

# Psychotherapie mit Folterüberlebenden im europäischen Exil

*Barbara Preitler*

## **Zusammenfassung:**

**Folter bedeutet, daß Menschen physisch und psychisch massiv verletzt werden. Die psychotherapeutische Arbeit mit Folterüberlebenden braucht einen starken Bezug zur Rechts- und Sozialberatung, da diese Menschen als Flüchtlinge nach Europa gekommen sind und hier zuallererst die Sicherheit von Asyl und Aufenthaltsrecht brauchen. Ziele der psychotherapeutischen Intervention sind - kurzfristig - Reduktion und bessere Bewältigung von Symptomen wie Schlaflosigkeit, Panik etc. und - langfristig - Begleitung durch die Trauer, Integration des erlittenen Traumas in das Selbstbild bis hin zur Entwicklung neuer Zukunfts- und Lebensperspektiven. Psychotherapie wird zur Zeugenschaft und zum Mit-er-tragen des Leidens, das durch andere Menschen verursacht worden ist. Im geschützten Rahmen des therapeutischen Settings kann ein Modell für neues Vertrauen in menschliche Beziehung erarbeitet werden.**

„Wer der Folter erlag, kann nicht mehr heimisch werden in der Welt. Die Schmach der Vernichtung läßt sich nicht austilgen. Darüber blickt keiner hinaus in eine Welt, in der das Prinzip Hoffnung herrscht. Der gemartert wurde, ist waffenlos der Angst ausgeliefert.“ Mit dieser Beschreibung von Folter charakterisiert Jean Amery seine persönlichen Erfahrungen. 1943 war er von der Gestapo verhaftet und gefoltert worden. 1977, also über 30 Jahre nach dem erlittenen Trauma durch Folter und Konzentrationslager, beging er Selbstmord. Er konnte nicht mehr heimisch werden in dieser Welt.

Die Folgen der Gewalt wirken, wenn der Gefolterte die Tortur überlebt, weit über die eigentliche Zeit der Folter nach und beeinträchtigen oft das gesamte weitere Leben. Die Erinnerung an das Entsetzen bleibt bestehen, ist täglich - und nächtlich - präsent. Das Erlebte und Erlittene nimmt die Gegenwart ein und läßt keine andere Vorstellung der Zukunft zu.

Wenn jemand nach einer solchen extremtraumatischen Erfahrung um Hilfe bittet, braucht er diese so bald und so umfassend wie möglich.

## *Psychotherapie im Kontext der sozialen und rechtlichen Stellung im Asylland*

In unserer Arbeit in „Hemayat - Verein zur Betreuung von Folter- und Kriegsüberlebenden“ in Wien begegnen wir ausschließlich Menschen, die als Flüchtlinge nach Österreich gekommen sind und hier Schutz und Asyl suchen.

Ihr Alltag ist geprägt von einer fremden Sprache und einer fremden Kultur, in der sie sich erst zurechtfinden müssen und oft auch von dem Gefühl, unerwünscht zu sein. Einige unserer KlientInnen sind schon solange in Österreich, daß sie bereits die österreichische Staatsbürgerschaft besitzen, andere sind anerkannte Flüchtlinge; die meisten aber leben noch in ständiger Angst vor Abschiebung und Schubhaft (Abschiebehaft), müssen die Schwierigkeiten in beengten Lagern meistern, haben keine Arbeitsbewilligung und fürchten rassistische Übergriffe.

Die soziale Situation, in der die KlientInnen leben, hat großen Einfluß auf die Themen der psychotherapeutischen Sitzungen und in vielen Fällen wird eine psychische Aufarbeitung der traumatischen Erlebnisse im Heimatland dadurch unmöglich. Im Vordergrund stehen die Probleme, die den Alltag beherrschen. Ziel der therapeutischen Betreuung dieser Klientengruppe ist es, zu stützen und die Entwicklung von Strategien zu fördern, die in dieser schwierigen Situation zwischen traumatischer Vergangenheit und der Ungewißheit der Gegenwart das Weiterleben möglich machen.

