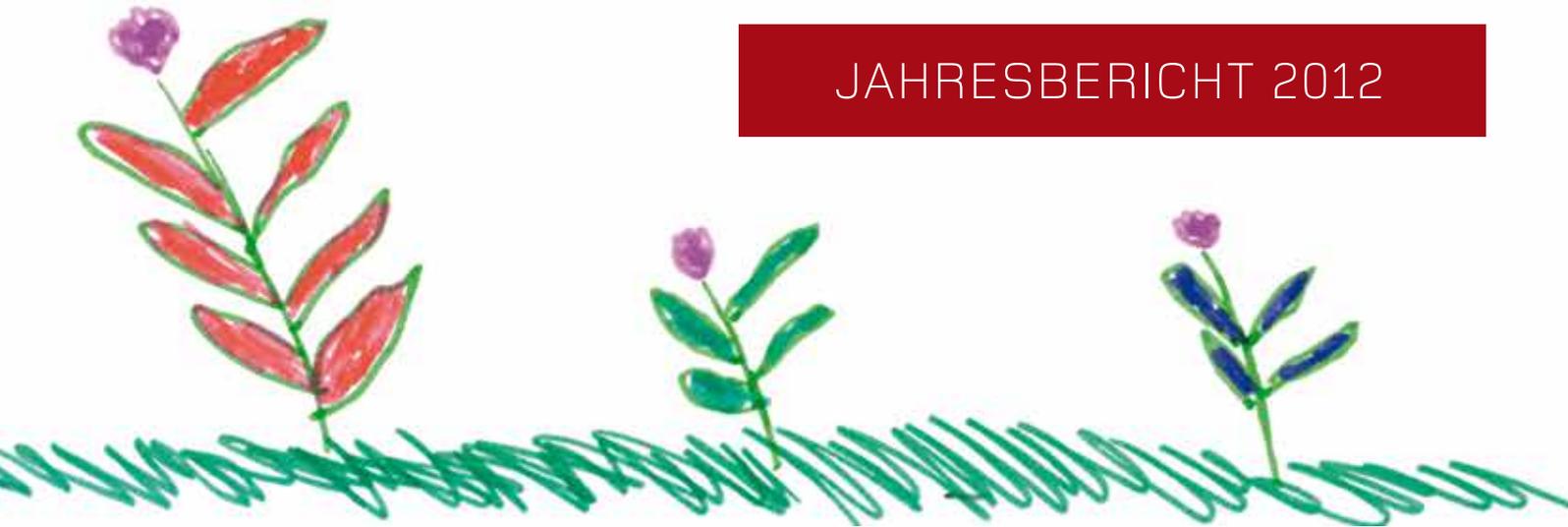


PLATZ FÜR NEUE HOFFNUNG

JAHRESBERICHT 2012



HEMAYAT

Betreuungszentrum für Folter- und Kriegsüberlebende

Impressum:

Hemayat, Betreuungszentrum für Folter- und Kriegsüberlebende

Sechsschimmelgasse 21

1090 Wien

Telefon & Fax: 01/ 216 43 06

office@hemayat.org

www.hemayat.org

Konzept und Redaktion: Friedrun Huemer, Cecilia Heiss, Brigitte Heinrich, Nora Ramirez-Castillo

Layout und Grafik: rob.drapela

Wien 2013

INHALT

Hemayat Betreuung von Folter- und Kriegsüberlebenden	4
Was ist ein Trauma	5
Wie wir helfen (Betreuung bei Hemayat)	12
Die nächste Generation	17
Brief vom Vorstand von Bibiane Ledebur	19
Psychiatrische Behandlung bei Hemayat von Nora Ramirez-Castillo	22
Verrechtlichung eines Heilberufs – Psychologisierung einer Rechtssache von Erwin Klasek	25
Jahresstatistik	37
Länderstatistik	38
Stundenstatistik	39
Teammitglieder	41
Öffentlichkeitsarbeit	43
Subventionsgeber und Spender	46

Das Wort „Hemayat“ bedeutet im persischen und arabischen Sprachraum „Betreuung“ und „Schutz“.

Krieg und Folter wirken weit über die Dauer des unmittelbar lebensbedrohlichen Ereignisses hinaus.

- **Wir unterstützen Menschen, die schreckliches Leid erlebt haben.**
- **Wir helfen, mit den Folgen des Schreckens leben zu lernen.**
- **Wir begleiten auf dem Weg durch die Trauer.**
- **Wir suchen gemeinsam mit unseren KlientInnen einen Weg in eine neue Zukunft.**
- **Wir bieten Hilfe, die Integration in unserem Land möglich macht.**

Der Verein Hemayat wurde 1995 gegründet und hat sich in Wien als Zentrum für medizinische, psychologische und psychotherapeutische Betreuung von Folter- und Kriegsüberlebenden etabliert. Hemayat ist ein gemeinnütziger Verein.

JAHR 2012 - HILFE FÜR 692 MENSCHEN AUS 46 LÄNDERN

Im Jahr 2012 betreute Hemayat 692 Menschen psychotherapeutisch, psychologisch und medizinisch.

52 KlientInnen waren minderjährig.

Insgesamt wurden 5286 Betreuungsstunden geleistet.

TRAUMA

Der Ausdruck Trauma (v. griech. **τράυμα** „Wunde“) bezeichnet in der Medizin eine Wunde, Verletzung oder Schädigung des Körpers. Ins Psychologische übertragen bedeutet Trauma die Konfrontation mit einem Ereignis, dem sich ein Mensch schutz- und hilflos ausgeliefert fühlt und bei dem die gewohnten Abwehrmechanismen und Verarbeitungsstrategien überfordert sind. Flucht oder Verteidigung sind in der traumatischen Situation nicht möglich oder führen nicht zu einem Nachlassen der Bedrohung. Die traumatische Situation geht mit intensiver Angst, Hilflosigkeit oder Entsetzen einher. Die Reizüberflutung und Reizüberwältigung ist so machtvoll, dass daraus nicht mehr kontrollierbare Angst entsteht. Sie bewirkt eine dauerhafte Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses und kann zu psychischen Erkrankungen führen.

NICHTS IST MEHR, WIE ES VORHER WAR

Die im Krieg und unter politisch repressiven Verhältnissen erlittenen Traumata wirken weit über die Dauer des unmittelbar lebensbedrohlichen Ereignisses hinaus. Psychologisch bedeutet eine Traumatisierung einen tiefen Einbruch, nach dem nichts mehr so ist, wie es vorher war. Das gewohnte Leben, Werthaltungen und Lebenseinstellungen werden in Frage gestellt.

Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) ist die häufigste psychische Erkrankung, die nach solchen Erfahrungen diagnostiziert wird.

Bei Folter und Misshandlungen spricht man von „man made disaster“, die psychisch immer besonders schwerwiegend erlebt werden und an den Grundfesten der menschlichen Existenz rütteln. Folter ist für die Überlebenden selbst die wohl folgenreichste gewaltsame

Menschenrechtsverletzung. Die Häufigkeit der posttraumatischen Belastungserkrankungen liegt bei Folteropfern bei nahezu 100%. Weitere mögliche Folgeerkrankungen sind: Depressionen, Angststörungen, Panikattacken, Zwangsverhalten, Suchtverhalten, psychogene Essstörungen, starke körperliche Schmerzzustände oder psychosomatische Erkrankungen. Die KlientInnen von Hemayat leiden an schweren posttraumatischen Belastungen infolge sequenzieller Traumatisierungen – nicht vergleichbar mit einem einzelnen Schockerlebnis, etwa nach einem Unfall. Meist ist hier nicht ein einzelnes Erlebnis als Auslöser erfassbar, sondern eine ganze Kette von traumatisierenden Erlebnissen, die leider auch hier in Österreich nicht ihr Ende finden. Der Erfahrung von Folter und Krieg gehen sehr oft Diskriminierung auf Grund der ethnischen Zugehörigkeit und Bedrohung wegen politischer Aktivitäten voraus. Die Flucht aus dem Heimatland muss meist überstürzt und ohne Abschied angetreten werden. Um nach Europa zu gelangen, riskieren viele Flüchtlinge ihr Leben.

Leider ist für AsylwerberInnen das Martyrium mit der Ankunft in Österreich noch lange nicht zu Ende. Da die Asylverfahren oft Jahre dauern, bleibt die Unsicherheit. Es gibt keinen „sicheren Boden unter den Füßen“. Die Bedrohung durch bzw. das Erleben von Schubhaft, die Angst vor Abschiebung, die oft abwehrende und misstrauische Haltung der Asylbehörden, die oft jahrelange, erzwungene Untätigkeit (da AsylwerberInnen keine Ausbildung machen und keine Arbeit annehmen können) stellen weitere schwere Belastungen dar. Dabei kommt es zu neuen Verletzungen, aber auch zur Re-Traumatisierung, indem die erlittenen Schrecken immer wieder in Erinnerung gerufen werden.

POSTTRAUMATISCHE BELASTUNGSSTÖRUNG (PTSD)

Die Posttraumatische Belastungsstörung ist eine seelische Verletzung, die sich nach dem Erleben oder Beobachten eines traumatischen Ereignisses entwickeln kann. Sie umfasst folgende Kernsymptome:

Ein andauerndes Wiedererleben des traumatischen Ereignisses:

Das zeigt sich in unkontrollierbaren, überflutenden Erinnerungen an das traumatische Ereignis (Bilder, Gedanken, Alpträume) oder im Handeln oder Fühlen, als ob das traumatische Ereignis sich aktuell wiederholen würde. Die Konfrontationen mit Reizen, die einen Aspekt des ursprünglichen Traumas symbolisieren oder daran erinnern, sind mit einer intensiven psychischen Belastung und entsprechenden körperlichen Reaktionen verbunden. Etwa an

Jahrestagen, beim Anblick von Uniformen, in zellenähnlichen, engen Räumen, bei verhörähnlichen Befragungen fühlen sich viele unserer KlientInnen wieder in die traumatische Situation und den damit verbundenen Schrecken zurückversetzt.

Das Bemühen, Situationen oder Reize, die dem ursprünglichen traumatischen Ereignis ähneln oder mit diesem assoziiert sind, zu vermeiden:

Dies äußert sich in einem bewussten Vermeiden von Gedanken, Gesprächen, Aktivitäten, Orten, Menschen oder Situationen, die an traumatische Inhalte erinnern. Betroffene können sich oft an einzelne Aspekte oder das gesamte traumatische Ereignis, den Zeitraum seines Auftretens oder unmittelbar vorausgehende oder nachfolgende Zeitperioden nicht erinnern. In anderen Situationen, Bewusstseins- und Affektlagen werden Erinnerungen manchmal wieder zugänglich. Häufig besteht ein vermindertes Interesse oder eine verminderte Teilnahme an Aktivitäten, die früher für die Person wichtig waren, ein Gefühl von Entfremdung von

sich selbst und von anderen Menschen sowie das Gefühl, keine Zukunft mehr für sich zu sehen. Manche unserer KlientInnen haben sich von allen sozialen Kontakten zurückgezogen. Oft stellt es eine erste Herausforderung an die Therapie dar, wieder eine Stunde mit einem anderen Menschen in einem Raum zu verbringen.

Eine andauernde Übererregung, die vor dem Trauma nicht bestand:

Diese kann sich in Reizbarkeit oder Wutausbrüchen, Schlaf- und Konzentrationsstörungen, übertriebener Aufmerksamkeit und Wachsamkeit, Nervosität und erhöhter Schreckhaftigkeit sowie in begleitenden körperlichen Reaktionen ausdrücken. Folterüberlebende erleben Stresssituationen des Alltags oft so, als wären sie lebensbedrohlich.

