

Traumatherapie mit Kinder-Überlebenden des Nazi-Terrors

Klaus Ottomeyer · Gerald Lackner

Zusammenfassung: Im Beitrag wird über die Psychotherapie mit älteren Leuten berichtet, die als Kinder und Jugendliche Opfer des Naziterrors in Kärnten geworden sind. Obwohl ihr Leid über Jahrzehnte hinweg verleugnet und verdrängt wurde, erweist sich die traumatherapeutische Arbeit mit Mitteln des Psychodrama und der Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie als sinnvoll.

Schlüsselwörter: Kinder-Überlebende · Psychodrama und Trauma · Trauma-Therapie mit älteren Menschen · Kärnten

Trauma Therapy with Child-Survivors of Nazi Terror

Abstract: The following contribution is a report about Psychotherapy with elderly people living in Carinthia who became victims of the Nazi-Terror during their childhood or youth. Their suffering was neglected and suppressed during the last decades. But trauma therapy with the means of psychodrama and psychodynamic, imaginative therapy still makes sense and seems to be useful.

Keywords: Child-survivors · Psychodrama and trauma · Trauma therapie with elderly people · Carinthia

© VS-Verlag 2009

Univ. Prof. K. Ottomeyer (✉)
Institut für Psychologie, Universitätsstraße 65–67, 9020 Klagenfurt, Austria
E-Mail: klaus.ottomeyer@uni-klu.ac.at

G. Lackner MMag.
Hoffmannngasse 10/3, 9020 Klagenfurt, Austria
E-Mail: glackner@edu.uni-klu.ac.at

Historischer und politischer Kontext der therapeutischen Arbeit

Seit über drei Jahren arbeiten wir in einem psychotherapeutischen Versorgungsprojekt für ältere Menschen, die im österreichischen Bundesland Kärnten leben und als Kinder oder Jugendliche Opfer des Nazi-Terrors geworden sind. Die meisten dieser „Kinder-Überlebenden“ gehören der slowenischen Volksgruppe in Kärnten an (deren Vorfahren vor über tausend Jahren in die Region gekommen sind). In Kärnten und in den von den Nazis ab 1941 okkupierten slowenischen Gebieten jenseits der Grenze hat es massive Verfolgungen und Deportationen slowenischer Familien gegeben, welche Teil eines ethnischen Säuberungs- und Germanisierungsprogramms waren. Es gab aber auch einen Partisanenwiderstand, der stark von slowenischen WiderstandskämpferInnen getragen wurde, an dem aber auch Deutschsprachige beteiligt waren. Obwohl der Partisanenwiderstand in Kärnten in den Nachkriegsverhandlungen zwischen und mit den Alliierten ein wichtiges Argument dafür war, Österreich eine Behandlung als Täternation und eine mögliche Teilung wie in Deutschland zu ersparen, ist die Verfolgung der slowenischen Volksgruppe in Kärnten bis zum heutigen Tag bagatellisiert und der Widerstand als Verbrechen und Heimatverrat hingestellt worden. So weigerte sich der spätere Finanzminister Karl-Heinz Grassler, als er für seinen damaligen Chef, Jörg Haider, Landeshauptmann-Stellvertreter in Kärnten war, die von der Bundesregierung an Widerstandskämpfer verliehenen Verdienstorden zu übergeben. Später kämpfte der Landeshauptmann Haider mit Parolen wie „Kärnten wird einsprachig!“ und „Für die endgültige Lösung der Ortstafelfrage“ gegen die verfassungsmäßigen Rechte der slowenischen Minderheit im Land. Die Ähnlichkeit der Parolen mit dem Nazi-Jargon ist offensichtlich beabsichtigt. Die Nazis hatten Schilder mit dem Befehl „Der Kärntner spricht deutsch!“ aufgehängt und was von „endgültigen Lösungen“ im Umgang mit Minderheiten zu halten ist, wissen wir auch seit jener Zeit ziemlich genau. Wir berichten das deswegen hier ausführlicher, weil die rechtspopulistischen und rassistischen Kampagnen, die das Land Kärnten seit Jahren regelmäßig überfluten, für unsere PatientInnen, die als Kinder und Jugendliche durch den Nazi-Terror traumatisiert wurden, eine Retraumatisierung darstellen. Es handelt sich um das Weiterwirken einer „sequentiellen Traumatisierung“ (um die Wirkung einer anhaltend traumatogenen Umwelt nach der Phase der unmittelbaren Traumatisierung durch die physische Verfolgung) im Sinne von *Hans Keilson* (1979), gegen die wir ständig anarbeiten müssen.

