

Ulrich Trebbin

## **NUR DIE NÄCHSTE KURVE BESONDERE BEDÜRFNISSE VON FLÜCHTLINGEN IN DER THERAPIE**

Die Arbeit mit Flüchtlingen ist eine besondere Herausforderung für BeraterInnen und TherapeutInnen. Und sie birgt Risiken, sich zu verstricken. Die Klienten haben oft einschneidende Erfahrungen mit dem Tod gemacht, haben oft alle sozialen Kontakte verloren, bangen mitunter um das Leben ihrer Angehörigen, leben unter dem Existenzminimum und müssen belastende Lebensbedingungen aushalten. Darüber hinaus ist meist völlig unklar, ob sie dauerhaft in Deutschland bleiben dürfen. Diese auf mehreren Ebenen existentielle Not überträgt sich auf die Helfer und kann auch sie in Not bringen. Die Phase der Krisenintervention erstreckt sich oft über einen langen Zeitraum. In der Regel bestehen sprachliche und kulturelle Hürden. Helfer sind auf diese Herausforderungen oft nicht vorbereitet und brauchen spezielle Supervision. Der Artikel erläutert die Thematik an einem Fallbeispiel.

*Schlüsselbegriffe:* Trauma, Flucht, Asyl, Transkulturalität, Akkulturation

Hamid (Name geändert) ist ein hochaufgeschossener junger Mann und lebte bis 2009 in einem vorwiegend muslimischen Land mehrere tausend Kilometer von den Grenzen Europas entfernt. Mit seinem bedächtigen und humorvollen Auftreten gewann er überall schnell die Sympathie anderer Menschen. Sein guter Arbeitsplatz als Handwerker ermöglichte es ihm, andere zu finanziell unterstützen. Er hatte ein familiäres Umfeld, Freunde und einen heimlichen festen Lebenspartner. Doch eines Tages überrascht ihn seine Schwester im elterlichen Haus beim Sex mit seinem Partner, und den beiden jungen Männern bleibt nichts, als unter den spitzen Schreien der schockierten Schwester in unterschiedliche Richtungen aus dem Haus zu stürzen: Denn Hamid weiß, dass er die so genannte Familienehre unwiderruflich beschädigt hat. Schon als er in der Pubertät mit Frauenkleidern experimentierte, hat ihm sein Vater angekündigt, dass er ihm die Kehle durchschneiden würde, wenn sich seine „Widernatürlichkeit“ je bewahrheiten sollte. Der Vater ist fest im muslimischen Glauben verwurzelt und versieht das Amt eines Imams. Wochenlang versteckt sich Hamid also bei Freunden. Sie tragen ihm zu, dass sein Vater tatsächlich Schergen ausgeschiedt hat mit dem Auftrag, ihn und seinen Partner zu töten. Glücklicherweise hat einer von

Hamids Freunden Verbindungen zur deutschen Botschaft und besorgt ihm ein Visum und ein Flugticket nach Deutschland.

Bei Eis und Schnee landet er an Weihnachten in Sommerbekleidung am Frankfurter Flughafen. Von seinem Partner hat er seit dem schicksalhaften Tag nichts mehr gehört. Wenige Wochen nach der Ankunft bekommt er die traumatisierende Nachricht, dass sein Freund ermordet wurde. Er schlägt sich nach Paris durch, weil er französisch spricht, aber kein deutsch. Doch nach mehreren Monaten schicken ihn die Behörden zurück nach Deutschland. Denn nach dem Schengener Abkommen müssen Asylbewerber in Europa ihr Asylverfahren im Einreiseland durchlaufen. Hier wird ihm eine Asylbewerberunterkunft zugewiesen, in der er leben muss.

### **1. Anfang mit Schrecken**

Etwa ein Jahr nach seiner Flucht kommt der 24-Jährige in eine niederschwellige Beratungsstelle für schwule Männer. Zu dieser Zeit arbeite ich dort als ehrenamtlicher Berater und mache auch gerade die Ausbildung zum Gestalttherapeuten. Weil ich französisch spreche, werde ich sein Berater und Therapeut. In der Arbeit mit Flüchtlingen bin ich gänzlich unerfahren – ebenso wie meine haupt- und ehrenamtlichen Kollegen. Wir betreten Neuland. Hamid ist seelisch am Boden zerstört, akut selbstmordgefährdet und in seiner totalen Krise nachvollziehbarerweise auf das Lebensalter eines hilfsbedürftigen Kleinkindes regrediert.

Bei diesem ersten Gespräch überwältigt und überfordert mich nicht nur seine dramatische Geschichte, sondern auch seine prekäre Lebenslage: Erst in Monaten oder vielleicht in Jahren wird Hamid erfahren, ob er dauerhaft in Deutschland bleiben kann oder ob er in seine Heimat zurück muss. Die tödliche Bedrohung durch den Vater und die massiv stressenden Todesängste bestehen also fort. Und er ist sozial isoliert. Ich spüre, dass hier jemand am Ertrinken ist und nach einem Strohhalm greift.

Er braucht den größten Teil der Stunde, um mir seine Geschichte zu skizzieren. Es gelingt mir nur schwer, ein kohärentes Bild der Lage zu bekommen: Als Folge seiner Traumatisierung ist er offenbar unkonzentriert und vermeidet viele Inhalte, um keinen unnötigen Stress oder gar einen Flashback zu erleiden. Er nimmt so gut wie keinen Blickkontakt zu mir auf. Die meiste Zeit sieht er apathisch vor sich auf den Boden. Ich empfinde den unausgesprochenen Auftrag: Tu, was Du willst, aber rette mich! Zu seiner seelischen Not kommt die materielle: Hamid hat nicht einmal das Geld für die Rückfahrt in die 50 Kilometer entfernte Stadt, in der seine Asylbewerberunterkunft liegt. Er ruft Beschützerinstinkte in mir wach.

