

1 Warum mentalisierungsbasierte Unterstützung und Psychotherapie bei Geflüchteten?

1.1 Flucht und Trauma: eine emotionale Herausforderung für Flüchtlinge und deren Helfer

1.1.1 Flüchtling sein ist eine emotionale Herausforderung

Flucht ist eine zeit- und kulturunabhängige, zutiefst menschliche Reaktion auf Not und auf Angst vor Verlust der körperlichen Unversehrtheit, des eigenen Lebens und der eigenen Existenzgrundlage durch kriegerische, wirtschaftliche und gesellschaftspolitische Veränderungen. Menschen, die versuchen, aus ihren von Krieg, Umbruch und wirtschaftlichem Zerfall zerrütteten Heimatländern in die Sicherheit eines neuen Landes zu fliehen, teilen die gemeinsame Erwartung und Hoffnung auf ein besseres und friedlicheres Leben am Zielort. Auf unbegleiteten Jugendlichen und allein reisenden jungen Menschen lasten oft zusätzlich auch die Erwartungen ganzer hinterbliebener Großfamilien auf eine bessere Zukunft. Diese Hoffnung ist meist die entscheidende Kraft bei der Überwindung von teilweise unüberwindbar scheinenden Hindernissen auf dem Fluchtweg.

Neben Not und Traumata in den Kriegsgebieten sind Flüchtlinge häufig auch auf ihren gefährlichen Fluchtrouten weiteren lebensbedrohlichen Situationen und Traumatisierungen ausgesetzt.

Meist erschöpft und von seelischen Strapazen gezeichnet, erreichen sie das Zielland, in dem der erlebte Schrecken endlich aufhören soll. Mit der Ankunft im Zielland sind die Belastungen für Flüchtlinge aber in den meisten Fällen keineswegs beendet. Die realen Lebensumstände in einer neuen und fremden Welt verlangen enorme Anpassungsleistungen und stellen die ohnehin verunsicherten, meist verängstigten Menschen vor besondere emotionale Herausforderungen (Li, Liddell & Nickerson, 2016). Besonders belastend sind folgende Faktoren: die Sorge um den Verbleib der übrigen Familie und Freunde, das häufige Unwissen über deren Schicksal, die Unmöglichkeit der Familienzusammenführung, die längeren Aufenthalte in Massenunterkünften wie Asylheimen, die Unsicherheiten in Fragen des Bleiberechts sowie Sprachbarrieren, kulturelle Unterschiede, soziale Orientierungslosigkeit, Diskriminierungserfahrungen und nicht zuletzt soziale Ausgrenzung und fehlende Partizipation. Die Postmigrationsstressoren können sich, genauso wie Stressoren vor- und während der Flucht, nahezu toxisch auf die psychische Gesundheit auswirken (Hynie, 2018; Sangalang, Becerra, Mitchell, Lechuga-Peña,

Lopez et al., 2018). Und hier besteht wiederum ein Zusammenhang zwischen diesen psychischen Problemen und den Schwierigkeiten, sich an die neue Gesellschaft anzupassen (Haasen, Demiralay & Reimer, 2008).

Erschwert wird die soziale Anpassung auch dadurch, dass Flüchtlinge auf der einen Seite oft keine konkreten oder emotionalen Verbindungen zu dem neuen Land haben – z. B. gibt es keine dort lebenden Familienangehörigen oder früheren Besuche, ebenso fehlen Kenntnisse der Sprache oder der Kultur. Auf der anderen Seite wissen Menschen hierzulande, ungeachtet ihrer hohen Hilfsbereitschaft, i. d. R. über die gesellschaftliche und politische Lebensart in den Herkunftsländern, über dortige Familienstrukturen, Bindungen und Bindungserfahrungen, über die aktuellen Zustände, konkreten Verluste und Erlebnisse sowie Erwartungen und Hoffnungen der Flüchtlinge ebenfalls (zu) wenig.

Ein 20-jähriger Syrer aus Damaskus (im weiteren Text »junger Syrer«), der bei einer Explosion sein Bein verloren hat und mehrfach operiert worden war (in Syrien, Jordanien und Deutschland), berichtete in der Therapie, wie die Familie alles darangesetzt habe, ihn aus dem Land zu bringen, um so die notwendige medizinische Behandlung zu ermöglichen. Sein Vater, dessen zwei Frauen, mehrere jüngere Geschwister und seine Verlobte blieben alle in Syrien. Er lebt seit seiner Flucht allein in Deutschland und erlebt in seinem Trennungsschmerz eine große Sehnsucht nach der Familie. Sein größter Wunsch ist es, ein eigenes Geschäft zu eröffnen und alle Familienmitglieder zu sich nach Deutschland zu holen. »Als ich nach der letzten Operation hier im Krankenhaus lag, habe ich mich sehr einsam gefühlt. Ich habe mir immer wieder vorgestellt, ich wäre wieder zu Hause. Das hat aber alles nur noch schlimmer gemacht«. Seither leidet er unter Ängsten, Anpassungsschwierigkeiten, Einsamkeitsgefühlen und Isolation.