Wir arbeiten seit zehn Jahren in einer größeren Nicht-Regierungs-Organisation und Traumatherapie-Einrichtung mit dem Namen „Aspis. Forschungs- und Beratungszentrum für Opfer von Gewalt“, die vor allem Traumatherapie für Folteropfer und Flüchtlinge aus Kriegsgebieten anbietet. Zu den etwa 100 FlüchtlingspatientInnen (die derzeit in Kärnten durch Haiders Politik und willkürliche Abschiebungen bei Nacht und Nebel unter schwerstem Druck stehen) sind in den letzten Jahren noch über dreißig betagte Opfer des Nazi-Terrors gekommen, für die ein Subteam von Aspis Traumatherapie anbietet. Hier arbeiten wir eng zusammen mit der Einrichtung „Esra“ von der Wiener Jüdischen Gemeinde, die uns im Bereich der Traumaaarbeit mit Holocaust-Überlebenden und Nazi-Opfern bereits viele Jahre voraus war. Esra half uns auch bei der Finanzierung. Es ist eine erfreuliche Besonderheit, dass die Therapien die PatientInnen keinen Cent kosten. Zusammengewirkt haben hier als Geldgeber der Österreichische Nationalfond für die Opfer des Nationalsozialismus und die Gebietskrankenkassen von Kärnten und Wien.

Für Kärnten ist das Ganze ein Novum. Etwa zeitgleich mit dem Therapieangebot startete eine Initiative, bei der vermittelt über psychiatrische Fachgutachten, Ansprüche auf eine späte Opferrente für die traumatisierten Opfer und WiderstandskämpferInnen durchgesetzt werden konnten.

Als unser Subteam, bestehend aus fünf KollegInnen und zunächst supervidiert von Primarius David Vyssoki, der des öfteren von Esra aus Wien zu uns kam, mit der Arbeit begann, hatte kaum jemand von uns Erfahrung in der Arbeit mit alten Menschen. Dazu kam, dass nur eine unserer Kolleginnen Slowenisch als Muttersprache hatte. Aber schon sehr bald machte uns die Arbeit mit der neuen KlientInnen-Gruppe große Freude. Wir stellten fest, wie schwach die Anerkennung und die Einfühlungsbemühungen gewesen waren, welche den Einzelnen bislang zuteil geworden war. Dies gilt nicht nur in Bezug auf die Vertreter der offiziellen politischen Kultur, sondern auch in Bezug auf nahestehende Personen. Es galt ein Schonungsprogramm, bei dem möglichst nicht an die Dinge gerührt werden sollte. Einige der alten Damen und Herren lebten auch in Familien, bei denen sich Schwiegersöhne oder Schwiegertöchter, manchmal auch die eigenen Kinder, als Angehörige der Mehrheitskultur betrachteten und wo es deswegen ein Erzählverbot in Bezug auf die schrecklichen Erinnerungen gab. Dann war die Therapeutin die Einzige, mit der Austausch über die Nazi-Zeit und über den Sinn des Lebens möglich war.

Wir stellen im Folgenden zwei Geschichten vor, die uns im Verlaufe der Arbeit begegnet sind. Die Geschichte von Frau M. und die Geschichte von Frau F.

Als junges Mädchen in der Gewalt der Nazis – die Geschichte von Frau M.

Frau M. hat, seit ihr Mann gestorben ist und sie alleine lebt, jede Nacht Alpträume, in denen sie Bilder von der Verhaftung und Ermordung ihrer 10 Jahre älteren Schwester durch die Nazis sieht. Außerdem kann sie Situationen, welche die meisten Menschen als schön empfinden würden – Ausflüge, Landschaftserlebnisse, Kulturereignisse – infolge einer plötzlich hereinbrechenden Traurigkeit nicht genießen. Ihr Gedanke dazu ist: „Wenn das meine Schwester hätte erleben können – ihr Leben war so kurz.“

Die Schwester war als Unterstützerin von antifaschistischen Partisanen verraten und grausam zu Tode gebracht worden. Auch Frau M. war als 15-jährige monatelang in Gefangenschaft, kam aber knapp mit dem Leben davon. Frau M. hat viele Ressourcen, die gleich zu Beginn der Therapie gestärkt werden. Es war ihr gar nicht bewusst, dass sie selbst eine Widerstandskämpferin war, die auch unter größtem Druck niemanden verraten hatte. Ihr Bild von sich selbst war neben dem großen Bild der heldenhaften Schwester ganz klein geblieben.

Neben anderen schrecklichen Erinnerungen ist es immer wieder eine Geschichte, die Frau M. nachts und manchmal auch tagsüber quält: Während der Inhaftierung durch die Nazis war es Frau M. in der Nacht oft immer wieder sehr kalt. Als sie einmal Gelegenheit hatte, ihre sonst getrennt eingesperrte Schwester für einen kurzen Augenblick zu sehen, klagte sie über die kaum auszuhaltende Kälte in der Nacht. Die Schwester ließ dem Mädchen kurz darauf eine Jacke zukommen. Wenig später geriet sie in die endgültige Sonderbehandlung durch die Nazis und wurde ermordet. Frau M. konnte sich nicht verzeihen,

dass sie die Schwester so kurz vor ihrem Tode noch mit ihrem Frieren beunruhigt hatte. Sie fand sich selbst egoistisch und wehleidig.

