

Psychische Gesundheit ist kein Luxus für Flüchtlinge



Dr. Maggie Schauer (im Hintergrund) leitet seit 2001 das „Kompetenzzentrum Psychotraumatologie“ der Klinischen Psychologie an der Universität Konstanz. Sie hat gemeinsam mit Prof. Dr. Thomas Elbert und Prof. Dr. Frank Neuner die Narrative Expositionstherapie (NET) entwickelt, ein Verfahren, das Trauma-Spektrumserkrankungen behandelt. Die Konstanzer Psychologin arbeitet in Therapie- und Hilfsprojekten in Kriegs- und Krisengebieten, in Flüchtlingslagern nach humanitären- und Naturkatastrophen, in Demobilisierungsprojekten für Kindersoldaten und mit Überlebenden von Folter und Menschenrechtsverletzungen in den Herkunftsländern. In Europa arbeitet sie mit Asylbewerbern. Sie hat „vivo international“, eine Nichtregierungs-Organisation zur Prävention und Behandlung von traumatischem Stress, mitgegründet (www.vivo.org).

Dr. Maggie Schauer, Psychologin und Leiterin des „Kompetenzzentrums Psychotraumatologie“ der Klinischen Psychologie an der Universität Konstanz, äußert sich zur psychischen Verfasstheit der aktuell in Europa ankommenden Asylsuchenden und plädiert für einen notwendigen Paradigmenwechsel.

Die meisten Flüchtlinge, die derzeit in Europa ankommen, haben viel hinter sich: Krieg, Gewalt, Armut, Traumata im Herkunftsland und auf der Flucht. Wie schätzen Sie die psychologischen Hilfen ein, die die Asylsuchenden hierzulande erhalten?

Dr. Maggie Schauer: Zunächst einmal muss gesagt werden, dass die hauptamtlichen und ehrenamtlichen Helferinnen und Helfer in Deutschland einen unglaublich professionellen und guten Job machen. Im Landkreis Konstanz etwa machen derzeit alle Überstunden. Wir haben regelmäßige Helfertreffen mit allen beteiligten Gruppen, bei denen Aktionen abgestimmt werden und sichergestellt wird, dass alle Hilfen auch ankommen. Für die Aufnahme und Verwaltung der Neuankömmlinge werden große Anstrengungen unternommen. Die Politik ignoriert aber die hohen mentalen Belastungen der Flüchtlinge. Trotz der notwendigen Mittelfreigabe werden hierfür keine Gelder und keine Stellen eingeplant. Das ist fatal für die Flüchtlinge, die Gesellschaft und die Integration der Menschen.

Was national und auf kommunaler Ebene fehlt sind evidenzbasierte Angebote zur klinisch-psychologischen Untersuchung und Therapie der traumatisierten Menschen. Unsere Ambulanz wird beinahe täglich von den verschiedensten bundesweiten Institutionen und Gruppen angefragt. Schulen, Jugendämter, Kliniken, Kreißsäle, niedergelassene Ärzte und Psychologen, Jobcenter, Ehrenamtliche und viele andere fühlen sich nicht gut ausgerüstet für den Umgang und die Versorgung der traumatisierten Flüchtlinge. Eine immense Nachfrage, der wir mit den gegebenen Ressourcen und Stellenmitteln unmöglich begegnen können. Dabei kennt die Forschung die Zahlen, wie leidvoll und auch teuer es wird, wenn effektive Interventionen hier versäumt werden und sich psychische Probleme ausweiten, chronifizieren und sich sowohl in körperliche Krankheiten verwandeln als auch transgenerational weitergegeben werden.

Man spricht Kindern eine gewisse seelische Robustheit zu. Wie stecken Kinder ihre Erlebnisse auf der Flucht weg?

Tatsächlich ist die Resilienz, die psychische Widerstandsfähigkeit, von Kindern ein Mythos, der sich oft bei der laienhaften Betrachtung von Kriegs- und Krisenszenarien wiederfindet. Kinder sind im Gegenteil noch vulnerabler als Erwachsene, auch – und gerade das führt zu diesem Missverständnis – weil negative Folgen von Mehrfachtraumatisierungen in der Kindheit oft erst im späteren Erwachsenenalter gesehen werden. Wer als Kind unter massiven Stressoren aufwächst – dazu zählen Kriegssituationen, aber auch Armut oder Vernachlässigung –, der ist wie die Mehrzahl der Flüchtlinge weitaus mehr gefährdet, später unter einer chronischen psychischen oder körperlichen Krankheit zu leiden.

Von Wirtschaft und Politik ist zu hören, dass Deutschland die teilweise sehr gut ausgebildeten jungen Syrer wegen des Fachkräftemangels im Land gut gebrauchen könnte. Was würde ein angemessenes Arbeitsangebot für Menschen mit solch traumatischer Vergangenheit bedeuten?

