



universität
wien

„Psychotherapeutische Versorgung von Flüchtlingen in Österreich“

Diplomarbeit

zur Erlangung

des akademischen Grades Magister der Philosophie an der Fakultät für Pflegewissenschaften
an der Universität Wien

Verfasserin:

Elisabeth Fabrick

Wien, am 25.07.2011

Studienkennzahl laut Studienblatt: A 348854

Studienrichtung laut Studienblatt: IDS Pflegewissenschaften

Betreuerin: Mag. Dr. Sonja Novak-Zezula

Danksagung

Ich möchte hier die Gelegenheit nutzen, um einigen Personen zu danken, ohne deren Unterstützung und Geduld diese Diplomarbeit nicht entstanden wäre.

Zu allererst möchte ich meinen Interviewpartnern danken, die sich ohne mit der Wimper zu zucken bereiterklärt haben, mir einen eindrucksvollen Einblick in ihr jeweiliges Arbeitsfeld zu gewähren. Der Dank geht somit an Frau Mag.a. Uta Wedam (Psychotherapeutin in freier Praxis und Mitglied des Vereins Zebra in Graz), an Frau Mag.a. Marion Kremla (Asylkoordination Österreich, Koordinatorin des Netzwerks NIPE) und an Frau Mag.a. Irmgard Demirolo (Psychotherapeutin in freier Praxis und Mitglied des Wiener Vereins Hemayat).

Vielen Dank für Ihre Unterstützung und vor allem für die Ehrlichkeit und das Vertrauen, das Sie mir entgegengebracht haben.

Ein großes Dankeschön geht auch an meine Freunde, die mich in dieser Zeit begleitet haben.

Ein besonderer Dank gilt auch meiner Betreuerin Sonja Novak – Zezula für ihre überaus kompetente Betreuung meiner Arbeit.

And last but not least möchte ich meiner einzigartigen Familie danken. Danke für Eure Geduld und Eure Liebe. Natürlich möchte ich mich auch für die finanzielle Unterstützung bedanken. Ohne Euch wäre das alles nicht machbar gewesen.

INHALTSVERZEICHNIS

1 Flucht und Migration	10
1.1 Definition von Migration	10
1.2 Flüchtlingsbegriff	10
1.3 Internationale Übereinkommen zum Schutz von Flüchtlingen.....	11
1.4 Die Österreichische Asyl – und Aufnahmepolitik	14
2 Forschungsmethoden	29
2.1 Delfi Untersuchung	29
2.2 Interviews	30
2.3 Die Dokumentenanalyse	32
3 Traumatisierung	33
3.1 Das psychische Trauma.....	33
3.2 Das Prozessmodell der psychischen Traumatisierung	34
3.3 Folgeerkrankungen von Traumatisierung	40
3.4 Resilienz	44
4 Feststellung der Traumatisierung bei Flüchtlingen	46
4.1 Die Begutachtung	46
4.2 Psychotherapeutische Diagnostik.....	55
5 Psychotherapeutische Behandlung von Flüchtlingen	64
5.1 Spezifika in der Behandlung von Flüchtlingen	64
5.2 Psychotherapeutische Behandlungsansätze.....	75
6 Psychotherapeutisches Angebot für traumatisierte Flüchtlinge	81
6.1 Psychotherapie in freier Praxis.....	81
6.2 Psychotherapie in Institutionen	81

7 Auswirkungen der österreichischen Asylpolitik auf die psychotherapeutische Arbeit mit Flüchtlingen.....	86
7.1 Erfahrung von Unsicherheit, Hilflosigkeit und Ausgeliefertsein.....	86
7.2 Angstverstärker	86
7.3 Aggressionsauslöser	87
7.4 Rückzug und Isolation.....	88
7.5 Rassismus, Ablehnung und Ausgrenzung.....	89
8 Zusammenfassung und Ausblick	92
Literaturverzeichnis.....	98
Anhang	109

Einführung

„Es war einmal ein arm Kind und hat kein Vater und kein Mutter, war alles tot und war niemand mehr auf der Welt. Alles tot und es ist hingegangen und hat gerufen Tag und Nacht. Und wie auf der Erde niemand mehr war, wollt's in Himmel gehen, und der Mond guckt es so freundlich an; und wie es endlich zum Mond kam, war's ein Stück faul Holz. Und da is es zur Sonn gangen und wie es zur Sonn kam, war's ein verwelkt Sonnenblum. Und wie's zu den Sternen kam, waren's kleine goldne Mücken, die waren angesteckt, wie der Neuntöter sie auf die Schlehen steckt. Und wie's wieder auf die Erde wollt, war die Erde ein umgestürzter Hafen. Und es war ganz allein, und da hat sich's hingesezt und geweint, und da sitzt es noch und is ganz allein.“ (Büchner, 1952, S.24, Großmutter).

In diesen paar Zeilen von Büchners „Woyzeck“ wird die Einsamkeit, die Verlassenheit und vor allem die Heimatlosigkeit, die Flucht mit sich bringt sehr eindrucksvoll dargestellt. Ich habe mich für dieses Märchen entschieden, weil ich damit veranschaulichen möchte, dass die Tatsache, unter tragischen Umständen sein Zuhause zu verlieren, einen enormen psychischen Leidensdruck bedeutet. Betroffene befinden sich dadurch in einer extremen Lebenskrise, die von Gefühlen wie Angst, Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit gekennzeichnet ist.

Relevanz und politische Aktualität des Themas

„Geschätzte 40 Millionen Menschen befinden sich weltweit auf der Flucht, und die Frage, ob ihnen in dem Land, in dem sie ankommen, Asyl gewährt wird, oder ob sie in ihr Herkunftsland oder ein „Drittland“ abgeschoben werden, ist für ihr weiteres Leben entscheidend. Manchmal geht es bei der Abschiebung um Leben oder Tod.“ (Ottomeyer, K., Renner, W., 2006: S.7)

In vielen Ländern sieht die Gesetzeslage bereits einen speziellen Schutz für traumatisierte Menschen vor. Auch das österreichische Asylgesetz beinhaltete bis zum Jahre 2006 eine Klausel, welche den Schutz vor Abschiebung für traumatisierte Menschen gewährte. Diese wurde aber aus Gründen wie Angst vor plötzlichen Massenzuwanderungen „traumatisierter“ Flüchtlinge aus dem Asylgesetz entfernt. Aber mehr dazu später.

Bis Mitte der 1980er Jahre rühmte sich die Zweite Republik, für alle Menschen, die Schutz vor Verfolgung suchen, offen zu sein. Wurden früher hunderttausende Flüchtlinge, vor allem aus den osteuropäischen Staaten, bereitwillig aufgenommen, setzte ab Anfang der 1990er Jahre in der österreichischen Asylpolitik ein Kurswechsel ein. Parallel dazu ist in den letzten Jahren die Zunahme von Fremdenfeindlichkeit in Österreich zu registrieren.

Nach der Ostöffnung, die eine verstärkte organisierte Kriminalität auch nach Österreich brachte, ist die Angst in der Bevölkerung vor Fremden gestiegen. Dadurch vermischten sich in weiterer Folge die Themen Asyl und Kriminalität in der politischen, medialen und gesellschaftlichen Debatte mit dem Ergebnis steigender xenophobischer Tendenzen.

Die Politik reagiert darauf, indem sie z.B. die Asylgesetze durch immer restriktivere Verordnungen novelliert. Seit Jahren werden die Standards, die von Menschenrechtskonvention und Flüchtlingscharta vorgegeben sind, systematisch zurückgeschraubt. Dies ist insofern gefährlich, als nach Verschärfung der Asylgesetze ein großer Anteil der Bevölkerung sich mit ihrer ausgrenzenden und teilweise menschenunwürdigen Einstellung Fremden gegenüber im Recht wähnt.

Günther Rathners (Universität Innsbruck) Studie über Xenophobie und Autoritarismus ergab das Bild einer in der Mitte gespaltenen Gesellschaft: Die eine Hälfte war ausländerfreundlich bis gemäßigt, die andere Hälfte ausländerfeindlich. Die Analyse der Ursachen von Fremdenfeindlichkeit ergab, dass folgende Faktoren (in abnehmender Bedeutung) Xenophobie voraussagen: Autoritarismus ist der wichtigste Faktor. Es folgen Antisemitismus, höheres Alter, subjektive Verunsicherung (Anomie), Pseudopatriotismus, Rechtsextremismus, geringere Schulbildung, Verhaltensrigidität sowie das Ausmaß erlebter wirtschaftlicher Verunsicherung.

Dass Menschen, die vor Verfolgung oder drohender Folter flüchten, ein Recht auf Schutz haben, ist in Österreich geltendes Recht. Dennoch beantworteten einer von der Karmasin Motivforschung durchgeführten Befragung nur 32 Prozent der Befragten die Frage, ob ein solches Recht bestehe, mit „Ja“. Das dürfte das Ergebnis des derzeitigen öffentlichen Diskurses sein, der die Gesellschaft spaltet. In diesem Diskurs werden MigrantInnen und Migration immer häufiger negativ gesehen und bewertet. Die Politik hat dem derzeit nichts

Korrigierendes entgegenzusetzen, im Gegenteil: weitere Verschärfung der Asylgesetze, z.B. weitgehende Eingriffe in die persönliche Freiheit durch Einführung neuer Schubhafttatbestände und Einschränkung der Bewegungsfreiheit während des Zulassungsverfahrens sind an der Tagesordnung.

Der Vertreter des UNO-Flüchtlingshochkommissariats (UNHCR) für Deutschland und Österreich Michael Lindenbauer forderte erst kürzlich in einem APA Interview die österreichische Politik auf, „nicht gegen Flüchtlinge Stimmung zu machen“.

Der Umgang Österreichs mit Hilfesuchenden, Vertriebenen, Traumatisierten, Flüchtlingen eben, ist teilweise menschenverachtend und einer aufgeklärten Demokratie unwürdig. Dass die Menschen, um die es hier geht, diese Situation und den Umgang mit ihnen als psychisch sehr belastend erleben müssen, liegt auf der Hand. Gerade wenn verschiedene Kulturen mit unterschiedlichen Wert- und Normvorstellungen, Religionen, Weltanschauungen aufeinandertreffen, erlangen Werte wie Toleranz, Akzeptanz, Verständnis sowie Aufgeschlossenheit für das Anders sein einen hohen Stellenwert. Wir leben in einer Welt, in der Migration ein fester Bestandteil der Gesellschaft ist. Aus diesem Grund müssen wir uns auch mit diesem Thema auseinandersetzen, anstatt die Augen zu verschließen.

Im Zuge meiner Arbeit habe ich Interviews mit 3 Expertinnen geführt, um mir auch von dieser Seite einen besseren Einblick zu verschaffen. Marion Kremla (Mitarbeiterin der Asylkoordination Österreich, Koordinatorin des Netzwerks NIPE) hat mir sehr eindrucksvoll ihre Sicht der Dinge sowie Fakten geschildert. Außerdem habe ich zwei Psychotherapeutinnen, die bereits seit mehreren Jahren mit Flüchtlingen arbeiten zu ihrer Arbeit befragt und sehr interessante aber auch zum Teil sehr erschreckende Ergebnisse erhalten. Frau Mag. Uta Wedam ist Psychotherapeutin in freier Praxis sowie Mitglied des Vereins Zebra, wo sie bereits seit 10 Jahren Flüchtlinge verschiedenster Herkunft unterstützt und psychotherapeutisch behandelt. Frau Mag. Irmgard Demiroglu ist ebenfalls Therapeutin in freier Praxis und arbeitet seit dem Jahre 2004 mit Flüchtlingen. Außerdem ist sie Mitglied des Wiener Vereins Hemayat. Im Zuge meiner Arbeit werde ich immer wieder Aussagen meiner Interviewpartner einbauen, um die Theorie praktisch zu untermauern.

Begründung der Themenwahl und Ziele der Arbeit

Die Wurzeln meines Interesses an der psychotherapeutischen Arbeit mit Flüchtlingen liegen etwa ein Jahr zurück. Ich nahm an einer Tagung mit dem Titel „Fremdenfeindlichkeit, Ausgrenzungs- und Gewaltbereitschaft gegenüber Fremden – Psychotherapie und Politik im Dialog“, die von der Arbeiterkammer und dem Österreichischen Bundesverband für Psychotherapie (ÖBVP) veranstaltet wurde, teil. Die einzelnen Vorträge beschäftigten sich unter anderem sehr intensiv mit gesellschaftspolitischen Themen im Bereich der Migration. Das Problem der Migration und das damit im Zusammenhang stehende Problem des „plötzlich anders sein Müssens“ und die damit verbundene erhöhte psychische Vulnerabilität dieser Personengruppe wurde an diesem Tag sehr gut und genau dargestellt.

Die psychotherapeutische Versorgung von Flüchtlingen hat zwar auf den ersten Blick vielleicht nur wenig mit der Pflegewissenschaft zu tun, allerdings eben nur auf den ersten Blick. Denn gerade die Pflege bedarf einer ganzheitlichen Versorgung, welche Körper, Seele und Geist impliziert. Denn ist einer der eben genannten Bereiche krank, können die anderen nicht gesunden. Flucht stellt in jedem Fall für die Betroffenen ein hohes Belastungspotenzial dar. Dadurch bedarf es auch hier einer holistischen Versorgung. Im Zuge meiner Arbeit möchte ich der Existenz einer solchen holistischen Versorgung in Österreich im Bereich der Flüchtlingsarbeit auf den Grund gehen, ich möchte aufzeigen, ob und inwiefern solch eine „Rundumversorgung“ vorhanden ist.

Meine Arbeit soll Aufschluss darüber geben, ob Flüchtlinge, die nach Österreich emigrieren, vor, während und nach dem Asylverfahren ausreichend psychotherapeutisch versorgt werden. Falls vorhanden, sollen Defizite und in weiterer Folge Verbesserungsvorschläge angeführt werden. Ich möchte aufzeigen, wie wichtig es ist, Menschen, die aufgrund unterschiedlichster Gründe ihre Heimat verlassen mussten, aufzufangen und zu unterstützen. Die momentane politische Asyl-Debatte zeigt, dass intensiver Handlungsbedarf in Österreich dringend von Nöten ist. Denn Unterstützung und Rückhalt kann nicht geboten sein, wenn Menschen nach ihrer Ankunft in Österreich erst einmal weggesperrt werden und sich somit in gefängnisähnlichen Situationen wiederfinden.

Weiters wird aufgezeigt, dass die transkulturelle/interkulturelle Psychotherapie einen sehr sensiblen Arbeitsbereich darstellt und folglich auch spezielle Methoden erfordert, welche ich angeben und beschreiben werde.

Psychologische, psychotherapeutische und psychosoziale Fachkräfte, die verstärkt mit traumatisierten Flüchtlingen und MigrantInnen arbeiten, sind in hohem Maße von Burnout und „stellvertretender Traumatisierung“ betroffen. Erst in jüngster Zeit werden von vereinzelt Organisationen gezielte Weiterbildungen für diese Berufsgruppe angeboten. (vgl. Christian Gröschel, 2008) Auch die Diskrepanz mit der sich Therapeuten in der Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen oft konfrontiert sehen werde ich versuchen darzustellen.

Weiters sollen in meiner Arbeit die Besonderheiten traumatischer Störungen von Flüchtlingen herausgearbeitet werden. Hierbei ist es wichtig, auch die politischen, gesamtgesellschaftlichen und juristischen Rahmenbedingungen, unter denen Psychodiagnostik und Psychotherapie von Flüchtlingen geschieht, zu berücksichtigen.

Forschungsfragen

Meine Diplomarbeit soll zu der Beantwortung folgender Fragen führen:

- Ist die psychotherapeutische Versorgung von Flüchtlingen Bestandteil der österreichischen Asyl- und Aufnahmepolitik?

Weist Österreich ein flächendeckendes Netz an psychotherapeutischer und psychosozialer Versorgung von Flüchtlingen auf?

- Verlangt die psychotherapeutische Arbeit mit Flüchtlingen nach spezifischen Zugängen, Einstellungen und Behandlungsansätzen?

Aus Gründen der Vereinfachung wird in meiner Arbeit auf eine geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Entsprechende Begriffe gelten im Sinne der Gleichberechtigung für beide Geschlechter.

