

GEWALT- UND FLUCHT-TRAUMATA

Psychotherapie mit geflüchteten Kriegsopfern

Weltweit sind derzeit über 70 Millionen Menschen auf der Flucht. Zahlreiche von ihnen erreichen Europa und die Schweiz. Neben komplexen psychischen Problematiken kommen sprachliche und kulturelle Besonderheiten zum Tragen, die PsychotherapeutInnen vor grosse Herausforderungen stellen.

Es stellt sich immer wieder die Frage, ob Migration psychisch krank macht. Auch wenn es sich zweifellos um ein kritisches Lebensereignis handelt, gibt es viele Beispiele geglückter Migration, wo Menschen in der Hoffnung auf ein besseres Leben in der Ferne grösstmögliche Ressourcen mobilisieren können.

Im Falle von Flucht aufgrund von Krieg und Vertreibung muss aber von besonders schweren Migrationsbedingungen ausgegangen werden. Die Flucht erfolgt meistens unvorbereitet und unfreiwillig. Dieser Entscheidung vorangegangen ist ein Leben in permanenter Gefahr oder unter menschenunwürdigen Bedingungen, wozu Bombardierungen, Hungersnot, Bedrohung von Familienangehörigen sowie Obdachlosigkeit gehören können. Eine besonders schlimme Form betrifft die Verfolgung der eigenen Person oder Familie aufgrund einer bestimmten politischen, religiösen oder ethnischen Zugehörigkeit. In ihrer extremsten Ausprägung, der Folter, geht es nach Janoff-Bulmann (1992) darum, über die demütigende Zufügung von Schmerzen den Kern der Persönlichkeit zu treffen und so die Grundfesten der menschlichen Existenz zu erschüttern.¹ Es ist bekannt, dass von Menschen angerichtete Traumata (Men-made Trauma) sowie multiple Traumatisierungen (Typ-II-Traumata) besonders schwerwiegende Folgen auf die Psyche haben.²

Gerade vulnerable Personen sind auf den gefährlichen Fluchtwegen häufig weiteren Traumatisierungen ausgesetzt. Diese reichen von tagelangen Märschen über wenig Nahrung, Zwangsarbeit bis hin zu Inhaftierungen und sexueller Gewalt. Einmal trotz aller Widrigkeiten im Gastland angekommen, ist die Hoffnung, endlich zur Ruhe zu kommen und Schutz zu erhalten, gross. Die Desillusionierung, die viele Geflüchtete im Verlauf von langen Asylverfahren und schlechten Lebensbedingungen in Asylheimen erfahren, wird häufig als noch grösserer Einbruch geschildert als die Traumatisierungen in der Heimat. Wenn einen bis anhin die Hoffnung auf ein sicheres Leben im Ausland in einem gewissen Überlebensmodus gehalten hat, machen sich bei langem Warten auf eine Aufenthaltsbewilligung im Gastland oft Erschöpfung, Perspektiv- und Haltlosigkeit breit. Aus meiner Erfahrung treten gerade in dieser Zeit viele psychische Beschwerden auf. Gemäss dem Arzt und Psychoanalytiker Hans Keilson hängt die Schwere eines Traumas massgeblich davon ab, was *nach* dem traumatischen Erlebnis passiert.³ Er unterscheidet die Zeit vor, während und nach der Gewalt. Nur wer sich nach einem Trauma unter stabilen Bedingungen weiterentwickeln kann, schafft es, das Erlebte zu verarbeiten.

Traumatisierungen von Kriegsopfern können daher die Phasen vor, während und nach der Flucht umfassen. Es handelt sich dabei meistens nicht um einzeln einzugren-



Milena Goranov-Kriz

MSc., Psychologin und eidg. anerkannte Psychotherapeutin, systemische Therapierichtung. In delegierter Tätigkeit in einer Gemeinschaftspraxis in Aarau, Mitglied bei der Fachgruppe Netzwerk Psy4Asyl (VAP). Mehrjährige psychotherapeutische Erfahrung mit Menschen mit Migrationshintergrund, interkulturellen Thematiken sowie Traumafolgestörungen nach Flucht- und Gewalterleben.

