

Psychische Störungen bei unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen – alles Trauma? Zwischen Trauma, Flucht und Neuanfang

Bad Honnef, 13.4.18

Sehr geehrte Damen und Herren,

zunächst zur Vorstellung, wie ich zu meiner Expertise komme: seit nunmehr 21 Jahren beschäftige ich mich mit den psychischen Störungen von Flüchtlingen, zunächst hauptsächlich Erwachsene, in den letzten Jahren vornehmlich Jugendliche.

Insgesamt habe ich in diesen Jahren so ca. 4-5000 Flüchtlinge behandelt und schöpfe aus diesem Erfahrungsfundus. Daneben habe ich auch noch in Ländern mit Nachkriegssituationen gearbeitet, im Kosovo und in Uganda, wo ich Organisationen beraten habe und Erfahrungen gesammelt. Aus diesen Erfahrungen heraus möchte ich Ihnen darstellen, wie sich die verschiedenen Konfliktlagen in den Seelen der Jugendlichen niederschlagen.

Bezüglich der psychischen Situation insbesondere minderjähriger Flüchtlinge spielen meiner Erfahrung nach folgende sechs Themenkomplexe eine Rolle:

1. die juristische Situation, d.h. vornehmlich die aufenthaltsrechtliche,
2. das Erleben traumatischer, d.h. existenziell bedrohlicher, lebensbedrohlicher Situationen und evtl. daraus entstandene psychischen Störungen, z.B. posttraumatische Belastungsstörungen,
3. die Situation der Herkunftsfamilie
4. der Auftrag bzw. der Grund, weshalb die/der Jugendliche von der Familie ins Ausland geschickt wurde, die familiären Verhältnisse
5. der Entwicklungsstand der/des Jugendlichen und die durch die Flucht entstandenen Störungen der Entwicklung,
6. der soziale und ethnische Status der/des Jugendlichen.

Jedem dieser Punkte stelle ich ein kurzes Fallbeispiel voran, um die Themen zu skizzieren.

1. Juristische Situation

Der 17jährige Ahmad stammt aus einer wohlhabenden afghanischen Unternehmerfamilie. Sein Vater war ins Fadenkreuz sowohl der Taliban als auch örtlicher Drogenhändler geraten und wurde schon länger bedroht. Ahmad durfte schon ein Jahr vor seiner Flucht das Haus nicht mehr verlassen. Eines Tages wurde das Haus überfallen und sein Vater sowie zwei Schwestern erschossen. Es gelang ihm, mit der Mutter zusammen nach Pakistan zu fliehen, auf der Flucht in den Bergen wurden sie getrennt. Ein Schleuser brachte ihn nach Holland und schärfte ihm ein, erstens ein höheres Alter anzugeben als auch, nichts von seiner Herkunft zu sagen. Der Schleuser hatte offensichtlich befürchtet, dass er mit diesem politisch brisanten Fall und einflussreichen Leuten in Verbindung gebracht werden könnte und dass er, wenn der Jugendliche in einer Unterkunft mit Erwachsenen wäre, besser Einfluss auf ihn hätte. Nach einem halben Jahr wurde deutlich, dass die Angaben, die Ahmad gemacht hatte, ihm in Holland keine Chance auf Asyl gaben. Er floh nach Deutschland, nach Gießen.

Hier misstraute das Jugendamt seinen Angaben, es gab ein längeres Tauziehen um sein Alter. Es wurde sogar eine Überprüfung seines Knochenalters in der Kinderklinik durchgesetzt. Das Ergebnis dort war wie vorauszusehen: 18,5 Jahre +/- 1,5 Jahre. Einer Sozialarbeiterin des Jugendamtes gelang es dann durch intensives Suchen im Internet, Hinweise auf sein Alter zu finden: Ahmad war nämlich als Jugendlicher Mitglied der afghanischen Fussballnationalmannschaft. Man fand dann im Internet noch den Eintrag, dass er in 2011 mit 14 Jahren in einem Turnier ein Tor geschossen hatte, was die Glaubwürdigkeit seiner Aussage, in 1997 geboren zu sein, untermauerte.

In den Monaten dieser Klärung stand der junge Mann erheblich unter Druck, mit Schlafstörungen, Grübeleien über den Verbleib seiner Mutter, Angst vor der Zukunft, Konzentrations- und Lernstörungen. Nachdem sein Alter geklärt war und er in eine Folgeeinrichtung verlegt werden konnte, besserte sich sein Zustand rasch. Drei Monate später hatten die Schlafstörungen deutlich nachgelassen, er zeigte sich gelassener und ruhiger, kam gut in der Schule mit und hatte auch wieder angefangen Fußball zu spielen.

