

Elisabeth Fries

„A Crack in the Image of God“

Folterüberlebende und traumatisierte
Flüchtlinge unter uns

1

Psychotraumatologie – Lernen aus den Katastrophen
des 20. Jahrhunderts

Grundlegende Erkenntnisse der Psychotraumatologie wurden in den großen Kriegen des 20. Jahrhunderts, besonders aber durch die medizinische und psychotherapeutische Arbeit an Überlebenden der Konzentrationslager des NS-Staats gewonnen, und zwar vorwiegend in deren Asylländern wie den Niederlanden, Dänemark, Schweden und in den USA; später auch an Vietnamveteranen, Flüchtlingen aus Chile, Vietnam oder Kambodscha. In den Diagnose-Richtlinien der ‚American Psychiatric Association‘, DSM IV, ist *Posttraumatic stress disorder* (PTSD) seit Anfang der 80er-Jahre als definierte Diagnose aufgenommen.

In Deutschland ist das Thema „Traumatisierung von Flüchtlingen und Gewaltopfern“ verstärkt seit etwa zehn Jahren in der Diskussion und hat in Verbindung mit den Kriegs- und Bürgerkriegsflüchtlingen aus Ex-Jugoslawien (Bosnien, Herzegowina, Kosovo) an aktueller Bedeutung gewonnen. Es umfasst neben medizinischen und psychologischen auch soziokulturelle, rechtliche und politische Dimensionen. Das erste Lehrbuch zur Psychotraumatologie von dem Psychologen G. FISCHER, Deutsches Institut für Psychotraumatologie (DIPT) Köln und dem Kinderpsychiater P. RIEDESSER, Hamburg, in deutscher Sprache erschien 1998.

1

Deutschland – Einwanderungsland

Seit über 25 Jahren ist die Bundesrepublik wie alle westlichen Industrienationen Einwanderungsland. Die Immigranten gliedern sich in Arbeitsmigranten, Aussiedler und Asylbewerber, also Flüchtlinge im eigentlichen Sinn.

Jährlich kommen etwa 100.000 Flüchtlinge aus den Krisengebieten der Welt auf der Suche nach Schutz und einem menschenwürdigen Leben nach Deutschland. Das Vertrauen in die Demokratien Westeuropas ist, nicht zuletzt wegen ihrer christlichen und humanitären Traditionen, immer noch sehr hoch. Anstatt als Schutzsuchende wie in den 80er-Jahren werden Asylsuchende in der Bevölkerung inzwischen jedoch vielfach als Bedrohung wahrgenommen, gegen die gesetzgeberische Mauern errichtet werden. Der Schutz für verfolgte Menschen wurde in Deutschland Schritt für Schritt abgebaut mit der faktischen Abschaffung des Artikel 16a Grundgesetz (Politisch Verfolgte genießen Asyl) und der Verschärfung der Asylgesetzgebung seit 1993. Dabei wird von politischer Seite argumentiert, dass sich Deutschland den Regelungen im vereinten Europa anpassen müsse. Ebenso gehen die Regierungen anderer EU-Länder vor mit dem Ergebnis, dass sich jeweils die restriktiven Modelle durchsetzen. Dass die im Herbst 1999 postulierte Anerkennungsrate von nur 3 % politischer Flüchtlinge – die restlichen 97 % seien Wirtschaftsflüchtlinge und hätten als solche kein Recht auf Asyl – der Realität widerspricht, darin sind sich alle in nichtstaatlichen Organisationen mit dem Schutz von Asylbewerbern Befassten einig. Auch auf europäischer Ebene schrillten daraufhin die Alarmglocken: Deutschland sei für einige Flüchtlingsgruppen kein sicherer Drittstaat mehr, hieß es aus Großbritannien, wo man bis heute von einer Anerkennungsrate im Erstverfahren von 7 % ausgeht, bei ebenfalls restriktiver Handhabung der Gesetzeslage. Nach der anfänglichen Ablehnung können die Betroffenen vor Gericht um ihr Bleiberecht kämpfen, wobei der Gang durch die Instanzen Jahre dauert und zermürbend ist für die Beteiligten. Schleswig-Holstein und Niedersachsen haben relativ hohe, Baden-Württemberg und Bayern vergleichsweise niedrige Anerkennungsrate, im Schnitt liegt die Anerkennung nach Art. 16 GG (großes Asyl) oder viel

häufiger nach § 51.1 AuslG (kleines Asyl) am Ende bei 25 %. Weitere 25 % können nicht abgeschoben werden, da in ihren Heimatländern Krieg oder Bürgerkrieg herrscht und sie Gefahren für Leib und Leben zu erwarten hätten.

Auch „ausreisepflichtig abgelehnte“ Asylbewerber werden nicht alle abgeschoben. Viele tauchen unter. Ohne Papiere sind auch solche hier, die über die grüne Grenze ins Land kamen und nie um Asyl nachgesucht haben. Insgesamt wird die Zahl der Illegalen auf 500.000 bis über 1 Million geschätzt. Sie sind in besonderer Weise der Ausbeutung ausgesetzt – auf dem schwarzen Arbeitsmarkt, insbesondere beim Bau oder, bei Frauen, in der Prostitution.

Flüchtlinge – wie sicher im vereinten Europa?

Der Amsterdamer Vertrag, der am 1. Mai 1999 offiziell in Kraft getreten ist, hat die Kompetenz für den Sachbereich der Migrations- und Asylpolitik zu einem guten Teil aus der so genannten dritten Säule der Europäischen Gemeinschaft (Zusammenarbeit der Regierungen der Mitgliedsstaaten) in die erste Säule verschoben, in der die Europäische Union unmittelbare Regelungskompetenz über von ihr eingesetzte Kommissionen hat. In absehbarer Zeit werden damit nationale Parlamente keinen Einfluss mehr auf die Asylgesetzgebung haben und auch das Europaparlament wird diesbezüglich keine Entscheidungsgewalt, sondern lediglich ein Vetorecht ausüben. In der Zwischenzeit käme es darauf an, Regelungen für Asylsuchende nicht nur auf dem kleinsten gemeinsamen Nenner, sondern so zu gestalten, dass ein wirksamer Schutz für von Menschenrechtsverletzungen Betroffene dabei erreicht wird. Die Bestimmung von Nachbarstaaten der EU zu sog. sicheren Drittstaaten bedeutet hingegen, dass es für Menschen, die in ihrer Heimat an Leib und Leben bedroht sind, immer schwieriger wird, überhaupt ein sicheres Territorium zu erreichen.