zende Ereignisse, sondern um lang anhaltende Zustände von Bedrohung und Gewalt, Entwurzelung sowie den Verlust von Familienangehörigen, der sozialen und rechtlichen Identität und der Zugehörigkeit. Die Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) wird dieser komplexen Problematik oft nicht gerecht. Traumafolgestörungen können sich ebenso in Form von somatoformen, depressiven oder anderen Angsterkrankungen manifestieren. Die im ICD-11 neu aufgeführte Diagnose der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung (komplexe PTBS) liegt dann vor, wenn sich die Folgen lang anhaltender interpersoneller Traumata auch auf die Persönlichkeit, das Selbstbild, die Affektregulation und die Beziehungsgestaltung auswirken, was bei Kriegs- und Foltererfahrungen häufig der Fall ist.⁴

Besonderheiten in der Psychotherapie mit Opfern von Krieg und Vertreibung

PsychotherapeutInnen sind in der Arbeit mit Geflüchteten mit verschiedensten Herausforderungen konfrontiert. Sie sitzen einer Person gegenüber, deren Sprache sie nicht verstehen und zu der sie in den meisten Fällen nur über eine dolmetschende Drittperson den Zugang finden. Zudem zeigt sich diese Person in ihrem Verhalten und Ausdruck gegenüber der Therapeutin womöglich fremd oder ungewohnt. Viele Menschen wirken gerade anfangs misstrauisch, abweisend oder fordernd.

¹ und ⁴ Maier & Schnyder (2019).

² Maercker & Michael (2018).

³ Familiendynamik, (2017) S. 31.

Gewalt- und Flucht-Traumata

Dabei ist es aus meiner Sicht zentral zu verstehen, dass viele dieser PatientInnen unser Modell von Psychiatrie und Psychotherapie nicht kennen und vom Überweiser kaum aufgeklärt wurden, was eine solche Therapie überhaupt bedeutet. Ihre bisherigen Erfahrungen, wo sie Vertretern des Gastlandes gegenüberstehen, betraf vor allem Anhörungen im Rahmen des Asylverfahrens. Als Fachperson mit der Kultur und Kenntnissen des Gastlandes vertraut, ist die ohnehin schon vorhandene Asymmetrie zwischen Behandler und Behandeltem noch grösser. Der Einbezug eines Dolmetschers erlaubt zumindest auf sprachlicher Ebene eine gewisse Begegnung auf Augenhöhe. Daneben haben insbesondere Opfer von menschlicher Gewalt das Vertrauen in andere Menschen oft verloren. Im Versuch, die Vergangenheit zu vergessen, wird meistens vermieden, erlebte Traumata anzusprechen. Natürlich darf zudem nicht vergessen werden, dass psychische Probleme in vielen Gemeinschaften weiterhin sehr stigmatisiert sind und dadurch auch eher in körperlichen Beschwerden ihren Ausdruck finden können.

Aus all diesen Gründen sollte anfängliches Misstrauen und Zurückhaltung respektiert und – zum Beispiel im Falle von Anamneseerhebungen – berücksichtigt werden. Umso wichtiger ist die Entwicklung einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung und eines gemeinsamen Verständnisses der Problematik. Dies kann Zeit in Anspruch nehmen. Es heisst, sich wahrhaftig auf die Lebenswirklichkeit dieses Menschen einzulassen, ohne dabei in kulturelle Stereotypen zu verfallen. Die viel diskutierte interkulturelle Kompetenz kann hier bedeuten, immer wieder die eigenen kulturellen Referenzen zu reflektieren und kritisch in Frage zu stellen, sodass im Idealfall ein für Therapeut und Patient nachvollziehbares und sinnhaftes Erklärungsmodell der Problematik sowie von Lösungsmöglichkeiten entstehen kann. Die Dolmetscherin als vermittelnde Dritte nimmt hier eine wichtige Funktion ein, da es ihr gelingen muss, auf der Bedeutungsebene zu übersetzen, was mehrmaliges Nachfragen und Explorieren nötig machen kann.

