

Was hilft?

Wege aus der Isolation.

Geflüchtete sprechen
über ihre Erfahrungen
mit Psychotherapie



Bundesweite Arbeitsgemeinschaft
der psychosozialen Zentren
für Flüchtlinge und Folteropfer

Impressum



Herausgeberin:

**Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren
für Flüchtlinge und Folteropfer – BAfF e.V.**

Paulsenstraße 55-56, 12163 Berlin

Tel.: +49 30 - 310 124 61

E-Mail: info@baff-zentren.org

www.baff-zentren.org

Copyright: © BAfF e.V. im Februar 2017. Alle Rechte vorbehalten.

Autorinnen: Lea Flory, Leonie Teigler

Layout: Daniela Krebs

Umschlagfoto: pixelclan (pixabay.com / CCo Public Domain)

Die Publikation kann über den Online-Shop der BAfF e.V. bestellt werden:

www.baff-zentren.org/veroeffentlichungen-der-baff/shop/

Herzlichen Dank an alle Institutionen, Vereine und Privatpersonen, die zur Erstellung der Broschüre beigetragen haben. Vielen Dank auch an die KlientInnen, die bereit waren, ihre Sicht ausführlich zu schildern und auch an die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer, die den Kontakt hergestellt haben.

Dieses Projekt wurde gefördert von

**STIFTUNG
MENSCHENRECHTE**
Förderstiftung Amnesty International



Inhalt

Einleitung	2
Trauma als Prozess	4
Isolation durch Wohnverpflichtung.....	10
Isolation durch Diskriminierung	12
Isolation durch Sprachbarrieren	13
Isolation durch fehlende gesundheitliche Versorgung.....	14
Therapie hilft bei der Überwindung der Isolation.....	17
Vertrauen, Verständnis und aktive Solidarität	19
„Mensch, was machen wir denn hier eigentlich?“	21
Selbstbestimmung und Schweigepflicht	28
Sprachmittlung	30
Einfluss von Lebensumständen auf die Gesundheit.....	34
Einfluss der Kontextfaktoren auf die Behandlung.....	38
Was ist eine „erfolgreiche“ Therapie?	42
Fazit	50
Literaturverzeichnis	52

Einleitung



Mensch,
was machen wir hier denn eigentlich?“

fragt sich ein Klient während seiner ersten Psychotherapiesitzungen. Wobei kann Therapie überhaupt helfen?

Wie sollte der Weg der psychotherapeutischen Behandlung gestaltet sein, damit Überlebende schwerer Gewalterfahrungen einen „Boden unter den Füßen“ zurückbekommen und wieder ein Gefühl der Kontrolle und des Vertrauens hergestellt werden kann? Wie kann es gelingen, trotz der Erlebnisse von Gewalt, Flucht und schwierigen Situationen im Exil ein neues Leben in Sicherheit und Würde aufzubauen? Fragen, die sowohl KlientInnen, TherapeutInnen und SprachmittlerInnen, wie auch die (Fach-)Öffentlichkeit und Forschung bewegen.

Dieser Bericht gibt erste Antworten auf diese Fragen aus Perspektive der Geflüchteten in Behandlung. Die konkreten Einzelfälle geben Einblicke in die Therapien und wie diese an den komplexen Bedürfnissen der Überlebenden ansetzen. KlientInnen resümieren ihre bisherige Zeit in Therapie und sprechen darüber, welchen Einfluss diese auf ihre Leben hatte. Die Stimmen zeugen von großer Stärke und Lebenswillen, trotz der Erfahrungen von Folter, Erniedrigung und Diskriminierungen, Selbstheilungsprozesse zu mobilisieren. Auch die Vorstellungen der KlientInnen davon, welche Bedingungen be-

(Foto von Efraimstochter (pixabay.com / CC0 Public Domain))



reitgestellt werden müssen, um einen sicheren Ort zu schaffen und ein Leben „danach“ zu ermöglichen, werden thematisiert.

Insgesamt finden in dieser Publikation Stimmen von 12 KlientInnen Platz, die sich bereits seit längerer Zeit in Psychotherapie in einem der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer befinden. In den Interviews wurde bewusst darauf verzichtet, die KlientInnen direkt nach traumatisierenden Erlebnissen, Asylgründen oder zur Fluchtgeschichte zu befragen. Die Interviews wurden von Mitarbeitenden der BAfF e.V. zusammen mit Dolmetschenden geführt. Um das Gesagte möglichst gut abbilden zu können, wurden viele wortwörtliche Zitate der KlientInnen aus den Transkripten der Interviews genutzt. Diese stehen ohne Namen, Herkunftsland oder Behandlungsort, um die Anonymisierung zu sichern.

Der Bericht beginnt mit einer kurzen Einführung zum prozessualen Verständnis von Trauma und einer Darstellung der Isolation, die die Zeit von Geflüchteten nach der Ankunft in Deutschland bestimmt. Auf Basis dieser Kontextualisierung folgen die Ergebnisse der Interviews über die Erfahrungen mit Psychotherapie und erste Antworten auf die Frage „Was hilft?“ aus Perspektive der KlientInnen.

Trauma als Prozess

Hunderttausende Menschen leben in Regionen geprägt durch Unterdrückung, Gefahren und Krieg. Oftmals zwingt dies zur Veränderung ihrer Situation durch Flucht und damit zum Verlassen von Familie, FreundInnen und ihrem Zuhause. Die Flucht in andere Staaten ist verbunden mit der Suche nach Perspektiven und einem Leben ohne Verfolgung, Diskriminierung oder Folter. Viele sehen in ihrer Flucht die einzige Möglichkeit, um überhaupt überleben zu können.



Ich musste weggehen, um weiter zu leben.“

Auf den zum Teil lebensgefährlichen Fluchtrouten in andere Staaten kommen zusätzlich oftmals traumatisierende Gewalterfahrungen und die Zeugenschaft von Leid und Tod hinzu. Die Menschen müssen mitansehen, wie Angehörige oder FreundInnen misshandelt, verhaftet oder vergewaltigt werden. Viele Menschen bezahlen ihre Flucht mit dem Leben, da es keine sicheren und legalen Wege für sie gab. Nur ein Bruchteil der Geflüchteten kommt nach Europa, die meisten verbleiben in anderen Regionen ihres Herkunftslandes oder in angrenzenden Staaten.

Die traumatisierenden Erlebnisse durch Kriegsverbrechen oder andere schwere Menschenrechtsverletzungen verhindern es, ohne weiteres ein „normales“ Leben aufbauen zu können. Auch wenn die Gefahr bereits nicht mehr zu bestehen scheint, werden Betroffene ungewollt von ihren Erinnerungen eingeholt, leiden unter Schlafstörungen und Konzentrationsschwierigkeiten. Situationen, die an das traumatische Erlebnis erinnern, werden vermieden, Angst-, Schuld- und Schamgefühle treten auf. Dies sind Symptome von Traumafolgestörungen, wie z.B. der PTSD (Posttraumatische Belastungsstörung), depressiven Störungen oder auch Angststörungen. Nicht alle Geflüchtete, die traumatische Situationen erlebt haben, entwickeln auch gleich eine Traumafolgestörung. Ergebnisse von Studien, die die Verbreitung von Traumafolgestörungen untersuchen, zeigen, dass die Wahrscheinlichkeit an einer PTSD zu erkranken bei Geflüchteten etwa zwischen 16 und 55 % liegt (Bozorgmehr u. a., 2016).



Ja, das ist natürlich viel Stress, da erinner' ich mich bis heute nicht gern dran. Das ist natürlich schon schwer in ein unbekanntes Land zu kommen. Ich hatte davor mein ganzes Leben Angst.“

Ob eine Traumafolgestörung ausgebildet wird, hängt u.a. von der Art, der Schwere und der Häufigkeit der traumatischen Erfahrung ab, aber vor allem auch von der Zeit danach, in der eigentlich die Verarbeitung der traumatischen Erlebnisse beginnen könnte.

