Unkenntnis der hier üblichen Arbeitsteilungen, Differenzierungen und Selbstverständnisse der Helfersysteme, neigen traumatisierte Flüchtlinge oft dazu, ihr Gegenüber unabhängig von seiner konkreten Aufgabenstellung und Kompetenz pauschal für die Lösung aller Probleme ihres täglichen Lebens zuständig zu erklären. Sie reagieren dann manchmal böse oder enttäuscht, wenn die Therapeutin nicht ihren Wünschen entgegenkommt und somit nicht ihren Idealvorstellungen entspricht (vgl. Hermann 2003). Die Therapeutin ist also ständig gefordert, äußerst sensibel mit dem umzugehen, was in ihr selbst durch die Erwartungshaltungen ihrer Klientin oder auch durch deren frustrierte Reaktionen an eigenen Impulsen ausgelöst wird und wie sie dann damit und mit diesen Wünschen, Erwartungen und Reaktionen der Klientin angemessen umgehen kann, ohne sich selbst zu überfordern und ohne die Klientin unnötig vor den Kopf zu stoßen.

So bin ich in der Arbeit mit Flüchtlingen zum Beispiel oft mit der Erwartung von KlientInnen konfrontiert, dass ich für eine Behörde in Zusammenhang mit dem Asylverfahren eine psychotherapeutische Stellungnahme für sie verfassen soll. Das kann ein problematisches Unterfangen sein, besteht doch die Gefahr, dass damit an die Stelle einer psychotherapeutischen Arbeitsbeziehung eine Art Stellvertreterhandeln nach außen tritt. Durch aktive Eingriffe der Therapeutin in das Leben der Klientin außerhalb des Therapiegeschehens kann die „Partnerschaft, das Hin und Her des Wirkens“ (Metzger 1962, S. 34),

das lebendige Beziehungsgeschehen zwischen den beteiligten zwei Menschen in eine Schieflage geraten. Vergrößert gesagt: Stimme ich zu, kann es sein, dass ich nicht mehr kompetente Partnerin in einer wechselseitigen therapeutischen Arbeitsbeziehung bin, sondern zur „Retterin“ werde, in deren Macht es sogar steht, Asylverfahren zu entscheiden. Lehne ich ab, kann es sein, dass ich in den Augen meiner Klientin zur Täterin werde, die gleichgültig ist und Leben zerstören kann.

In jedem Einzelfall wird daher sorgfältig darauf zu achten sein, woher der Impuls bei mir kommt, zu einer solchen Erwartung ja oder nein zu sagen – im Interesse meiner eigenen Bedürfnisse oder der meiner Klientin. Und es wird sorgfältig abzuwägen sein, wie eine Zustimmung oder Ablehnung sich auf das weitere Beziehungsgeschehen in der Therapie (aber natürlich auch auf das Leben der Klientin außerhalb) auswirken wird.

Wie Klientin und Therapeutin in diesem wechselseitigen Geschehen aufeinander einwirken und reagieren, kann auch mit Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomenen zu tun haben, doch wäre es verfehlt, alle Vorgänge zwischen den beiden Seiten von vornherein so zu verstehen und zu behandeln.

Natürlich kann es beispielsweise geschehen, dass eine Trauma-Überlebende auf die Therapeutin etwas überträgt, was mit ihren früheren Peinigen zu tun hat und nicht mit ihrer Therapeutin. Wenn nach all dem durchlebten Terror solche Übertragungen im Spiel sind, ist es für sie oft besonders schwierig, Menschen zu vertrauen und ein verlässliches Arbeitsbündnis einzugehen. Sie brauchen dafür in der Regel länger als nicht traumatisierte KlientInnen. Aber es muss keineswegs ein Übertragungsphänomen sein, wenn eine Klientin ih-

rer Therapeutin vertraut oder ebenfalls nicht – das kann mindestens genauso gut aus der unmittelbaren Beziehungserfahrung zwischen den beiden entstehen.

Ein Klient, dem es extrem schwer fiel, seine Gefühle zu zeigen, weil das in seiner Kultur als große Schwäche ausgelegt wird und weil ich noch dazu eine Frau war, antwortete auf meine Frage, warum er denn zu mir kam: „Was sie mir sagen, kommt vom Herzen, und ich spüre, dass es mir gut tut, einfach nur hier zu sein.“

2.) Die Duldung von Umwegen

„Wer mit der Pflege, dem Aufziehen und der Erziehung von lebenden Wesen zu tun hat, muss überall dort Umwege in Kauf nehmen, wo diese bei der Entwicklung dieses Wesens in seiner Natur angelegt sind“ (Metzger 1962, S. 30).