Eine verwitwete 40-jährige Englischlehrerin aus dem Irak (im weiteren Text »irakische Englischlehrerin«) flüchtete mit ihrer 14-jährigen Tochter nach Deutschland. In der Türkei leben ihre Schwiegereltern zusammen mit dem jüngsten Bruder ihres Mannes und ihre eigenen Eltern – ebenfalls als Geflüchtete. Alle vertrauten darauf, dass sie mit ihrer Bildung und ihren Sprachkenntnissen schnell eine gute Arbeit in Deutschland finden werde. Die Familie, die im Heimatland der Mittelschicht angehörte, hoffte, von ihr finanzielle Hilfe zu erhalten, um eine Wohnung in der Türkei mieten zu können. Inzwischen sind sie seit fast drei Jahren unter schwierigen räumlichen Verhältnissen in einer früheren Teppichfabrik untergebracht. Ihrer Familie gegenüber verschweigt die Betroffene aus Scham, dass sie selber ebenfalls noch in einem Flüchtlingsheim wohnt. »Ich habe nicht gedacht, dass ich hier so viele Schwierigkeiten mit meiner Aufenthaltserlaubnis und mit der Anerkennung meines Studiumabschlusses bekomme. Das macht mich verzweifelt und kaputt. Ja, das macht mich schon sehr sehr kaputt. Ich habe mein Selbstvertrauen verloren.« Sie leidet körperlich unter Spannungskopfschmerzen und Erschöpfungsgefühlen sowie psychisch unter Depressionen, Unsicherheits- und Schuldgefühlen sowie sozialem Rückzug. Unbewusst engt die Patientin ihre Tochter, die inzwischen fast perfekt Deutsch spricht, in deren erfolgreichem Anpassungsprozess stark ein.

Diese Beispiele verdeutlichen, wie Menschen durch ihre Flucht die Beziehungen zu ihren frühen Bindungspersonen, Familienangehörigen und Freunden verlieren bzw. sie vor schwierige Proben stellen. Als Aufnahmegesellschaft stehen wir daher nicht nur vor den Aufgaben einer angemessenen materiellen und gesundheitlichen Soforthilfe für Flüchtlinge in den (Erst-)Aufnahmeeinrichtungen. Wir müssen auch den Umgang mit den neuen »fremden« Menschen im eigenen Lande meistern – Menschen, die durch ihre Verluste, sprachliche und kulturelle Entwurzelung und verlorene Beziehungen enormen emotionalen und seelischen Belastungen ausgesetzt sind. Diese Aufgaben sind, trotz der zur Verfügung gestellten Ressourcen, weder von den Geflüchteten noch von der Gesellschaft kurzfristig zu bewältigen (Papadopoulos, Lees, Lay & Gebrehiwot, 2007; Johnson-Agbakwu, Flynn, Asiedu, Hedberg, & Bretkopf, 2016), zumal die politisch-administrativen Vorgaben in Bezug auf die Unterbringungsformen, Abläufe des Asylverfahrens, Regelungen des Zuganges zum Arbeits- und Ausbildungsmarkt, zur gesundheitlichen und psychotherapeutischen Versorgung durchaus im Widerspruch zu den Prinzipien erwarteter Integration und gegenseitiger Verständigung als Zielsetzung stehen. Beispielsweise erhalten Asylbewerber oft erst nach mehreren Monaten bis hin zu Jahren Anerkennung bzw. subsidiären Schutz durch das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) und somit einen Aufenthaltstitel, der zum Besuch eines Integrationskurses, zum Bezug von Leistungen durch das Jobcenter, zur Wahl der Krankenkasse, zur Aufnahme einer Arbeitstätigkeit, eines Ausbildungsplatzes oder einer Psychotherapie berechtigt. Allerdings bleibt für alle Asylbewerber auch im besten Fall, also der Zuerkennung der Asylberechtigung oder Flüchtlingseigenschaften, der Schutzstatus auf zunächst maximal drei Jahre begrenzt (BAMF, o. D.). Zwar besteht oftmals die Möglichkeit der Verlängerung bzw. langfristig des Übergangs in einen Daueraufenthalt, die hierfür durch das BAMF wie auch die Ausländerbehörde durchgeführten Überprüfungen können jedoch vielfach destabilisierend sein oder sogar potenziell retraumatisierend wirken.