Wichtig sind für Frau M. neben ihren Kindern und Enkeln vor allem Musik und das Pflegen von Freundschaften. Die Freude am Malen hat man ihr in der Schule erfolgreich ausgetrieben. Aber sie kann sich Situationen sehr gut bildhaft vorstellen. Es gelingt ihr in der Imagination einige sehr schöne Erinnerungsbilder mit ihr und der Schwester aus der Zeit vor dem Beginn des direkten Nazi-Terrors hervorzuholen. Es tauchen sogar entsprechende Fotos aus alten Kisten und Schränken auf. Diese Bilder waren aus Frau M.'s Gedächtnis fast verschwunden. Bestimmte gute Erinnerungen und Phantasiebilder konnten in der Therapie noch mit passenden Musikstücken unterlegt werden, an welche Frau M. beim Betrachten der inneren Bilder dachte.

Nach einiger Zeit beginnt der Therapeut an einen psychodramatischen Dialog zwischen Frau M. und ihrer verstorbenen Schwester zu denken. Er hat aber auch Angst davor, weil nach dem Krieg bekannt geworden war, dass die Nazis die Schwester auf eine Weise umgebracht hatten, bei der viel Blut geflossen war. Die Annäherung an das Bild des toten Körpers spielte offensichtlich in den nächtlichen Alpträumen von Frau M. immer wieder eine große Rolle. Kurz vor der visuellen Konkretisierung der Bilder von den letzten Minuten ihrer Schwester war Frau M. immer wieder schweißgebadet und voller Angst aufgewacht. Ein braunroter Strom war es, der ihr im Traum vor dem Aufwachen erschien.

Schließlich hatte der Therapeut doch das Gefühl, die Begegnung mit der Schwester riskieren zu können. Es wurden zwei Sessel, bedeckt mit Tüchern, einander gegenüber aufgestellt. Der Sessel für die Schwester war nahe am Fenster mit der Aussicht auf blühende Bäume im Hintergrund. Er erhielt ein besonders schönes Tuch mit eindrucksvollen Farben. Zudem wurde neben dem Stuhl auf einem kleinen Tisch eine Kaffeetasse hingestellt. Die Schwester hatte so gerne Kaffee getrunken. Im Krieg hatte es aber keinen gegeben. All das wurde mit Frau M. abgestimmt. Sie wurde dann eingeladen, sich die Schwester auf dem Sessel vorzustellen. Der Therapeut und Frau M. waren sich einig darüber, dass die Schwester, falls es wirklich einen Himmel gibt, nur von dort zu einem Gespräch zu ihnen kommen könne.

Mit dem Therapeuten als Hilfs-Ich hinter ihrem Sessel beginnt nun Frau M. den Dialog mit der Schwester und der Therapeut stellt zu seiner Erleichterung fest, dass diese offenbar in einem heilen, unverletzten Zustand auf der Vorstellungsbühne anwesend ist. Frau M. erzählt der Schwester kleinlaut und schuld bewusst die Geschichte von der nächtlichen Kälte, ihrer Klage und der Jacke, welche sie kurz vor dem Tod der Schwester noch von dieser bekommen hatte. Der Therapeut ermutigt sie, das Gegenüber direkt zu fragen: „Ich möchte wissen, wie Du das siehst?“ Dann wird Frau M. zum Rollenwechsel mit der Schwester eingeladen. Sie wechselt auch zügig auf den Sessel der Schwester. Der Therapeut wiederholt, hinter dem (abgesehen vom Tuch jetzt leeren) Sessel von Frau M. stehend die Frage von Frau M. an die Schwester und Frau M. sagt als Schwester mit einem freundlichen Lächeln: „Das ist doch überhaupt kein Problem. Ich war froh, dass ich Dir habe helfen können und dass Du überlebt hast.“ Der Therapeut wechselt nun rasch von Frau M.'s leerem Sessel hinüber zu einer Position hinter dem Sessel der Schwester und ergänzt aus seinem Wissen heraus: „Und ich bin glücklich darüber, dass Du unseren Kampf für Gerechtigkeit und gegen das Vergessen in Deinem Leben weitergeführt hast.“ Frau M. in der Rolle der Schwester nickt zustimmend und wiederholt den Satz. Der The-

rapeut bittet sie nun wieder auf ihren ursprünglichen Sessel zurück und sagt hinter dem Sessel der Schwester stehend noch einmal die letzten Sätze zu Frau M.. Sie scheinen zu wirken. Der Therapeut kniet sich neben den Sessel von Frau M. und fragt vorsichtig, nach den Gefühlen, die sich jetzt einstellen. Die Gefühle sind Erleichterung und Freude. Die Erleichterung ist im oberen Brustbereich spürbar. Frau M. bedankt sich noch bei der Schwester für dieses Geschenk, bevor sich der Therapeut und Frau M. sich von ihr verabschieden. Sie gehen dann von der Spielbühne wieder auf die Sitzmöbel, von denen aus sie üblicherweise das therapeutische Gespräch führen.