Die folgenden Auszüge aus Fallgeschichten sollen einige Merkmale der Folgen einer schweren Traumatisierung vermitteln. Die Erlebnisberichte sind alle anonymisiert, Ähnlichkeiten zufällig.

Durchschlafstörungen/Alpträume:

- Herr A. gibt an, es sei ihm nicht möglich, im Dunkeln einzuschlafen. Er schlafe immer vollständig bekleidet, weil er Angst habe, dass jemand komme. Er sei einmal um 4.00 Uhr früh verhaftet worden und habe auch hier in Österreich immer noch Angst, in der Nacht abgeholt zu werden. Er wache vom kleinsten Geräusch auf, sogar vom Geräusch seines eigenen Bettes, wenn er sich beim Schlafen umdrehe. Er könne meist erst im Morgenrauen einschlafen. Er träume dann von maskierten Männern, der Folter, zerbombten Gebäuden und weinenden Menschen.
- Frau K. beschreibt, sie habe Schwierigkeiten einzuschlafen, sie habe Alpträume in der Nacht und wache schreiend auf. Dann würden die Kinder mitschreien, und alle müssten sich an der Hand halten, um sich zu beruhigen.

Flashbacks:

- Herr T. beschreibt, immer wenn er über die Ereignisse sprechen müsse, dann wisse er zuerst nicht, ob er träume, und dann fühle es sich so an, als fände es in diesem Augen-

blick wieder statt. Er höre auch die Stimmen seiner Eltern in der Haft, er höre das Schreien seiner Mutter, obwohl keine Stimmen da seien.

Wiederholte, sich aufdrängende Erinnerungen an das Ereignis (Bilder, Gedanken, Wahrnehmungen):

- Frau C. gibt an, alles zu versuchen, um diese Erinnerungen nicht aufkommen zu lassen. Trotzdem würden sich die Erinnerungen an die Vergewaltigung ständig aufdrängen. Wenn die Erinnerung an die Männer in ihrem Kopf sei, dann müsse sie duschen gehen.

Losgelöstheit und Entfremdung von anderen:

- Herr S. schildert, er fühle sich oft so, als wäre er völlig alleine auf der Welt. Obwohl die Familie immer in der Nähe sei, fühle es sich trotzdem so an, als wäre sie nicht da.
- Herr F. berichtet, er sei früher vielseitig interessiert gewesen. Er habe schöne Vorstellungen von der Welt und auch sehr hohe Vorstellungen von der Demokratie in Europa gehabt und gedacht, dass alle Menschen Brüder wären. Jetzt habe sich das alles verän-

dert, er sehe die Menschen wie Wölfe an und könne sich für gar nichts mehr interessieren.

Konzentrationsschwierigkeiten:

- Herr F. beschreibt, Schwierigkeiten beim Deutschlernen zu haben. Er habe in seiner Heimat in der Schule viele Gedichte auswendig gelernt. Aber jetzt könne er sich gar nicht mehr konzentrieren, sich an die Gedichte nicht mehr erinnern und auch keine neuen Gedichte lernen. Er habe auch einen Kurs in der Akademie abgeschlossen. Aber jetzt sei sein Kopf so voll mit dem Krieg, und er könne nicht mehr lernen.
- Herr A. gibt an, es falle ihm seit der Gefangenschaft deutlich schwerer, sich zu konzentrieren und zu lernen. Besonders, wenn sich die Erinnerungen aufdrängen würden, sei alles, was er bis dahin gelernt habe, wie ausgelöscht.

Schuldgefühle:

- Herr X. erzählt, er könne es schwer erklären, aber irgendwie fühle er sich seit der Folter immer schuldig. So, als habe er selbst etwas schlecht gemacht. Jetzt habe er auch das

Gefühl, ein schlechter Vater zu sein, weil er seinen Kindern keine Sicherheit geben und ihnen nicht einmal ein Geburtstagsgeschenk machen könne.

Somatisierung:

- Frau D. gibt an, sie habe überall Schmerzen. Sie leide an Kreuzschmerzen, Schmerzen in den Gliedmaßen und an Kopfschmerzen. Es fühle sich an, als trüge sie eine schwere Last auf den Schultern und sie habe oft nicht die Kraft, ihr eigenes Kind zu heben.

Übermäßige Wachsamkeit:

- Frau B. beschreibt, sie fühle sich ständig angespannt und nervös, so als wäre die Flucht noch nicht vorbei.
- Herr G. schildert, er fühle sich immer angespannt und sei in ständiger Erwartung, dass wieder etwas Schreckliches passiere.

Um lebenslanges Leiden an den Folgen der Folter und darüber hinaus eine Weitergabe der Traumatisierung an die nächste Generation zu vermeiden, muss den Betroffenen so rasch wie möglich Hilfe angeboten werden.

Betreuung bei Hemayat

NACH UNERTRÄGLICHEN VERGANGENHEIT DIE GEGENWART WIEDER ERTRÄGLICH MACHEN

Wer gefoltert wurde oder schwerste Kriegsverbrechen überlebt hat, braucht zuerst einmal einen Rahmen, in dem er/sie sich wieder sicher fühlen kann. Vertrauen in die Welt und in andere Menschen muss oft erst wieder Schritt für Schritt zurück gewonnen werden. Bei Hemayat arbeiten speziell dafür ausgebildete ÄrztInnen, PsychologInnen und PsychotherapeutInnen. Ziel ihrer Arbeit ist es, die Symptome so schnell wie möglich durch Behandlung zu lindern, damit nach einer unerträglichen Vergangenheit zumindest die Gegenwart wieder erträglich wird.

ZUHÖREN UND BEGLEITEN AUF DEM WEG DER TRAUER

Hemayat ist oft die erste Stelle, die Zeuge des entsetzlichen Geschehens wird. Die Familienmitglieder und Freunde sind meist selbst belastet. Deshalb wird versucht, sich gegenseitig zu schonen, und man spricht in der Familie oder im Freundeskreis nicht über das Erlebte. Oft wollen die Opfer auch nicht, dass ihre Familienangehörigen über erlittene Erniedrigungen und Demütigungen oder über erlittene sexuelle Gewalt Bescheid wissen. Ein wesentlicher Pfeiler unserer therapeutischen Arbeit besteht darin, dass das Furchtbare, das mit unseren KlientInnen geschehen ist, gezeigt und ausgesprochen werden darf: Es ist jemand da, der zuhört und das Gehörte aushalten kann.

Wir können nicht wieder gut machen, was geschehen ist. Die Verwandten und Freunde, die oft unter schrecklichen Umständen getötet

wurden, bleiben tot; die Heimat und die damit verbundene soziale Einbettung ist nicht mehr vorhanden. Aber wir können begleiten auf dem Weg der Trauer um all das Verlorene - und so den Blick auf die Zukunft im Exilland Österreich eröffnen.

RESPEKT SCHAFFT VERTRAUEN

Ein Grundprinzip von Hemayat ist der Respekt gegenüber der kulturellen und sozialen Identität der KlientInnen. Um sprachliche Barrieren möglichst gering zu halten, werden besonders geschulte ÜbersetzerInnen beigezogen, die Teil des therapeutischen Settings sind. Folter verletzt, isoliert und macht sprachlos. Im Rahmen einer Therapie geht es daher oft darum, Worte für die unbeschreiblich schrecklichen Erlebnisse von Folter- und Kriegsüberlebenden zu finden. Darum ist es besonders wichtig, dass unsere KlientInnen in ihrer eigenen Sprache sprechen können. Das Einbeziehen von DolmetscherInnen ermöglicht den betroffenen Menschen leichteren Zugang zu den Betreuungsleistungen - selbst kurz nach ihrer Ankunft in Österreich.

RICHTIGE DIAGNOSE - ADÄQUATE VERSORGUNG

Die PsychologInnen, PsychotherapeutInnen und ÄrztInnen von Hemayat verfügen durch ihre langjährige Praxis über das benötigte Spezialwissen, um die richtige Diagnose zu stellen und daraus die notwendige Therapie abzuleiten. Im psychologischen/psychotherapeutischen/psychiatrischen Bereich werden verschiedene Maßnahmen zur Verbesserung des psychischen Zustandes gesetzt:

Kriseninterventionen erfolgen bei akuter, lebensbedrohlicher Destabilisierung, wobei abgeklärt wird, ob zusätzliche stationäre Behandlung notwendig ist.

Kurzzeittherapien helfen den Betroffenen, schwierige Lebensphasen und akute Krisen zu bewältigen und adäquate Lösungsstrategien für die momentane Belastungssituation zu finden.

Die Bearbeitung der traumatischen Erlebnisse erfolgt in Langzeittherapien. Durch die psychische Integration der erlittenen Traumata können dissoziative Zustände verringert bzw. aufgehoben werden. Die schwerwiegende und sozial beeinträchtigende Symptomatik kann gelindert bzw. bewältigt werden, Zukunftsorientierung und langfristige Integration in Österreich wird dadurch erst möglich.

Bei Bedarf bieten wir psychiatrische Behandlung mit einer medikamentösen Therapie an.

PSYCHOTHERAPIE

Bei Hemayat arbeiten PsychotherapeutInnen unterschiedlichster Ausrichtung. Das Spektrum umfasst tiefenpsychologisch fundierte Therapie, Gesprächstherapie, Gestalttherapie und systemische Familientherapie. Wichtig ist die Spezialisierung auf die Behandlung von schwer traumatisierten Menschen. Regelmäßige Supervision und Interventionen unterstützen

die Reflexion von Therapieverläufen und helfen den TherapeutInnen bei der Verarbeitung der belastenden Inhalte. Einige therapeutische Interventionen seien zur Veranschaulichung herausgegriffen:

- Psychoedukation: Hilfreich ist eine genaue Aufklärung der KlientInnen über die Zusammenhänge von erlittenem Leid und auftretenden Symptomen: die Schlafstörungen, die Albträume, die Intrusionen, die nervöse Unruhe, die körperlichen Schmerzzustände, Schuldgefühle, Konzentrationsschwierigkeiten haben Ursachen und hängen mit dem erlittenen Leid zusammen. Häufig ist für die KlientInnen nicht leicht zu verstehen, warum diese Symptome oft erst Monate nach den Ereignissen auftreten und das Leben noch einmal und immer wieder zur Hölle machen. Oft fragen sich unsere KlientInnen: Bin ich noch normal? Deshalb ist es so wichtig, die psychischen Mechanismen posttraumatischer Störungen genau zu erklären. Das entlastet und beruhigt.
- Stabilisierungsübungen sollen helfen, die Häufigkeit der quälenden Symptome zu verringern. Die KlientInnen lernen dabei, diese Zustände zu unterbrechen und zumindest in beschränktem Rahmen bewusst Sicherheit zu erleben, sich in Gedanken und mit ihrer Phantasie einen sicheren Ort zu schaffen, an dem sie sich entspannen und ihre Ängste loslassen können. Eine Schwierigkeit dabei ist, dass AsylwerberInnen oft sehr lange in Ungewissheit leben müssen. Das Asylverfahren dauert oft Jahre; eine Zeit, in der die KlientInnen immer wieder von realer Angst vor Abschiebung in die „bedrohliche Heimat“ gequält werden. Zusätzlich erleben sie nur allzu oft, wie Menschen aus ihrem Umfeld in Schubhaft kommen, plötzlich aus unserem Land verschwinden. Das macht die Entwicklung eines subjektiven Sicherheitsgefühls, das nach schweren Traumatisierungen so wichtig wäre, unmöglich. Wer von Abschiebung bedroht ist, nicht sicher sein kann, ob er/sie in das Land zurück muss, in dem ihm/ihr so großes Leid zugefügt wurde, wird sich

dem Prozess der Auseinandersetzung mit dem Erlebten noch nicht stellen können.

mit dieser wiederbelebten Erinnerung allein gelassen zu werden

- Traumatherapie: Wenn die KlientInnen stabil sind und mit ihren Symptomen besser zurechtkommen, kann begonnen werden, einzelne traumatische Erfahrungen zu bearbeiten: Die Erinnerungen an traumatische Verletzungen können sich ganz wesentlich von den „normalen“ Erinnerungen unterscheiden. Die einzelnen Sinneseindrücke konnten zur Zeit des Traumas auf Grund der emotionalen Überforderung zu keiner zusammenhängenden Geschichte zusammengefügt werden; sie sind oft bruchstückhaft, fragmentarisch im Gedächtnis gespeichert. Teil der Therapie kann es sein, das Erlebte zu rekonstruieren und den genauen Verlauf der Ereignisse und ihre Bedeutung nachzuverfolgen. Der Rahmen für diese Aufarbeitung muss immer vom Gefühl der Sicherheit und des Vertrauens getragen sein. Die Voraussetzung dafür ist eine stabile therapeutische Beziehung, in der der/die KlientIn darauf vertrauen kann, nicht

Die nächste Generation und die Großfamilie

Bei Hemayat wird seit über 15 Jahren Folter-überlebenden Psychotherapie und psychiatrische Unterstützung angeboten. Wir haben in dieser Zeit gelernt, dass wir die Menschen immer im Kontext ihrer sozialen Beziehungen sehen müssen. Kinder und Jugendliche sind hier in ihren Familien zu sehen – mit den Familienmitgliedern, die mit ihnen geflüchtet sind, aber auch mit denen, die in der Heimat geblieben sind und denen, die gestorben oder „verschwunden“ sind.