Von der BRD ratifizierte Menschenrechtsabkommen
und ihre Handhabung

(Es werden hier nur die beiden wichtigsten aufgeführt. Für eine vollständige Auflistung s. Jahrbuch Menschenrechte 2000).

Artikel 1 A Nr. 2 der Genfer Flüchtlingskonvention (GFK)

Dieser definiert, wer geschützt werden soll: „Ein Flüchtling ist jede Person, die aus der begründeten Furcht vor Verfolgung wegen ihrer Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen ihrer politischen Überzeugung sich außerhalb des Landes befindet, dessen Staatsangehörigkeit sie besitzt, und den Schutz dieses Landes nicht in Anspruch nehmen kann ...“ Die begründete Furcht des Flüchtlings ist für die Flüchtlingskonvention maßgebend, nicht wer ihn verfolgt. Wer de jure und de facto schutzlos ist und Schutz vor Verfolgung braucht, soll ihn erhalten, von wem immer die Verfolgung ausgeht. Das ist der Geist der GFK.

In Deutschland hat sich eine Rechtsprechung durchgesetzt, die diesen Flüchtlingsbegriff einengt. Verfolgung wird hierzulande nur anerkannt, wenn sie vom Staat ausgeht. Nach Bundesverwaltungsgerichtsurteil vom Nov. 1997 kann praktisch allen Flüchtlingen, die aus instabilen Kriegs- und Krisengebieten mit wechselnden Regierungen nach Deutschland kommen, der asylrechtliche Schutz verweigert werden.

Artikel 3 der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK)

Dieser besagt: „Niemand darf der Folter oder unmenschlicher oder erniedrigender Strafe oder Behandlung unterworfen werden.“ Auch hier will das Bundesverwaltungsgericht ein Abschiebehindernis nur anerkennen, wenn die Misshandlung von staatlichen Organen ausgeht. Dies hat einschneidende Auswirkungen für die Asylsuchenden, die in ihren Heimatländern Verfolgung durch Milizen oder Guerilla ebenso wie durch die Regierung ausgesetzt sein können. Insbesondere bei Frauen wird davon ausgegangen, dass ihre Verfolgung nicht primär eine politische, auf ihre Person gerichtete sei, sondern sie eher zufällige Opfer von Misshandlung würden. Damit stünde ihrer Abschiebung nichts entgegen.

PRO ASYL bringt die Rechtsprechung hierzulande auf den Nenner: Deutschland befindet sich auf einer schiefen Ebene. Flüchtlinge rutschen ins rechtliche Nichts.

Menschenwürde dritter Klasse – zur sozialen Situation der Flüchtlinge

Die soziale Absicherung von Flüchtlingen bei uns ist in den vergangenen sieben Jahren schrittweise auf ein Niveau abgesenkt worden, das erheblich unter dem durch das Bundessozialhilfegesetz fixierten Mindestsatz liegt. Man sollte eher von sozialer Absonderung sprechen. Enge Wohnverhältnisse in Sammelunterkünften, erzwungene Untätigkeit, eingeschränkte Reisefreiheit, Sachleistungen wie vorverpackte Nahrungsmittel ohne Rücksicht auf kulturelle Essgewohnheiten gehören zum Alltag der Asylsuchenden. Eine individuelle Beratung und Betreuung durch Sozialarbeiter ist kaum mehr möglich; da diese für bis zu mehrere hundert Personen zuständig sind, müssen sie sich vielfach auf Interventionen bei Notfällen und das Auszahlen der monatlichen Taschengelder von 40 Euro für Erwachsene und 20 Euro für Kinder beschränken.

Auch die Gesundheitsversorgung wurde nach dem Asylbewerberleistungsgesetz stufenweise eingeschränkt: In Bezug auf die Zielgruppe gilt sie nur noch Flüchtlingen mit geregelter Aufenthalt. In der Höhe wurde sie abgesenkt erheblich unter das Niveau des Bundessozialhilfegesetzes, und das Leistungsspektrum wurde beschnitten: Medizinische Versorgung ist nach Art. 4 Asylbewerber-Leistungsgesetz (AsylbLG) auf die Behandlung akuter Krankheits- und Schmerzzustände und Vorsorgeuntersuchungen von Schwangeren und Vorschulkindern mit den dazugehörigen Impfungen begrenzt. Nach Art. 6 sollen Zustände, die zwar chronisch sind, aber durch Vernachlässigung erfahrungsgemäß zu akuten Verschlimmerungen führen würden, ebenfalls behandelt werden, hier wird aber der bestehende Ermessensspielraum der Behörden in vielen Fällen nicht voll genutzt.

Für Flüchtlinge, deren Asylantrag endgültig abgelehnt wurde, fehlt die gesetzliche Grundlage für eine medizinische Versorgung überhaupt. Sie sind wie gelöscht aus dem öffentlichen Bewusstsein. Wenn die Betroffenen dennoch medizinische Behandlung erhalten,

so ist das zum einen Ärzten und Therapeuten zu verdanken, die im Bewusstsein der Notlage der „Illegalen“ Behandlungen auch ohne Kostendeckung durchführen, sowie Beratungsstellen, Asylkreisen, Kirchengemeinden oder Individuen, welche die Vermittlung für die Betroffenen übernehmen. Zum anderen werden Krankenversicherungskarten versicherter Personen dafür missbraucht, womit sich die Benutzer strafbar machen.

Ohne aufenthaltsrechtliche Dokumente angetroffen, werden sie in Abschiebehaft genommen. 35 Männer und Frauen in Abschiebehaft haben sich in den Jahren 1994-1998 das Leben genommen, weitere haben Suizidversuche begangen. Die Öffentlichkeit erfährt davon nur, soweit es den Medien zur Kenntnis gelangt. Ärzte von außen haben in der Regel keinen Zutritt zu den Inhaftierten.