Das Leben nach der Flucht ist weiterhin geprägt von Stress und es ist nicht einfach, sich in einem bisher unbekanntem Kontext zurechtzufinden.





Aber auch hier gibt es solche Momente, wo es sehr schwer für mich ist und ich denke, das ist bei allen so, denn niemand verlässt ja einfach so seine Heimat.“

MAN-MADE-DISASTER

Wenn Menschen über einen längeren Zeitraum Bedrohungssituationen erlebt haben, geprägt durch Gewalt und Misshandlungen, Kriegsverbrechen, Morde und sexualisierter Gewalt, dann umfasst das traumatische Erleben eine Reihe Ereignisse, die sich häufen, wiederholen, länger andauern und damit sich summierend wirksam werden. Diese Erlebnisse im Kontext von andauernder Gefahr und Bedrohung prägen und prägen den Alltag vieler Geflüchteter und können Traumafolgestörungen (wie z.B. depressive Störungen, Angststörungen, Posttraumatische Belastungsstörungen, usw.) auslösen. Ein entscheidender Unterschied zu einmaligen traumatisierenden Ereignissen besteht darin, dass Personen, die in ihrer Unversehrtheit wiederholt bedroht werden, in ihrem Grundgefühl von Sicherheit, im Gefühl selbst etwas dafür tun zu können, um einer bedrohlichen Situation zu entkommen, in erheblich stärkerem Maß erschüttert werden. Dass die Gewalterfahrungen von Menschenhand (man-made-disaster) zugeführt wurden, ist zudem mit einem erheblich höheren Schädigungspotenzial und vermehrten Belastungsreaktionen verbunden. Grund dafür ist das extreme Machtgefälle und dass die Zerstörung meist mit voller Absicht geschieht, um das Gegenüber zu erniedrigen bzw. bei Folter, die Persönlichkeit des Gegenübers zu zerstören. Das Vertrauen in die eigene Person wird in Frage gestellt, Gefühle der Unsicherheit, der permanenten Bedrohung, der Wertlosigkeit und der Schwäche können auftauchen. Wenn Menschen die Ursache der schweren Traumatisierungen waren, braucht es Strategien, um wieder unter Menschen leben zu können und um nicht in die soziale Isolation gehen zu müssen.

”

Es ging mir sehr schlecht, als ich hier das erste Mal in Deutschland angekommen bin, da wurde ich stationär aufgenommen dort im Krankenhaus, weil ich große Probleme hatte, weil ich auch Kriegsgefangener war und Kriegsoffer und sehr viele Sachen mitbekommen habe und mein Zustand war katastrophal, könnte man sagen.“





(Foto von andreasfrucht158732 (pixabay.com /CC0 Public Domain))

SEQUENTIELLE TRAUMATISIERUNG

Nach einer Langzeitstudie von Hans Keilson (2005) setzt sich die persönliche Belastungssituation der Überlebenden auch nach dem Ende der Verfolgungssituation fort. Die Phase nach der direkten Verfolgung oder Gewalterfahrung – die Wiedereingliederungsphase – wird von Betroffenen in der Studie als die schwierigste Zeit mit extremer Belastung beschrieben. Keilson prägte den Begriff der sequentiellen Traumatisierung, wonach Trauma nicht als ein einmaliger Vorgang verstanden wird, sondern als ein langer Prozess mit verschiedenen Phasen oder verschiedenen traumabezogenen Sequenzen. Für die Bewältigung der Erlebnisse spielen insbesondere die Lebensbedingungen der Zeit nach dem traumatischen Erleben und die damit verbundene Möglichkeit, die Traumatisierungskette zu durchbrechen, eine bedeutsame Rolle. Die Aufmerksamkeit sollte daher bei der Bearbeitung von traumatischen Erlebnissen nicht nur auf der Phase der direkten Verfolgung, der Flucht und Kriegserlebnissen liegen, sondern auch die Zeit danach, d.h. die Lebenssituation im Exil besonders berücksichtigt werden.



Abb. 1: Die drei Sequenzen von Trauma nach der Studie von Keilson (2005) mit ehemaligen jüdischen Kriegswaisen aus den Niederlanden, die den Holocaust überlebten. (© BAFF e.V.)

Isolation durch Wohnverpflichtung

In den Jahren 2015 und 2016 wurden reihenweise Notunterkünfte aus dem Boden gestampft, darunter in Turnhallen, Baumärkten oder auch in Flugzeughangars. Diese waren nie auf eine langfristige Unterbringung ausgerichtet. Doch auch 2017 werden viele Geflüchtete dort oftmals Monate lang untergebracht. In großen Unterkünften mit mehreren hundert Menschen werden sanitäre Anlagen geteilt und es bestehen keine Möglichkeiten zur Selbstverpflegung. Für ein kleines bisschen Privatsphäre zwischen den Doppelstockbetten können oftmals nur aufgehängte Bettlaken sorgen. Gemeinschaftsunterkünfte sind nur in sehr seltenen Fällen zentral in den Städten gelegen und oftmals auch nicht gut an den öffentlichen Nahverkehr angebunden. In ländlichen Regionen sind Unterkünfte häufig völlig abgelegen, u.a. inmitten eines Waldes, fern von jeglicher Infrastruktur, wie Einkaufsmöglichkeiten oder medizinischer Versorgungsstrukturen.

Sowohl der Trubel aus den Notunterkünften, wie auch das Leben in isolierten Unterkünften setzt die Menschen unter enormen Stress und verstärkt die Symptomatik von traumatisierten Geflüchteten.

”

Ich habe ganz alleine gelebt, ich hatte niemanden gehabt. Vor Ort waren drei Araber, zwei Pakistanis, drei Monate lang. Ich habe mich sehr alleine gefühlt, ich habe das Leben nicht ausgehalten. Es war so weit, dass ich aus dem Fenster springen wollte.“

”

Ich wohne in einem Container. Sehr kalt. Sechs Personen in einem Zimmer. Sehr kompliziert für mich. Ich möchte manchmal alleine sein. Die Personen haben andere Kulturen. Das ist sehr kompliziert, mit fünf Personen zu wohnen.“



Ich hab mich sehr lange da in mich verschlossen, habe in der Wohnung gehockt, habe mit niemandem richtig Kontakt gehabt und jetzt habe ich angefangen zu arbeiten. Weil ich das nicht mehr gewöhnt war, mich zu unterhalten, hatten die erstmal den Eindruck, ich wär schon reizbar.“

Hinzu kommen immer mehr Angriffe und Brandanschläge auf Unterkünfte und tätliche Übergriffe auf Schutzsuchende (Abbildung 2). Dies führt dazu, dass kein Gefühl von Sicherheit aufkommen kann und es daher oftmals zu einer Verschlechterung der psychischen Situation durch die ausgrenzende Lagerunterbringung kommt.

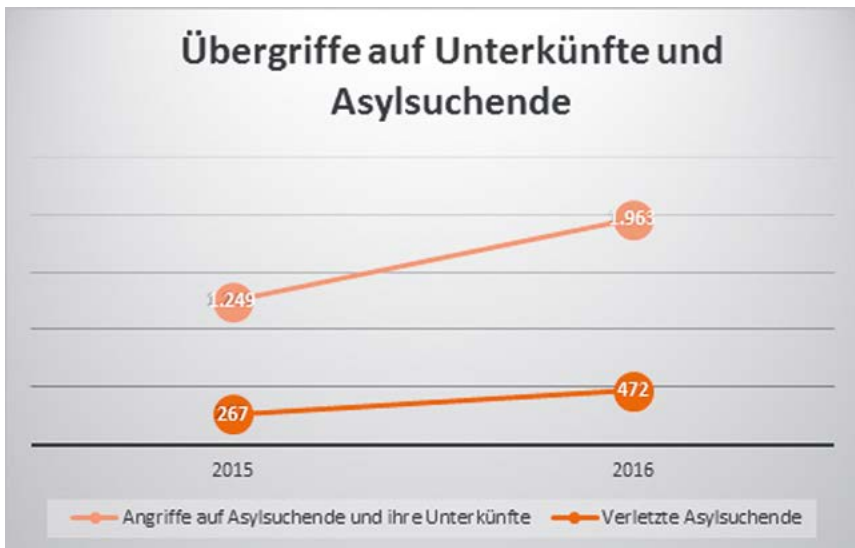


Abb. 2: Angriffe auf Asylsuchende und ihre Unterkünfte in den Jahren 2015 und 2016 (Quelle: „Chronik flüchtlingsfeindlicher Vorfälle“ der Amadeu Antonio Stiftung, abrufbar unter: <https://www.mut-gegen-rechte-gewalt.de/service/chronik-vorfaelle>).