Die Wahrheit ist, dass es sich hier um ein heikles Thema handelt. Bedenken Sie, dass im Durchschnitt zwischen 30 und 50 Prozent aller Flüchtlinge das Vollbild einer psychischen Störung zeigen. Dies bedeutet, dass diese Personen dysfunktional sind in beruflicher, schulischer oder sozialer Hinsicht. Bei manchen Gruppen, beispielsweise solchen, die IS-Haft, Folter oder Menschenhandel erleben mussten, liegt die Rate noch deutlich höher. Personen, die seelisch einmal gebrochen sind, brauchen

in der Regel professionelle Unterstützung, auf die unser Gesundheitssystem in Ausmaß und Inhalt nicht eingestellt ist. Unter anderem gibt es Verständigungsprobleme, Schwierigkeiten aufgrund kultureller Unterschiede und Unkenntnis über Herkunftsländer sowie fachliche Hilflosigkeit. So kommt es dazu, dass Flüchtlinge zu schwierigen Drehtürpatienten werden mit hohen Medikamentenverschreibungen, die keinen Behandlungserfolg bringen.



**„30-50 %
aller Flüchtlinge zeigen
im Durchschnitt das Vollbild
einer psychischen Störung.“**

Dazu kommt: Mehrfachtraumatisierte gehen auf dünnem Eis. Vorausgegangene Traumatisierung erhöht das Risiko um ein Vielfaches, erneut traumatisiert zu werden. Überlebende müssen daher geschützt werden vor neuerlichen Stressoren. Traumatisierungsfolgen zeigen sich ohne Behandlung mal stärker, mal schwächer über ein Leben hinweg, zuletzt noch einmal deutlich im Alter. Dabei spielt nicht nur die schiere Menge an einzelnen traumatischen Ereignissen eine Rolle, sondern auch das Lebensalter bei Traumatisierung und die Art erlebter Bedrohung.

Transgenerationale Gewalt, Stressoren in der Schwangerschaft der Mutter, körperliche Misshandlungen im Kindesalter, sexueller Missbrauch oder Vernachlässigung sind massiv schwächende Faktoren für die Entwicklung. In vielen Herkunftsländern ist aber etwa körperliche Gewalt als Instrument der Erziehung noch an der Tagesordnung. Zugleich sind die Bezugspersonen oft durch eigene Belastungen

und Traumatisierungen beeinträchtigt und können sich dann dem Kind nicht mehr so feinfühlig und adäquat widmen, wie dies wichtig wäre für die Entwicklung. All dies schränkt später dauerhafte kognitive und körperliche Leistung ein. Diese Menschen sind phasenweise sehr gut berufsfähig, aber nicht immer in gleichem Maß.

Eine weitere Hürde ist die oft eingeschränkte Fähigkeit, Gefahren aus der Vergangenheit auszublenden, um sich auf jetzige Aufgaben zu konzentrieren. Lernen fällt schwer. Und schließlich wird häufig die implizite Art der kulturellen Sozialisierung nicht bedacht: Viele Flüchtlinge wissen nicht, was deutsche Arbeitgeber erwarten – das, was unsere Kultur vorschreibt, ohne dass man dies irgendwo nachlesen könnte. Die deutsche Sprache ist komplex, und die deutsche Art speziell. Um am Arbeitsmarkt dauerhaft erfolgreich zu sein, muss ich kulturell integrierbar sein. So enthält die Umsetzung religiöser Normen Konfliktpotential am Arbeitsplatz und bei der Integration. Schwierig wird es für die vielen Einwanderer ohne tatsächliche formale Schulbildung, die Lohn und Brot im Niedriglohnsektor finden müssen. Jobs, die keine Bildung und Abstraktionsfähigkeit erfordern, gibt es in Deutschland kaum mehr.

Ist aber nicht allein die Tatsache, arbeiten zu können, hilfreich?

Durch den Erhalt eines Arbeitsplatzes fühlt sich eine Person in der Tat gebraucht und sozial akzeptiert und kann am gesellschaftlichen Leben teilhaben. Dies wirkt antidepressiv. Allerdings verschwinden dadurch nicht automatisch die Traumafolgesymptome. Diese müssen gezielt durch eine traumaaufarbeitende Therapie behandelt werden. Dann erhöht sich die berufliche Leistungsfähigkeit ebenso deutlich wie die Lebenszufriedenheit und Gesundheit eines Menschen. Wir wissen längst, dass dies eine absolut basale Notwendigkeit für Lebensenergie, Selbstständigkeit, gute Regulation der Emotionen, Vertrauen in andere Menschen und in die Zukunft darstellt. Psychische Gesundheit steht am Anfang, nicht am Ende der Bedürfnishierarchie von Flüchtlingen. Hier ist dringend ein Umdenken gefordert, vor allem angesichts der hohen Zahlen belasteter Menschen, die wir erwarten.

| Die Fragen stellte Dr. Maria Schorpp.