3

Hilfen für traumatisierte Flüchtlinge in Deutschland

Behandlungszentren für Folterüberlebende in Deutschland:

Nach Erhebungen des ICRT Kopenhagen ist unter den in das Gebiet der EU einreisenden Flüchtlingen von einer Traumatisiertenrate von 20-30 % auszugehen, d.h. für die BRD wäre jährlich mit 20.000 bis 30.000 zu rechnen. Sie bleiben weitgehend, auch über Jahre, unbeachtet und unbehandelt und entwickeln charakteristische chronische Krankheitsbilder, deren prozesshafter Verlauf und Schweregrad auch in Ärztekreisen erst langsam wahrgenommen wird.

Zunehmende Bedeutung für die Versorgung traumatisierter Flüchtlinge kommt seit etwa zehn Jahren den Behandlungszentren für Folterüberlebende in allen Bundesländern zu. Nach dem Modell der international anerkannten Zentren ICRT Kopenhagen und Medical Foundation for the Care of Victims of Torture, London, wurde als bekanntestes Zentrum dieser Art in Deutschland 1991 das BFZO (Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin) eingerichtet, wo inzwischen zu jeder Zeit um 300 Patienten diagnostisch und therapeutisch betreut werden können. Insgesamt bieten heute 21 Zentren zwischen Kiel und München, alle in freier Trägerschaft, psychosoziale, medizinische und therapeutische Hilfen an. Sie sind

6

in der Bundesarbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAFF) zusammengeschlossen. In Baden-Württemberg besteht auch ein regionaler Zusammenschluss, die Landesarbeitsgemeinschaft für Folterüberlebende und traumatisierte Flüchtlinge (LAG). Alle Zentren sind überlastet, Wartezeiten von einem halben Jahr sind üblich.

Refugio Stuttgart – Kontaktstelle für Folterüberlebende und traumatisierte Flüchtlinge

Im Mai 1998 gegründet, betreut **refugio** Stuttgart bisher eine Gesamtzahl von 270 Klienten. Es ist die Kontaktstelle für Folterüberlebende und traumatisierte Flüchtlinge für den Großraum Stuttgart in Trägerschaft des Evangelischen Migrationsdienstes Württemberg, Mitglied beim Diakonischen Werk Württemberg. Entscheidende Impulse zur Gründung und weitgehende Unterstützung erhält **refugio** Stuttgart durch das Deutsche Institut für Ärztliche Mission (DIFÄM), Tübingen, das sich von seinem Auftrag und dem Konzept der „Heilenden Gemeinde“ (Tübinger Konsultationen I und II) her den Notleidenden und Entrechteten verpflichtet weiß und dessen Jahresthema 2000 lautete: „Verletzte Rechte – verletzte Menschen“.

Klienten finden ihren Weg zu **refugio** Stuttgart oft erst nach einer langen Wanderung durch den bürokratischen bundesrepublikanischen Dschungel. Die meisten befinden sich für lange Zeit unter großem Leidensdruck, bis jemand auf sie aufmerksam wird – ein Freund, Sozialarbeiter oder Rechtsanwalt – und eine Anmeldung erfolgt. Es ist nicht selbstverständlich, dass ein Folteropfer bereit und in der Lage ist, seine Geschichte zu erzählen, sondern es hängt vom Einzelfall ab, welche Möglichkeit der Mitteilung entsteht. Dies geschieht im Rahmen der so genannten Erstgespräche, an die sich je nach Bedarf eine medizinische oder psychologische Untersuchung anschließt.

Vonseiten der Kontaktstelle führen jeweils eine oder zwei erfahrene Fachkräfte – Sozialarbeiterinnen und Sozialpädagoginnen, eine Familientherapeutin, Psychotherapeuten und Ärzte – Erstgespräche durch, in den meisten Fällen mit Hilfe eines Dolmetschers. Dieser ist nicht nur Übersetzer, sondern vermittelt

auch wichtige kulturelle Konzepte. Eine Spezialisierung der Mitarbeiter auf bestimmte Länder hat sich herausgebildet, da sie die notwendigen Detailkenntnisse über die Verhältnisse in den Herkunftsländern mit sich bringt. Ziele und Arbeitsweise von **refugio** Stuttgart werden zu Beginn des Gesprächs vorgestellt, es wird dem Klienten das Prinzip der Schweigepflicht erläutert und dass es einer schriftlichen Entbindung von der Schweigepflicht bedarf, bevor Außenstehende, in der Regel Therapeut oder Anwalt, im Rahmen einer allgemeinen, psychologischen oder ärztlichen Stellungnahme unterrichtet werden dürfen. Die Rechte unserer Klienten zu schützen, welche in der Vergangenheit oft genug mit Füßen getreten wurden, ist allen Mitarbeiterinnen ein wichtiges Anliegen. Ein Gespräch dauert normalerweise eine bis eineinhalb Stunden, mehrere Termine sind die Regel. Zunächst geht es darum, die Geschichte der KlientInnen zu verstehen und sie in einem Protokoll zu dokumentieren. Was ist ihr/ihm in ihrer Heimat widerfahren, welcher Art waren Verfolgung und Folter? Sodann die Fluchtgeschichte und die Erfahrungen hier im Asylland, angefangen von der Anhörung vor dem Bundesamt über Unterbringung und Familiensituation bis hin zu akuten Belastungen, wie einer evtl. bevorstehenden Gerichtsverhandlung oder traumatischen Situationen wie z.B. versuchter Abschiebung,

Aus den Ergebnissen von Erstgesprächen, psychologischer und ärztlicher Untersuchung ergibt sich in vielen Fällen eine umfassende schriftliche Stellungnahme. Es hängt vom Einzelfall ab, ob diese in das laufende Asylverfahren Eingang findet. Jeden zweiten Mittwoch werden von den Mitarbeiterinnen in der sog. Erstgesprächsrunde neue Fälle vorgestellt und das weitere Prozedere durchgesprochen. Hier geht es um die diagnostische Einordnung, Notwendigkeit von weiteren Maßnahmen, Begleitung oder Therapie, Anträge auf Kostenübernahme etc.

