

Psychotherapeutisch Handeln inmitten des Traumas

Psychodynamische Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie nach der Flucht

Christoph Müller

Zusammenfassung: Geflüchtete Kinder und Jugendliche befinden sich häufig in einem sequenziell traumatischen Prozess, zu dem neben den fluchtauslösenden Bedingungen und der Flucht selbst auch die Lebensbedingungen im Aufnahmeland gehören. Wenn sie dauerhaft unter unsicheren und prekären Umständen leben, einen ungewissen Aufenthaltsstatus haben und Angehörige noch in Kriegs- und Krisengebieten verbleiben, halten potenziell traumatisierende Bedingungen an. Dieser Text erläutert, wie sich diese traumatischen Prozesse aus einer psychodynamischen Perspektive theoretisch verstehen lassen und welche Implikationen dies für eine Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie inmitten dieser Prozesse hat. Es wird für die therapeutische Arbeit in dieser Phase geworben und diskutiert, inwiefern dies mit einer veränderten Haltung und Behandlungstechnik einhergehen sollte.¹

Der Komplex „Flucht und Trauma“ in der psychotherapeutischen Versorgung

Das größte Missverständnis beim Themenkomplex „Flucht und Trauma“ ist, dass die Traumata für geflüchtete Menschen jeweils ausschließlich in der Vergangenheit lägen. Fraglos bergen die fluchtauslösenden Ursachen, wie zum Beispiel Krieg, und eine illegalisierte Flucht in der Regel eine Vielzahl potenziell traumatischer Erlebnisse in sich: Unterschiedliche Erhebungen belegen, dass der überwiegende Teil der Geflüchteten vor und während der Flucht Gewalt erfahren hat, viele wurden gefoltert und haben sexuelle Gewalt und Missbrauch erlebt (vgl. beispielsweise Brücker et al., 2019; Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e. V. [BAFF], 2016; Schröder et al., 2018).

Aber auch das Leben im Aufnahmeland bringt in aller Regel noch nicht sofort ein Gefühl existenzieller Sicherheit mit sich. Dies ist für viele deutsche Staatsbürger*innen ohne einen solchen Erfahrungshintergrund, die hierzulande in Freiheit und Sicherheit leben, schwer vorstellbar. Denn während die Gesetzes- und Rechtsordnung vom großen Teil der hier lebenden Menschen als Schutzgarantie empfunden wird, werden einzelne gesetzliche Maßnahmen von geflüchteten Menschen eher als existenzielle Bedrohung wahrgenommen. Beispielsweise bedeutet das im Januar 2024 von der Bundesregierung eingebrachte sogenannte „Rückführungspaket“ (welches u. a. beinhaltet, dass Ausreisepflichtige ohne Ankündigung zu jeder Tages- und Nachtzeit abgeschoben werden können), dass die Betroffenen in einen Zustand andauernder maximaler Unsicherheit versetzt werden – „mit lang-

fristigen Folgen für ihr Sicherheitsempfinden, Vertrauen und ihre Gesundheit“ (BAFF, 2024). „Die Gesetzesverschärfung signalisiert allen Betroffenen, dass sie jederzeit gewaltsam an Orte zurückgezwungen werden können, an denen ihnen Haft, Verfolgung, Krieg und Diskriminierung drohen“ (ebd.).

Ich erlebe die akuten Ängste und Sorgen geflüchteter Kinder und Jugendlicher regelmäßig in der Kinder- und Jugendsprechstunde des NTFN (Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen e. V.). Das NTFN ist eine Nichtregierungsorganisation (NGO), welche vor allem eine niedrigschwellige psychosoziale Erstversorgung Geflüchteter in einem multiprofessionellen Team anbietet. Diese Arbeit ist nötig, weil viele Geflüchtete im psychotherapeutischen Regelsystem nicht ausreichend versorgt werden: Ohnehin gibt es in Deutschland sehr lange Wartezeiten für einen Psychotherapieplatz (Wissenschaftliche Dienste Deutscher Bundestag, 2022). Dazu kommt, dass viele niedergelassene Kolleg*innen – so unsere Erfahrung aus der Therapievermittlung – nicht oder nur selten mit geflüchteten Patient*innen arbeiten, weil sie entweder Scheu vor der Thematik „Trauma“ an sich oder vor der Zusammenarbeit mit Sprachmittler*innen haben. Ein strukturelles Problem stellt zudem dar, dass viele Geflüchtete in den ersten drei Jahren nach ihrer Ankunft nicht Leistungen gemäß der Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung beziehen können. Stattdessen sind dann die Sozialämter am Wohnort der Geflüchteten für die Übernahme der Kosten im Rahmen der Verordnungen des Asylbewerberleistungsgesetzes zuständig. „Eine Behandlung wird meist

¹ Für Diskussionen und Anregungen zum Thema danke ich Lily-Maria Schlüter sowie meinen NTFN-Kolleg*innen Karin Loos, Hannah Butzkies und Simon Gadisa.

nur bei akuter Erkrankung oder Schmerzzuständen gewährt (§ 4 AsylbLG). Weitere Leistungen, z. B. eine Psychotherapie, werden nur dann gewährt, wenn sie im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich sind (§ 6 AsylbLG). Jedoch liegt die Bewilligung dieser Leistung im Ermessen der zuständigen Sozialbehörde“ (Hofmann, 2020, S. 7). Die besonderen Bedürfnisse von Kindern werden dabei in der Regel berücksichtigt. Bei erwachsenen Geflüchteten kommt es dagegen regelmäßig dazu, dass die Sozialämter psychische Erkrankungen nicht als akut einstufen und somit eine psychotherapeutische Behandlung in den ersten 36 Monaten nach der Ankunft an der Übernahme der Kosten scheitert (ebd.).

Im Rahmen der genannten Gesetzesänderungen im Januar 2024 wurde für Geflüchtete (ohne Bestandsschutz) jüngst der Zeitraum, in dem sie keinen regulären Anspruch auf Kassenleistungen haben, von zuvor 18 Monaten auf drei Jahre verdoppelt. Gegen diese Maßnahme haben sich neben der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e.V. (BAfF) auch die Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT), die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) und viele andere Organisationen und Fachverbände ausgesprochen (BAfF et al., 2024). Die beschriebene Regelung bezieht sich auf über-18-jährige Geflüchtete sowie begleitete minderjährige Geflüchtete. Die kleinere Anzahl unbegleiteter minderjähriger Geflüchtete wird in der Regel in Obhut genommen und in diesem Zuge in die Krankenkassen aufgenommen.

Eine weitere Barriere für eine angemessene psychotherapeutische Versorgung stellt das Problem dar, dass, selbst wenn die Geflüchteten krankenversichert sind, die Kosten für die Dolmetschenden derzeit nicht von den Krankenkassen übernommen werden. Es kommt daher häufig auf das Engagement Einzelner oder externer Träger, wie dem NTFN, an, sich um die Beantragung der Kostenübernahme für die Dolmetschenden (beim Sozialamt bzw. Jobcenter) und die Bereitstellung qualifizierter Sprachmittler*innen zu kümmern und so Grundvoraussetzungen für eine Psychotherapie zu schaffen.