Der wöchentliche Termin bei uns ist für unsere KlientInnen oft die einzige Möglichkeit eine Stunde lang im Mittelpunkt zu stehen, über Probleme reden zu können, schimpfen und weinen zu dürfen, einen Menschen für sich zur Verfügung zu haben. Grundvoraussetzung dafür ist der Vertrauensaufbau zwischen KlientIn und TherapeutIn. Solange die Existenz im Asylland nicht gesichert ist, besteht die Aufgabe von PsychologInnen und PsychotherapeutInnen darin, zu unterstützen, zu stärken und in Krisensituationen zu intervenieren. Günstig ist es in diesen Fällen, wenn die Arbeit mit sozialen und rechtlicher Hilfestellung koordiniert wird. Ein Beispiel dazu:

Eine jugendliche Klientin kommt verstört in die Therapie. Sie klagt über Schlaflosigkeit, Nervosität und Eßstörungen. Diese Symptome sind für sie typische Reaktionen auf Belastungen. Ich frage sie, ob es einen Anlaß für die erneute Verschlechterung ihres Zustandes gibt. Sie zeigt mir einen Brief, den sie vor einigen Tagen erhalten hat, und den sie aufgrund ihrer erst geringen Deutschkenntnisse nur teilweise entziffern konnte. Sie hat noch einen Brief in ähnlicher äußerer Form in Erinnerung, indem sie die Mitteilung erhielt, daß ihre Bitte um Asyl abgelehnt worden ist. Sie bittet mich das

Schreiben zu lesen und es ihr zu erklären: Es handelt sich nicht um das von ihr befürchtete Aufenthaltsverbot, sondern nur um einen Formalfehler bei der Berufung zum Asylbescheid, der von ihrem Rechtsberater leicht auszubessern ist. So kann ich meine Klientin beruhigen und ihr einfach raten, sich sobald als möglich mit diesem Brief an ihren Rechtsberater zu wenden, was sie dann auch unmittelbar nach der Therapiesitzung macht.

Es erweist sich in so gut wie allen Fällen als äußerst hilfreich, genau über den Stand des Asylverfahrens Bescheid zu wissen. Die Verwirrung vor diesem Wulst an europäischer unverständlicher Bürokratie in deutscher Sprache und die Angst vor einer möglichen Abschiebung zurück ins Heimat- und damit meist Folterland ist enorm. Oft bedarf es vieler Stunden genauer Erklärung der derzeitigen Situation. Jeder weitere Schritt im Asylverfahren muß aufs Neue verkraftet werden und ist dort, wo es zu Verzögerung und Verschlechterung kommt, mit Verzweiflung und Wut verbunden, noch immer nicht Schutz und Asyl erhalten zu haben.

„Es muß gesagt werden, daß Therapie zwar eine Hilfe darstellt, aber kein Ersatz für sozialpolitische Entscheidungen hinsichtlich einer Humanisierung des Asylverfahrensgesetzes für die davon Betroffenen ist. Grundvoraussetzung für eine erfolgreiche Psychotherapie bei dieser Gruppe von Klienten ist die rechtliche Absicherung eines mittel/langfristigen Aufenthalts.“ (Aycha, 1993)

Aber nicht nur negative Entwicklungen im Aufenthalts- und Asylverfahren müssen verarbeitet und verkraftet werden. Die Gewährung des oft jahrelang ersehnten Asyls und die damit verbundene Integration in die Gesellschaft des Asyllands können der Anlaß für den psychischen Zusammenbruch sein. Während zuvor die ganze (psychische) Energie darauf verwendet werden mußte, Tag für Tag im überfüllten Lager, in den Schlingen der Bürokratie zu überleben, ist mit einem Schlag Raum für die bis dahin verdrängte Erinnerung an das Trauma, das zur Flucht geführt hat.

Jetzt ist der Flüchtling in Sicherheit und unterscheidet sich erst damit wirklich von den gefährdeten Kameraden und Angehörigen, die im Heimatland bleiben mußten und nach wie vor verfolgt, inhaftiert, gefoltert und ermordet werden. ‘Überlebensschuld’ wird zum Thema: ‘Warum habe ich überlebt? Darf ich leben, wenn so viele gestorben sind, die in einer ähnlichen Situation waren wie ich?’ oder gar: ‘Darf es mir gut gehen, solange die Zurückgelassenen leiden?’

Zugleich beginnt oft erst jetzt, wo das eigene Leben nicht mehr gefährdet ist, der Schmerz und die Trauer über die großen Verluste, die erlitten worden sind.