4

Psychotrauma bei Flüchtlingen – ein vielschichtiges Phänomen

„Danach ist das Leben ein anderes“

8

Für den Flüchtling ist es häufig die erste Gelegenheit, in einer geschützten Umgebung seine Geschichte zu erzählen. Das anfängliche Misstrauen ist groß und ein gezielter Einstieg ins Gespräch hilfreich, z.B.: „Bitte erzählen Sie, wie es dazu kam, dass Sie Ihre Heimat verlassen haben!“ Dies erlaubt, in einer ersten Sitzung so viel oder so wenig zu berichten, wie er/sie möchte. Vertrauen muss erst wachsen, bis verstanden wird: Was immer es ist, hier kann es ausgesprochen werden. Es braucht Mut, der Vergangenheit ins Auge zu sehen und von einem Mal zum anderen mehr Einzelheiten zu berichten. Dabei können starke Gefühle aufbrechen, Angst, Schmerz und Wut, Trauer und Verzweiflung über die verlorene Heimat, eine zerstörte Familie, zerrüttete Gesundheit und durchkreuzte Lebensplanung. Besonders sensible Bereiche werden oft nur angedeutet, aber noch nicht ausgesprochen: Verwicklung in eigene Schuld, Verrat von Freunden unter der Folter oder zutiefst schambesetzte Foltererfahrungen. Folter stellt ja oft eine Perversion des Intimen dar. Es gibt Situationen, wo der Folterer im Raum anwesend zu sein scheint, so intensiv wird das Vergangene wieder erlebt. Dann ist es nötig, dem Klienten/der Klientin zu versichern: Es ist hier keine Gefahr.

Während dieser Gespräche treten eine Fülle somatischer und psychosomatischer Beschwerden zu Tage, zum Teil aus der Vorgeschichte zu erklären, zum Teil aus der gegenwärtigen Lebenssituation. Die Entwurzelung und die Verluste, die Unsicherheit des Aufenthalts und das Arbeitsverbot, das Zusammenleben mit vielen Menschen in der Sammelunterkunft und Spannungen in Ehe und Familie – sie schaffen einen enormen Druck, der auf den Menschen sichtbar lastet und körperliche und psychische Symptome verursacht. Schon von sich aus stellen manche fest, dass sie Hilfe brauchen, um mit dem Alltag zurechtzukommen.

Traumatisierung, sequenzielle Traumatisierung,
Schädigung der zweiten Generation

Voraussetzung für eine wirksame Hilfe ist es, die Situation von Flüchtlingen unter ganzheitlichem Ansatz und im Kontext zu verstehen

- der in ihrer Heimat erlittenen Gewalt, nicht selten eine Abfolge von – unter Umständen nicht-traumatischen – Einzelerlebnissen. Dazu können Erfahrungen von Diskriminierung, offener Verfolgung, Enteignung, Vertreibung von Grund und Boden mit Verlust der wirtschaftlichen Lebensgrundlage, Verhaftung und Gefängnis, Misshandlung, Folter und Flucht gehören im Sinne von sequenzieller Traumatisierung,
- ihrer aktuellen Lebenssituation in einem gesellschaftlichen Klima von latenter oder manifest erfahrener Fremdenfeindlichkeit;
- der Auswirkungen der Traumatisierung auf die Familie und das soziale Umfeld der Betroffenen. Die Gefahr der Traumatisierung der zweiten Generation (Keilson, 1979);
- der Gefahr einer Retraumatisierung bei einer erneuten Konfrontation mit den Bedingungen, unter denen die ursprüngliche psychische Verletzung entstanden war.

Psychotrauma

Ein schweres traumatisches Erlebnis bringt eine „Überflutung des seelischen Reizschutzes“ (S. FREUD) mit sich und hinterlässt ein Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses. Die Erfahrung der Diskrepanz zwischen einer extremen Gefahrensituation, wie sie auftritt im Zusammenhang mit Verfolgung, Gefangenschaft, Folter oder Flucht, und den individuellen Bewältigungsmechanismen führt zu einem Gefühl völliger Hilflosigkeit und emotionaler Betäubung, da sowohl Kampf als auch Flucht sinnlos erscheinen angesichts der Größe der Bedrohung.

Willkürlich durch Menschen an anderen Menschen verübte Gewalt – sog. man-made disaster – stellt eine Extrembelastung dar und führt am ehesten zu psychischen Dauerschäden. Alter und Entwicklungsstand des Betroffenen, familiäre und kulturelle Bedingungen nehmen alle Einfluss auf Art und Umfang der Traumatisierung. Folgen von Verfolgung und Folter in Zusammenhang mit einem zielgerichteten – politischen, gewerkschaftlichen, menschen-rechtlichen, religiösen – Engagement wird subjektiv eher besser überwunden, wahrscheinlich weil hier ein Verfolgungsrisiko von vornherein einkalkuliert wird. Nach

ANTONOVSKY sind das Gefühl einer Kontinuität, einer übergeordneten Instanz (Sinnhaftigkeit) und Erhalt der Kontrolle die Faktoren, welche als Schutz der Persönlichkeit gegen Traumatisierung anzusehen sind. Diese entfallen am ehesten bei Kriegs- und Bürgerkriegsflüchtlingen. Mit Hilfe von Abwehrmechanismen kann das traumatische Erleben in der Gefahrensituation zwar zunächst verdrängt werden – dies dient dem Selbstschutz und hilft zum Überleben. Die Verdrängung erweist sich später jedoch unter Umständen als Problem, wenn das traumatische Geschehen der bewussten Erinnerung nicht mehr ohne weiteres zugänglich ist und geleugnet wird bzw. Gedächtnisinhalte abgespalten werden (Dissoziation).

Traumafolgeerkrankungen nach DSM IV und ICD-10

Die Internationalen Klassifikationskriterien der WHO für psychische Erkrankungen (ICD-10) unterscheiden zwischen verschiedenen Reaktionsweisen auf schwere Belastung:

- der akuten Belastungsreaktion, die kurz nach einem traumatischen Ereignis auftritt und innerhalb von Stunden oder Tagen abklingt;
- der Anpassungsstörung, gekennzeichnet von subjektiver Bedrängnis und emotionaler Beeinträchtigung;
- der posttraumatischen Belastungsstörung als protrahierter Reaktion auf ein Ereignis existentieller Bedrohung oder katastrophentypigen Ausmaßes, welches entweder die Person selbst betroffen hat oder bei dem sie Zeuge war.