Unabhängig vom Aufenthaltsstatus und von den Sprachkenntnissen der Patient*innen kann ein weiterer, von der Profession womöglich noch unterbelichteter Aspekt eine hinderliche Rolle bei Psychotherapie mit Geflüchteten eine Rolle spielen: Als Teil der Gesellschaft sind auch Psychotherapeut*innen nicht frei von latentem Alltagsrassismus (Benz, 2019; Sahebi, 2024; Sow, 2018; Terkessidis, 2004). Eine Erhebung im Rahmen des Nationalen Diskriminierungs- und Rassismuskennzeichens (NaDiRa) kam jüngst zu dem Ergebnis, dass „Patient*innen mit Namen, die in der Türkei und Nigeria besonders verbreitet sind, [...] bei der Terminvergabe in den Praxen niedergelassener Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen diskriminiert [werden] – trotz identisch formulierter Terminanfragen. Frauen und Männer mit solchen Namen erhalten im Vergleich zu Personen mit einem in Deutschland verbreiteten

Namen seltener positive Antworten“ (*Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung [DeZIM], 2023, S. 19*).²

Mir erscheint die gegenwärtige Fach-Debatte³ über die Bedeutung von alltagsrassistischen Stereotypen in der Psychotherapie vor dem Hintergrund, dass rassistische, kulturalisierende Wahrnehmungsmuster dem für die psychotherapeutische Arbeit zentralen individuellen Eindenken und Einfühlen geradezu zuwiderlaufen, dringend notwendig.

Belastungsfaktoren für geflüchtete Kinder und Jugendliche

Aufgrund der genannten Hürden wenden sich viele geflüchtete Kinder und Jugendliche zuerst an psychosoziale Zentren, wie diejenigen des NTFN⁴. Beinahe alle Kinder und Jugendlichen, die ich dort im Rahmen der Kinder- und Jugendsprechstunde kennengelernt habe, leiden unter aktuellen äußeren Belastungen. Diese lassen sich grob in drei Bereiche unterteilen:

(1) Unsicherer Aufenthaltsstatus und Angst vor Abschiebung

Zum Beispiel Nadira⁵: Nadira ist 12 Jahre alt und zusammen mit ihrer Mutter aus Syrien geflohen. Sie ist seit zwei Jahren in Deutschland und lebt zusammen mit ihrer Mutter in einem kleinen Zimmer ohne eigene Küche in einer Flüchtlingsunterkunft. Ein Umzug in eine eigene Wohnung scheitert bisher an dem unsicheren Aufenthaltsstatus. Da sie durch Bulgarien geflohen sind, läuft ein „Dublin-Verfahren“⁶. Das bedeutet für Nadira und ihre Mutter eine permanente andauernde Ungewissheit, ob beide in Deutschland bleiben können oder zurück nach Bulgarien abgeschoben werden. In Bulgarien hat Nadira viel Leid erfahren und verbindet damit nur negative Erlebnisse. Während sie also zur Schule geht und diese nachvollziehbarerweise Anforderungen an sie stellt, wie beispielsweise das Erlernen der deutschen Sprache, ist sie innerlich permanent mit der

² Zu den hier kursiv ausgewiesenen Kurztiteln finden Sie ausführliche bibliographische Angaben am Ende des Artikels, das vollständige Literaturverzeichnis auf der Homepage der Zeitschrift unter www.psychotherapeutenjournal.de.

³ Zur aktuellen Debatte siehe zum Beispiel entsprechende Beiträge in den Fachzeitschriften *Trauma & Gewalt* (1/2023 und 1/2024), *PSYCHE* (1/2024) und im *Psychotherapeutenjournal* (4/2023 und 1/2024).

⁴ Eine Übersicht über die Psychosozialen Zentren in Deutschland findet sich auf der Homepage des Dachverbandes Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e. V. (BAfF): <https://www.baff-zentren.org/die-psychosozialen-zentren/> [17.07.2024].

⁵ Alle persönlichen Daten sind nach nationalen und internationalen Standards und Vereinbarungen für wissenschaftliche Fachpublikationen anonymisiert worden.

⁶ Das sogenannte Dublin-Verfahren ist ein Bestandteil des Gemeinsamen Europäischen Asylsystems (GEAS). In dem Verfahren wird festgestellt, welcher europäische Mitgliedsstaat für die Bearbeitung eines Asylantrags zuständig ist. Das Land, in dem Geflüchtete erstmals in der EU registriert wurden, ist demnach in der Regel für ihr Asylverfahren verantwortlich. Dieses Vorgehen soll sicherstellen, dass jeder Asylantrag innerhalb der Europäischen Union nur einmal geprüft wird. Befindet sich eine*ein Asylsuchende*r nicht in dem Staat, der demnach für ihn*sie zuständig ist, droht ihm*ihr die Abschiebung dorthin.

Frage beschäftigt, ob sie hier nun dauerhaft in Sicherheit bleiben kann und es sich so „lohnt“, sich auf ihr aktuelles Ankunftsland einzulassen und intensiv Deutsch zu lernen, oder ob sie noch einmal weiterziehen muss bzw. unfreiwillig an einen anderen fremden Ort mit einer anderen fremden Sprache gebracht wird. Auch ihre Mutter belastet diese andauernde Unsicherheit sehr. Sie ist latent suizidal, was sich wiederum stark auf das fragile Sicherheitsgefühl von Nadira auswirkt. Diese Situation bedeutet für Nadira eine permanente Bedrohung, die sie nie ganz ankommen und zur Ruhe kommen lässt.

(2) Angst um zurückgelassene oder verloren gegangene Angehörige

Zum Beispiel Rafi: Rafi ist 14 Jahre alt. Er ist mit 12 Jahren allein aus Afghanistan nach Deutschland geflohen – allein, da die Flucht für alle Familienmitglieder zu teuer und zu gefährlich gewesen wäre. Ein Jahr war er unterwegs, hat auf der Flucht viel Gewalt erlebt. Seitdem er in Deutschland ist, versucht er, seine Eltern und drei Geschwister per Familiennachzug nachzuholen. Sein Vater hat bis zum Abzug der internationalen Truppen für die afghanische Regierung gearbeitet. Seitdem die Taliban erneut die Macht ergriffen haben, hält er sich versteckt. Aus Sicherheitsgründen gibt es keinen Kontakt. Rafi kann nachts nicht schlafen. Als ältester Sohn fühlt er sich verantwortlich für seine Familie und empfindet sich als Versager, weil der Familiennachzug nicht wie erhofft funktioniert. So verarbeitet Rafi die äußeren Umstände schuldhaft und entwickelt eine zunehmend negative Selbstrepräsentanz.

(3) Prekäre Lebensbedingungen und Unterkünfte

Zum Beispiel Jonis: Jonis ist 17 Jahre alt und kommt aus dem Iran. Er lebt in einer Wohngruppe in einem Dorf. Er leidet sehr unter der ländlichen Unterbringung. In seiner Unterkunft gebe es niemanden, der seine Sprache spreche, er habe keine Kontakte. Dort seien auch keine Freizeitbeschäftigungen geboten. Ein Café oder anderweitige Treffpunkte, bei denen man mit anderen Farsi-Sprechenden in Kontakt kommen könne, suche man hier vergeblich. Er hat auch keine Möglichkeiten umzuziehen. Die eigentlich altersangemessene Entwicklungsaufgabe, sich verstärkt der Peergroup mit Gleichaltrigen zuzuwenden, gemeinsame Interessen, Ziele und altersspezifische Probleme zu teilen (Arbeitskreis OPD-KJ-2, 2016, S. 47), scheint aktuell durch die äußeren Bedingungen grundlegend behindert. In Jonis' Fall verknüpft sich ein depressiv anmutender Rückzug mit realer äußerer Trostlosigkeit. Ohne Ressourcen im Alltag und ohne konkrete Perspektive ist er aktuell latent suizidal.