1 Flucht und Migration

1.1 Definition von Migration

Es gibt viele unterschiedliche Gründe für Migration. Kriege, Bevölkerungswachstum, Verelendung, regionale und internationale Arbeitsteilung, das globale Entwicklungs- und Wohlstandsgefälle, Hunger und Armut, interne Konflikte, ect. können Ursachen für Migration darstellen. Die Migrationsforschung klassifiziert Migration nach räumlichen (Binnenwanderung oder internationale Wanderung) oder nach zeitlichen (temporäre oder permanente Wanderung) Gesichtspunkten. Wenn es um die Wanderungsentscheidung geht, wird zwischen freiwilliger (Bildungsmigration,..) und erzwungener Migration (Flucht) und im Hinblick auf den Umfang zwischen Individual-, Gruppen-, oder Massenwanderung unterschieden. (vgl. Korneld, M., 2004: S.5)

Ich beziehe mich in meiner Arbeit auf die Gruppe von Migranten, die ihren Wohnort aufgrund von Krieg, Verfolgung und Folter gezwungenermaßen verlassen mussten, also auf die sogenannten Flüchtlinge. Die Betroffenen sind oft gezwungen, ihre Heimat sehr plötzlich zu verlassen, so dass sich in vielen Fällen auch keine Gelegenheit mehr bietet, sich von Familienmitgliedern oder Freunden zu verabschieden.

Migration stellt in den meisten Fällen eine hohe Belastung für die Betroffenen dar. Auch wenn sie freiwillig vollzogen wird, birgt das Verlassen des eigenen Wohnortes sowie der gewohnten und vertrauten Umgebung und der an sie gestellte Anspruch, fremde Kulturspezifika zu übernehmen, ein enormes Stresspotential dar.

1.2 Flüchtlingsbegriff

Ein Flüchtling ist laut Genfer Flüchtlingskonvention „eine Person, die sich außerhalb des Landes befindet, dessen Staatangehörigkeit sie besitzt oder in dem sie ihren ständigen Wohnsitz hat, und wegen ihrer Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer

bestimmten sozialen Gruppe oder wegen ihrer politischen Überzeugung eine wohlbegründete Furcht vor Verfolgung hat und den Schutz dieses Landes nicht in Anspruch nehmen kann oder wegen dieser Furcht vor Verfolgung nicht dorthin zurückkehren kann.“ (Genfer Flüchtlingskonvention, Art.1)

Diese Definition sagt schon sehr viel darüber aus, dass Menschen, die aus den unterschiedlichsten Gründen fliehen müssen, massiven Belastungen ausgesetzt sind. Umso wichtiger ist es, sie in dem jeweiligen Aufnahmeland aufzufangen und holistisch zu betreuen und zu behandeln. Neben einer medizinischen Abklärung ist eine psychotherapeutische sowie psychosoziale Anamnese unausweichlich.

1.3 Internationale Übereinkommen zum Schutz von Flüchtlingen

1.3.1 UNHCR – United Nations High Commissioner for Refugees

Das UNHCR ist das Flüchtlingskommissariat der Vereinten Nationen. Es ist für Schutz und Unterstützung von Flüchtlingen in aller Welt zuständig. UNHCR basiert auf der Grundlage der Genfer Flüchtlingskonvention von 1951 und setzt sich weltweit dafür ein, dass Menschen, die von Verfolgung bedroht werden, in anderen Staaten Asyl erhalten. Zu ihren Aufgaben zählt unter anderem eine dauerhafte Lösung für Flüchtlinge zu finden. Darunter fällt zum Beispiel die freiwillige Rückkehr, die Integration im Aufnahmeland oder die Neuansiedlung in einem Drittland. (vgl. www.unhcr.at, Zugriff am 22. November 2010)

1.3.2 Die Genfer Flüchtlingskonvention (GFK) – Abkommen über die Rechtsstellung von Flüchtlingen ab 1951

Die Genfer Flüchtlingskonvention, welche am 28. Juli 1951 auf einer Sonderkonferenz in Genf verabschiedet wurde, trat am 22. April 1954 in Kraft. Sie ist die Rechtsgrundlage für das Amt des Hohen Flüchtlingskommissars der Vereinten Nationen (UNHCR). Vor der GFK gab es keine verbindliche Regelung zum Umgang mit Flüchtlingen. Die Konvention legt einerseits klar fest, wer ein Flüchtling ist, und welchen rechtlichen Schutz, welche Hilfe und

welche sozialen Rechte die Person von den Unterzeichnerstaaten erhalten sollte, wie zum Beispiel Religions- und Bewegungsfreiheit, Recht auf Bildung, etc. und andererseits werden auch die Pflichten, die ein Flüchtling dem Aufnahmeland gegenüber zu erfüllen hat, definiert. Die Genfer Flüchtlingskonvention beschränkte sich zunächst vorrangig auf den Schutz europäischer Flüchtlinge nach dem zweiten Weltkrieg. Allerdings erreichten die Vertreibungen globale Ausmaße, und so wurde die Konvention mit dem Protokoll von 1967 erweitert, welches die ursprünglichen Abkommen der 1951 niedergeschriebenen, geographischen und zeitlichen Begrenzungen aufhebt. Diese Abkommen bewirkten, dass vorrangig Europäer infolge von Ereignissen, die vor dem 1. Jänner 1951 eingetreten sind, Asyl beantragen konnten. (vgl. <http://www.unhcr.at/grundlagen/genfer-fluechtlingskonvention.html>, Zugriff am 22. November 2010)

Das Flüchtlingsschutzsystem beruht auf folgenden Grundlagen:

- Flüchtlinge sollten nicht an Orte zurückgeschickt werden, wo sie der Verfolgung ausgesetzt sind (Prinzip des non-refoulement)
- Allen Flüchtlingen muss Schutz gewährt werden, frei von jeglicher Diskriminierung
- Das Flüchtlingsproblem ist ein soziales und humanitäres Problem und sollte keinen Anlass zu Spannungen zwischen den einzelnen Staaten geben
- In Anbetracht der Tatsache, dass die Gewährung von Asyl für manche Länder eine unangemessen große Belastung darstellt, kann eine zufriedenstellende Lösung des Flüchtlingsproblems nur durch internationale Zusammenarbeit erreicht werden
- Es kann von Menschen, die vor Verfolgung fliehen nicht erwartet werden, dass sie beim verlassen ihres Heimatlandes und bei der Einreise in ein anderes, meist fremdes Land alle Vorschriften einhalten können. Sie sollten daher nicht wegen illegaler Einreise oder illegalem Aufenthalt im Asylland bestraft werden
- Derartige Maßnahmen sollten aufgrund der weitreichenden Folgen, die die Ausweisung von Flüchtlingen mit sich bringen kann, nur unter speziellen Umständen,

wie die direkte Auswirkung auf die nationale Sicherheit oder öffentliche Ordnung, getroffen werden.

Die Genfer Flüchtlingskonvention bedeutet nicht nur einen Meilenstein in der Festsetzung von Standards für die Behandlung von Flüchtlingen, sie ist auch eine der bemerkenswertesten Leistungen im langwierigen und kräftezehrenden Kampf um die weltweite Achtung und Einhaltung der Menschenrechte sowie Grundfreiheit für alle. Unabhängig von Rasse, Geschlecht, Sprache oder Religion. (vgl. http://www.unhcr.at/fileadmin/unhcr_data/pdfs/rechtsinformationen/1_International/1_Voelke_rechtliche_Dokumente/01_GFK/06_GFK_Bedeutung_heute.pdf?PHPSESSID=6638cd9c3550240d6f37bdcfaafe8e, Zugriff am 22. November 2010)

1.3.3 Das Dubliner Abkommen

Das Dubliner Übereinkommen von 1990 regelt, welcher Mitgliedstaat für die Behandlung eines Asylgesuchs zuständig ist. In der Regel ist jener Staat zuständig, der als erstes von dem Asylwerber im EU – Territorium betreten wurde. Europaweit soll nur ein Asylantrag möglich sein. Wenn ein Flüchtling nun bereits einen Asylantrag in einem Mitgliedsstaat gestellt hat, gar illegal in diesen eingereist ist oder zum Beispiel ein naher Familienangehöriger bereits in dem Staat als Flüchtling anerkannt ist, fällt die Verantwortlichkeit auf besagten Mitgliedsstaat. (vgl. Kornfeld, M., 2004: S. 18) Um einen Informationsaustausch zwischen den einzelnen Ländern zu ermöglichen dient das Eurodac-System, welches ein europäisches System zum Vergleich der Fingerabdrücke von Asylbewerbern ist. Durch den Vertrag von Amsterdam wurde das Asylrecht zu Gemeinschaftsrecht. Das völkerrechtlich abgeschlossene Dubliner Abkommen wurde aus diesem Grund in Form einer Verordnung (Dublin-II-Verordnung), die seit dem 1. September 2003 anwendbar ist, ins Gemeinschaftsrecht übertragen.

(vgl. <http://www.parlament.gv.at/PERK/GL/EU/D.shtml>, Zugriff am 11. November 2010)

Im Jahre 2008 gehörten zwei Drittel der Menschen (Tendenz steigend), die in Traiskirchen untergebracht waren den sogenannten „Dublin-Fällen“ an. Sie müssen in der Regel an die vier Monate auf den Asylbescheid warten.

1.4 Die Österreichische Asyl – und Aufnahmepolitik

1.4.1 Geschichtlicher Hintergrund ab 1945

Ein kurzer geschichtlicher Rückblick soll nun Aufschluss über die Entwicklung der österreichischen Aufnahmepolitik gewähren, um damit vielleicht auch Antworten für momentane Missstände in diesem Bereich „nachvollziehbar“ zu machen. Denn für alle Begebenheiten gibt es Ursachen. Warum ist es heute so, wie es ist?

Nach dem zweiten Weltkrieg kam es zur größten Zuwanderungswelle des 20. Jahrhunderts. Das wiedererrichtete Österreich nahm damals an die 520.000 Vertriebene auf. Der Großteil dieser Vertriebenen wurde allerdings nicht eingebürgert. Mit einem Ausländeranteil von 4,6% stand Österreich zum damaligen Zeitpunkt an der Spitze Europas. Die barbarische Rassenpolitik des Nationalsozialismus hat die österreichische Gesellschaft in ihrer ethischen und religiösen Homogenität sehr geprägt.

Die nächste große Zuwanderungswelle fand im Zuge des Falles des eisernen Vorhangs statt. Auch die Auswirkungen von Krieg und der damit verbundenen ethnischen Säuberung in Kroatien, Bosnien und Serbien waren in Österreich deutlich spürbar. Die Zahl der ausländischen Bevölkerung in Österreich stieg bis zum Jahre 1994 auf 700.000. Das machte zum damaligen Zeitpunkt 8,9% der Gesamtbevölkerung aus. Im Laufe der 90er Jahre fing Österreich an, sehr restriktive Migrationspolitik zu betreiben, um somit die Zuwanderungsströme massiv einzudämmen. In den 1960er Jahren begann Österreich, ausländische Arbeitskräfte aus Spanien, Jugoslawien und der Türkei aufgrund bilateraler Abkommen anzuwerben. Ab Mitte der 70er Jahre kippte anfangs durchaus tolerierte und erwünschte temporäre Arbeitsmigration. Denn diese Menschen gründeten Familien und bekamen Kinder. Somit musste man sich nun mit der Einschulung und Ausbildung der nachgeholt bzw. der bereits im Land geborenen Kinder kümmern. Anfang der 90er Jahre

kam es dann zu einer zunehmend skeptischen und ablehnenden Meinung gegenüber Zuwandern, was zur Folge hatte, dass es binnen kurzer Zeit zur Verabschiedung bzw. Novellierung von vier migrationspolitisch relevanten Gesetzen kam. Dazu zählten das Fremdenrechtsgesetz, welches wesentliche Ein- und Ausreisebestimmungen für Ausländer sowie Maßnahmen zur Verhinderung der Einreise festlegte, das Aufenthaltsgesetz, welches zur Regelung der Arbeits- und Wohnsituation dienen sollte, das Ausländerbeschäftigungsgesetz, welches die Beschäftigung von Ausländern im Bundesgebiet regelte und das Asylgesetz. Zusätzlich wurden Maßnahmen gesetzt, die unter dem Deckmantel „Integrationspaket“ fallen. Schließlich kam es 1997 zu einem neu überarbeiteten Bundesgesetz über die Gewährung von Asyl. Bei dieser Version handelte es sich um die Basis, auf der alle weiteren Novellierungen und Änderungen aufbauen. Am 23. Oktober 2003 kam es durch das österreichische Parlament mit den Stimmen der ÖVP und FPÖ zu Änderungen des Asylgesetzes 1997 (AsylG-Novelle 2003), des Bundesbetreuungsgesetzes, des Bundesgesetzes über den unabhängigen Bundesasylsenat und des Meldegesetzes. (vgl. Götzelmann, A., 2008: S. 11) Flüchtlingshelfer, Menschenrechtsorganisationen sowie Regierungsparteien waren sich einig, dass die 2003 in Kraft getretene Asylgesetz-Novelle eine Verschärfung beim Zugang zu Asyl zur Folge hat.

Im Oktober 2004 erklärte der Verfassungsgerichtshof (VfGH) zentrale Teile der Novelle für verfassungswidrig, was zur Folge hatte, dass weitere Änderungen vorgenommen werden mussten. Schnell wurde ersichtlich, dass auch das neue Asylgesetz von weiteren Verschärfungen geprägt sein würde.

Am 7. Juli 2005 wurde das „Fremdenrechtspaket 2005“ von allen Nationalratsabgeordneten der ÖVP sowie der meisten des Freiheitlichen sowie des SPÖ-Klubs beschlossen. Dieser Beschluss bedeutete in weiterer Folge die Änderung des Bundesverfassungsgesetzes, die Erlassung des Asylgesetzes 2005 (AsylG 2005), des Fremdenpolizeigesetzes 2005 und des Niederlassungs- und Aufenthaltsgesetzes sowie Änderungen im Bundesbetreuungsgesetz, im Personenstandsgesetz, im Bundesgesetz des unabhängigen Bundesasylsenats, im Einführungsgesetz zu den Verwaltungsverfahrensgesetzen 1991, im Sicherheitspolizeigesetz, im Gebührengesetz 1957, im Familienlastenausgleichsgesetz 1967, im Kinderbetreuungsgeldgesetz und im Tilgungsgesetz sowie die Aufhebung des

Fremdengesetzes 1997. Laut den im Flüchtlings- sowie im Asylwesen tätigen Organisationen handelte es sich hierbei um das restriktivste Asylgesetz Europas. Vorbehalte hätten im Gesetzgebungsprozess kein Gehör gefunden. (vgl. Götzelmann A., 2008)

1.4.2 Grundversorgungsvereinbarung

Bei der Grundversorgungsvereinbarung handelt es sich um eine „Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern gemäß Art. 15a B-VG über gemeinsame Maßnahmen zur vorübergehenden Grundversorgung für hilfs- und schutzbedürftige Fremde (Asylwerber, Asylberechtigte, Vertriebene und andere aus rechtlichen oder faktischen Gründen nicht abschiebbare Menschen) in Österreich.“ (Grundversorgungsvereinbarung – Art. 15a B-VG)

Diese Grundversorgung gilt für alle Asylwerber, solange das Verfahren läuft. Sie gilt für Personen mit befristeter Aufenthaltsberechtigung, für Personen mit humanitärer Aufenthaltserlaubnis und für Personen mit Abschiebeaufschub.

Ziel dieser Vereinbarung ist es, eine bundesweite Vereinheitlichung der Gewährleistung der vorübergehenden Grundversorgung für Asylwerber festzulegen. Die Grundversorgungsvereinbarungen der einzelnen Bundesländer unterscheiden sich in einigen Punkten voneinander.

1.4.3 Bundesbetreuungsgesetz

In Österreich wird die Unterstützung hilfsbedürftiger AsylwerberInnen durch das Bundesbetreuungsgesetz sowie die Bundesbetreuungsverordnung geregelt. Durch dieses Gesetz sollen Grundversorgungselemente wie Nahrung, Unterkunft und medizinische Versorgung sichergestellt werden.