Zu diesen schweren rechtlich-politischen Rahmenbedingungen kommt auf der psychologisch-individuellen Ebene hinzu, dass bei vielen Flüchtlingen, selbst beim Erhalt eines (relativ) sicheren Aufenthaltsstatus, die Suche nach Hilfe, Schutz und Sicherheit zum Teil der Suche nach etwas entspricht, was sie in ihrem Leben selbst gar nicht oder nur wenig kennengelernt haben. Entsprechend vage sind die eigenen Vorstellungen dazu.

Ein 34-jähriger zweifacher Vater aus Afghanistan (im weiteren Text »Herr A.«), wiederholt während der Psychotherapie zum Thema »sicherer Ort und Schutz« folgende Sätze: »Ich kenne nur Krieg, keine Schule, keine Ausbildung. Sehr traurig war ich immer, ich hatte keine Kindheit und habe viele Bombenexplosionen erlebt. Niemand konnte uns schützen, jeder Tag konnte Verwundung oder den Tod mit sich bringen. Seit meinem siebten Lebensjahr bin ich mutterloser Halbwise. Ich war ein Jahr in einem Gefängnis der Taliban. Das war eine schlimme Zeit, sehr schlimm. Das ist unser Schicksal, das ist das Schicksal unseres Landes. Das versteht man hier nicht«. Die traumatische Vergangenheit dieses Patienten führte bei ihm, in Verbindung mit seinen enttäuschten Erwartungen, immer wieder zu starken Gefühlen von Angst und Unsicherheit, später

ebenfalls zu vermehrter Hilfesuche aufgrund von zahlreichen körperlichen Beschwerden. Damit wehrte er teilweise seine enorme Wut, Enttäuschung und Schuldgefühle ab. Schließlich kam es zu einer relevanten depressiven psychischen Labilisierung mit auftretender Aggressivität gegen sich selbst und krisenhaft zugespitzter Suizidalität.

Oft ist es erst im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung möglich, große Hoffnungen, Wünsche und Erwartungen bewusst zu machen. So suchte Herr A. in Deutschland sowohl Frieden als auch Sicherheit, Freiheit, Schutz, (Schul-)Bildung und nicht zuletzt auch die mütterliche Geborgenheit. Die Bewusstmachung der hohen, z. T. unrealistischen Erwartungen an das Gast- bzw. Aufnahmeland machte die erlebte Enttäuschung sowohl für ihn als auch für die Therapeutin verständlicher.

Wenn emotionale Belastungen und Bedürfnisse in der frühen Flüchtlingshilfe und in der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen vernachlässigt werden, kann das dazu führen, dass traumatisierte Personen mit psychischen Erkrankungen für lange Zeit übersehen werden. Im Gegenteil, nicht selten werden diese Menschen aufgrund ihres Hilfesuchverhaltens in Beziehungen als anspruchsvoll und unangenehm erlebt. Sie können dadurch in der sogenannten Gegenübertragung Distanzierungsimpulse und Fehlinterpretationen bei ihren Helfern, Beratern, Betreuern und Ärzten auslösen.

Das Erkennen dieser psychisch belasteten und somit besonders schutzbedürftigen Geflüchteten wird zusätzlich dadurch erschwert, dass es zahlreiche posttraumatische Belastungsreaktionen gibt, die von den typischen Symptomen des Krankheitsbildes Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) abweichen oder darüber hinausgehen. Sie machen sich eher in Form von Schwierigkeiten in den Bereichen der Emotionsregulation, Identität, zwischenmenschlichen Beziehungen und des Verhaltens bemerkbar (Reddemann & Wöller, 2017). Unerwartete, oft nicht nachvollziehbare Handlungen und Entscheidungen, Wutausbrüche, Angstattacken oder ungewöhnliche Symptombildungen und Verhaltensweisen irritieren das Umfeld. I. d. R. werden diese Auffälligkeiten – wie das Beispiel des Herrn A. im Folgenden zeigt – lange nicht in Zusammenhang mit einer möglichen Traumafolgestörung gebracht. Nicht selten verschaffen sich die Auswirkungen der traumatisierenden Erlebnisse Ausdruck in Form von medizinisch nicht erklärlichen körperlichen Symptomen wie bei den somatoformen Störungen. So liegt die Prävalenz für chronischen Schmerz unter Flüchtlingen mit PTBS mit 75 % bis 88 % besonders hoch (Dahl, Dahl, Sandvik & Hauff, 2006; Johnson & Thompson, 2008; Teodorescu, Heir, Siqveland, Hauff, Wentzel-Larsen & Lien, 2015).