## *Trauer und Abschiednehmen*

Extremtraumatisierung kann als eine Todeserfahrung, ohne daß der Betroffene daran physisch gestorben wäre, verstanden werden. Der Unterschied zum Krankheitsbild der Psychosen, bei denen sich die psychische Struktur durch mangelnde oder fehlende Beziehungen in den ersten Lebensjahren nicht entwickeln konnten, liegt darin, daß der Folterüberlebende seine psychischen Strukturen in früheren Beziehungen aufbauen konnte, sie aber durch die Folter beschädigt oder zerstört worden sind. (vgl. Becker, 1992) Wer diese Erfahrung gemacht hat, muß erst wieder lernen, Kontakt zu seinem eigenen Körper, zur Welt und zu anderen Menschen aufzunehmen.

Dafür ist zuerst der Abschied - und damit der Prozeß der Trauer - notwendig: Trauer über die verlorene Heimat und über verlorene Familienmitglieder und Freunde, Trauer über das verlorene Vertrauen in die Welt und Trauer über den Verlust der eigenen körperliche Integrität.

In der Therapie bedeutet das, wieder an das Leben anzuknüpfen und den Kontakt zur Umwelt wieder herzustellen. Durch das Erinnern an diese früheren Erfahrungen wird es möglich, die traumatische Situation im Nachhinein als solche zu erkennen und den erlittenen Selbst- und Weltverlust zu betrauern. Wenn es gelingt an positiven Erfahrungen dieser vortraumatischen Zeit anzuknüpfen, kann sich ein langsamer Zugang zu einer erneuten lebensbejahenden Einstellung eröffnen.

Viele Therapien sind geprägt von diesen Prozessen der Trauer:

Eine junge Klientin klagt über Schlafstörungen und Alpträume, in denen sie immer wieder von ihren verstorbenen Angehörigen träumt. Ich frage sie einmal nach dem Begräbnis eines ermordeten Freundes. Sie erzählt, daß der Leichnam von den Soldaten mitgenommen worden sei, und es daher kein Begräbnis gegeben hat. Ich nutze diese Stunde für ein „symbolisches Begräbnis“. Ich frage sie, wie die Beerdigung gewesen wäre, wenn es eine gegeben hätte. Wir lassen uns dabei sehr viel Zeit und besprechen auch viele kleine Details, wie z.B. wer das Essen gekocht hätte, welche Speisen es gegeben hätte, wer aller gekommen wäre, wo das Grab sich befinden würde etc.. Während die junge Frau erzählt weint sie sehr viel. Während sie dieses Bild des Begräbnisses entstehen läßt, fallen ihr auch schöne Erinnerungen mit dem Verstorbenen ein, die sie auch erzählt. Am Ende der Sitzung wirkt sie Müde und erleichtert. Eine Woche später berichtet sie, daß sie nun endlich schlafen könne und auch nicht mehr vom Verstorbenen träumt.

### *Psychotherapie im Kontext mit medizinischer Betreuung*

Die Trauer bezieht sich aber nicht nur auf verlorene Menschen und auf die verlorene Heimat, sondern oft auch auf den Verlust der körperlichen Integrität. In der Folter haben andere Menschen körperliche Grenzen in einem vorher unvorstellbaren Maß überschritten und körperliche Erfahrungen meist nur mehr in Form von Schmerz, Hunger, Durst und Ekel zugelassen.

Im Anamnesegespräch frage ich einen meiner Klienten, ob er Schmerzen habe. Er sieht mich fragend an. Ich nenne einige Beispiele: Kopfweg, Magenschmerzen... Er ist verwundert. Ja, natürlich habe er Kopfweg, sehr oft sogar. Aber, daß hat doch nichts mit Schmerzen zu tun. Als Schmerz definiert er, was er in der Folter erlebt hat. Schmerz beginnt für ihn da, wo es schier

unerträglich ist. Folter ist in den meisten Fällen physisch und psychisch angewandt worden. Daher ist es notwendig, auch die direkten körperlichen Folgen (wie Verstümmelungen, schlecht verheilte Wunden, Probleme aufgrund von abgetrennten Körperteilen etc.) und die indirekten Auswirkungen (wie z.B.: Folgeschäden aufgrund mangelnder medizinischer Versorgung) ärztlich abzuklären und bei Bedarf zu behandeln. Aber auch Schmerzzustände, wo von vorherigen Untersuchungsergebnissen aus zu erwarten ist, daß keine physiologische Ursache vorliegt, werden von den ÄrztInnen nochmals untersucht. Die KlientInnen fühlen sich mit ihren Problemen ernstgenommen und können den Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung in Absprache mit einem/r Arzt/Ärztin besser akzeptieren und zugleich gibt es dem Betreuungsteam die Sicherheit, die richtige Form der Therapie anzuwenden.