Kinder werden in diesen dramatischen Ereignissen oft übersehen. Mit Sätzen wie „die sind so klein, die verstehen noch nichts, die haben das Schreckliche eh nicht mitgekriegt“ rücken sie an den Rand der Aufmerksamkeit. Oft braucht es erst einen massiven Hilfeschrei, etwa in Form von besonderer Aggressivität oder extremem Rückzug, damit sie auf ihre Not aufmerksam machen.

Kinder, deren Eltern unmittelbare Opfer von Folter und „Verschwinden lassen“ wurden, sind selber auch Opfer. Die plötzliche und gewaltsame Trennung von den Eltern stellt für Kinder häufig eine kaum bewältigbare Traumatisierung dar und löst massive Angst aus. Oft haben Kinder Gewalt an Familienmitgliedern, die Ermordung von Angehörigen, aber auch die Bedrohung der eigenen Integrität erlebt, ohne dass sie ausreichend durch ihre Eltern geschützt werden konnten. Kinder wurden zu Zeugen der allergrößten Ohnmacht ihrer Eltern, manchmal auch der Vergewaltigung ihrer Mütter. Sie haben ihre Eltern als hilflos, verletzbar und zerbrechlich erlebt.

Eltern, die schwere psychische Verletzungen mit existenzbedrohlichen Traumatisierungen überlebt haben, sind dann meist nicht ausreichend in der Lage, ihren Kindern die nötige Aufmerksamkeit und emotionelle Zuwendung zu schenken. Die Regression der Erwachsenen macht sie selbst so hilfsbedürftig, dass es manchen nicht mehr gelingt, ihre Rolle als

Eltern wahrzunehmen. Zudem fehlt unseren KlientInnen der Rückhalt in der Großfamilie, wie sie ihn meist in der Heimat hatten. Besonders schwierig ist es, wenn Eltern so lärmempfindlich geworden sind, dass sie das Weinen oder bloß die Fragen ihrer kleinen Kinder nicht mehr ertragen können.

Die Kinder erleben die Angst, die Nervosität, die Depressivität und die Schlafstörungen der Eltern mit und übernehmen häufig Rollen in der Familie (z.B. Dolmetschen für die Eltern, „Partnerersatz“, Trösten und Beschützen...), die sie eigentlich überfordern.

Darum wird Eltern bei Hemayat besondere Aufmerksamkeit und Priorität eingeräumt. Psychotherapie, die befähigen soll, wieder Selbstvertrauen zu gewinnen und das eigene Leben wieder altersgemäß und autonom zu gestalten, beinhaltet auch, wieder die Elternrolle übernehmen zu können. Damit ist die psychotherapeutische Betreuung von Müttern und Vätern immer auch ein Stück weit die (Re-)Befähigung,

als Eltern „gut genug“ zu sein, um den Kindern den nötigen Halt und die Geborgenheit zu geben, die sie brauchen.

Im Rahmen von Hemayat nehmen die Bedürfnisse der Kinder eine zentrale Stelle ein. Mittlerweile arbeiten 3 Kindertherapeutinnen für uns, die auf diese besonders bedürftige Zielgruppe spezialisiert sind. Erwünscht wäre nach wie vor ein wesentlich größeres und auch vielfältigeres Angebot (z.B. Kunsttherapie), damit Kindern, die bereits so früh mit Krieg und Folter konfrontiert waren, kompetente Formen der Bewältigung dieser Erfahrungen angeboten werden können. Die finanziellen Mittel dafür fehlen uns allerdings noch.

BRIEF VOM VORSTAND

von Bibiane Ledebur

Liebe Leserinnen! Liebe Leser!

Ein Rückblick auf das Jahr 2012 lässt mich zuerst an unsere langersehnte räumliche Veränderung denken: Wir sind übersiedelt! Hemayat ist in den letzten Jahren stetig gewachsen und unsere Räumlichkeiten sind zu klein geworden. Unsere neue Adresse ist die Sechsschimmelgasse 21 mitten im urbanen 9. Bezirk, nahe der Volksoper. Stolz sind wir, dass trotz Umzug die Arbeit mit unseren KlientInnen unterbrechungsfrei fortgesetzt werden konnte. Unser neuer Standort erlaubt es, dass mehr TherapeutInnen – die vormals in ihren eigenen Praxen werkten – jetzt vor Ort arbeiten können. Dadurch wird intensiverer kollegialer Austausch möglich und wir können uns bei akut auftretenden Problemen besser gegenseitig unterstützen. Auch das Büro und die Buchhaltung

atmen auf, da administrative Vorgänge durch die Anwesenheit der MitarbeiterInnen erleichtert werden. Die größeren Räumlichkeiten erlauben es, neue Therapieangebote anzudenken und bieten genug Platz, um Sitzungen, Teammeetings und Fortbildungen abzuhalten.

Die bereits im Jahr 2011 begonnene Kooperation mit dem Ludwig Boltzmann Institut für Menschenrechte im Rahmen eines Forschungsprojekts dauert an. Die Studie „Der Schutz von Folterüberlebenden, die in Österreich um internationalen Schutz ansuchen“ beleuchtet das Thema aus psychotherapeutischer und juristischer Sicht. Weltweit gibt es kaum vergleichbare Studien zu diesem Thema und wir verfolgen mit Spannung die Arbeit von Dr.ⁱⁿ Ruth Kronsteiner und dem Forschungsteam.

Hemayat hat in den letzten Jahren an Bekanntheit gewonnen. Immer mehr Menschen, die unsere Hilfe brauchen, finden den Weg zu uns. Leider führt diese eigentlich erfreuliche Ent-

wicklung aber zu einer stets länger werdenden Warteliste. Daher gilt für das neue Jahr, dass wir viel Budget brauchen, um dem Auftrag gerecht zu werden! Im Jahr 2012 haben wir 5286 Betreuungsstunden für 692 KlientInnen aus 46 verschiedenen Ländern geleistet. Diese Arbeit wurde durch unser gewachsenes Team an PsychotherapeutInnen, DolmetscherInnen und PsychiaterInnen möglich. Besonders freut uns, dass vier niedergelassene PsychotherapeutInnen jeweils eine/-n KlientIn kostenlos übernommen haben. Unentbehrlich ist auch die Unterstützung unserer ehrenamtlichen MitarbeiterInnen, die uns bei der Organisation von Benefizveranstaltungen sowie bei der Pressearbeit helfen, unsere Computer am Laufen halten und Graphik und Layouts für Hemayat gestalten. An dieser Stelle ein herzliches Dankeschön dafür!

Auch 2012 veranstalteten wir wieder ein Sommerfest für unsere FreundInnen und FörderInnen. Interessante KünstlerInnen und eine spannende Tombola haben das Publikum un-

terhalten. Ernst Molden, österreichischer Schriftsteller und Liedermacher, sang zu später Stunde. Unter den von Einzelpersonen und Unternehmen gestifteten Preisen befand sich beispielsweise eine Reise nach Reykjavik, eine signierte und gerahmte Manuskriptseite von Literaturnobelpreisträgerin Elfriede Jelinek oder ein Hofburgbesuch mit einer Einladung zum Kaffee bei First Lady Margit Fischer.

Es ist uns ein Anliegen, möglichst viele Menschen mit unserer Arbeit zu erreichen und auf die Bedürfnisse von Überlebenden von Krieg und Folter aufmerksam zu machen. Daher bot die Benefizveranstaltung „Orient trifft Okzident“ einen Ohrenschmaus für LiebhaberInnen der klassischen Musik und ein etwas jüngeres Publikum wurde im WUK durch Florian Horwath, The Restless Leg Syndrom, Maschek und viele andere angesprochen. Der Support aus der KünstlerInnenszene bedeutet uns viel.

Die Öffentlichkeitsarbeit zielt natürlich letztlich immer darauf ab, unseren KlientInnen helfen zu

können. Um die bestmögliche Behandlung zu gewährleisten, ist es auch wichtig, dass unsere MitarbeiterInnen sich laufend fortbilden und gute Arbeitsbedingungen vorfinden. So haben wir seit Frühling 2012 endlich eine regelmäßige Supervisionsgruppe für unsere DolmetscherInnen, um sie in ihrer wichtigen, aber oft auch belastenden Arbeit zu unterstützen. Für alle MitarbeiterInnen gab es außerdem eine Fortbildung zum Thema der dolmetschgestützten Therapie. Manchmal ist auch der Außenblick auf eine Organisation sehr wichtig, um Schwächen und Stärken zu erkennen und Veränderungen herbeizuführen. Daher nimmt Hemayat an einem internationalen Peer-Support-Projekt teil. Dieses wird vom IRCT – einer Dachorganisation von 140 unabhängigen Organisationen aus 70 Ländern, die mit Folterüberlebende arbeiten – organisiert. Nach einer Analyse Hemayats durch internationale ExpertInnen, gab es in einem weiteren Schritt ein Trainings- und Vernetzungstreffen in Barcelona. Dieses Projekt wird unsere Strukturentwicklung auch im nächsten Jahr weiter begleiten.

Damit komme ich zum Abschluss meines Streiflichts durch unser Arbeitsjahr. Sie sehen, es ist viel passiert. Ich möchte mich bei allen KollegInnen für die engagierte Arbeit und das gute Miteinander 2012 bedanken. Auch allen FörderInnen ein herzliches Dankeschön für die Unterstützung, die unsere Arbeit erst möglich macht!

Ihre/Eure,

Bibiane Ledebur

PSYCHIATRISCHE BEHANDLUNG BEI HEMAYAT

- Psychopharmakologische Intervention im
Therapieprozess

**von Nora Ramirez-Castillo,
Psychologin**

Wenn unsere KlientInnen den Weg zu Hemayat finden, leiden sie bereits seit Monaten oder gar Jahren unter den komplex verwobenen psychischen und körperlichen Symptomen einer Traumafolgestörung. Fast alle KlientInnen klagen über massive Schlafstörungen, Angst- und Schreckreaktionen und überflutende belastende Erinnerungen an die traumatischen Erlebnisse. Zusätzlich destabilisiert wird der Zustand durch die oft unsicheren Aufenthaltsbedingungen in Österreich, die Trauer um den Verlust der Heimat und die Sorge um zurückgelassene Familienmitglieder.