Wie bei somatoformen Störungen typisch, stellte sich Herr A. kurz nach seiner Ankunft in Deutschland gleich mehrfach innerhalb weniger Monate in den Notfallambulanzen der umliegenden Krankenhäuser vor. Oft wurde er dabei unter dramatischen Umständen mit einem RTW eingeliefert. Er litt unter verschiedenen und wechselnden akuten Beschwerden wie Kopfschmerzen, Schmerzen im ganzen Körper, Schweißausbrüchen, Schwindelattacken, Bewusstseinsstörungen, Übelkeit und Erbrechen und hatte dabei zeitweise Todesängste. In

einem der vorliegenden Berichte teilte der zuständige Sozialarbeiter dem Arzt seine Beobachtung mit, dass der Patient mehrmals am Tag innerhalb von ca. 30 Min. am ganzen Körper steif geworden sei, seine Augen abwechselnd geöffnet und geschlossen und dabei nicht ansprechbar ins Leere geblickt habe. Er habe um sich geschlagen und mit den Zähnen geknirscht. Bei jeder Vorstellung im Krankenhaus wurden neue Verdachtsdiagnosen gestellt und im Behandlungsverlauf wieder ausgeschlossen: Infektionskrankheiten, Epilepsie, Meningitis. Während des diagnostischen Prozesses wurden ihm, bis zum Ausschluss der möglicherweise bestehenden Erkrankungen, entsprechende Medikamente verabreicht, wie Schmerzmittel, Sedativa, intravenöse Antibiose, etc.

Auch nach Ausschluss diverser schwerwiegender körperlicher Erkrankungen nahmen die Beschwerdezustände weiter zu. So wurde der Patient allmählich zu einer Belastung für seine Familie, für den Sozialarbeiter in der Flüchtlingsunterkunft und für die wiederholt aufgesuchten Krankenhausärzte. Immer häufiger tauchten in den medizinischen Berichten Angaben auf, die auf eine zunehmende Hilflosigkeit und Unzufriedenheit des Patienten, aber auch der behandelnden Ärzten hindeuteten. So sei die Diagnostik besonders erschwert gewesen: »Orientierung bei Sprachbarriere leider nicht beurteilbar«, »Anamnese kaum möglich«, »Patient spricht kein einziges Wort Deutsch«, »Patient spricht nur arabisch«, »Untersuchung nicht möglich bei Patient, der kein Deutsch oder Englisch und der Arzt kein Arabisch spricht.« In einem der Krankenhäuser kam es sogar vor, dass ein Dolmetscher für die arabische Sprache einbestellt wurde. Dies zog wiederum nachfolgend Verwirrung und Ärger nach sich, weil das in guter Absicht veranlasste Prozedere nicht den gewünschten Erfolg mit sich brachte. Möglicherweise wurden somit auch unbewusste Dankbarkeitserwartungen seitens der Behandler enttäuscht. Da der Patient die afghanische Landessprache Dari spricht, bleibt insgesamt unklar, wie die Behandler zu der Annahme kamen, dass es sich um arabisch handelte.

Empirische Untersuchungen liefern Hinweise über signifikante Zusammenhänge zwischen der Art und Weise, über Patienten zu sprechen, und der Qualität des Kontakts zum Patienten (Blank, Rosenthal & Vanicelli, 1986, zit. nach Wöller & Kruse, 2010). Auch das Beispiel von Herrn A. zeigt, dass es nicht immer gelingt, einen adäquaten professionellen Ausdruck über die vorliegenden Schwierigkeiten in der Arzt-Patient-Beziehung zu finden. Im transkulturellen Kontext können sich in Untersuchungen immer wieder latent oder offen entwertende Formulierungen über Patienten, wie z. B. »*Ihr Patient erscheint ohne Dolmetscher. Er selber hat es auch nicht nötig, Deutsch zu lernen. Untersuchung kann nicht stattfinden*« finden (Joksimovic, 2011; Karger, Lindtner-Rudolph, Mroczynski, Ziem & Joksimovic, 2017).

Mehrere Monate später stellte ein anderer Krankenhausarzt die Diagnose: Dissoziative Krampfanfälle (F 44.5) und äußerte erstmals den Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung. Seine sachgerechte Empfehlung lautete: »Wir empfehlen dringend eine psychologische Betreuung. Zudem würde eine

Besserung der aktuellen Wohnsituation sich positiv auf die Krankheit auswirken. Eine erneute stationäre Aufnahme sollte nach Möglichkeit abgewendet werden.« Der Empfehlung dieses Arztes wurde aber im weiteren Behandlungsprozess auf keiner Ebene gefolgt. Der Zustand des Patienten verschlechterte sich stetig. Inzwischen glaubte er fest daran, von einem »Dschinn« (böser Geist) besessen zu sein, und konnte nur noch mit dem Koran neben seinem Bett schlafen.