Psychodramatische Dialoge mit verstorbenen Personen, bei denen man als Therapeut zunächst etwas Angst und eine Hemmschwelle wegen möglicher Pietätsverletzungen spüren kann, haben wir in der Arbeit mit Terror- und Folteropfern, auch solchen aus aktuellen Krisengebieten wie Tschetschenien oder Afghanistan, während unserer Arbeit in den letzten Jahren recht häufig inszeniert. Sie sind letztlich immer gut verlaufen. Die verstorbenen oder ermordeten Personen – Familienangehörige, Kampfgefährten, Freunde und Freundinnen – wünschen den Überlebenden fast immer Glück und machen keinen Vorwurf. Dieser Wechsel der Perspektive und des Gefühls der „Überlebensschuld“ hin zu den guten Wünschen für das weitere Leben der Überlebenden und zu einem Gefühl der Erleichterung vollzieht sich zumeist erstaunlich schnell und leicht. Wir haben es noch nie erlebt, dass im gespielten Gespräch die verstorbene Person Vorwürfe macht. Dies ist eine der wenigen Konstellationen, bei der man einen Aspekt der unaufgelösten Traumageschichte auf recht direkte Weise psychodramatisch auf die Bühne holen kann. In anderen Situationen, vor allem bei der Rekonstruktion der von den PatientInnen selbst erlittenen Verfolgungs- und Folterqualen, bevorzugen wir deutlich indirekte und sehr kontrollierbare Techniken der Traumaexposition.

In der länger als zwei Jahre dauernden Therapie von Frau M. wurde der psychodramatische Dialog mit der Verstorbenen nur einmal in Szene gesetzt. Aber der Therapeut und Frau M. kamen im Gespräch immer wieder auf die erlebte Szene zurück, wenn Frau M. Schwierigkeiten hatte, Annehmlichkeiten und Freuden ihres Alltags und Lebensabends (der äußerlich relativ sorgenfrei war) zu genießen.

Die andere Form der „konfrontativen“ Bearbeitung von Frau M.'s Albträumen und Beschwerden erfolgte mit Hilfe der imaginativ-dramatischen Bildschirmtechnik, bei welcher der „Aktionsraum“ und der „Erzähl- und Beobachtungsraum“ (*Krüger* 2002) klar getrennt sind. Es ging hier vor allem um Situationen während der Nazi-Haft, in denen sich Frau M. „lebendig begraben“ und völlig verzweifelt gefühlt hatte. (Interessant in diesem Zusammenhang ist vielleicht auch, dass Frau M., anders als ihre gärtnerisch tätigen perfekten Nachbarinnen, eine große Abneigung gegen das Graben in der Erde hatte.) Frau M. hatte in der Haft, wo sie mit anderen unter unwürdigen Bedingungen eingesperrt war, fast verhungerte und fror, irgendwie von der Ermordung der Schwester gehört – aber auch wieder nicht. Die erwachsenen Mitgefangenen hatten sich offensichtlich nicht getraut, dem Mädchen, das eigentlich ein Kind war, klar zu sagen, was sie in Erfahrung gebracht hatten. So musste sich Frau M. als junges Mädchen ohne Trost von außen abends in den Schlaf weinen.

Geschützt von den guten Erinnerungsbildern und dem Bild vom Sicherem Ort, welche in der Imagination von Frau M. und in der Vorstellung des Therapeuten rechts und links des Bildschirms hingen und jederzeit aufgesucht werden konnten, wenn es zu belastend

werden würde, rekonstruierten beide in einer „Co-Erzählung“ mit Hilfe des Bildschirms und einer imaginativen Fernbedienung den Ablauf eines besonders schwierigen Tages im Gefängnis. Es war ein Tag, an dem es gegen Abend eine große Empörung unter einer größeren Gruppe von Häftlingen gegeben hatte, welche mit der Ermordung einer Gruppe von gefangenen Frauen zu tun hatte, unter denen wie Frau M. im Nachhinein weiß, auch ihre Schwester gewesen war. An jenem Tag aber, der zunächst wie jeder andere ablief, unter unwürdigen hygienischen Bedingungen, mit Hunger, sinnloser Arbeit, Kälte und Erschöpfung, weiß sie das nicht oder spürte es nur als eine ahnungsvolle Verzweiflung. Am Abend, in der Finsternis weint das junge Mädchen oder Kind, von den Mithäftlingen scheinbar ganz vergessen, in seiner Schlafecke. So endet der Tag.