Angesichts seiner komplexen und hoch belastenden Lebenssituation scheint jede therapeutische Hilfe ein Tropfen auf den heißen Stein. Es gibt keine Ressourcen, an die ich anknüpfen könnte, es

gibt keinen einzigen Kontakt in seinem Leben, den wir stärken könnten. Ihn an die Bewältigung früherer Krisen und seine damaligen Bewältigungsstrategien zu erinnern, erscheint mir unangemessen, weil er noch nie in einer annähernd vergleichbaren Situation war.

Ich spüre den Impuls, Hamid in den Arm nehmen wie einen kleinen Jungen und ihn zu trösten, ihn mit einem Kinderlied in den Schlaf zu wiegen. Dem folge ich selbstverständlich nicht, weil ich meine professionelle Distanz aufrecht erhalten will. Und die werde ich in den nächsten Monaten noch brauchen, denn wer einen Ertrinkenden retten will, darf nicht zu nah an ihn heranschwimmen, sonst wird er vom Ertrinkenden in seiner Panik umklammert, so dass beide untergehen.

Ich spüre, wie mich Hamids umfassende Not hilflos macht und auch mit Schuldgefühlen erfüllt, weil es mir unverdientermaßen so viel besser geht als ihm: Er trägt keine Schuld an seinem schweren Schicksal. Also schlage ich professionelle Grundsätze in den Wind, vertausche die Rolle des Profis mit der des Mitmenschen und drücke ihm am Ende des Gesprächs aus meinem privaten Geldbeutel 50 Euro in die Hand, damit er die Bahnkarte zurück kaufen kann. Die verhängnisvolle Folge: Hamid wird mich in den folgenden Monaten zu seinem Retter machen und die Lösung all seiner Probleme von mir erwarten. Ich sehe diese Gefahr, erkenne aber keine Alternative. Es bleibt nicht meine letzte „unprofessionelle“ Intervention.

## **2. Phase EINS: Versorgung des „Kleinkindes“ (Monate 1 bis 8)**

### **2.1. Flucht, Asyl und Trauma**

Ein hoher Prozentsatz der Flüchtlinge, die bei uns ankommen, ist traumatisiert. Entweder haben sie wegen dramatischer, lebensbedrohlicher Erfahrungen ihre Heimat verlassen müssen oder sie haben während ihrer Flucht Gewalt (zum Beispiel durch Schleuser) oder Unglücke (Untergang der Schlauchboote) erlebt. Einer Traumatisierung gehen immer erlebte Todesängste voraus – entweder weil der betroffene Mensch eine akute Todesgefahr erlebt hat oder den gewaltsamen Tod anderer Menschen mit ansehen oder auf anderem Wege erfahren musste.

Hamid ist mindestens doppelt traumatisiert: Erstens war er selbst in akuter Lebensgefahr. Tagelang hatte er Todesängste, dass die Handlanger seines Vaters ihn in seinem Versteck aufspüren, um ihn dann zu ermorden. Noch dazu ist diese tödliche Bedrohung von seinem *eigenen Vater* ausgegangen. Ein Vater schenkt einem Menschen gemeinsam mit der Mutter das Leben, idealerweise beschützt, stärkt und fördert er ihn und gibt ihm das Gefühl, dass er ein wertvoller Mensch ist und ein Anrecht darauf hat, auf der Welt zu sein. In Hamids patriarchaler Kultur hat der Vater zusätzlich besondere Macht, weil er – wie ein Richter - als Autoritätsperson gilt. Die Schultern der Eltern sind der Boden, auf dem Kinder stehen. So entfaltet es zwangsläufig eine enorme und tief wirkende Zerstörungskraft in der Psyche eines Menschen, wenn ein Vater das alles widerruft und den Sohn

oder die Tochter vernichten will.

Zweitens hat der Vater Hamids Partner und Geliebten ermorden lassen. Damit hat Hamid nicht nur den wichtigsten Menschen seines erwachsenen Lebens verloren, sondern die existenzielle und zerstörerische Kraft des Todes hat sich durch die nahe Bindung der Liebesbeziehung besonders tief in seine Seele „hineinfressen“ können. Der Mord an seinem Partner war auch ein Anschlag auf das Zentrum seines Seins, wenn wir davon ausgehen, dass Liebe, Sexualität und sexuelle Orientierung zum Kern der Identität eines Menschen gehören.

Hamids psychische Symptome sind typisch für eine Traumatisierung: Er hat oft Kopfschmerzen, kann nachts nur wenige Stunden schlafen und verschläft dafür den Tag. Er hat Albträume, ist oft sehr niedergeschlagen und wirkt unkonzentriert, schreckhaft, ängstlich, unruhig und apathisch bis dissoziativ. Außerdem vermeidet er alles, was ihn an seine seelischen Verletzungen erinnern könnte – andernfalls erleidet er extreme Stresszustände, Flashbacks und seelische Zusammenbrüche.

Zusätzlich belastet eine Reihe von Faktoren seiner Lebenssituation seine psychische Verfassung und erschwert eine Bearbeitung der eigentlichen Traumata:

- 1) Hamid hat keinen Halt durch eine Tagesstruktur und wird durch die bewusst restriktive Asylpolitik der Bundesrepublik entmündigt und zu Passivität und Langeweile gezwungen: Denn als nicht anerkannter Asylbewerber darf er nicht arbeiten, muss auf engstem Raum und ohne Privatsphäre mit anderen Flüchtlingen in einer trostlosen und teilweise verwahrlosten Gemeinschaftsunterkunft leben, wird von den Asylbehörden schikaniert und darf den Landkreis nicht ohne (eine schwer zu erlangende) Genehmigung verlassen. Diese Asylpolitik, die abschreckenden Charakter haben soll, verschlimmert bei vielen Flüchtlingen die Traumasymptomatik, verursacht immer wieder Krisen und erschwert Heilung (Abdallah-Steinkopff/Soyer 2013, 146).
- 2) Hamid hat kein soziales Umfeld. Die ursprünglichen Beziehungen aus seiner Heimat sind durch die Flucht verloren gegangen, und er vermeidet aus Angst alle Kontakte zu anderen Flüchtlingen in der Asylbewerberunterkunft. Denn weil er noch immer den langen Arm seines Vaters fürchtet, will er verhindern, dass andere Menschen von seiner Geschichte erfahren. Außerdem befürchtet er, dass die anderen Bewohner seine sexuelle Orientierung erkennen könnten. Schließlich herrscht in Asylbewerberunterkünften oft eine ausgeprägte Homophobie, weil die Bewohner homophob sozialisiert sind: Sie stammen aus Ländern, in denen Schwule, Lesben und Transgender diskriminiert, mit Gefängnis oder schwerer Prügel bestraft, hingerichtet oder auf der Straße vom Mob gelyncht werden.
- 3) Hamid hat keine sichere Bleibeperspektive in Deutschland, denn sein Aufenthaltsstatus ist ungesichert. Es besteht also die Gefahr, dass er in sein Heimatland abgeschoben wird und

der tödlichen Bedrohung durch seinen Vater wieder ausgesetzt ist. Seine Todesängste bestehen also latent über einen langen Zeitraum hin fort. Der unsichere Aufenthaltsstatus hat dementsprechend negative Auswirkungen auf seine Traumasymptomatik (Gerlach/Pietrowsky 2012, 5-19)

## **2.2. Behandlung von traumatisierten Flüchtlingen**

Nach Rücksprache mit einem fachlich ausgewiesenen Supervisor entscheiden wir, die Hilfe auf mehrere Schultern zu verteilen. Zu groß ist die Gefahr, dass ich emotional überlastet und in den breitgefächerten Überlebenskampf des jungen Mannes verstrickt werde. Ein hauptamtlicher Kollege stellt sich mir also zur Seite und kümmert sich um die sozialarbeiterischen Belange: Er organisiert bei einer Flüchtlingsorganisation Gelder für eine Anwältin, moderiert Hamids Kontakte zu Ärzten, Flüchtlingsberatern, Behörden und seiner Rechtsanwältin, verwaltet einen kleinen Geldtopf, aus dem er Hamid die Kosten für seine Fahrten zu den wöchentlichen Beratungsgesprächen und später für Deutschkurse und für ein gebrauchtes Fahrrad vorstreckt und er macht einen Supervisor ausfindig, der Erfahrung in der Therapie mit Flüchtlingen hat. Außerdem kann ich mich regelmäßig an ihn zu Intervisionsgesprächen wenden.

Diese Rollenaufteilung hat zwei Funktionen: Sie soll sowohl Hamid als auch mich entlasten und beruhigen, weil wir beide wissen, dass jemand sich um seine aktuellen sozialen Probleme kümmert. So wird der Raum zwischen uns frei für die Bearbeitung seiner seelischen Belastungen. Und sie soll dazu beitragen, dass Hamid nicht mehr den Retter in mir sieht und seine totalen Versorgungswünsche an mich aufgibt. So kann er an Autonomie gewinnen, indem er sich zunehmend selbständig an die unterschiedlichen Ansprechpartner wendet.

Der gewaltsame Verlust seiner Heimat und seiner sozialen Kontakte belastet Hamid schwer, ebenso die Trauer über den Tod seines Freundes und die existenzielle Unsicherheit. Allerdings ist für die lebensgeschichtlichen Ursachen seiner Symptome, die man sicher als Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) diagnostizieren könnte, in der Therapie zunächst kein Raum. Denn er hat viel zu wenig innere und äußere Sicherheit, um sich den belastenden Details seiner biografischen seelischen Verletzungen aussetzen zu können. Als ich z.B. einmal nach mehreren Monaten versuche, seine Mutter und Großmutter als zwei positive Figuren seiner Kindheit und Jugend in den Vordergrund zu holen, um sich durch sie zu stärken, ist die Nähe zu seiner traumatisierenden Vergangenheit schon zu groß: Er erleidet einen Flashback, wird völlig apathisch und akut suizidal. Ich begleite ihn in die Notaufnahme des nahegelegenen psychiatrischen Krankenhauses, wo er mehrere Tage verbleibt. Meist sollte eine Traumaexposition erst stattfinden, wenn Bleiberecht und Aufenthaltsstatus gesichert sind (Özkan/Belz 2013b, 199).

Hamid kommt jede Woche tief verzweifelt und hoffnungslos zu den Sitzungen. Es glimmt kaum ein Lebensfunke in ihm. Im Vordergrund stehen die belastenden Faktoren seines aktuellen, vom Staat stark reglementierten Alltages. Er erlebt seine Lebensumstände als äußerst quälend. So beklagt er sich bitter darüber, dass er in der Flüchtlingsunterkunft auf engem Raum mit anderen Flüchtlingen leben muss, was unweigerlich für heftige Konflikte sorgt. Dass er nicht arbeiten und auch keinen Deutschkurs besuchen darf, und dass man ihn hier „verschimmeln“ lässt, ohne ihm zu sagen, ob er in Deutschland bleiben darf („Man hat mich in ein Loch gesteckt und mich dann vergessen!“). Dazu kommt die große Furcht vor Abschiebung ins Heimatland: Regelmäßig erlebt er dramatische Szenen, wenn die Polizei frühmorgens in die Unterkunft kommt, um abgelehnte Asylbewerber abzuholen und in Abschiebehaft zu nehmen. Diese Erlebnisse triggern Hamids Ängste und sorgen jedes Mal für Rückfälle und Verschärfung seiner Symptomatik.