Insbesondere zu Beginn ihres Aufenthaltes dreht sich meist alles um die aufenthaltsrechtliche Situation: kann ich hier bleiben, kann ich mich hier sicher fühlen, kann ich mich auf eine Zukunft in diesem Land einstellen und mein Leben planen? Oder muss ich damit rechnen, wieder in das Herkunftsland (selten) oder ein anderes europäisches Land (häufiger) zurückgeschickt zu werden? Bei vielen Flüchtlingen spielt die Dublin-Verordnung eine wesentliche Rolle, die besagt, dass das europäische Land, in dem der Flüchtling erstmals registriert wurde, für die Durchführung des Asylverfahrens zuständig ist. Da einige Länder an den Außengrenzen Europas, z.B. Griechenland, Malta, Italien, Ungarn, jedoch entweder überfordert sind und/oder nicht willens, Flüchtlingen ein Existenzminimum zu bieten und insbesondere sich um besonders schutzbedürftige jugendliche Flüchtlinge zu kümmern, landen viele auf der Straße, haben keinen Zugang zu trockenem und warmem Wohnraum, regelmäßigem Essen, geschweige denn Bildungsmöglichkeiten oder medizinischer oder sogar psychiatrisch-psychotherapeutischer Versorgung. Hinter dieser akuten Angst verschwinden zunächst oft alle anderen Probleme, die Fluchtgründe, die Erlebnisse auf der Flucht u.a. Die erhöhte Anspannung, die Schlafstörungen, die Reizbarkeit und depressive Verstimmungen lassen symptomatisch an eine posttraumatische Belastungsstörung denken, sind aber diagnostisch eher als Anpassungsstörung zu charakterisieren – die schnelle Besserung nach Klärung der Situation bestätigt diesen Befund.

Zum Glück hat sich die Situation von minderjährigen Flüchtlingen durch das Inkrafttreten der Dublin 3- Verordnung Anfang 2014 deutlich entspannt. Im Gegensatz zu erwachsenen Flüchtlingen sollen minderjährige Flüchtlinge nach dieser Verordnung nicht mehr zurückgeschickt werden, sondern das zuletzt aufgesuchte Land ist für die Betreuung und Durchführung des Asylverfahrens zuständig. Umso mehr rückt jetzt das Kriterium der Altersfeststellung in den Mittelpunkt und ist häufiger zu Beginn ein umstrittenes Thema. Das medizinische Verfahren, z.B. Handwurzelknochen, Zahnstatus, Entwicklung der sekundären Geschlechtsmerkmale keine sicheren Verfahren zur Feststellung des Alters sind und auch ethisch meist kontraindiziert, sei hier am Rande erwähnt – erst vor kurzem hat die Ethikkommission der deutschen Ärztekammer eine sehr aussagekräftiges Papier dazu herausgegeben. Die Alterseinschätzung durch erfahrene Sozialarbeiter bleibt immer noch das sicherste Verfahren, auch wenn die Ausländerbehörden das manchmal anders sehen

wollen.

Wichtig ist in dieser Phase, den Jugendlichen zu vermitteln, dass man sich hier um sie kümmert und dass sie nicht weitergeschickt werden – so weit man das gute Gewissen kann.

Ist diese erste Hürde überwunden, lassen Angst und Unsicherheit nach einigen Wochen nach.

Als psychiatrische Hilfestellung kann man in dieser Zeit eigentlich nur versuchen, zu verstehen, und in den schwierigsten Fällen medikamentös zu helfen und die ärgsten Schlafstörungen zu lindern. Hier haben sich niedrig dosierte und eher sedierende Neuroleptika wie Promethazin oder Antidepressiva wie Doxepin nach meiner Erfahrung gut bewährt.

2. Traumatische Erfahrungen

Hussein, 15, wird verfolgt von den Bildern der Ermordung seines Vaters. Sein Vater, ein schiitischer Geistlicher, hatte sich schon in Afghanistan mit den Taliban angelegt, die Familie war zunächst in den Iran geflüchtet. Aber auch dort hatten die Taliban den Vater ausfindig gemacht, ihn entführt und ermordet und den Leichnam mit dem abgetrennten Kopf der Familie ins Wohnzimmer gelegt.

Ahmed, 16, aus Somalia, berichtet, wie er in seinen Alpträumen davon verfolgt wird, dass seine Schwester neben ihm auf offener Straße erschossen wurde, weil sie nicht hinter ihm, sondern neben ihm ging – und wie ihm ein Zeh abgehackt wurde, weil er sich geweigert hatte, mit der islamistischen Miliz der al-shabab zusammenzuarbeiten.

Mohammad, 17, kann keine lauten Stimmen vertragen, das erinnert ihn an die Zeit in einem Gefängnis des IS. Auf dem Weg durch Syrien wurde er vom IS gefangengenommen, vor seinen Augen seien Menschen die Kehlen durchschnitten worden, er höre die Schreie noch. Unter Lebensgefahr und in Frauenkleidern versteckt gelang ihm die Flucht.

Haben, 16, aus Eritrea, träumt jede Nacht davon, wie sie vor Erschöpfung aus dem Boot im Mittelmeer fiel und sie, die Nichtschwimmerin, im letzten Moment wieder ins Boot gezogen wurde. Und über die Erlebnisse in Libyen möchte sie gar nicht reden.

Viele haben existenziell bedrohliche Situationen erlebt, sei es in ihrem Herkunftsland, was oft der Grund für die Flucht war oder auch während der Flucht, z.B. als Bootsflüchtling über das Mittelmeer. Nicht vergessen werden sollte auch, dass viele Flüchtlinge aus Afrika schon vorher durch die Sahara fliehen mussten, auf diesen Routen sterben mindestens so viele Menschen wie im Mittelmeer, aber darüber wird weniger geredet. Die Routen durch die Wüste, insbesondere die aus Ostafrika, sind nach Aussagen der Überlebenden mit menschlichen Skeletten gepflastert. Vergessen sollte man auch nicht die unmenschliche, entwürdigende und oft grausame Behandlung afrikanischer Flüchtlinge durch Milizen in Syrien. Flüchtlinge von diesen Routen, also v.a. jene aus Eritrea, Somalia und Äthiopien sind also oft selber nur knapp dem Tod entronnen und haben das Sterben anderer hautnah erlebt. Dies kann zu einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) führen mit den typischen Symptomen der Übererregbarkeit, Schreckhaftigkeit, ständiger Beschäftigung mit den todesnahen Erlebnissen.

Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass gerade Jugendliche tagsüber dieses Geschehen verdrängen bzw. in den Hintergrund schieben können. Typische flash-backs tagsüber sind eher selten, Schul- bzw. Sprachkursbesuch, Zusammensein mit Freunden, Sport, lenken diese Jugendlichen ganz gut ab. Das habe ich in meiner Arbeit mit Erwachsenen anders erlebt. Dafür fallen dann die Störungen v.a. abends und nachts auf: massive Ein- und Durchschlafstörungen sind die Hauptsymptomatik, unter der die Jugendlichen leiden und wegen derer sie einwilligen, einen Psychiater aufzusuchen. Dabei sind die Schlafstörungen durch typische Albträume geprägt, in denen die erlebten Erfahrungen realitätsgetreu wiedererlebt werden. Manchmal spielen aber auch Übererregbarkeit und Reizbarkeit oder auch sozialer Rückzug und depressive Verstimmungen eine Rolle.

Dieses Erleben (verkürzt als „Traumatisierung“ bezeichnet) steht oft im Mittelpunkt der

Betrachtung über die seelischen Folgen von Flüchtlingen, ist aber m. E. nur ein Baustein unter vielen. Die Therapie einer solchen PTBS wird oft als medizinisch-psychiatrisches Problem dargestellt, ist es aber m.E. nicht. Ich vertrete da einen dezidiert sozialpsychiatrischen Ansatz, den ich kurz erläutern möchte:

Hans Keilson mit seinen ersten Veröffentlichungen im europäischen Sprachraum zur Wirkung traumatischer Erfahrung hat in den späten 70er Jahren des letzten Jahrhunderts den Begriff der „sequentiellen Traumatisierung“ geprägt. Keilson hatte die Lebenswege jüdischer Kinder untersucht, die das Schicksal von Anne Franck erlebt hatten, mit dem Unterschied, dass sie überlebt hatten. Er hat uns damals schon auf Folgendes aufmerksam gemacht: Wichtig ist bei der Entwicklung von Traumafolgestörungen v.a. die posttraumatische Sequenz, also: was geschieht nach dem Trauma? Die wichtigste Erkenntnis: nicht die Art und Schwere der traumatischen Erlebnisse sind für die Prognose am relevantesten, sondern das, was nach dem Trauma geschieht.

Ich hatte in den letzten Jahren die Gelegenheit, eine große Studie eines befreundeten Psychologen aus Uganda, David Olema von der Universität Tororo, zu begleiten und intensiv mitzudiskutieren. Olema hat in den Jahren 2007 und 2008 300 ehemalige Kindersoldaten in Norduganda untersucht. In Norduganda herrschte bis 2006 ein Krieg, in dem eine die Regierung bekämpfende Miliz sich darauf verlegt hatte, insbesondere schon Kinder zu rekrutieren – sobald sie körperlich kräftig genug waren, einen Tag lang eine Kalaschnikov zu tragen, also schon mit dem Alter von 6 oder 7 Jahren.

„Markenzeichen“ der Miliz war, dass die Kinder als erstes gezwungen wurden, ihre Freunde, Geschwister oder Eltern zu töten, um sie gefügig zu machen – aber nicht durch Erschießen, sondern durch Zerhacken mit der Machete. Diese Kinder hatten also wirklich die absurdesten Scheußlichkeiten erlebt, die man sich vorstellen kann.

Olema konnte dann empirisch nachweisen – auch zu seiner eigenen Überraschung-, dass die Jugendlichen drei Jahre nach ihrer Zeit als Kindersoldat mehr unter aktuellen familiären Problemen litten als unter den Erinnerungen an die traumatischen Erfahrungen, dass die psychopathologische Belastung höher mit Gewalt oder Missachtung in der Familie korreliert war als mit den erlebten Geschehnissen.

Deshalb ist es m.E. zumindest unvollständig, wenn man eine PTBS nur als lineare Folge einer traumatischen Erfahrung versteht im Sinne eines einfachen Reiz-Reaktions-Schemas.

Kern einer PTBS oder einer anderen Traumafolgestörung ist der Verlust an Sicherheitsgefühl, eines existenziellen Vertrauens, eines Grundvertrauens in menschliche Beziehung. Die ständige Angst, dass wieder etwas völlig Unerwartetes, Lebensgefährliches geschieht, lässt diese Menschen nicht mehr in Ruhe. Es geht also darum, die verlorene Sicherheit wiederzufinden. Voraussetzung der Gesundung ist also das Herstellen einer sicheren Umgebung, was einerseits wieder die rechtliche Situation in den Mittelpunkt stellt, andererseits aber auch die soziale Umgebung: die/der Jugendliche sollte Stabilität in den sozialen Beziehungen erfahren, eine adäquate pädagogische Betreuung und Gewissheit, sein Leben, insbesondere seine Ausbildungssituation, planen und gestalten zu können. Das gibt ihm Sicherheit und reduziert die Symptome einer PTBS. Eine ganz wichtige Rolle spielt in diesem Zusammenhang die Schule. Kaum etwas anderes kann einem Jugendlichen wieder mehr das Gefühl von Normalität – und damit Sicherheit - vermitteln als der regelmäßige Besuch einer Schule und Bildungsmöglichkeiten! Dieses Sicherheit gebende Umfeld ist die Grundlage einer jeden Behandlung, da kann die Psychotherapie nur noch dazu kommen, aber die Grundlage nicht ersetzen.