„Der Bund übernimmt die Betreuung hilfsbedürftiger Fremder, die einen Asylantrag nach § 3 des Asylgesetzes, BGBl. I Nr. 76/1997 in der geltenden Fassung eingebracht haben (Asylwerber). Diese Betreuung gewährleistet die Gewährung der materiellen

Aufnahmebedingungen; diese haben auf die Gesundheit und den Lebensunterhalt der Asylwerber Bedacht zu nehmen. Die Bundesbetreuung umfasst Unterbringung, Verpflegung und Krankenhilfe sowie sonstige Betreuungsmaßnahmen. Die einzelnen Leistungen können unter Berücksichtigung des Grades der Hilfsbedürftigkeit auch teilweise gewährt werden.“

(Bundesbetreuungsgesetz, § 1 (1))

Natürlich ist innerhalb dieses Gesetzes auch der Begriff der Hilfsbedürftigkeit genauestens definiert. Hier heißt es:

„Hilfsbedürftig ist, wer den Lebensbedarf einschließlich der Unterbringung für sich und die mit ihm in Familiengemeinschaft lebenden unterhaltsberechtigten Angehörigen nicht oder nicht ausreichend aus eigenen Kräften und Mitteln beschaffen kann. Leistungen, auf die ein sonstiger, gesetzlicher Anspruch besteht oder sonstige Zuwendungen, die von dritter Seite, etwa von karitativen Organisationen oder anderen Gebietskörperschaften erbracht werden, sind bei der Beurteilung der Hilfsbedürftigkeit mit zu berücksichtigen.“

(Bundesbetreuungsgesetz, § 2. (1))

1.4.4 Subsidiärer Schutz

„Der Status des subsidiär Schutzberechtigten ist einem Fremden zuzuerkennen, der in Österreich einen Antrag auf internationalen Schutz gestellt hat, wenn dieser in Bezug auf die Zuerkennung des Status des Asylberechtigten abgewiesen wird oder dem der Status des Asylberechtigten aberkannt worden ist, wenn eine Zurückweisung, Zurückschiebung oder Abschiebung des Fremden in seinen Herkunftsstaat eine reale Gefahr einer Verletzung von Art. 2 EMRK, Art. 3 EMRK oder der Protokolle Nr. 6 oder Nr. 13 zur Konvention bedeuten würde oder für ihn als Zivilperson eine ernsthafte Bedrohung des Lebens oder der Unversehrtheit infolge willkürlicher Gewalt im Rahmen eines internationalen oder innerstaatlichen Konflikts mit sich bringen würde.“ (Asylgesetz 2005, 4. Abschnitt, § 8)

1.4.5 Humanitäres Bleiberecht

Menschen, die im Sinne der EMRK auf Dauer nicht ausweisbar sind, haben das Recht, ein Bleiberecht in Form einer Niederlassungsbewilligung zu beantragen. Dabei wird vor allem das bestehende Familienleben berücksichtigt. Außerdem sind besonders folgende Aspekte zu beachten:

- Inwiefern wird in ein existierendes Familienleben eingegriffen
- Gibt es für die Familie die Möglichkeit, das Familienleben in einem anderen Land zu führen
- Aspekte der öffentlichen Ordnung (d.h. Wie hat sich der Fremde während seines Aufenthalts in Österreich verhalten) und der Einwanderungskontrolle (Frage der Einreiseroute, über welchen Weg ist der Fremde nach Österreich gekommen)
- Ein sehr wichtiger Aspekt gilt dem Zeitpunkt der Entstehung der Familie. D.h. War sich die betroffene Person zu dem Zeitpunkt, als die Familie entstand über den unsicheren Aufenthaltsstatus sowie der damit verbundenen Unsicherheit für die Familie bewusst.
- Überprüfung der Auswirkungen einer möglichen Ausweisung auf jedes Familienmitglied

1.4.6 Abschaffung der Schutzklausel im Asylgesetz 2005

Bis zum Jahre 2005 war im österreichischen Asylgesetz eine Schutzklausel verankert, die traumatisierte Asylwerber vor Ausweisung bzw. Rücküberstellung bewahrte, da diese Menschen besonderen Schutz bedurften. Dieser Schutz für Traumatisierte wurde gänzlich aufgehoben. Jetzt werden auch traumatisierte Flüchtlinge rücküberstellt und ausgewiesen. Dabei wird nicht bedacht, dass es durch die Ausweisung zu möglichen Retraumatisierungen kommen kann bzw. ist in den östlichen Nachbarländern so gut wie kein Netzwerk zur Betreuung traumatisierter Flüchtlinge vorhanden.

Eine mögliche Erklärung zur Abschaffung der Klausel gibt Marion Kremla in ihrem Interview ab. Sie meint hier: „es sind auf diese Art sehr viele geworden. Österreich war länger schon ein Hauptziel von Tschetschenen, weil einerseits die Anerkennungsquoten sehr hoch waren und andererseits, weil viele Tschetschenen schon in Österreich waren. Und nachdem die Tschetschenen in großer Zahl traumatisiert waren, hat man sehr viele Tschetschenen im Land behalten müssen, und das waren sehr aufwendige Streitereien mit Gutachten und Gegengutachten. (...) Außerdem standen die Psychotherapieeinrichtungen teilweise völlig unter Druck, weil viele Klienten dann gekommen sind mit „bitte schreiben sie mir was, dass ich Trauma habe“. (...) Oder es ist auch Tatsache, dass Erwachsene versuchten, sich zu Jugendlichen zu machen, damit sie einfach die Vergünstigungen haben, weil wenn jemand Jugendlich ist, ist das dasselbe, der darf dann auch nicht zurückgeschickt werden. (...) ich hab damals das Zentrum in St. Pölten geleitet und wir haben einen Therapeuten gehabt, der in Traiskirchen eine Außenstelle geleitet hat und der hatte die Hütte nur noch mit solchen „Dublin-Fällen“ voll, die alle nichts anderes wollten als ein Gutachten.“ (Interview mit Kremla, M.: S. 6)

Einen anderen Aspekt stellt die Frage nach **Simulierbarkeit** dar.

Unter den Begründungen einer Neufassung des Asylgesetzes und somit auch einer Abschaffung der Schutzklausel findet sich unter anderem die Annahme einer Täuschungsabsicht wieder. Allerdings würde durch die Gültigkeit dieser Annahme die Kompetenz der zur Begutachtung eingesetzten Ärzte, Psychiater oder Psychotherapeuten wahrhaftig in Frage gestellt werden. Auch das Netzwerk NIPE erklärt in seiner Stellungnahme zum Asylgesetz 2005, dass es für Laien unmöglich sei, die Auswirkungen eines Traumas wie z.B. eine posttraumatische Belastungsstörung in ihrem Gesamtbild für professionell ausgebildete Psychotherapeuten glaubhaft zu simulieren.

1.4.7 Asylanträge in Österreich von 2000 bis 2010

Jahr	Asylanträge
2000	18.284
2001	30.127
2002	39.354
2003	32.359
2004	24.634
2005	22.461
2006	13.349
2007	11.921
2008	12.841
2009	15.821
2010	11.012

(http://www.statistik-austria.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/wanderungen/asyl/index.html, Zugriff am 11. Jänner 2011)

Hier lässt sich sehr deutlich erkennen, dass ab dem Jahr 2006 die Zahl der Asylanträge drastisch gesunken ist. Dies kann als Konsequenz der restriktiven Fassung des Asylgesetzes 2005 angesehen werden. Eine weitere Begründung könnte die Abschaffung der Schutzklausel für traumatisierte Flüchtlinge im Zuge der weiteren Novellierungen des Asylgesetzes sein.

1.4.8 Das österreichische Asylverfahren

Das Kapitel gewährt einen kurzen Einblick in die einzelnen Verfahrensschritte, die ein Mensch, der nach Österreich flüchtet durchlaufen muss. Die einzelnen Abschnitte des Verfahrens bzw. der Voruntersuchungen werden von zahlreichen äußerst schwierigen Situationen für die Betroffenen geprägt. Unabhängig davon, wo in Österreich der Flüchtling aufgegriffen wurde, wird er von meist uniformierten Beamten in polizeilichen Gewahrsam genommen.

Nach einer ersten polizeilichen Vernehmung, in der es in erster Linie um die Fluchtroute geht, wird der Flüchtling in ein Erstaufnahmezentrum überstellt. Dort findet dann ein Aufnahmeprozess statt, in dem es vorrangig um erkennungsdienstliche Vorgänge geht. Dazu gehört die Untersuchung des Gepäcks auf Hinweise, ob die Person möglicherweise durch ein anderes EU Land nach Österreich gekommen ist. Es werden Fragen zur Fluchtroute gestellt um grundsätzlich einmal die Zuständigkeit Österreichs abzuklären. Innerhalb dieses Aufnahmeprozesses kommt es dann auch zu medizinischen Untersuchungen, gewünscht oder ungewünscht spielt dabei keine Rolle. Bei Jugendlichen werden oft sehr fragwürdige Untersuchungen durchgeführt wie z.B. „zur Altersfeststellung also Zahnrontgen, Handwurzelrontgen, manchmal in Kombination, manchmal extra das ist ein bisschen Modesache, das verändert sich.“ (Interview mit Marion Kremla, Asylkoordination Österreich, S.5)

Nach dem neuen Fremdenrechtspaket sind Asylwerber verpflichtet, bis zu sieben Tage in dem Erstaufnahmezentrum zu verweilen und dürfen dieses in keinem Fall verlassen. Sollten die Befragungen von kürzerer Dauer sein, verkürzt sich der Aufenthalt.

Sollte bei erwachsenen Personen eine psychische Beeinträchtigung zu erkennen sein, werden diese psychiatrisch begutachtet und befragt. Diese Befragung „läuft ja ich würde mal sagen teilweise unprofessionell ab. Einfach auch deswegen, weil es keine geeigneten Dolmetscher gibt oder die grad vom Geschlecht her nicht passen. Früher wurde das viel häufiger gemacht, weil es früher die Klausel gab im Asylgesetz, dass wenn jemand traumatisiert ist, ihm diese Rücküberstellung in das eigentliche EU Land nicht zugemutet werden kann, das ist dann 2005 rausgenommen worden aus dem Gesetz, seitdem hat diese Traumabegutachtung nicht mehr

diesen Stellenwert und wird nur noch manchmal gemacht. Im Gesetz ist es jetzt so, dass man im Zulassungsverfahren, in dieser ganz ersten Phase, dieses Asylverfahrens inhaltlich nicht ablehnen darf, wenn man offensichtlich traumatisiert ist.“ (Interview mit Marion Kremla, Asylkoordination Österreich, S. 5)

Sobald ein Asylwerber in eines der Erstaufnahmezentren, Traiskirchen oder Thalham, gebracht wurde, muss er eine in etwa zwanzigtägige Verweildauer hinter sich bringen. Solange dauert es nämlich bis zur Zulassung zum Asylverfahren. Die Wartezeit für die sogenannten „Dubliner“ kann bis zu vier Monate betragen..

Marion Kremla von der Asylkoordination beschreibt diese erste Phase so: „Also in der ersten Phase sind sie eben in diesem Erstaufnahmezentrum wo es vor allem um erkennungsdienstliche Befragung geht mit Gepäckskontrolle, Leibesvisitation, etc., wo man eben schaut, ob irgendwelche Fahrscheine aus Griechenland herumkugeln. Dann gibt’s eine Ersteintragung. Da geht es ums Zulassungsverfahren und wenn da jetzt kein Hinweis rauskommt, dass jemand schon in einem anderen EU-Land war, dann kommt das inhaltliche Verfahren. Und das inhaltliche Verfahren heißt, dass dann noch einmal eine Befragung stattfindet. Dies passiert aber erst nach einiger Zeit, wenn es um die Fluchtgründe geht.“ (Interview mit M. Kremla, S. 7)

Wenn er also diese erste Hürde überwunden hat, wird er in weiterer Folge nach weiteren vierzehn Tagen in ein Flüchtlingsquartier bzw. in ein Sammellager gebracht. Die Auswahl des Quartiers sowie des Bundeslandes erfolgt nach einem Quotenschlüssel. Es gibt zwar auch die Möglichkeit privat unterzukommen, allerdings können sich das nur die wenigsten leisten. Die Lebensbedingungen der Flüchtlinge werden auf Nahrungsaufnahme, hygienische Versorgung und Schlafmöglichkeit beschränkt. Die Situation in solchen Flüchtlingslagern kann psychisch sehr belastend sein. Marion Kremla schildert die Situation in den Flüchtlingsquartieren so: „Bei den Flüchtlingsquartieren handelt es sich oft um so abgewirtschaftete Pensionen oder Hotels am Land. (...) Also das System ist in Wirklichkeit ziemlich irre... man muss sich auch die Hausordnung auf der Zunge zergehen lassen, da stehen halt Sachen drinnen wie: die Einrichtungsgegenstände dürfen nicht verändert werden, eigene Einrichtungsgegenstände aufzustellen ist nicht erlaubt, das muss man sich mal vorstellen, wenn man 8 Jahre in einer 2-Zimmer Wohnung wohnt. Das Anbringen von eigenen Kochstelen ist nicht erlaubt. Es gibt

also entweder so Gemeinschaftsküchen, oder, was noch schlimmer ist, es gibt Vollverpflegung wo die Leute dann bekocht werden, aber so mit Eiernockerln und so... österreichische Küche halt...und das stellt oft ein wahnsinniges Konfliktpotential dar. Einige Pensionen stellen zum Glück schon um und machen es möglich, dass die Leute selber kochen können. Weil dieses Verbieten von jeglicher Selbstbestimmung und Eigenständigkeit führt eben dazu, dass sie es halt über Umwege machen und sie dann z.B. auf umgedrehten Bügeleisen kochen. Die Leute haben ja oft jahrelang im Krieg gelebt und sind es gewohnt zu improvisieren. Da gibt es teilweise die abenteuerlichsten Kochplattenkonstruktionen, die teilweise den ganzen Stromkreis lahm legen. Also wir hatten irgendwie einen Klienten, der gekommen ist, total aufgelöst.. ja sie müssen jetzt ausziehen sie müssen ausziehen, weil seine Kinder haben Feuer gelegt. Wir haben dann mit Dolmetschern die ganze Geschichte herausgeforscht, und die war so, dass die Kinder in der Nacht Kerzen angezündet haben, und die haben sie dann brennen lassen und irgendwas in Brand gesteckt.. Und die Frage war, warum müssen die Kinder mit Kerzen spielen.. und dann hat sich herausgestellt, dass in dieser Unterkunft ständig Stromausfälle sind, der Besitzer aber nicht da ist, und man zu dem Sicherungskasten nicht dazu kann, und sich deswegen die Bewohner, wenn ein Stromausfall ist in der Nacht mit Kerzen behelfen müssen, und die Kinder aufs Klo mussten und dann diese Kerzen angezündet haben. Dann hab ich noch nachgefragt bei der Sozialbetreuung was das ist mit diesen Stromausfällen, und die haben gesagt, na ja da gibt es schon die andere Seite auch, nämlich, dass der Wirt teilweise am durchdrehen ist, weil in jedem Zimmer völlig wahnsinnige Elektrogeräte angeschlossen werden und dadurch halt dauernd diese Stromausfälle verursacht werden.“ (Interview mit Marion Kremla, S. 8)

Wer es geschafft hat, Traiskirchen oder Thalham hinter sich zu bringen, für den fängt das große Warten allerdings erst an. Denn „Asylwerber haben praktisch ein Beschäftigungsverbot“, erläutert Christoph Riedl von der Flüchtlingshilfe der Diakonie. Es gibt zwar theoretisch die Möglichkeit einer Saisonarbeit, allerdings eine solche zu bekommen ist äußerst mühevoll und mit vielen Hürden verbunden. Außerdem geht diese Beschäftigung nur über eine bestimmte Zeit im Jahr und bietet keine wirkliche Sicherheit. „Man kann einmal z.B. zur Gurkenernte kommen von Juni bis Oktober und dann im nächsten Jahr wieder, aber man kann nicht z.B. danach von Oktober an die Kürbisernte anhängen, d.h. man kann sich keinen dauerhaften Aufenthalt schaffen.“ (Interview mit Marion Kremla, S. 9)

Tatsache ist, dass Asylwerber in der Hierarchie des AMS (Arbeitsmarktservice) an unterster Stelle stehen. Vorrecht haben also alle Österreicher und Ausländer mit Aufenthaltsrecht. Somit ist die Realität so, dass selbst Saisonarbeit äußerst selten vergeben wird. Die Asylwerber erhalten pro Monat vierzig Euro Taschengeld. Unter diesen Umständen müssen diese Menschen oft sieben bis acht Jahre leben. Denn so lang dauert durchschnittlich ein Asylverfahren. Manchmal länger, manchmal kürzer.