Isolation durch Diskriminierung

Die Zahlen der Angriffe (Abbildung 2) zeigen deutlich, dass gewaltdtätige und zum Teil auch lebensgefährliche Übergriffe zum Alltag von Geflüchteten in Deutschland gehören. Die Betroffenen fühlen sich dieser Gewalt ausgeliefert, oftmals von der örtlichen Polizei nicht ernst genommen und die Körperverletzungen und Belästigungen können weitere oder neue psychische Belastungsreaktionen auslösen. Doch gewaltvolle Körperverletzungen und Brandanschläge sind nicht die einzigen Formen von Rassismus, mit denen Geflüchtete konfrontiert werden. Rassismus gegenüber Geflüchteten zeigt sich auf unterschiedlichen Ebenen in verschiedenen Formen: auf institutioneller, struktureller und individueller Ebene.

Viele KlientInnen in den Psychosozialen Zentren berichten von diskriminierenden Äußerungen im Alltag durch NachbarInnen, PassantInnen oder Behörden, es bestehen aber auch erhebliche Schwierigkeiten bei der Wohnungs- oder Jobsuche oder auch Unterschiede im Verlauf des Asylverfahrens zwischen Angehörigen unterschiedlicher Herkunftsländer.



Sich zu integrieren ist nicht einfach. Manchmal treffe ich auf Leute, die dich hassen, weißt du? Einmal hat es mir eine Frau sogar direkt in die Augen gesagt: ‚Ich hasse dich, ich hasse schwarze Menschen‘. Ich hab so gemacht als würde ich es nicht hören und hab mich weggedreht.“

Isolation durch Sprachbarrieren

Diskriminierung findet sich auch im Zugang zum Erlernen von Sprachkenntnissen und bedeutet eine Isolation bestimmter Gruppen im Asylverfahren. Der Zugang zu einer Sprachförderung durch Integrationskurse wird während des Asylverfahrens nur Asylsuchenden mit „guter Bleibeperspektive“ – zur Zeit sind das hauptsächlich Menschen aus Syrien, Irak, Eritrea und Iran – gewährt. Alle anderen müssen, bis auf wenige Ausnahmen, auf den Abschluss ihres Asylverfahrens warten, bis sie Zugang zu Deutschkursen haben, auch wenn sie aus Ländern mit teilweise sehr hohen Schutzquoten kommen (wie z.B. Somalia). Diese frühzeitige Selektion steht einem der Grundelemente des Asylrechts, der individuellen Prüfung des Rechts auf Asyl, entgegen. So kommt es dazu, dass Menschen, die zwei Jahre auf ihre Anerkennung gewartet haben, nie einen bezahlten Deutschkurs besuchen können.



Jetzt möchte ich gerne [Deutsch lernen], aber ich kann nicht. Aber zu zwanzig Prozent verstehe ich jetzt die Sprache, aber reden kann ich nur zu fünf oder zehn Prozent. Keinen Kontakt habe ich mit der deutschen Sprache. Ich habe auch keinen Deutschkurs. Meistens dürfen Afghanen keine Kurse anmelden. Ich habe es mit verschiedenen Kursen versucht, aber sie haben immer ‚nein‘ gesagt, als ich mich an mehreren Stellen angemeldet habe.“

Durch den eingeschränkten Zugang zum Erlernen der Sprache wird es Geflüchteten erschwert, sich im Exil in Deutschland zurecht zu finden und z.B. eine Beschäftigung zu finden. Geflüchtete müssen erniedrigende Erfahrungen machen, wenn sie nicht verstanden und deshalb beleidigt werden. Das Beherrschen eines Minimums an Sprache würde es erleichtern, mit anderen Menschen in Kontakt zu kommen und mitteilen zu können, wie die Lebenssituation ist, welche Unterstützung gebraucht wird oder in manchen Fällen, um auch einfach nur „Nein“ sagen zu können.

Isolation durch fehlende gesundheitliche Versorgung

Die Versorgungsleistungen, die Geflüchteten in Deutschland zustehen, sind abhängig davon, wie lange sich eine Person bereits ununterbrochen in Deutschland aufhält und ob ein Aufenthaltstitel vorliegt. Die gesundheitliche Versorgung innerhalb der ersten 15 Monate Aufenthalt wird durch das Asylbewerberleistungsgesetz geregelt und umfasst die Behandlung bei „akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen“ (§4 AsylbLG) und wird durch sonstige Leistungen nach Ermessen ergänzt (§6 AsylbLG). Abhängig vom Bundesland erhalten Geflüchtete einen Krankenschein oder eine elektronische Gesundheitskarte. Ein einheitlicher Zugang zu Leistungen der gesundheitlichen Versorgung für Asylsuchende in den ersten 15 Monaten besteht damit nicht. Die Leistungen werden durch die Sozialämter getragen, die Bewilligungspraxis der Sozialämter ist restriktiv und die Bearbeitungsdauer ist oft doppelt so hoch wie bei PatientInnen der gesetzlichen Krankenversicherung.



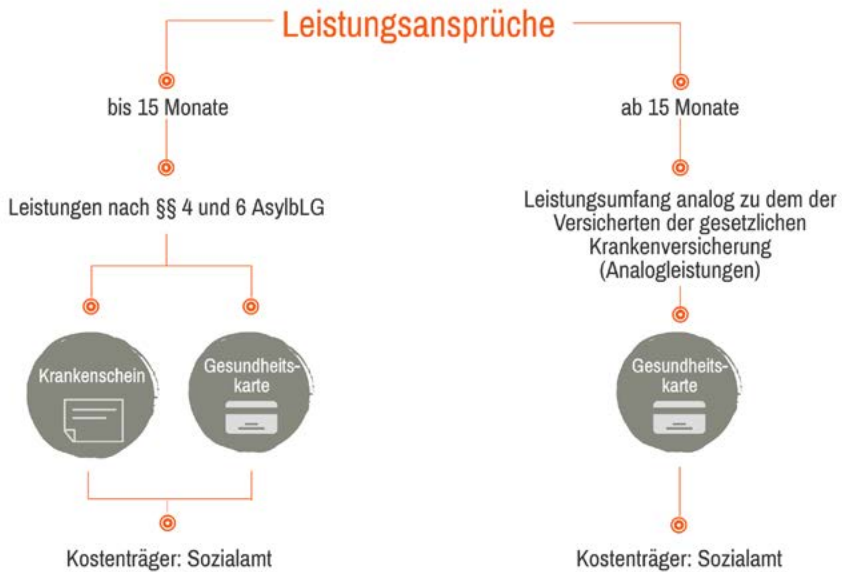


Abb. 3 Vereinfachte Übersicht der Leistungsansprüche nach Aufenthaltsdauer (© BAfF e.V.).

Nach 15 Monaten Aufenthalt besteht ein Anspruch auf den Leistungsumfang, der auch allen anderen Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zusteht.

Doch selbst wenn eine Behandlung gewährt wird, heißt das nicht, dass es zu einer Verbesserung des Gesundheitszustands kommen muss. Für den Behandlungserfolg ist die sprachliche Kommunikation zwischen Behandelnden und Betroffenen eine Grundvoraussetzung. Ohne Kommunikation können weder Informationen an die Betroffenen gegeben werden, noch können bei ihnen besondere Bedürfnisse diagnostiziert und entsprechend erfüllt werden.