Ich erinnere mich an meine bereits weiter oben beschriebene Klientin. Sie kam völlig erstarrt zu mir in die Stunde mit ihrem neugeborenen Sohn. Sie brauchte dringend Hilfe, das war klar. Der Kleine quengelte unentwegt und ich wollte ihr nahe legen, den „Störenfried“ doch für die Zeit der Therapiestunden irgendwo anders unterzubringen.

Im Erstgespräch erarbeite ich gemeinsam mit den KlientInnen das therapeutische Bündnis und bespreche beidseitige Pflichten, sowie Grenzen, die erforderlich sind für eine gute therapeutische Beziehung.

Mir war sonnenklar, dass „Therapie zu dritt“ kaum möglich war, ging es doch darum, für die Klientin einen Ort zu schaffen, wo sie sich zunächst einmal entspannen und aus dem täglichen Teufelskreis von Verantwortung, Ohnmacht und Erstarrung heraustreten konnte. Sie weigerte sich jedoch strikt, obwohl ihr Ehemann ohne Arbeit war und Zeit hatte und sie mit anderen Familien und Frauen in einem Wohnheim

lebte, die für die kurze Zeit ebenfalls als Babysitter fungieren hätten können. Die Vehemenz, mit der sie sich weigerte, ohne ihr Baby in die Therapiestunde zu kommen, war auffällig und interessierte mich, so dass ich genauer nachfragte. Sie beteuerte aber nur immer wieder, dass sie nicht wisse, warum sie solche Angst habe, sie wisse nur, dass es für sie keinen anderen Weg gäbe, als den Kleinen mitzubringen.

Ich ließ mich letztlich darauf ein, mehr aus Intuition, als auf Grund rationaler Überlegungen, denn die hätten mich von einer Zustimmung sicher abgehalten. Die Stunden waren holprig, manchmal fand ich mich selbst mit dem Baby im Arm wieder, ich begann den Kleinen gern zu haben. Nach und nach entspannte sich meine Klientin, ich glaube, sie begann mir zu vertrauen. Wir arbeiteten gut ein halbes Jahr so, dann plötzlich - ich war völlig überrascht - machte sie den Vorschlag, ihren Mann zu fragen, ob er auf den Sohn aufpassen könnte. In dem Kulturkreis, aus dem sie kam, keine Selbstverständlichkeit, doch sie fand, bei all dem was sie geopfert hatte für ihn, wäre das nicht zu viel verlangt.

Dann waren wir zu zweit und sie erzählte mir, wie sie inmitten von Chaos und Kriegswirren völlig vergessen und verlassen ihr erstes Kind zur Welt gebracht hatte. Sie erzählte mir Teile der Vorgeschichte, in der sie extremer Gewalt ausgesetzt war. Sie erzählte mir vom Tod ihres ersten Sohnes, von ihrer Hilflosigkeit, und sie weinte und weinte.

Die Duldung des Umweges, Therapie und „Babysitten“ für eine gewisse Zeit zu vereinen, ermöglichte ihr erst den nächsten Schritt und damit eine tiefere Verwandlung. Sie wollte mir plötzlich und ohne Vorankündigung ihre Geschichte erzählen und dabei wollte sie keine weiteren Zeugen. Sie konnte den Kleinen abgeben und endlich trau-

ern, und sie tat es zu einem ihr passend erscheinenden Zeitpunkt und in ihrer Geschwindigkeit.

3.) Die Nicht-Beliebigkeit der Arbeitsgeschwindigkeit

Prozesse des Wachsens, Reifens, Überstehens einer Krankheit haben ihnen jeweils eigentümliche Ablaufgeschwindigkeiten, die sich nicht beliebig beschleunigen lassen.

Da bei Trauma-Überlebenden meist jegliches Vertrauen in die Menschheit zerstört wurde, ist zu Beginn der Therapie auch kaum Vertrauen vorhanden. Was so tief erschüttert

wurde, braucht vor allem Zeit, um wieder zu heilen.