Trotzdem erscheint es mir wichtig, körperliche Schmerzen auch in ihrer psychischen Symptomatik zu verstehen.

Eine meiner Kolleginnen kürzt die Therapiestunde mit einer jungen Frau, die sexuell schwer gefoltert worden ist, ab. Sie kommt zu mir und fragt nach Adresse einer Gynäkologin, da ein Besuch bei einer Frauenärztin aufgrund der Schmerzäußerung der Klientin scheinbar das vordringlichste Bedürfnis derzeit ist. Wir analysieren die Situation gemeinsam und kommen schließlich zu einem anderen Schluß: Die junge Frau war immerhin in der Lage, eine Stunde quer durch die Stadt mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu fahren, um zu uns zu gelangen, und hat danach auch sehr ruhig ca. eine halbe Stunde auf ihren Termin gewartet. Der Zusammenbruch erfolgte erst vor ihrer Therapeutin und der Übersetzerin. Wir interpretieren diese massive Schmerzäußerung als eine Aussage über ihre verletzte Weiblichkeit im Rahmen der Therapie, wo sie vor zwei anderen Frauen, zu denen sie bereits Vertrauen gefaßt hat, ihre

nen sie bereits Vertrauen gefaßt hat, ihre Verwundbarkeit zeigen darf.

### *Zuhören und Zeuge des erlittenen Leides werden*

Ein wesentlicher Pfeiler unserer therapeutischen Arbeit besteht darin, daß das Furchtbare, das unseren KlientInnen passiert ist, gezeigt und ausgesprochen werden darf. Es ist jemand da, der zuhört und das Gehörte ertragen und mittragen kann. Dies stellt eine Anforderung an den/die TherapeutIn, die sich von anderen Psychotherapien oft unterscheidet. „Das Problem besteht darin, die Wahrheit zu ertragen und dem Patienten das Beispiel des Ertragenkönnens zu geben,“ schreibt Silvia Amati (1993).

Das schweigende Verhalten von TherapeutInnen, wie sie im Rahmen der Abstinenzregel z.B. in der Psychoanalyse angewandt wird, ist bei der therapeutischen Arbeit mit Folterüberlebenden in diesem Zusammenhang besonders heikel: Ein schweigende/r TherapeutIn kann die psychische Verwundung verstärken, da dieses Verhalten den/die KlientInnen an das schmerzhafteste Erleben der Verhörsituation bei der Folter erinnern kann. Der/die TherapeutIn soll Stellung beziehen: Dem Klienten wird geglaubt und bestätigt, daß er Ungeheuerlichkeiten erlitten hat und damit seine Würde und seine fundamentalen Menschenrechte verletzt worden sind.

Stellung soll auch in bezug auf die Situation des Gefolterten als Flüchtling genommen werden: In einer Zeit, in der Asylsuchende in Europa so schlechte Bedingungen vorfinden, ist es besonders wichtig den KlientInnen von Anfang an zu vermitteln, daß sie willkommen und akzeptiert sind.

Zugleich ist aber auch professionelle Distanz erforderlich. Die Grenzen unserer KlientInnen wurden physisch und psychisch gegen ihren Willen massiv überschritten und verletzt.

„Wir müssen also mit den Grenzen gefolterter Menschen wie auch mit unseren eigenen Grenzen sehr sorgsam und authentisch umgehen. Wenn dies, selbst in bester helfender Absicht, nicht gelingt, kann sich der therapeutische Prozeß leicht ins Gegenteil verkehren, und die Traumatisierung wird stabilisiert,“ warnt Norbert Gurrus (1996).

Ein Setting mit klaren Grenzen hilft eine Neudefinition der eigenen Grenzen zu ermöglichen; Extrempositionen - wie extreme Abschottung oder völlige Auslieferung - können langsam aufgegeben werden.