Die Notwendigkeit der Sprachmittlung steht den gesetzlichen Grundlagen in Deutschland entgegen. Kosten für Sprachmittlerleistungen können innerhalb der ersten 15 Monate des Aufenthalts von Asylsuchenden in Deutschland (bzw. für Leistungsberechtigte nach AsylbLG) von den zuständigen Sozialbehörden übernommen werden.

Jedoch ist die Beantragung aufwendig und die Leistung wird – da sie im Ermessensspielraum der SachbearbeiterInnen der Sozialämter liegt – nicht immer oder oft nur nach langen Bearbeitungszeiten gewährt. Geflüchtete, die berechtigt sind, Leistungen der GKV zu beziehen, haben jedoch keinen Anspruch mehr auf Kostenübernahme von Sprachmittlung nach dem AsylbLG. Die Kostenübernahme solcher Leistungen ist im Gesundheitswesen nicht vorgesehen und keine Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Es besteht zwar theoretisch die Möglichkeit, Sprachmittlungskosten über das Sozialamt oder bei Leistungsbezug durch das Jobcenter über einen Antrag auf Mehrbedarf zu finanzieren. Doch in der Praxis wird deutlich, dass die Anträge auf Mehrbedarf bei den Sozialämtern sehr restriktiv gehandhabt werden und mit extremem Zeitaufwand verbunden sind.

In der Realität werden daher z.B. in stationären Kontexten häufig ungeschulte Laien- oder Ad-hoc-SprachmittlerInnen zur Übersetzung herangezogen, es kommt aber auch vor, dass tagelang oder auch bis zum Ende des stationären Aufenthalts keine Verständigung möglich ist.



Zwei Tage lang war ich im Krankenhaus ohne Dolmetscher.“



Gar nichts. Das Krankenhaus. Und Tabletten. Sonst nichts. Ich habe Tabletten genommen und geschlafen. Ich kannte niemanden, konnte die Sprache nicht. Hatte mit niemandem Kontakt zum Reden.“

Therapie hilft bei der Überwindung der Isolation

Im Rahmen unserer Gespräche berichteten die KlientInnen, welche Erfahrungen sie mit der Psychotherapie in einem Psychosozialen Zentrum sammeln konnten, wie sie ihre Beobachtungen und Entwicklungen bewerten und in ihr Leben einordnen können. Die befragten KlientInnen gehören zu der relativ kleinen Gruppe jener Geflüchteter, die trotz der oben geschilderten Barrieren den Zugang zu psychosozialer Versorgung geschafft haben und bereits auf eine längere Therapieerfahrung zurückblicken können.

Besonders deutlich wurde, dass die therapeutische Beziehung für die KlientInnen eine entscheidende Rolle einnimmt, wenn es darum geht den oben beschriebenen multiplen Formen der Isolation entgegenzuwirken. Viele KlientInnen schildern ganz explizit, dass ihre TherapeutInnen die Einzigen oder eineR von sehr wenigen sind, denen sie ihre traumatischen Erfahrungen, aber auch ihre Erlebnisse und Gefühle im Aufnahmeland offen schildern können.



Es gibt ein paar Phasen in meinem Leben, in meiner Vergangenheit, Geschichten die ich nie jemandem erzählt habe, auch nicht meinen engsten Familienmitgliedern. Ich habe das niemandem so detailliert erzählt wie hier. Also keiner kennt wirklich so detailliert meine Probleme wie mein Therapeut.“



Foto von Unsplash (pixabay.com / CCO-Public Domain)

TRAUMA ALS TABU

Traumatisierte Personen bekommen in der Regel von Seiten der Gesellschaft und ihrem direkten Umfeld vermittelt, dass ihr Trauma eine Zumutung darstellt und/oder „unglaublich“ ist. Diese verheerende Rückmeldung kann kulturelle, politische und auch psychologische Gründe haben. Denn sowohl traumatisierte Menschen selbst, als auch Außenstehende neigen oftmals dazu, die Schuld für die erlebte Gewalt bei Opfern und Überlebenden zu suchen, um so das geschehene Unrecht und die Brutalität der TäterInnen nicht in ihrer Gänze verarbeiten zu müssen. Dies führt bei den Betroffenen mitunter zu lähmenden Schuldgefühlen (Herman, 1997). Für Traumatisierte besteht auch dadurch eine große Ambivalenz zwischen „erzählen wollen“ und „nicht erzählen können“. Sie haben Sorge, dass ihre Erzählungen zu furchtbar für ihr Gegenüber sind, sie von ihrer Vergangenheit eingeholt werden könnten, ihnen nicht geglaubt wird oder sie anderweitig abgewertet werden (Preitler, 2016).

Vertrauen, Verständnis und aktive Solidarität

Doch nicht nur die Tatsache, dass es eine Möglichkeit gibt, über Traumarelevantes zu sprechen, sondern auch die Art und Weise wie TherapeutInnen mit dem Erzählten umgehen, ist für KlientInnen von Relevanz:

”

Ja, ich hatte das Gefühl, dass der Therapeut mich wirklich versteht. Denn alles, was ich gesagt habe, sehr wichtige Sachen, hat er eben aufgeschrieben und mir noch ein paar Sachen darüber erzählt und ich habe gemerkt, dass er mir wirklich aufmerksam zuhört und ich hatte immer das Gefühl, dass diese Person mir auch wirklich hilft, deswegen bin ich auch heute hier.“

”

Für mich ist halt Vertrauen nicht nur das Äußere was ich habe, sondern dass ich wirklich Ratschläge bekomme und Aufgaben, die mir helfen, dieses Problem zu lösen.“

Den KlientInnen ist es wichtig, dass sich die TherapeutInnen ihren Geschichten verständnisvoll und solidarisch annehmen und aktiv mit diesen umgehen, indem sie helfen, Erfahrungen einzuordnen und Ratschläge für einen Umgang mit Problemen geben. Doch diese Form des vertrauensvollen Austauschs besteht nicht ganz selbstverständlich zu Anfang der Therapie. Während sich Menschen auch ohne Fluchterfahrung erstmal an die Therapiesituation gewöhnen müssen und etwas Zeit brauchen, um Vertrauen aufzubauen, ist dieser Prozess für geflüchtete KlientInnen durch die oben bereits ausgeführten Gründe erschwert.



(Foto von LogganWiggler (pixabay.com / CCo Public Domain))

„Mensch, was machen wir denn hier eigentlich?“

”

Das erste Mal habe ich gar nicht wirklich Vertrauen in den Therapeuten gehabt. Allerdings, als ich gemerkt hab, dass er einfach nur da ist um mir zu helfen, dass er mir eigentlich etwas Gutes tun möchte, habe ich ihm Sachen erzählt, die ich in diesem Krieg mitbekommen habe, die sehr schwer sind, die man sein ganzes Leben nicht vergessen kann, die so unvorstellbar sind für den Menschen, dass ich das alles nur für mich behalten habe. Über so Sachen habe ich erst hier angefangen zu reden.“

”

Also am Anfang war das nicht so. Ich hatte nicht dieses Vertrauen, dass ich ihm sofort alles sage, aber nach dem zweiten, dritten Gespräch habe ich gemerkt, dass ich mich sozusagen... Ja, alles was ich habe, alles was auf meinem Herzen ist, dass ich ihm das alles sagen kann, und ich hatte dann halt Vertrauen, dass er mir auch zuhört und dass er mir helfen will.“

Gerade am Anfang der Therapie überwiegt nicht immer die Erleichterung, sondern es stehen Unsicherheit und Zweifel, sowie manchmal auch Angst und Misstrauen von Seiten der KlientInnen im Raum.