1.4.9 Integration von Flüchtlingen

Im Jahre 2007 wurde in mehreren Ländern der EU von Seiten der UNCHR eine Befragung betreffend Integration von Flüchtlingen durchgeführt. Es nahmen Männer, Frauen, Jungen und Mädchen aus Flüchtlingsgemeinschaften teil. Laut dieser Befragung zeigten sich folgende Hindernisse in der Integration für Flüchtlinge:

- Schwierigkeiten aufgrund mangelnder Kenntnis der Landessprache und kultureller Unterschiede
- Diskriminierung und ablehnende Einstellungen gegenüber Ausländern
- Fehlendes Verständnis in der Gesellschaft des Aufnahmelandes für die spezielle Lage der Flüchtlinge
- Eingeschränkter Zugang zu Rechten für Personen mit Subsidiärem Schutz

(vgl.

http://www.unhcr.at/fileadmin/unhcr_data/pdfs/rechtsinformationen/1_International/1_Voelke_rechtliche_Dokumente/01_GFK/06_GFK_Bedeutung_heute.pdf?PHPSESSID=6638cd9c3550240d6f37bdcfaafe8e, Zugriff am 23. November 2010)

Österreich betrachtet Integration kaum als staatlichen Auftrag, im Gegenteil. Die Zuwanderung von Menschen anderer Länder ist von Angst und Befürchtungen dominiert. Die unzureichende Integrationspolitik Österreichs erschwert jegliche Integration und führt

geradewegs in das Fortbestehen einer gesellschaftlichen Randposition. (vgl. Kornfeld, M., 2004: S.133)

Martin Neubauer definiert in seiner Dissertation den „Zustand“ der Integration wie folgt: Integration „als psychisches und soziales Wohlbefinden und die Möglichkeit, an das Leben dort wieder anzuknüpfen, wo es erzwungenermaßen unterbrochen wurde. Das normale Leben und damit die Integration bedeutet aber für jeden etwas anderes. (...) Der Zustand einer subjektiv befriedigenden Integration kann aber auch dann erreicht werden, wenn eine Person nach den üblichen Kriterien (Sprachgebrauch, Freizeitverhalten,...) nicht der Norm der Aufnahmegesellschaft entspricht.“ (Neubauer, M., 1995: S. 26)

Hilfs- und Integrationsmaßnahmen sollten immer unter Beachtung der von Flüchtlingen entwickelten Lebens- und Überlebensstrategien im Aufnahmeland als auch im jeweiligen kulturellen und lebensgeschichtlichen Kontext erarbeitet werden. (vgl. Binder, S., Tosic, J. in SWS-Rundumschau/Heft 4, 2003: S 4)

Therapie als Hilfe für Integration

Für traumatisierte Flüchtlinge ist eine Therapie eine entscheidende Hilfe für Integration. Ohne therapeutische Unterstützung ist der Aufbau eines „normalen“ Lebens im Exilland nur sehr begrenzt möglich. Arbeiten wird durch Symptome des Traumas wie z.B. Schlaflosigkeit, Angstzustände, Panikattacken, Alpträume, Depressionen, erhöhte Schreckhaftigkeit, und vieles mehr behindert. Auch soziale Beziehungen, sofern welche bestehen, können sehr darunter leiden. Unbekannte Situationen sowie Menschen können als bedrohlich erlebt werden. Es ist fast unmöglich, die Welt als positiv zu betrachten. (vgl. „Platz für neue Hoffnung“, Hemayat Jahresbericht 2008: S. 30)

Umso wichtiger ist es, therapeutische Interventionen zu setzen, um wieder ein lebenswertes Leben zu ermöglichen. Denn dies ist ein wichtiger Grundpfeiler für Integration.

1.4.10 Erstversorgung von traumatisierten Flüchtlinge laut Asylgesetz

Obwohl Flüchtlinge eine hohe Rate an psychischen Störungen aufgrund von Traumatisierungen aufweisen, gibt es zur Zeit nur vereinzelt Studien, welche die Wirksamkeit einer psychotherapeutischen Intervention bei dieser Patientengruppe untersuchen. (vgl. Muthny, Bermejo, 2008)

Das zurzeit geltende österreichische Bundesgesetz über die Gewährung von Asyl ist die Fassung vom Jahr 2005. Seither wurden zwar immer wieder kleine Änderungen vorgenommen, allerdings nicht in dem von mir zu untersuchenden Bereich. Das Gesetz ist in neun Hauptstücke unterteilt von dem jedes wiederum in verschiedene Abschnitte gegliedert ist. Sowohl die Hauptstücke als auch die Abschnitte zeigen chronologisch die unterschiedlichen Stadien des Asylverfahrens auf und tragen somit zu einem guten Überblick des gesamten Verfahrens bei. Die Paragraphen sind den jeweiligen Abschnitten untergeordnet.

Im gesamten Asylgesetz gibt es nur einen Paragraphen, der sich explizit auf die psychologische Betreuung von Flüchtlingen bezieht. Dort heißt es „Ist im Zulassungsverfahren mit hoher Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass der Asylwerber durch Folter oder durch ein gleichwertiges Ereignis an einer belastungsabhängigen krankheitswertigen psychischen Störung leidet, die 1. ihn hindert, seine Interessen im Verfahren wahrzunehmen oder 2. für ihn die Gefahr eines Dauerschadens oder von Spätfolgen darstellt, hat eine Mitteilung nach §29 Abs. 3 Z5 nicht zu erfolgen. Der Antrag ist im Zulassungsverfahren nicht abzuweisen. Im weiteren Verlauf des Verfahrens ist auf die besonderen Bedürfnisse des Asylwerbers bedacht zu nehmen. §10 Abs. 3 gilt.“ (Asylgesetz 2005-AsylG 2005, 2. Abs. §30, <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20004240>, Zugriff am 11. Oktober 2010)

Hier wird zwar eine mögliche psychische Beeinträchtigung angesprochen, aber auf eine aufbauende psychotherapeutische Versorgung nicht weiter eingegangen. Unter diesen Umständen, wie sie in §30 angeführt werden, ist es nicht nachvollziehbar, dass man von einem Schutzgedanken für traumatisierte Flüchtlinge, welcher im Asylgesetz 2003 noch vorhanden ist, abgegangen ist. Die Schutzklausel für Traumatisierte ist in der Fassung des

Asylgesetzes 2005 nicht mehr existent. „Es sind keine Maßnahmen vorgesehen, die eine Rücksichtnahme auf die psychische und physische Ausnahmesituation der Betroffenen darstellen würde“ (Stellungnahme des NIPE zum Entwurf des Asylgesetzes 2005 und der Änderung des Bundesbetreuungsgesetzes: S.2)

Insgesamt musste ich feststellen, dass der psychotherapeutischen Betreuung der Asylwerber im Asylgesetz 2005 so gut wie keine Aufmerksamkeit zukommt. Den besonderen Bedürfnissen traumatisierter Flüchtlinge wird in keinem Fall Rechnung getragen. Auch die Gewährleistung besonderer Behandlung von traumatisierten Personen ist nicht vorhanden.

Auch im allgemeinen Grundversorgungsgesetz, auf welches im Asylgesetz verwiesen wird, ist kein expliziter Hinweis auf psychotherapeutische Unterstützung verankert. Die Grundversorgungsvereinbarung wird wie folgt beschrieben: „(...) die Vereinbarung zwischen dem Bund und den Ländern (...) über gemeinsame Maßnahmen zur vorübergehenden Grundversorgung für hilfs- und schutzbedürftige Fremde (Asylwerber, Asylberechtigte, Vertriebene und andere aus rechtlichen oder faktischen Gründen nicht abschiebbare Menschen) in Österreich in der geltenden Fassung...“ (vgl. Grundversorgungsgesetz –Bund 2005-GVG-B §1, Abs.2, http://www.bmi.gv.at/cms/BMI_Asywesen/rechtsgrundlage/start.aspx, Zugriff am 25. Oktober 2010)

Um einen Einblick in das Asylgesetz zu erlangen, bedarf es einem Niveau an Rechtskundigkeit, das es sogar psychisch gesunden Menschen, die der deutschen Sprache mächtig sind fast unmöglich macht, den genaueren Sinn hinter den Paragraphen zu erfassen um in weiterer Folge die richtigen Schritte zu ergreifen. Es sind auch keine Rechtsbelehrungspflichten von Seiten der Behörden angeführt. Das heißt also, die Behörden sind nicht verpflichtet der Person zu einem besseren oder überhaupt zu einem Verständnis zu verhelfen. De facto ist es psychisch beeinträchtigten Personen nicht möglich sich ohne Hilfe über ihre Rechte und Pflichten zu informieren.

Von einem Menschen, der aufgrund von Folter oder anderen fluchtbedingenden Ereignissen an einer belastungsabhängigen, psychischen Störung leidet, kann nicht erwartet werden, dass er oder sie in der Lage ist, in solch komplexen Verfahren, wie es das Asylverfahren ist, seine

oder ihre Interessen wahrzunehmen. Traumatisierte Menschen sind oft nicht einmal in der Lage zu sprechen. Es ist also in keinem Fall nachvollziehbar, warum die Schutzklausel, die traumatisierte Asylwerber vor Ausweisung und Rücküberstellung bewahren sollte, fällt. Dies hatte natürlich zur Folge, dass Schubhaftnahmen bzw. Ausweisungen verstärkt zum Einsatz kommen. (vgl. Stellungnahme des NIPE zum Entwurf des Asylgesetzes 2005 und der Änderung des Bundesbetreuungsgesetzes: S.2)

2 Forschungsmethoden

2.1 Delfi Untersuchung

Die Delfi Technik ist eine Art der schriftlichen Befragung, welcher allerdings eine ganz eigene, charakteristische Vorgehensweise zugrunde liegt. Aus diesem Grund wird sie oftmals als eigener Typ von Forschung beschrieben.

Die Grundidee besteht darin, Expertenmeinungen zur Problemlösung zu nutzen. Ein wichtiges Merkmal der Delfi-Methode ist die Anonymität der ExpertInnen untereinander. (vgl. Mayer, 2002: S. 101)

Um mir einen groben Überblick über die allgemeine Situation der psychotherapeutischen Versorgung von Flüchtlingen in Österreich zu verschaffen, habe ich mich für eine schriftliche Befragung im Rahmen einer Delfi Untersuchung entschieden. Dazu habe ich einen Fragebogen bestehend aus insgesamt 9 Fragen entwickelt. Diesen habe ich dann an jeweils zehn bis fünfzehn PsychotherapeutInnen pro Bundesland verschickt. Die Auswahl meiner Stichprobe erfolgte von einer Internetplattform namens PsyOnline, auf der sich die meisten Therapeuten Österreichs registrieren. Die Auswahl erfolgte randomisiert. Es wurden an die hundert Fragebögen per Mail verschickt. Der Fragebogen war anonym mit Angabe des Ortes binnen 2 Wochen an mich zurückzuschicken.

Ergebnisse der Delfi Untersuchung

Die geringe Rücklaufquote von insgesamt sechzehn Fragebögen führe ich auf die Zugangsbarrieren zu Psychotherapie in freier Praxis sowie den fehlenden finanziellen Mitteln zurück. Aus den Bundesländern Tirol, Vorarlberg und Oberösterreich wurde kein Fragebogen an mich zurück gesendet. Von den insgesamt sechzehn zurückgesendeten Fragebögen gaben elf Psychotherapeuten an, schon einmal mit Flüchtlingen gearbeitet zu haben. Alle gaben an, ihre Klienten entweder über Vereine, Institutionen, Betreuungszentren oder aus dem Krankenhaus zugewiesen bekommen zu haben, was meine These über mögliche Gründe der geringen Rücklaufquote deutlich unterstreichen würde. Die meisten Behandlungen erfolgten

während bzw. nach dem Asylverfahren. Fast alle Befragten gaben auf meine Frage der häufigsten Störungsbilder das Auftreten einer Posttraumatischen Belastungsstörung ausgelöst durch Traumata an, gefolgt von Affektiven Störungen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen sowie psychosomatischen Beschwerden. Die von den Therapeutinnen angewandten Methoden fielen sehr vielseitig aus, allerdings wurden fast ausschließlich Methoden genannt, die zur Behandlung nach Traumatisierungen angewandt werden können. Dazu zählen Imaginationsübungen, Entspannungsübungen, Atemübungen, Personenzentrierte Psychotherapie, Spieltherapie bei Kindern, Autogenes Training, Integrative Gestalttherapie, Methoden, bei denen die Sprache nicht im Vordergrund steht: Arbeit mit Symbolen, Bildern, Körperübungen, ect.. Einen wichtigen Punkt stellten auch stabilisierende Maßnahmen dar. Bei der Frage nach der Nationalität der Flüchtlinge wurden vorwiegend Menschen aus slawischen Kulturen, wie Bosnien, Serbien und dem Kosovo genannt, aber auch Tschetschenien und Afghanistan waren vertreten. Folgende kulturelle Faktoren hatten Einfluss auf die psychotherapeutische Arbeit: kulturspezifische Copingstrategien, Unterschiede im Männer- und Frauenbild sowie kulturspezifischer Umgang mit Krankheit.

2.2 Interviews

2.2.1 Auswahl der Interviewpartner

Um mir einen guten Einblick in die psychotherapeutische Arbeit mit Flüchtlingen sowie in die momentane österreichische Asylpolitik zu verschaffen, habe ich drei Expertinnen zu ihrer Arbeit befragt. Marion Kremla ist Mitarbeiterin der Asylkoordination Österreich und Koordinatorin des Netzwerks NIPE. Die Asylkoordination versucht, Asylpolitik grundsätzlich möglich zu machen. Durch Öffentlichkeitsarbeit will die Asylkoordination Österreich die Bevölkerung für die Probleme von Flüchtlingen sensibilisieren. Frau Mag. Kremla ist bereits seit einigen Jahren im Flüchtlingsbereich tätig und konnte mir daher für meine Arbeit sehr hilfreiche Informationen über die gegenwärtige Asyl- und Aufnahmepolitik und die psychotherapeutische Versorgung im Rahmen des Aufnahmeverfahrens liefern.

Frau Mag.a. Uta Wedam ist Mitarbeiterin des Vereins Zebra in Graz sowie Psychotherapeutin in freier Praxis. Frau Mag.a. Irmgard Demiroglu ist Mitarbeiterin des Vereins Hemayat in Wien und ebenfalls Psychotherapeutin in freier Praxis. Beide konnten mir einen Einblick in die psychotherapeutische Arbeit mit Flüchtlingen liefern.

2.2.2 Durchführung der Interviews

Bei der mündlichen Befragung der Expertinnen handelte es sich um semistrukturierte Experteninterviews, welche durch eine geringe Standardisierung gekennzeichnet sind. Die ausgewählten Expertinnen wurden anhand eines von mir ausgearbeiteten Interviewleitfadens, der als Hilfestellung diente, befragt. Es handelte sich ausschließlich um offene Fragen, deren Reihenfolge und Formulierung auf die jeweilige Interviewsituation angepasst wurden. Aufgrund der unterschiedlichen Arbeitsfelder meiner Interviewpartnerinnen entwickelte ich zwei unterschiedliche Interviewleitfäden. Bei Marion Kremla spezialisierte ich mich dabei eher auf die österreichische Gesetzeslage in der Asyl- und Aufnahmepolitik und in wieweit psychotherapeutische Versorgung darin verankert ist. Um auch die psychotherapeutische Praxis durch Expertinnenwissen zu untermauern, entwickelte ich für die Interviews mit den beiden Psychotherapeutinnen einen Interviewleitfaden, der sich in erster Linie auf die eigentliche psychotherapeutische Arbeit bezog. Die Interviews wurden alle in den jeweiligen Arbeitsräumen meiner Interviewpartnerinnen durchgeführt und dauerten im Durchschnitt etwas über eine Stunde. Die Interviews wurden auf Tonband aufgenommen und zu einem späteren Zeitpunkt transkribiert.

2.2.3 Auswertung der Interviews

Die Interviews wurden mittels Inhaltsanalyse ausgewertet. Bei einer Inhaltsanalyse werden systematische Dokumente (Dokumente, die eigens für die Forschung bzw. für die Analyse entwickelt wurden), wie in meinem Fall die Tonbandaufnahmen meiner Interviews, analysiert und ausgewertet. Es handelt sich hierbei um eine qualitative Analyse, bei der es um den

Inhalt des Dokumentes und nicht um das Feststellen von Häufigkeiten geht. (vgl. Mayer, H., 2002: S. 145)

Die inhaltliche Auswertung der Interviews ist in meinem Fall in die dafür relevanten Punkte meiner Arbeit eingeflossen.

