

Klaus Ottomeyer

Die Behandlung der Opfer

Über unseren Umgang mit dem Trauma
der Flüchtlinge und Verfolgten

ZU DIESEM BUCH

Im Umgang mit traumatisierten Menschen messen wir mit zweierlei Maß. Während Opfer von Missbrauch und Familiengewalt oder von Großschadensereignissen und Naturkatastrophen im heutigen Europa mit dem vollen therapeutischen Unterstützungsprogramm rechnen können, werden die oft schwer traumatisierten Flüchtlinge und Opfer politischer Gewalt grob vernachlässigt. Und mehr als das: Nicht selten wird diese Personengruppe durch unsere Behörden, unsere Bürokratie und durch unsere Ignoranz retraumatisiert. Auf der Basis seiner Arbeit mit Flüchtlingen und Opfern des Nazi-Regimes, deren Geschichten eindringlich erzählt werden, hat Klaus Ottomeyer Standards entwickelt, die das therapeutisch und zwischenmenschlich Nötige praxisnah formulieren. Darüber hinaus wird der gesellschaftliche Hintergrund für unseren Umgang mit den Opfern beleuchtet.

Klaus Ottomeyer, Professor für Sozialpsychologie an der Universität Klagenfurt, praktisch tätig als Traumatherapeut, ist Vorstand des Kärntner Forschungs- und Beratungszentrums für Traumaopfer »Aspis«.

Klaus Ottomeyer

Die Behandlung der Opfer

Über unseren Umgang mit dem
Trauma der Flüchtlinge und Verfolgten

Klett-Cotta

Klett-Cotta

www.klett-cotta.de

© 2011 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung

Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Printausgabe: ISBN 978-3-608-89107-2

E-Book: ISBN 978-3-608-10206-2

PDF-E-Book: ISBN 978-3-608-20031-7

Dieses E-Book entspricht der 1. Auflage 2011 der Printausgabe.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen

Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über

<<http://dnb.d-nb.de>> abrufbar.

Inhalt

Vorwort: Luise Reddemann	7
Wozu dieses Buch?	9
1. Einführung: Traumatherapie unter günstigen Umständen	14
Faribas Geschichte	14
Andreas Geschichte	26
Einige Gedanken und Erläuterungen	30
2. Therapie mit Flüchtlingen – Erschwernisse und Schikanen	39
Die Geschichte von Herrn Kadir	39
Magomed's Geschichte	46
Die Geschichte von Herrn Bisultanov	56
Helfer, die »im Dreieck springen«. Gegenübertragung und zwei Ego States	64
Victim, Survivor und Trickster. Die notwendige Differenzierung der Wahrnehmung	72
3. Abwehr des Traumas und Verfolgung der Opfer	77
Masters of Denial	77
Der psychotische Kosmos	87
Der Neid	91
Das Gewissen	95
Die Neunmalklugen	99
Gesichter, Kinder, Augen	104
Sadismus und Autoritarismus	110
4. Ein Europa der Menschenjagden?	119
5. Begegnung mit Kinderüberlebenden des Nazi-Terrors ...	135
Die Geschichte von Frau Ogris	135

Die Geschichte von Frau Seebacher	152
Knoblauch, Rotkäppchen und ein Sommer	159
6. Die Schatten der Schuld – an den Grenzen der Psychotherapie	166
7. Versöhnung, Vergebung und Behandlung der Opfer	182
Zur Funktion von Vergebung in der Therapie	182
Versuch eines Dialogs mit kirchlichen Tätern. Ein Gespräch mit Pfarrer Jürgen Öllinger	192
8. Gebrochenes Selbst – zerbrechende Welt. Trauma, Identität und Gesellschaft	199
9. Anhang: Was wirkt, was hilft?	223
Danksagung	238
Literatur	240

Vorwort

Das Anteilnehmen an extrem belastenden Erfahrungen hat in den letzten Jahren zugenommen, und das ist erfreulich. Das Bedürfnis, Schlimmes von sich fernzuhalten, um davon nicht »angesteckt« zu werden, ist ja verständlich. Denn vieles spricht inzwischen dafür, dass die meisten Menschen gar nicht anders können, als das Leiden anderer auch mitzufühlen.

In der Beschäftigung mit traumatischen Lebenserfahrungen und deren Folgen scheint es jedoch eine unbewusste Hierarchie im öffentlichen Diskurs zu geben. Zunächst stoßen Naturkatastrophen und deren Folgen auf breites öffentliches Interesse, danach kommen, zumal in letzter Zeit, die Opfer von Gewalt und sexueller Gewalt in der Familie und im familiären Umfeld, siehe im Frühjahr 2010 die Anteilnahme der Öffentlichkeit an den Folgen von Traumatisierungen von Kindern in Schulen, Heimen etc.

Doch wer weiß, auch unter Fachleuten, um das Grauen, das Menschen, die als Asylsuchende oder als hochbetagte Opfer des NS-Terrors zu uns kommen, erlitten haben? Wenn man bedenkt, dass Terrence des Prés wichtiges Buch »Der Überlebende – Anatomie der Todeslager«, das auf Englisch 1976 erschien, auf Deutsch erst im Jahr 2008 herauskam, so kommt man nicht umhin, eine Scheu und Vermeidungstendenzen im Umgang mit kollektiv zugefügtem Leid zu vermuten. Vielleicht weil die Opfer von staatlichem und politischem Terror uns an unsere Geschichte als Tätervolk erinnern?

Umso wichtiger erscheint es mir, dass Klaus Ottomeyer und sein Team bei Aspis in Klagenfurt sich der Opfer staatlicher und politischer Gewalt annehmen, so wie es einige ähnlich ausgerichtete Beratungsstellen in Deutschland ebenfalls tun. Die Zahl dieser engagierten Kolleginnen und Kollegen ist nicht groß im Vergleich mit den vielen, die sich heute um Psychotraumata kümmern. Es könnte allerdings auch ihnen widerfahren, dass ein Mensch, der Opfer von Krieg, Vertreibung und Folter ist, in die Praxis kommt. Und dann werden sie sich vor die Herausforderung gestellt sehen, dass ihr Handwerkszeug zum Umgang mit den speziellen Traumafolgen bei Weitem nicht ausreicht.

Das Buch von Klaus Ottomeyer fordert uns heraus, uns mit der Geschichte Mitteleuropas im 20. Jahrhundert genauer zu befassen und zur Kenntnis zu nehmen, dass nicht weit entfernt von uns Menschen gequält und gefoltert werden.