Ähnlich einer Pflanze, die auch nicht aus dem Boden gezerrt werden kann, damit sie besser wächst, brauchen Trauma-Überlebende Geduld und die richtigen Rahmenbedingungen, damit sie im Beziehungsgeschehen wieder Fuß fassen können und dieses tragfähig genug werden kann, um die schweren Ereignisse aufzuarbeiten.

Kein Mensch kann Schrecken und Leid im Zeitraffer bearbeiten, schon gar nicht aber Menschen, die Folter oder Krieg überlebt haben. Die

Traumareaktion läuft nach ihr eigentümlichen Sequenzen und Gesetzmäßigkeiten ab. Traumaheilung braucht vor allem Vertrauen, ein unterstützendes sicheres Umfeld und genügend Zeit. Die Geschwindigkeit, mit der Reifung und Wachstum geschehen, kann daher weder beschleunigt noch „willkürlich festgesetzt werden“ (Metzger 1962, S. 28).

4.) Die Nicht-Beliebigkeit der Arbeitszeiten

„Das lebende Wesen kann nicht beliebig auf seine Pflege warten ... Es hat vor allem auch seine eigenen fruchtbaren Zeiten und Augenblicke, in denen es bestimmten Arten der Beeinflussung, der Lenkung oder deren Festlegung zugänglich ist. ... Wer mit lebenden Wesen umgeht, muss also in viel höherem Maß als der Macher geduldig warten können, andererseits aber, wenn der rechte Augenblick heranrückt, ohne Zögern bei der Hand sein“ (Metzger 1962, S. 27).

Auf Grund notorischen Geldmangels im Versorgungssystem für Flüchtlinge gibt es lange Wartezeiten auf einen Therapieplatz. Doch gerade die Zeit nach der Verfolgung, wenn das Leben nicht mehr unmittelbar bedroht ist, stellt im traumatischen Prozess weitere große Anforderungen an die Betroffenen. Was in der Zeit unmittelbar nach einer traumatischen Situation geschieht, ist maßgeblich beteiligt an der weiteren Entwicklung der Traumasymptomatik. So ist auch die Ankunft im Aufnahmeland meist schockierend. Flüchtlinge sind dort mit vielfältigen Überlebensproblemen konfrontiert und wiederum existentiell überfordert. Schnelle rechtliche, ökonomische und therapeutische Hilfen wären notwendig: „Hier geht es zentral um die Situation der Opfer, die Art der Versorgung und Betreuung, die geleistet wird und die gesellschaftlichen Versöhnungsprozesse, d.h. die juristische und soziale Aufarbei-



tung der Vergangenheit, der Verbrechen etc.“ (Becker 2006, S. 192).

Metzger schreibt zum Thema Nicht-Beliebigkeit der Arbeitszeiten: „Das lebende Wesen kann nicht beliebig auf seine Pflege warten. Eine Pflanze, die jetzt am Verdursten ist, kann ich, wenn sie am Leben erhalten bleiben soll, nicht übermorgen gießen, auch wenn ich noch so müde bin oder noch so wichtiges anderes vor habe“ (Metzger 1962, S.26).

Die gesellschaftlich-rechtliche Realität im Aufnahmeland steht dem leider zumeist entgegen. Die neue Fremdenrechtsnovelle in Österreich etwa sieht Folgendes vor:

Mit 1.1.2010 wird allen Asylwerberinnen zu Beginn ihres Verfahrens für unbestimmte Zeit verboten, den Bezirk ihres „gewöhnlichen Aufenthalts“ zu verlassen. Diese „Gebietsbeschränkung“ gilt für die gesamte Dauer des so genannten Zulassungsverfahrens, das nicht selten Wochen und Monate dauert.

Bei Missachtung der „Gebietsbeschränkung“ droht die sofortige Schubhaft und außerdem noch eine hohe Verwaltungsstrafe.

So ist etwa ein Asylwerber, der von Traiskirchen nach Wien fahren möchte, weil er nur dort einen Anwalt oder einen Mitarbeiter einer NGO seines Vertrauens zu finden glaubt, durch diese Bestimmung vom Recht auf die freie Wahl seiner Rechtsvertretung ausgeschlossen und bei Zuwiderhandeln mit Geldstrafe und Haft bedroht.