Zu dieser Vermittlung von Sicherheit trägt in dieser Phase v.a. bei, dass den Betroffenen zugehört wird und vermittelt wird, dass man sie ernst nimmt und ihre Erfahrungen hören möchte. Unbedingt zu berücksichtigen ist aber auch die freie Entscheidung darüber, ob sie darüber sprechen möchten oder nicht – die Verfügung über die eigene Geschichte und Biografie ist ein wesentliches Element, um wieder Sicherheit in den Lebensbezügen zu gewinnen! Trauma bedeutet ja die Negation der Existenz, der eigenen Handlungsmöglichkeiten – insofern ist die autonome Verfügung über die eigene Biografie ein wesentliches Element, ein solches Trauma zu überwinden!

Es gibt verschiedene psychiatrische Hilfestellungen, verschiedene traumatherapeutische Methoden und auch medikamentöse Behandlung. Aber die psychiatrische Behandlung darf nicht der Schwerpunkt sein, eher das Tüpfelchen auf dem i.

Ohne Sicherheit, ohne Zukunft, ohne Schule, ohne Arbeit, ist alles nutzlos und zum Scheitern verurteilt! Eine Traumatherapie kann eine adäquate pädagogische Betreuung von Jugendlichen nicht ersetzen. Auch kann eine Traumatherapie erst erfolgreich sein, wenn die

rechtliche Sicherheit hergestellt ist. Ein sexuell missbrauchtes Kind kann auch erst adäquat behandelt werden, wenn es die Sicherheit hat, nicht mehr zum Missbraucher zurück zu müssen. Das ist in diesem Fall so selbstverständlich, aber bei Geflüchteten wird diese elementare Regel oft übersehen.

Nach meiner Erfahrung verlieren sich die klassischen Symptome einer PTBS unter einer solchen Betreuung und Behandlung spätestens innerhalb von 6 bis 9 Monaten, obwohl die Jugendlichen wie oben geschildert, massive traumatische Erlebnisse erleiden mussten. Wenn die sozialen Bedingungen stimmen, hat eine PTBS nach meiner Erfahrung (wie auch nach Literaturrecherchen) eine günstige Prognose – aber eben nur, wenn die Bedingungen stimmen. Der Einfluss der rechtlichen Sicherheit und der Geborgenheit vermittelnden Betreuungsinstitution ist für mich sehr deutlich geworden, weil ich den Vergleich mit erwachsenen Flüchtlingen habe, die ich auch in den letzten 20 Jahren häufig betreut habe: sie leben lange in rechtlich ungesicherter Situation und ohne soziale Unterstützung. Da kann auch die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung oft nicht die Chronifizierung auch der PTBS-Symptomatik verhindern und sie leiden jahre- bis jahrzehntelang darunter.

Nach dem Verblassen der PTBS-Symptomatik treten dann aber oft umso deutlicher andere Symptome und Belastungen in den Vordergrund, auf die ich als nächstes eingehen möchte.

4. Familie: Ohnmacht und Trauer

Der schon oben beschriebene Hussein aus dem Iran litt nicht nur unter den verstörenden Bildern der Ermordung seines Vaters, sondern noch mehr unter dem Schicksal seiner restlichen Familie: die Mutter war mit ihm und drei Schwestern in die Türkei geflüchtet, das Geld reichte nur für ihn aus, um ins sichere Europa geschickt zu werden. Die Mutter mit den drei kleineren Schwestern lebte nun auf den Straßen Istanbuls, obdachlos und völlig mittellos. Allein die Vorstellung, dass er hier im Warmen sitzt, während der Rest in der Winterkälte Istanbuls zittert, er nichts für seine Familie tun kann, führte regelmäßig zu dissoziativen Zuständen mit Selbstverletzungen und suizidalen Handlungen.

Mirhos, 12, aus Syrien, macht einen völlig verstörten Eindruck. Er kann nicht schlafen und fragte die Erzieher fünfmal am Tag nach dem Verlauf des Asylverfahrens, er ist nicht in der Lage, sich mit irgendetwas anderem zu beschäftigen. Im Gespräch stellt sich heraus, dass er der älteste von sieben Kindern ist, seine Familie lebt noch in Syrien, der Vater wird als Kinderarzt sowohl von Assads Truppen als auch von der IS bedroht – aber das Geld reichte nur für ihn, um ihn nach Deutschland zu schicken. Er telefoniert täglich mit den Eltern, er erfährt ihre Bedrohung im Krieg, jeden Abend wird er gefragt die Familie, wann er sie nachholen könne.

Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge sind zwar ohne ihre Eltern gekommen, aber sie sind nur in seltenen Fällen Waisen. In vielen Fällen leben die Eltern oder zumindest ein Elternteil noch und sie spielen eine wesentliche Rolle im Erleben und den Gedanken der Jugendlichen.

Die Ohnmacht, der Familie nicht helfen zu können, ist meist eine größere Belastung für die Jugendlichen als die im engeren Sinne traumatische Erfahrung. Sie ist auch für den Therapeuten nur schwer zu ertragen, ist das doch nicht einer therapeutischen Intervention zugänglich, weil es reales Geschehen widerspiegelt: die Eltern sind ja noch im Krieg oder der Obdachlosigkeit oder dem Verhungern ausgesetzt! Es ist, als müsse man mit jemand Psychotherapie machen, der mit einem Bein noch im Schützengraben steht.