Organisatorischer Ablauf der Therapie

”

Ich wusste nicht was wirklich hier, wie die ganze Prozedur in Allem jetzt ablaufen wird, denn ich hatte ja Hoffnungen, Erwartungen. Allerdings wusste ich nicht wie das alles so planmäßig, organisatorisch dann abläuft hier. Doch dann, zu einem späteren Zeitpunkt, habe ich verstanden, dass es genau das ist was ich letztendlich brauche.“



Vorwissen, was Psychotherapie umfasst

”

Am Anfang, als ich hier hingekommen bin, wusste ich noch nicht einmal, dass dieses Wort Psychotherapie existiert. Doch als wir dann die Gruppentherapie angefangen haben, habe ich gemerkt, dass es verschiedene Aufgaben gibt und verschiedene Übungen. Wenn ich das in mein Leben sozusagen mit hinzufüge, die ganzen Übungen, Sachen die mir der Therapeut gesagt hat, habe ich gemerkt, dass es mir besser geht.“

”

Also ich wusste schon ein paar Dinge, Kleinigkeiten sozusagen, dass man über Themen redet, über verschiedene Themen, dass man ihnen sagt, was man so erlebt hat und dass sie dir auch helfen können. Aber jetzt, wo das alles angefangen hat, merke ich wirklich eine Verbesserung.“

Misstrauen

”

Als ich sie das erste Mal sah,
hat sie mir drei oder vier Fragen gestellt.
Dann habe ich gesagt,
was helfen mir diese drei, vier
Fragen. Und dann habe ich
gedacht, ich komme nicht mehr.“



Zweifel



Es gab mal so eine Situation, als es um diese ganzen Übungen ging erstmal, da hatte ich wirklich nicht das Vertrauen, dass es wirklich funktioniert. Ich habe mich immer blöd gefühlt, wenn ich solche Übungen machen musste, wie zum Beispiel die ganzen Atemübungen und dann halt meinen Brustkorb anfassen und meinen Bauch und dann halt atmen aus dem Bauch heraus. Das waren so Sachen, wo ich mir gedacht habe: ‚Mensch, was machen wir denn hier eigentlich?‘ Allerdings als wir dann angefangen haben, habe ich gemerkt, dass es wirklich hilft. Ich hatte halt nur so welche Momente wo ich ein bisschen im Zweifel war, ob das wirklich klappt.“

Unsicherheit

”

Ich wollte mit einem Therapeuten sprechen, aber ich hatte immer diese Idee, dass die Leute, die Probleme haben und zu einem Therapeuten gehen müssen, verrückt sind. Und da war ich unsicher. Will ich das machen oder nicht? Manchmal wollte ich mit jemandem sprechen, aber ich habe gesagt: ‚Okay, das ist kein Problem, das kann ich aushalten.‘ Und damals als sie mich angerufen haben, dass ich einen Termin haben kann, ich war unsicher, ob ich das machen will oder nicht.“

Angst vor der Konfrontation

”

Als ich das erste Mal hierher gekommen bin, war die größte Angst in mir, dass ich jetzt über alles reden muss was mir passiert ist. Ich rede sehr ungern davon, weil wenn ich wirklich dann anfangen darüber zu reden fällt es mir sehr schwer, dann gerate ich in einen Panikzustand.“



Selbstbestimmung und Schweigepflicht

Um trotz der (verständlichen) anfänglichen Skepsis der KlientInnen eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung herstellen zu können, braucht es nicht nur Zeit und Geduld von beiden Seiten. Auch Respekt und Distanz sind wichtige Motive beim Aufbau von Vertrauen.



In der Therapie, wenn wir so viel über meine Geschichte reden, dann sag ich ‚nein‘. Weißt du, weil manche Sachen über meine Eltern, über mein Mutter, ich will das nicht immer wiederholen, weil es sich auch wieder in meinem Kopf abspielt dann.“

Die KlientInnen fordern in ihrer verletzlichen Position Selbstbestimmung ein, indem sie eigene Grenzen setzen, die respektiert werden sollen. Auch die Schweigepflicht spielt eine essentielle Rolle in puncto Selbstbestimmung und stellt sicher, dass die KlientInnen in einem tatsächlich geschützten Rahmen aussprechen können, was Ihnen wirklich passiert ist.



Ich habe sozusagen Vertrauen hier, weil ich auch merke, dass die ganzen Sachen, die hier gesagt werden, dass alle hier wirklich eine Schweigepflicht unterschrieben haben und das alles was ich sage auch wirklich hier bleibt. Und ich merke, wenn es um diese Themen geht, dass die Personen, die hier sind sich hier auch wirklich Mühe geben.“



Ich wusste nicht, vielleicht meldet er es meiner Betreuerin. Doch dann hat er mir einen Zettel gezeigt und wir haben zusammen gesprochen und er hat mir gesagt: ‚Was wir reden bleibt zwischen uns, ich sag es nicht weiter. Kann ich deiner Betreuerin sagen, worüber wir sprechen, oder nicht?‘ Und dann habe ich gesagt: ‚Nein, das ist meine Privatsache. Was wir zusammen reden, das muss zwischen uns bleiben.‘ “

SCHWEIGEPFLICHT

Grundlegend für eine therapeutische Beziehung ist Vertrauen. Damit dieses Vertrauen entstehen aber auch bestehen kann, ist das Versprechen, dass das Gesagte im Raum bleibt und nicht jederzeit an z.B. Behörden oder andere Dritte gelangt für die KlientInnen von besonderer Bedeutung. Ohne diese Verpflichtung würden viele Themen und Probleme nicht zur Sprache kommen. Daher wird gleich zu Beginn der Therapie von TherapeutInnen über die Schweigepflicht aufgeklärt und im Falle von sprachmittlungsgestützter Therapie auch festgehalten, dass Sprachmittelnde diese Verpflichtung einhalten müssen. In den jeweiligen Berufsordnungen der Landespsychotherapeutenkammern (§7) und auch im Strafgesetzbuch (§203 StGB) ist diese Regelung festgeschrieben. Das Übermitteln von Daten und Inhalten aus der Therapie ist verboten, außer die KlientInnen haben schriftlich eingewilligt oder ein besonderes Gesetz erlaubt es oder zwingt die Behandelnden zur Übermittlung (Rechtfertigungsgründe oder Offenbarungspflicht).

Sprachmittlung

Die KlientInnen bewerten darüber hinaus die Möglichkeit der Sprachmittlung insgesamt positiv und vor allem notwendig für die Therapie, weil sie sich sonst nicht ausführlich und ohne Sorge mit den TherapeutInnen austauschen könnten.



Um ehrlich zu sein,
ohne Dolmetscher wären wir
gar nicht im Stande so viel
zu reden, deswegen habe ich
mich ganz schnell dran gewöhnt.“





Es ist viel einfacher wenn der Dolmetscher immer da ist. Vielleicht ist es ein bisschen kompliziert, aber trotzdem versteht der Dolmetscher, was ich damit meine und gibt das auch eins zu eins so weiter, wie ich das gemeint habe. Und dann muss ich nicht darüber nachdenken, dass, wenn ich jetzt zum Beispiel Deutsch sprechen würde oder so, dass ich einen Fehler mache, oder dass der Therapeut mich vollkommen anders versteht. Es ist wirklich eine große Bereicherung. Es ist als würde Gott da sein und mir helfen.“

Auch im Bereich der Sprachmittlung taucht das Thema der Schweigepflicht als Voraussetzung für Vertrauen wieder auf.



Es hat mich gar nicht gestört. Ich kenn die Sprache nicht und es war normal, dass die Dolmetscherin dabei ist. Ich weiß, dass sie auch der Schweigepflicht unterliegt und dass sie das niemandem erzählt.“

Allerdings berichten die KlientInnen auch von negativen Erfahrungen, die ihre Ängste bestätigt haben, sowie über starkes Misstrauen, wenn die SprachmittlerInnen ihnen noch nicht bekannt sind. Dies macht deutlich, dass Sprachmittlung ein meistens unausweichliches, aber sensibles Thema für KlientInnen ist.