Eine Schlüsselstellung zum Verständnis der Traumafolgeerkrankungen nimmt die Posttraumatische Belastungsstörung ein. Aus den Definitionen in der ICD 10 und im Diagnostic and Statistical Manual, DSM IV der American Psychiatric Association werden im Folgenden die wesentlichen Kriterien zusammengestellt.

A1-Kriterium

Die Person wurde mit einem belastenden Ereignis oder einer Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypigen

Ausmaßes konfrontiert (Naturkatastrophen oder von Menschen verursachte Katastrophen, Kampfhandlungen, schwerer Unfall) oder sie wurde Zeuge des gewaltsamen Todes anderer oder selbst Opfer von Folterung, Terrorismus, Vergewaltigung oder anderen Verbrechen. In diesen Situationen wird der „seelische Reizschutz“ durchbrochen.

A2-Kriterium

Die Reaktion umfasste intensive Furcht, Hilflosigkeit und emotionale Lähmung.

B-Kriterium

Das traumatische Ereignis wird beharrlich wieder erlebt in wiederkehrenden und eindringlichen belastenden Erinnerungen (Intrusionen), Träumen, Nachhallerinnerungen oder „flash-backs“, oder durch visuelle Eindrücke, Geräusche, Gerüche etc. getriggert (z.B. Anblick von Uniformierten), welche einen Aspekt des Traumas symbolisieren.

C-Kriterium

Mit dem traumatischen Ereignis verbundene Gedanken und Gefühle, Orte und Menschen werden anhaltend vermieden, um belastende Nachhallerinnerungen nicht mehr auszulösen. Es bestehen Desinteresse, Entfremdungsgefühle und das Gefühl, keine Zukunft zu haben (Restriktion).

D1-Kriterium

Es besteht eine volle oder eine Teilamnesie bezüglich des auslösenden Ereignisses. Hierbei scheint der Grad der Amnesie mit der Schwere zu korrelieren. So konnten sich nach einer amerikanischen Studie 12 % der im Erwachsenenalter und 20 % der im Kindesalter vergewaltigten Frauen nicht an das traumatische Ereignis erinnern. Es handelt sich bei dieser Form der Amnesie am ehesten um eine dissoziative Amnesie, d.h. das traumatische Ereignis bildet „einen Fremdkörper in der Seele“, unzugänglich für die bewusste Erinnerung.

D2-Kriterien

Diese sind Ausdruck eines erhöhten Erregungsniveaus oder Hypervigilanz: Innere Unruhe, Schlaf- und Konzentrationsstörungen, Reizbarkeit und Wutausbrüche, erhöhte Schreckhaftigkeit.

E-Kriterium

In der Diskussion ist noch, in welchem zeitlichen Abstand von dem zugrundeliegenden Ereignis die Symptomatik ausgebildet wird.

Traumatische Erinnerung ist fragmentierte Erinnerung

In der Arbeit mit Folterüberlebenden sollte man damit rechnen, dass sich ein Patient plötzlich in die traumatisierende Situation zurückversetzt fühlt und entsprechend reagiert – mit Geistesabwesenheit und starrem Blick bei Flash-backs; mit Aggressionen, wo im Interviewer ein Folterer gesehen wird, mit Abwehrbewegungen bei der ärztlichen Untersuchung, mit Panik z.B. beim Anlegen von Elektroden für ein EKG oder EEG, nicht so selten bei vergewaltigten Frauen mit Hyperventilation und Ohnmacht. In jedem Fall sollte jeder Handgriff erklärt und rasche Bewegungen, laute Geräusche, Annäherung von hinten etc. vermieden werden.

Für einen Patienten mit PTSD ist es charakteristisch, dass er zunächst nur unvollständige Angaben macht, sich an Jahreszahlen oder die genaue Abfolge der Ereignisse nicht erinnern kann, so dass sich für den Untersucher ein unzusammenhängendes und widersprüchliches Bild ergeben kann. Gerade die schwerwiegendsten Erfahrungen eines Überlebenden von Bürgerkrieg, Vergewaltigung oder Folter können der bewussten Erinnerung unzugänglich sein. Dies Phänomen ist als Ausdruck der Schwere der Störung zu werten, als Abwehr der bedrängenden intrusiven Symptome. Die Patienten leiden furchtbar und sind nicht selten suizidgefährdet.

Was passiert im Gehirn?

Thalamus, Hippocampus, Amygdala und Frontalhirn sind wesentlich beteiligt an der Aufnahme, Verarbeitung und Integration von Erinnerungen, wobei die Amygdala als Teil des limbischen Systems für die Verarbeitung von Emotionen und die Einschätzung ihrer Bedeutung eine Schlüsselrolle spielt.

Folgende Ergebnisse neuerer Hirnforschung sind im Zusammenhang mit Psychotrauma von Bedeutung:

In der traumaauslösenden Gefahrensituation unterbricht eine Welle nor-adrenerger Hormone, darunter Cortisol, den kontinuierlichen Informationsfluss zu den Verarbeitungszentren. Diese Überflutung geschieht bei Menschen mit chronischem PTSD (PTBS) nicht nur einmal – in der traumatischen Situation – sondern später bei emotionaler Bedrohung immer wieder, also sooft sie der traumatischen Erinnerung durch Flash-backs, Alpträume oder Konfrontation mit Hinweisreizen wieder ausgesetzt sind – was bei Extremtraumatisierten vielfach am Tag vorkommen kann. Diese Überflutungen führen auf Dauer zu einer Verschlechterung von Hirn- und Gedächtnisleistungen, zu „learned helplessness“, einer Destabilisierung im Gehirn mit strukturellen Veränderungen, Elimination von bestehenden Bahnungen und Reorganisation. „Was nicht genutzt wird, verkümmert.“

HÜTHER (Göttingen) berichtet von dem Fall einer PTSD-Patientin, welche sich in Abständen mit einem Messer schnitt. Bestimmungen des Cortisolspiegels ergaben, dass dies auftrat, sobald Cortisol einen kritischen level erreichte, woraufhin der Spiegel sank. Schneiden war ihre Lösung, und es wurde immer fester gebahnt und verselbständigte sich. „Es steht außer Frage, dass das Problem der Angst ein Knotenpunkt ist, an dem die verschiedenen und wichtigen Fragen zusammentreffen“ (FREUD).