Eine ca. 40jährige Frau kommt zu uns, weil sie vollkommen verunsichert über ihre gesundheitliche Situation ist. Sie wurde in ihrem Heimatland über Jahre auf ihrem Arbeitsplatz von Militärangehörigen sexuell mißbraucht und, nachdem sie wegen politischer und gewerkschaftlicher Tätigkeit verhaftet worden ist, gefoltert und dabei immer wieder brutal vergewaltigt. In Österreich

bei immer wieder brutal vergewaltigt. In Österreich ist sie bereits seit einigen Jahren und ihr Asylverfahren scheint sehr aussichtslos zu sein. Seit einiger Zeit ist sie in medizinischer Behandlung und mußte bereits mehrmals zur Blutabnahme und es wurden ihr fünf verschiedene Medikamente von verschiedenen Ärztinnen verschrieben, die sie nun nimmt.

Sie erscheint sorgfältig geschminkt und in sehr gepflegten, aber grellen Kleidern zum ersten Termin. Sie erzählt nach mehrfachen Nachfragen, daß sie Alkohol trinkt, weil sie sonst das Grauen nicht mehr aushalten könne. Der Inhalt und die Form wie sie dies erzählt, stehen im Widerspruch zu ihrem Äußeren. Das Arbeit mit Frau S. ist während der ersten drei Sitzungen für mich sehr schwierig und ich habe das Gefühl, alles erfragen zu müssen. In der Supervision bespreche ich das Problem und mein - männlicher - Supervisor macht mich auf meine „eindringlichen“ Fragen aufmerksam. Zugleich hat unser Arzt in der Zwischenzeit den Grund für die Blutuntersuchungen recherchiert und ist auf einen verblüffend simplen Fehler in der Verständigung zwischen Labor und Arzt gekommen. Frau S. Blutwerte sind ständig als die eines Mannes ausgewertet worden.

Als sie in der nächsten Sitzung wieder ihre Verunsicherung anspricht, frage ich sie, ob es vielleicht daran liegt, daß alle in sie „eindringen“ wollen - mit Nadeln, Tabletten und mit Fragen. Sie erscheint zuerst verblüfft - und beginnt schließlich zu lachen. Zum ersten Mal wirkt sie entspannt.

### *KlientInnen aus anderen Kulturen*

Während so gut wie alle KlientInnen mit Besuchen bei Ärzten vertraut sind, begeben sie sich zum ersten Mal in psychologische Betreuung. ‘Ich bin nicht verrückt’ ist ein oft gehörter Satz, der skeptisch in der ersten Sitzung geäußert wird. Dafür halten wir unsere KlientInnen ja auch nicht: Vielmehr sehen wir ihre Symptome - Traurigkeit, Schlafstörungen, Nervosität, Konzentrationsstörungen etc. - als Reaktionen auf die ‘verrückte’ unmenschliche Situation, der sie ausgesetzt waren und diese Reaktionen sind in allen Kulturen ähnlich. (vgl. Van der Veer 1992)

In der Arbeit mit den Folterüberlebenden in einem europäischen Land steht die kulturabhängige Traumatisierung im Mittelpunkt. Trotzdem erfordert die kulturelle Verschiedenheit der KlientInnen Flexibilität beim Aufbau

der therapeutischen Beziehung: Was in einer Kultur als logisch und sinnvoll angesehen wird, kann für Angehörige eines anderen Kulturkreises möglicherweise sinnlos und sogar unmoralisch sein. (Z.B. ist das Zustandekommen des Blickkontaktes, wie ich ihn generell in einem psychologischen Gespräch für wichtig halte, zwischen mir als europäischer Frau und einem kurdischen männlichen Klienten schwierig und manchmal nicht angebracht.)