Eine traumaspezifische Psychotherapie stellt nach derzeitigem Stand der Wissenschaft die effektivste Behandlung von Traumafolgestörungen dar (Flatten et al., 2011). Ist die Symptombelastung aber sehr hoch, kann eine zusätzliche psychopharmakologische Intervention notwendig sein. Die Gabe von Medikamenten wird dann zur Milderung von Symptomen und zur Stabilisierung des Zustandes als therapievorbereitende bzw. therapiebegleitende Maßnahme eingesetzt. Die psychopharmakologische Behandlung kann dazu beitragen, die Intensität intrusiver Erinnerungsphänomene und depressiver Stimmungslagen abzuschwächen, die Angst zumindest tolerabel zu machen sowie die Schlafqualität zu verbessern.

Die posttraumatische Belastungsstörung ist häufig von komorbiden Störungsbildern wie Depressionen oder Angststörungen begleitet, die auf eine medikamentöse Therapie gut ansprechen. Manche Betroffene versuchen, den quälenden Gefühlen und Bildern durch Alkohol- oder Drogenmissbrauch ein Stück weit zu entkommen, oder nehmen Medikamente

ohne ärztliche Verschreibung ein. In diesen Fällen ist eine fachärztliche Betreuung, die diese „Selbstbehandlung“ in eine professionelle überführt, unerlässlich.

Daher kommt der psychiatrischen Betreuung im Vorfeld einer Therapie in vielen Fällen eine wichtige Rolle zu: Durch die bei Hemayat stets knappen Ressourcen und die viel zu langen Wartezeiten auf einen Therapieplatz, bleibt die psychiatrische Behandlung über Monate vielfach die einzige Hilfe, die wir unseren KlientInnen zukommen lassen können. Die Bearbeitung der traumatischen Erinnerungen, der Schuldgefühle, der Probleme mit zwischenmenschlichen Beziehungen und des Vermeidungsverhaltes muss lange auf sich warten lassen und das, obwohl durch einen raschen Therapiebeginn und einen interdisziplinären Behandlungsansatz unseren KlientInnen effektiver geholfen werden könnte.

Während des laufenden psychotherapeutischen Prozesses kann es durch die Auseinandersetzung mit den erlebten Traumata und Verlusten sowie äußeren bedrohlichen Ereignissen zu psychischen Krisen kommen. Durch eine gute Zusammenarbeit mit den FachärztInnen können diese abgefedert werden. Eine kompetente begleitende psychiatrische Versorgung verhindert Übererregungsphänomene und unterstützt dadurch das psychotherapeutische Vorgehen und den Prozess der Traumaverarbeitung.

nissen zu psychischen Krisen kommen. Durch eine gute Zusammenarbeit mit den FachärztInnen können diese abgefedert werden. Eine kompetente begleitende psychiatrische Versorgung verhindert Übererregungsphänomene und unterstützt dadurch das psychotherapeutische Vorgehen und den Prozess der Traumaverarbeitung.

Eine besondere Arbeit

Die Behandlung von Menschen, die Krieg und Folter erlebt haben, stellt die PsychiaterInnen vor eine sehr spezielle fachliche und menschliche Herausforderung: In Österreich geborene und aufgewachsene Menschen sind – zum Glück – selten extrem traumatisiert. Hier gilt es für die ÄrztInnen, sich Praxiswissen zu erarbeiten. Bei einer posttraumatischen Belastungsstörung sind gleichzeitig intrusive Symptome, Übererregungs- und Vermeidungssymptome vorhanden, die beinahe gegensätzlich wirken und daher eine gute Feinabstimmung in der medikamentösen Therapie erforderlich machen.

Für extremtraumatisierte Menschen, die sich in einer fremden Kultur zurechtfinden müssen, ist es schwer, Vertrauen aufzubauen. Daher bedarf es von Seiten der PsychiaterInnen viel Geduld und Verständnis. Es bedeutet auch, sich auf Menschen mit einem anderen kulturellen Hintergrund sowie auf ein dolmetschgestütztes Setting einzulassen.

Wir sind sehr froh, FachärztInnen im Boot zu haben, die sich dieser speziellen Aufgabe widmen und möchten sie an dieser Stelle auch direkt ansprechen: Neben unseren erfahrenen Team-PsychiaterInnen Dr.ⁱⁿ Sabine Fradl und Dr. Sama Maani möchten wir uns an dieser Stelle auch bei den niedergelassenen Fachärzten Dr. Georg Teloni und Dr. Mustafa Osso und beim Team des PSD und der transkulturellen Ambulanz im AKH herzlich bedanken.

Durch die Bereitschaft von Dr. Teloni und Dr. Osso Hemayat-PatientInnen Kassenplätze in ihren Ordinationen zur Verfügung zu stellen, ist eine kompetente und für Hemayat kostengünstige und zeitnahe Behandlung versicherter KlientInnen möglich geworden.

Im letzten Jahr wurden von „unseren“ PsychiaterInnen 378 Stunden fachärztlicher Betreuung geleistet werden!

Fischer, Gottfried & Riedesser, Peter. (2003). Lehrbuch der Psychotraumatologie (3ed.). München: Ernst Reinhardt Verlag

Flatten, Guido; Gast, Ursula; Hofmann, Arne, Knaevelsrud, Christine; Lampe, Astrid; Liebermann, Peter;...Wöller, Wolfgang. (2011) S3 Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. ICD-10: F43.1. Trauma& Gewalt: Forschung und Praxisfelder, 5(3), 202-210

VERRECHTLICHUNG EINES HEILBERUFS

– Psychologisierung einer Rechtssache: Die Gutachtenproblematik in der Abschiebungsfrage, dokumentiert am Fall Frau A.

**von Erwin Klasek,
Psychotherapeut und Vorstandsmitglied**

Mitte März 2008 machte mich im Stützpunkt des Flüchtlingsdienstes der Diakonie in Traiskirchen ein zu seinem Psychotherapie-Termin kommender Patient auf ein Problem im Wartezimmer aufmerksam.

Dort traf ich Frau Miriam A. an, die erstmals und ohne Anmeldung gekommen war. Auf Grund ihres aufgelösten Zustandes trat der vorgehene Patient von seinem Termin zurück. Im Gespräch beschrieb Frau A. einen im Wartezimmer erlittenen Derealisationszustand (1), schilderte unter zunehmender Verzweiflung verschiedene Abschnitte ihrer Biographie,

darunter eine Vergewaltigung mit anschließendem Selbstmordversuch.

Es folgte ein Nervenzusammenbruch, suizidale Einengung (jederzeitige Möglichkeit eines Selbstmordversuches) wurde deutlich beschrieben. („Ich denke täglich an Selbstmord, ich kann wo oben stehen und einfach springen.“)

Deshalb wurde mit dieser Diagnose als Aufnahmeersuchen die Rettung verständigt. Es folgte ein dreitägiger Spitalsaufenthalt mit vorzeitiger Entlassung; diese wegen Frau A.s Sorge um ihren 20-jährigen Sohn - er werde von Wahabiten anagitiert, sei durch den Krieg in Tschetschenien entwurzelt und labil und vielleicht anfällig für extremistische Beeinflussung. Frau A., diplomierte Soziologin und Pädagogin, kommt seither zuverlässig in Trauma-aufarbeitende Psychotherapie, wobei der Fahrtkostenersatz durch die Diakonie für sie und viele im weiten Einzugsgebiet untergebrachte SchicksalsgefährtenInnen die Behandlungen überhaupt erst ermöglicht.

In der Anfangsphase der Behandlung schwerer Traumata geht es um Vertrauensbildung, die

PatientInnen müssen ein Gefühl der sicheren Geborgenheit entwickeln; im Fall vergewaltigter Frauen, die in archaisch-patriarchale Gesellschaften eingebettet sind, kommt dem Vertrauen in die unbedingte Verschwiegenheit des Teams TherapeutIn/DolmetscherIn besondere Bedeutung zu.

(In dieser Wertewelt stellt ja ein Vergewaltigungsoffer einen Fleck auf der Ehre der Familie dar, was mindestens Ächtung zur Folge hat und so dem sozialen Tod gleichkommt; leider wird manchmal der tatsächliche Tod des Verbrechensopfers als letzter Ausweg gesehen - „Ehrenmord“. Deshalb wird eine Begegnung mit dem Täter zusätzlich gefürchtet, weil sich dieser mit der Tat brüsten und damit sein Opfer der Vernichtung preisgeben könnte.)

Erfreulicherweise konnte Frau A. schnell „andocken“ (eine vertrauens- und hoffnungsvolle Beziehung zu mir aufbauen), was sich auch darin zeigte, dass sie den wegen der Vergewaltigung vorgeschlagenen Wechsel zu einer Therapeutin ablehnte – sie habe ihre Geschichte mir erzählt und wolle bleiben, die Gespräche gäben

ihr stets für einige Tage Halt.

Am 26. März meint Frau A., dass man ihr ansehe, was mit ihr geschehen sei. In den Speisesaal gehe sie mit gesenktem Kopf, und vor Tschetschenen habe sie überhaupt Angst. Man könnte mit dem Finger auf sie zeigen. Durch die Erinnerung an das Vorgefallene bekomme sie Schmerzen in den Gliedmaßen, auch Kopfschmerzen, und beginne zu zittern.

30. April.: Parkemed helfe nicht gegen ihre Kopfschmerzen, aber der Arzt sage, das gebe es nicht (weint). Sie habe eine psychologische Untersuchung im Lager (2) gehabt. Es sei schwer gewesen, mit der Psychologin zu sprechen, sie habe sich nicht öffnen können. -?- „Wenn jemand nicht empathisch genug ist, kann ich nicht über mich sprechen. Ich kriege es mit, wenn jemand misstrauisch ist.“

Frau A. lehnt sich plötzlich zurück, hält sich den Kopf, ist bleich und hat Tränen in den Augen. Sie beschreibt ein von den Schultern ausgehendes Schwächegefühl und Ohnmachtsgefahr.

Vom 3. Mai bis 6. Mai ist Frau A. wieder auf der Psychiatrie aufgenommen. Im vorläufigen Arztbrief der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin am Landeskrankenhaus Baden vom 6.5.08 wird eine posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) und eine mittelgradige depressive Episode (F32.1) diagnostiziert. Die Fortsetzung der ambulanten Psychotherapie und fachärztliche Kontrollen werden empfohlen. Diese übernimmt ein Psychiater in Mödling.

Am 7. Mai bringt Frau A. das Ergebnis der Untersuchung im Lager mit – es wird kein Abschiebehindernis festgestellt. Dazu sagt Frau A., die Ärztin habe eben ihren Job gemacht. Sie sei von Anfang an voreingenommen gewesen und habe hart, wie bei einem Verhör, geredet. Frau A. fürchte die Abschiebung wie das Feuer, aber nur wegen der Kinder. Die habe sie mit letzter Kraft gerettet, für sich selbst habe sie gar nichts mehr.

(Gegen Ende: erstmalig ein vorsichtiges Ansprechen der Vergewaltigung.) Es sei unheim-

lich gewesen, das zu erleben. „Stellen sie sich vor, sich selbst von der Seite zu beobachten, wie aus sich herausgetreten, und es geschieht ihnen Schreckliches... (seufzt tief auf) ... ich kann nicht.“

Nach einer Pause: diese Szene habe sie vor Kurzem auf der Straße wiedererlebt, wie in einer Halluzination. Der Unterschied zum wirklichen Ereignis sei aber gewesen, dass sie in der Halluzination noch erstochen und, auch wenn es seltsam klinge, sich selbst vor die Füße geworfen worden sei. Sogar den Blutgeruch habe sie wahrgenommen. Das habe sie der Lagerpsychologin erzählt, doch die habe das ignoriert...