Der traumatisierte Mensch muss für sich Lösungen finden, um die bedrohlichen Prozesse unter Kontrolle zu halten:

- Verdrängung – eine Umgehungsstraße um das Trauma herum. Dies kann gut funktionieren. Die Therapie kann später den Zugang wieder ermöglichen;
- Flucht, wobei es sich in der traumaauslösenden Situation um räumliche Flucht handelt. Bei unseren Patienten – wo die

räumliche Distanz gegeben ist und nicht ausreicht – kommt es zu einer innerlichen Flucht, sie dissoziieren. Es kann zu einem Zerfall in multiple Persönlichkeiten kommen;

- Somatisierung: Nicht aufgearbeitete psychische Traumata treten als körperliche Symptome, meist Schmerzsymptome, in Erscheinung. Bei den chronischen Krankheitsverläufen ist dies häufig der Fall.

Bei schwerer Traumatisierung kommt es außerdem zu einer Entkopplung wichtiger Funktionsbereiche der rechten und linken Hemisphäre des Gehirns. Die linke, überwiegend analytische, mit Worten (Broca-Zentrum) und Symbolen arbeitende Hemisphäre scheint zumindest teilweise unterdrückt zu sein, während die rechte, überwiegend non-verbale, ganzheitlich repräsentierende Hemisphäre von Impulsen aus der Amygdala, die emotionale Informationen wie z.B. Furcht verarbeiten, dominiert wird. Traumatische Erinnerungen erscheinen so für die Opfer häufig als emotional belastend ohne zeitliche Zuordnung – auch nach Jahren ist es für sie, als ob das belastende Ereignis gerade passiert. Sprachlosigkeit ist kennzeichnend, die zur Zeit des Ereignisses gespeicherten Informationen bleiben unverarbeitet.

Die Schwierigkeit, eine kohärente Geschichte zu erzählen, ist also zu entscheidenden Anteilen neurophysiologisch bedingt. Diese Forschungsergebnisse haben für das Verständnis von Traumapatienten weitreichende Bedeutung. Sie sollten bei der Erhebung des psychischen Befundes unbedingt berücksichtigt werden. Auch in der Aufklärung der Patienten über ihre Störung sind sie sehr wichtig. Für viele ist es schon entlastend zu erfahren, dass ihre Symptome nicht bedeuten, dass sie verrückt sind, sondern dass sie eine normale Reaktion auf eine verrückte Situation darstellen.

Einige Beispiele für typische Probleme von Folterüberlebenden

Der Schutzmechanismus des „Vergessens“ schafft dem traumatisierten Flüchtling zwar Erleichterung vor sich aufdrängenden Erinnerungen, auf der anderen Seite verursacht er ihm erhebliche Probleme im Asylverfahren. Denn was bei der ersten

Anhörung vor dem Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge nicht zu Protokoll gegeben wurde, wird später als gesteigertes Vorbringen ausgelegt und zunächst einmal gegen ihn verwandt. Eine kohärente Geschichte, wie sie bei der Anhörung vor dem Bundesamt oder im Asylverfahren vor dem Verwaltungsgericht in der Regel gefordert wird, ist von einem Folterüberlebenden nicht zu erwarten. Oder man stelle sich einen Asylbewerber vor, der alle Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung hat, aber sich nicht an ein Trauma erinnern kann! Dass die Scham und die Hilflosigkeit der Betroffenen angesichts der „Unvollkommenheit“ ihrer „Geschichte“ ein wichtiges Indiz dafür sein kann, dass eine Traumatisierung vorliegt – von einer allgemeinen Berücksichtigung dieses Phänomens der fragmentierten Erinnerung sind wir noch weit entfernt. Immerhin finden inzwischen Fortbildungen für Richter, Rechtsanwälte und Anhörende des Bundesamtes statt, durchgeführt von Mitarbeitern des Deutschen Instituts für Psychotraumatologie (DIPT), Köln, oder durch die Bundesarbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Folterüberlebende und traumatisierte Flüchtlinge (BAFF).

Auch im Kontakt mit dem behandelnden Arzt schweigt ein Folterüberlebender eher über seine Vorgeschichte, als dass er sie preisgibt. Hierbei spielen Kommunikationsbarrieren wie das Fehlen eines Dolmetschers eine Rolle, fehlende Zeit in einer normalen Sprechstunde, Angst vor Verachtung durch den Arzt oder kulturelle Tabus. So ist es für eine kurdische Frau in der Regel nicht möglich – auch nicht gegenüber einer Ärztin oder Therapeutin – von sich aus über sexuelle Misshandlung und Vergewaltigung zu sprechen. Wenn sie gefragt wird, mag sie Umschreibungen dafür geben oder als „Ersatz“ andere Foltermethoden anführen, die ihr weniger schändlich erscheinen: „Man hat mir Strom gegeben“ sagte eine Frau vor einem männlichen Anhörer und einem männlichen Dolmetscher im Bundesamt aus. Was sie meinte, war: Was mich bis heute nicht zur Ruhe kommen lässt, mich „wie unter Strom“ fühlen lässt, das ist damals geschehen. „Wie unter Strom“ ist eine treffende Umschreibung des Symptoms der Hypervigilanz.

Was können Ärzte, Therapeuten und Pflegende tun?

Erster Schritt

Unter den Flüchtlingen, die zum Arzt gehen, dürfte der Leidensdruck bereits eine gewisse Selektion bewirkt haben, sodass es in dieser Population möglicherweise mehr als 20-30 % Traumatisierte sind. Unter den Bedingungen einer Arztpraxis oder eines Krankenhauses lässt sich schätzen, mit welcher Anzahl an Traumatisierten unter der Klientel zu rechnen wäre. Geachtet werden sollte auf Angstsymptomatik, Depression, Anpassungsstörungen und posttraumatische Belastungsstörungen.