Ganz besonders leidet er unter dem schikanösen Umgang der örtlichen Ausländerbehörde. Er berichtet, dass die Flüchtlinge sich frühmorgens um fünf Uhr vor der Behörde anstellen müssen, um bei der Öffnung um acht Uhr einen Termin im Laufe des Tages zu ergattern. Nicht selten wartet er umsonst und muss am nächsten Morgen wiederkommen. Obwohl die Beamten wissen, dass er regelmäßig und über einen längeren Zeitraum hin einmal pro Woche zur Therapie fährt und dafür den Landkreis verlassen muss, gewähren sie ihm immer nur kurzfristige Genehmigungen für diese Fahrten und zwingen ihn damit, sich regelmäßig der anstrengenden und demütigenden Prozedur des frühen Anstellens zu unterwerfen. Darüber hinaus scheinen die Beamten einen herrischen und herablassenden Ton an den Tag zu legen.

Er klagt über die extreme Armut, die ihm eine Teilhabe am Leben kaum ermöglicht, weil er mit seinem geringen Taschengeld auch noch den als unpassend empfundenen Speiseplan in der Unterkunft aufbessert. Die Unterkunft liegt weit vom Stadtzentrum entfernt, die Fahrt mit öffentlichen Verkehrsmitteln ist unerschwinglich für ihn.

Ich weiß mir keinen besseren Rat, als mir diese nachvollziehbaren Klagen jede Woche anzuhören, Verständnis für seinen Frust zu äußern und hie und da seinen Handlungsspielraum in sein Bewusstsein zu rücken oder Perspektiven aufzuzeigen, unter denen die Situation etwas erträglicher erscheint. Das fällt mir oft nicht leicht, weil ich seine Lebenssituation ebenfalls als bedrückend empfinde und mich für die deutsche Politik schäme, die Menschen in Not so zusammenpfercht, entmündigt, kaltstellt und gängelt.

Ansonsten versuche ich, für ihn ein Mitmensch zu sein, der an seinem Schicksal Anteil nimmt, mit ihm fühlt, ihn emotional unterstützt, an ihn glaubt, als Gegenüber da ist und seinen Lebensmut fördert. Immer wieder thematisiere ich also seine innere Stärke, mit der ihm seine Flucht gelungen ist. Erinnere ihn an sein Netz von Freunden und Unterstützern in der Heimat, denen sein Überleben

ein Herzensanliegen war. Hebe hervor, dass er mit seiner Ausstrahlung immer wieder Menschen findet, die sich für ihn einsetzen, Sympathie für ihn empfinden und an ihn glauben – so wie ich. Auch in Paris hatte er einige solcher Kontakte.

Einer der Strohhalme, die ich ihm reiche, um ihn zu stärken, ist die alttestamentarische Geschichte des jungen Joseph, den seine Brüder ermorden wollen und in einen Brunnen werfen: Tage später entscheiden sie sich, ihn an eine nach Ägypten ziehende Karawane zu verkaufen. Ich erzähle ihm, wie Joseph am Tiefpunkt und in Todesängsten eine zweite „Geburt“ aus dem dunklen Brunnen erlebt, wieder ans Tageslicht kommt und in Ägypten an Pharaos Hof zum Ernährer des ganzen Volkes aufsteigt. Immer wieder spiele ich auf diese Geschichte an und versuche sie als Modell in seinem Bewusstsein zu verankern, damit er Hoffnung in seine Zukunft aufbaut. Er lässt allerdings nicht erkennen, ob der Versuch fruchtet. Notwendig scheint mir, dass ich diese Vision von seiner Stärke und seiner gelingenden Zukunft immer wieder in mir selber stärken, damit ich ihm die notwendige Zuversicht glaubhaft übermitteln kann.

### **2.3. Fallstricke in der Therapie mit Flüchtlingen**

Es dauert oft längere Zeit, bis ein eingewanderter Klient und ein hiesiger Therapeut sich aufeinander eingeschwungen und ein Arbeitsbündnis geschlossen haben. Wie viele Migranten hat auch Hamid natürlich keinerlei (oder falsche) Vorstellungen davon, was er von Psychotherapie erwarten darf. Schließlich gibt es in seinem Heimatland keine Psychotherapie nach unserem Verständnis. In Europa hat jeder schon mal was von der „Couch“ gehört, von Traumdeutung oder von Gesprächen, bei denen das Unbewusste ergründet und damit psychische Veränderung angestrebt wird. In Hamids Heimat verläuft Heilung eher so, dass der Heiler dem Hilfesuchenden Handlungsanweisungen und Empfehlungen gibt oder ihm eine Medizin, ein Ritual oder ein Gebet verschreibt (Abdallah-Steinkopff/ Soyer 2013, 160). Der Patient unterwirft sich also dem mächtigeren Heiler und überträgt ihm die Verantwortung. Wer in sonstigen Schwierigkeiten steckt, wendet sich in Hamids Kultur an einen älteren Mann des Clans (zum Beispiel das Familienoberhaupt), der ihm helfen soll. Der Hilfesuchende macht sich klein und regrediert, im Gegenzug kann er umfassende Unterstützung oder Versorgung erwarten. Westliche Psychotherapie will dagegen Hilfe zur Selbsthilfe leisten. Klienten, die Erwartungen an den Therapeuten nicht erfüllt sehen, brechen die Therapie oft frühzeitig ab (Abdallah-Steinkopff/ Soyer 2013, 157). Hamid verlangt also des öfteren, dass ich für ihn tätig werde und eine Verbesserung seiner Situation herbeiführe: Ich soll die Bearbeitung seines Asylantrages beschleunigen, seine Verlegung in diese Stadt erwirken oder seine Anwältin zu mehr Engagement für ihn anhalten. Jedes Mal erinnere ich ihn an die Aufgabenteilung mit dem hauptamtlichen Kollegen und schlage ihm vor, sich an ihn zu

wenden und ansonsten auch selbst aktiv zu werden, um seine Situation zu verbessern. Das frustriert ihn regelmäßig, und er nimmt mir meine Haltung übel.