Ein weiterer Prozess ist die Trauer um den Verlust der Familie und der Heimat. Auch wenn die Eltern noch leben, oder wenn sie schon gestorben sind und es also keine Verpflichtung gibt, sich um diese zu kümmern und zu sorgen, so spielt doch die Trauer um den Verlust von Familie und Heimat eine große Rolle. Nach meiner Erfahrung ist das insbesondere im zweiten Jahr des Aufenthaltes das bestimmende Problem, je nach der Dauer und Intensität der traumatischen Erfahrung. Wenn die Jugendlichen hier angekommen sind, Sicherheit erfahren, die größten traumatischen Erfahrungen abklingen, dann wird ihnen erst recht deutlich, wo sie eigentlich sind: 3-6000 km von der Familie, von der Heimat entfernt, in

einem fremden Land. Dies führt bei vielen nicht nur zu Trauer, sondern auch zu Depression, und im Zusammenhang mit ihrer Entwicklungsphase zu regressiv-kindlichen Ansprüchen.

Aber es gibt noch einen weiteren Komplex in der Beziehung der Jugendlichen zu ihren Familien, das bezeichne ich mal mit **familiären Vermächtnissen**:

Mahmut hatte sich mit 12 Jahren von der al-shabab in Somalia anwerben lassen. Die Eltern, der Vater Lehrer, die Mutter Ärztin, seien sehr beschäftigt gewesen, so dass er von ihren Lehren und dem Angebot für Jugendliche beeindruckt gewesen sei und sich ihnen angeschlossen habe. Die Eltern waren entsetzt, als sie bemerkten, in welche Kreise ihr Sohn geraten war. Sie holten den Jungen unter Vorwänden aus dem Lager der al-shabab und versteckten ihn zuhause. Die Miliz wollte den Jungen aber wieder und erschoss den Vater im Haus. Ihm gelang die Flucht, die Mutter bezahlte einen Schleuser, der ihn außer Landes brachte. Vor kurzem erfuhr er, dass seine Mutter ebenfalls von der al-shabab ermordet worden war, seine Schwester habe einen ihrer Kämpfer heiraten müssen. Mahmut war einerseits überwältigt von den Schuldgefühlen gegenüber seinen Eltern, andererseits versuchte er, ihrem Auftrag und Vermächtnis gerecht zu werden und war ungemein fleißig in der Schule. Schon nach einem Jahr in Deutschland steuerte er auf den Realschulabschluss zu.

Im Regelfall haben sich die Jugendlichen nicht allein zur Flucht entschlossen, sondern die Flucht ist von den Eltern entschieden und auch bezahlt worden.

Wenn die Familie nun auf die Reise schickt, Geld in die Hand nimmt und die Flucht bezahlt, ist dies natürlich auch mit einem Auftrag verbunden: erst einmal um zu überleben, dann aber auch, in Europa einen Platz in der Gesellschaft zu finden und so die Familie im Heimatland zu unterstützen. (Erst letzte Woche berichtete mir ein 17jähriger Somali, dass er seine Familie zuhause von seinem Taschengeld unterstützt!). Unter diesen Bedingungen sind sie oft die einzigen in der Familie, die in Sicherheit sind und auf ihnen lastet die Bürde, die Familie fortzuführen, sie sind der Träger des Überlebenswillens der Familie. Das würde ja als Rucksack eigentlich schon reichen; stellen sie sich vor, sie wären der einzige Überlebende der Familie...

Zweites Beispiel:

Abraham, 16, aus Eritrea, war in Libyen von Mitgliedern islamistischer Milizen gefoltert und vergewaltigt worden. Er ist davon überzeugt, dass er jetzt homosexuell sei, weil ihn Männer vergewaltigt hätten. Homosexualität sei in seiner Kultur einfach undenkbar und deshalb sei das wohl jetzt die Folge.

Fatma, 19, aus Syrien, ist von IS-Kämpfern auf dem Weg in die Türkei vergewaltigt worden. Noch mehr als der Schock dieser Gewalttat beschäftigt sie die Überzeugung, dass sie nun wertlos sein, für einen normalen Mann nicht mehr „brauchbar“, sie sei entwertet und nur noch dazu da, einen behinderten oder alten Mann zu heiraten.

Sexuelle Gewalt spielt nicht nur eine Rolle in der Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung, als Folge des Schocks der Gewalttat, sondern die eigentliche Bedeutung sexueller Gewalt, insbesondere in stark patriarchal geprägten Kulturen, besteht in der Entwertung der Persönlichkeit, der familiären und kulturellen Bedeutungszuschreibung. So gelten die Mädchen und Frauen nun als „entwertet“, „wertlos“, haben ihre Würde verloren – kein normaler Mann würde sie heiraten, wenn er von ihrem Schicksal erführe. Viele heiraten dann doch, oder wenn sie verheiratet sind, behilft sich das Paar, indem einfach so getan wird, als sei es nicht geschehen. Man redet nicht darüber und erst recht darf es nicht öffentlich werden. Bei jungen Männern bedeutet sexuelle Gewalt ebenfalls eine entsprechende Entwertung, wie bei dem Beispiel des eritreischen Jugendlichen.