Mediziner, Psychotherapeuten, Physiotherapeuten und die in der Pflege Tätigen haben aufgrund ihrer Ausbildung und Kenntnisse eine besondere Verpflichtung,

- aufmerksam hinzuhören, wenn ein Flüchtling über die hinweisenden Symptome klagt;
- eine gründliche Anamnese zu erstellen, wenn Verdacht auf Misshandlung und Folter besteht;
- eine sorgfältige körperliche Untersuchung durchzuführen
- die Befunde zu dokumentieren, ggf. mit Zeichnungen (Narben, Veränderungen am Skelettsystem, Bewegungseinschränkungen, Sensibilitätsausfälle).

Nur so wird es gelingen herauszufinden, was diesem Menschen geschehen ist.

Wo die Symptomatik auf Schlaflosigkeit, Alpträume, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Reizbarkeit, Grübeln, Depression und unklare Schmerzzustände ohne fassbaren Befund hinausläuft, sollte versucht werden zu eruieren, ob das A-Kriterium (s.o. unter 4.4.) – eine Situation ungewöhnlicher Bedrohung in der Anamnese – gegeben ist. Es sollte die damalige Reaktion – Hoffnungslosigkeit oder emotionale Lähmung? – erfragt werden.

Für einen Flüchtling bedeutet es eine ungeheure Entlastung, in seinem Arzt/ihrer Ärztin einen Menschen zu finden, der bereit und in der Lage ist zuzuhören und die Wahrheit, bisher ein lange gehütetes, schreckliches Geheimnis, zu ertragen. Dies erfordert

allerdings Zeit, vielleicht mehrere Sitzungen. Unter den Bedingungen einer Praxis ist Zeit wohl die wichtigste Ressource. Kann man sie nicht aufbringen, sollte die Hilfe einer psychosozialen Beratungsstelle bzw. eines der genannten Zentren in Anspruch genommen werden, wo Mitarbeiter verschiedener Fachrichtungen für angemessene Arbeit im Einzelfall zur Verfügung stehen. Wartezeiten von einigen Monaten müssen dabei häufig in Kauf genommen werden, man sollte sich jedoch bewusst machen, dass die Patienten in der Regel schon Jahre ohne Behandlung verbracht haben.

Zweiter Schritt

Es bedarf darüber hinaus der Vertretung dieser Patienten

- im Kollegenkreis, wo ein Erfahrungsaustausch zum Thema Traumatisierung von Flüchtlingen, Misshandlungs- und Folterfolgen bisher noch selten stattfindet;
- gegenüber den Kostenträgern (Sozialamt, Ausländeramt, Krankenkassen), welche von der Behandlungsbedürftigkeit überzeugt werden müssen;
- vor Gericht, wo die Stellungnahme eines mit Folterfolgen vertrauten Arztes den Unterschied machen kann zwischen Abschiebung und Asylgewährung.

Wer mit Folterüberlebenden zu tun hat, sollte sich auf eine Art Übersetzungsarbeit gefasst machen: Es gilt, das stumme Entsetzen der Patienten, die wiederkehrenden Bilder und Alpträume, die Angst und Hoffnungslosigkeit und die vielfältige körperliche Symptomatik zu entschlüsseln und bei ihrem Namen „Folter- und Misshandlungsfolgen“ zu nennen, damit unsere Gesellschaft und ihre Repräsentanten Komplexität und Ausmaß des Problems recht verstehen können. Es kann nicht sein, dass diese Menschen durch Arztpraxen und Kliniken gehen und kein Alarm ausgelöst wird. Wie sollen Richter ihnen Recht verschaffen, wenn sie nicht unterrichtet sind

über körperliche und psychische Folterfolgen? Oder wie sollen PolitikerInnen die notwendigen Schritte tun, wenn das Ausmaß des

Problems bei den in Deutschland lebenden Ausländern nicht richtig eingeschätzt wird?

Vonseiten der Behandlungszentren für Folterüberlebende mit ihren multidisziplinären Teams besteht ein großes Interesse an der Zusammenarbeit mit Ärzten, Therapeuten und Pflegenden, um Überlebenden von Folter und Misshandlung eine angemessene diagnostische und therapeutische Versorgung zuteil werden zu lassen. Diese Zentren bieten Fortbildungen und Supervision für alle Mitarbeitenden an.

Ein Leben in Sicherheit und Menschen an ihrer Seite, welche ihnen Achtung entgegenbringen und anerkennen, was sie erlebt und erlitten haben, das ist es, was Folterüberlebende und traumatisierte Flüchtlinge am dringendsten brauchen. Ohne Sicherheit des Aufenthalts und ohne solidarische Gemeinschaft ist eine Heilung ihrer tiefen Verletzungen auch auf lange Zeit kaum zu erwarten. In unserer Gesellschaft wird ihnen eben dies in sehr vielen Fällen bisher nicht zuteil.

Medikalisierung und Medizintourismus als Problem

Mit der z.Zt. bestehenden Medikalisierung und dem Medizintourismus ist diesem Personenkreis nicht gedient. Es muss ein neuer Ansatz für die Behandlung gefunden werden.

Die Situation reflektiert ein vielschichtiges Dilemma: Die psychische Problematik ohne körperliche Äquivalente treibt wenige Patienten zum Arzt und wenn doch, wird sie selten adäquat behandelt. Denn psychotherapeutische Maßnahmen werden von den Sozialämtern nach dem AsylbewLG nicht übernommen mit der Begründung, dass es sich nicht um akute Erkrankungen handelt. Den Patienten wird behördlicherseits manchmal unterstellt, dass es sich bei ihren Beschwerden um „eingebildete Krankheiten“ handelt. Den Betroffenen selbst ist Psychotherapie selten ein Begriff. Im besten Fall stehen sie ihr abwartend gegenüber, Flüchtlinge vom Balkan lehnen sie z.B. ab mit der Begründung, sie seien „nicht verrückt“. In dieser Konstellation sind alle Beteiligten unzufrieden und bei dem Patienten wächst die Angst. Sein Bedürfnis ist es, möglichst nicht aufzufallen. Treten bei Chronifizierung körperliche Symptome auf (Somatisierung), macht der Patient auf einmal die Erfahrung, dass