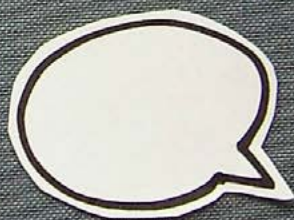
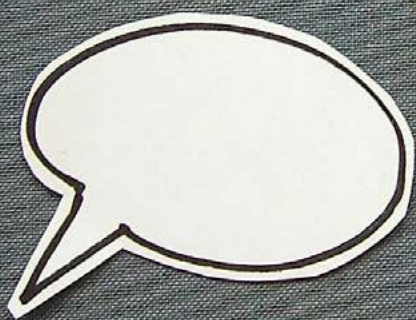
Ich hatte auch schlechte Erfahrungen mit Dolmetschern. Ein Dolmetscher hat bei einem Arzttermin vollkommen falsch gedolmetscht und nach dieser Übersetzung, beziehungsweise diesem Dolmetscher habe ich nach einer Woche die Abschiebung bekommen. Daher hatte ich schon meine Zweifel. Es gibt definitiv Menschen die zu 100 Prozent vernünftig übersetzen und es gibt sicherlich auch Menschen, die das nicht so tun und ja, ich habe nicht so ein großes Vertrauen in Dolmetscher, weil ich schlechte Erfahrung damit gemacht habe.“



Als andere Dolmetscher zur Vertretung kamen, das war drei Mal. Das war nicht so, da wollte ich nicht erzählen.“

SPRACHMITTLUNG

Damit eine Therapie möglich wird, ist die Verständigung ein wesentlicher Bestandteil. Ohne sprachliche Kommunikation können wichtige Inhalte, Probleme und Informationen nicht ausgetauscht werden. In Deutschland gibt es zu wenig muttersprachlich qualifizierte PsychotherapeutInnen. Studien zeigen jedoch, dass Psychotherapie mit SprachmittlerInnen bei traumatisierten Geflüchteten genauso wirksam ist, wie Psychotherapie, in der keine Sprachmittlung benötigt wird (Lambert & Alhassoon, 2015). Daher ist der Einsatz von qualifizierten und für dieses spezifische Setting geschulten SprachmittlerInnen notwendig und sollten nicht durch Verwandte oder Bekannte ersetzt werden. In diesem Kontext können Themen aufkommen, die überfordernd auf nahestehende Personen wirken oder aus Scham nicht gesagt werden können. Zur Übernahme der Sprachmittlungsleistungen siehe die Ausführungen zu „Isolation durch fehlende Versorgung“.



Einfluss von Lebensumständen auf die Gesundheit

Nicht nur die Zeit vor oder während der Flucht wirkt sich deutlich auf den Gesundheitszustand der KlientInnen aus, sondern ebenso Stressoren, die im Ankunftsland auftreten (Postmigrationsstressoren). Solange Menschen sich im Asylverfahren befinden, ist es nahezu unmöglich, ein anhaltendes Gefühl von Stabilität und Sicherheit gewinnen zu können. Bei vielen besteht die andauernde Angst der Androhung einer zwangsweisen Rückführung in das Herkunftsland. Der fehlende Aufenthaltsstatus und das Erleben der Unsicherheit haben einen deutlichen Einfluss auf den Gesundheitszustand der KlientInnen. Während des meist jahrelang andauernden Asylverfahrens, aber auch mit der Erteilung einer Duldung, ergeben sich für Geflüchtete in Deutschland nicht nur bezogen auf den Zugang zum Gesundheitssystem, sondern auch in weiteren Lebensbereichen, eine Vielzahl an besonderen Einschränkungen ihrer Rechte, ihrer Autonomie und Selbstbestimmung.

Aspekte, die sich durch das Erlebte einschreiben, wie z.B. ein generelles Misstrauen gegenüber anderen Menschen und die Schwierigkeit, die daraus resultiert, Beziehungen aufzubauen, werden fest in den Alltag integriert. Betroffene fühlen sich isoliert und fremd.



Man hat den Eindruck im Gefängnis zu sein.
Man hat Depressionen, alles funktioniert nicht. Man möchte raus aus dieser Situation.
Man wird aber nicht behandelt, wie man müsste.“

Durch fehlende Unterstützungssysteme und eingeschränkten Zugang zu psychotherapeutischer Versorgung manifestieren und chronifizieren sich Symptome von Traumafolgestörungen und das Leben wird um die Störung herum organisiert.

So bestimmt die Angst vor weiteren Übergriffen z.B. bei einer Person, die sexualisierte Gewalt und Folter erlebte, den Alltag. Um allen bedrohlichen Situationen aus dem Weg zu gehen, verlässt sie nicht mehr die eigene Wohnung, um ein Gefühl der Sicherheit wiederherstellen zu können. In der Regel werden auch weitere Bezugspersonen in das System miteinbezogen und übernehmen darin unterschiedliche Aufgaben und unterstützen das Vermeidungsverhalten. Dies führt dazu, dass im weiteren Verlauf die Angstzustände immer komplexer werden, eine Eigendynamik entfalten und nach vielen Jahren noch schwerer zu durchbrechen sind. Damit dieses System und die Dynamik verändert und die psychische Stabilität nach traumatischen Erlebnissen wiederhergestellt werden kann, ist das Erleben von Sicherheit, Akzeptanz und Geborgenheit grundlegend.



GEBORGENHEIT

Die Aspekte Geborgenheit und soziale und emotionale Unterstützung sind eng miteinander verbunden, Geborgenheit geht aber noch ein Stück darüber hinaus. Denn es geht dabei darum, den Betroffenen die Möglichkeit zu geben, (wieder) einen Platz für sich in der Welt zu finden. Die Möglichkeit über das Erlebte zu sprechen, Vertrauen zu entwickeln, zu erfahren, dass das Erlebte auf Verständnis stößt und so die Grundlagen für Mitgefühl und Unterstützung geschaffen werden, sind Grundelemente unseres sozialen Miteinanders und der Entwicklung des Gefühls von Geborgenheit und Aufgehobensein. Doch die Lebenssituationen der Geflüchteten erschweren es oftmals, dass diese Gefühle aufkommen können.

AKZEPTANZ

Zur Wiederherstellung von psychischer Stabilität und Integrität und zur Verarbeitung traumatischer Erlebnisse sind die emotionale und gesellschaftliche Unterstützung der Betroffenen von großer Bedeutung. Sowohl eine gesellschaftliche Anerkennung und Würdigung des Leidens wie auch eine Inklusion, das heißt die soziale und gesellschaftliche Teilhabe und Anschluss, sollten Bestandteile dieser Unterstützung sein. Jedoch steht dies dem gesellschaftlichen und auch institutionalisierten Zweifel an Asylgründen, mit dem die Betroffenen konfrontiert werden, entgegen. Dieser verwehrt auch die Möglichkeit, zumindest im Nachhinein Gerechtigkeit zu erfahren. Diese Lebensbedingungen und Isolation versetzen die Betroffenen in einen Zustand erzwungener Passivität. Ein Gefühl des Akzeptiertwerdens kann so nicht aufkommen. Begünstigt werden dadurch eher ohnmächtige Wut, ein allgemeiner Vertrauensverlust, Perspektivlosigkeit und Niedergeschlagenheit.



Einfluss der Kontextfaktoren auf die Behandlung

Nicht nur therapeutische Maßnahmen und Interventionen, die im direkten Wirkungsbereich von TherapeutInnen liegen, sind maßgeblich für den Behandlungserfolg, sondern auch der äußere Kontext, der Geflüchtete Tag für Tag umgibt, hat einen großen Einfluss auf den Gesundheitszustand der Menschen.

Die Lebenssituation von Geflüchteten in Deutschland ist durch viele Herausforderungen und Schwierigkeiten geprägt, die nicht direkt in den Arbeitsbereich von TherapeutInnen fallen. Viele TherapeutInnen versuchen aber auch aus der Therapie heraus auf die Situation einzuwirken.