Häufig sind geflüchtete Kinder und Jugendliche von allen drei Kategorien gleichzeitig betroffen: Das heißt, ihr Aufenthaltsstatus ist unsicher, ihre aktuellen Lebensbedingungen sind prekär und geliebte Angehörige sind in akuter Lebensgefahr.

Zudem ist zu beachten, dass es bei Kindern und Jugendlichen stets zentral auf ihre Beziehungserfahrungen ankommt.

„Besonders beim Kind steht das Trauma immer auch in Verbindung zur Qualität seiner Beziehung zu den primären Bezugspersonen, die ja im Zentrum seiner Welt-Erfahrung stehen“ (Finger-Trescher, 2004, S. 130). Für viele Kinder und Jugendliche geht die Flucht mit einem plötzlichen Abbruch von wichtigen sozialen Beziehungen einher, was einen Kern des potenziellen Traumas ausmacht. Im Falle sog. unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge, wie Rafi, wird dies unmittelbar deutlich. Aber auch, wenn die Betroffenen mit ihren Bezugspersonen gemeinsam fliehen, ist das Erleben häufig durch eine geringere emotionale Verfügbarkeit der Bezugspersonen geprägt, wie das Beispiel von Nadira zeigt. Wenn Eltern durch die Geschehnisse im Herkunftsland, während der Flucht und der Situation hierzulande stark belastet und den Verhältnissen möglicherweise ohnmächtig ausgeliefert sind, ist es wahrscheinlich, dass sie nicht die emotionalen Ressourcen aufbringen können, um so für ihre Kinder da zu sein, wie es gerade in Extremsituationen für deren hinreichende emotionale Begleitung nötig wäre. Besonders für jüngere Kinder ist es sehr wichtig, die Eltern ein Stück weit als schützende Instanzen mit einem Nimbus der Unbesiegbarkeit zu imaginieren – diese selbst nun als verzweifelt, bedrängt und ohnmächtig zu erleben, bedroht diese positiv aufgeladenen inneren Vorstellungen (Objektrepräsentanzen).

Das macht deutlich, dass das äußere Trauma für viele geflüchtete Kinder und Jugendliche keineswegs vergangen ist, wie es das Wort „Post-“ in der am weitest verbreiteten Trauma-Diagnose „Posttraumatische Belastungsstörung“ glauben machen lässt, sondern dass sie sich inmitten sequenziell traumatischer Prozesse befinden.

Der Ansatz sequenzieller Traumatisierung

Hans Keilson: Sequenzielle Traumatisierung bei Kindern

Wie viele Erkenntnisse der Psychotraumatologie kommt auch der Ansatz „sequenzielle Traumatisierung“ von einem Überlebenden des Nationalsozialismus⁷: Hans Keilson (1979/2005) entwickelte das theoretische Konzept im Rahmen seiner bahnbrechenden Studie „Sequenzielle Traumatisierung bei Kindern. Untersuchung zum Schicksal jüdischer Kriegswaisen“. In dieser seiner Promotionsstudie untersuchte Keilson (ebd.) das Schicksal von Kindern, die folgende drei traumatische Sequenzen erlebt hatten:

„(1) Die feindliche Besetzung der Niederlande mit dem beginnenden Terror gegen die jüdische Minderheit. Angriffe

7 Hans Keilson studierte bis zur Machtergreifung der Nationalsozialist*innen u. a. Medizin in Berlin. 1936 floh er in die Niederlande. Nach der Besetzung der Niederlande durch die deutsche Wehrmacht, mit der damit verbundenen Verfolgung von Jüd*innen, tauchte Keilson unter und half verfolgten und versteckten jüdischen Kindern (Hirsch, 2007).

auf die soziale und psychische Integrität der jüdischen Familien.

(2) Die direkte Verfolgung: Deportation von Eltern und Kindern, resp. Trennung von Mutter und Kind; Versteck in improvisierten Pflegemilieus; Aufenthalt in Konzentrationslagern.

(3) Die Nachkriegsperiode, mit der Vormundschaftszuweisung als zentralem Thema“ (ebd., S. 427).

Zu den wichtigsten Ergebnissen der Follow-up-Untersuchung zählt, dass noch entscheidender als die Erlebnisse während der „unmittelbaren Katastrophe“ für den „traumatisierten Entwicklungsgang“ die „ darauffolgende Periode (dritte traumatische Sequenz)“ war (ebd., S. 430). „Kinder mit einer günstigen zweiten, aber einer ungünstigen dritten traumatischen Sequenz zeigen ca. 25 Jahre später ein ungünstigeres Entwicklungsbild als Kinder mit einer ungünstigeren zweiten, aber einer günstigen dritten traumatischen Sequenz. Die Bedeutung der dritten Sequenz liegt in der Qualität des Pflegemilieus, in seinem Vermögen, die Traumatisierungskette zu brechen und dadurch das Gesamtgeschehen zu mildern, nämlich selbst die erforderliche Hilfe zu bieten oder rechtzeitige Hilfe und Beratung zu suchen, resp. in seinem Unvermögen hierzu, wodurch die Gesamttraumatisierung verstärkt wird“ (ebd.).

Diese Ergebnisse machen sehr deutlich, dass selbst bei Extremtraumatisierungen der Blick auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß nicht ausreicht, sondern dass es immer zentral auch auf die Erlebnisse nach der unmittelbaren Katastrophe ankommt.

David Becker: Die Erfindung des Traumas

David Becker hat die Erkenntnisse von Keilson (1979/2005) auf die heutige Zeit und den heutigen Kontext „Flucht“ transformatiert.

Zum einen macht Becker in seinem herausragenden Werk „Die Erfindung des Traumas“ (2006/2014) deutlich, dass Trauma – besonders im Kontext von politischer Repression, Krieg und Flucht – immer auch eine politische Dimension hat. Um eine Chance zu haben, das Trauma bearbeiten und das für immer Verlorene betrauern zu können, ist stets auch eine politische, gesellschaftliche Anerkennung des Leidens (und ggf.

gerichtliche Bestrafung der Täter*innen) notwendig. Becker (ebd.) zeigt am Beispiel von chilenischen Patient*innen, die unter dem Diktator Pinochet gefoltert wurden, dass eine Bearbeitung ihres Traumas nur möglich wurde, als es auch eine öffentliche und gesellschaftliche Auseinandersetzung mit den Verbrechen des Militärregimes gab. In diesem Zusammenhang war es nötig und sinnvoll, dass Psychotherapeut*innen in der Therapie keineswegs „neutral“ blieben, sondern sich gegen Folter und Diktatur positionierten.