Klaus Ottomeyer zeigt, wie er und sein Team mit diesen Menschen arbeiten. Es wird deutlich, dass vieles gebraucht wird, vor allem aber mitfühlende Menschlichkeit und ein weit über das übliche professionelle Engagement hinausgehender Einsatz. Die Fallgeschichten in Klaus Ottomeyers Buch werden wohl kaum jemand kalt lassen. Ich habe mich immer wieder bei der Lektüre geschämt, eine Europäerin zu sein und Teil eines Systems, das alles tut, um Menschen mit diesen und ähnlichen Geschichten nicht die notwendige Fürsorge angeeignet zu lassen.

Mit breitem psychoanalytischem Hintergrund und tiefem Verständnis für seine Patientinnen und Patienten gelingt es Klaus Ottomeyer, die Leserin und den Leser auf eine Reise in die innere und äußere Welt der Opfer mitzunehmen. Von ihm ist zu lernen, wie man den Opfern begegnen kann: als Mensch und als professionell handelnde Therapeutin.

Das Buch vermittelt sowohl tiefenhermeneutisches wie sozialpsychologisches Wissen und Verstehen und zeigt, wie man dieses Wissen praktisch und kreativ umsetzen kann.

Ich wünsche diesem Buch viele Leserinnen und Leser. Denn seine Lektüre hilft, schwer traumatisierten Menschen mit weit mehr als Technik zu begegnen.

Luise Reddemann

Wozu dieses Buch?

Der Titel des vorliegenden Buches »Die Behandlung der Opfer« klingt zunächst mehrdeutig oder vielleicht auch anmaßend. Aber seine Mehrdeutigkeit ermöglicht es mir zu erklären, worum es mir geht.

Es geht erstens darum zu zeigen, dass es möglich ist, Menschen, die traumatisiert sind, die großen Schrecken und tiefe Verzweiflung erlebt haben, mit den Mitteln der Psychotherapie zu behandeln; und dass es mittlerweile erprobte Wege und handwerkliche Mittel der Traumatherapie gibt, die zu kennen und in verständlicher Form weiterzugeben, Sinn macht. Obwohl es eine empfohlene Abfolge der therapeutischen Schritte und bestimmte Techniken gibt, darf man die Patienten und Patientinnen nie schematisch behandeln, sondern muss für jeden und jede »die Therapie neu erfinden«. Deshalb erzähle ich vor allem Geschichten von Menschen. Ein therapeutischer Pessimismus in der Behandlung ist ebenso unangebracht wie die Vorstellung, allen Hilfe suchenden Patientinnen und Patienten helfen zu können oder zu müssen – der »furor sanandi«, wie Freud es nannte. Ich werde zumindest eine Geschichte erzählen, in der mein furor sanandi vorkommt und wahrscheinlich nichts Gutes bewirkt hat.

Es geht im Buch zweitens darum zu zeigen, wie die Gesellschaft (und das sind auch wir selbst) die Opfer von Gewalt und ihre Traumata behandelt: nämlich oft genug respektlos, entwertend, schikanierend und manchmal sogar sadistisch – wobei Politiker hier die Funktion von Schleusenwärtern oder Schleusenöffnern haben. Das beeinflusst natürlich die Heilung und Erholung der Trauma-Opfer – bis hin zu der Erfahrung, dass die nachträgliche schlechte Behandlung und Ignoranz gegenüber den Opfern für sie eigentlich die schlimmste Traumatisierung darstellt. Darüber hinaus beeinträchtigt die schlechte Behandlung der Opfer durch die Gesellschaft und die Politik unser aller Lebensqualität. Traumatisierung ist – worauf Luise Reddemann (2008) hingewiesen hat – vor allem ein extremer Angriff auf die menschliche Würde. Wenn wir Ignoranz und Verhöhnung gegenüber einer besonders verletzlichen und in ihrer Würde bedrohten Menschengruppe –

zum Beispiel gegenüber traumatisierten Flüchtlingen – zulassen, wird dies über kurz oder lang auf uns zurückschlagen. An den traumatisierten Asylsuchenden, die nicht mehr und nicht weniger als ein Menschenrecht in Anspruch nehmen, welches in allen demokratischen Gesellschaften verankert ist, wird seit geraumer Zeit die Entwertung und Beschimpfung ganzer Menschengruppen eingeübt, die als verletzlich, ökonomisch »überzählig« oder ganz einfach als faul gelten. Dabei mag die Beschimpfung der Opfer, an denen »ein Exempel statuiert wird«, gegen die Angst helfen, selbst einmal zu den Invaliden und Opfern des gesellschaftlichen Prozesses zu gehören. Es zeichnet sich ab, dass die Finanz- und Wirtschaftskrise, die im Herbst 2008 begonnen hat, die Jagdbereitschaft der (noch) Integrierten weiter verstärkt. Die politischen Profiteure und Demagogen sind schon dabei, das Feuer anzufachen.

Die Traumadiskussion, die wir in den Gesundheitswissenschaften seit etwa 25 Jahren und in den westlichen Medien seit etwa 15 Jahren führen, war manchmal unscharf und mit einer inflationären Verwendung des Traumbegriffs verbunden. Sie hatte aber mit der Anerkennung von seelischem Leid, das durch gesellschaftliche Gewalt (und manchmal auch durch die Gewalt der Natur) hervorgerufen wird, einen wichtigen »civilizing influence«, der immer wieder verloren zu gehen droht. Die Tendenzen zu einem erneuten Vergessen und zur Verachtung der Opfer sind genauso stark. Es wird auch erfolgreich gesplittet: Westeuropäische Opfer des Tsunami oder von anderen »Großschadensereignissen« erhalten (zu Recht) jegliche Hilfe nach dem neuesten Stand der Trauma-Wissenschaft – und zwar ohne Wartezeiten. Gleichzeitig werden traumatisierte Menschen aus Asien oder Afrika, die dem Tode nahe waren, möglichst »ohne Ansehen der Person« gleich wieder zurückgeschickt, wenn sie zum Beispiel aus Somalia oder Darfur kommend auf Lampedusa, diesseits der europäischen Grenze, gelandet sind. Wenn sie es schaffen, sich irgendwie auf der europäischen Rettungsinsel festzukrallen, gelten sie als »Wirtschaftsflüchtlinge« oder Simulanten. Auch Millionen von Flüchtlingen aus dem Irak haben sich die – vor allem um sich selbst besorgten – Europäer erfolgreich vom Leib gehalten.