2.3 Die Dokumentenanalyse

Bei der Dokumentenanalyse handelt es sich um die Analyse akzidentaler Dokumente. Das heißt, es handelt sich um Dokumente, die anders als bei den Systematischen unabhängig von der Analyse entstanden sind. In meinem Fall analysierte ich Dokumente, wie das österreichische Asylgesetz 2005, die einzelnen Grundversorgungsvereinbarungen sowie Literatur zu forschungsrelevanten Themen.

3 Traumatisierung

3.1 Das psychische Trauma

„Der psychologische Kern oder die Wahrheit des Traumas wird von einer unerträglichen seelischen Grausamkeit gebildet. Auf der Ebene des Subjekts bedeutet ein Trauma unermessliches seelisches Leiden.“ (Hillebrandt, R., 2004: S. 23)

Hillebrandt erläutert hier sehr eindrucksvoll das subjektive, seelische Leid, das Trauma bedeutet.

Der Begriff „Trauma“ (griech. Wunde, Verletzung) hat seinen Ursprung in der Behandlung von Veteranen des Vietnamkrieges und wurde später um die psychische Komponente erweitert. Trauma wird definiert als ein „Ereignis im Leben des Subjektes, das definiert wird durch seine Intensität, die Unfähigkeit des Subjekts, adäquat darauf zu antworten, die Erschütterung und die dauerhaften pathogenen Wirkungen, die es in der psychischen Organisation hervorruft.“ (Gröschel, C., 2008, S.19)

Das ICD (International Classification of Diseases) und das DSM (Diagnostisch-Statistisches Manual) definieren psychisches Trauma als Ereignis und unterscheiden wie folgt:

- „Menschlich verursachte Traumata (sexuelle und körperliche Misshandlung in der Kindheit, kriminelle und familiäre Gewalt, zivile Gewalterlebnisse, Vergewaltigungen, Kriegserlebnisse, Folter und politische Inhaftierung, Massenvernichtung),
- Katastrophen und unfallbedingte Traumata (Naturkatastrophen, technische Katastrophen, berufsbedingte Katastrophen, Arbeits- und Verkehrsunfälle).“ (Steiner, B; Krippner, K., 2006: S. 14)

Die beiden Klassifikationssysteme verabsäumen in ihrer Unterscheidung der beiden Ebenen die Miteinbeziehung von Traumata rein emotional – kommunikativer Art bzw. reine Beziehungstraumata. Darunter fallen unter anderen emotionaler Missbrauch, Vernachlässigung und seelische Grausamkeit durch nahe Bezugspersonen. Unter

Berücksichtigung dieses Aspekts, kann die Definition von Trauma um weitere Unterschiede erweitert werden:

- „politisch – gesellschaftliche Instanzen und kriminelle Strukturen, die das Subjekt einschüchtern, unterwerfen, zu Hörigkeit und Verrat zwingen, seine Persönlichkeit manipulativ verändern bis hin zu Gehirnwäsche,
- persönliche Beziehungen, die zu fortgesetzter Verunsicherung führen durch Double-blind, Missachtung des eigenen Ausdrucks und der eigenen Wahrnehmung (Seelenblindheit) oder durch emotionale Kälte, Vernachlässigung, Demütigung und seelische Grausamkeit, sexueller Missbrauch und andere psychische Gewalttaten bis hin zu physischer Folter“ (Steiner, B; Krippner, K., 2006: S. 15)

Fischer und Riedesser definieren das psychische Trauma als „ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen wie Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt.“ (Fischer, G; Riedesser P, 1998: S. 79)

Diese Definition von Trauma sagt, dass nicht Angst oder gar Stress verantwortlich für die traumatische Wirkung sind, sondern das Erleben von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe an bedrohliche Umwelteinflüsse, an eine paradoxe Situation, in der wir machtlos sind und die wir nicht mehr verändern können.

Es gibt also viele Definitionen von psychischen Trauma. Allen gemein ist aber, dass es sich in jeglicher Hinsicht um einen mehr oder minderen Verlust des Urvertrauens handelt, welches weitgehend unser Überleben sichert.

3.2 Das Prozessmodell der psychischen Traumatisierung

Das Prozessmodell der psychischen Traumatisierung beinhaltet drei Komponenten, nämlich die traumatische Situation, die traumatische Reaktion und der traumatische Prozess. (vgl. Gröschel C., 2008) Im folgenden Kapitel werden die drei Komponenten näher beschrieben.

3.2.1 Die traumatische Situation

Innerhalb der traumatischen Situation unterscheidet man zwischen Innen- und Außenperspektive. In der Innenperspektive steht sie für das, was der Betroffene subjektiv erlebt, wenn sich das Trauma ereignet. Allerdings nimmt der Betroffene während des traumatischen Ereignisses sich selbst aus einer Außenperspektive wahr, so als wäre er Beobachter. Dies nennt man den Zustand der Dissoziation. Dieses sich selbst aus der Perspektive eines anderen zu betrachten (Außenperspektive), verlangt vom Betroffenen, der ja in dem Moment die Rolle des Beobachters einnimmt, sich in die Situation des Betroffenen hineinzusetzen, um die traumatische Erfahrung zu verstehen. Die traumatische Situation bringt ihn in eine paradoxe Lage. Einerseits wird eine angemessene Handlung gefordert, andererseits lässt sie keine subjektiv angemessene Reaktion zu. Therapeutische Veränderung muss also darauf zielen, den Bezug der traumatisierten Person zur Welt aber auch zu sich selbst zu bearbeiten, sodass ein emotionales sowie kognitives Begreifen der traumatischen Situation möglich wird. (vgl. Steiner, B; Krippner, K., 2006: S. 18/19)

3.2.2 Die traumatische Reaktion

Bei der traumatischen Reaktion werden 2 Phasen unterschieden:

Phase 1: Expositorische oder peritraumatische Phase: während dieser Phase ist das

Individuum der traumatischen Situation unmittelbar ausgesetzt (exponiert)

Phase 2: Post – expositorische Einwirkungsphase: In dieser Phase ist die akute Bedrohung

zwar vorüber, dennoch wirkt die traumatische Erfahrung weiter auf den

Betroffenen ein. Sie wird in mehrere Phasen unterteilt, was ich später

ausführen werde.

Außerdem fallen dem Ausdruck der „traumatischen Reaktion“ zwei Bedeutungen zu. Die aktivische Bedeutung steht für die Notfallreaktion, die gegen den traumatischen Einfluss

gerichtet ist und die passivische Bedeutung steht für die Schadensbegrenzung bei einem bereits eingetretenen Schaden. Ersteres, nämlich die Notfallreaktion, tritt als paradoxe Reaktion auf eine Situationserfahrung auf, die sich subjektiv nicht mehr verarbeiten lässt und somit keine der Situation angemessenen Reaktion zulässt.

Die traumatische Reaktion ist eine nachvollziehbare Antwort auf eine außergewöhnliche Situation. Sie ist ein komplexer Abwehrmechanismus. „Der psychophysische Organismus versucht, das „Trauma“ aufzulösen, auszuschneiden oder aber zu assimilieren oder mit ihm als nicht assimilierbarem innerem „Fremdkörper“ weiter zu leben.“ (Steiner, B; Krippner, K., 2006: S. 19) Wenn das Trauma als Fremdkörper weiter bestehen bleibt, dann charakterisiert es in weiterer Folge den „traumatischen Prozess“.

Das Konzept der „traumatischen Reaktion“ stammt ursprünglich von dem nordamerikanischen Psychoanalytiker Gidon Horowitz. Er ist ein Pionier auf dem Gebiet der Traumaforschung. Er verbindet den Ansatz Janets von den dissoziierten Erlebniszuständen als zentrale Traumafolge und die Abwehrlehre Freuds.

Horowitz sagt, dass die post-expositorische Reaktion 5 Phasen durchläuft, welche jeweils nach einer normalen Variante, die er als „stress response“ bezeichnet und einer pathologischen Variante, welche die traumatische Reaktion im engeren Sinne darstellt, unterschieden werden.

Er nennt folgende Phasen:

- Peri – traumatische Expositionsphase

In dieser Phase zählen Reaktionen wie Wut, Trauer, Angst oder Aufschrei zu sogenannten „normalen“ Reaktionen. Zustände wie Panik oder Erschöpfung resultierend aus den eskalierenden emotionalen Reaktionen können noch über lange Zeit andauern. Kennzeichnende Symptome: Der Betroffene wird von Eindrücken und Affekten regelrecht überflutet.

- Verleugnungsphase bzw. –zustand

In dieser Phase beginnt der Betroffene, sich gegen die Erinnerungen an die traumatische Situation zu wehren. Es kommt im Zuge der pathologischen Variante zu einem extremen Vermeidungsverhalten. Es kann zum Missbrauch von Drogen oder Medikamenten kommen, mit dem Ziel den seelischen Schmerz zu lindern.

- Intrusionsphase bzw. –zustand

Im Zuge der pathologischen Variante dringen in dieser Phase ununterbrochen Gedanken sowie Erinnerungsbilder des Traumas in das Bewusstsein (intrusive Phänomene der PTSD) des Betroffenen, welche zu entsprechenden Erlebniszuständen führen können.

- Phase bzw. Erlebniszustand des Durcharbeitens

Hier kommt es zu einem Auseinandersetzen mit den traumatischen Ereignissen und der persönlichen Reaktion. Im Zuge der pathologischen Variante treten erstarrte Zustände sogenannte „frozen states“ begleitet von psychosomatischen Symptomen wie körperliche Missempfindungen jeglicher Art auf. Die Zuversicht über einen positiven Abschluss der traumatischen Erfahrung schwindet und es kommt zu Vermeidungshaltungen.

- Relativer Abschluss (completion)

In dieser Phase muss der Betroffene fähig sein, sich an die zentralen Bestandteile der traumatischen Situation ohne zwanghafte Fixierung erinnern zu können. Charakteristisch sind hier im Zuge der pathologischen Variante erneut Zustände der Erstarrung. Um mit der traumatischen Erfahrung umgehen und vor allem leben zu können, kommt es zu Versuchen der Charakteränderungen. Vermeidungshaltungen werden z.B. zu phobischen Charakterzügen. Ein allgemeines Merkmal solch einer Charakteränderung kann unter anderen eine Störung von Beziehungs- und Arbeitsfähigkeit sein.

Innerhalb der traumatischen Reaktion kann es zu einem ständig wiederkehrenden Wechsel von Eindringen (Intrusion) und Verleugnung der traumatischen Erinnerungsbilder kommen. Nach einem traumatischen Ereignis muss Selbst- und Weltverständnis wieder aufgebaut und positiv besetzt werden. Das ist ein äußerst mühsames Unterfangen und kann laut Horowitz auch nur funktionieren, wenn „die Fähigkeit der Selbstberuhigung so weit gestärkt ist, dass ein kontrolliertes Wiedererleben der traumatischen Situation möglich wird und die traumatische Erfahrung allmählich integriert werden kann. (Horowitz, G., 1967 In Steiner, B., Krippner, K., 2006: S. 20)

Nun möchte ich noch drei mögliche Ausgänge der post-expositorischen Reaktion anführen:

- Abschluss im Sinne der „completion – tendency“

Es besteht keine Gefahr mehr einer Wiederkehrung des Traumas. Auch Erinnerungsverzerrungen sowie Abwehrprozesse sind nicht zu erwarten. Es ist also gelungen, ein neues Selbst- und Weltverständnis aufzubauen und sogar die traumatische Erfahrung zu integrieren. Der Betroffene ist in der Lage, innere und äußere Reize, die an das Trauma erinnern in ihrer Bedeutung zuzulassen und zu erkennen. Außerdem ist es ihm möglich mit passenden Affekten wie Wut oder Empörung ohne weitere Folgen von der traumatischen Situation zu berichten. Dies stellt den Idealfall des Ausgangs einer therapeutischen Intervention nach einem traumatischen Erlebnis dar.

- Vorzeitige Unterbrechung des Arbeitsprozesses

Bei diesem Therapieausgang weisen die traumatisierten Personen zwar keine Symptome mehr auf, allerdings kommt es zu erhöhter Somatisierungsneigung sowie Verzerrungen der Erinnerung. Die traumatische Erfahrung ist nach wie vor präsent, was bedeutet, dass die Betroffenen auf traumabezogene Reize mit starkem Vermeidungsverhalten reagieren.

Folgende Faktoren scheinen eine vorzeitige Unterbrechung des Arbeitsprozesses zu begünstigen: eine unrealistisch optimistische Weltsicht, die verstärkte Tendenz zu Verdrängung und Verleugnung sowie eine starke dissoziative Neigung. Weiters spielt die traumatische Situation an sich, der traumatische Prozess, aber auch das Lebensalter eine entscheidende Rolle.

- Chronisches Fortbestehen der traumatischen Situation

(vgl. Gröschel, C., 2008: S. 20 – 21)

3.2.3 Der traumatische Prozess

Hier besteht bereits eine Posttraumatische Belastungsstörung mit chronischem oder komplexem Verlauf. Dieser Verlauf tritt vor allem nach Extremtraumatisierungen auf. (vgl. Steiner, B; Krippner, K., 2006: S. 20-23)

- Posttraumatische Dissoziationsphänomene

Posttraumatische Dissoziationsphänomene können sich in unterschiedlicher Art und Weise äußern. Es kann zu Depersonalisation (Gefühle der Entfremdung vom eigenen Körper) oder Derealisation (Gefühle der Entfremdung von der Umgebung) kommen. Aber auch Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen sowie Veränderung oder gar Verlust von Funktionen der Wahrnehmung oder Bewegung können vorkommen. (vgl. Gröschel, C. 2008: S. 20-21)

- Intrusionen (Eindringen)

Hier wird das traumatische Erlebnis im Gedächtnis gespeichert und kann in weiterer Folge als plötzliche Rückblende (auch Flashbacks genannt) oder nächtens als angsteinflößender Alptraum ins Bewusstsein gelangen. (vgl. Steiner, B., Krippner, K., 2006: S. 58)

- Avoidance (Vermeidung)

Es kommt zur Vermeidung von Reizen und Situationen, die an die traumatische Reaktion erinnern. (vgl. Gröschel, C., 2008: S. 21)

- Emotionale Taubheit (Numbing)

Es kommt zu psychomotorischer Erstarrung sowie affektiver Betäubung. Dies geht mit eingeschränkter Wahrnehmung einher. Lern- und Gedächtnisinhalte können nur sehr schlecht aufgenommen und gespeichert werden. (vgl. Steiner, B., Krippner, K., 2006: S. 48). Weiters kann es zu einem Gefühl der Entfremdung von anderen und innerer Teilnahmslosigkeit kommen. (vgl. Gröschel C. 2008: S. 21)

- Phänomene der Übererregung (Hyperarousal)

Das Symptom der Übererregung ist durch Ein- und Durchschlafstörungen, Konzentrationsstörungen, Überwachsamkeit, erhöhter Schreckhaftigkeit, Reizbarkeit und plötzlichen Wutausbrüchen gekennzeichnet. (vgl. Gröschel, C., 2008: S.21)

3.3 Folgeerkrankungen von Traumatisierung

Traumatisierungen können die unterschiedlichsten Folgeerkrankungen bedingen. Dazu gehören Akute Belastungsstörungen, Anpassungsstörung, Depressionen, Angststörungen, Dissoziative Störungen, Störungen im Sozialverhalten, sogenanntes „Freezing“ oder „Hyperarousal“, erhöhte Vulnerabilität, resilientes Verhalten, Intrusionen, etc..

Das folgende Kapitel bezieht sich auf einige Folgen, die Traumatisierung mit sich ziehen kann.

3.3.1 Die akute Belastungsreaktion

Bei der Akuten Belastungsreaktion handelt es sich um eine Art Krisensituation, für die der Betroffene keine Copingstrategien (Bewältigungsstrategien) besitzt.