AsylwerberInnen warten darüber hinaus auch im eigentlichen Asylverfahren oft jahrelang auf einen Bescheid. Es ist sehr schwer, davon nicht völlig zermürbt zu werden. Das Warten selbst ist Teil der Traumatisierung. Im Krieg gab es zwischen den Angriffen das Warten. Hier ist es keine Seltenheit, dass Menschen 10 Jahre und mehr warten, bis sie als Flüchtling anerkannt

und somit sicher sind vor Abschiebung und neuerlicher Gewalt.

5.) Gestaltung aus inneren Kräften

„Die Kräfte und Antriebe, die die angestrebte Form verwirklichen, haben wesentlich in dem betreuten Wesen selbst ihren Ursprung“ (Metzger 1962, S. 23). „Von Dauer sind im Bereich des Lebendigen nur solche Formen, die durch die Entfaltung innerer Kräfte sich bilden und ständig von ihnen getragen und wiederhergestellt werden“ (S. 26).

Trauma bedeutet für das Individuum in der Regel extreme Angst. Dabei geht es um Leben und Tod und die Konsequenz heißt oft Fragmentierung, Spaltung, Dissoziation. Diese Mechanismen können zunächst durchaus sinnvoll sein, lassen sie die Betroffenen doch das Grauen überhaupt einmal überleben. Langfristig können sie aber auch bedeuten, dass Persönlichkeitsanteile dauerhaft abgespalten werden. Dadurch kann jegliche Selbstwirksamkeitserwartung (Bandura 1977, 1997) verloren gehen, KlientInnen bleiben in ihrer Ohnmacht, Hilflosigkeit und Angst nur zu oft regelrecht stecken.

Ziel einer Therapie mit schwer Traumatisierten wird es daher sein, angemessene Rahmenbedingungen dafür zu schaffen, um diese Fragmentierung in ihren verschiedenen Erscheinungsformen zu überwinden. Dabei kann nicht von außen bestimmt oder gar erzwungen werden, wozu ein Mensch noch nicht bereit ist, denn: „Ich kann die Formung des Lebenden nicht zu einem mir genehmen Augenblick erzwingen. Ich kann, wo die inneren Kräfte fehlen, sie nicht durch äußeres Eingreifen ersetzen, ohne zu zerstören, was ich zu bilden vermeinte. Ich muss vielmehr geduldig abwarten, bis die in ihm geweckten oder gestärkten Kräfte von selbst ihre Wirkung entfalten“ (Metzger 1962, S. 23f).

Therapie kann zunächst einmal ein Raum sein, in dem sich KlientInnen sicher und verstanden fühlen und in dem langsam eine von Vertrauen getragene Beziehung als Nährboden für die Entfaltung innerer Kräfte entstehen kann.

Die Therapiesituation als ein „Ort schöpferischer Freiheit“ (Walter 1985) kann darüber hinaus dabei unterstützen, das erlebte Leid als Teil der psychologischen Vergangenheit abzubilden und somit zu einer Differenzierung zu gelangen zwischen unmittelbar erlebtem Terror und der Erinnerung an ihn.

Voraussetzungen dafür sind, dass die reale Verfolgung und Bedrohung aufhört, dass das Unrecht benannt und anerkannt wird und dass die erstarrten und abgespaltenen Fragmente der traumatisierten Persönlichkeit nach und nach wieder integriert werden können.

6. Die Nicht-Beliebigkeit der Form

„Es kann nur zur Entfaltung kommen, was schon in dem ‚Material‘ selbst als Möglichkeit angelegt ist. Und in unvergleichlich viel höherem Maß als bei der Bearbeitung toten Stoffes braucht man für einen erfolgreichen Umgang mit Lebendigem den Blick oder das Gefühl für die Möglichkeiten der Entfaltung, die in dem Gegenstand der pflegenden ... Bemühungen schlummern“ (Metzger 1962, S. 22f).

Traumatisierte Menschen aus fremden Kulturkreisen brauchen eine ihnen entsprechende Form der Betreuung, und zwar eine, die Menschenwürde und Menschenrechte respektiert und sie in ihrem „Anders-Sein“ annimmt.