Selbst wenn psychisch erkrankten Flüchtlingen subsidiärer Schutz nach § 4 Abs. 1 AsylG zuerkannt wird, sind sie oft nicht in der Lage, die ihnen damit zugesprochenen neuen Rechte und Pflichten wahrzunehmen. Hier ein Auszug aus dem Merkblatt zu den Rechten und Pflichten von Ausländern, denen subsidiärer Schutz im Sinne des § 4 Abs. 1 AsylG zuerkannt wurde, zum Punkt Integration: Nach § 44 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1c in Verbindung mit Satz 2 AufenthG besteht Anspruch auf einmalige Teilnahme an einem Integrationskurs. Der Anspruch erlischt zwei Jahre nach Erteilung des den Anspruch begründenden Aufenthaltstitels oder bei dessen Wegfall (§ 44 Abs. 2 AufenthG). Der Anspruch wird durch die zuständige Ausländerbehörde bestätigt. Sie übergibt dem Teilnehmer ein vom Bundesamt erstelltes Merkblatt über Ziele und Inhalte des Integrationskurses, Teilnahmemodalitäten, Rechte und Pflichten und mögliche Folgen der Nichtteilnahme.

Auch Herr A. war aufgrund seiner erheblichen psychischen Beeinträchtigungen im Alltag nicht in der Lage, nach einer Wohnung zu suchen. So lebte die Familie trotz dem inzwischen vorliegenden subsidiären Schutz weiter im Flüchtlingsheim. Das Ehepaar begann aber, an einem Sprachkurs teilzunehmen. Im Gegensatz zu seiner Frau besuchte Herr A. den Kurs allerdings nur unregelmäßig. Nach einiger Zeit ging er plötzlich gar nicht mehr dorthin. Das führte zu Konflikten mit den Behörden, zu Frust und Ärger bei dem einbezogenen Sozialarbeiter und schließlich auch zu massiven Eheproblemen. Die Ehefrau befürchtete drastische Konsequenzen in Form von aufenthaltsbeendenden Maßnahmen und Leistungskürzungen für die Familie und zeigte ihrerseits Symptome einer Belastungsreaktion.

Bei dem Patienten stellte sich erst rückblickend heraus, dass er genau dann begonnen hatte, sich völlig zurückzuziehen, als er erfahren hatte, dass sein Schwager als Unbeteiligter bei einem Selbstmordattentat in Afghanistan getötet worden war. Seither machte er sich im Stillen große Sorgen um die Zukunft seiner Schwester, die nun ohne ihren Mann mit den gemeinsamen vier Kindern alleine in Kabul zurechtkommen und überleben musste. Die ohnehin vorhandenen Konzentrationsstörungen und Lernschwierigkeiten des Patienten verschlechterten sich in der Folge dramatisch. Schließlich konnte er die Anforderungen des Deutschunterrichts gar nicht mehr bewältigen. Er fühlte sich seiner älteren Schwester in Kabul zutiefst verbunden, nicht zuletzt, weil sie sich nach dem Tod der Mutter um ihn als jüngeren Bruder gekümmert hatte. Herr A. machte sich schwere Selbstvorwürfe und fühlte sich schuldig. Zunehmende innere Unruhe, plötzliche Panikattacken und subjektiv erlebte Beschämung im Unterricht führten zu weiterem Rückzug und Vermeidungsverhalten. Die Um-

gebung des Patienten reagierte darauf mit Unverständnis, was bei ihm schließlich zu erneuter depressiver Dekompensation mit Suizidalität führte.

In vergleichbaren Situationen wie dieser besteht eine der größten Herausforderungen darin, mit traumatisierten und psychisch stark belasteten Flüchtlingen so zu kommunizieren, dass man die tatsächlichen (Hinter-)Gründe für die schwer erklärbaren, z. T. schädlichen Verhaltensweisen und Reaktionen in Erfahrung bringen kann. Sonst besteht nämlich die Gefahr, dass das irritierende Verhalten vor schnell als kultur- oder flüchtlingstypisch zugeordnet wird, nach dem Motto: »Die besuchen den Kurs nicht, weil sie nicht Deutsch lernen wollen«, »Alle wollen nur Sozialhilfe«, »Die wollen sich nicht helfen lassen«, »Die sind gesund, haben medizinisch nichts«, etc. Diese latenten oder offenen Vorwürfe und vorauseilenden Interpretationen seitens der Berater, Ärzte, Helfer, Familie oder von Personen mit aufenthalts- und sozialrechtlichen Entscheidungsbefugnissen stellen eine zusätzliche große emotionale Belastung und indirekte Bedrohung für viele traumatisierte Flüchtlinge dar. Wöller und Kruse (2015) gehen davon aus, dass allgemein Unterstellungen und latent entwertende Äußerungen über Patienten in der Psychotherapie (»der Patient will nur versorgt werden«) einen empathisch-verstehenden und ressourcenorientierten Zugang zum Patienten behindern oder gar ausschließen. Im transkulturellen Kontext können derartige Unterstellungen zudem real ungünstige Entscheidungslagen für diese Menschen nach sich ziehen.