Zum anderen ist es auch für hiesige Therapeuten viel schwieriger, Symptomatik, Lebensgeschichte, Kultur und Persönlichkeit der eingewanderten Klienten zu erfassen: Obwohl ich mich früher einmal für längere Zeit in Hamids Kulturkreis aufgehalten habe, fühle ich mich oft unsicher, wie und worüber ich mit ihm sprechen soll. Trotz meiner grundsätzlichen Sympathie und meiner großen Achtung für ihn, spüre ich viel Trennendes und Fremdes zwischen uns, das ich meist gar nicht benennen kann. In einem bikulturellen Therapiesetting brauchen Therapeut meist deutlich länger bis sie einander und die Krankheitsgeschichte verstehen (Abdallah-Steinkopff/ Soyer 2013, 161).

Die rein therapeutische Haltung und die Aufteilung der Rollen kann ich nicht durchgehend aufrecht erhalten. Wenn zum Beispiel seine nackte finanzielle Not zu bedrückend wird, lasse ich mich immer wieder hinreißen, ihm kleinere Geldsummen zu leihen, zum Beispiel als er seinen Geldbeutel mit Geld, Ausweis und Rückfahrticket verliert. Nicht alle dieser Summen gibt er mir zurück. Außerdem telefoniere ich mit seiner Anwältin, um mir ausländerrechtlichen Rat für mich (aber auch für ihn) zu holen, und rufe beim Bundesamt für Migration den zuständigen Einzelfallentscheider an, um für Hamid um Verständnis zu werben und um zu klar zu machen, dass er nicht allein ist, und Deutsche sein weiteres Schicksal beobachten. Und ich sammle im Freundes- und Familienkreis Spendengelder für Hamids Deutschkurse und Zugfahrten. Vor ihm verschleierte ich allerdings, dass ich der Urheber dieser Gelder bin. Immerhin gebe ich nicht selbst Geld dafür. Ich bin mir wohl bewusst, dass ich damit meine Rolle als Therapeut kontaminiere und mich verstricke, spüre aber einen Gewissenskonflikt mit meiner Rolle als Mitmensch. Denn ich komme mir herzlos vor, wenn ich mich auf die therapeutische Rolle zurückziehe. Grund für mein Verhalten sind aber nicht nur Gewissen und Verantwortung, sondern auch Gefühle von Schuld, Scham und Ohnmacht. Das vielfältig hochbelastete Schicksal dieses jungen Mannes lastet auf mir und ich fühle mich ohnmächtig. Ich bin wütend auf die Behörden und die Politik unseres Landes, fühle mich schuldig, weil zwischen der Qualität meiner und seiner Lebenssituation Welten liegen, und zeitweise fürchte ich mich vor den Auswirkungen auf mich, wenn er entweder an den Herausforderungen zerbrechen sollte, oder wenn der Staat ihn in seine Heimat zurückschickt, und ihm damit wieder der Tod droht.

Einige Male trifft sich ein in der Arbeit mit Flüchtlingen erfahrener Supervisor mit dem hauptamtlichen Kollegen und mir. Er rät eindeutig zu mehr Abgrenzung, macht klar, dass viele Therapeuten in dieser Situation Schuldgefühle empfinden und deswegen aktiver werden, als es der Arbeitsbeziehung gut tut, dass sie aber unbegründet sind: Der Therapeut tut in seinem kleinen Bereich, was er kann, für den Rest kann er keine Verantwortung übernehmen. In der Theorie hört



sich das leicht an, in der Praxis kann ich hin und wieder nicht anders, als diese Regeln zu übertreten. Dazu stehe ich nach wie vor. Meine Haltung ist: Psychotherapeutische Regeln muss man kennen und sollte sie in der Regel beachten. Ausnahmen dürfen und müssen aber manchmal sein – vorausgesetzt der Therapeut weiß, dass und warum er die Regel bricht, und kann die Risiken abschätzen. Einerseits weckt die Regelübertretung natürlich Erwartungen und Hoffnungen im Klienten, die der Therapeut eventuell nicht einlösen kann. Das erfordert dann mitunter Korrekturen an anderer Stelle. Andererseits kann ein Zugeständnis die Beziehung und damit das therapeutische Bündnis stärken. Gerade mit Flüchtlingen ist der Therapeut immer wieder in einem Dilemma, in dem er sich entscheiden muss, ob er sich als Mitmensch zeigt oder die Therapeutenrolle in den Vordergrund stellt.

### **3. Phase ZWEI: „Pubertät“ (Monate 9-24)**

Eine problematische Phase der Therapie beginnt, als ich meine ehrenamtliche Arbeit in der Beratungsstelle aufgebe und eine gestalttherapeutische Praxis eröffne. Ich begleite Hamid - in Absprache mit dem hauptamtlichen Kollegen – weiter ehrenamtlich (und er unterstützt mich dabei), allerdings erscheint es uns wichtig zu markieren, dass ich eine Leistung für ihn erbringe, die auch eine Gegenleistung erfordert, da jetzt nicht mehr der Verein dahintersteht (ich bin mir heute nicht mehr sicher, ob das indiziert war). Ich vereinbare also mit Hamid, dass er für jede Therapiestunde einen winzigen Obolus von einem Euro leistet. Gegen diese Veränderung begehrt er vehement auf. Zum einen gehe das über seine Verhältnisse (ich reduziere den Betrag also auf 50 Cent), zum anderen habe die Therapie unter anderen Vorzeichen begonnen, und ich könne jetzt nicht neue Konditionen festsetzen. Offenbar fühlt er sich gekränkt, dass ich nicht mehr aus reiner Freundschaft und Solidarität für ihn da bin. So lässt er die Stunden den nächsten Wochen öfter ausfallen oder kommt deutlich zu spät. Die 50 Cent zahlt er oft erst mit großer Verspätung. Meine Angebote und Interventionen weist er zunächst häufig zurück. Seine Haltung ist widerborstig und ungehalten. Gleichzeitig fürchtet er, dass ich die Arbeit mit ihm einstelle, wenn er nicht mehr zahlen kann, und das triggert das Trauma seiner Vertreibung aus der Heimat. Auch dass die Gespräche nicht mehr in der Beratungsstelle des schwulen Vereines stattfinden, der ein neuer Ankerplatz für ihn geworden war, kommt ihn schwer an. Es dauert Monate, bis er wieder Vertrauen in meine Anteilnahme und Empathie gewonnen hat. Ich handhabe die 50-Cent-Regel zunehmend flexibel. Die kommenden anderthalb Jahre sind von einem permanenten Wechsel zwischen guten und schlechten Phasen gekennzeichnet. Oft ist er am Boden zerstört. Dann fühlt er sich für mich an wie ein Baum, dem man die Wurzeln gekappt hat, und der dabei ist zu sterben. Er ist dann schwer ansprechbar, sitzt einfach nur da und schweigt. Oder er redet ohne Kontakt zu mir vor sich hin, dass