Oft werden die Jugendlichen aber auch aus anderen Gründen auf die Reise geschickt, dazu folgendes Fallbeispiel:

Der 17jährige Rahman zeigte sich äußerst verschlossen und unzugänglich gegenüber den Erziehern. Sein Misstrauen schien übergroß. Über seine Gründe zur Flucht wollte er kaum reden, er sprach von Krieg in seiner Heimatregion, dem Süden Afghanistans. Als einzigen Kontakt akzeptierte er seinen drei Jahre älteren Bruder, der in Süddeutschland lebte. Nur mühsam ließ sich zumindest ein Teil seiner Geschichte herausfinden und klären: er stammt

aus dem Süden Afghanistans, der Vater war vor ein paar Jahren gestorben, die Mutter alleine mit den beiden Söhnen geblieben. Sie hatte sich zunächst geweigert, dem landestypischen Brauch zu folgen und den Bruder des Vaters zu heiraten. Nachdem dieser aber offensichtlich ein Auge sowohl auf sie als auch auf ihre Ländereien geworfen hatte, stimmte sie einer Verbindung zu. Nachdem die Söhne von neuen „Vater“ wegen des Erbes aber schon bedroht worden waren, sorgte sie für die Flucht der Brüder nach Europa.

Gerade in Staaten mit einem instabilen oder nicht existierenden Rechtsstaat wie Afghanistan, Pakistan und Irak, sind familiäre Streitigkeiten, Auseinandersetzungen um das Erbe und ähnliches, häufig die Gründe, das Land zu verlassen. Sie kennen ja die Redensart in Deutschland unter Geschwistern: „redet ihr noch miteinander oder habt ihr geerbt?“. Diese Konflikte stellen sich in diesen Ländern nochmal ganz anders dar. Über diese Konflikte reden die Jugendlichen nicht gerne – Konflikte in der Familie nach außen zu tragen und mit anderen darüber zu reden, gehört nicht gerade zum kulturellen Selbstverständnis. Die Loyalität zur Familie ist ein sehr hoher Wert, der nicht nur kulturell und in der individuellen Sozialisation stark vermittelt wird, sondern auch durch die Bedrohung der Familie von außen sehr stark gefördert wird. Deshalb werden diese Konflikte oft erst nach längere Zeit und dem Gewinn einer Vertrauensbeziehung offenbar.

Bei Jugendlichen kommt hinzu, dass der adoleszenztypische Ablösungskonflikt, die kritische Auseinandersetzung mit Werten und Einstellungen der Eltern auf Grund der Loyalitäten, der familiären Aufträge und des Druckes der äußeren Situation sehr erschwert ist. Das führt oft dazu, dass die/der Jugendliche sich zurückzieht, verschlossen wirkt und sich abkapselt, immer weniger von sich zeigt.

Die verwickelte und komplexe Familiendynamik und die Bedeutung dieser Konfliktlagen ist für den Familientherapeuten offensichtlich und bedürfen einer sorgfältigen Analyse und Verstehens. In der Jugendhilfe und im Kontakt zu Erzieherinnen und Erziehern, in der Übertragung auf nahestehende Bezugspersonen stellen sich die Konflikte auf interaktioneller Ebene bald sehr deutlich dar und machen dann einen Großteil ihrer Schwierigkeiten aus: zum einen suchen die Jugendlichen die Nähe und Unterstützung, sind auch dankbar dafür

und möchten das Vertrauen der Bezugspersonen gewinnen – zum anderen fürchten sie sich, die Familie zu verraten, in dem sie kritische Worte über sie verlieren.

D.h., ihnen wird bewusst, dass sie den Personen, deren Vertrauen sie gewinnen möchten und auf deren Vertrauen sie angewiesen sind, nicht die ganze Wahrheit sagen können, was sie in erhebliche Schuldgefühle bringt. Dies drückt sich in starken Stimmungsschwankungen und Schwanken zwischen Nähe und Distanz in Beziehungen aus – was für die Bezugspersonen nur schwer zu verstehen und zu akzeptieren ist. Man bemerkt, man spürt, wenn man mit den Jugendlichen näher zu tun hat, dass ihre Geschichte, die sie zunächst berichten, so nicht ganz stimmen kann – und dies führt auch zu Misstrauen auf Seiten der Helfer.

Jugendhilfeeinrichtungen kommen an diesem Punkt an ihre Grenzen, wenn nicht versucht wird, den gesamten Prozess und die Dynamik, insbesondere die Loyalitäten und Ambivalenzen gegenüber der Herkunftsfamilie, zu verstehen.

In der Jugendhilfe ist es heutzutage üblich, sich mit den Erziehungsbedingungen und den Wünschen und Aufträgen der Eltern auseinanderzusetzen. Eine familiendynamische bzw. systemische Sichtweise gehört praktisch zum Standard. Zu leicht wird dieser Gesichtspunkt aber bei minderjährigen Flüchtlingen vergessen, weil sie als „Waisen“ gesehen werden. Es ist oft hilfreich, sich vorzustellen, was der Wunsch der Eltern an die Erzieher wäre. Es hat sich sehr bewährt, in den Fällen, in denen es möglich ist – und es ist in vielen Fällen möglich -, telefonisch Kontakt mit den Eltern aufzunehmen und sich sozusagen von ihnen den Auftrag zur Erziehung geben zu lassen. Ich arbeite inzwischen mit einer Jugendhilfeeinrichtung zusammen, die dies als Standard in ihrer Einrichtung etabliert hat.