Am 19. Mai schreibe ich einen „Psychotherapeutischen Befundbericht“. Darin komme ich unter detaillierter Beschreibung gewisser Therapieepisoden zur selben Diagnose wie die PsychiaterInnen, was implizit die Belastungen einer Abschiebung ausschließt. Damit liegen der Behörde einander widersprechende Diagnosen vor.

26. Mai: Sie sei immer schon eine Alpha-Persönlichkeit gewesen, eine Respektträgerin. Man sei zu ihr um Ratschläge gekommen. Doch seit dem Verbrechen sei sie wie ein Kabel ohne Schutzmantel. Sie wolle nur mehr schreien und weglaufen, irgendwo hin. (Weint, bittet um Wasser und Taschentücher.) Immer wieder müsse sie verbergen, was sie in sich trage, und beweisen, dass sie ein Mensch sei.

4. Juni: Frau A. beschreibt ein völliges Fehlen jeglichen Gefühls gegenüber dem ihr namentlich bekannten Vergewaltiger. (diagnostisch: affektive Abspaltung, ein dissoziatives Symptom.) Nach längerem Erörtern dieser erstaunlichen Tatsache ist Frau A. zu einer symbolischen Handlung bereit.

Ich schreibe den Namen des Vergewaltigers (sie ist dazu nicht im Stande) auf einen Zettel, der dann in einem entsprechenden Gefäß verbrannt wird. Danach stellt Frau A. fest, dass sie sich zu ihrem Erstaunen erleichtert fühlt.

15. Sept. Die Asylbehörde hat eine weitere Be-

gutachtung veranlasst. Diese hat bei einer Psychologin stattgefunden, von der früher untersuchte PatientInnen Schlimmes berichtet haben. Nennen wir sie E.A., denn so wird sie später in einem äußerst kritischen Artikel im online-Standard aufscheinen.

Frau A. kommt auf die Untersuchung bei E.A. zu reden. Die Psychologin habe sie gequält. Sie habe da nicht mehr klar denken können, sie sei zu aufgewühlt gewesen. Die Belastung des Gesprächs... (weint)... „Ich muss immer wieder beweisen, dass ich ein Mensch bin.“

Oktober: Frau A.s Rechtsberaterin, die der Untersuchung beiwohnte, bekommt das Ergebnis mit der Post und ruft mich an. Sie könne nicht glauben, was E.A. aus dem Gespräch gemacht habe.

So habe Frau A. Antriebslosigkeit beschrieben, und dass sie den ganzen Tag im Zimmer sitze, wobei sie früher interessiert und lebenslustig gewesen sei. Daraus ziehe E.A. den Schluss, dass bei Frau A. keine Störung der Sozialkontakte vorliege.

Überhaupt sei das Gespräch verhörartig geführt worden, über weite Strecken habe E.A. in den Computer getippt, wodurch es keinen Blickkontakt gegeben habe; bei einer Untersuchungsteil sei sie überhaupt aus dem Zimmer gegangen.

Weiters habe Frau A. von der Vergewaltigung erzählt und dass ihr Sohn heute massive Probleme habe, weil er -als Kind- zum Beobachten gezwungen war, doch das komme im Gutachten gar nicht vor.

Ich stelle fest, dass E.A. in ihrem Ergebnis von ihrer üblichen Linie abgewichen ist: anders als in einigen mir bekannten Fällen stellt sie weniger Vortäuschen von Beschwerden („Sie hat mich einen Lügner genannt“) zum Zweck des Erlangens wirtschaftlicher Vorteile fest, sondern sie beschreibt eine Frau, die zwar einiges durchgemacht hat, aber heute wieder ganz gut im Leben steht, unter anderem Dank erfolgreicher Psychotherapie (sic!) - kein Abschiebehindernis. Unfassbar findet Frau A., dass sie von E.A. als „hübsche Frau mit gepflegtem,

blonden Haar und Minirock“ beschrieben wird – sie würde niemals einen Minirock tragen, habe auch keinen, und das „gepflegte, blonde Haar“ sei in Wahrheit „eine Wüste“, „eine Schande“. Tatsächlich hat Frau A. inzwischen einen ca. 12 cm breiten, schwarzbraunen Streifen an ihrem Mittelscheitel, links und rechts hängt es blond herunter.

22. Oktober: Frau A. erleidet während des Gesprächs einen kleinen Zusammenbruch. Beschreibt Stechen in der Herzgegend, krümmt sich. Sagt, dass sie Luft braucht, schleppt sich zum Fenster, sinkt dort zu Boden. „Ich bin zu müde, um zu leben.“

29. Oktober: Frau A.s Rechtsberaterin hat ein weiteres Gutachten veranlasst. Die Untersuchung wurde am AKH (Interkulturelle Ambulanz) durchgeführt.

Frau A.: Nach dem Gespräch mit dem Psychologen im AKH hat sie sich schlecht gefühlt, es sei durch die Untersuchung alles an schlechten Erinnerungen wieder heraufgekommen.

Sie hat, wieder in ihrer Unterkunft - einer Pension - im Garten Entspannung gesucht, dann hat sie ein Nachbar dort bewusstlos gefunden. Er habe gesagt, dass er ihren Mund nur mit Mühe habe aufmachen könne, die Zunge habe schon den Atemweg blockiert.

Das ist ihr schon früher bei starken nervlichen Belastungen passiert. -Wann zuletzt?- Zuletzt, als der negative Bescheid kam; davor nach dem Gespräch mit E.A.

Diese Anfälle fangen mit starken Kopfschmerzen an, eher rechts oben, die dann zu einem Taubheitsgefühl in der linken Gesichtshälfte, einer Lähmung führen. Das kann bis in den linken Arm reichen.

Im später erhaltenen AKH-Gutachten wird, in Übereinstimmung mit allen früher erhobenen Diagnosen (mit Ausnahme derer der „Lagerpsychologin“ und der von E.A.), eine schwere post-traumatische Belastungsstörung mit strikter Behandlungs- und Schonungsbedürftigkeit festgestellt, und damit zum wiederholten Mal, auf rechtlicher Ebene, das Abschiebehindernis. Die Rechtsberaterin erhebt Beschwerde gegen

den Abschiebebescheid.

10. November: Frau A. ist wieder auf der Psychiatrie. Da sie darüber klagt, aus sprachlichen Gründen mit niemandem reden zu können, beschließen wir (das Team Psychotherapeut-Dolmetscherin) spontan einen Besuch. Im Zuge des Besprechens ihrer Selbstmordgedanken und ihrer Pseudohalluzinationen (3) bringe ich ein Beispiel:

Herr B. ging auf eine Eisenbahnbrücke, um von dort vor einen Zug zu springen. Während des Wartens bewegten sich plötzlich die Büsche am Bahndamm wie in starkem Wind, dann teilten sie sich und ich, sein Psychotherapeut, kam hervor und sagte zum ihm: „Magomed, bleib bitte im Leben!“ Da hat er erkannt, dass nicht alles verloren ist, und ist, wie schon länger überlegt, zur Aufnahme ins Krankenhaus gegangen.

Frau A. verstummt, bekommt feuchte Augen und erzählt, dass sie schon oft, wenn der Tod als der einzige Ausweg erschien, mein Gesicht „gesehen“ hat, und dass sie vielleicht deshalb noch am Leben ist.

Frau A. bleibt bis 26.11. stationär, Diagnose:

Posttraumatisches Syndrom, Verdacht auf dissoziative Störungen (4).

11. Dezember: Im online-Standard erscheint ein kritischer Artikel über systematische Missstände in E.A.s Gutachtenpraxis:

*„Als hätte jemand meinen Kopf zertrümmert“
Schwere Vorwürfe gegen Wiener Psychologin, die für
Asylbehörden Gutachten erstellt - Schwertraumatisierte „wie Betrüger“ behandelt*

„Ich kann nicht mehr“, sagte er und bat um eine Pause.
„Du musst“, erwiderte die Psychologin.

Wer tiefe Risse in der Seele hat, versucht verzweifelt, sie zu verschütten. Nur speziell geschultes Personal sollte eingesetzt werden, wenn es darum geht, das Trauma offen zu legen, fordern KritikerInnen.

Für Verwunderung sorgt bei Psychiater Sama Maani auch die Auflistung der von A. durchgeführten Testverfahren: Um all diese Tests durchzuführen, benötige man mindestens fünf, im Normalfall und unter Berücksichtigung des Zeitaufwands fürs Dolmetschen sogar bis zu neun Stunden, so Maani. A. gibt jedoch an, mit zwei Stunden ausgekommen zu sein - zuzüglich der nötigen Zeit für das klinische Gespräch.

Kriterien erfüllt

Für derStandard.at war E.A. trotz mehrerer Telefonkontakte zu keiner Stellungnahme bereit und verwies auf ihre Anwältin. Im Innenministerium heißt es, A.s.

Gutachten erfüllten alle geforderten Qualitätskriterien. Gutachten müssten logisch, in sich schlüssig, begründet und nachvollziehbar sein und den Regeln der ärztlichen Kunst entsprechen. „Wenn wir uns an diese Standards halten würden, wären wir ja ganz gut unterwegs“, sagt Barbara Preitler, auf Folterüberlebende spezialisierte Psychologin und Therapeutin.

Denn das Problem liegt in der Auslegung dieser Kriterien: Um Traumagutachten erstellen zu können, braucht man in Österreich keine Spezialkenntnisse in Psychotraumatologie. Auch Testverfahren, die speziell zur Erkundung einer PTSD entwickelt wurden, sind nicht vorgeschrieben. Wie die GutachterInnen zu ihren Befunden kommen, bleibt ihnen überlassen.

Erneut traumatisiert

Die Vorwürfe gegen E.A. verdeutlichen die Schwachpunkte des österreichischen Gutachtensystems im Asylverfahren. Die Diskussion ist nicht neu: Traumatisierte Flüchtlinge würden der Gefahr ausgesetzt, im Kontakt mit ungeeigneten GutachterInnen erneut traumatisiert zu werden, kritisieren die einen. Viele Befunde ließen zu wünschen übrig, Traumatisierte würden systematisch zu seelisch gesunden Menschen stilisiert. Asylsuchende würden alles daran setzen, als traumatisiert eingestuft zu werden, bemängeln die anderen: Es sei also nur allzu berechtigt, den Flüchtlingen nicht alles zu glauben, was sie in puncto Verfolgung und Folter erzählen.

„Gutachtenverwehrlosung“

„Natürlich versuchen manche, ein Trauma vorzutäuschen“, sagt Klaus Ottomeyer, Professor am Institut für Psychologie an der Uni Klagenfurt, der dem Thema „Gutachtenverwehrlosung“, wie er es nennt, ein eigenes Buch gewidmet hat. Gut geschulte Gutachter würden auf solche Täuschungsmanöver aber nicht hereinfallen: Denn wahrhaft Traumatisierte hätten „eine ganz eigene Qualität der Erzählung“, deren Systematik relativ gut erforscht sei. Dieses Fachwissen könne sich kein Asylwerber anlesen und glaubhaft umsetzen: „Und wenn er das schafft, dann ist er so genial, dass man ihn sowieso hierbehalten sollte“, scherzt Ottomeyer.