Oft stehen die körperlichen Beschwerden im Mittelpunkt und daher stellt auch die körperliche Symptombeseitigung das Hauptmotiv für die Suche nach professioneller Hilfe dar. (vgl. Wenk-Ansohn, 1996)

Um so mehr Information über die Kultur, aus der der/die KlientIn kommt, dem/r TherapeutIn zur Verfügung steht, um so leichter wird es sein, kulturelle Empathie zu entwickeln, ohne dabei in kulturelle Stereotypen zu verfallen. S. Dhawan warnt davor, die Andersartigkeit der Kulturen überzubewerten:

„So wichtig und notwendig die Kenntnisse über andere Kulturen in diesem Arbeitsbereich sind, besteht derzeit meiner Meinung nach die Gefahr, auftretende Probleme in der Arbeit zu schnell mit dem Etikett kultureller Unterschiede zu versehen und möglicherweise andere Ursachen, die kulturunabhängig sind außer Acht zu lassen.“  
(Dhawan, 1992)

Die Andersartigkeit und Fremdheit der KlientInnen können verschiedene Gegenübertragungen auslösen (z.B.: Abwehr des Fremden; Idealisierung des Fremden, übermäßige Verbundenheit mit dem Klienten; Schuldgefühle gegenüber dem Klienten wegen den Problemen, die er im Heimatland des Therapeuten erlebt ...) die auch die Identität des/der TherapeutIn in Frage stellen und in Supervision aufgearbeitet werden müssen. Der kulturelle Unterschied in der Therapie kann aber auch als Chance wahrgenommen werden. Neugier am Leben des Anderen und zugleich genügend Distanz eröffnet auch Möglichkeiten für eine 'heilende' Beziehung. Z.B. arbeite ich als europäische Frau mit vielen Männern aus sehr patriarchal strukturierten Ländern. Die Tatsache, daß ich weder ein Mann noch eine Person des eigenen Kulturkreis bin, erschwert einerseits Themen wie gleichgeschlechtliche Rivalität, Neudefinition im Kontext der eigenen Sozialisation, ermöglicht aber andererseits das Zulassen von Gefühlen und Gefühlsäußerungen wie das Weinen, die vor einem Mann der eigenen Kultur undenkbar wären.

Die klare Definition des Ziels der Psychotherapie bedarf oft mehrerer Sitzungen. Zuerst geht es vielen KlientInnen einmal um ein mißtrauisches Herantasten, Klärung von Fragen, wie Schweigepflicht von TherapeutIn und ÜbersetzerIn; politische Einstellung des BetreuerInnenteams.

Wichtig erscheint mir, daß er/sie sich als gleichwertige/r PartnerIn im Setting fühlen kann. Die Angst vor der Abhängigkeit von einer anderen Per-

son und den damit verbundenen Kontrollverlust, wie sie in der Folter in der größtmöglichen Destruktion erlebt worden ist, wird dadurch reduziert. (vgl. Van der Veer, 1992)

Die ersten Sitzungen ermöglichen dem Folterüberlebenden, sich eine Vorstellung vom Sinn der psychotherapeutischen Behandlung zu machen und läßt ihm die Entscheidung, ob er diese Behandlung möchte oder nicht. Auf dieser Basis können schließlich die Ziele der Therapie formuliert werden.

Das oder die Ziele der Psychotherapie oder Beratung sind mit jeder/m KlientIn neu zu definieren. Neben den Symptomen, an denen der/die KlientIn leidet, sind diese auch abhängig vom derzeitigen Status im Asylland und daher mit der voraussichtlichen Dauer der Behandlung eng gekoppelt.

Das Ziel, die extreme Traumatisierung 'zu heilen', im Sinne einer Wiedergutmachung, wäre unrealistisch und damit falsch. Heilung im eigentlichen Sinn ist nicht möglich - was geschehen ist, kann nicht rückgängig gemacht werden. Ziele, die eine Therapie sinnvoll machen, können aber sein:

- eine Reduktion und bessere Bewältigung der Symptome (wie Panikattacken, Alpträume, Schlaflosigkeit, Konzentrationsstörungen, Angst vor sozialem Kontakt) ;
- Begleitung durch die Trauer und Abschied von Verlorenem durch die ausgeübte Gewalt (Verlust von Angehörigen, Verlust der Heimat, Verlust von körperlicher Integrität...);
- die Integration des erlittenen Traumas und der daraus entstandenen Folgen in das Selbstbild (die Identität 'Opfer sein' soll durch ein aktivere und lebendigere ersetzt werden können);
- die Bewältigung des Lebens im Exilland durch Wiedererlangung der Lernfähigkeit und des Lebenswillens;
- die Entwicklung von Zukunfts- und Lebensperspektiven.