Wir konnten in der späteren Therapie mit Herrn A. rekonstruieren, dass er durch den Tod des Schwagers erneut mit seinen traumatischen Erlebnissen sowohl aus der Kindheit (über die Beschäftigung mit der Schwester) als auch aus der Gefangenschaft (durch den gewaltsamen Tod des Schwagers) konfrontiert wurde. Die Unmöglichkeit, die Schwester zu unterstützen, führte zum Wiedererleben der früher erlebten Hilflosigkeit sowohl in Bezug auf den Verlust der Mutter als auch hinsichtlich der Gefangenschaft. In der Summe gesehen brachte dies den Patienten an seine Verarbeitungsgrenzen und mündete schließlich in die Suizidalität. Da die Telefonate mit der Schwester während der Therapie immer wieder Auslöser für eine Symptomverschlechterung waren, wurde die oben dargestellte verstehende Rekonstruktion überhaupt erst möglich. Zuvor war der Patient, wie bereits beschrieben, mehrfach in hochsuizidalem Zustand psychiatrisch untergebracht worden.

»Patient kam notfallmäßig in einer hochgradig agitierten Verfassung zur Aufnahme. Er leidet an einer schweren depressiven Episode (ICD-10: F32.2) und einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10: F43.1). Die Ehefrau habe ihn zu Hause blutig vorgefunden, nachdem er offensichtlich mit dem Kopf mehrfach stark gegen die Wand geschlagen habe. Es sei unklar, ob er das in suizidaler Absicht tat, da es schon früher vorgekommen sei. Allerdings sei es zum ersten Mal der Fall gewesen, dass er sich dabei den Kopf blutig geschlagen habe. Die erste Behandlungswoche über habe der Patient hochgradig desinteressiert und innerlich unruhig gewirkt. Eine antipsychotische Medikation sei eingeleitet worden« und: »Vor dem Hintergrund der ausgeprägten Unruhe behandelten wir vorübergehend mit Lorazepam mit gutem Erfolg. Der Patient wirkte deutlich

geordneter und im Verhalten adäquater. Bei fehlenden Anhaltspunkten für eine akute Eigen- oder Fremdgefährdung entließen wir ihn in einem ausreichend stabilisierten Zustand auf seinen eigenen Wunsch hin.«

Dieser exemplarisch grob umrissene Verlauf ist für einen Großteil der geflüchteten traumatisierten Patientinnen und Patienten aus unserer klinischen Praxis oft mehr als weniger typisch. Diesen Verläufen liegt u. E. eine Kette von Missinterpretationen von emotionalen Zuständen, Befindlichkeiten und Bindungserwartungen zugrunde. Bogic, Njoku & Priebe (2015) fanden in ihrer Metastudie Hinweise dafür, dass psychische und psychosomatische Krankheiten bei Kriegsflüchtlingen sehr oft auch viele Jahre nach der Kriegserfahrung und Niederlassung an einem anderen Ort auftreten. Es zeigte sich, dass insbesondere zwei konsistente Risikofaktoren die Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung erhöhen: Zum einen die sozioökonomische Situation und zum anderen die posttraumatischen emotionalen Erfahrungen nach der Umsiedlung. Zahlreiche Autoren konnten in ihren wissenschaftlichen Untersuchungen zeigen, dass der Zeit nach der Ankunft im Aufnahmeland eine entscheidende Bedeutung für die langfristige psychische Gesundheit zukommt (Laban, Gernaat, Komproe, van der Tweel & De Jong 2005; Schweitzer, Vromans, Brough, Asic-Kobe, Correa-Velez et al., 2018). Sie fanden, dass ein langes Asylverfahren das Risiko verdoppelt, gesundheitliche Probleme zu entwickeln, unabhängig von den Erfahrungen (inkl. Folter) im Herkunftsland. Ebenfalls erkennbar war ein Zusammenhang zwischen der Zeitdauer von Ankunft im Aufnahmeland bis zur ersten Inanspruchnahme des Gesundheitssystems und der Auftretenswahrscheinlichkeit einer PTBS sowie einer Depression (Song, Kaplan, Tol, Subica & de Jong, 2015).