Spezielle Stabilisierungstechniken (vgl. Reddemann & Sachsse 1997) und „Skills-Trainings“ (Linehan 1996) können dabei im Therapieverlauf durchaus einen wichtigen Beitrag leisten. Sie sollten jedoch nicht nach starren Regeln ein-

gesetzt werden oder nur auf die Symptombeseitigung ausgerichtet sein. Wichtig finde ich in dem Zusammenhang immer auch die Frage nach der Funktion, die eine bestimmte Technik im gegenwärtigen Therapieprozess einnimmt. In jedem Fall aber sollten wir Techniken, an deren Einsatz wir denken, vorher gut erklären, sodass sie auch von unseren Klientinnen verstanden werden, sie ihnen selbst sinnvoll erscheinen und erst auf diesem Boden informierten Einverständnisses angewendet werden.

„Soweit für die Arbeit am Lebendigen sich überhaupt Regeln aufstellen lassen, können sie niemals starre Vorschriften, niemals Rezepte im strengen Sinn des Wortes sein, die jeweils eine eindeutig bestimmte Verfahrensweise als ein für allemal Erfolg verbürgend festlegen“ (Metzger 1962, S. 78).

Die Reaktion des gesellschaftlichen Umfeldes hat ebenso großen Einfluss auf die Bewältigung des Traumas. Zuzuhören und das Unrecht anzuerkennen sind wichtige Maßnahmen, die Traumaopfer dabei unterstützen können, Vertrauen in das Leben und in die Menschen wiederzuerlangen. „Der Riss zwischen dem Traumatisierten und

der Gesellschaft kann nur gekittet werden, wenn erstens die Gesellschaft das traumatische Ereignis als solches anerkennt und zweitens die Gesellschaft in irgendeiner Form handelt. Ist einmal öffentlich anerkannt, dass jemandem Gewalt angetan wurde, muss die Gesellschaft handeln: Sie muss den Verantwortlichen für den Schaden suchen und den Schaden wiedergutmachen. Diese beiden Reaktionen – Anerkennung und Wiedergutmachung – sind notwendig, damit das Opfer wieder an Gesetz und Ordnung glauben kann“ (Hermann 2003, S.102).

An den Schluss dieses Beitrags möchte ich mein Resümee nach einigen Jahren Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen stellen: Wenn wir Menschen, die ein Trauma überlebt haben, in einer für die Arbeit am Lebendigen angemessenen Form begegnen, so können wir zwar Geschehenes nicht ungeschehen machen, wir können aber möglicherweise einiges von dem wieder gut machen, was andere verursacht haben.

Literatur

- Bandura, Albert (1977): Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, Albert (1997): *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Becker, David (2006): *Die Erfindung des Traumas - verflochtene Geschichten*. Freiburg: Edition Freitag.
- Hermann, Judith (2003): *Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden*. Paderborn: Junfermann Verlag
- Huber, Michaela (2003): *Wege der Traumabehandlung*. Paderborn: Junfermann Verlag
- Kriz, Jürgen (2001): *Grundkonzepte der Psychotherapie*, 5. Auflage, Weinheim: PVU.
- Linehan MM. (1996): *Die dialektisch-behaviorale Therapie der Borderline-Störung*. München: CIP-Medien.
- Metzger, Wolfgang (1962): *Schöpferische Freiheit*. 2. umgearbeitete Auflage. Frankfurt: Waldemar Kramer.
- Reddemann, Luise, Sachsse Ulrich (1997): *Stabilisierung. Persönlichkeitsstörungen 3*: S. 113 - 147
- Rothschild B. (2002): *Der Körper erinnert sich*. Essen: Synthesis.
- Sachsse U. (2004): *Traumazentrierte Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Saß, H. et al. (2003): *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision – DSM-IV-TR*. Hogrefe, Göttingen 2003
- Stemberger, Gerhard (2005): *Gestalttherapeutische Psychotherapie*. In: H. Bartuska et al. (Hrsg.), *Psychotherapeutische Diagnostik. Leitlinien für den neuen Standard*. Wien – New York: Springer, S. 105-116.
- Walter, Hans Jürgen (1985): *Gestalttheorie und Psychotherapie*. Opladen: Westdeutscher Verlag
- WHO (1992): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen*. ICD-10 Kapitel V.
- American Psychiatric Association (1994): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV (DSM IV)*. Arlington: American Psychiatric Association

vonnulldbisvierundzwanziguhr

schmökern!
informieren!
fachbücherkaufen!

www.krammerbuch.at

versandbuchhandlung für psychotherapeutische,
psychologische&medizinische fachmedien

buchhandlung@krammerbuch.at | Tel: 01/985 21 19 | Fax: 01/985 21 19-15
portofreier versand (in ö)