Es geht also drittens bei der Rede von der »Behandlung der Opfer« um einen wünschenswerten Umgang mit Menschen jeglicher Herkunft, der auf die Erhaltung oder Förderung von Selbstachtung und Würde

gerichtet ist. Man sollte Menschen immer mit Respekt behandeln. Es handelt sich hier weniger um ein trainierbares Programm als um ein Prinzip der Begegnung. Ich wähle absichtlich dieses etwas altertümliche Wort. Jeder, der mit Traumatisierten arbeitet – egal ob professionell oder ehrenamtlich –, weiß, wie sehr sich die Verletzung der Würde des Opfers auch auf der Seite des Helfers/der Helferin niederschlägt. Das kann bis zu einer dauerhaften Niedergeschlagenheit beim Helfer oder in seinem Team führen. Unsere Selbstachtung und unser Selbstbewusstsein als Individuen hängen zusammen. »Das Tun des Einen ist das Tun des Anderen«, heißt es bei Hegel über die Entwicklung unseres Selbstbewusstseins. Natürlich muss man manchmal die Augen schließen, ganz woanders hinschauen und Urlaub machen. Aber dann sollte man wenigstens für einen Moment wissen, dass man wegschaut.

Raoul Hilberg hat sein zusammenfassendes Buch über seine lebenslange Holocaust-Forschung »Opfer – Täter – Zuschauer« (1992) genannt. Diese drei Gruppen bilden immer ein System, dem wir kaum entrinnen können, und zwar auf der unmittelbar-lokalen Ebene, in der wir arbeiten und leben, ebenso wie auf der globalen Ebene, wo wir als Zuschauer via TV an den neuesten Kriegen und Flüchtlingsdramen, vielleicht sogar am nächsten Genozid teilhaben können. Ich habe das zweifelhafte Glück, als Wissenschaftler und Psychotherapeut seit 27 Jahren im österreichischen Bundesland Kärnten zu arbeiten und zu leben, wo es in Bezug auf den Umgang mit den Opfern organisierter Gewalt, mit den Opfern des Nazi-Terrors und mit traumatisierten Flüchtlingen zu einer »Lockerung des moralischen Korsetts« und zu Grobheiten und Entwürdigungen gekommen ist, die für andere westliche Demokratien (noch) unüblich sind. Die politische Kultur im Nachbarland Italien ist seit 2008 allerdings dabei, auf diesem Feld rapide aufzuholen. In Frankreich zeugen Äußerungen und Abschiebungserlasse des amtierenden Präsidenten von der neuen Grobheit gegenüber Menschen, die fremd und hilfsbedürftig sind. Aber möglicherweise waren Kärnten, Österreich, Frankreich und Italien nur Vorreiter in Bezug auf eine neue, »unbefangene« politische Kultur in Europa, die es mit den Menschenrechten für Minderheiten und mit der Genfer Konvention nicht mehr so genau nimmt. Auch wenn die Aufkündigung des Schutzes für traumatisierte Menschen und Angehörige von Minderheiten zunächst nur ein paar Dutzend, ein paar Hundert oder Tausend Menschen trifft, muss man sich doch so bald wie möglich und solange

es noch geht, dagegenstellen. Wie gesagt, nicht nur aus Gründen der Moral, sondern auch zur Erhaltung der Lebensqualität in einem freundlichen, friedlichen Europa.

Luise Reddemann bezieht sich in ihrem Buch über die Würde in der Psychotherapie (2008) auf den Philosophen Richard Rorty (2003). Sie teilt mit ihm die Ansicht, dass eine Kultur der Menschenrechte weniger aus komplizierten moralphilosophischen Diskussionen, Wissensbeständen und Herleitungen entsteht, sondern auf relativ einfache Weise durch das »Hören trauriger und rührseliger Geschichten« (Rorty), welche an die menschliche Einfühlungsfähigkeit appellieren und sie stärken. Diese »Schule der Empfindsamkeit« wirkt der Einteilung der Menschen in verschiedene Sorten und Güteklassen entgegen. Als ich das las, wusste ich plötzlich genau, wozu ich dieses Buch schreibe und warum ich es auf diese Weise schreibe. Man müsste nur das Wort »rührselig« (wahrscheinlich die Folge einer nicht ganz richtigen Übersetzung ins Deutsche) durch das Wort »anrührend« ersetzen, denn »rührselig« wird bei uns mit Kitsch assoziiert. Ich habe versucht, Kitsch zu vermeiden.

Der Rückgriff auf erlebte Geschichten scheint mir auch sinnvoll, weil wir in der Psychotraumatologie (also der Wissenschaft vom extremen seelischen Leid, vom Schrecken, von der Verzweiflung und unseren Möglichkeiten der Linderung und Abhilfe) seit geraumer Zeit wieder einer Tendenz begegnen, die Geschichten der Betroffenen hinter Gesetzmäßigkeiten, Hirnfunktionen, Messwerten und Zahlenkolonnen (die natürlich ihren Sinn haben) verschwinden zu lassen. Die Bewegtheit (»Angerührtheit«) der ForscherInnen und TherapeutInnen angesichts des traumatischen Schreckens, für die es in unserer Fachsprache den Begriff der »Gegenübertragung« gibt, wird im öffentlichen Raum zugunsten einer quasi-medizinischen Objektivität wieder schamhaft verborgen. In der Supervision und Eigentherapie der HelferInnen wird sie freilich umso intensiver behandelt. Ohne Selbstreflexion ist im Umgang mit Trauma (wie auch mit anderen Formen seelischen Leidens) nichts zu lernen. Ich weiß, dass es riskant werden kann und der wissenschaftlichen Karriere nicht zuträglich ist, wenn man zu viel vom Zweifel an sich selbst und vom Nachdenken über sich selbst in der Öffentlichkeit zeigt. Aber als einer der letzten österreichischen Wissenschafts-Beamten, der sich langsam auf die (derzeit noch) vom Staat garantierte Pension zubewegt, riskiere ich vergleichsweise gar nichts.

Ganz grob gesagt ist das Buch so aufgebaut, dass die in die reflektierten Fallgeschichten hineinspielenden gesellschaftlichen Bedingungen ein immer größeres, manchmal »störendes« Gewicht bekommen, sodass ich gegen Ende mehr als Sozialpsychologe und politischer Psychologe denn als Psychotherapeut argumentiere.