Unabhängig jetzt von den ganzen Übungen, die wir gemacht haben, hat er [Therapeut] mir auch bürokratisch sehr weitergeholfen. Und zwar als ich vom Bundesamt das Schreiben bekommen habe, dass ich das Land verlassen muss, wusste er meine ganze Geschichte vorher, wir haben über alles geredet, detailliert. Er hat ein Gutachten für mich erstellt und dieses Gutachten hat mir sehr geholfen, um meine aussichtslose Situation zu verbessern, dass ich hier bleiben kann. Und das ist eine der Sachen, die mir auch sehr viel geholfen haben. Er hat alles in Details aufgeschrieben. Das waren, glaube ich, vielleicht zehn Seiten und das ist auch eine Art von Hilfe, die ich hier von meinem Therapeuten bekommen habe.“

Auf die mit einer fehlenden Zukunftsperspektive verbundenen Belastungsfaktoren können die Betroffenen oder auch die TherapeutInnen im Rahmen der Therapie nur wenig Einfluss nehmen. Ereignisse außerhalb der Therapie (Änderung des Aufenthaltsstatus, Abschiebungsandrohung, Veränderung der Wohnsituation, Verlust von Familienangehörigen, usw.) und die damit einhergehenden Bedürfnisse müssen flexibel in den Therapieprozess eingebaut werden. In der Praxis bedeutet das, dass es abhängig von der spezifischen Lebenslage deutliche Hürden, Rückschläge und Grenzen im Therapieprozess geben kann.

Für eine erfolgreiche Behandlung ist es jedoch nicht nur wichtig, die therapeutischen Methoden flexibel anzuwenden und auf die Bedürfnisse der Betroffenen anzupassen, auch eine berufsgruppenübergreifende Vernetzung ist von großer Bedeutung. Um die Anforderungen des Asylverfahrens zu bewältigen, bei der Wohnungssuche zu unterstützen, Behördengänge zu begleiten oder auch einen Sprachkurs zu finden, braucht es die Zusammenarbeit mit RechtsanwältInnen, Sozialarbeitenden, mit Ehrenamtlichen und den Kontakt zu anderen Beratungsstellen.



Die Psychosozialen Zentren, die auf die psychosoziale und psychotherapeutische Versorgung von Geflüchteten spezialisiert sind, können dieses berufsgruppenübergreifende Angebot leisten. Mittlerweile gibt es bundesweit 34 psychosoziale Mitgliedszentren (Stand Februar 2017). Die Psychosozialen Zentren gewähren Unterstützung ohne Ansehen ausländerrechtlicher Restriktionen und unabhängig von Nationalität, politischen, ethnischen und religiösen Zugehörigkeiten. Grundlage der Arbeit ist eine Haltung, die die Wahrung der Menschlichkeit in unserer Gesellschaft und die Sicherung der Menschenwürde bei den Betroffenen garantieren muss.

Aufgrund mangelnder Ressourcen besteht jedoch nur für eine kleine Minderheit der Betroffenen eine gute Zugangsmöglichkeit zum Behandlungsangebot der Psychosozialen Zentren (siehe Versorgungsberichte der BAfF). Die auf die Zielgruppe zugeschnittenen Angebote umfassen die direkte Arbeit mit den KlientInnen (Psychotherapien, psychosoziale oder asylrechtliche Beratung). Die Psychosozialen Zentren verstehen es aber auch als ihre Aufgabe, im Sinne ihrer KlientInnen auf die Versorgungsstrukturen wie auch auf die breite Zivilgesellschaft einzuwirken, um eine Verbesserung der Versorgungssituation zu erreichen.



Also ich kann sagen, dass mein Therapeut mir sehr viel geholfen hat im Leben und ich hätte nie gedacht, dass eine Person mir so viel helfen könnte. Doch nicht nur mein Therapeut, sondern die ganze Organisation, das ganze Zentrum. Man merkt wirklich, dass man hier sehr willkommen ist und die helfen auch sehr viel.“



Abb. 4: Die 34 Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer, die in der BAfF vertreten sind, sowie deren Aussenstellen (Stand Februar 2017, ©BAfF e.V.).

Was ist eine „erfolgreiche“ Therapie?

Trotz der geschilderten Schwierigkeiten finden KlientInnen in der Therapie einen Weg, ihrem Leid Ausdruck zu verleihen. Auch in unseren Gesprächen berichten sie von vergangenen und aktuellen Gefühlen und Zuständen, die mit ihrer Traumatisierung und ihren prekären Lebensumständen zu tun haben, und die sie in der Therapie gelernt haben einzuordnen.

”

Ich war gefühllos. Gar nichts, kein Gefühl. Das ganze Leben hat für mich keine Freude gehabt, gar nichts.“

”

Manchmal, da ist mein Kopf nicht da. Ich bin körperlich hier, aber mein Kopf geht irgendwo anders hin.“

”

Am Anfang war es schwierig, ich habe Schmerzen bekommen, aber jetzt haben meine Schmerzen wieder abgenommen. Ich fühle mich wohl aber der Anfang war sehr schwer.“



”

Am Anfang war ich immer traurig, weil ich keinen Spaß mehr hatte, weil ich mich immer so konzentrieren musste. In der Schule war meine Konzentration ein bisschen wenig, ich konnte mich nicht mehr so konzentrieren.“

”

„Ja, also und ich war ja sehr, ich hab mich sehr lange da in mich verschlossen, habe in der Wohnung gehockt, habe mit niemandem richtig Kontakt gehabt und jetzt habe ich angefangen zu arbeiten und da, also weil ich das nicht mehr gewöhnt war, mich zu unterhalten, hatten die erstmal den Eindruck, ich wär schon reizbar.“

”

Das ist manchmal, es gibt ja manchmal bei mir solche Momente, wo ich meine Gedanken nicht unter Kontrolle habe und wo ich dann gar nicht die Leute um mich bemerke.“

”

Manchmal früher hatte ich diese Probleme, aber jetzt ist das besser geworden. Aber ich versuch das auch selber, weil wenn ich das nicht versuch, hab ich Angst vor der Zukunft im Kopf, weil wegen diesem Stress bis jetzt, schmerzt mein Kopf ein bisschen. Wenn du keinen Kopf hast kannst du gar nichts machen.“

Für viele KlientInnen ist eine Verbesserung ihrer Verfassung und damit verbunden teilweise auch ihrer Lebensumstände spürbar. Auch wenn ihre Symptome nicht ganz verschwinden, beschreiben sie die Therapie trotzdem als hilfreich und stabilisierend.

(Foto von Buechenwurm_55 (pixabay.com / CCo Public Domain))



Aber ich habe auch dieses Gefühl im Moment, dass mir jemand die Hand reicht und mich hochzieht, das hat mir diese Psychotherapie gegeben. Egal in welcher Situation man ist, kann sie trotzdem helfen.“

”

Meine Therapeutin sagte immer:
langsam, langsam. Treppe für Treppe.
Ich danke ihr, wenn ich heute daran
denke. Sie hat sehr sehr recht gehabt
mit Vielem.“



(Foto von Unsplash (pixabay.com / CC0 Public Domain))



Es ist, ja man könnte sagen es ist mal so mal so. Also wenn ich wieder in so einer Phase bin, dann versuche ich diese Übungen, diese Aufgaben, die mir der Therapeut gegeben hat, halt zu machen damit es mir besser geht und dann geht es mir auch besser. Wie zum Beispiel diese Atemübungen, die wir gelernt haben. Und das sind so Kleinigkeiten die mir dann helfen meine Situation zu verbessern, oder meine Gefühle, meine Allgemeinsituation.“

Je nach Schwere und Chronifizierung ihrer Traumatisierung nehmen KlientInnen unter Umständen keine (konstante) Verbesserung ihres Zustands im Verlauf der Behandlung wahr, obwohl sie die Therapie an sich wertschätzen. Es wird deutlich, dass eine „erfolgreiche“ Therapie bei schwer traumatisierten geflüchteten KlientInnen unter Umständen keine umfassende Verbesserung ihrer Lebensqualität oder gar Symptombefreiheit bedeuten muss – nicht zuletzt, weil die Bedingungen für Posttraumatisches Wachstum mit Blick auf ihre Lebensumstände schwieriger herzustellen sind als bei Menschen ohne Fluchterfahrung.