„Jeder, der meint, er kann das“

Mehr Fachwissen fordert Ottomeyer hingegen von den GutachterInnen: Während in Deutschland vor einigen Jahren strenge Standards für Gutachten und Qualifikationsvorgaben für GutachterInnen eingeführt wurde, dürfe in Österreich „jeder, der meint, er kann das“, diesen Job verrichten. Die Folge: Gutachten „voller Widersprüche“: Dass im Untersuchungsprotokoll mehrere Traumasymptome aufgezählt würden, der Gutachter am Ende aber dennoch kein Trauma feststelle, kommt laut Ottomeyer „sehr häufig“ vor.

Der Uniprofessor will keine Willkür unterstellen, er ortet „entweder Schlampigkeit, oder eine grobe Unkenntnis der Traumasymptomatik“. Letztere sei schließlich auch kulturabhängig: So würden sich beispielsweise bei westafrikanischen Flüchtlingen Traumata häufig in

„erstaunlichen Körpersymptomen“, wie etwa dem Gefühl, man könne „das eigene Herz von außen schlagen hören“, äußern. „Wer das nicht weiß und nicht sensibel abfragt, wird zu keiner richtigen Diagnose kommen können, so Ottomeyer.

Politik in der Medizin

Letztlich geht auch vom Zweck des Gutachtens ein gewisser Druck aus: Sowohl GutachterIn als auch der/die Untersuchte wissen, dass das Ergebnis der psychologischen Untersuchung Einfluss auf eine Entscheidung hat, die keine medizinische, sondern eine politische ist. Ob jemandem eine Abschiebung zumutbar ist, könne nicht allein den PsychologInnen überlassen werden, fordert Ottomeyer: „Das ist Aufgabe der Juristen.“

14. Jänner 2009: Frau A. kommt bleich und mit violetten Augenringen zur Therapie. Sie hat wieder einen Abschiebebescheid erhalten. Im Bescheid sei immer wieder von E.A.s Untersuchung die Rede, alle für ihre Schutzbedürftigkeit sprechenden Schreiben seien kaum erwähnt. Ihre Rechtsberaterin hat in der Zwischenzeit gekündigt, Frau A. wendet sich an Asyl in Not. Dort wird man im Wissen um die minimale Erfolgchance eine Beschwerde an den Verfassungsgerichtshof richten.

Mai 2010: Frau A. wartet dank der kämpferischen Hartnäckigkeit ihrer Rechtsvertretung immer noch auf den Abschluss ihres Asylverfahrens. Nach vielerlei Beschwerden konnte die Abschiebung verhindert werden, nun ist wieder der Asylgerichtshof am Zug.

Von Einfluss sein sollte auch, dass es die Kreise, denen meine „Psychotherapeutischen Befundberichte“ ein Dorn im Auge sind, übertrieben haben und Gegenmaßnahmen ergriffen wurden: Frau A.s Rechtsvertretung hat in einem anderen Fall E.A. als von der Behörde vorgesehene Gutachterin wegen Befangenheit abgelehnt und eine ausführliche Dokumentation beigelegt. Zum Glück läuft die Therapie mit Frau A. gut, sie kommt nach wie vor wöchentlich und hat gute Fortschritte gemacht. Sie löst sich zunehmend aus dem von klein auf internalisierten archaischen Wertesystem, nach dem sie jedenfalls den sozialen, wenn nicht den physischen Tod sterben müsste. Sie hat wieder Wünsche an das Leben, die depressiven Phasen sind seltener und weniger dramatisch geworden.

2011: Frau A.s älterer Sohn, um dessen neugeborenes Kind sie sich rührend kümmert, weil sich die jungen Eltern dem Baby nicht genug widmen, hat von Frau A.s Exmann erfahren, dass Frau A. „ein Problem darstellt.“ Daraufhin beschimpft er sie wüst, spricht ihr das Recht, zu leben ab und würgt sie. Frau A. flüchtet mit dem jüngeren Sohn ins Frauenhaus. Dieses informiert den Pensionswirt, um zu vermeiden, dass er Frau A. von der Grundversorgung abmeldet, womit sie neben der Versorgung auch die Krankenversicherung verlieren würde. Er tut es trotzdem. Der ältere Sohn zieht seinen Asylantrag zurück und fährt mit Frau A.s Enkel und ihrer Schwiegertochter nach Tschetschenien. Der Pensionswirt stellt Frau A.s Habseligkeiten in den Hof, wonach unter anderem ihr Pass und ihre Uni-Diplome fehlen.

Ende 2012: Frau A. hat vom Asylgerichtshof zwar keine Asylgründe zuerkannt bekommen, jedoch den subsidiären Schutz (5), befristet auf ein Jahr.

Sie kommt nach wie vor wöchentlich und gut

motiviert in die Therapie, braucht aber wegen der Erfolge ihres Ehrgeizes, Deutsch zu lernen, kein Dolmetschen mehr.

Sie hat ganz wesentlich an Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen gewonnen, findet immer wieder eine befristete Arbeit und ist sich dabei für nichts zu schade.

Die aktuellen Themen in der Psychotherapie sind aktuelle Sorgen:

- Ihr Sohn besucht die Schule erfolgreich und ist dort beliebt. Doch ist er auffallend klein und zart, und er leidet unter Harnverlust und Einkoten, manchmal auch tagsüber. Eine Psychotherapie an einer Einrichtung, die sich traumatisierten Kindern widmet, ist organisiert und wird demnächst beginnen.
- Frau A. kennt viele Fälle, in denen der subsidiäre Schutz nicht verlängert wurde und die Betroffenen ausreisen mussten. Wenn sie die Sprache darauf bringt, zeigt sich, dass ihr Zugewinn an Stabilität relativ ist. Sie kämpft mit Tränen, bekommt stechende Kopfschmerzen, ist verzweifelt – es sei völ-

lig unmöglich, dass sie nach Tschetschenien zurückkehre, das würde ihren Tod und den Verlust jeder Perspektive für ihren dann stigmatisierten Sohn bedeuten.

- Die von Ute Bock dankenswerter Weise zur Verfügung gestellte Wohnung besteht aus einem nicht lüftbaren Vorraum, der auch Küche und Duschplatz ist, und einem Kabinett, beides ohne Kaminanschluss. Mit sinkenden Außentemperaturen wurde die mittels Heizlüfter schlecht beheizbare Wohnung feucht und klamm, die überstrichenen Schimmelflecken sind wieder durchgebrochen. Der Sohn friert leicht, Frau A. hat gesundheitliche Bedenken – die Frage Wärme oder frische Luft sorgt für häufige Spannungen. Ohnehin ist das Zusammenleben im durch das einzige (!) Bett stark beengten Kabinett spannungsanfällig. Doch haben verschiedene Versuche, Frau A. und ihrem Sohn zu einer erträglichen Wohnung zu verhelfen, bisher kein Ergebnis gebracht.

(1) Derealisation - Eine Störung, bei der die Patienten beklagen, dass ihre geistige Aktivität, ihr Körper oder die Umgebung sich in ihrer Qualität verändert haben und unwirklich, wie in weiter Ferne oder automatisiert erlebt werden. Sie können das Gefühl haben (...), dass ihre Bewegungen und ihr Verhalten irgendwie nicht ihre eigenen seien; dass ihr Körper leblos, losgelöst oder sonst anormal sei; dass die Umgebung ohne Farbe und das Leben künstlich oder wie auf einer Bühne erscheint, auf der Menschen erfundene Rollen spielen. In einigen Fällen fühlen sich die Menschen, als ob sie sich mit Abstand selbst zuschauen, oder als ob sie tot seien. Am häufigsten ist bei diesen Phänomenen die Klage über den Gefühlsverlust. (Aus dem Diagnoseschlüssel ICD-10.)

(2) Das Innenministerium beschäftigt im Lager Traiskirchen („Erstaufnahmestelle Ost“) ÄrztInnen, die „Gutachtliche Stellungnahmen im Zulassungsverfahren gemäß § 10 AsylG 2005“ verfassen. Es geht dabei um die Frage, ob einer beabsichtigten Abschiebung „schwere psychische Störungen“ entgegenstehen.

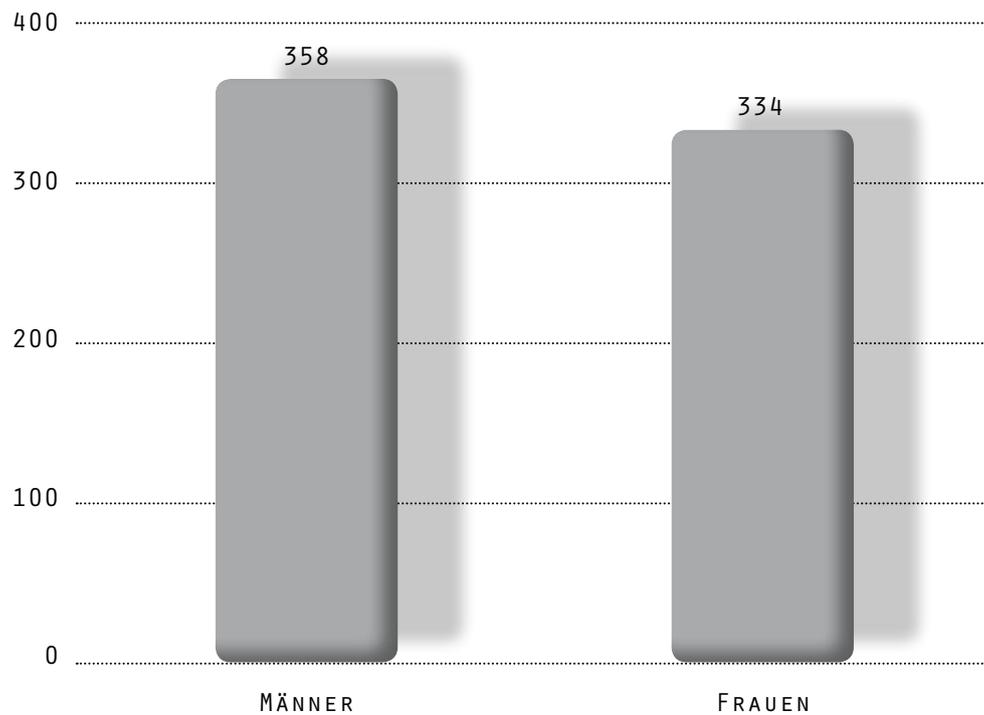
(3) Bei der echten Halluzination wird die Wahrnehmung (meist optischer, akustischer oder taktiler Natur) für real gehalten; bei der Pseudohalluzination ist der wahrnehmenden Person bewusst, dass das sinnlich Wahrgenommene in der Realität keine Entsprechung hat.

(4) Dissoziative Störung: Das allgemeine Kennzeichen ist der teilweise oder völlige Verlust der normalen Integration von Erinnerungen an die Vergangenheit, des Identitätsbewusstseins, der unmittelbaren Empfindungen sowie der Kontrolle von Körperbewegungen. (Aus dem Diagnoseschlüssel ICD-10.)

(5) Subsidiärer Schutz ist eine Aufenthaltsberechtigung nach dem Asylgesetz, die dann gewährt werden kann, wenn angeführte Fluchtgründe zwar nicht als Grund für eine Asylgewährung gewertet werden, aber die Lage im Herkunftsland eine Rückkehr derzeit unmöglich macht. Subsidiärer Schutz wird immer nur mit einer Befristung von meist 1-2 Jahren gewährt und wird je nach Entwicklung der Lage im Herkunftsland verlängert oder nicht. Im Unterschied zu Asylberechtigten braucht man mit dem Status „subsidiärer Schutz“ eine Arbeitsbewilligung, die oft schwer zu bekommen ist.