Ich habe die Fallgeschichten anonymisiert, damit die PatientInnen nicht erkennbar sind. Die Mehrheit der PatientInnen habe ich noch um ihr Einverständnis zu den aufgeschriebenen Geschichten bitten können. Andere sind verzogen oder verstorben.

Luise Reddemann hat mir noch einen Rat gegeben: Ich solle die LeserInnen darauf hinweisen, dass die Fallgeschichten teilweise belastend sind und dass es gut ist, wenn sie mit Erholungspausen dazwischen gelesen werden. Sie hat sicherlich recht. Mir war das nicht so präsent, weil für mich selbst die Verschriftlichung meiner Erfahrungen mit TraumapatientInnen aus den letzten 20 Jahren eher eine emotionale Entlastung bedeutet hat und ich beim Schreiben einen Teil der Belastung loswerde.

1. Einführung: Traumatherapie unter günstigen Umständen

Am Beginn sollen zwei Geschichten stehen, welche einführend zeigen, was ein Trauma ist und wie man traumatisierte Menschen nach dem (mir zur Verfügung stehenden) Stand des Fachwissens psychotherapeutisch behandeln kann. Anders als in den meisten der später dargestellten Fallgeschichten waren hier die äußeren Umstände für die Psychotherapie eher günstig. Es gab kaum eine Einmischung und Behinderung von außen: durch Behörden und durch die fremdenfeindliche Politik im Land. Die Belastungen und der Ärger, die man als Therapeut oft empfindet, wenn Gewaltopfer von ihrer Umgebung weiterhin ungerecht behandelt werden, und die in nachfolgenden Kapiteln des Buches eine Rolle spielen, hielten sich in Grenzen. Auch die eigene lebensgeschichtliche Verstrickung des Therapeuten, die manchmal die Therapie erschweren kann, war nicht blockierend. Und es handelt sich um Traumatisierungen, die für die Patientinnen mit einer einmaligen seelischen Verletzung verbunden und/oder an zeitlich begrenzte rekonstruierbare Situationen gebunden waren. Ein Trauma dieser Art heißt in der Fachsprache »Typ-I-Trauma«. (Terr 1995) Von Typ-II-Traumata, die – wie zum Beispiel Gefängnis- und Lageraufenthalte – auf lang anhaltenden und wiederholten Traumatisierungen beruhen, wird in nachfolgenden Geschichten die Rede sein. Deswegen kann man in den ersten beiden Darstellungen von »Traumatherapie unter günstigen Umständen« sprechen. Die erste Geschichte handelt von einer afghanischen Frau, die zweite von einer aus Süddeutschland.

Faribas Geschichte

Fariba kam in unsere Traumaberatungsstelle, weil andere afghanische Frauen uns empfohlen hatten. Sie war verheiratet, etwa Anfang vierzig und wohnte mit ihrem Mann und drei Kindern in einer Flüchtlingspension. Als Übersetzerin unterstützte mich wie schon oft Shanaz, die

aus dem Iran stammt und weiß, was ein Flüchtlingsschicksal ist. Da Fariba Tadschikin war und die afghanische Sprache Dari sprach, gab es kaum Probleme. Das persische Farsi und das Dari sind sich sehr ähnlich. Die Afghaninnen mögen Shanaz sehr. Obwohl das eigentlich den strengen Lehrbuchregeln für die Rolle der Übersetzerin in der Psychotherapie widerspricht, kommt Shanaz mit ihrer herzlichen Art manchmal in die Rolle einer Co-Therapeutin. Ich kann mit ihr gut arbeiten.

Faribas Mann und die drei Kinder glaubten, Fariba sei in der letzten Zeit verrückt geworden. Im unmittelbaren Kontakt sehr offen und freundlich, erzählte sie mir von ihren merkwürdigen Erlebnissen und Verhaltensweisen. Auf dem Balkon des Zimmers, in dem sie zu fünf wohnten, sah sie des Öfteren Gesichter und Männer, die von draußen hereinwollten. Manchmal war die sich bewegende Wäsche der äußere Auslöser, manchmal gar nichts. Sie fürchtete, dass durch die Tür zum Flur Männer kommen könnten, und musste die Tür immer wieder versperren – was für die Kinder, die sich hinaus, und wieder hereinbewegen wollten, ein Problem war. Manchmal glaubte sie auch, dass gefährliche Verbrecher aus dem TV-Gerät kommen könnten, um ihrer Familie etwas anzutun. Am meisten verwirrt waren ihr Mann und ihre Kinder darüber, dass Fariba nicht nur schlecht einschlafen konnte, sondern des Nachts aufstand und im Zimmer schlafwandelte. Die zuerst genannten Merkwürdigkeiten konnten gut Traumasymptome sein; vom Schlafwandeln als Traumasymptom hatte ich allerdings noch nie gehört. Fariba berichtete noch von einem Konflikt, den sie kürzlich im Zusammenhang mit der geplanten Schul-Ski-Woche ihres Sohnes hatte. Obwohl die Lehrerin und andere Eltern sich bemüht hatten, dem Flüchtlingskind den Aufenthalt finanziell zu ermöglichen, und obwohl der Junge sich freute, wollte Fariba ihn nicht fahren lassen. Sie hatte furchtbare Angst, dass er in der Fremde verunglücken könnte.

Da ich von anderen Patientinnen wusste, dass eine der Schlepperrouen, auf der die Flüchtlinge aus Afghanistan hinaus und dann quer durch Asien und die ehemaligen Sowjetrepubliken nach Europa gebracht wurden, durch sehr hohe und gefährliche Gebirge führte, fragte ich Fariba vorsichtig, ob sie auf der Flucht Berge, Schnee und Eis als etwas sehr Gefährliches erlebt habe. Sie bejahte die Frage und fügte noch hinzu, dass sie den kleinen Jungen damals abwechselnd mit ihrem Mann getragen habe und dass viele Flüchtlinge auf dem Weg abgestürzt oder erfroren seien. Ich brauchte nicht mehr viel zu interpretieren. Fa-