Ein aktualisiertes Rahmenmodell sequenzieller Traumatisierung im Kontext von Flucht

Zum anderen wendet Becker (2006/2014) in seinem Werk Keilsons (1979/2005) Konzept der sequenziellen Traumatisierung auf den heutigen Kontext „Flucht“ an. Damit schafft er ein Rahmenmodell, das es ermöglicht, einen Zugang zu den

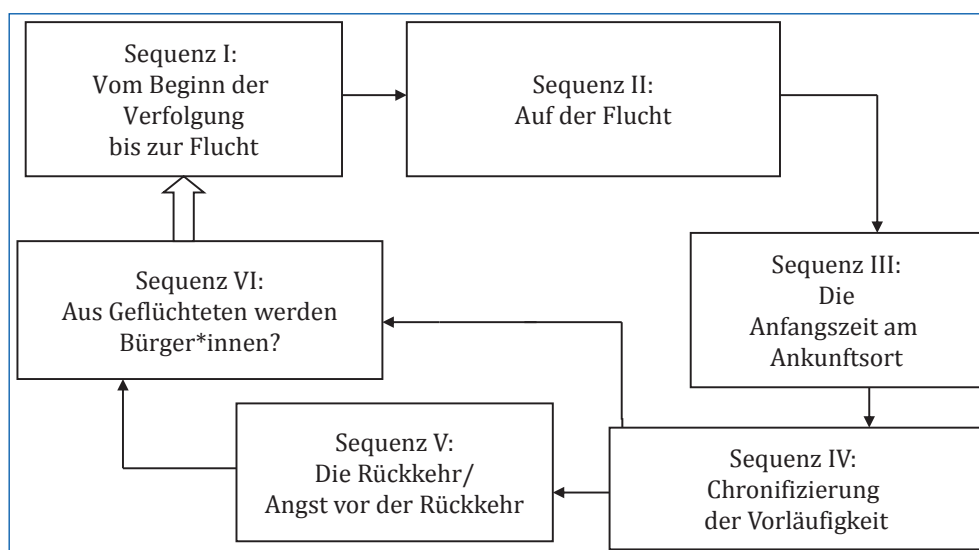


Abbildung: Modell sequenzieller Traumatisierung übertragen auf den Komplex Flucht (vgl. Becker, 2006/2014, S. 192; Müller, 2021, S. 41; Zimmermann, 2012, S. 45)

potenziellen Traumatisierungen Geflüchteter zu finden, der die Zusammenhänge nicht in unangemessener Weise entpolitisiert und individualisiert bzw. einen falschen Fokus auf ein isoliertes Einzelereignis legt. Dieses Rahmenmodell stelle ich im Folgenden von mir aktualisiert und mit einem Beispiel verdeutlicht vor.

Sequenz I: Vom Beginn der Verfolgung bis zur Flucht

„Der traumatische Prozess beginnt nicht erst mit der Flucht, sondern schon vorher mit den später fluchtauslösenden Gründen, wie etwa Krieg, Verfolgung, struktureller Diskriminierung oder absoluter Armut. Diese Phase kann einen längeren oder kürzeren Zeitraum umfassen. Daraufhin findet die oft schmerzhaft und schwierige Entscheidung zur Flucht statt und damit die Aufgabe des bisher Vertrauten. Oft fin-

det schon in dieser Sequenz für Kinder und Jugendliche eine Trennung von ihren (primären) Bezugspersonen statt oder diese sind durch die Umstände so belastet, dass sie ihre Kinder nicht wie gewohnt emotional ausreichend versorgen können. Es herrscht große Angst angesichts der aktuellen Umstände und ungewissen Zukunft“ (Müller, 2021, S. 41 f.).

Als Aylin fünf Jahre alt ist, bricht in ihrem Herkunftsland der Krieg aus. Als sie neun Jahre alt ist, kommt es zu einem Bombenanschlag, den sie aus nächster Nähe miterlebt und bei der ihre beiden besten Freundinnen umgebracht werden. Die Bilder der Zerstörung und der Leichname verfolgen sie seitdem.

Sequenz II: Auf der Flucht

„Die Flucht selbst ist oft von großen Gefahren und existenziellen Ängsten geprägt. Da es kaum legale, sichere Fluchtwege gibt, werden die Flüchtenden zur illegalisierten Flucht gezwungen. Die Konsequenzen sind häufig das Erleben lebensbedrohlicher Situationen – etwa bei der Überquerung des Mittelmeers. Aber auch ‚exzessive Gewalt, Schläge, Misshandlungen‘ (Tillack & Nau, 2019) durch Frontex und durch nationale Grenzbeamte gehören zum Alltag an Europas Grenzen. Dabei werden eklatant Menschenrechte missachtet“ (Müller, 2021, S. 42).

Aylin fehlen (noch) die Worte, um detailliert zu berichten, was sie während der Flucht erlebt. Besonders belastend ist für sie der Aufenthalt in Polen. Dort wird sie zusammen mit ihrer Familie für fünf Monate in ein Gefängnis gesperrt. Die Situation ist so belastend, dass Aylin suizidale Gedanken bekommt und mehrfach dissoziative Ohnmachtsanfälle erleidet. Wegen dieser wird sie für fünf Wochen von ihrer Familie getrennt und in eine psychiatrische Klinik gebracht. Diese erzwungene Trennung von ihrer Familie ist für Aylin eine der schlimmsten Erfahrungen auf der Flucht. Seitdem hat sie Alpträume, Panikattacken und Flashbacks.

Sequenz III: Die Anfangszeit am Ankunftsort

„Die Anfangszeit am Ankunftsort bedeutet in der Regel keine Sicherheit. Sie ist oft von der Ungewissheit geprägt, bleiben zu können, eingesperrt zu werden, weiter flüchten zu müssen oder abgeschoben zu werden. Dazu kommt oft eine große Überforderung angesichts der vielfältigen zu klärenden Probleme. [...] Oft fehlt es an Privatsphäre und Kontinuität“ (ebd., S. 44).

Aylin kommt mit ihrer Familie nach Deutschland und wird in der Landesaufnahmebehörde (LAB) Niedersachsen in Braunschweig untergebracht. Aylin ist sehr belastet und labil. Sie hat Schuldgefühle, dass sie im Gegensatz zu ihren besten Freundinnen den Krieg überlebt hat. Sie leidet unter Schlafstörungen, Flashbacks, Dissoziationen und Suizidgedanken. Sie zieht sich immer stärker zurück, kann nicht mehr ohne ihre Familie sein. In dieser Zeit nimmt Aylin erste Termine bei

einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin des NTFN am Standort Braunschweig wahr.

Sequenz IV: Chronifizierung der Vorläufigkeit

„Die Umstände, die diese Sequenz prägen, verlangen es, sich den neuen Gegebenheiten anzupassen und gleichzeitig die ungewisse Zukunft auszuhalten. Dies kann zu vielfältigen intrapsychischen Konflikten führen. Wer beispielsweise nur eine Duldung hat oder auf das Ergebnis langer Asylverfahren wartet, lebt in ständiger Angst vor einer Abschiebung und empfindet das Ankommen in Sicherheit daher permanent nur als vorläufig. Dadurch kann es auch besonders schwer sein, sich emotional auf das Ankunftsland einzulassen. [...] Dazu kommt häufig die Angst und Sorge um geliebte zurückgebliebene oder verlorengegangene Menschen“ (ebd., S. 44 f.).