5. Entwicklungsstand und -anforderungen

Hakim, 17 Jahre, wird mir vom Heim erneut vorgestellt. Ich kenne ihn, er hatte Schreckliches in Somalia und auf der Flucht erlebt, insbesondere die Ermordung seiner Schwester. Nachdem er die Sicherheit erfahren hatte, nicht wieder nach Italien oder gar

Somalia zurück zu müssen, besserte sich sein Zustand zunächst schnell. Er zeigte sich als sehr freundlicher und höflicher junger Mann, der mit Feuereifer lernte und sich schon nach einem halben Jahr mit mir auf deutsch verständigen konnte. Er wurde immer von Erzieherinnen begleitet, die, obwohl nur zehn Jahre älter als er, ein erkennbar mütterliches Verhältnis zu ihm aufbauten. Nun gab es aber wieder Probleme: Hakim war häufiger in Auseinandersetzungen mit anderen Jugendlichen im Heim verwickelt, zeigte sich reizbarer, stritt mit den Erziehern und hielt sich nicht immer an die Ausgangsregeln. Die Erzieher vermuteten, dass seine „Traumatisierung“ wieder stärker sei und er intensivere Therapie benötige.

Im persönlichen Gespräch schimpfte der junge Mann jetzt über die Erzieher, von denen er sich nicht verstanden sah. Er berichtete nicht mehr wie ein Jahr zuvor über seine Erlebnisse in Somalia, sondern die unmittelbare Situation im Heim beherrschte sein Erleben: die Auseinandersetzungen mit den anderen Jungs, der Streit um Führungsposition (wer bestimmt das Fernsehprogramm?), sein Interesse an Mädchen, sein Wunsch, abends länger auszugehen.

Fluchtgründe und auch die Flucht spielen sich bei jugendlichen Flüchtlingen in einer Lebensphase ab, in Pubertät und Adoleszenz, in der Kinder und Jugendliche normalerweise vor anderen Entwicklungsaufgaben stehen, was ich hier vor einem Fachpublikum nicht näher erläutern muss. All diese Entwicklungsaufgaben treten hinter die Erfordernisse der Flucht und der akuten Existenzsicherung zurück. Besonders auffallend ist für mich meist auch der Rückstand in der psychosexuellen Entwicklung.

Lässt die akute Bedrohung nach, was typischerweise der Fall ist, wenn die/der Jugendliche eine Zeit lang in einer Jugendhilfeeinrichtung lebt, steht das Nachholen der o.g. Entwicklungsaufgaben ganz im Vordergrund. Dies führt nicht selten zu Irritationen in der Einrichtung und bei den Erzieherinnen und Erziehern, weil der zuvor sich so hilfs- und anlehnungsbedürftig zeigende Jugendliche jetzt „schwierig“ wird, sich abgrenzt, sexuelle Aktivitäten zeigt, sich in der Gruppe aggressiv auseinandersetzt, spricht: Pubertät nachholt.

Zusammen mit den Faktoren, wie ich sie schon beschrieben habe, die Schwierigkeit, etwas

von den Familienkonflikten darzustellen, besteht bei der Veränderung in der Entwicklung von einem hilfsbedürftigen Kind zu einem rebellischen Jugendlichen dann die Gefahr, dass die zunächst große Hilfsbereitschaft, diesen „armen Waisen“ doch zu helfen, umschlägt in Misstrauen, Verständnislosigkeit, aggressiver Reizbarkeit bis hin zum Zynismus. Hier ist oft eine kritische Phase in der Beziehung festzustellen und es bedarf einer erheblichen Anstrengung und Kraft auch von seiten der Bezugspersonen sowie sorgfältiger Supervision, hier im Kontakt zu bleiben und den Jugendlichen zu verstehen.

Aufgabe des Psychotherapeuten oder Psychiaters ist hier, die Dynamik zu erkennen, eine gezielte Analyse vorzunehmen und das Gespräch zwischen Jugendlichen und Erziehern zu vermitteln.

5. **Bildungsbiografie**

Mahmud, 17, aus Damaskus, berichtet von Schlafstörungen und Alpträumen aus dem Krieg und der Bombardierung der Stadt. Recht schnell findet er sich zurecht in Deutschland, die Schlafstörungen lassen bald nach. Im zweiten Termin lässt er die Bemerkung fallen, ich sähe ja aus wie Sigmund Freud. Ich bin erstaunt und frage nach: ja, er habe ja die letzten beiden Jahre nicht zur Schule gehen können und sich auf sein Abitur vorbereiten. Da habe er sich Bücher besorgt, auch über Psychologie, um sich unabhängig von der Schule vorzubereiten und dabei auch über Sigmund Freud und die Psychoanalyse gelesen.

Der 17 jährige Osman fühlt sich auch nach zwei Jahren in Deutschland nicht wohl. Er ist depressiv, traurig, bedrückt und sozial zurückgezogen, gehemmt; er spricht sehr schlecht deutsch, benötigt noch einen Übersetzer. Er klagt über die Schule, da lerne man nichts. Die Lehrer seien schlecht und würden oft fehlen. Er habe auch oft Kopfschmerzen in der Schule, vielleicht liege es an den Augen in der Schule kommt er nicht gut mit. Bei den weiteren Untersuchungen zeigte sich ein IQ von 60, d.h deutlich unterdurchschnittliche Intelligenz.

Hussein, ebenfalls 17, aus Afghanistan, ist nach seine Ankunft zunächst mit Feuereifer bei der Sache und dankbar, dass man sich seiner annimmt. Aber nach einem halben Jahr wird

es schwierig: er geht öfter nicht zur Schule, verschläft den Vormittag, trödelt herum, macht seine Hausarbeit im Heim nur wenn es ihm passt. Er verliert zunehmend die Struktur, trifft sich mit Freunden, lässt sich nicht viel von Erziehern sagen. Dann verweigert er gänzlich die Schule, er wolle arbeiten. Eine Arbeit sucht er sich aber nicht aktiv. Seine Freunde würden ihm schon eine Arbeit besorgen.