riba verstand fast von selbst, dass sich die schrecklichen Erinnerungen von damals in ihre Psyche und ihren Körper als (gewissermaßen »zeitlose«) Erfahrungen und Erwartungen eingepägt oder eingebrannt hatten und dass die alte Angst in neuen Situationen, welche an die traumatische Situation auch nur vage erinnern, wieder aktiviert wird. Die Berge Kärntens sehen nicht so viel anders aus als die Berge in der Grenzregion zwischen Afghanistan und Usbekistan. Unser Traumagedächtnis hängt mit einem archaischen Automatismus der Amygdala, der »Mandelkernregion« im Gehirn, zusammen, der von den »höheren« und bewussten Gedächtnisfunktionen zunächst abgekoppelt ist (Hinckeldey und Fischer 2002). Man hat die Amygdala mit einem Rauchmelder verglichen. An dieser Stelle unseres Gesprächs konnte ich sinngemäß den Lieblingssatz aller TraumatherapeutInnen einbringen: »Sie sind nicht verrückt oder abnormal, sondern ihre Symptome sind normale Reaktionen auf eine abnormale Situation.« Obwohl schon häufig benutzt, wirkt dieser Satz immer wieder entlastend. So war es auch im Falle von Fariba. Sie konnte den Sohn auf die Ski-Woche mitfahren lassen, er hatte Spaß daran und kam zum Glück ohne Verletzung zurück. Im Kontext der lebensgefährlichen Flucht über die Berge war ein »traumakompensatorisches Schema« (Fischer und Riedesser 2009, S.395) entstanden, aus dem Fariba in Richtung auf ein Mehr an eigener Beweglichkeit heraustreten konnte, nachdem sie es verstanden hatte. Die Wiedergewinnung von Beweglichkeit ist ein Hauptziel jeder Traumatherapie. Hier wird schon eine elementare Operation sichtbar, die TraumatherapeutInnen eigentlich ständig und manchmal fast wie nebenbei vollziehen: Das »szenische Verstehen« und Komplettieren von alltäglichen Geschichten und Begegnungen, welche die Opfer irritieren und ängstigen, weil ihnen der Zusammenhang zur ursprünglichen traumatischen Situation nicht klar ist. Der wichtigste Autor zur Methode des »szenischen Verstehens« in der Psychoanalyse und in den Kulturwissenschaften ist Alfred Lorenzer (1970, 1974). Die wenigsten wissen, dass er seine Theorie zuerst in der Arbeit mit Traumapatienten entwickelt hat (vgl. Lorenzer 1965).

Das Herausfinden und Bearbeiten des hauptsächlichen Traumas war etwas komplizierter, aber auch nicht sehr schwer. Ich ließ mir von Fariba einen kleinen Überblick über ihre Lebensgeschichte, die guten und die schlechten Ereignisse geben. Wer in den letzten Jahrzehnten in Afghanistan gelebt hat oder dort aufgewachsen ist, hat hauptsächlich

Krieg und Zerstörung erlebt. Es gibt kaum eine Familie, in der nicht Angehörige von Bomben zerfetzt, entführt oder ermordet wurden. Fariba hatte zumindest etwas Glück gehabt: Sie hatte fürsorgliche Eltern, sie durfte sich ihren Mann selbst aussuchen (der allerdings inzwischen aus ihrer Sicht etwas zu autoritär war), und sie hatte noch das Schulsystem in der Zeit der prosowjetischen Regierung durchlaufen, bei dem es eine fast völlige Gleichberechtigung der Mädchen und Frauen gegeben hatte. Sie konnte arabisch (persisch), etwas lateinisch und sogar kyrillisch schreiben. Auch viele Gegner des Kommunismus sprechen sehr respektvoll vom längst versunkenen afghanischen Bildungssystem in der Zeit vor der Vertreibung der Russen durch die Mudjahedin. Vor allem hatte Fariba in der Schule ihre Liebe zum Malen entdeckt, welche sie später, vor allem nach der Machtübernahme der Taliban im Herbst 1996, verstecken musste, weil Malen und die Malerei etwas Lebensgefährliches darstellte, vor allem für eine Frau. Khaled Hosseini berichtet in seinem realistischen Afghanistan-Roman »Tausend strahlende Sonnen« (2007) von einem Maler, der vor allem Flamingos gemalt hatte. Die Taliban fanden die nackten Beine der Vögel anstößig, schlugen dem Maler öffentlich die Füße blutig und stellten ihn vor die Wahl, entweder die Bilder zu zerstören oder die Flamingos in züchtiger Form darzustellen, woraufhin der Maler allen Flamingos Hosen malte – allerdings, was die Taliban nicht wussten, mit Wasserfarben, damit die Hosen für die Zeit nach den Taliban wieder abwaschbar waren. Auch Fariba hatte ihre Freude an selbst gemalten Bildern irgendwie durch die Ära der Verfolgung gerettet, hatte allerdings seit vielen Jahren nicht mehr mit Zeichenpapier und Pinsel hantiert.

Die Familie von Fariba war in verschiedene schwierige Situationen geraten. Das Schlimmste war aber folgende Geschichte gewesen: In der Zeit kurz vor der Machtübernahme durch die Taliban war es in Kabul sehr unsicher, weil verschiedene Milizen um die einzelnen Stadtteile kämpften. Eine paramilitärische Gruppe, sogenannte Pachmanen (Leute aus der Bergregion von Pachman), führte sich als eine Art Schutztruppe für das Stadtviertel auf, in dem Fariba mit ihrer Familie wohnte. In Wirklichkeit waren sie aber auch darauf aus, die Bewohner des Viertels auszuplündern. An einem Abend donnerte es an die Tür des Familienhauses, und als nicht gleich geöffnet wurde, brach eine Bande von Pachmanen die Tür auf und trieb die Familie gewaltsam in das Obergeschoss. Zur Familie gehörten, neben Fariba und ihrem

Mann, ihre zwei kleinen Kinder und eine junge Schwägerin, eine Schwester des Mannes. Die Situation muss grauenvoll gewesen sein. Die Pachmanen wollten Geld. Als sie keines bekamen – weil keines im Haus war –, begannen sie Faribas Mann die Beine zu brechen. Fariba selbst musste vor allem die Kinder schützen. Als sich die Männer der Schwägerin näherten, sprang diese aus dem Fenster und wurde dabei so schwer verletzt, dass sie starb. Die Pachmanen zogen wieder ab. Ihnen passierte nichts. Sie arrangierten sich später mit den Taliban und wurden ein Teil von ihnen. Der Anführer der Bande wurde einige Jahre später umgebracht, und die Situation wurde für Faribas Familie noch einmal gefährlich, weil die Taliban annahmen, dass Faribas Mann etwas damit zu tun habe. Die Flucht wurde unumgänglich.