### *KlientInnen aus anderen Sprachräumen*

Mit der Frage der Kulturabhängigkeit unmittelbar verbunden ist in der Arbeit mit Folterüberlebenden die Frage der Sprache. Nur wenige der Flüchtlinge, die nach Europa kommen, sprechen Deutsch oder Englisch und nur in wenigen Fällen ist die (oder eine) Sprache des/der TherapeutIn die Muttersprache des/der KlientIn.

In einer Fremdsprache ist das Vokabular, in dem Gefühle ausgedrückt werden können, begrenzt. Wichtig ist es daher, sich Zeit für Umschreibungen

zu nehmen und Zeit, damit der/die TherapeutIn wiederholt, was er/sie verstanden hat, um Mißverständnissen möglichst vorzubeugen.

Um überhaupt eine Möglichkeit zur Kontaktaufnahme zu bekommen, ist es in der Arbeit mit Flüchtlingen durchaus üblich, mit Dolmetschern zu arbeiten. Es handelt sich dabei um eine einschneidende Veränderung des üblichen Settings in Psychotherapien. In der Einzeltherapie wird die Zweierbeziehung um eine weitere Person erweitert, der/die KlientIn steht mit zwei Personen in Beziehung. (Dhawan, 1992; Van der Veer 1992; Vesti 1992)

Probleme, die sich daraus ergeben, können die Aussagen von KlientIn und TherapeutIn betreffen (wie die Kürzung und die Veränderung des Gesagten durch den Übersetzenden), und die Beziehungen - zwischen KlientIn und TherapeutIn aber auch zwischen KlientIn und ÜbersetzerIn.

Ein Beispiel dazu: Nach der dritten Sitzung bittet mich ein Klient um ein Gespräch unter vier Augen, ohne Übersetzer. Er nennt den Namen des Übersetzers und fragt: „Faschist?“ Ich verneine diese Frage und biete dem Klienten trotzdem an, mit einem anderen Dolmetscher zu arbeiten. Er denkt eine Weile nach, meint dann aber, daß dies nicht notwendig sei, da er mir und meinen Angaben vertraue und damit auch dem Übersetzer. In den darauffolgenden Stunden gelingt es dem Klienten sich allmählich zu öffnen und über seine Inhaftierung aufgrund seiner politischen Überzeugung und seine Flucht zu sprechen.

Am Anfang einer Therapie in diesem Setting müssen die Rollen gegenüber dem/r ÜbersetzerIn und dem/r KlientIn klar definiert werden. Wenn der/die KlientIn oder der/die TherapeutIn in der ersten Person spricht, soll dies auch in der ersten Person übersetzt werden. Alles, was der/die KlientIn im Rahmen der Sitzung sagt, wird übersetzt.

„Der Dolmetscher muß eine klare Rolle haben, sonst könnten die Klienten die Funktion des Dolmetschers und des Therapeuten verwechseln ... Minimale Anforderungen an den Dolmetscher könnten sein ... möglichst großes Entferntsein von der Flüchtlingssituation, d.h. möglichst wenig eigene Betroffenheit durch den Krieg.“ (Pljevaljic, 1992)

Grundregeln für die übersetzende Person sind: Sie darf mit dem/r KlientIn weder verwandt noch bekannt sein und der Kontakt beschränkt sich während der Zeit der Behandlung ausschließlich auf die Therapiesitzungen, um die notwendige Neutralität, die vom Übersetzenden erforderlich ist, zu gewährleisten. (vgl. Vesti, 1992) Der/die KlientIn ist damit nicht durch die Anwesenheit einer Bezugsperson gehemmt, über die erlittene Traumatisierung zu sprechen. Zugleich ist auch der/die ÜbersetzerIn, der/die oft selbst Flüchtling

aus dem gleichen Land ist, geschützt, persönlich in die Lebensgeschichte des/der KlientIn involviert zu werden.

Trotz der Problematik, die sich aus der Arbeit mit ÜbersetzerInnen in der psychotherapeutischen Arbeit ergeben, steht die positive Erfahrung mit diesem Setting im Vordergrund (vgl. Vesti, 1992; Dhawan 1992). Vielfach ermöglicht diese Form der Kommunikation erst die Beziehungsaufnahme zwischen KlientIn und TherapeutIn. Die länder- und kulturspezifischen Kenntnisse der übersetzenden Person können zugleich auch eine wichtige Bereicherung für die Therapie darstellen.