Das ICD 10 definiert diese Reaktion wie folgt:

„Eine vorübergehende Störung, die sich bei einem psychisch nicht manifest gestörten Menschen als Reaktion auf eine außergewöhnliche physische und psychische Belastung entwickelt und die im allgemeinen innerhalb von Stunden oder Tagen abklingt. Die individuelle Vulnerabilität und die zur Verfügung stehenden Bewältigungsmechanismen (Coping-Strategien) spielen bei Auftreten und Schweregrad der akuten Belastungsreaktionen eine Rolle. (...) Vegetative Zeichen panischer Angst wie Tachykardie, Schwitzen und Erröten treten zumeist auf.“ (ICD-10, Kapitel IV, Psychische und Verhaltensstörungen, F43.0)

3.3.2 Die Anpassungsstörung

Die Betroffenen haben das Gefühl, bedrängt und emotional beeinträchtigt zu werden. Dieses Gefühl der Bedrängnis kann während des Anpassungsprozesses nach einem traumatischen Ereignis vorkommen und diesen durch Einschränkungen sozialer Funktionen und Leistungen massiv behindern. Es kann zu Gefühlen wie Angst oder übermäßiger Sorge kommen, welche die Betroffenen in ihrem alltäglichen Leben stark einschränken. Sie haben oft das Gefühl, das eigene Leben nicht mehr bewältigen zu können. Ein markantes Merkmal einer Anpassungsstörung kann eine kurz oder länger andauernde depressive Reaktion sein, welche sich unter anderen in einer deutlichen Veränderung im Sozialverhalten beobachten lässt. (vgl. ICD-10, Kapitel IV – Psychische und Verhaltensstörungen, F43.2)

3.3.3 Posttraumatische Belastungsstörung (Posttraumatic Stress Disorder – PTSD)

Der Begriff der PTSD wurde als Folge und Reaktion auf komplexe, sozialpolitische Vorgänge eingeführt. Die zentralen Inhalte dieser Vorgänge waren der Vietnamkrieg und seine Folgen.

Viele Vietnam Veteranen brachten eine Reintegration in die Zivilgesellschaft der USA nicht zustande. Sie wurden sozial auffällig, zum Teil drogensüchtig, gewalttätig und entwickelten schwere psychische Symptomatiken. Die Einführung der PTSD bedeutete für diese Veteranen eine Anerkennung ihres Leidens. Sie bedeutete auch das Ende einer langen Diskussion in der Militärpsychologie, in welcher es lange Zeit darum ging, traumatisierte Soldaten seien nicht wirklich krank, sondern einfach nur feig. In diesem Sinne war die PTSD ein wichtiger Fortschritt, welcher Anerkennung und Schutz bedeutete.

Heute wird die PTSD nach dem ICD-10 wie folgt definiert:

... „entsteht als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. (...) Typische Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen, Träumen oder Alpträumen, die vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit auftreten.“ (ICD-10, Kapitel IV – Psychische und Verhaltensstörungen, F43.1)

Die traumatischen *Erinnerungen* können als Bilder, Gerüche, Geräusche oder körperliche Sensationen auftreten (Intrusion), oder als Flashbacks, worunter man ein plötzliches, kurzes Wiedererleben eines Traumaaspekts mit allen belastenden Gefühlen versteht. Beiden gemeinsam ist der unkontrollierbare Überflutungszustand.

„Ferner finden sich Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Freudlosigkeit sowie Vermeiden von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen. Meist tritt ein Zustand von vegetativer Übererregbarkeit mit Vigilanzsteigerung, einer übermäßigen Schreckhaftigkeit und Schlafstörung auf. Angst und Depression sind häufig mit den genannten Symptomen und Merkmalen assoziiert und Suizidgedanken sind nicht selten. Der Beginn folgt dem Trauma mit einer Latenz, die wenige Wochen bis Monate dauern kann. Der Verlauf ist wechselhaft, in der Mehrzahl der Fälle kann jedoch eine Heilung erwartet werden. In wenigen Fällen nimmt die Störung über viele Jahre einen chronischen Verlauf und geht dann in eine andauernde

Persönlichkeitsveränderung (F62.0) über.“ (ICD-10, Kapitel IV, psychische und Verhaltensstörungen, F43.1

Die Posttraumatische Belastungsstörung ist eine der häufigsten Folgen, die nach einer traumatischen Situation wie z.B. Flucht, Folter, Kriegserlebnis, etc. vorkommen kann. Als Merkmale der PTSD werden zunächst die möglichen auslösenden Situationen genannt, wobei das ICD -10 Naturkatastrophen, von Menschen verursachte Katastrophen und Gewaltverbrechen erwähnt. (vgl.Gröschel, C., 2008)

3.3.4 Dissoziation – Verlust der Integrität des Selbst

Bei der Dissoziation handelt es sich um eine Reaktion auf Extremsituationen, die seelisch und körperlich unerträglich geworden sind. Der Begriff stammt aus dem Lateinischen „dissociatio“ und bedeutet Trennung. Der gefühlsmäßige Aspekt einer traumatischen Situation wird vom bewussten Erleben abgetrennt mit dem Ziel, die seelischen und /oder körperlichen Schmerzen nicht mehr zu spüren. Dissoziation hat also eine psychische Schutzfunktion gegen das Überschwemmt werden von unbewältigbarem Schmerz. Bei aktuellen Situationen erleben traumatisierte Menschen ihre eigenen Gedanken und Gefühle oft als ich – fremd (ich – dyston) und fühlen sich einem inneren Bewertungsprozess ausgeliefert, der mit ihrem bisherigen Selbstbild nicht übereinstimmt. Dies führt zu einer sehr eingeschränkten Fähigkeit, auf Außenreize adäquat zu reagieren, was aber die inneren Spannungszustände erhöht und zu unkontrollierbaren Reaktionen führen kann.

Im ICD 10 wird Dissoziation wie folgt beschrieben: Bei der dissoziativen Störung, oder auch Konversionsstörung genannt, kommt es zu partiellem oder „völligem Verlust der normalen Integration der Erinnerungen an die Vergangenheit, des Identitätsbewusstseins, der Wahrnehmung unmittelbarer Empfindungen sowie der Kontrolle von Körperbewegungen.“ (ICD-10, Kapitel V – Dissoziative Störungen, F44) Bei den meisten Menschen kommt es nach mehreren Wochen oder Monaten zur vollständigen Remission. Wenn aber zu Beginn der Störung unlösbare Probleme oder interpersonale Schwierigkeiten auftreten, kann es zu einem chronischen Verlauf kommen. (vgl. ICD-10, Kapitel IV – Dissoziative Störungen, F44)

3.3.5 Freezing und Hyperarousal

Beim „Freezing“ kommt es zu einer Art Erstarrungszustand, ausgelöst durch existentielle Bedrohung der eigenen Person. Wenn vorhandene psychische und soziale Ressourcen aufgrund einer Art Schockreaktion versagen, kann es zu solch einer Erstarrung kommen. Gleichzeitig reagiert der Körper mit Übererregung (Hyperarousal). Man muss sich vorstellen, jemand gibt Gas und steigt im selben Moment auf die Bremse. Der Körper ist kontrahiert und reagiert mit lähmender Unbeweglichkeit, befindet sich aber gleichzeitig in einem Zustand agierter Überwachtheit und ist in ständiger Alarmbereitschaft. (vgl. <http://www.werner-eberwein.de/medien/texte-mainmenu-68/86-traumata-und-traumafolgen.html>, Zugriff am 15. April 2011)

3.4 Resilienz

Müssen alle Menschen, die eine traumatische Situation erlebt haben, die oben genannten Stadien durchlaufen? Ist Flucht mit den vorausgegangenen Schrecknissen per se traumatisierend und müssen alle Betroffenen an Traumafolgen erkranken? Wie ist es möglich, dass sich Menschen trotz des ihnen zugefügten Leids nach relativ kurzer Zeit wieder erholen und psychische Stabilität erreichen?

Eine Erklärung dafür bietet die Resilienzforschung, die sich erst zu Beginn der 70er Jahre des vorigen Jahrhunderts entwickelte. Das lateinische Wort „resilio“ bedeutet „zurückspringen“, im übertragenen Sinn ist damit die Fähigkeit gemeint, nach belastenden Ereignissen sich wieder erholen und in den früheren Zustand zurückkehren zu können. Resilienz ist salutogenetisch betrachtet also ein Schutzfaktor, der Menschen psychische und psychophysiologische Widerstandsfähigkeit verleiht, um traumatischen Stress unbeschadet auszuhalten und zu verarbeiten. Nach Staudinger und Freund ist Resilienz die Aufrechterhaltung normaler Entwicklung trotz vorliegender Risiken und Beeinträchtigungen und die Wiederherstellung normaler Funktionsfähigkeit nach erlittenem Trauma. Dabei wird zwischen Ressourcen und protektiven Faktoren, die die Aufrechterhaltung, beziehungsweise Wiederherstellung normaler Funktionsfähigkeit

unterstützen und Risikofaktoren, die diese gefährden, unterschieden. (vgl. Staudinger, Freund In: Brandtstädter J., 2007: S.77)

Petzold definiert Resilienzfaktoren, wie sie in Resilienzprozessen differentiell – d.h. je nach Belastungssituation und persönlicher Lebenslage – zur Wirkung und in den hochkomplexen Interaktionen mit der Umwelt zum Tragen kommen durch folgende Fähigkeiten :

- Eine hereditäre Disposition zur Vitalität, die eine gewisse Unempfindlichkeit gegenüber Belastungsfaktoren gewährleistet
- Die Fähigkeit, Belastungen effektiv zu bewältigen
- Die Fähigkeit, sich nach traumatischen Erfahrungen schnell und nachhaltig zu erholen
- Die Fähigkeit, Situationskontrolle und Kompetenz unter akutem Stress und in Konfliktsituationen aufrecht zu erhalten
- Die Fähigkeit, sich an Belastungssituationen so anzupassen, dass die Möglichkeiten bestehen, in ihnen zu überleben, ohne dass psychische oder psychosomatische Schädigungen feststellbar werden (vgl. Petzold, H.G., 1995: Wegeleit, Schutzschild und kokreative Gestaltung von Lebenswelt - Integrative Arbeit mit protektiven Prozessen und sozioökologischen Modellierungen in einer entwicklungsorientierten Kindertherapie. In: B. Metzmacher, H. Zäpfel, H.G. Petzold: S. 149)

Diese protektiven Fähigkeiten sind in ihrer Entwicklung kontextgebunden, d.h. sie brauchen ein Umfeld und Bedingungen, in denen sie sich entfalten können. Wie diese Fähigkeiten nach einer Flucht, der damit verbundenen Aufnahme im Gastland und der Behandlung im Aufnahmeverfahren geschwächt werden können, werde ich später ausführen.

Resilienz in diesem Sinne ist also nicht nur ein Persönlichkeitsmerkmal, sondern eine relationale Konstellation von Person – Umwelt Bedingungen.

4 Feststellung der Traumatisierung bei Flüchtlingen

4.1 Die Begutachtung

Der Bereich der Begutachtung ist ein sehr wichtiger, wenn man sich mit der psychotherapeutischen Versorgung von Flüchtlingen beschäftigt, da sie die Voraussetzung für eine solche Versorgung und Behandlung ist. Das Nicht Feststellen oder provokativ ausgedrückt, das Übergehen psychischer Störungen wie z.B. Traumata, bedeutet in den meisten Fällen einen negativen Asylbescheid. Es folgt die Abschiebung. Auch für meine Arbeit ist das Thema der Begutachtung von großer Relevanz, da sie die Brücke zwischen dem österreichischen Asylgesetz und der psychotherapeutischen Praxis darstellt. Seit der Abschaffung der Schutzklausel im österreichischen Asylgesetz, welche traumatisierten Flüchtlingen Schutz vor Abschiebung bot, kommt der Begutachtung kein so großer Stellenwert mehr zu.

4.1.1 Die gängige Gutachterpraxis in Österreich

Klaus Ottomeyer bezeichnet in seinem Buch „Interkulturelle Trauma-Diagnostik“ die gängige Praxis als „Gutachterverwahrlosung“. Diese kann allerdings schwerwiegende Folgen für die zu begutachteten Menschen haben.

Wenn Traumagutachten unzureichend oder oberflächlich erstellt werden, droht die besondere Schutzbedürftigkeit traumatisierter Flüchtlinge, welche von manchen Politikern thematisiert wird, zu einer Alibi – Rethorik zu werden. Vor allem wenn (was seit Anfang 2006 der Fall ist) Menschen mit der Diagnose Trauma dann doch für Monate in Schubhaft genommen und abgeschoben werden können, weil sie als „transportfähig“ gelten. Derzeit wird die Transportfähigkeit von Medizinerinnen bescheinigt. Momentan ist es so, dass besonders widerstandsfähige oder tapfere Überlebende, die keine Traumasymptome zeigen, weil sie (in der Sprache der Psychologie gesagt) über starke protektive Faktoren, wie den Glauben an Gott, Liebe zu ihren Kindern, kreative Ausdrucksmöglichkeiten und Intelligenz verfügen, für ihre relative Gesundheit mit Abschiebung oder Abschiebungsdrohung bestraft werden. (vgl. Ottomeyer, K., Renner, W., 2006:, S.8-9)

Überlegungen bezüglich Asylpolitik, Traumadiagnostik, interkulturelle Sensibilität bei Gutachten aber auch eigene Erfahrungen in der Arbeit mit Flüchtlingen waren der Antrieb für das 2003 eingereichte Forschungsprojekt, welches die kulturspezifische und kultursensible Diagnostik psychischer Traumafolgen in den Mittelpunkt stellte. Die Einreichung folgte auf Anregung von Klaus Ottomeyer, und zwar beim Fond zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung (FWF). Durchgeführt wurde das Projekt von Walter Renner, Ingrid Salem, Karl Peltzer, ein international anerkannter Traumaexperte, sowie Barbara Preitschler, Psychotherapeutin. Die Ergebnisse aus der empirischen Arbeit mit Asylsuchenden aus Tschetschenien, Afghanistan und Westafrika zeigten, dass weltweit einheitliche Diagnosekriterien im Sinne der posttraumatischen Belastungsstörungen für Menschen aus den untersuchten Kulturkreisen wenig Sinn machen, da unterschiedliche Kulturen auch genauso unterschiedliche Zugänge zu psychischen Störungen aufweisen. Außerdem zeigte sich, dass einige psychologische Diagnoseinstrumente, wie z.B. die Clinician Administered PTSD Scale (CAPS-1 von Blake et al. 2000), zu brauchbaren Ergebnissen führen, wenn man bei der Ergebnisbestimmung und –interpretation auf die starren („westlichen“) Diagnosekriterien der PTSD (Posttraumatic Stress Disorder/ Posttraumatische Belastungsstörung) verzichtet. Im ausführlichen klinisch-psychologischen bzw. im psychiatrisch-neurologischen Gespräch sollte den Gegebenheiten des Einzelfalles aufmerksam, sensibel und mit Selbstreflexion (dies besonders im Bezug auf doppelte Befremdung) große Aufmerksamkeit entgegengebracht werden. (vgl. Ottomeyer, K., Renner, W., 2006: S.9-10)

Auch zahlreiche weitere Untersuchungen und Forschungsergebnisse zeigen sehr deutlich, dass die psychotherapeutische sowie psychiatrische und auch psychosoziale Diagnostik von psychischen Störungen und Beeinträchtigungen, wie z.B. Traumata oder Angststörungen, auf keinen Fall vereinheitlicht werden können und dürfen, da die Auswirkungen derer von Land zu Land, von Kultur zu Kultur, ja sogar von Mensch zu Mensch sehr unterschiedlich sein können. Es zeugt daher von mangelnder Professionalität, diese Tatsache in der Diagnostik zu ignorieren. Denn genau diese entscheidenden Unterschiede müssen in einem Gutachten beziehungsweise in einer psychotherapeutischen oder psychologischen Anamnese beachtet werden. Es bedarf daher auch und besonders bei den Gutachten, welche in den meisten Fällen über das weitere Leben dieser Menschen, über positiven oder negativen Asylbescheid entscheiden, eine weltoffene, kultursensible Betrachtungsweise. Ein Psychotherapeut oder

Psychiater, der sich ausschließlich auf den westlichen Umgang mit psychischen Beeinträchtigungen beruft, sollte in diesem Bereich nicht eingesetzt werden. Denn immerhin geht es hierbei um Menschenleben.

4.1.2 Fallbeispiele aus der Gutachterpraxis

Klaus Ottomeyer liefert in dem Buch „Interkulturelle Trauma-Diagnostik“ einen sehr aussagekräftigen Beitrag, in dem er anhand von Fallbeispielen die doch zum Teil sehr mangelhaften, oder wie er es auch nennt, „eurozentrischen“ Gutachten aus der österreichischen Asylpraxis untersucht. Er selbst ist Psychotherapeut und arbeitet seit vielen Jahren mit traumatisierten Menschen. Es erscheint mir wichtig, einen kleinen Ausschnitt dieser Untersuchungen anhand eines Fallbeispiels aufzuzeigen, um den Lesern dieser Arbeit ein klares Bild der Thematik zu verschaffen.