Nach dieser ersten Erzählung des hauptsächlichen traumatischen Ereignisses war es nicht mehr sehr schwer, den Sinn der meisten Symptome zu verstehen, unter denen Fariba litt. Die Bilder von den Männern, die sie über den Balkon, durch die Tür oder gar aus dem Fernsehgerät kommen sah, waren in der Sprache der Traumadiagnostik »intrusive Symptome«, eindringende, unerwünschte Bilder der Erinnerung an die traumatische Situation, welche in unserem Falle die Patientin als verbrecherische »Eindringlinge« tagsüber und wohl auch nachts im Zusammenhang mit dem Schlafwandeln verfolgten. Zugleich waren sie Symptome der »Hypervigilanz«, der Überwachsamkeit, die für Traumatisierte typisch sind. Die Sache von damals war überhaupt nicht erledigt, quälte Fariba immer noch – so als ob eine (weitgehend unbewusste) Instanz in ihr sagen würde: »Solche Dinge können in unserer Welt jederzeit passieren, Fariba, hüte deine Kinder, sperre alle Türen ab, sei immer wachsam, schreckliche Verbrecherfilme, die man sonst nur aus dem Fernsehen kennt, können jederzeit in die Wirklichkeit kommen!« Irgendwie hatte diese Instanz ja sogar recht. Ein gelassenes Leben ohne Wachsamkeit und Angst, vielleicht auch eine Freude über das neue Leben in Österreich, war für Fariba fast nicht mehr möglich. Ähnlich wie bei der Angst vor Bergen und Schnee und um ihren Sohn war es nicht schwer, Fariba diese Zusammenhänge zu erklären. Sie war nicht verrückt.

Nachdem wir eine erste Klarheit über Faribas quälende Symptome und ihren Hintergrund hatten, schrieb ich einen psychotherapeutischen »Befundbericht« mit einer entsprechenden Traumadiagnose samt einer Darstellung der traumatisierenden Ereignisse für den so-

genannten Unabhängigen Asylsenat. Bei diesem lag damals der Asylantrag von Fariba und ihrem Mann, nachdem er in der ersten Instanz beim Bundesasylamt abgewiesen worden war. Ich verfasse solche Befundberichte grundsätzlich so, dass ein Fachkollege es versteht, dass die Juristen oder Beamten bei den Asylbehörden es verstehen und dass die PatientInnen es in übersetzter Form verstehen. Ich übergebe den Bericht formell der Patientin, die ihn dann weiterleiten kann. (Im Juristendeutsch: Die Patientin bleibt die »Geheimnisherrin«; die Schweigepflicht des Therapeuten bleibt gewahrt.) Mit ihren Symptomen erfüllte Fariba alle Kriterien für die klassische Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung: A. Vorliegen eines lebensbedrohlichen Ereignisses, B. Symptome der Intrusion (Überflutung), C. Symptome des Vermeidens, D. Symptome der Übererregung (vgl. Saß u. a. 2003, S. 530 f.). An der Glaubhaftigkeit von Faribas Erzählung (für die Asylbehörden eine wichtige Frage) hatte ich nicht die geringsten Zweifel. Das österreichische Asylgesetz enthält immerhin einen Paragraphen, der traumatisierten Flüchtlingen einen besonderen Schutz zusichert – wenngleich diese Bestimmung in anderen Bestimmungen und in der Behördenpraxis wieder unterlaufen wird. In Faribas Fall hatten wir das Glück, dass die Behörde nicht auf die Idee kam, sozusagen als Gegenstück zu meinem Bericht aus der Psychotherapie, eines jener hanebüchenen und unwissenschaftlichen psychiatrischen Gutachten zur Frage der Traumatisierung anzufordern, die damals in Österreich verbreitet waren und die es teilweise auch heute noch gibt (vgl. Ottomeyer 2006).

Traumatherapie hat üblicherweise drei Phasen (die sich überlappen können): Die Phase der Stabilisierung, in der man neben dem Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung Kraftquellen, sogenannte »Ressourcen«, der Patientin sucht und verstärkt, dann eine Phase, in der das Trauma in einer für die Patientin erträglichen Weise rekonstruiert und in die Lebenserzählung besser eingefügt (»bearbeitet«) wird, und schließlich die Phase der Wiedereingliederung, der Integration der Patientin in ein »normales« Alltags- und Sozialleben, in welchem das Trauma und die Folgesymptome nicht mehr das beherrschende Thema sind. Das Element einer beruhigenden Aufklärung über den Sinn der Traumasymptome (»Normale Reaktionen ...«) gehört an den Beginn der Stabilisierungsphase. Fariba hatte, wie schon deutlich geworden ist, einige Kraftquellen. Das war ihre gute Bildung, das war ihr Humor, das waren ihre festen Freundschaften mit einigen afghanischen Frauen –

gemeinsam hatten sie es geschafft, durch einen wohlformulierten Protestbrief dafür zu sorgen, dass es in der Flüchtlingspension nicht nur eine halbe Stunde am Tag warmes Wasser gab. Eine weitere Kraftquelle war die in der Therapie wiederentdeckte Freude am Malen.

In der Stabilisierungsphase machen wir meistens einige bekannte Imaginationsübungen, die hauptsächlich von Luise Reddemann stammen. Sie sollten, wenn möglich, mit einer leichten (immer noch kontrollierten) körperlichen Entspannung der Patientin verbunden sein. Eine Übung ist die vom »Inneren Helfer«, das Üben einer Imagination von einer hilfreichen Figur aus Märchen, Literatur, aus momentaner fantasievoller Eingabe, aus dem Film oder aus dem spirituellen Bereich. Eine zweite ist die Übung vom »Sicheren Ort« oder »Wohlfühl-Ort«. Die Patientin wird eingeladen, sich einen Ort vorzustellen, an dem sie sich ganz sicher fühlt. Sie darf so lange die Elemente dieses Ortes in der Vorstellung herumrücken, gestalten, austauschen, bis sie sich wirklich wohl und sicher fühlt (vgl. Reddemann 2001). Das funktioniert (mit Varianten) auch quer durch die Kulturen. Die Anhänger von C. G. Jung würden hier von einem »Archetyp« sprechen.

Man darf die mit Entspannung verbundenen Imaginationsübungen mit TraumapatientInnen nicht zu früh machen. Sie können Angst auslösen, wenn die angespannte Aufmerksamkeit nach außen – als subjektiv sinnvolles Traumasymptom – noch gebraucht wird. Es sollten auch die Augen immer offen bleiben, weil sonst intrusive Bilder, »flash backs«, vom Trauma einschließen können. Ein mehrmaliges tieferes Ausatmen (Fischer 2003) kann hilfreich sein. Manchmal müssen wir auf die beliebten Übungen auch ganz verzichten.