das Leben keinen Sinn mehr habe. Einmal sagt er sogar, dass er nicht mehr leben möchte. Da greife ich demonstrativ zum Handy, um den Notarzt zu rufen. Er bittet mich, es zu unterlassen, und verspricht, sich nichts anzutun. Wir vereinbaren, dass ich ihn am nächsten Tag anrufe.

Manchmal schimpft er auch wie ein Rohrspatz auf die Behörden und sein Leben in der Gemeinschaftsunterkunft. Ich gebe ihm die Rückmeldung, dass ich hinter diesem Aufbegehren Kraft, Stolz und Selbstbewusstsein spüre, und dass er mit dieser Energie aus seiner Opferposition finden kann. Das Schimpfen birgt allerdings immer die Gefahr, dass er sich in den Gefühlen der Ohnmacht und der Katastrophe verfängt und wieder ins Trauma zurückkippt. Dann kürze ich das Schimpfen ab und mache ihn dann darauf aufmerksam, dass er gerade wieder die „Pforte der Hoffnungslosigkeit“ öffnet, die er dann wieder schlecht zukriegt und im Fatalismus zu versinken droht.

### **3.1. Aufgezwungene Passivität**

In diesen schlechten Phasen attackiert er mich oft, wenn ich zum Beispiel Details seiner Geschichte vergesse, und wirft mir vor, nicht an ihm interessiert zu sein und ihn nicht zu verstehen. Um seine Angriffe nicht persönlich zu nehmen, führe ich mir immer wieder vor Augen, dass Hamid seiner Wurzeln beraubt ist, kaum Lebensfreude hat und um seine Zukunft und sein Überleben fürchtet. Also konzentriere ich mich darauf, empathisch zu sein, unsere Bindung zu stärken, ihn an seine Stärken zu erinnern und ihm Mut zuzusprechen. Des öfteren rufe ich ihm auch seine Rechte und den Rechtsweg im Asylverfahren in Erinnerung, um seine Ängste vor plötzlicher Abschiebung abzuschwächen. Gleichzeitig setze ich Impulse, dass er die vom Staat aufgezwungene Passivität überwindet und seinen – zugegeben kleinen - Handlungsspielraum nutzt, um seine Situation zu verbessern und für die Zukunft zu sorgen (Abdallah-Steinkopff/ Soyer 2013, 146).

Das Ziel der Therapie ist eindeutig nicht Bearbeitung der Traumata, denn er lässt Gespräche über seine seelischen Probleme nicht zu. Eine Konfrontation mit seinen Traumata ist ohnehin kontraindiziert. Es geht darum, Hamid am Leben zu erhalten, seine Symptome zu lindern und ihm über diese lange Lebensphase der tiefen Verunsicherung hinwegzuhelfen: Wenn der Aufenthalt erst gesichert ist und die Flüchtlinge Wohnung und Arbeit haben, bessern sich die Symptome meist deutlich. Ich fühle mich durch die ständigen Rückfälle und die beschränkten therapeutischen Einwirkungsmöglichkeiten oft ebenso unsicher und es kommt mir vor, als würde ich ständig neu aufbrechende Löcher in einem sinkenden Schiff stopfen.

Doch er hat einen großen Überlebens- und Integrationswillen und greift die Impulse zu Selbständigkeit und Handeln auf: Er managt die Kontakte zu seiner Anwältin zunehmend selbständig, organisiert sich einen kostenlosen Deutsch-Konversationskurs bei einer kirchlichen

Einrichtung, später auch VHS-Kurse, bei denen er ein von der Wirtschaft anerkanntes Zertifikat erwerben kann, und er tritt eine Ausbildung zum Altenpfleger an, die ihm das Arbeitsamt anbietet. Denn traumatisierten Flüchtlingen steht eine Ausnahmegenehmigung auf Arbeit und Ausbildung zu. Parallel kümmert er sich darum, dass er von seinem Berufsverband aus der Heimat sein Ausbildungszeugnis zugeschickt bekommt.

Sein Einsatz für sich selbst und die neue Tagesstruktur ziehen zunehmend öfter gute Phasen nach sich, in denen Hamid mehr Zuversicht schöpft und seine äußere Situation verbessert. Langsam gewinnt er Vertrauen und Sicherheit, kann auch fröhliche Momente erleben, und es treten immer mehr ein fröhlicher, herzlicher und feiner Mensch und ein gesundes „inneres Kinde“ zutage. „Ich möchte diesem Land etwas zurückgeben“, sagt er immer wieder. „Ich möchte hier arbeiten und Steuern zahlen dürfen.“ Nebenbei erzählt er, wie er in seiner Heimat andere, weniger privilegierte schwule Männer unterstützt und sich mit politischer und sozialer Arbeit für sie eingesetzt hat. Ich lerne in ihm einen begabten, aufrechten und engagierten Mensch kennen, der nach etwa einem Jahr fließend deutsch spricht. Ich möchte, dass er in Deutschland bleiben darf, und fürchte mich vor einem ablehnenden Bescheid seines Asylantrages.