In der psychodramatischen Variante der Bildschirmtechnik (es gibt auch eine eher verhaltenstherapeutische) kann man den rekonstruierten „Film“ ab einem gewissen Punkt mit Hilfe der magischen Fernbedienung „umdichten“ – in Richtung auf das, was das Opfer trösten kann und/oder was „sich gehört hätte“. Auf die Frage, wie man dem sich in den Schlaf weinenden Mädchen helfen könne, entwickelte Frau M. mehrere Ideen, die in verschiedenen Sitzungen ausprobiert wurden. Am wirksamsten war schließlich folgende Vorstellung, die als neuer Teil des Films eingesetzt wurde: Wenn Frau M. die Möglichkeit hätte als Erwachsene, die überlebt hat und „aus der Zukunft kommt“, in den Gefängnisraum zu gehen, würde sie zunächst die anderen, die erwachsenen Frauen im Raum (trotz ihrer Verdienste als Widerstandskämpferinnen) ordentlich zurechtweisen und ermahnen: „Seht ihr nicht, was da los ist, wie es dem Mädchen geht?!“. Und sie würde sich zu dem Kind setzen, es vorsichtig streicheln und ihm eine Melodie singen, so wie sie es immer bei ihren Töchtern und Enkelkindern gemacht hatte, wenn sie krank oder voller Kummer waren. Dabei war Frau M. ein bestimmtes Lied sehr präsent. Während sie es vor sich hin summt, konnte sie ein typisches, immer seltener werdendes Schluchzen hören, wie man es von Kindern kennt, die trotz großer Schmerzen oder Sorgen dann doch neben dem tröstenden Erwachsenen einschlafen. Dieses Lied begleitete Frau M. dann durch die weitere Psychotherapie. Sie sang es auch vor sich hin, wenn sie auf dem Weg zur Therapie war. Später lieh sie dem Therapeuten eine CD mit einer ihr besonders gelungen erscheinenden Aufnahme des Liedes.

Die Rekonstruktion und Neubearbeitung der Gefängniszene traf ziemlich genau ein Problem und ein szenisches Muster, unter welchem Frau M. noch viele Jahrzehnte nach Kriegsende immer wieder zu leiden hatte. Kaum jemand fragte nach den Verlusten und Schmerzen des Kindes. Die politische Würdigung der ermordeten Widerstandskämpferinnen, zu denen Frau M.'s Schwester gehört hatte, fand in der antifaschistischen Minderheitenkultur des Landes zwar statt, aber man hat in den Familien und in den politischen Organisationen der Verfolgten jahrzehntelang geglaubt, den Schmerz der Kinder und Hinterbliebenen „umschweigen“ zu müssen.

Nach dem mehrmaligen „Besuch im Gefängnis“ wurde mit Frau M. nicht mehr traumakonfrontativ gearbeitet. In den folgenden Monaten ging es zumeist um die Bewältigung von Alltagssituationen, in denen die traumatischen Szenenmuster mehr oder weniger deutlich „aufblitzen“ konnten und auch um Gesundheitsprobleme und chirurgische Eingriffe, die Frau M. allesamt gut überstand. Wichtig war, dass eine drohende Hilflosigkeit durch Eingesperrtsein, die bei einem Krankenhausaufenthalt leicht entstehen kann, schon im Vorfeld besprochen werden konnte. Nichts erinnerte dann an „Lebendig-Begraben-“

und „Eingeschlossen-Sein“. Frau M. fühlte sich eher wie neugeboren. Die Türen gingen leicht auf und Frau M. war bald wieder mobil. Es war auch bemerkenswert, dass Frau M. dem behandelnden Arzt im Krankenhaus gleich nach der Aufnahme von ihren traumatischen Erfahrungen erzählen konnte und dieser sich als sehr verständnisvoll erwies.

Gegen Ende der Therapie waren alle posttraumatischen Symptome deutlich abgemildert, teilweise sogar verschwunden. Frau M. konnte schöne Situationen viel besser genießen. Manchmal merkte sie erst im Nachhinein, dass ihr etwas „gefehlt hatte“, nämlich der typische überfallsartige Stimmungsabsturz mitten in einer angenehmen Situation. Nachts lag sie oft noch ein oder zwei Stunden wach. Aber es war dann nicht so, dass sie schweißgebadet aus schrecklichen Albträumen erwacht war, sondern es war eher wie ein bewusstes und gewolltes Nachdenken über die weit zurückliegenden, schlimmen Ereignisse. Frau M. war sich mit dem Therapeuten darüber einig, dass man die schlimmen Erinnerungsbilder nicht wegtherapieren sollte, weil sie einfach zu ihrer Person dazugehören würden. Soweit die Geschichte von Frau M.

Rückkehr der Erinnerung – die Geschichte von Frau H.

Anders als Frau M., die zum Glück noch recht mobil ist, haben andere unserer betagten PatientInnen recht große Probleme, in die psychotherapeutische Praxis zu kommen. Das liegt an ihren körperlichen Behinderungen und an den langen Anfahrtswegen. Dann fährt der Therapeut wie ein Landarzt zu den Häusern der PatientInnen. So war es auch im Falle von Frau H. Sie gehörte zu den Opfern slowenischer Herkunft, die als Kinder mit ihren Familien im Zuge der Germanisierung Kärntens in deutsche Zwangsarbeitslager deportiert wurden. Die weiterführende Idee (die von den Fanatikern der ethnischen „Flurbereinigung“ nicht mehr realisiert werden konnte) war, diese Verschleppten als Pufferbevölkerung gegen die Asiaten später am Ural anzusiedeln. Die auf diese Weise freigewordenen Bauernhöfe der slowenischen Familien verteilte man an „heimgeholte“ deutschsprachige Kanaltaler Familien aus dem benachbarten Italien.