Fariba gefiel die Übung vom »Sicheren Ort« besonders gut. Da es in meinem Büro immer Malsachen und Zeichenblöcke gibt, lud ich sie ein, den vorgestellten Ort aufzumalen. Sie freute sich, weil sie lange nicht mehr gemalt hatte und das Bild recht gut gelang. Das erste Bild vom »Sicheren Ort« zeigte ein Haus mit einem Garten, in dem drei Kinder mit einem Ball spielten und eine Frau gerade aus der Haustür gekommen ist. Es gibt große Bäume und Vögel, die in den Himmel fliegen. Es ist wichtig, erklärt sie Shanaz und mir, dass man sich Geräusche dazu vorstellt. Vor allem das Rufen der Kinder, die »Modarjan« oder »Mamijan« rufen, die Zärtlichkeitsform für »Mutter« oder »Mami«. Sie rufen das aber nicht, weil sie Hilfe brauchen oder etwas wollen, sondern einfach aus Freude über die Situation. Fast alle Menschen aus isla-

mischen Ländern, mit denen ich bisher gearbeitet habe, können kaum anders, als sich ihren »Sicheren Ort« im Kontakt mit Menschen vorzustellen, die ihnen lieb und wichtig sind. Die Akustik ist oft von Bedeutung. Macht man die Übung mit orientalischen Menschen, so kann man kaum dem Rat von Luise Reddemann folgen, möglichst keine realen Menschen oder Bekannten in den vorgestellten »Sicheren Ort« her-einzuholen, weil diese oft wieder als anstrengend oder enttäuschend erlebt werden könnten.

Bei einer iranischen Patientin, die – wegen der politischen Betätigung ihrer Eltern – als Jugendliche mehrere Jahre im Gefängnis gesessen hatte und nun in einer schmutzigen, isolierten Flüchtlingspension auf das Ende des Asylverfahrens wartete, sah der »Sichere Ort« zum Beispiel so aus: Sie befindet sich mit Ehemann und Kind in einer hellen Wohnung mit geöffneten Fenstern mitten in einem belebten und geräuschvollen Stadtviertel, das zwar europäisch ist, aber doch gewisse Ähnlichkeiten mit einem beliebten Viertel in Teheran hat.

Bei Fariba war klar: Sie brauchte einen »Sicheren Ort«, vor allem auch für ihre Kinder. Ich gab ihr nach unserem ersten Versuch die Mal-sachen mit nach Hause. In den nächsten Wochen wunderten sich die Kinder erneut über ihre Mutter. Vorher hatten nur sie in der Schule und manchmal zu Hause Bilder gemalt. Jetzt malte die Mutter, und das kleine Familienzimmer war bald voll von ihren Produkten. Einige davon brachte sie mir wieder mit in die Therapie, wo ich sie bewunderte, mich aber jeder tiefenpsychologischen Deutung enthielt. Die Bilder ließ ich farbkopieren und durfte sie für mich behalten. Auf einem sieht man eine Frau, die ein Kind in einer Wiege hütet (wobei das Kind selbst hinter der Wand der Wiege nicht sichtbar ist). Um die zentrale Szene herum gibt es noch einen wolkigen Rahmen, der Abgeschlossenheit und Sicherheit für die beiden vermittelt. Es ist das, was Fariba an jenem furchtbaren Abend für sich und die Kinder, zu denen auch die ihr an-vertraute junge Schwägerin zählte, am meisten gefehlt hatte. Nach ein paar Wochen änderten sich die Motive der Bilder. Beeindruckend war besonders ein Bild, auf dem links ein schwarzes Haus und rechts ein schwarzer, teilweise verdorrter oder verbrannter Baum zu sehen sind. Beide stehen aber auf einer Wiese, die ein schönes Grün hat, und vom Betrachter aus führt ein Weg über die Wiese auf eine aufgehende Sonne zu. Wir hatten zuvor über das Traurige und Zurückgelassene gesprochen. Das neue Bild machte auf mich den Eindruck, dass das Traurige

nun eingebettet und besser abgegrenzt in einer Welt der Hoffnung und des Lichts war. Vielleicht war es nun Zeit, die traumatische Geschichte tiefergehend zu bearbeiten. Die Sonne ist in Afghanistan wie bei uns ein Symbol der Hoffnung und Wärme. Im Nachhinein könnte man sagen: Es zeigte sich so etwas wie eine erste »Gestaltbildung« um das Trauma herum.

»Die traumatische Situation hat eine ›Gestalt‹, einen Umriss und eine Grenze gewonnen. Während der Patient zunächst in der Situation steckt, hat er nun eine gewisse Distanz dazu gewonnen und steht ihr gleichsam gegenüber.« (Reddemann und Fischer 2010, S. 268)

Für die sogenannte »Traumaexposition« oder »Traumakonfrontation«, die gemeinsame und dosierte Rekonstruktion der Traumageschichte mit dem Ziel einer besseren Integration und Kontrolle der belastenden Gefühle und Erinnerungsbilder, wählte ich die »Bildschirmtechnik«. Es gibt noch andere Expositionstechniken: vom dosierten »co-narrativen« Erzählen der Ereignisse über das Zeichnen von Bilderfolgen und die anspruchsvolle »Beobachtertechnik« (Reddemann 2004, S. 158 ff.) bis hin zum berühmten »EMDR«, der Technik der gelenkten Augenbewegungen, auf die ich in einem späteren Kapitel eingehe. Wer die Bildschirmtechnik erfunden hat, ist nicht ganz klar, sie scheint in ihren verschiedenen Varianten aber recht wirksam zu sein (vgl. Gurris und Wenk-Ansohn 1997; Sachsse 2004; Reddemann 2004, S. 176 ff.). Auch Gottfried Fischer verwendet sie unter dem Namen »Videübung« (kombiniert mit Rollenspiel) als Technik des »emotionalen Durcharbeitens« (Reddemann und Fischer 2010, S. 269). Man sitzt mit der Patientin vor einem vorgestellten Bildschirm, der an einer Wand des Arbeitsraumes sein kann, um sich den belastenden »Trauma-Film« – welcher die Patientin im Alltag immer wieder in einer fragmentierten, unkontrollierten Form überfällt – diesmal gemeinsam in einer kontrollierten und gegebenenfalls auch poetisch umgestalteten Form anzuschauen. Dazu haben wir eine »magische Fernbedienung«, mit der man den Film anhalten, vor- und zurückspulen, verlangsamen, farblich verändern usw. und auch nach einem neuen Skript ablaufen lassen kann. Man kann sich die magische Fernbedienung in der Hand der Patientin gemeinsam vorstellen oder auch durch einen Gegenstand symbolisieren. Man sollte die Filmerzählung mit einer noch sicheren Situation, vor dem Einbruch des Bedrohlichen, beginnen, und die Protagonistin, die