Nach zwei Monaten in der LAB werden Aylin und ihre Familie nach Hannover verteilt. Nach einigen weiteren Monaten kommt sie hier in eine Schule. Aylin hat regelmäßig Flashbacks und Dissoziationen. Sie bekommt oft Alpträume, träumt zum Beispiel, dass die Polizei mit bellenden Hunden und auf einer fremden Sprache schreienden Männern kommt und ihre Familie verhaftet. Es ist völlig unklar, ob sie nun dauerhaft in Deutschland bleiben kann. In dieser Zeit beginnen ihre Gespräche bei mir im Psychosozialen Zentrum des NTFN. Zuerst galt es, hier das Suizidrisiko abzuklären und ggf. zu fragen, ob aufgrund der Suizidalität noch einmal ein stationärer Aufenthalt indiziert ist.

Sequenz V: Die Rückkehr oder Angst vor der Rückkehr

„Diese Sequenz beinhaltet verschiedene Möglichkeiten bezüglich des Themas Rückkehr. Entweder es kommt real zur Rückkehr. Diese kann erzwungen sein, wie im Falle einer Abschiebung – was als sehr belastende Erfahrung im potenziell traumatischen Prozess gewertet werden muss. Oder es kommt zur freiwilligen Rückkehr, etwa weil die unmittelbare Bedrohung im Herkunftsland vorüber ist oder weil beispielsweise der Familiennachzug nicht wie erhofft ermöglicht wird. [...] Eine andere Möglichkeit ist, dass es nicht zur realen Rückkehr kommt, aber diese permanent als bedrohliche Möglichkeit erlebt wird, etwa wenn Aufenthaltserlaubnisse immer nur für einen begrenzten Zeitraum verlängert werden und es zu Ketten-Duldungen kommt. Dies kann zur weiteren Chronifizierung der Vorläufigkeit beitragen und einen Beginn der Verarbeitung der vergangenen Erlebnisse verunmöglichen“ (ebd., S. 45 f.; Hervorhebung i. O.). Viele geflüchtete Menschen sind zudem auch von einer drohenden partiellen „Rückkehr“, etwa in ein Transitland, oder von einer eventuell nötigen weiteren Flucht – in ein anderes Land, von dem sie sich Schutz, Hilfe oder Perspektive erhoffen – betroffen.

Die Familie von Aylin bekommt einen Brief vom zuständigen Amtsgericht, der eine Rückkehr nach Polen fordert und eine

Abschiebung droht. Ein Freund der Familie, mit dem sie zusammen aus Polen gekommen sind, wird von der Polizei abgeholt und abgeschoben. Aylin leidet unter der ständigen Angst vor Abschiebung. Dies spitzt sich besonders zu, als die Frist des „Dublin-Verfahrens“ abläuft und eine Abschiebung täglich wahrscheinlicher wird. Aylin hat Suizidgedanken.

Sequenz VI: Aus Geflüchteten werden Bürger*innen

„Zurück im ursprünglichen Herkunftsland kann die Verfolgung erneut beginnen, wenn sich an den fluchtauslösenden Ursachen nichts geändert hat. Oder es beginnt eine neue Verankerung, wobei die Erfahrung der Zeit des Exils prägend ist. Wenn die Geflüchteten dauerhaft im Ankunftsland bleiben (können), hängt es auch von den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und den damit zusammenhängenden individuellen Erfahrungen ab, ob sie immer wieder durch Rassismus zu Fremden gemacht werden und sich der Ankommensprozess so innerpsychisch nie abschließen lässt oder ob sie ein Leben in Sicherheit mit einem haltenden sozialen Netzwerk führen können. Dies ist nicht als ein sich ausschließendes Entweder-oder zu verstehen, sondern beschreibt vielmehr ein Kontinuum, in dem die individuellen Erfahrungen stattfinden“ (ebd., S. 46).

Aylin ist in dieser Sequenz eigentlich noch nicht angekommen. Ihr Aufenthaltsstatus ist aktuell nur für drei Jahre bewilligt – am Ende dieser Zeit geht das Bangen wahrscheinlich wieder von vorne los. Insofern müssen Aylin und ihre Familie immer noch in einem Stadium der Vorläufigkeit ausharren. Dennoch war das Ergebnis des „Dublin-Verfahrens“, dass sie den Asylantrag in Deutschland stellen können, eine große Erleichterung. Aylin brachte an dem Tag, an dem sie diese Nachricht erhalten hat, eine Pflanze als Geschenk in das Psychosoziale Zentrum des NTFN mit und sprach zum ersten Mal ein paar Sätze auf Deutsch.

Chancen und Herausforderungen für die therapeutische Arbeit bei sequenzieller Traumatisierung

Das Rahmenmodell sequenzieller Traumatisierung im Kontext von Flucht macht auf diese Weise deutlich, dass die psychotherapeutische Arbeit mit geflüchteten Kindern und Jugendlichen häufig nicht *nach*, sondern *inmitten* traumatischer Prozesse stattfindet.

Häufig höre ich von der Überzeugung, dass eine Psychotherapie erst begonnen werden sollte, wenn das äußere Trauma vorbei ist. Dies kann unter spezifischen Umständen auch sehr richtig sein: Erlebt ein Kind zum Beispiel (sexuelle) Gewalt durch die eigenen Eltern, wäre es unethisch, das Kind unter diesen Bedingungen zu „stabilisieren“ – hier ist zuerst eine sog. „8a-Meldung“ (gemäß § 8a SGB VIII – Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung) geboten und das Jugendamt gefragt,

das Kindeswohl zu schützen, das betroffene Kind sicher unterzubringen und die Taten der Eltern juristisch zu verfolgen. Im Sinne des beschriebenen Traumaverständnisses lässt sich aber auch für diesen Kontext formulieren, dass, selbst wenn die „unmittelbare Katastrophe“ vorbei ist, der traumatische Prozess ggf. weiter anhält. Für das skizzierte Beispiel lässt sich etwa fragen: Unter welchen Bedingungen wird das betroffene Kind nun untergebracht, welche (Beziehungs-)Erfahrungen macht es dort, wie gehen andere mit der erlebten Gewalt um, wird ihm geglaubt und das Erlittene anerkannt oder macht es weitere übergreifende Erfahrungen? In dieser Phase kann auch eine psychotherapeutische Begleitung indiziert sein, um manchmal überhaupt erst zu ermöglichen, dass das betroffene Kind schmerzhaft aber notwendige Schritte gehen kann.

Im Kontext von Flucht, in dem der potenziell traumatisierende Prozess über Jahre andauern und häufig kaum von Einzelpersonen beeinflusst werden kann, wäre eine generelle psychotherapeutische Abweisung ein weiteres Signal der Ablehnung – ein Alleinlassen mit unerträglichen Gefühlen, mit möglicherweise fatalen Folgen.