Am 14. April 1942 standen plötzlich uniformierte SS-Männer mit dem Gewehr in Anschlag vor dem Bett des kleinen Mädchens, das Frau H. damals war. Gemeinsam mit ihren Eltern und Geschwistern musste es innerhalb weniger Minuten die nötigsten Habseligkeiten zusammenpacken und mitkommen. Die Patientin verspürte damals Todesangst, war körperlich erstarrt und völlig hilflos der Situation ausgeliefert. Die nachfolgende schreckliche Zeit in deutschen Lagern trug zu einer weiteren („kumulativen“) Traumatisierung bei: Verzweiflung der Eltern, Gewalt und Demütigung seitens Uniformierter, Erleben von Ohnmacht und Minderwertigkeit, Fliegerangriffe.

Nach der Befreiung und Heimkehr im Jahre 1945 musste Frau H. in einer minderheitenfeindlichen Umgebung bestehen. Trotz ihrer belastenden Traumasymptome, die zunehmend auch den Körper angriffen, konnte sie mit ihrem Mann ein Heim für ihre drei Kinder schaffen und betreuen. Auch bei ihr war es so, dass nach dem Tod ihres Mannes vor einigen Jahren die Beschwerden massiver wurden. Sie kam mit einer Vielzahl von Symptomen in die Therapie: wiederkehrende Albträume, Flashbacks, wiederkehrende Gedanken an die traumatischen Ereignisse, Hyperarousal, Schreckhaftigkeit, Minderwertigkeitsgefühle, paranoiaartige Anwandlungen, psychosomatische Beschwerden. Ihr

größtes aktuelles Problem war, dass sie das Gefühl hatte, in einer feindlichen Umwelt zu leben, vor der sie sich ängstlich in ihrem Haus verschanzte.

Frau H. wuchs in einer slowenischsprachigen Umgebung auf, lernte von ihrem Vater aber schon früh etwas Deutsch. Später in der Schule war Deutsch die Hauptsprache. Obwohl das Deutsche für sie mit negativen Emotionen verbunden war, konnte sie zu einem deutschsprachigen Psychotherapeuten eine vertrauensvolle Beziehung aufbauen. Dieser bemühte sich um Anerkennung ihres Leidens und zeigte sich klar als Gegner menschenfeindlicher Aktionen und Ideologien, insbesondere des Nationalsozialismus. („Abstinent, aber nicht unparteiisch“ – entsprechend einer traumatherapeutischen Regel.) Er zeigte sich informiert darüber, was traumatische Erfahrungen an psychologischen Problemen nach sich ziehen können und bemühte sich, diese nicht als Krankheit, sondern als normale Reaktionen auf abnormale Ereignisse darzustellen.

Stabilisierung und die Suche nach Ressourcen stellten einen zentralen Bereich der Therapie dar. Ressourcen fanden sich vor allem in der naturnahen Kindheit vor der Deportation. Frau H. nannte sofort ihre Eltern, an denen sie sehr gehangen hatte, bedauerte aber auch deren hartes Los als arme Bauern. Sie geriet merklich in eine positive Stimmung, als sie von Tierfiguren erzählte, die der Vater ihr aus Holz geschnitzt hatte. Mit diesen Figuren wurden endlos Rollenspiele unter den Bäumen ihres Elternhauses gespielt. Auf die Frage des Therapeuten, was heute dieses Spiel symbolisieren könnte, kramte sie ein Fotoalbum hervor, aus dem sie bestimmte Bilder von ihren Eltern und dem Elternhaus auswählte.

Bei dem Thema „Konflikte mit ihrer älteren Schwester“, das sich um Bevormundungen drehte, konnte der Therapeut ein kleines Rollenspiel anbieten, obwohl die zwar ruhige Küche ihres Hauses nicht unbedingt der ideale Ort dafür war. (Der Sohn bewohnte mit seiner Familie den oberen Stock.) In der Rolle der älteren Schwester lernte sie deren Standpunkte, die teils auch von ihrem selbständigen Unternehmertum geprägt war, besser verstehen. (Frau H. war ihr Leben lang Hausfrau und konnte sich intensiv um ihre Kinder kümmern.)

Ein zentrales Problem war ihr Gefühl, von einer feindlichen Welt umgeben zu sein und als Mensch keinen Wert zu haben. Hier waren Situationsanalysen angebracht, die darauf zielten, dass alltägliche Begebenheiten in ihrem Belastungscharakter als beeinflusst durch die traumatischen Erlebnisse während des Krieges verstehbarer wurden. Es handelt sich hier durchaus um ein „szenisches Verstehen“ im Sinne des Psychodramas. Hierzu ein Beispiel:

Nach über einem Jahr der Therapie wollte Frau H., die zunehmend den Wert von Aufenthalt außerhalb ihres Hauses zu schätzen lernte und diese etwa bei Busreisen ziemlich stressfrei in die Tat umsetzen konnte, um einen Kuraufenthalt ansuchen. Sie wurde zum Zweck einer Anspruchsfeststellung von der Pensionsversicherungsanstalt der Arbeiter zu einem niedergelassenen Arzt geschickt. Was sie dort erlebte, war für sie so „dramatisch“, dass sie dekompenzierte und danach monatelang krank von einem Krankenhaus zum anderen pilgerte. Die lange andauernde Stabilisierungszeit in der Psychotherapie schien mit einem Mal zunichte gemacht.