Nach einem Jahr Therapie können wir uns 14tägig zu den Gesprächen treffen. Es braucht jedoch nur vergleichsweise kleine Anlässe für die nächste Krise: Wenn wieder die Polizei andere Flüchtlinge aus der Unterkunft abholt, wenn bei seinem Rad die Reifen gestohlen werden, wenn er seinen Geldbeutel samt Papieren verliert, wenn er lange keine Post von Anwältin oder Behörden bekommt, oder wenn die Schikanen auf der Ausländerbehörde ihm das Leben wieder einmal besonders schwer machen. Dann scheint wieder alles Positive aus seinem Bewusstsein gelöscht, und er hat nur noch die negativen Dinge parat. Sofort liegt er wieder nächtelang wach und schläft stattdessen tagsüber, hin und wieder kommen auch Tinnitus und Herzschmerzen dazu. Daneben sieht er sich von der Welt schlecht behandelt, sucht die Schuld bei anderen, beklagt sich über tausend Kleinigkeiten – auch über mein Verhalten - und malt seine Zukunft in den schwärzesten Farben. Meine Impulse und Interventionen weist er – zumindest für den Moment – als untauglich zurück.

Ich schlage ihm autogenes Training vor, spreche mit ihm über Schlafhygiene und – weil er in seiner Heimat Rallye gefahren ist - gebe ich ihm das Bild des Rennfahrers, der nicht alle noch vor ihm liegenden Kurven ständig im Kopf haben kann, sondern sich voll auf die gegenwärtige Situation konzentrieren muss. Mir wird klar, dass auch ich mich auf so einer Rallye mit ihm befinde, wo ich oft die Übersicht über die ganze Strecke verliere und nur noch versuche, das Lenkrad halbwegs unter Kontrolle zu halten.

Er spricht meist nur über seine äußere Situation. Wenn ich seine soziale Isolation anspreche, zieht

er sich zurück. Er vermeidet persönliche Kontakte und will keine Freunde mehr, weil er Angst hat, sie wieder zu verlieren wie seinen Lebenspartner. Nur sehr langsam öffnet er sich für andere Menschen, fasst Vertrauen und investiert in Freundschaften.

### **3.2 Akkulturationsstress**

Der so genannte „Akkulturationsstress“ belastet traumatisierte Flüchtlinge oft noch zusätzlich. Denn zum einen fällt es den Migranten schwer, sich in der neuen Heimat einzuleben und die hiesigen Wertmaßstäbe, Normen oder Gepflogenheiten schrittweise anzunehmen, zum anderen bringt es sie auch in Konflikt mit den Werten ihrer Herkunftskultur, wenn sie sich in der neuen Heimat einleben und integrieren. (Özkan/Belz 2013a, 105f). Akkulturationsstress führt oft auch zu stärkerer PTBS-Symptomatik (Özkan/Belz 2013b, 195f.).

Auf diese Fremdheitserfahrungen ist in der Therapie besonders zu achten, weil viele Themen, die in der Therapie Thema werden, diesen Konflikt befeuern, und der Therapeut ebenfalls der fremden Kultur angehört. In jedem Fall ist es hilfreich, wenn Therapeuten diese Konflikte ansprechen, sich offen dafür und vielleicht auch neugierig für die Herkunftskultur des Klienten zeigen und vor allem die Unterschiede zur eigenen Kultur nicht bewerten (Özkan/Belz 2013a, 107). Wenn wegen der kulturellen Unterschiede keine stabile therapeutische Beziehung entstehen kann, brechen Flüchtlinge die Therapie häufig ab.

Bei Hamid nehme ich diesen Akkulturationsstress nicht wahr. Vielleicht auch weil er noch sehr jung ist, saugt er alles Deutsche begierig auf, perfektioniert sein Deutsch von Monat zu Monat, schätzt die deutsche Gesellschaft und ihre Grundwerte und geht in seinen guten Phasen herzlich auf Menschen zu. Langsam kann er auch kontrolliert über seine Heimat sprechen, ohne Flashbacks zu erleiden. Er steuert gewandt die Intensität der Gespräche. Themen, die ihn zu sehr belasten würden, kann er rechtzeitig beenden. Er freut sich über diesen Fortschritt.

Seine Bemühungen, in seinen alten Beruf zurückzufinden, sind erfolgreich. Tatsächlich bekommt er nach fast zwei Jahren von der Handwerkskammer einen Termin zum Probearbeiten. Ein Meister ist sogar so von ihm angetan, dass er ihn einstellt, noch bevor die Zeugnisse da sind. Das gibt ihm soviel Sicherheit, dass er die therapeutische Begleitung nicht mehr braucht. Wir haben alle paar Monate noch telefonische Kontakte zur Stabilisierung. Das Einzige, was ihm noch zu dem Gefühl der Sicherheit fehlt, ist die Aufenthaltserlaubnis. Doch sein Asylverfahren ist immer noch nicht beendet.

### **4. Therapieende**

Viereinhalb Jahre nach Hamids Ankunft in Deutschland ruft der Einzelfallentscheider des

Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge bei mir an und erkundigt sich nach Hamids psychischer und sozialer Situation. Ich kann ihm guten Gewissens nur die besten Nachrichten geben: Er ist voll ins gesellschaftliche und ins Arbeitsleben integriert, bekommt viel Anerkennung von seinem Arbeitgeber und spricht nahezu perfekt deutsch. Anschließend stellt der Entscheider in Aussicht, dass er ihm eine auf drei Jahre befristete Aufenthaltserlaubnis erteilen wird – vorbehaltlich der Zustimmung seiner Vorgesetzten. Wenn Hamid sich also nichts zuschulden kommen lässt, wird er nach Ablauf der drei Jahre eine unbefristete Aufenthaltserlaubnis bekommen und kann später die deutsche Staatsbürgerschaft beantragen.