*„... trotzdem Ja zum Leben sagen“*

Diesen Abriß über psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten von Folterüberlebenden möchte ich mit einem Zitat von Viktor Frankl beschließen. In seinem Buch *„...trotzdem Ja zum Leben sagen. Ein Psychologe erlebt das Konzentrationslager“* schreibt er am Ende:

„So oder so - einmal kommt der Tag, für jeden der Befreiten, an dem er, rückschauend auf das gesamte Erlebnis des Konzentrationslagers, eine merkwürdige Empfindung hat: er kann es nun selber nicht verstehen, wie er imstande war, all das durchzustehen, was das Lagerleben von ihm verlangt hat. Und wenn es in seinem Leben einen Tag gab - den Tag der Freiheit - , an dem ihm alles wie ein schöner Traum erschien, dann kommt einmal der Tag, an dem ihm alles, was er im Lager erlebt, nur mehr wie ein böser Traum vorkommt.“

Das Erleben von Verfolgung, Lagerhaft und Folter soll Teil der Vergangenheit werden und nicht mehr die Gegenwart der Überlebenden vergiften und blockieren. Psychotherapeutische Arbeit in diesem Sinn kann ein Stück weit helfen, wieder ein Stück Heimat und einen Weg in die Zukunft zu finden auf dieser Welt.

*Literatur:*

- Amati, S. (1977). Reflexionen über die Folter. Zur Einleitung einer psychoanalytischen Diskussion. In: *Psyche*, 31 (3)
- Amati, S. (1990). Die Rückgewinnung des Schamgefühls. In: *Psyche*, 44 (8)
- Amery, J. (1977). *Jenseits von Schuld und Sühne. Bewältigungsversuche eines Überwältigten*. Stuttgart
- Becker, D. (1989). Psychoanalytische Sozialarbeit mit Gefolterten in Chile. in: *psychosozial*, 12 (37)
- Becker, D. (1992). *Ohne Haß keine Versöhnung. Das Trauma der Verfolgten*. Freiburg: Kore
- Bettelheim, B. (1980). *Erziehung zum Überleben. Zur Psychologie von Extremsituationen*. Stuttgart: dtv
- Dhawan, S. (1992). Psychodrama in der therapeutischen Arbeit mit politisch Verfolgten. in: *Systema 2*
- Frankl, E. V. (1977). *... trotzdem Ja zum Leben sagen. Ein Psychologe erlebt das Konzentrationslager*. Kösel, München
- Gurris, N. (1996). Seelische Trauma durch Folter - Heilung durch Psychotherapie? In: Graessner, S., Gurris, N. & Pross, C. (Hrsg.) (1996), *Folter. An der Seite der Überlebenden. Unterstützung und Therapie*. München: C.H. Beck
- Hartmann, L. et al. (1993). Psychopathology of torture victims. In: *Torture 2*
- Pljevaljic, S. (1992). Über Probleme von Dolmetschern in der Psychotherapie. In IWK: *Hinter den Grenzen. Aspekte der Psychischen Betreuung von Flüchtlingen*. Wien
- Preitler, B. (1996). Psychotherapeutische Arbeit mit Folter- und Kriegsüberlebenden. in: Lueger-Schuster, B. (Hg.): *Leben im Transit. Über die psychosoziale Situation von Flüchtlingen und Vertriebenen*. WUV-Universitätsverlag, Wien
- Schmieding, C. (1993): *Behandlung von Überlebenden der Folter*. Freiburg i. Br.: Dissertation Universität Freiburg
- Van der Veer, G. (1992). *Counselling and Therapy with Refugees. Psychological Problems of Victims of War, Torture and Repression*. Wiley & Sons Ltd., West Sussex
- Vesti, P. et al. (1992). *Psychotherapy with Torture Survivors*. Kopenhagen: IRCT
- Wenk-Ansohn, M. (1996). Die Spur des Schmerzes - Psychosomatische Störungen bei Folterüberlebenden. In: Graessner, S., Gurris, N. & Pross, C. (Hrsg.) (1996), *Folter. An der Seite der Überlebenden. Unterstützung und Therapie*. München: C.H. Beck