Wahrscheinlich kann, solange äußere Belastungsfaktoren massiv anhalten, keine Vollremission erreicht werden. Die Symptome erfüllen einen Sinn und sind unter den andauernden Stressoren nachvollziehbar. Dies ist auch den Patient*innen deutlich gegenüber transparent zu machen. Würde man dies versäumen, würde man heftige Enttäuschungen aufseiten der Patient*innen und aufseiten der Psychotherapeut*innen vorprogrammieren.

*Die damals 14-jährige Aylin kam beispielsweise ca. ein Jahr lang einmal im Monat zu Gesprächen zu mir in das Psychosoziale Zentrum, während ihr Verbleib gemäß „Dublin-Verfahren“ noch in der Schwebe war und sie zunehmend konkreter damit rechnen musste, zurück nach Polen abgeschoben zu werden – in das Land, mit dem sie nur schreckliche Erfahrungen während der Flucht verbindet. Jedes Mal begann sie die Stunde damit, dass sie sagte, es gehe ihr schlechter als beim jeweils vorangegangenen Treffen. Würde man sich nicht bewusst machen, dass dies eine nachvollziehbare Reaktion auf die permanente und sich zuspitzende Angst vor Abschiebung und die damit seit Jahren andauernde „Vorläufigkeit“ des Bleibestatus darstellt, würde man möglicherweise sich selbst als Psychotherapeut*in im Übermaß anzweifeln oder der Patientin Vorwürfe machen (wie beispielsweise „mangelnde Umstellungsbereitschaft“).*

Neben den äußeren Bedingungen ist das hier kurz skizzierte Geschehen auch durch den angebotenen Rahmen mitgeprägt. In den Psychosozialen Zentren des NTFN können wir aufgrund begrenzter Kapazitäten unter den aktuellen Finanzierungsbedingungen in der Regel kein klassisches psychotherapeutisches Setting anbieten. Der zur Regelversorgung ergänzende Schwerpunkt der Arbeit des NTFN als NGO liegt aktuell darin, sicherzustellen, dass geflüchtete Kinder und

Jugendliche unabhängig von ihrem Aufenthalts- und Versicherungsstatus nach ihrer wahrscheinlich sehr belastenden Flucht bei Bedarf schnell einen Zugang zu Erstgesprächen mit Dolmetschenden erhalten. Aufgrund des Fokusses auf psychosoziale Erstversorgung und damit auf einen möglichst schnellen Zugang zu Erst- und Clearinggesprächen sind aktuell kaum Kapazitäten für wöchentliche Therapietermine vorhanden. Folgegespräche sind im NTFN dadurch in der Regel nur im Rhythmus von einmal alle vier Wochen möglich. In diesem Rahmen kann eine erste Diagnostik stattfinden, überprüft werden, ob eine Psychotherapie indiziert ist, und eine Reihe von Maßnahmen zur Stabilisierung oder Überbrückung angeboten werden, bis eine Vermittlung an niedergelassene Kolleg*innen erfolgt. Da aus den genannten Gründen eine Vermittlung aber häufig schwierig ist, kommt es wie im Falle von Aylin dazu, dass sich die Überbrückung in diesem Setting über einen langen Zeitraum zieht. Es ist auch aus Perspektive der medizinethischen Grundprinzipien der Fürsorge und der Gerechtigkeit erforderlich, dass sich mehr Kolleg*innen der therapeutischen Arbeit mit geflüchteten Kindern und Jugendlichen öffnen.

Die Psychotherapie findet dabei in besonderem Maße in einem Spannungsfeld mit den äußeren Prozessen statt. Dass sich Symptome verstärken, wenn eine Abschiebung angedroht wird oder zurückgelassene Elternteile in Gefahr geraten, ist naheliegend und verstehbar. In dieser Situation kann es weniger um Symptommfreiheit und „Heilung“ (aus psychodynamischer Sicht: weniger um das Aufdecken unbewusster Konflikte, emotional nachreifende Beziehungserfahrungen und strukturelles Wachstum) gehen, sondern zu Beginn stärker um Stabilisierung, „Überlebenskunst“ und die Verhinderung weiterer Folgeschäden im Sinne einer tertiären Prävention.

„Parteiliche Abstinenz“ und solidarische Haltung

Grundsätzlich sind die psychodynamischen Ansätze mit ihrem Verständnis der Funktionen der Symptome, ihren Möglichkeiten, sich individuell auf die Patient*innen auszurichten, sich auf die Beziehungserfahrung und die Herstellung eines Spielzustandes zu konzentrieren, für diese Arbeit prädestiniert. Um hier hilfreich zu sein, muss allerdings ein modifiziertes Verständnis von Abstinenz vorausgesetzt werden.

Nach diesem Verständnis besteht „Abstinenz“ vorrangig in dem leitenden Grundsatz, niemals eigene Bedürfnisse im Kontakt mit den Patient*innen zu befriedigen und alles Nötige zu tun, um Übergriffigkeiten zu verhindern. Dazu gehört selbstredend auch die Notwendigkeit, die eigenen Gefühle und Impulse, die im Kontakt mit den Patient*innen ausgelöst werden, zu reflektieren. Dies umfasst explizit auch die Prüfung der eigenen (womöglich unbewusst wirksamen) Motive: hilfreich sein, auf der richtigen Seite stehen zu wollen etc.

Ein eher problematisches Verständnis von Abstinenz würde dagegen die Auslegung darstellen, man müsste strikt neutral, unpolitisch und stets passiv-zurückhaltend sein. Im Kontext von Flucht und Trauma könnte Unpolitischsein nämlich letztlich nichts anderes bedeuten, als sich mit den „Täter*innen“ gemein zu machen. Eine Behandlung von Traumata ist hingegen nur möglich, wenn der*die Psychotherapeut*in das erfahrene Unrecht klar als solches anerkennen, benennen und markiert spiegeln kann.

Auch *Reddemann und Wöller (2019, S. 36)* plädieren grundsätzlich bei der Behandlung von traumatisierten Patient*innen für eine „parteiliche Abstinenz“: „Die therapeutische Beziehung zu traumatisierten Patienten sollte durch eine solidarische Haltung ‚parteilicher Abstinenz‘ geprägt sein. Sie geht mit einer dezidierten Positionierung zugunsten der Opfer einher und duldet keine Vermischung oder Verunklarung von Täter- und Opferstatus“ (*ebd.*). Die Psychosozialen Zentren machen diese Parteilichkeit schon in ihrem Namen – „Psychosoziale Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer“ – deutlich, um damit zugleich eine potenzielle Zugangsbarriere abzubauen.

Es ist zwar bedeutend, gegenüber Geflüchteten von Beginn an transparent und nachvollziehbar zu machen, dass man nicht Teil staatlicher Begutachtungsstellen ist und somit auch keinen direkten Einfluss auf den Aufenthaltsstatus, den Familiennachzug oder die Wohnsituation nehmen kann. Genauso wichtig ist es aber auch, eine glaubhaft solidarische Haltung einzunehmen, die ungefähr so benannt werden könnte: *Es tut mir leid, was du erleiden musstest und erleidest. Ich finde es falsch, dass Menschen zur illegalisierten Flucht gezwungen werden, auf der Flucht Gewalt erleben und eingesperrt werden. Ich finde es falsch, dass du so lange im Unklaren gelassen wirst, ob du hier nun dauerhaft in Sicherheit leben kannst und ob deine Familie nachkommen darf. Für mich bist du hier herzlich willkommen.*

Diese solidarische Haltung kann – und sollte bei Bedarf – auch in Stellungnahmen münden: Aus professioneller Sicht ist es unbestreitbar, dass ein dauerhaft unsicherer Aufenthaltsstatus, permanente Angst vor Abschiebung, konstante Besorgnis um zurückgelassene Familienangehörige usw. eine solche Belastung mit sich bringen, dass eine Ausprägung bzw. Aufrechterhaltung psychischer Symptome und Störungen naheliegend sind.