Laut ihren späteren Berichten verhielt der Arzt sich absolut lieblos und wie ein uniformierter (Arztkittel!) SS Wachebeamter. Er ging gar nicht auf Frau H.'s Fragen ein, befahl nur: „Sitzn's nieder, ziehn's ihr Leiberl aus!“ Nach kurzem Abhören, angeblich

sogar durch das Unterhemd, da sie zu langsam war, es ausziehen, diagnostizierte er: „Aha, typischer Schlaganfallpatient“. Frau H. war völlig erstarrt, wusste gar nicht wie ihr geschah. Die Diagnose des Arztes war dann für diesen aber doch nicht Grund genug, um die gewünschte Kur zu bewilligen.

Noch lange nach dem Ereignis war die Patientin ganz außer sich und vermutete bei den folgenden Treffen mit dem Therapeuten, der Arzt habe es persönlich auf sie abgesehen gehabt. Der Therapeut anerkannte das unangemessene Verhalten des Arztes, verwies aber auch auf die damalige Deportation und die schlimmen Erfahrungen von Frau H. mit dem Lagerpersonal, die wahrscheinlich in der Arztpraxis angetriggert wurden. Nach Krüger dürfte hier eine Konfusion der jeweiligen „Gegenwartsrolle mit der Traumarolle, die angetriggert, situativ unangemessen in Erscheinung tritt...“ eingetreten sein (Krüger 2002, S. 119.). Zur Symbolisierung dieses Prozesses hielt der Therapeut einen Gegenstand unter den Tisch, der unbewusste traumatische Szenarien und die dazugehörigen seelischen Verletzungen darstellen sollte, und ließ ihn zum Vorschein kommen als Ausdruck dafür, dass in Frau H. Saiten angeschlagen wurden, deren Klang sofort ihre Traumaerinnerung wachruft (z. B. Uniform, Arztkittel). Die Klientin war einverstanden mit den Erklärungsversuchen des Therapeuten, ließ aber weiterhin ihrer Wut gegen den Arzt freien Lauf.

Dem Therapeuten erschien es sinnvoll, eine Art Realitätsüberprüfung in Form einer Konfrontation des Arztes vorzuschlagen. Nachdem Frau H. einwilligte, bot er sich an, sie dabei zu unterstützen. Natürlich kam es vorerst nicht in Frage, sie neuerlich direkt mit dem Arzt zu konfrontieren. In Rücksprache mit der Patientin und in Intervisionen mit den Kolleginnen und Kollegen unseres Teams versuchte der Therapeut eine passende Art der Kontaktaufnahme zu finden. Schließlich schrieb er dem Arzt einen neutral gehaltenen Brief, in dem er um „eine Art freundlicher Aufklärung der Begegnung in Ihrer Praxis in mündlicher oder schriftlicher Form“ bat.

Als Antwort kam tatsächlich ein freundlicher und selbstkritischer Brief des Arztes, in dem er erst einmal bat, Frau H. sein „ernstgemeintes Mitgefühl“ hinsichtlich des erlittenen Unrechtes angesichts des „dunklen Kapitels der Kärntner Zeitgeschichte“ zu übermitteln. Weiters entschuldigte er ein eventuelles Fehlverhalten seinerseits mit dem Druck, unter dem ein Gutachter stehe, „alle Klienten gleich zu behandeln“ und „gewissen Tageschwankungen, denen man naturgemäß unterworfen ist“.

Frau H. blieb weiterhin skeptisch, konnte aber etwas von dem guten Willen des Arztes, sich zu entschuldigen, annehmen. Jedenfalls erkannte sie, dass er ihr nicht persönlich schaden wollte, wie sie es im Dritten Reich als Angehörige der Kärntner Slowenen erleben musste. Diese Erfahrung diene zu einer weiteren Stärkung ihrer Gegenwartsrolle gegenüber der mächtig durchdringenden Traumarolle.

Die Bearbeitung der Traumata fand (ähnlich der Bildschirmarbeit mit Frau M.) nach dem Prinzip der „Teichoskopie“ (vgl. Ottomeyer 2004, S. 356) statt, wobei die Klientin in einer symbolischen Mauerschau im „Erzähl- und Beobachtungsraum“ (Krüger 2002, S. 137 ff) von den Gräueln hinter der Mauer (ihren traumatischen Erlebnissen im „Interaktionsraum“) berichtete. Dabei sprach sie in einem geschützten Raum, den eigenen vier Wänden, unterstützt von emotional positiv besetzten inneren Helfern - den vom Vater geschnitzten Figuren, symbolisiert durch die ausgewählten Fotos - über das kleine Kind „hinter der Mauer“ (in der Vergangenheit und an anderen Orten), dem es schlecht erging

und das schutzbedürftig war. In ihrer Vorstellung konnte Frau H. das kleine Mädchen aus der gefährlichen Lage befreien, es trösten und ihm einen sicheren Ort in ihrem Haus einrichten. Tröstlich für die Klientin war auch, überhaupt überlebt zu haben und im Vergleich zu anderen Opfern „noch relativ glimpflich“ davon gekommen zu sein.