ihm jetzt von ärztlicher Seite ohne Probleme Medikamente verordnet werden, auch über Monate und Jahre. Der Kostenträger legt keinen Widerspruch ein, da Schmerzzustände unter § 4 AsylbewLG fallen. Dem Patienten sind Tabletten etwas Vertrautes, er fühlt sich anerkannt, integriert als „richtiger“ Kranker, vergleichbar anderen Patienten, und er bleibt dabei „unauffällig“. In dieser Phase sind alle Beteiligten zufrieden. Der Lernerfolg ist: So soll es weitergehen. Diese Fälle werden auf lange Zeit behandelt. Analgetika, Antidepressiva und Tranquilizer werden nach einer Erhebung in Deutschland überproportional häufig, nämlich zu einem Drittel, an Ausländer verschrieben. Diese Medikalisierung nützt am ehesten der pharmazeutischen Industrie. Die Patienten wechseln überproportional häufig den Arzt, weil es eben nicht zum besten mit ihnen steht. Gibt es eine Chance auf Veränderung?

Erfahrungen aus den Nachbarländern

H.U. WICKER, Medizinethnologe, Universität Bern: Um dem Problem Medikalisierung und Medizintourismus zu begegnen, entwickelt man in der Schweiz Arbeitsweisen für eine verbesserte Kommunikation zwischen Patienten und Gesundheitsdiensten. Transkulturelle Kompetenz wird neuerdings als Teil des Kurrikulums in Krankenpflegeschulen und Universitäten vermittelt. Es werden außerdem Mediatoren geschult, in der Regel Personen, deren Heimatländer die Herkunftsländer der Hauptflüchtlingsgruppen sind. Sie begleiten Flüchtlingsfamilien bei Behördengängen, in Arztpraxen und Anwaltskanzleien, zur Einschulung der Kinder etc. und übermitteln ihnen wichtige Spielregeln der Exilgesellschaft. Herr Wicker war als Ethnologe im Entwicklungsdienst in Lateinamerika tätig, bevor er nach der Rückkehr in den 80er-Jahren ein psychosoziales Zentrum für die Behandlung von traumatisierten Flüchtlingen einrichtete.

HELEN BAMBER, Gründerin der Medical Foundation for the Care of Victims of Torture, London: „Zu den ehrenamtlichen Mitarbeitern des Zentrums zählen ca. 120 sog. case workers, welche Flüchtlingsfamilien während der Einlebephase im Exilland begleiten, vergleichbar den Mediatoren in der Schweiz, nur handelt es sich in der Mehrzahl um Einheimische.“ Frau Bamber war als

junge Frau während des 2. Weltkrieges als Freiwillige mit Kriegstraumatisierten befasst.

Was tun zur Verbesserung der Situation im ärztlichen Alltag in Deutschland? Studiengänge und eine Gebietsbezeichnung „Transkulturelle Medizin“ gibt es bisher nicht. Inter- oder transkulturelle Kompetenz ist aber gefragt! Sie entsteht weitgehend durch learning by doing. In dieser Runde von Rückkehrern und generell unter ehemaligen Entwicklungshelfern und kirchlichen MitarbeiterInnen, welche Jahre ihres Berufslebens in Übersee verbracht haben, dürfte ein Schatz an dieser Kompetenz zu finden sein. Es wäre nicht nur eine gute Idee, sondern im Interesse traumatisierter Flüchtlinge und Folteropfer ist es dringend notwendig, dass wir beginnen, ihn zu heben.

ELISABETH FRIES (Dr. med.): Kinderärztin, 1984-94 tätig in Hospital und Gesundheitszone Nundu der Freien Methodistischen Kirche von Zaire, Aufbau des Programms für Basisgesundheit und ländliche Entwicklung, Nundu. 1994-97 über „Dienste in Übersee“ als Medizinische Koordinatorin der Ev. Kirchen im Süd-Kivu in Bukavu, Dem. Rep. Kongo (ex-Zaire). Mitarbeiterin bei refugio - Stuttgart.

Literatur

- Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen – DSM IV. (Dt. Bearb: Henning Sass et al.), Hogrefe Verlag, Göttingen 1998
- FISCHER, GOTTFRIED und RIEDESSER, PETER: Lehrbuch der Psychotraumatologie. Verlag Reinhardt, München 1998
- HOFMANN, ARNE: EMDR in der Therapie posttraumatischer Belastungssyndrome. Thieme 1999
- HÜTHER, GERALD: Wie aus Stress Gefühle werden, Vandenhoeck & Ruprecht, 1999

- HÜTHER, GERALD: „Gewalterfahrung und Verarbeitung traumatischer Erinnerungen“ – Zum Stand der neurowissenschaftlichen Forschung, Vortrag vom 12.10.2000 in Bremen anlässlich der BAFF-Tagung 2000.
- KAUFFMANN, HEIKO: Menschenwürde 3. Klasse – Zum Asylbewerberleistungsgesetz. Aus: Grundrechtreport 1999, rororo aktuell 1999, S. 27-32.
- KEILSON, HANS: Abschied. Erinnerung und Trauer. Aus: Ein Ast bei Nacht kein Ast. Seelische Folgen der Menschenvernichtung für Kinder und Kindeskind. JÖRG WIESE UND E. OLBRICH (Hrsg.), Vandenhoeck & Ruprecht, 1994, S. 11-20
- MOHR, MANFRED: Traumatisierte Flüchtlinge und Bürgerkriegsflüchtlinge in Deutschland. ZDWF-Schriftenreihe Nr. 72, Siegburg 1998
- Ratgeber soziale Beratung von Asylbewerbern. ZDWF, Siegburg 1997
- WHO, 1992: International Classification of Diseases (10th revision). Author Geneva.
- ZUMACH, ANDREAS: Sind die Menschenrechte in Deutschland verwirklicht? Diakonie, Jahrgang 1998, Heft 4, S. 222-226

Entnommen: Gerd Propach (Hrsg): Geht hin und heilt.-Zeichen der Freundlichkeit Gottes, Porta Studien 20, SMD Edition, Francke Verlag, Marburg 2002