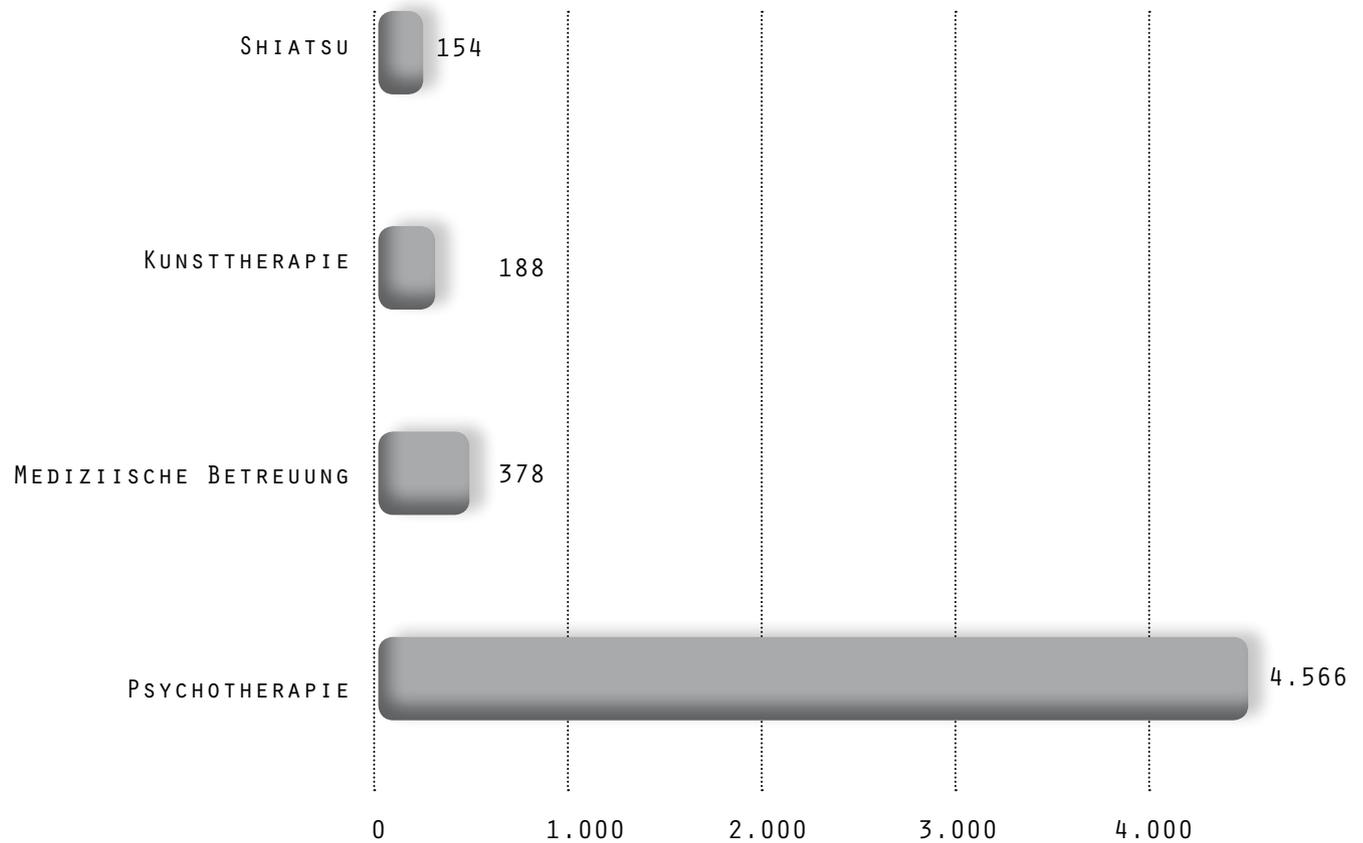
Jahresstatistik 2012

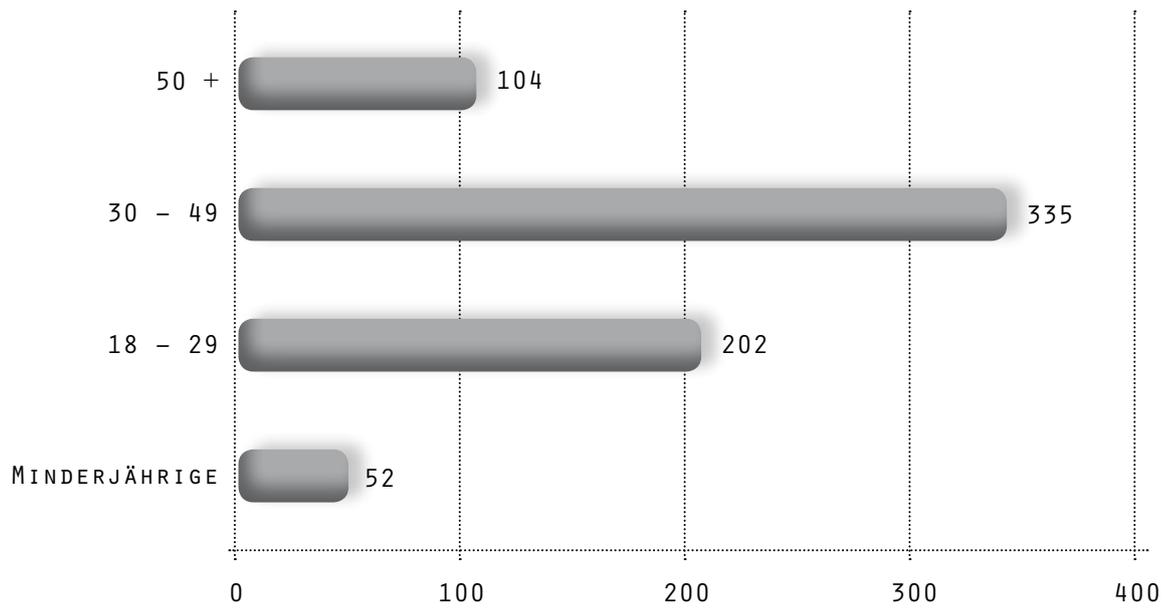
**Im vergangenen Jahr wurden insgesamt 692
KlientInnen bei Hemayat betreut.**



Länderstatistik 2012

		Kosovo	6
Afghanistan	109	Libanon	3
Ägypten	3	Marokko	1
Albanien	1	Moldawien	1
Algerien	4	Mongolei	1
Angola	1	Nigeria	7
Armenien	13	Pakistan	3
Aserbajdschan	3	Palästina	3
Äthiopien	1	Ruanda	1
Bangladesch	3	Russische Föderation:	
Bosnien Herzegowina	14	Dagestan	7
Burundi	1	Inguschetien	3
Elfenbeinküste	1	Tschetschenien	320
Eritrea	2	Russische Föderation	7
Estland	1	Serbien	5
Gambia	3	Sierra Leone	1
Georgien	20	Somalia	17
Guinea	2	Sudan	3
Guinea Bissau	1	Syrien	7
Indien	2	Tadschikistan	1
Irak	18	Tibet	1
Iran	61	Tunesien	1
Kamerun	3	Türkei	21
Kasachstan	2	Ukraine	1
DR Kongo	1	VR China	1

Stundenstatistik 2012

Alter unserer KlientInnen

TEAMMITGLIEDER

Vorstand

Friedrun HUEMER, Obfrau
 Martin SCHENK, Obfrau Stellvertreter
 Erwin KLASEK, Kassier
 Jana KAUNITZ
 Bibiane LEDEBUR
 Nikolaus KUNRATH
 Siroos MIRZAEI, kooptiert

Büro

Cecilia HEISS, Geschäftsführung
 Katharina LICHTBLAU, stellvertr.
 Geschäftsführung
 Brigitte HEINRICH, Büroleitung
 Ulrike BACHMAIER, Buchhaltung
 Christine STOIDL, Lohnverrechnung
 Alicia AMPUERO-ROJAS, Reinigung
 Aurora VODOS, Reinigung

DolmetscherInnen

Eva ADENSAMER, Russisch
 Faisal AHMADZAI, Dari, Farsi, Hindi, Paschtu, Urdu
 Ali ALASOW MOHAMED, Arabisch, Somali
 Faime ALPAGU, Kurdisch (Kurmanci), Türkisch
 Ardjanik ARAKELY, Armenisch
 Kiyemet CEVIZ, Kurdisch (Kurmanci), Türkisch
 Otgonbayar CHULUUNBAATAR, Mongolisch
 Marija DABIC, Englisch, Bosnisch-Kroatisch-Serbisch, Russisch
 Nataliya DUMS, Russisch, Ukrainisch
 Maria ESHO, Arabisch, Aramäisch
 Hui-Ju HSIEH, Chinesisch (Mandarin)
 Rasan IRANSHAHR, Farsi
 Alisa IZMAYLOVA, Russisch
 Jana KAUNITZ, Russisch
 Nino KORELI, Georgisch, Russisch
 Tadeja LACKNER, Bosnisch-Kroatisch-Serbisch
 Nasrin MAALIN, Somali
 Daneta MEMISEVIC, Bosnisch-Kroatisch-Serbisch
 Elisabeth NAMDAR-PUCHER, Russisch
 Samira NASEREE, Dari, Farsi
 Sabrina PAYWAND, Dari, Farsi, Paschtu, Urdu
 Mansoor SABERIN, Dari, Hindi, Paschtu, Urdu
 Marinela SADUSHI, Albanisch
 Mohamed SALEBAN, Somali
 Iryna SCHWENNER, Russisch
 Katarina STEFANOVIC, Bosnisch-Kroatisch-Serbisch
 Edith STEPANOW, Französisch, Russisch
 Anahita TASHAROFI, Farsi, Dari
 Mara TESAR, Russisch
 Malika YAHYAEVA, Russisch, Tschetschenisch
 Asmaa ZAHID, Somali

TherapeutInnen

Barbara BANKL-BAH, Klinische Psychologin
Sonja BRAUNER, Psychotherapeutin, Kinder
Irmgard DEMIROL, Psychotherapeutin
Helga EHRMANN-FALKENAU, Psychotherapeutin
Silvia FRANKE, Psychotherapeutin
Ruth HEIDINGER, Klinische Psychologin
Cecilia HEISS, Klinische Psychologin
Nina HERMANN, Psychotherapeutin
Friedrun HUEMER, Psychotherapeutin
Tamara JUPITER, Psychotherapeutin
Erwin KLASEK, Psychotherapeutin
Birgit KOCH, Kunsttherapeutin
Ortrun KÖHLER, Shiatsu-Therapeutin
Ruth KRONSTEINER, Psychotherapeutin
Bibiane LEDEBUR, Psychotherapeutin
Miriam LEHNER, Klinische Psychologin, Psychotherapeutin
Edita LINTL, Kindertherapeutin
Ricarda PERZ, Psychotherapeutin, Kinder
Barbara PREITLER, Psychologin, Psychotherapeutin
Maria RAAB, Psychotherapeutin, Kinder
Nora RAMIREZ-CASTILLO, Psychologin
Helga SCHMIEDBERGER, Psychotherapeutin
Roman SCHWEINBERGER, Shiatsu-Therapeut
Sonja SCHWEINHAMMER, Psychotherapeutin
Gundi SIEGL, Psychotherapeutin
Willi TAUBER, Psychotherapeut
Stefan WALDNER, Psychotherapeut

Afsaneh WEIHS-RAFSANDJANI, Psychotherapeutin

Ursula WEIXLER, Psychotherapeutin

Sigrid WIELTSCHNIG, Psychotherapeutin

Gerti WYSKOCIL, Ärztin, Psychotherapeutin

ÄrztInnen

Sabine FRADL, FÄ f. Psychiatrie

Sama MAANI, FA f. Psychiatrie

Siroos MIRZAEI, FA f. Nuklearmedizin

Ehrenamtliche MitarbeiterInnen

Joan AVERY

Marlies BURKHARD

Esther DEUTSCH

Robert DRAPELA

Alexia GERHARDUS

Manuchehr GHAZANFARI

Johannes FISCHER

Nina HORACZEK

Andreas HUBER

Alisa IZMAYLOVA

Anita KÖNINGER

Lore KRONSTEINER

Marco LIBERDA

Oskar LOSCHAN

Anahita TASHAROFI

Helmut SCHERBICHLER (T.S. KUHAZKA)

ÖFFENTLICHKEITSARBEIT/ HEMAYAT IN DER PRESSE

5. Jänner 2012: typischich.at: Aus alt mach neu: Promi-Hemden für Kinder. Der Bundespräsident und das Löwenkleid.

27. Jänner 2012, 10:00 – 12:00 Gedenkkundgebung Heldenplatz. ww.jetztzeichensetzen.at. Hemayat, als einer der Unterstützer und Aktivisten gegen Rassismus, Antisemitismus und Rechtsextremismus in Österreich und EU.