Fallbeispiel Herr K. (50), aus Togo, alleinstehend (2 jugendliche Kinder in Togo), sozial isoliert, wurde von seinem Hausarzt an unsere Praxis verwiesen, nachdem er sich nach einem Schlaganfall während seiner Arbeit als Küchenhelfer in einem Altersheim nicht mehr hatte erholen können. Trotz einem erfolgreichen Reha-Aufenthalt klagte Herr K. weiterhin über Kopfschmerzen und Schwindel, was aus somatischer Sicht nicht erklärbar war. In der Psychotherapie konnte der für den Patienten traumatisch erlebte Schlaganfall gut bearbeitet werden. Auch sein Umgang mit Stress und seine hohen Anforderungen an sich selber konnten mit seiner streng katholischen Erziehung in Verbindung gebracht und reflektiert werden, was zu einer allgemeinen Entspannung und zu besserem Schlaf führte. Seine Kopfschmerzen blieben jedoch weiterhin bestehen. Frühere Traumatisierungen wurden konsequent verneint, bis Herr K. nach über einem Jahr Therapie berichtete, dass er im Rahmen seiner Flucht aus Togo massive Gewalt durch Schläge auf den Hinterkopf erlebt habe. Er schütze seither seinen Kopf, indem er immer einen Hut trage. Er wolle aber auf keinen Fall näher darüber sprechen. Erst nach einer weiteren Zeitspanne konnte der Patient äussern, dass er glaubte, durch die damaligen Täter

unter einem Fluch zu stehen und dass er durch das Brechen dieses Geheimnisses erneut ihrer Macht ausgeliefert wäre. Dass diese Befürchtungen daraufhin nicht eintraten, führte zu einer grossen Erleichterung. Seine Kopfschmerzen sowie sein Allgemeinzustand besserten sich nachher zunehmend.

Dieses Fallbeispiel aus der Praxis zeigt auf, dass sich Traumatisierungen nicht unbedingt in Form einer klassischen PTBS, sondern durch verschiedenste körperliche Beschwerden zeigen können. Insbesondere bei Geflüchteten, bei denen teilweise sogar das Alltagsleben im Gastland unsicher bleibt, ist es zentral, dass die Psychotherapie für die Bearbeitung dieser Beschwerden einen geschützten, sicheren Raum darstellt. Im obigen Fallbeispiel brachte Psychoedukation zu Traumafolgestörungen eine gewisse Entlastung. Gleichzeitig war es für die weitere Entwicklung auch wichtig, alternative Erklärungsmodelle wie in diesem Fall ein traditionelles Verständnis von Krankheit als Folge von Verfluchungen in den therapeutischen Prozess einzubeziehen. Jedoch sollten diese Erkenntnisse immer im Rahmen des therapeutischen Gesprächs erfolgen und nie auf Vorannahmen von unserer Seite beruhen. Mir sind viele Menschen aus ursprünglich traditionellen Gesellschaften mit einem gewissen Bildungsniveau begegnet, die traditionelle Erklärungsmodelle vehement ablehnen und sich lieber auf biologische Ansätze berufen. Hilfreich ist hier, die Werte der Familie und des Umfeldes zu erfragen. Wenn Angehörige im Herkunftsland zurückgeblieben sind, kann zum Beispiel mit Hilfe der Technik des leeren Stuhls in der Sitzung gearbeitet werden. Eine andere Möglichkeit ist es zu erörtern, wie sich einzelne Familienmitglieder zu einem bestimmten Thema äussern würden. Für die Therapie ist dies wertvoll, um die Lebenswirklichkeit dieser Familie besser zu verstehen und den Horizont an Lösungsmöglichkeiten zu erweitern.

Konfrontative Methoden sind bei fehlender äusserer Stabilität riskant Es gibt mittlerweile viele gängige traumatherapeutische Methoden für die Arbeit mit Geflüchteten, darunter Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Narrative Expositionstherapie (NET) oder Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie (PITT). Die Vorstellung all dieser Methoden würde den Rahmen dieses Artikels sprengen.⁵ Die Frage, unter welchen Bedingungen eine konfrontative Traumatherapie bei Kriegsopfern stattfinden kann, wird immer wieder kontrovers diskutiert. Meines Erachtens sind konfrontative Methoden bei fehlender äusserer Stabilität sehr riskant. Wie soll man die traumatischen Erlebnisse in einem Gefängnis im Heimatland verarbeiten, wenn man im Falle eines negativen Asylentscheides jederzeit wieder in dieses Land zurückgeschickt und sogar erneut inhaftiert werden könnte?