Gleichzeitig ist es auch wichtig, durch die Reflexion von Übertragungsdynamiken zu verhindern, die geflüchteten Patient*innen lediglich als „edle Opfer“ anzusehen. Es sollte anerkannt werden, dass Menschen, die aus Kriegs- und Krisengebieten geflohen sind und es nach Deutschland geschafft haben, Enormes geleistet haben. Auch bei einer „solidarischen Abstinenz“ sollten zudem (unbewusste) Aggressionen der Patient*innen in den Psychotherapeut*innen eine Resonanz und Antwort finden.

Zu einer politischen Haltung gehört auch die Reflexion darüber, inwieweit sich alltagsrassistische Stereotype im eigenen

Denken und Handeln niederschlagen. Nur weil man mit geflüchteten Patient*innen arbeitet und sich mit ihnen solidarisch erklärt, heißt dies nicht, dass man gegen solche strukturell verankerten Vorurteile gefeit ist, dass nicht eigene innere rassistische Objekte (Davids, 2019) aktiv sind und dass man als Psychotherapeut*in nicht auch Teil des real existierenden Herrschaftsverhältnisses zwischen privilegierten und benachteiligten Gruppen ist. Zudem können sich gerade in dieser Arbeit projektive Dynamiken entfalten: Beispielsweise kann es passieren, dass die Patient*innen die Psychotherapeut*innen als „weiße Retter“ anpreisen und diese die Patient*innen wiederum nur als „hilflose Opfer“ wahrnehmen. Wird das Eingebundensein in gesellschaftlich-strukturelle Verhältnisse nicht reflektiert, wird es sich zwangsläufig in der Beziehung zu den negativ von Rassismus Betroffenen Patient*innen reinszenieren.

Anstatt passiv-zurückhaltend zu sein, muss besonders auch im Kontext von Flucht und sequenzieller Traumatisierungen das „Prinzip Antwort“ gelten, welches besagt, dass hinter jedem Symptom eine „Anrede“ steht, die im Idealfall im Gegenüber eine spürbare Resonanz erzeugt und die beantwortet werden muss (Bodenheimer, 1992; Kämmerer, 2016).

Wie kann psychotherapeutische Arbeit inmitten traumatischer Prozesse gelingen?

Ein wichtiger Teil der aktiven „Antwort“ ist Psychoedukation. Der Grundsatz der Psychoedukation im Traumakontext lautet: „Du bist ganz *normal*! Was du erlebt hast, *das* ist *verrückt!*“ (Krüger, 2021, S. 17; Hervorhebung i. O.). Es ist immer wieder notwendig, klarzumachen, dass die Symptome eine nachvollziehbare logische „normale“ Reaktion auf die erlittenen Schrecken sind – und dass die Erlebnisse der Vergangenheit und die aktuelle Situation bei fast jedem*jeder zu diesen oder ähnlichen Symptomen führen würden. Dies mag für Psychotherapeut*innen wahrscheinlich trivial klingen; für unsere Patient*innen ist es das aber keineswegs: Ich erlebe immer wieder, wie geflüchtete Kinder und Jugendliche und ihre Bezugspersonen auf der einen Seite von schrecklichen, kaum aussprechbaren Erlebnissen im Herkunftsland, auf der Flucht und hierzulande berichten und auf der anderen Seite von Symptomen, wie Schlafstörungen, Konzentrationschwierigkeiten, Reizbarkeit und Wutausbrüchen, psychosomatischen Beschwerden usw.⁸ – und keinen Zusammenhang zwischen beidem herstellen. Oft ist es daher schon ungewöhnlich beruhigend für die Patient*innen und ihre Bezugspersonen, zu hören, dass sie nicht „verrückt“ oder „falsch“ sind, sondern dass ihre Seele und ihr Körper eine nachvollziehbare und verstehbare Reaktion auf schreckliche äußere Gegebenheiten zeigen.

Über bloße Psychoedukation hinaus ist es inmitten traumatischer Prozesse – auch in psychodynamischen Psychotherapien – unabdingbar, konkrete pragmatische Hilfestellungen

für Probleme, wie beispielsweise Schlafstörungen, zu geben, um so weit wie möglich zu einer Stabilisierung beizutragen. Dabei sollte wiederum transparent dargelegt werden, welche Funktionen diese Symptome erfüllen und dass sie, solange die äußeren Belastungen anhalten, wahrscheinlich nicht ganz verschwinden werden. Dabei ist es wichtig, zu betonen, dass man ihnen nicht ganz ohnmächtig ausgeliefert ist, sondern dass es verschiedene konkrete Ansätze⁹ gibt, die von den Betroffenen zur Selbsthilfe herangezogen werden können, um unter diesen Bedingungen eine Symptomreduktion zu erwirken. Für die betroffenen Kinder und Jugendlichen ist es bedeutend, zu erleben, dass ihre erwachsenen Bezugspersonen nicht allen inneren und äußeren Verhältnissen ebenso ohnmächtig ausgeliefert sind wie sie. Darum ist es nötig, dass sich Psychotherapeut*innen beispielsweise mit Methoden und Techniken zu Dissoziationsstopps und zur Stabilisierung im Hier und Jetzt auskennen, aber auch über gewisse Kenntnisse bezüglich der politisch-juristischen Rahmenbedingungen, etwa in Fragen des Asylrechts, verfügen. Dabei muss sich nicht jeder*jede Psychotherapeut*in alle erforderlichen Informationen durch Recherche selbst erarbeiten und zum*zur Spezialist*in werden. Entscheidend ist vielmehr, die möglichen Anlaufstellen zu kennen und sich mit den dortigen Expert*innen zu vernetzen. Die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer, die es in jedem Bundesland gibt, stehen für asyl- und aufenthaltsrechtliche sowie Fragestellungen zur Arbeit mit Sprachmittler*innen (vgl. dazu auch *Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen e. V. [INTFN], 2017*) zur Verfügung und bieten Fortbildungen und Fachberatungen zu diesen Themen an. Auch im Sinne der eigenen Selbstfürsorge kann eine solche Vernetzung sehr bedeutsam sein.