POSTTRAUMATISCHES WACHSTUM

Man spricht von Posttraumatischem Wachstum wenn es nach einem Trauma gelingt, Perspektiven und Ziele zu sehen, sich persönlich positiv zu entwickeln und am Ende „stärker und weiser“ zu sein (Hantke, Görges, & Huber, 2012). Es ist möglich diese Entwicklung zu unterstützen indem die (noch) vorhandenen Ressourcen der Betroffenen gefördert werden. Zu einer sinnvollen Unterstützung gehört auch die Forderung nach angemessenen Lebens- und Versorgungsbedingungen der Geflüchteten.

Umso beeindruckender ist es, wenn KlientInnen durch die Therapie Hoffnung auf ein solidarisches und menschenwürdiges Weiterleben entwickeln können.

Zuversicht:

”

Ich kann das mir vorstellen. Die Therapeutin hat mir schon geholfen. Sie hilft mir immer noch und in Zukunft habe ich die Hoffnung es wird gut gehen.“

Beruhigung:

”

Was die Therapeutin zu mir sagt ist sehr wichtig für mich und die Gespräche bringen mich in Ruhe und ich bin sehr zufrieden.“

Motivation:

”

Die Therapeuten haben gesagt: ‚Du musst daran denken, was du wirklich machen willst gerne, zum Beispiel spazieren gehen, tanzen, was anderes machen‘. Und ich hab alles gemacht, was ich lieb und was ich mag.“

Perspektiven:



Ich habe über das, was sie gesagt hat nachgedacht. Ich habe viel gelernt. Mich selbst umbringen kann ich auch nicht, dann versuche ich einen anderen Weg zu gehen. Und dann habe ich versucht, auf sie zu hören, was sie alles vorgeschlagen hat.“



Fazit



Ich musste weggehen, um weiter zu leben.“

Dieses Zitat eines Klienten steht zu Anfang dieser Broschüre und leitet damit ein, was sich verschiedene KlientInnen in der Unterstützung dieses Weiterlebens – insbesondere von PsychotherapeutInnen – erwarten.

Es wurde zunächst aufgezeigt, mit welchen traumatischen Erfahrungen und Lebensumständen Geflüchtete zu kämpfen haben, wenn sie sich in Deutschland auf die Suche nach Psychotherapie machen. Diese Kontextfaktoren wirken isolierend auf die KlientInnen und haben auch nach Beginn der Therapie massiven Einfluss auf ihr Leben. Allerdings sehen die befragten KlientInnen ihre Therapie als Möglichkeit und Hilfe an, ein Stück weit aus der Isolation auszubrechen. Auch wenn zu Anfang Ängste und Zweifel bestehen, entsteht meist ein vertrauensvolles Verhältnis, welches von solidarischer Anteilnahme und aktiver Lebenshilfe von Seiten der TherapeutInnen geprägt ist. In diesem Zusammenhang werden auch die Schweigepflicht und die Selbstbestimmung der KlientInnen als wichtige Grundlagen für Vertrauen herausgestellt. Die Sprachmittlung ist ein sensibles Thema für KlientInnen, da sie zwar in den meisten Fällen gewollt ist und als essentiell empfunden wird, aber dennoch Unsicherheiten in Bezug auf die Vertrauenswürdigkeit und Kompetenz der SprachmittlerInnen mit sich bringt.

Letztlich bedeutet eine erfolgreiche Therapie für geflüchtete KlientInnen nicht immer eine direkte Verbesserung ihrer Lebensqualität oder Symptomfreiheit. Die Fähigkeit, Leid auszudrücken und einzuordnen, eine stete und vertrauensvolle Unterstützung bei dieser Aufgabe zu haben, sowie gemeinsam an einer würdigen Zukunftsperspektive zu arbeiten, ist für die teilweise schwerst traumatisierten KlientInnen eine neue und überlebenswichtige Erfahrung.

(Foto von josealbfotos (pixabay.com / CC0 Public Domain))



Diese Einblicke untermauern unter anderem die folgenden Forderungen der BAfF e.V.:

- Geflüchtete müssen gleichberechtigten Zugang zu den Strukturen des Gesundheitssystems erhalten.
- Sprachmittlung muss als notwendiger Bestandteil der Krankenbehandlung anerkannt werden.
- KlientInnen müssen partizipativ in die Beforschung von Wirkfaktoren in der psychotherapeutischen Versorgung einbezogen werden, um die Weiterentwicklung von kontextsensiblen und ganzheitlichen Behandlungen sicherzustellen und Empowerment-Prozesse der KlientInnen zu unterstützen.

Dieses explorative Projekt ist der erste von vielen weiteren geplanten Schritten, um der Forderung nach partizipativer Forschung zum Thema Wirkfaktoren mit geflüchteten KlientInnen in Zukunft gerecht zu werden.

Literaturverzeichnis

Bozorgmehr, K., Mohsenpour, A., Saure, D., Stock, C., Loerbroks, A., Joos, S., & Schneider, C. (2016). Systematische Übersicht und „Mapping“ empirischer Studien des Gesundheitszustands und der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in Deutschland (1990–2014). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 59(5), 599–620. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2336-5>.

Hantke, L., Görges, H.-J., & Huber, M. (2012). *Handbuch Traumakompetenz: Basiswissen für Therapie, Beratung und Pädagogik* (1. Aufl.). Junfermann Verlag.

Herman, J. L. (1997). *Trauma and Recovery*. Basic Books.

Keilson, H. (2005). *Sequentielle Traumatisierung bei Kindern: Untersuchung zum Schicksal jüdischer Kriegswaisen* (1.). Psychosozial-Verlag.

Lambert, J. E., & Alhassoon, O. M. (2015). Trauma-focused therapy for refugees: Meta-analytic findings. *Journal of Counseling Psychology*, 62(1), 28–37. <https://doi.org/10.1037/cou0000048>.

Preitler, B. (2016). *An ihrer Seite sein: Psychosoziale Betreuung von traumatisierten Flüchtlingen* (1. Aufl.). StudienVerlag.



Über die BAfF

Die Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF e.V.) ist der Dachverband der Behandlungszentren für Flüchtlinge und Folteropfer in Deutschland. Wir setzen uns dafür ein, dass das soziale Menschenrecht auf Gesundheit einschließlich der notwendigen psychosozialen Begleitung und Behandlung auch für Geflüchtete umgesetzt wird. Um Geflüchtete beim Aufbau eines gesunden, menschenwürdigen Lebens im Exil zu unterstützen, engagieren wir uns bundesweit für eine bedarfsorientierte flächendeckende psychosoziale und gesundheitliche Versorgung.

Während die traditionellen Gesundheitsversorgungssysteme bislang nur zögerlich Angebote für die komplexe Problemlage Geflüchteter entwickelt haben, bauten in den letzten 40 Jahren Bürgerinitiativen, Kirchen und Wohlfahrtsverbände Angebote der gesundheitlichen – insbesondere der psychosozialen und psychotherapeutischen – Versorgung auf. Diese inzwischen 34 Psychosozialen und/oder Behandlungszentren und Initiativen, werden seit 1996 durch die BAfF als ihren Dachverband vernetzt. Die BAfF koordiniert den Austausch von Erfahrung, Wissen und Information zwischen AkteurInnen, die sich im Flüchtlingsschutz engagieren, veranstaltet Fortbildungen, Sensibilisierungstrainings und Expertenrunden, sucht das Gespräch mit EntscheidungsträgerInnen des Gesundheits- und Sozialsystems und setzt sich für den Abbau von Barrieren ein, die Geflüchtete am Zugang zu Gesundheitsfürsorge und sozialen Sicherheitssystemen behindert.

Wir engagieren uns für den Abbau von Vorbehalten und eine Öffnung des Gesundheitssystems für Geflüchtete und setzen Impulse im öffentlichen ebenso wie im wissenschaftlichen Diskurs. Dabei verfolgen unsere Aktivitäten das Ziel, die öffentliche und auch die professionelle Wahrnehmung für die Folgen organisierter Gewalt und unfreiwilligen Exils zu sensibilisieren und dabei auch Geflüchteten selbst über die Dokumentation von Zeitzeugnissen eine Stimme im öffentlichen Raum zu geben.

Weitere Informationen unter www.baff-zentren.org