Zuhause war er nur sporadisch in der Schule, der Vater war Tagelöhner und Gemüseverkäufer auf dem Markt. An manchen Tagen habe er Arbeit gehabt, meist aber nicht. Er habe dann Tee getrunken und mit anderen Männern gespielt.

Aus diesen drei Beispielen wird zum einen sehr klar, dass die Bildungsvoraussetzungen der jungen Menschen, die zu uns kommen, sehr unterschiedlich sind. Da gibt es den offensichtlich hoch begabten, bildungsbeflissenen und ehrgeizigen Gymnasiasten – und auf der anderen Seite die Jugendliche mit keinerlei Schulbesuch oder auch starken individuellen Defiziten.

Im letzten Jahr habe ich bei den Jugendlichen, die mir wegen psychischer Probleme vorgestellt wurden, sehr stark die Auswirkungen der defizitären Bildungsbiografie mitbekommen. Und wenn die Jugendlichen mitbekommen, dass sie in der Schule nicht gut lernen, dass sie nicht so schnell deutsch können wie die anderen, dann drückt sich das oft in – erneuten – Schlafstörungen und depressiven Verstimmungen aus. Manchmal kommen auch die schon fast vergessenen traumatischen Alpträume wieder: denn wer keine Zukunft hat, der bleibt in der Vergangenheit hängen.

Bezüglich den Bildungsvoraussetzungen bzw. -defiziten lassen sich zwei Faktoren herausheben: zum einen die individuellen Voraussetzungen, d.h. v.a. die niedrige Intelligenz. Auf der einen Seite sollte das nicht verwunderlich sein, denn wenn aus einem Bürgerkriegsgebiet viele Menschen kommen, dann kommt eben ein Querschnitt der Bevölkerungen: arbeitsame und faule, moralisch hochstehende und Kriminelle, Menschen mit hoher und eben auch Menschen mit niedriger Intelligenz. Auffallend ist aber bei den jungen Menschen, die ich untersucht habe und bei denen ich oft gravierende Intelligenzdefizite festgestellt habe, dass diese im Alltag oft gar nicht so wirkten, die Defizite erst bei genauerer Kenntnis deutlich wurden und es auch keine körperlichen Merkmale bzw. Stigmata gab bzw. gibt. (Eingesetzt wird dabei in meiner Praxis ein

sprachfreier Intelligenztest, der weltweit als Standard benutzt wird.)

Menschen in Deutschland mit einem so niedrigen IQ im Bereich der geistigen Behinderung zeichnen sich ja auch durch körperliche Merkmale aus. Meine These dazu ist, dass dies durch die mangelnde medizinische Versorgung in den Herkunftsländern zu erklären ist: in Ländern wie Somalia, Afghanistan und in Teilen auch Eritrea ist die Kindersterblichkeit sehr hoch. Ca. 20% aller Kinder erreichen nicht das fünfte Lebensjahr. Oft stehen schwerwiegende Infektionen dahinter, die auch mit Beteiligung des Gehirns einhergehen. Die Überlebenden können dann deutliche Intelligenzdefizite aufweisen, ohne sonstige körperliche Merkmale. Kinder, die bei uns aufwachsen, haben diese Defizite meist durch Sauerstoffmangel unter der Geburt oder genetische Defekte, nicht durch spätere Erkrankungen. Z.B. haben auch Menschen aus Somalia sehr häufig Herzfehler. Diese sind, wie bei uns vor drei Generationen, aus nicht behandelter Angina/Mandelentzündung entstanden. Das gibt es bei uns seit dem Zeitalter der Antibiotika nicht mehr.

Ein weitere Faktor der schwierigen beruflichen Integration ist auch die entsprechende familiäre Sozialisation: wenn jemand zuhause bis zum Jugendalter nie einen strukturierten Tages- und Arbeitsablauf kennengelernt hat, nicht durch das Beispiel der Eltern und auch nicht durch eigenen Schulbesuch, dann wird ihm das Einfinden in unsere hochstrukturierten und getakteten Abläufe sehr sehr schwer fallen und es bedarf besonderer erzieherischer Bemühungen.

Bei allen Problemen – und ich bin ja hauptsächlich mit den Problemen befasst, sonst kämen die Leute ja nicht zu mir – also bei allen Problemen möchte ich noch persönlich sagen, dass ich die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturkreisen, mit Flüchtlingen und Asylbewerbern, immer als persönliche Bereicherung erlebt habe. Ich selber bin ein sehr heimatverbundener Mensch, ich habe in meinem Leben nie weiter als 60 km von meinem Geburtsort entfernt dauerhaft gelebt, da ist es doch schön, wenn die Welt zu einem kommt.... – und die Konflikte sind ungeachtet des oft so unterschiedlichen kulturellen Hintergrundes durchaus nachvollziehbar und verständlich. Ich muss hier immer an ein somalisches Sprichwort denken, das mir ein Jugendlicher mal mitteilte: "Die Menschen sind so

unterschiedlich wie Finger einer Hand" - ja, so ist es, wir sind uns meist näher und weniger fremd als wir zunächst denken!

13.4.2018

Klaus-Dieter Grothe

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Hauptstr. 224c

35625 Hüttenberg

www.grothe.org