Obwohl Herr A. immer wieder Notfallambulanzen der umliegenden Krankenhäuser aufsuchte, konnte die schon sehr viel früher indizierte psychotherapeutische Behandlung erst drei Jahre nach seiner Ankunft in Deutschland beginnen. Da sich der psychische Zustand von Herrn A. inzwischen stark labilisiert hatte, verzögerten sich die psychotherapeutische Diagnostik und der Aufbau der notwendigen vertrauensvollen therapeutischen Beziehung deutlich, zumal die Therapie unter Hinzuziehung einer Sprach- und Integrationsmittlerin stattfinden musste.

Es gibt übereinstimmende Forschungsergebnisse, dass traumatisierte Flüchtlinge rasche und koordinierte Hilfe erhalten sollten (Leutzinger-Bohleber & Lebiger-Vogel, 2016), um Langzeitfolgen wie psychosomatische oder psychische Krankheiten auf der einen Seite oder gescheiterte Integrationen bis hin zur Kriminalität auf der anderen Seite zu vermeiden. Diese Hilfe ist notwendig, um auch zu verhindern, dass die erlebten Traumata weitere Generationen übermäßig belasten (Ruf-Leuschner, Roth & Schauer, 2014; Hodes, 2000; Leutzinger-Bohleber & Lebiger-Vogel, 2016).

Im Fall von Herrn A. hat dieser zwei kleine Kinder, einen im Iran geborenen fünfjährigen Sohn und eine in Deutschland geborene einjährige Tochter. Der Sohn weist schon jetzt erhebliche biographische Risikofaktoren für spätere Gesundheitsbelastungen auf: längere Trennung von einem Elternteil, Krankheit ohne

Zugang zur medizinischen Versorgung, Zeuge von Gewalt während der Flucht und psychisch kranker Vater. Derartige schwere Belastungen von Flüchtlingskindern sollten ein entscheidender Grund dafür sein, dass besonders belasteten Flüchtlingen eine psychotherapeutische Unterstützung bereits in der frühen Ankunftsphase angeboten wird. Kinder und Jugendliche werden in ihrem sensiblen Entwicklungsstadium sonst unbewusst versuchen, durch die Unterdrückung der eigenen Bedürfnisse die Generation der Eltern zu entlasten, welche plötzlich als »abhängig und nicht mehr unterstützend und schützend erlebt wird« (Adam, 2009, S. 125). In Bezug auf die jüngere Generation stellt Adam heraus, dass die traumatisierenden Erfahrungen dieser Menschen deren Vertrauen in die Gesellschaft erschüttern und somit auch das Gefühl der Sicherheit und psychischen Unversehrtheit (vgl. Adam, 2009; Pynoos, Steinberg & Wreith, 1995) beeinträchtigen. Bei Jugendlichen kann dies zu Anpassungsschwierigkeiten führen, die mit der Überforderung durch Aufgaben des »doppelten Übergangs« (vom Kind zum Erwachsenen und von einer Kultur in die andere) erklärt werden können. Daraus folgende Abschottungen der Jugendlichen können die Funktion haben, einen Selbst- und Identitätsverlust zu verhindern (Streeck-Fischer, 2018), führen aber notgedrungen in die soziale Isolation. Die vermutlich fehlende Flexibilität der Elterngeneration kommt erschwerend hinzu (Ahearn & Athey, 1991, zitiert bei Adam, 2009). Der Fall der »irakischen Englischlehrerin« ist ein Beispiel hierfür.

Auch wenn ein Teil der Geflüchteten durch Bleiberecht und vielfältige Hilfen im Aufnahmeland grundsätzlich die Chance für einen neuen Beginn erhält, muss festgehalten werden, dass für gelingende Integration Maßnahmen psychosozialer und psychotherapeutischer Versorgung erforderlich sind, die helfen können, die erlebten Traumata, Verluste von Beziehungen und Entwurzelung nachhaltig und wirksam zu verarbeiten (Miller, 1999). Sonst droht bei traumatisierten und psychisch vorbelasteten und kranken Personen eine dauerhafte emotionale Überforderungssituation mit Verlust von psychischen Coping-Fähigkeiten.

Herr A. verlor, wie viele unserer traumatisierten geflüchteten Patientinnen und Patienten, immer wieder seine psychische Fähigkeit, sich mit anderen Menschen verbunden zu fühlen. Er ging nicht mehr ans Telefon, wenn seine Schwester aus Kabul anrief. Er wusste nicht mehr, ob seine Kinder sich in der Wohnung befanden oder nicht. Er fragte nicht mehr nach seinem, in der Heimat verbliebenen, Vater. Ein Gefühl der Gefühllosigkeit hatte sich mehr und mehr ausgebreitet. »Ich spüre für meine Kinder manchmal gar nichts. Das ist so schrecklich. Ich rufe meine Frau, wenn sie weinen, weil ich keinen Zugang mehr zu ihnen habe. Ich weiß einfach nicht, was sie von mir wollen. Ich verstehe sie nicht mehr. Ich verstehe mich nicht mehr. Ich verstehe die Welt nicht mehr.«