22. März 2012, 9.00 – 17.00: Tagung: „Kinderschutz auf der Flucht. Flucht – Trauma – Retraumatisierung – ein Blick auf die österreichische Landschaft. 10 Jahre Kinderschutzlehrgang: Sonja Brauner: „Heimatlos – Traumatherapie mit Kindern, die Krieg und Flucht überlebt haben.

21. April 2012: Kabarett im Rabenhof: Mascheks. Reinerlös an Hemayat

Mai 2012: Zwischenwelt, Nr. 1-2: Friedrun Huemer: „Flucht und Trauma in der Gegenwart“. Die Situation von asylsuchenden Frauen als psychosozialer und psychotherapeutischer Sicht.

24. Mai 2012, 19. Uhr Moving cultures: Alte

Schieberkammer am Wiener Meiselmarkt, 1150 Wien Podiumsdiskussion „Fluchtlinien. Kunst und Trauma.“ mit Sonja Brauner

Juni 2012: Apropos, Salzburg: „Vorurteile geben Sicherheit“ Interview mit Martin Schenk (v. Michaela Gründler)

Juni 2012: Ankündigungen für das Sommerfest am Badeschiff in folgenden Medien: Die Presse am 22.6.12, Format am 22.6.12 am 6.6.12, Wienerin am 17.6.12, facebook diverse, Die Furche am 14.6.12, Der Standard (Rondo) am 15.6.12, Freizeit Kurier am 16.6.12, Bezirkszeitung am 20.6.12, Heute am 22.6.12, Falter Nr.24 und 25, Der Standard Online 20.6.12, Wien Heute ORF2 20.6.12 und am 21.6.12]

4. Juni 2012: Profil Nr. 23: Ro Raftl: Mitgefühl und Mäuse. Nobelpreisträgerin für die Wand: signierte Jelinek-Manuskriptsiete. Einfach so für Hemayat zu spenden schadet nicht.

6. Juni 12: typischich.at: Benefiz für traumatisierte Kinder

12. Juni 2012: Kinderschutzzentrum Wien, Arbeitskreis für Kinder- u. JugendlichenpsychotherapeutInnen: „Heimatlos“ – Traumatherapie mit Kindern, die Krieg und Flucht überlebt haben. Sonja Brauner Moderation v. Mag. Maria Raab

13. Juni 2012: Falter Nr. 24: Kabarett anschau-

en, Preise gewinnen, Flüchtlinge unterstützen
von Ruth Eisenreich

15. Juni 12: Wiener Zeitung Online: Sommerfest
von Hemayat

17. Juni 2012: Die Presse, S. 34: „Ein ganz normales Leben. Folteropfer in Österreich“: Der Verein Hemayat hilft Kriegsüberlebenden, die Folgen von Folter und Gewalt zu überwinden. Dabei zittert der Verein selbst um seine Existenz. von Eva Winroither

20. Juni 2012: Kurier: „Wenn der Krieg im Kopf der Kleinsten noch weitergeht.“ Interview mit Sonja Brauner

20. Juni 2012: Falter Nr. 25: Party für die gute Sache: das Hemayat Sommerfest

22. Juni 2012, 19. Uhr: Badeschiff: Das zweite Sommerfest. Wein und Bier Verkostung mit Bierpapst C. Seidl und Wiensommelier Thomas Köberl; Musikalische Begleitung: 3 von 5/8erl in Ehr'n; Tombola. Spende ab 12 Euro, Gesang des Liedermachers und Schriftstellers Ernst Molden, DJ Nina Horowitz

23. Juni 2012: ORF 2, Seitenblicke: Auf dem Badeschiff feierte der Verein Hemayat sein 2. Sommerfest

25. Juni 2012: Der Standard: Heisses Fest für Kinder brachte 22.000€

15. August 2012: Falter, Nr. 33: „Ich bin ein

Volks—Rock'n-Roller“ Interview mit Andreas Gabalier

16. August 2012: Wiener Zeitung Thema: Traumatisierung: „Erst wenn der Krieg endet, beginnt der Kampf“, B. Preitler

3. September 2012: www.aktuell.evangelisch.de: Hilfe bei Trauma: „Die Hoffnung verhindert das Trauern“ Interview mit B. Preitler. Viele Angehörige leiden darunter, dass sie keine Gewissheit über das Schicksal ihrer Vermissten haben.

14. September 12: typischich.at: Stimmen gegen Folter

19. September 2012 Falter, Nr.38: „Man muss ihn (Falter) halt lesen. Es geht nicht anders...“ Falter feiert 35en Geburtstag. F.Huemer

24. September 2012: Profil, Nr. 39, Salon Raftl. Therapie. 200 Folter- und Kriegsüberlebende warten auf einen Therapieplatz. Benefizkonzert im WUK.

26. September 2012: Falter: Nr. 39 Einmal selbst auf der Flucht sein: Die „lange Woche der Flucht“ wirbt um Verständnis für Asylwerber von Nina Horaczek

Oktober 2012: Ankündigungen für das Benefizkonzert im WUK in folgenden Medien: Wiener Zeitung am 29.9.12; Die Presse (Schaufenster) am 28.9.12, Facebook, Falter am 26.9.12, , FM4 am 29.9.12)

Oktober 2012: Soziale Sicherheit: Psychotherapie für Flüchtlinge. Vom Wohlwollen und dem politischen Willen. Asylwerber – Psychotherapie nach Extremtraumatisierung.

Oktober 2012: www.connectingpeople.at: „Ein Trauma ist nicht angeboren, sondern wird erzeugt!“ B.Preitler von Kerstin Kellermann

1. Oktober 2012: 20.00 – 02.00: WUK : Benefizkonzert unter dem Motto „Stimmen gegen Folter und für Hemayat“ mit Nino aus Wien, maschek, Playbackdolls, Florian Horwath, Roy de Roy

22. Oktober 2012: 23.00 Uhr: 3 Sat: Bei lebendigem Leibe – Folteropfer erzählen. Eine Dokumentation von Sabine und Michael Ranocha

November 2012 – April 2014 Lehrgang „Kinderschutzarbeit“ Veranstalter: INKiJu Interdisziplinäres Netzwerk für Kinder und Kinder Hinterbrühl mit Sonja Brauner

2. November 2012: 18.00 Uhr: Baha'i Center Austria: Ein Benefizabend zugunsten von „Hemayat“. Klassische Musik „Orient trifft Okzident“: Nariman Ali Gouche, Indira Uteuova usw.

24. November 2012: Der Standard Online: Was bezweckt der Flüchtlingsmarsch? von Irene Brickner

27. November 2012: kathweb- Katholische Presseagentur Österreich: Asyl: NGOs fordern menschenwürdige Lebensbedingungen.

27. November 2012: Kleine Zeitung Online: Asylpolitik, die „krank macht“?

5. Dezember 2012: Der Standard: Abschiebung nach v. Andre Ballin & Irene Brickner

SUBVENTIONSGEBER UND SPENDERINNEN

EFF - Europäischer Flüchtlingsfonds

BMI - Bundesministerium für Inneres

FSW - Fonds Soziales Wien

MA 17 - Abteilung für Integrations- und
Diversitätsangelegenheiten

UNVFT - United Nations Voluntary Fund
for Victims of Torture

BKA - Bundesministerium für Frauen,
Medien und öffentlichen Dienst

OeNB - Oesterreichische Nationbank

BMWFJ - Bundesministerium für Wirtschaft,
Familie und Jugend

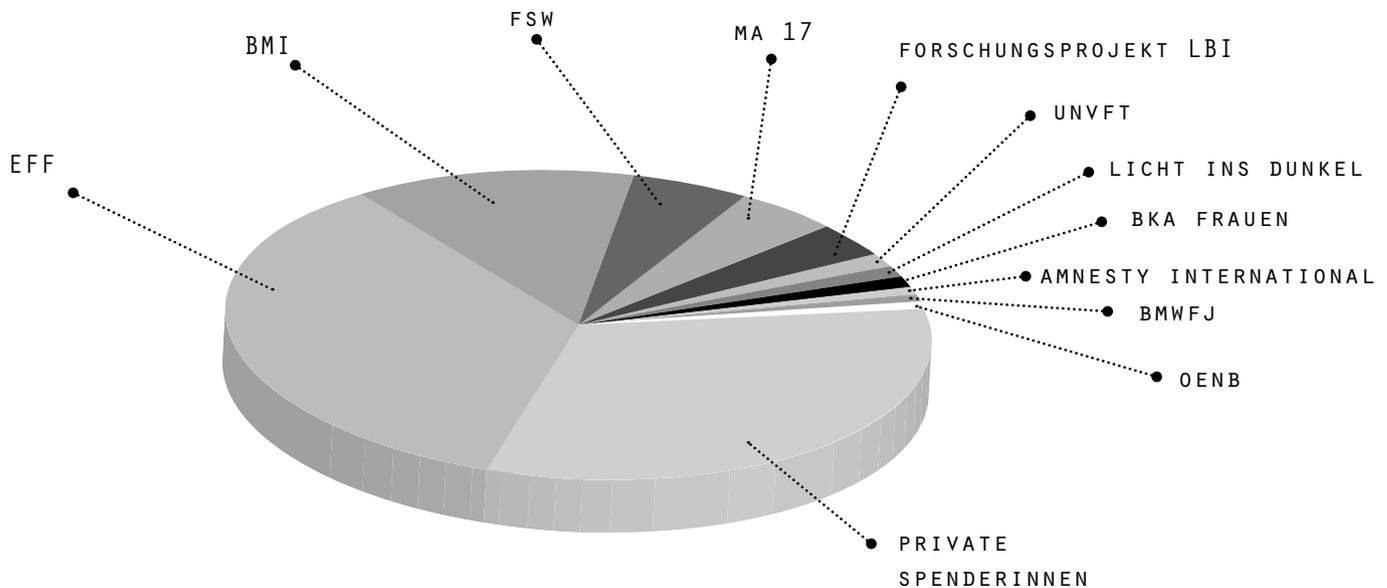
Karl Kahane Stiftung

ÖAR - Österreichische Arbeitsgemeinschaft
für Rehabilitation (= Licht ins Dunkel)

ai - Amnesty International

Und viele EinzelspenderInnen

Einnahmen 2012



bittet Sie um Unterstützung!

ERSTE BANK: BLZ: 20 111

KONTONUMMER: 28 446 099 600

IBAN: AT052011128446099600

BIC: GIBAATWW



SPENDEN SIND
STEUERLICH
ABSETZBAR
REG.NR.SO 1258



HEMAYAT

Betreuungszentrum für Folter- und Kriegsüberlebende

www.hemayat.org