Hauptdarstellerin sollte von sich zunächst in der dritten Person reden. Wenn es aufregend wird, kippen die meisten Patientinnen in die erste Person; es kann dann beruhigend oder distanzierend sein, auf Anregung des Therapeuten wieder in die dritte Person zurückzuwechseln. Man kann auch Pausen machen, in denen ein Schluck Tee oder Wasser getrunken wird. Und man sollte vorher einen »Sicheren Ort« in der Vorstellung gut installiert haben, zu dem man gemeinsam zurückgehen kann, wenn die Bilder der Traumageschichte zu belastend werden. Im Falle von Fariba schlug ich vor, zwei ihrer wunderbar gemalten »Sicheren Orte« als reale Bilder rechts und links neben den vorgestellten Bildschirm zu hängen. Damit war das Schreckliche gewissermaßen wie in einem »Triptychon« eingefasst. (Zum Triptychon in der Gestaltungstherapie vgl. Reddemann 2001, S. 125 ff.) Links neben Fariba saß ich, rechts daneben Shanaz, die übersetzte.

Wir ließen den Film mit dem Nachmittag jenes schlimmen Tages in einem Vorort von Kabul beginnen. Erst war alles friedlich. Die Kinder spielten, Fariba war mit ihrer Schwägerin in der Küche. Dann die schrecklichen Ereignisse, die wir Schritt für Schritt unter Einbeziehung von scheinbar auch unwichtigen Details, nach denen ich fragte, rekonstruierten. Das Fragen nach Details dient u.a. dem Abbremsen einer unkontrollierten Überflutung mit schrecklichen Bildern und Gefühlen, welche mit der spontanen Traumaerzählung oder Traumaerinnerung zumeist verbunden ist. Die Gefühle des Schreckens, der Hilflosigkeit und Angst sind aber spürbar. Fariba zittert manchmal, bekommt schreckgeweitete Augen. Zwischendrin wünscht sie sich (entsprechend unserer früheren Absprache) Pausen, in denen der Film ausgeschaltet ist und in denen wir mit unserer Aufmerksamkeit zwischen den beiden Bildern vom »Sicheren Ort« hin- und herpendeln. Dann schafft sie es, wieder in den Film hineinzugehen und ihn zu Ende zu erzählen bis zu der Stelle, wo die Räuber wieder abgezogen sind und sich Fariba um die Verletzungen ihres Mannes und die tote Schwägerin kümmern konnte. Das war natürlich entsetzlich, aber Fariba hat irgendwie gehandelt. Die Schwägerin konnte allen Schwierigkeiten zum Trotz am nächsten Tag ordnungsgemäß beerdigt werden. Ich frage Fariba dann, ob sie nun den Film bis zu einer Stelle zurückspulen möchte, von welcher aus wir dann das Skript gemeinsam neu schreiben könnten. Dieses Umschreiben in Richtung auf eine für die Patientin passende »Wunschszene« kommt aus dem Psychodrama. Fariba sagt Ja und scheint auch gleich eine Idee

zu haben, wie das neue Skript aussehen könnte. Wir gehen zurück bis zu der Stelle, wo die Räuber damit beginnen, gewaltsam die Tür aufzubrechen. Fariba hat nun ein funktionierendes Telefon und ruft eine Polizeiwache im Stadtviertel an. Bewaffnete Polizisten erscheinen innerhalb kurzer Zeit am Tatort und nehmen die Mitglieder der Pachmanenbande fest. Fariba kann sich sehr genau deren Gesichter vorstellen, in denen sich Schrecken, Angst und Hilflosigkeit abbilden. Diese Vorstellung tut ihr gut, sie muss sogar etwas lachen. Wir beenden hier die Bildschirmübung, spulen die Videokassette mit beiden Varianten zurück und gehen zur sogenannten »Tresorübung« über.

Fariba wird eingeladen, sich vorzustellen, wie sie die Videokassette in einen Tresorraum bringt, wo auch andere Filme aus ihrem Leben gelagert sind, sie an einer bestimmten Stelle ablegt und wieder hinausgeht. »Sie hören, wie sich die Tür schließt, wie Sie den Schlüssel umdrehen ... Sie legen den Schlüssel an einen bestimmten Ort, den nur Sie kennen. Normalerweise bleibt die Kassette im Tresor. Nur dann, wenn Sie wollen, und nur dann holen Sie sich den Schlüssel und schauen sich die Kassette oder Teile daraus, die Sie interessieren, an ...« Diese Übung soll gegen das Überfallartige helfen, welches dem Traumfilm anhaftet. Nach dieser abschließenden imaginativen Übung war Fariba erschöpft, aber, wie sie sagte, erleichtert. Ich machte sie darauf aufmerksam, dass einzelne Bilder aus dem Film in den nächsten Tagen vielleicht doch wiederkommen könnten. Wir würden dann die Bildschirmübung und die Tresorübung so lange wiederholen, bis das Belastungsgefühl für sie deutlich schwächer wird. Ganz am Ende der Stunde gab es einen harmlosen Small Talk über das Befinden von Faribas Kindern. In der Tat ist die Wiederholung der Bildschirmübung (oder auch einer anderen Form der Traumaexposition) in vielen Traumatherapien erforderlich.

Man kann vor und nach jeder Bildschirmarbeit zusammen mit der Patientin die Schwere der empfundenen Belastung in Bezug zur Traumageschichte auf einer Skala von zehn bis null messen. Der Verhaltenstherapeut Wolpe hat einst die »SUD-Skala« eingeführt. (SUD steht für Subjective Units of Disturbance. 10 steht für die höchstmögliche Belastung, 0 wäre gar keine Belastung.) In meinem Uni-Arbeitszimmer nehme ich oft meine zehnbändige Sigmund-Freud-Studienausgabe oder zehn aufgestapelte Hefte der »Zeitschrift für Psychotraumatologie« als Skala und frage die PatientInnen, wie viele Bände ich nun wegnehmen soll, damit sich die momentan gespürte Belastung bzw. Erleichterung