So teilte der Patient in beeindruckender und glaubhafter Weise mit, dass ihm eigentlich die für unser Überleben so wichtige psychische Fähigkeit verloren gegangen war, sowohl eigene als auch fremde Gedanken, Gefühle und Absichten einigermaßen gut lesen zu können (i. e. Empathiefähigkeit). Das, was der Patient beschreibt, ist gut mit Prozessen des Mentalisierens zu erfassen. Mentalisieren wird dabei als Selbstreflektionsprozess verstanden, der sowohl die Wahrnehmung und

Verarbeitung eigener Emotionen und eigener mentaler Zustände umfasst als auch die der Anderen. Das aus neurophysiologischen Untersuchungen entwickelte Konzept der »Theory of Mind (ToM)« besagt dazu, dass das menschliche Gehirn die Fähigkeit besitzt, Hypothesen über Bewusstseinsvorgänge in anderen Personen zu entwickeln, die deren Gefühle, Bedürfnisse, Ideen, Absichten, Erwartungen und Meinungen betreffen. Daraus kann der Mensch explizite Handlungsentscheidungen abwägen. Neurologische oder psychiatrische Erkrankungen können diese Funktion, wie es bei Herrn A. der Fall war, unterbrechen. Das führt zu Schwierigkeiten in sozialen Kontexten – bei dem Patienten insbesondere im Umgang mit seiner Familie. Menschen mit ähnlicher Psychopathologie sind kaum in der Lage, ihre sozialen Probleme selbst zu lösen (Bateman & Fonagy, 2015). Viele betroffene Flüchtlinge können ihre eigenen Hoffnungen und Pläne, aber auch die Integrationserwartungen der Gesellschaft kaum selbstständig erfüllen. Sie sind, zumindest über eine bestimmte Zeit, auf die Unterstützung des Umfeldes angewiesen, das ihre Gedanken, Gefühle und Absichten womöglich besser lesen und verstehen kann, als sie es selbst zu diesem Zeitpunkt vermögen. Ein verstehendes Umfeld kann dazu verhelfen, die Fähigkeit des Mentalisierens wiederzuerlangen.

Die grundlagenwissenschaftlich orientierte neurobiologische Perspektive wurde in den zurückliegenden 30 Jahren durch das Mentalisierungskonzept der psychotherapeutisch-psychoanalytisch orientierten Forschungsgruppe um Fonagy insbesondere für die praktische klinische Arbeit mit Patienten ergänzt und erweitert. Die Fähigkeit zu mentalisieren etabliert sich dabei ontogenetisch innerhalb der für das Individuum wesentlichen Bindungsbeziehungen. Diese frühen Bindungserfahrungen verfestigen sich im Leben des Jugendlichen bis hin zum Erwachsenen, bleiben aber lebenslang abhängig vom Bindungsmuster, dem aktuellen Bindungsstress sowie weiteren Stressoren, die besonders im Zusammenhang mit Flucht, Migration, Vertreibung und traumatisierender existentieller Bedrohung von Flüchtlingen ihre toxische Wirksamkeit entfalten. Die Fähigkeit, über die mentale kognitiv-emotionale psychische Verfassung zu reflektieren, ist zwar eine generelle Fähigkeit des menschlichen Gehirns, sie bleibt aber trotz der Verankerung in der zerebralen kortikalen »Hardware« sensibel gegenüber inneren und äußeren Störfaktoren (Kontextabhängigkeit). Die Funktion der Affekte ist hervorzuheben, weil sie die ersten mentalen Zustände des Kleinkindes repräsentieren, die von der primären Bindungsperson (i. d. R. der Mutter) als spezifische Emotionen markiert und dann vom Kind als mütterliches Introjekt wirksam verinnerlicht werden (psychoanalytische Perspektive). Dieser Prozess ist damit für die Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit notwendig. Früh in der Entwicklung des Kindes wird dabei auch die Funktion der Mentalisierung zur Bewertung und Durchführung der interpersonellen interaktionellen Handlungsmotivation deutlich.

Wie ist in diesem Kontext die Funktion des Mentalisierens überhaupt zu verstehen und einzuordnen? Nur auf der kognitiven Basis, ohne sich mentale Zustände im eigenen Selbst und in anderen Menschen vorzustellen zu können, wird interaktionelles Handeln im sozialen Kontext überhaupt nicht möglich. Durch unsere Fähigkeit, mentalisieren zu können, gelingt es uns, die phänomenologisch wahrnehmbare Verhaltensebene mit den zugrundeliegenden mentalen Zuständen zu verknüpfen und menschliche Beziehungen – zu sich selbst und anderen – zu