Hier bieten sich vielmehr stabilisierende, psychoedukative und ressourcenorientierte Ansätze an. Symbolische Methoden, etwa der Einbezug von bestimmten Ressourcen in Form von Objekten, das Legen einer Lebenslinie oder die Benutzung von Kunstkarten, haben den Vorteil, dass sie über die

⁵ Einen guten Überblick verschafft z.B. das Buch «Psychotherapie nach Flucht und Vertreibung», S. 86–95.

Gewalt- und Flucht-Traumata

sprachliche Ebene hinausgehen und so für viele Menschen aus anderen Kulturkreisen besser zugänglich sind. Insbesondere bei Kriegsopfern ist es immer wieder wichtig, Scham- und Schuldgefühle zu entkräften, indem man die posttraumatischen Folgen als grundsätzlich gesunde Reaktion auf abnorme, erschütternde Erlebnisse deklariert und den bisher gemeisterten Lebensweg des Patienten aufrichtig würdigt.

Neben psychotherapeutischen Interventionen kommen häufig psychosoziale Elemente zum Tragen, was auch über eine Psychotherapie im engeren Sinn hinausgehen kann. So kann es förderlich sein, wenn man eine Patientin dabei unterstützt, regelmässig einen Deutschkurs zu besuchen oder sich sportlich zu betätigen, um die hohe Anspannung zu senken. Auch die Verlegung in ein ruhigeres Zimmer im Asylheim kann beispielsweise bei Albträumen und Schlafstörungen Entlastung bieten.

Zusammenfassend sollte der soziale, rechtliche, familiäre und kulturelle Kontext in der Psychotherapie mit geflüchteten Kriegsopfern mitberücksichtigt werden. Traumatherapie im engeren Sinn sollte nur auf dem Fundament einer tragfähigen therapeutischen Beziehung, einer genügend stabilen Lebenssituation und im vollen Verstehen und Einverständnis des Patienten erfolgen. Je mehr sich Geflüchtete innerhalb und ausserhalb der Therapie als selbstwirksame, handlungsfähige Mitgestalter auf Augenhöhe wahrnehmen

können, desto mehr kann eine Distanzierung von traumatisierten Opfer-Anteilen gelingen.

Milena Goranov-Kriz

Literatur

Borcsa, M., & Nikendei, C. (2017): Psychotherapie nach Flucht und Vertreibung. Eine praxisorientierte und interprofessionelle Perspektive auf die Hilfe für Flüchtlinge. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Keilson, H. (2005): Sequentielle Traumatisierung bei Kindern. Untersuchung zum Schicksal jüdischer Kriegswaisen. In: Familiendynamik, Systemische Praxis und Forschung, 2017, Heft 1, 28–39.

Maercker, A., & Michael, T. (2018): Posttraumatische Belastungsstörungen. In: Margraf, J., & Schneider, S. (Hrsg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 2, 105–124.

Maier, T., & Schnyder, U. (2019): Die psychischen, körperlichen und sozialen Folgen von Krieg, Vertreibung und Flucht. In: Maier, T., Morina, N., Schick, M., & Schnyder, U. (Hrsg.): Trauma – Flucht – Asyl. Ein interdisziplinäres Handbuch für Beratung, Betreuung und Behandlung. Bern: Hogrefe Verlag.

Swiss Public Health Conference 2020
«From Evidence to Public Health
Policy and Practice»

2. + 3. September 2020
Universität Luzern

Melden Sie sich jetzt an!
www.sphc.ch



PUBLIC HEALTH SCHWEIZ
SANTE PUBLIQUE SUISSE
SALUTE PUBBLICA SVIZZERA

The Swiss Society for Public Health