Als ich ihn anrufe, um ihm von der großen Neuigkeit zu erzählen, reagiert er zu meinem Erstaunen vollkommen kühl und unbeeindruckt, wohingegen mir vor Erleichterung und Rührung Tränen herunterlaufen. Mir wird bewusst, welche Anspannung diese therapeutische Begleitung für mich in den letzten Jahren bedeutet hat. Ganz offensichtlich ist mein emotionales und tatkräftiges Engagement weit über den Rahmen der Sitzungen hinaus gegangen. Die für den Klienten oft als notwendig erachtete Abstinenz und die für den Therapeuten wichtige Distanz habe ich nicht immer wahren können. Die Gefahr der Verstrickung war immer wieder präsent. Dass das in diesem Fall von Nachteil gewesen wäre, möchte ich nicht behaupten. Es hätte aber auch daneben gehen können.

## **5. Flüchtling: Kein Recht auf therapeutische Versorgung**

Wer nach seiner Flucht in Deutschland Asyl beantragt, bekommt keinen umfangreichen Krankenversicherungsschutz. Nur lebensbedrohliche Krankheiten werden auf Kosten der Allgemeinheit behandelt. Alles Geld, was Flüchtlinge eventuell noch bei sich tragen, wird ihnen bis auf einen geringen Freibetrag abgenommen, um damit teilweise die Kosten des Asylverfahrens zu decken. Arbeiten und Geld verdienen dürfen Flüchtlinge meist nicht. Folglich ist es für traumatisierte Flüchtlinge schwer, eine Therapie genehmigt zu bekommen oder selbst zu finanzieren. Darüber hinaus lehnen viele approbierte Therapeuten die Behandlung wegen der besonderen Herausforderungen ab: Sie sehen sich nicht in der Lage, eine Therapie auf englisch, französisch oder mit Dolmetscher durchzuführen, schrecken vor der kulturellen, religiösen und individuellen Fremdheit zurück oder scheuen den zusätzlichen Fortbildungs- und Supervisionsbedarf. Eine Vielzahl von traumatisierten Flüchtlingen bleibt also unbehandelt. Wenn Therapeuten sich bereit erklären, einen oder zwei Flüchtlinge ehrenamtlich in Therapie zu nehmen, kann das für den einen oder anderen Flüchtling eine Chance auf Linderung der teilweise sehr belastenden Symptomatik bedeuten. Für die Therapeuten ist diese Arbeit nicht nur eine besondere Herausforderung sondern auch eine große Befriedigung und Bereicherung: Sie lernen Menschen aus anderen Kulturen kennen, erfahren eine Menge über bedeutsame Phänomene wie

Krieg, Vertreibung, Verfolgung oder Flucht und haben die anregende Möglichkeit, neue Therapiestile zu entwickeln. Idealerweise leisten sie für diese Betroffenen eine bedeutsame Arbeit und tragen zu ihrer Integration bei, was letztlich unserer gesamten Gesellschaft zugute kommt. Manchmal lässt sich während der Therapie auch eine Stiftung oder ein sozialer Träger finden, die die Therapie finanzieren.

Darüber hinaus brauchen Flüchtlinge Geld, um sich zu integrieren und sich eine Zukunft aufzubauen. Sie müssen den öffentlichen Nahverkehr benutzen oder wollen an Sprachkursen teilnehmen. Die Summen dafür sind überschaubar, aber sie müssen aufgebracht werden. Es kann sinnvoll sein, auf irgendeine Weise einen Spendentopf zu schaffen, aus dem diese Summen bezahlt werden können. Dabei sollte man dringend darauf achten, dass eine andere Person als die Therapeutin diese Gelder akquiriert und an den Klienten ausbezahlt.

### **Literatur:**

- ABDALLAH-STEINKOPFF, B./SOYER, J. (2013): Traumatisierte Flüchtlinge. Kultursensible Psychotherapie im politischen Spannungsfeld. In: Feldmann, R.E./Seidler, G.H.: Traum(a) Migration. Gießen 137-166
- BERRY, J.W. (2006): Acculturative Stress. In: Wong, P./ Wong, L.: Handbook of Multicultural Perspectives on Stress and Coping. New York (Springer), 287-298
- BRUCKS, U. (2004): Der blinde Fleck der medizinischen Versorgung in Deutschland – Migration und psychische Erkrankung. *Psychoneuro* 30, 228-231
- DOUBRAWA, E./ STAEMMLER, F.-M. (Hrsg.) (2003): Heilende Beziehung. Wuppertal, 2. Aufl.
- GERLACH, C./PIETROWSKY, R. (2012): Trauma und Aufenthaltsstatus: Einfluss eines unsicheren Aufenthaltsstatus auf die Traumasymptomatik bei Flüchtlingen. In: *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin* 33(1), 5-19
- GESTALT THERAPIE. Forum für Gestaltperspektiven, 2/2008 (Themenheft: Therapie mit Migranten)
- KIZILHAN, J./UTZ, K.S/ BENGEL, J. (2013): Transkulturelle Aspekte bei der Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung. In: Feldmann, R.E./Seidler, G.H.: Traum(a) Migration. Gießen 261-279
- MACHLEIDT, W./HEINZ, A. (Hg.) (2011): Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie: Migration und psychische Gesundheit. München (Elsevier)
- ÖZKAN, I./BELZ, M. (2013a): Traumazentrierte Psychotherapie im Rahmen des Göttinger Behandlungskonzepts für Menschen mit Migrationshintergrund. In: Feldmann, R.E./Seidler, G.H.:

Traum(a) Migration. Gießen 103-114

ÖZKAN, I./BELZ, M. (2013b): Ressourcenorientierte traumazentrierte Behandlung von Migranten.

In: Feldmann, R.E./Seidler, G.H.: Traum(a) Migration. Gießen 193-220

REDDEMANN, L., (2004): Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT – das Manual.  
Stuttgart

WEIL, T. (2006): Endlich frei von Stress. Innere Blockaden lösen mit ROMPC. Kreuzlingen/  
München

WEIL, T./ERFURT-WEIL, M. (2010): Selbstwirksamkeit und Performance. ROMPC-  
Kompendium. Theorie- und Trainingshandbuch. Kassel