Methodische Anmerkungen

Wie lässt sich unser Verfahren charakterisieren? Es handelt sich, wie gesagt, um eine Kombination der neueren Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie mit dem Psychodrama, auf der Basis eines traumaspezifisch abgewandelten Psychodrama. Beide Ansätze gehen sehr gut zusammen. Luise Reddemann schreibt: „PITT kann als Spieltherapie im Kopf verstanden werden. Für Kinder ist es natürlich, die innere Bühne in Aktion umzusetzen“ (Reddemann 2004, S. 205). Es kommt dann noch dazu, dass wir – in den Worten von Hildegard Pruckner (2002, 2007) – regelmäßig auf der äußeren „Sozialen Bühne“ der PatientInnen mitwirken. Das ist vor allem im zweiten Fallbeispiel deutlich und oft unvermeidbar – auch wenn es nur die „Befundberichte“ aus der Psychotherapie sind, die wir schreiben, um Rentenansuchen zu unterstützen. Wir sind Ähnliches aus unserer Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen gewohnt, weil es auch hier um eine Gruppe geht, welche sozialarbeiterisch, rechtlich und medizinisch unterbetreut ist und deren Probleme in der Gesellschaft verleugnet werden. (Bei der Arbeit mit Kindern und „Verwahrlosten“ ist es ähnlich.) Natürlich dürfen wir auf der Sozialen Bühne nicht einfach als ein „Retter der Enterbten“ oder als „Zorro“ agieren, sondern wir müssen unsere Rollen und Interventionen genauso sorgfältig reflektieren wie es für TherapeutInnen in Bezug auf die unmittelbaren „Begegnungsbühne“ und „Spielbühne“ im Praxisraum selbstverständlich ist. Im Falle von Frau H. zeigt sich, wie wichtig hier Intervision und Supervision sind. Zu den genannten Elementen kommt noch ein vorsichtig deutendes „szenisches Verstehen“ von belastenden Alltagssituationen, die einen Bezug zum traumatischen Erlebnis haben, der den PatientInnen zunächst nicht bewusst ist. Solche Zusammenhänge sind nach unseren Erfahrungen auch für alte Menschen oft noch gut zugänglich und auch interessant. Sie hören nicht auf, sich selbst zu entdecken.

Literatur

- Pruckner, H. (2002). „Du sollst nicht fragen, das Kind will nicht reden...“ Psychodramatherapie mit traumatisierten Kindern. *Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie* 2, 147–176.
- Pruckner, H. (2007). *Störungsspezifische Modifikationen für Psychodramatherapie mit traumatisierten Menschen*. Unveröff. Konzept. Entwickelt und weitergegeben in Trauma-Seminaren der Fachsektion Psychodrama im ÖAGG (gemeinsam mit K.Ottomeyer)
- Keilson, H. (1979). *Sequentielle Traumatisierung bei Kindern*. Stuttgart: Enke.
- Krüger, R. T. (2002). Psychodrama als Aktionsmethode in der Traumatherapie und ihre Begründung mit den Konzepten der Rollentheorie und der Kreativitätstheorie. *Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie*. 2, 117–146.

- Ottomeyer, K. (1997). Ein Brief an Sieglinde Tschabuschnig. Kriegsfolgen, Vergangenheitsbewältigung und Minderheitenkonflikt am Beispiel Kärnten. In K. Ottomeyer, *Kriegstrauma, Identität und Vorurteil*. Klagenfurt/Celovec: Drava.
- Ottomeyer, K. (2004): Psychodrama und Trauma. In J. Fürst, K. Ottomeyer, H. Pruckner (Hrsg.), *Psychodrama-Therapie. Ein Handbuch*. (S. 59–80). Wien: Facultas Verlag
- Reddemann, L. (2004). *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT – das Manual*. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.



Univ. Prof. Klaus Ottomeyer, Universitätsprofessor am Institut für Psychologie an der Alpen-Adria-Universität Klagenfurt und Leiter der Abteilung für Sozialpsychologie, Ethnopschoanalyse und Psychotraumatologie. Obmann und Psychotherapeut in der Kärntner Trauma-Einrichtung „ASPIS“ – Forschungs- und Beratungszentrum für Opfer und Gewalt.



Gerald Lackner, MMag., Jg. 1962. Psychotherapeut (Psychodrama) in freier Praxis. Langjähriger Mitarbeiter des Vereins ASPIS, Forschungs- und Beratungszentrum für Opfer von Gewalt. Schwerpunkt: Psychotherapie mit traumatisierten Menschen.