Ein weiterer wichtiger Teil der psychotherapeutischen Arbeit im Kontext von Flucht und Trauma ist es, Zeug*innenschaft über das Erlittene und aktuell Erlebte zu gewährleisten. Traumatisierte Menschen sind häufig mit (impliziten) Versuchen konfrontiert, ihre Erlebenswelten zu tabuisieren. Sie machen möglicherweise die Erfahrung, dass niemand ihre Schilderungen aushalten kann bzw. sich niemand dafür interessiert. Dies ist nicht verwunderlich, verdeutlicht man sich, dass Traumata auch im Gegenüber häufig schwer erträgliche Gefühle auslösen und daher nicht anerkannt werden:

„Wir wollen vom Trauma, von diesem Elend, wir wollen eigentlich nichts wissen und haben einen biologisch angelegten Impuls wegzuschauen“ (Leuzinger-Bohleber, 2017). Oder wie van der Kolk (2023, S. 24) ebenfalls allgemein bezogen auf Psychotraumata schreibt: „Wir wollen im Grunde nicht wissen, was Soldaten im Kampf durchmachen. Wir wollen

⁸ Hier sind zwar einige der typischen Symptome von Traumatisierungen beispielhaft aufgezählt, es ist aber wichtig, zu betonen, dass hinter allen psychischen Symptomen traumatische Erfahrungen liegen können.

⁹ In dem Selbsthilfebuch „Sonne für die Seele“ (TraumaHilfeZentrum Nürnberg e. V., 2017), das für mehrere Sprachen in Übersetzung kostenlos heruntergeladen werden kann, sind viele solcher Techniken und Methoden versammelt.

auch nicht wissen, wie viele Kinder in unserer Gesellschaft sexuell belästigt, missbraucht oder misshandelt werden, und auch nicht, wie viel Paare – es ist fast ein Drittel – irgendwann in ihrer Beziehung gewalttätig werden. Wir möchten uns die Familie als einen sicheren Hafen in einer herzlosen Welt vorstellen und unser eigenes Land als von aufgeklärten und zivilisierten Menschen bewohnt. Wir ziehen es vor, zu glauben, dass Grausamkeiten nur an fernen Orten wie Darfur oder im Kongo stattfinden.“

In meiner Promotionsstudie habe ich dazu passend gezeigt, was potenziell traumatisierte geflüchtete Schüler*innen in den mit ihnen arbeitenden Lehrkräften auslösen (Müller, 2021). Besonders unter den Bedingungen mangelnder Ressourcen, struktureller Mängel und fehlender traumapädagogischer Professionalisierung kann diese Arbeit dazu führen, dass sich bei den Lehrkräften selbst traumatypische Symptome zeigen (ebd.). Dies kann weiter dazu führen, dass Lehrkräfte *institutionalisierte Abwehrmöglichkeiten* (Mentzos, 2001) nutzen und sich aus den pädagogischen Beziehungen zurückziehen bzw. versuchen, sich auf die Rolle der reinen Wissensvermittler*innen zu konzentrieren (Müller, 2021, S. 177–180). Möglicherweise tragen ähnliche Mechanismen auch zur „Scheu“ von Psychotherapeut*innen vor der Behandlung von Traumapatient*innen bei?

Dies kann dazu führen, dass traumatisierte Menschen mit ihrem Trauma ganz allein gelassen werden, was wiederum einen Kernfaktor des Traumas ausmachen könnte. Die therapeutische Beziehung inmitten sequenziell traumatischer Prozesse kann dieser Einsamkeit dagegen ein Stück weit entgegenwirken. (Kinder- und Jugendlichen-)Psychotherapeut*innen, die eine eigene Lehranalyse/Selbsterfahrung gemacht haben, die gewohnt sind, in Super- oder Interventionen über die eigenen Gefühle und Gegenübertragungen zu reflektieren, und die Erfahrung im Umgang mit belasteten Patient*innen haben, sind dadurch für den Umgang mit dem, was das Trauma im Gegenüber auslöst, professionalisiert.

Durch die therapeutische Arbeit inmitten des Traumas kann erstmalig ein Raum entstehen, in dem Patient*innen die Chance haben, damit zu beginnen, ein zusammenhängendes und emotional bedeutsames Narrativ ihrer Biografie zu entwickeln. Dieses Narrativ kann politische und äußere Bedingungen einordnend miteinbeziehen und einer schuld- und schamhaften Verarbeitung des Erlebten entgegenwirken.

Das heilsame Potenzial einer solchen positiven haltenden Beziehungserfahrung wird sich dann im Sinne der Nachträglichkeit (Kirchhoff, 2009) ganz entfalten können, wenn sich die äußeren Bedingungen für die betroffenen Kinder und Jugendlichen so verbessert haben, dass wieder Sicherheit und Verlässlichkeit in ihre Lebensverhältnisse einkehren können. Die therapeutische Arbeit inmitten potenziell traumatischer Prozesse ist so eine lohnende Arbeit, der sich noch mehr Kolleg*innen öffnen sollten.

Literatur

Hinweis: Wir veröffentlichen an dieser Stelle nur eine Auswahl – das vollständige Literaturverzeichnis für diesen Artikel finden Sie auf unserer Homepage unter www.psychotherapeutenjournal.de.

- Becker, D. (2006/2014). Die Erfindung des Traumas. Verflochtene Geschichten. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung. (2023). Rassismus und seine Symptome. Bericht des Nationalen Diskriminierungs- und Rassismusmonitors. Berlin. Verfügbar unter: www.rassismusmonitor.de/fileadmin/user_upload/NaDiRa/Rassismus_Symptome/Rassismus_und_seine_Symptome.pdf [17.07.2024].
- Kämmerer, W. (2016). Auf der Suche nach dem Wort, das berührt. Intersubjektivität und Fokus im psychosomatischen Dialog. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Keilson, H. (1979/2005). Sequentielle Traumatisierung bei Kindern. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Kirchhoff, C. (2009). Das psychoanalytische Konzept der „Nachträglichkeit“. Zeit, Bedeutung und die Anfänge des Psychischen. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Krüger, A. (2021). Powerbook – Erste Hilfe für die Seele. Trauma-Selbsthilfe für junge Menschen (10. Aufl.). Hamburg: Elbe & Krueger Verlag.
- Leuzinger-Bohleber, M. (2017, 16. Juni). Flucht, Migration, Trauma und frühe Elternschaft. Psychoanalytische Überlegungen. Vortrag im Rahmen des 4. Winnicott-Symposiums, Hannover.
- Mentzos, S. (2001). Interpersonale und institutionalisierte Abwehr. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Müller, C. (2021). Pädagogisch arbeiten in traumatischen Prozessen. Geflüchtete Kinder und Jugendliche in der Schule (Kritische Sozialpsychologie, Bd. 3). Wiesbaden: Springer VS.
- Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen e. V. (Hrsg.). (2017). Psychotherapie zu dritt. Über die Arbeit mit Dolmetschenden in therapeutischen Gesprächen. Hannover: Eigendruck.
- Reddemann, L. & Wöller, W. (2019). Komplexe posttraumatische Belastungsstörung (2., unveränderte Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Zimmermann, D. (2012). Migration und Trauma. Pädagogisches Verstehen und Handeln in der Arbeit mit jungen Flüchtlingen. Gießen: Psychosozial-Verlag.



Dr. Christoph Müller

christophz.mueller@posteo.de

Dr. phil. Christoph Müller ist Sozialwissenschaftler, Sonderpädagogin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (mit den Fachkunden Psychoanalyse/Analytische Psychotherapie und Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie). Er arbeitet als Dozent und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut im Winnicott-Institut Hannover und im Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen (NTFN). Er promovierte an der Humboldt-Universität zu Berlin zum Themenkomplex Flucht, Trauma, Schule.