Der Fall von Frau F.:

Bei Frau F. handelt es sich um eine muslimische Frau, die dem Bericht und der Darstellung der behandelten Psychotherapeutin nach, Mitte der 90er in ihrem Heimatland Opfer einer islamistisch- terroristischen Entführung war. Sie wurde monatelang von den Entführern gefangen gehalten. Sie wurde vergewaltigt und von einem der Entführer sogar geschwängert. Nach monatelangen Qualen konnte Frau F. fliehen. Aus Scham vor ihrer Familie und aus Angst vor einem Ehrenmord floh sie in einen anderen Landesteil um dort ihr Kind zu gebären. Das Kind ließ sie dann bei der dort lebenden Schwester. Später heiratete sie einen zunächst verständnisvollen Mann, mit dem sie aufgrund des sozialen Drucks nach Österreich ging, wo sie mittlerweile seit mehreren Jahren lebt. Sie hatte Angst, dass bei der Geburt eines weiteren Kindes in ihrer Heimat bekannt geworden wäre, dass sie schon zu einem früheren Zeitpunkt ein Kind geboren hatte. Ihr Mann fing in weiterer Folge an, sie zu beschimpfen und zu schlagen.

Nun wurde der Gutachter Dr. G. beauftragt festzustellen, ob Frau F. infolge des Erlebten eine posttraumatische Belastungsstörung oder eine andere psychische Beeinträchtigung aufweise.

Im Falle einer psychischen Störung sollte er feststellen, ob eine Rücküberstellung in ihr Heimatland zugemutet werden könne. Zu Beginn befragt Dr. G. seine Klientin zu ihren Familienverhältnissen. Auch über die Schwierigkeiten, mit ihrer Tochter Kontakt aufzunehmen wird gesprochen. Frau F. berichtet, dass sie ihrer Tochter nicht schreiben könne, da sie ja nur an ihre Mutter bzw an ihre Schwester schreiben könne. Dem Kind gegenüber hätte sie sich immer als Tante ausgegeben. Der Gutachter fragte dann ob sie in ihrem Heimatland bereits in psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung war. Sie antwortete darauf wie folgt: „(dort) sei sie nicht in psychiatrischer Behandlung gewesen. Dies habe zwei Gründe, man wird gleich als verrückt bezeichnet (und) die Familie hätte gefragt, warum und weshalb.“ (Bericht des Gutachters Dr. G. In Ottomeyer, K, Renner, W, 2006: S. 15) Auf die Frage, ob die Krankheitssymptome bereits während der Zeit der Eheschließung aufgetreten waren, antwortet sie, sie sei sehr nervös gewesen, und habe mehrmals versucht, sich das Leben zu nehmen. Frau F. berichtet von mehreren Selbstmordversuchen und zeigt frische Narben am Handgelenk. Ihr letzter Suizidversuch war kurz vor der Ausreise aus dem Heimatland, als ihr Mann sagte, sie müssen das Land wegen seiner Familie verlassen. „Auf die Frage nach ihrer psychischen Problematik kommt es zum 1. Mal zu affektinkontinentem Weinen, sie wolle ihre Tochter sehen und wolle, dass ihre Tochter bei ihr lebe. Sie fühle sich schuldig, dass sie ihre Tochter einfach zurückgelassen habe, das sei auch der Grund, warum sie mit ihrer Tochter nicht in Kontakt treten wolle.“ (Bericht des Gutachters Dr. G. In Ottomeyer, K., Renner, W., 2006: S.15) Frau F. dürfte allem Anschein nach zuvor doch eher gefasst gesprochen haben, wenn der Arzt das Weinen jetzt extra dokumentiert. Warum wird das Weinen allerdings als „*affektinkontinent*“ bezeichnet? Was ist der Unterschied zum nachvollziehbaren und normal-menschlichen Ausdruck von seelischem Schmerz bei solch einer so tragischen Trennung von der Tochter? Da kommt die Frage auf, was das mit „Inkontinenz“ zu tun hat. Der seltsame klinische Begriff scheint eher den Sachverständigen vor allzu intensiver Beteiligung am Leid des Opfers zu schützen.“ (vgl. Ottomeyer, K., Renner, W., 2006: S. 15)

Dann fragt Dr. G. , was Frau F. vorhabe, um ihr Problem zu lösen. Sie meint darauf „das liege nicht in ihrer Hand...was soll sie denn machen?“ - auf den Hinweis des Sachverständigen - das sei die Aufgabe der Psychotherapie- meint sie, „sie habe bereits von November (...) bis August (...) zwanzig Sitzungen gehabt, nunmehr habe sie wöchentlich eine Gesprächstherapie.

Ihre Nerven hätten angefangen, sich zu beruhigen.“ (Bericht des Gutachters Dr. G. In Ottomeyer, K., Renner, W., 2006: S. 15)

Die Aussage von Frau F. „*ihre Nerven hätten angefangen sich zu beruhigen*“, entspricht exakt dem Hauptziel einer Traumatherapie. Dabei geht es nämlich in erster Linie um die Herstellung eines Sicherheitsgefühls für die Patientin. (vgl. Ottomeyer, Renner, Interkulturelle Trauma-Diagnostik, 2006: S. 16)

Laut Bericht des Gutachters, spricht Frau F. nun von charakteristischen Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung: „Sie habe Durchschlafstörungen, wache vor träumen auf - ob die Träume farbig oder schwarz-weiß seien? - das könne sie nicht sagen, sie träume, dass sie laufe und laufe und hinter ihr Leute nachlaufen und dabei lachen. Einmal habe sie auch geträumt, dass sie von Hunden verfolgt wird, die sie beißen wollen. – Manchmal träume sie, dass ihre Tochter laufe, sie würde ihr nachlaufen, die Tochter würde aber von einer Person (im Traum sei nicht klar, ob Mann oder Frau) von ihr weggezogen.“ (Bericht des Gutachters Dr. G. In Ottomeyer, K., Renner, W., 2006: S. 16)

Der erste Teil der Alpträume handelt deutlich von Angst vor Verfolgung und Verletzung, von Scham, Verspottung und Demütigung, typische Gefühle die im Zusammenhang mit Vergewaltigung auftreten. Im zweiten Teil geht es um die Trennung von der Tochter.

Der Gutachter schafft es im folgenden Text das von ihm selbst erhobene Material so zu verzerren, dass die Vergewaltigung, die zu diesem Zeitpunkt definitiv nicht mehr zu leugnen ist, als traumatisches Ereignis Schritt für Schritt verschwindet.

„Zusammenfassend wird mit der beisitzenden Rechtsvertreterin (die später gegen das Gutachten protestiert hat, Anm. K.O.) festgehalten, dass das Trauma der Begutachteten im Verlust und im Konflikt der (im Heimatland) verbliebenen Tochter liegt, sowie in den daraus resultierenden Schuldgefühlen. Diese Tochter ist zwar eine Folge der Nov. 199(...) erlittenen Vergewaltigung, jedoch ist es heute – nachdem bereits die Träume und Gefühle der zu Untersuchenden dargelegt worden sind – nicht mehr notwendig, die Untersuchende zu dieser Vergewaltigungssituation zu befragen, da diese Problematik für sie offensichtlich derzeit nicht aktuell ist, und von der Trauer über die Tochter überdeckt ist.“ Der Gutachter entscheidet, dass es „heute nicht mehr notwendig ist, die zu Untersuchende zu der

Vergewaltigungssituation zu befragen, da diese Problematik für sie offensichtlich nicht mehr aktuell ist.“ (Bericht des Gutachters Dr. G. In Ottomeyer, K., Renner, W., 2006: S. 18)

In diesem Teil des Gutachtens wird die Traumatisierung durch eine Vergewaltigung ignoriert. Der Verlust des Kindes ist zwar äußerst dramatisch, kann doch aber in keinem Fall die Vergewaltigung, die Demütigungen und Verletzungen, die diese Frau über sich ergehen lassen musste soweit überdecken, dass diese unwichtig oder nicht mehr aktuell sind. Das Trauma wird durch Gefühle von Trauer, Verlust und Angst um die Tochter eher verstärkt. Klaus Ottomeyer zeigt einen, wie ich finde, sehr treffenden Vergleich auf, indem er schreibt „Auch eine alte Wunde wird ja nicht dadurch unaktuell oder geheilt, dass ein Mensch an derselben Körperstelle oder direkt daneben noch einmal eine Verletzung erleidet.“ (Ottomeyer, K., Renner, W., 2006: S. 19)

Der Gutachter hat in dem Fall die Traumatisierung der Frau F. durch Vergewaltigung, Gefangenschaft, Bedrohung mit Ehrenmord sowie Angriffe von Seiten des Ehemannes verschwinden lassen und in seinem eigenen Text die Spuren beseitigt. Er kommt dann in weiterer Folge zu folgendem psychopathologischem Status: „(...) Die Stimmungslage wirkt indifferent, im Affekt korrespondierend. Auffallend ist, dass die zu Untersuchende zuerst bei der Tochter den Kontakt zu dieser Tochter „dissimuliert“ - und dabei im Affekt völlig flach ist, sie aber dann – als die Problematik besprochen wird – doch kurzfristig in Tränen (Affektinkontinenz) ausbricht. Auch die von der Untersuchten angegebenen >Alpträume< ziehen sich um das Thema der verlorenen Tochter.“ (Bericht des Gutachters Dr. G. In Ottomeyer, K, Renner W., 2006: S.19)

Dr. G. schreibt in dem Text von “Dissimulation”. Dissimulieren ist das Gegenteil von Simulieren, nämlich etwas Krankheitswertiges zu verheimlichen. Diese Behauptung entspricht nicht der Wahrheit, denn Frau F. hat ihre Tochter dem Gutachter gegenüber doch nie verheimlicht. Sie hat lediglich von den Schwierigkeiten der Kontaktaufnahme sowie von der Notwendigkeit einer Verleugnung der Mutterschaft in ihrem Heimatland berichtet. Dr. G. hat in seinem Protokoll typische Traumasymptome beschrieben. Stumpfer und flacher Affekt sind typische Symptome einer Vermeidung (Restriktion). Man spricht auch von „Numbing“ (Stumpfheit, Gefühlstauheit nach Trauma). „Beim direkten Ansprechen der psychischen Problematik durch den Gutachter kommt es dann zum klassischen überflutenden

Wiedererleben der bedrohlichen Bilder und zur Überflutung durch schmerzhaft Gefühle, zu den in der Traumatologie wohlbekannt intrusiven Symptomen, die Herr G. „Affektinkontinenz“ nennt. Der Sinn der Vermeidungssymptomatik (Affektabflachung, Stumpfheit) ist ja gerade der Versuch, das drohende Überfallenwerden durch die quälenden Intrusionen zu verhindern.“ (Ottomeyer, K., Renner, W., 2006, S. 19)

Fakt ist, dass in dem Bericht von Dr. G mehrere Belege oder Hinweise auf typische Traumasymptome, die sowohl mit der Trennung von der Tochter als auch mit der Vergewaltigung in Verbindung gebracht werden können, vorkommen. Es geht dabei um Suizidversuche, schwere Schuldgefühle, Nervosität, Vermeidungsverhalten in Bezug auf Affekte, Überschwemmtwerden durch Affekte und Erinnerungen, Alpträume, die von Verfolgung, körperlicher Verletzung, Verspottung und Demütigung, sowie Alpträume, die von der Trennung von der Tochter handeln. Zusammenfassend wird Frau F. im Gutachten wie folgt beschrieben:

„Die Asylwerberin leidet infolge einer behaupteten Entführung und Vergewaltigung seitens islamischer Terroristen nicht an einem >posttraumatischen Belastungssyndrom< – sondern an einer >reaktiven Konfliktsituation<. Obwohl nicht erwiesen ist, dass die Tochter aus der Vergewaltigung stammt, stellt die Antragsstellerin einen Zusammenhang mit dieser Vergewaltigung her, ihre Problematik ist jedoch nicht das wiederholte Erleben des Vergewaltigungstraumas in sich aufdrängenden Erinnerungen, sondern der >reaktive Konflikt<, dass sie ihre Tochter verleugnet, sich ihr gegenüber als Tante ausgibt. – Da sie nunmehr in Österreich zwei eheliche Kinder hat, entsteht dadurch vermehrtes Schuldgefühl gegenüber dem ersten Unehelichen. – Dieser >reaktive Konflikt< hat keinerlei psychiatrische Krankheitswertigkeit lt. ICD 10 der WHO. – Aus medizinischer Sicht ist eine Rückkehr in das Heimatland zumutbar, eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes ist dadurch nicht zu erwarten, sondern eine >Konfliktlösung<, da sie dadurch mit ihrer Tochter zusammengeführt wird.“ (Bericht des Gutachters Dr. G in Ottomeyer, K., Renner, W., 2006: S.23)

Hier wird ganz plötzlich die Glaubwürdigkeit der Vergewaltigungsgeschichte in Frage gestellt. Die Vergewaltigung und die Entführung werden nur noch als „behauptet“ angeführt. Aus der Sicht von Dr. G. spricht nun alles dafür, dass Frau F. befähigt ist, in ihr Heimatland

zurückzukehren, in ein Land, in dem islamistische Banden die Bevölkerung terrorisieren und Ehrenmorde an Frauen mit unehelichen Kindern an der Tagesordnung stehen.

4.1.3 Zweckmäßigkeit von psychiatrischen Gutachten

Die Begutachtung dient der Diagnoseerstellung, d.h. sie sammelt Erkenntnisse zum Zweck der Einordnung eines bestimmten Krankheitsbildes in ein bestehendes nosologisches System. Diese objektivierbaren kausalen Erkenntnisse bilden die Basis für eine spätere Behandlung, in der die Krankheitssymptome gemildert oder beseitigt werden sollen.

Konkret beinhaltet die psychiatrische Diagnose die Anamneseerhebung, die standardisierte Beobachtung und das Einholen von Hilfsbefunden. (vgl. Wiesnagrotzki S. In Bartuska, S. et al., 2005: S. 186)

Diagnostiziert wird nach den deskriptiven Diagnosesystemen ICD oder DSM und beruht auf der Beschreibung beobachtbarer Phänomene. Diese Operationalisierung von Diagnosekriterien verzichtet aber gänzlich auf Entstehungsgeschichte der Symptomatik so wie auf jede Art von Hypothesenbildung. „Damit sind folgende Vorteile verbunden: Das diagnostische Vorgehen ist leicht erlernbar und schnell durchführbar (...) und ermöglicht eine hohe Reliabilität der Diagnoseerstellung, bietet aber keine Verständnishilfe für individuelles Handeln und seine motivationalen Hintergründe.“ (Wagner, E.: Psychotherapeutische Diagnostik in der Forensik, *ibid.*)

Auch meine Interviewpartner haben keine guten Erfahrungen mit psychischen Gutachten gemacht. Ein Erfahrungsbericht aus dem Interview mit Frau Mag.a. Demiroglu:

„...na also eine bestimmte Gutachterin, zu der 3 von meinen Klienten geschickt wurden, eine klinische Psychologin, wo ich meine Klienten also überhaupt nicht wiedererkenne, wo ich das Gefühl habe, die wendet dort einfach irgendwelche computergestützten Tests an, nämlich in 2 ½ Stunden, wo sie schreibt: die gesamte Untersuchung dauerte 2 Stunden. Da waren mind. 5 solche Testverfahren drinnen, wo ich mir denk wie geht sich das in der Zeit aus und ein ausführliches anamnestisches Interview wo ich genau weiß, wenn man mit diesen Leuten nur mal ihre Geschichte durchgeht dann brauch ich eine Stunde. Also beide Gutachten, die ich

gelesen hab, da gab es vorher über Hemayat einen Hinweis darauf und einen Bericht wo drinnen gestanden ist, dass die Frau vergewaltigt wurde. In diesem anamnestischen Interview dieser klinischen Psychologin wird kein Wort davon erwähnt, sie hat auch keine Frage in die Richtung gestellt, oder.. man kann ja auch Fragen ist da einmal etwas vorgefallen, was ihnen als Frau besonders weh getan hat oder so.. also man kann das vorsichtig ansprechen. Davon ist nichts .. es ist überhaupt nicht in diese Richtung gegangen worden und es wurde dann festgestellt die Frau hat nichts, die führt sich ein bisschen auf , aus... um den Aufenthaltsstatus zu bekommen würde sie also alles schwerer darstellen, als es tatsächlich ist. Ich finde diese Gutachten auch sehr respektlos. Ich hab auch gehört, dass gerade diese Gutachterin von anderen Therapeuten gemieden wird. Also es gibt da irgendwie so ein Spiel ohne Ende. Es gibt immer diese schwarzen Schafe, dann schiebt man dieses schwarze Schaf von der Liste und dann kommt halt das nächste nach. (...) Ja und da gibt's eben 2 Klientinnen, die beide wirklich schwersttraumatisiert waren, beide wurden Opfer von Vergewaltigung. Beide waren bei dieser Gutachterin und beide haben laut ihr überhaupt nichts. Die eine ist ein bisschen mit der Gutachterin zusammengekracht, die andere wurde einfach mit Wurschtigkeit behandelt. Und da ist eben diese Sache nicht angesprochen, völlig ignoriert und unter den Teppich gekehrt worden. (...) Also auch bezüglich Umgang hab ich wirklich Sachen gehört, ja dass sie einfach sehr respektlos mit den Klienten umgeht und zum Teil auch wenn die Tränen kommen, wird gelacht und gewitzelt drüber, sie unterhält sich mit der Dolmetscherin, sie schreit die ja genau sie schreit Klientinnen an, wenn sie sich bei diesen Computertests nicht auskennen. Ich mein das sind zum Teil Leute, die viell. 2 Jahre Volksschule gemacht haben und nicht mehr und dann sitzen die vor irgend so einem Computertest, wissen nicht, was sie machen sollen, werden dann angeschrien... die Person hat dann gesagt: „ich versteh das nicht, was soll ich da jetzt anklicken?“ Und die Antwort war: „Tu nicht so, klick einfach irgendwas an, egal, ob du es verstehst.“ Also das sind so Berichte, die ich dann krieg. Da kommt einfach der Verdacht auf, dass Gutachten die Rolle haben, Leute rauszubefördern aus dem Land. “ (Interview mit Irmgard Demiroglu, S. 6)

4.2 Psychotherapeutische Diagnostik

Im Gegensatz zu einer deskriptiven psychiatrischen Diagnoseerstellung, die auf die systematische Beurteilung der einzelnen psychischen Funktionen und Bereiche abzielt wie Bewusstsein, Antrieb, Stimmungslage, Wahrnehmung, Ich - Erleben und ähnliches, bietet die psychotherapeutische Diagnostik eine Erklärungshilfe für das Handeln von Menschen, ihre Motivationen und Emotionen, ihre bewussten und unbewussten Prozesse, die das Verhalten beeinflussen.

Die psychotherapeutische Diagnostik ist prozessual, weil sie möglichst viele über einen längeren Zeitraum gesammelte Informationen zu einem Diagnoseergebnis zusammenfasst.

„Auch bei Vorliegen diagnoserelevanter Vorinformationen (Anamnesen, Interviews, Tests etc.) muss die diagnostische Beurteilung im beginnenden Therapieprozess oder in einem ausreichenden Begutachtungsprozess stattfinden. (...) Die Psychotherapeutin sieht das aktuell Ausgesprochene und Angedeutete in jeweils größerem Bedeutungskontext stehend, d.h. sie berücksichtigt das kulturelle, familiäre und gesellschaftliche Umfeld. (...) Selbst wenn geäußerte Lebenshaltungen, Einstellungen, Sichtweisen bis hin zu Ideologien für die grundsätzliche Auffassung der Psychotherapeutin unakzeptabel sind, soll sie zunächst nicht Position beziehen.“ (Bartuska et al., 2005: S. 24)

4.2.1 Kenntnis von Kultur und Religion der Flüchtlinge

Die Kenntnisse von Religion und Kultur in der Diagnostik und in der therapeutischen Arbeit sind deshalb von großer Bedeutung, weil diese Hintergründe in das familiäre Umfeld der Menschen hineinwirkt, in ihre eigenen Aussagen über sich selbst und ihre Eigendefinition von Krankheitswertigkeit und Psychopathologien. Haasen & Yagdiran beschreiben einige Ebenen, die dabei zu berücksichtigen sind:

„Es kann von niemandem erwartet werden, ausreichend transkulturelle Kenntnisse zu erwerben, um alle kulturellen Aspekte bei der Beurteilung psychischer Störungen zu

verstehen. Dennoch gibt es einige grundsätzliche Leitlinien, deren Berücksichtigung einige größere Fehleinschätzungen aufgrund von kulturellen Faktoren vermeiden lässt:

- Auf der Symptomebene gibt es unterschiedliche Bedeutungen, Darstellungen und Gewichtungen der Symptome.
- Auf der phänomenologischen Ebene gibt es unterschiedliche Darstellungen von psychiatrischen Störungen.

Die familiäre Interaktion, die stark von kulturellen Normen abhängt, kann die Psychopathologie verstärken oder minimieren.

- Die Reaktion der Gemeinde oder Gesellschaft auf abnormes Verhalten unterscheidet sich deutlich von einer Kultur zu anderen.
- Die Prognose für eine psychiatrische Störung ist in verschiedene Kulturen sehr unterschiedlich.“ (Haasen, C., Yagdiran, O., 2000: S. 210)

Im Prinzip geht es darum, dass die Psychotherapeuten die Bereitschaft und den Mut aufbringen, sich auf das „Fremde“ einzulassen, was in einer Gesellschaft, in der verstärkt die Angst vor dem Fremden und Fremdenhass medial propagiert wird, nicht so einfach ist, weil natürlich auch Psychotherapeuten Teil der Gesellschaft und ihrer eigenen Kultur sind. Um mit den intrapersonellen Konflikten, die sich aus der Arbeit mit Flüchtlingen ergeben können, im Sinne einer professionellen Ethik gut umgehen zu können, sei den Psychotherapeuten einerseits ein laufender kollegialer Austausch in Teams empfohlen, andererseits auch die supervisorische Reflexion ihrer Tätigkeit.

4.2.2 Beziehungsaufbau und partnerschaftlicher Umgang

„Beziehungen charakterisieren Menschen. Sie formen, verankern und bestätigen Menschen, Sie umrahmen den Inhalt von Geschichten und formen Geschichte, die für den Einzelnen Identität und Biografie stiften. (...) Sie werden zur gelebten, Bedeutung vermittelten, erhaltenen und zu erhaltenden Geschichte.“ (Mehta, G. In Bartuska et al, 2005: S. 257)

Beziehungsaufbau in der psychotherapeutischen Diagnostik bedeutet in erster Linie Schutz und Halt geben, vorurteilsfreies und empathisches Eingehen auf die Person, vertrauensbildende Maßnahmen, wie die Schaffung eines stressfreien Gesprächsklimas, Verlässlichkeit, schrittweises Erklären der einzelnen Interventionen und partnerschaftlicher Umgang. Für Menschen, die Hilflosigkeit, Ausgeliefertsein, Beschämung und Abwertung erlebt haben, ist es schon im Stadium der Diagnoseerstellung wichtig, als gleichwertige Menschen respektiert und behandelt zu werden. Die Versicherung, dass hier nichts passiert, wozu sie nicht ihre Einwilligung geben, dass sie über alles detailliert aufgeklärt werden, dass es ihnen frei steht, auf welche Fragen sie antworten wollen, kann ein stabilisierender Faktor sein. Das Erlebnis von Wertschätzung und ernstgenommen werden, die partnerschaftliche dialogische Begegnung, die auch die diagnostische Einschätzung in den unterschiedlichen Phasen der Diagnoseerstellung kommuniziert, kann sich heilsam und persönlichkeitsstärkend auswirken.

4.2.3 Traumafragebogen, distanzierte Traumaschilderung

Bei einer unstrukturierten Befragung der traumatisierten Personen über die belastenden Erlebnisse können innere Unruhe, Konfusionen oder Gefühlsausbrüche entstehen, welche die Gefahr einer Dissoziation in sich bergen. „Es hat sich nicht bewährt, traumatische Erfahrungen schon zu Beginn der Behandlungen im Detail zu erheben“ (Reddemann, L., 2005: S. 40) Methoden der Distanzierung können es ermöglichen, die für die Diagnosestellung wichtigen Fakten auf schonende Art und Weise zu erheben. Dabei wird die Patientin in einer entspannten, angenehmen Ausgangssituation angeleitet, ihre Erlebnisse von einem hohen Berg oder einem Hochhaus von großer Entfernung aus zu betrachten und das was sie möchte, auch verschwinden zu lassen. Eine andere Variante wäre es, in einem imaginären Kino auf einer Leinwand alles zu betrachten, mit der Möglichkeit des Zeiträfers und Rückspulens, aber auch des Anbringens von Cuts bei bestimmten Szenen. Bei diesen Distanzierungsmethoden erlebt die Patientin Kontrolle, Freiheit und Selbstbestimmung.

Auf dem Boden dieser emotional stabilisierenden Maßnahme können auch Trauma - Fragebögen eingesetzt werden.

Beispielhaft dafür ein Fragebogen, der in „Trauma und Gewalt“, dem Organ der Deutschen Gesellschaft für Psychotraumatologie veröffentlicht wurde (Jahrgang 4, 2010, Heft 3)

„Welche der nachfolgenden Symptome haben mir in der letzten Woche zu schaffen gemacht:

- Wiederkehrende Gedanken an schreckliche Ereignisse
- Gefühl, als ob das Ereignis noch einmal passiert
- Wiederkehrende Alpträume
- Unfähigkeit, Gefühle zu empfinden
- Sich nervös fühlen, leicht schreckbar
- Konzentrationsschwierigkeiten
- Unruhiger Schlaf
- Auf der Hut sein
- Sich reizbar fühlen, Wutausbrüche haben
- Tätigkeiten und Situationen vermeiden, die an die schreckliche Situation erinnern
- Unfähigkeit, sich an die schrecklichen Ereignisse zu erinnern
- Geringes Interesse an alltäglichen Tätigkeiten
- Gefühl, als ob es keine Zukunft gäbe
- Gedanken und Gefühle vermeiden, die mit dem Traumaerlebnis verknüpft sind
- Plötzliche gefühlsmäßige oder körperliche Reaktion bei Erinnerung
- Gefühl, dass andere Menschen nicht verstehen, was passiert ist
- Schwierigkeit, alltägliche Aufgaben zu erledigen

- Sich selbst Schuld oder Mitschuld geben an dem, was passiert ist
- Sich schuldig fühlen, überlebt zu haben
- Sich des traumatischen Ereignisses schämen
- Viel Zeit mit grübeln verbringen, warum das alles geschehen ist
- Gefühl, verrückt zu werden
- Gefühl, dass andere Ihnen gegenüber feindlich gesonnen sind
- Gefühl, niemanden zu haben, auf den sie sich verlassen können
- Gefühl, als ob sie aus mehreren Personen bestehen würden
- Gefühl, dass es besser wäre, nicht mehr zu leben

Die Antworten, die wöchentlich erfragt werden, können in Anlehnung an die Kognitionen im EMDR in einer Score – Tabelle dokumentiert werden, und ergeben so über einen längeren Zeitraum eine für Psychotherapeut und Patient aufschlussreiche Verlaufsübersicht über die körperliche und psychische Befindlichkeit.

Ein Vorteil von Fragebögen ist, dass die Menschen sich in vielen Punkten wiederfinden und damit aus dem subjektiv erlittenen Leid mit seinen emotionalen Folgeerscheinungen ein beschreibbares Leid wird, das sie mit vielen anderen Leidensgenossen teilen. Sie erfahren, dass ihre Reaktionen „normal“ sind, dass sie aussprechbar und mitteilbar und dadurch auch ein Stück kontrollierbar sind.

Der Vollständigkeit halber möchte ich hier noch anmerken, dass ich es für sinnvoll halte, parallel zu einem Trauma – Fragebogen auch einen „Fragebogen zur Selbstberuhigung“ einzusetzen, weil damit auch einige der protektiven Faktoren abgefragt werden können, und die Erhöhung der Werte auf der Score – Tabelle in Richtung Verbesserung zu einer Stärkung des Selbstbewusstseins beitragen kann. (vgl. Lampe A.: Fragebogen zur Selbstberuhigung in: Zankl S., 2008: S. 98)

Ich kann mich selbst beruhigen

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ich kann Gefühle, die mir Angst oder Unruhe einflößen, beruhigen

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ich kann Gedanken, die mir Angst oder Unruhe einflößen, stoppen

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ich kann belastende Erinnerungen zurückdrängen

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ich kann Impulse zum selbstschädigenden Handeln beruhigen

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ich kann Suizidimpulse abwenden

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ich kann Vertrauen in andere Menschen entwickeln

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4.2.4 Feststellen der Traumatisierungsfolgen

Da vor allem Traumatisierte, die unter Dissoziationen leiden, weder abrufbare Erinnerungen oder Gefühle im therapeutischen Kontext bereitstellen können, besteht die Gefahr, ihre Traumatisierungsfolgen zu übersehen. Wenn man sich aber das Konzept der Spiegelneuronen vergegenwärtigt, das Joachim Bauer in seinem Buch „Warum ich fühle, was du fühlst: Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone“, Hamburg 2005, beschreibt, haben Psychotherapeuten ein nicht – sprachliches Repertoire zur Verfügung, das

ihnen ermöglicht, auch Nicht Gesagtes durch die inneren Resonanzphänomene intuitiv zu erfassen und dadurch einfühlsam und verständnisvoll auf Sprachfragmente zu reagieren. (vgl. Bauer, J., 2005)

Darüber hinaus verfügen Psychotherapeuten über eine – durch eigene Selbsterfahrung erworbene - empathische Grundhaltung und dadurch über einen inneren Resonanzraum, der es ihnen ermöglicht, Körpersignale wie Mimik, Gestik, Körperhaltung ihres Gegenübers im Sinne einer positiven Gegenübertragung bei sich selbst nachzuvollziehen, zu deuten und diese Deutung dann auch offen zu kommunizieren. Auf Grund des eben Dargestellten kann von einer hohen Wahrscheinlichkeit ausgegangen werden, dass Psychotherapeuten Personen durchschauen, die versuchen, Traumafolgen zu simulieren.

4.2.5 Einschätzung von Akutkrisen, Suizidgefährdung

In der Chinesischen Sprache gibt es für „Krise“ zwei Schriftzeichen: Gefahr und Chance.

Daraus wird ersichtlich, dass jede Krise einerseits die Gefahr einer totalen Labilisierung des psychischen Systems mit suizidalem Ausgang in sich birgt, andererseits aber auch immer die Chance für einen Neubeginn oder zumindest eine Neubewertung der traumatischen Situation aus heilsamen Erfahrungen im Hier und Jetzt ermöglichen kann.

„Aus psychotherapeutischer Sicht ist eine Krise der drohende Verlust des dynamischen Gleichgewichts zwischen stabilisierenden und labilisierenden Kräften unter dem Einfluss äußerer und innerer Faktoren (psychischen, sozialen, somatischen..)“ (Bartuska S. et al., 2005 : S. 26)

Die Autoren beschreiben 5 Schweregrade von Krisen, die ich hier auszugsweise auflisten möchte:

- Beim ersten Schweregrad treten Symptome wie Unruhe, Anzeichen von Stress, das subjektive Gefühl der Überforderung und Ängstlichkeit auf, ohne dass wesentliche Einschränkungen im normalen Lebensalltag erfahren werden.

- Der zweite Schweregrad ist durch auffällige Verhaltensweisen, somatische Symptome und Suchtverhalten gekennzeichnet, Handlungsfähigkeit und Flexibilität sind erheblich eingeschränkt. Bestehende soziale Funktionen können nur mit deutlichen Anstrengungen aufrecht erhalten werden.
- Beim dritten Schweregrad tritt die Symptomatik in den Vordergrund, kritische zerstörerische Impulse mit Kontrollverlust treten auf und verursachen extreme Einschränkung der sozialen Bezüge.
- Beim vierten Schweregrad kommt es zum weitgehenden existentiellen und psychischen Zusammenbruch mit Desintegration der Funktionen auf emotionaler und gedanklicher Ebene sowie dem Verlust der Distanzierungsmöglichkeit von der beherrschenden Symptomatik. Selbst - und/oder Fremdgefährdung drohen.
- Der fünfte Schweregrad ist durch unmittelbare Selbst – und/oder Fremdgefährdung gekennzeichnet. Hier ist die einzig mögliche psychotherapeutische Intervention die Einweisung in eine stationäre Einrichtung.

Allgemeine Prinzipien der Krisenintervention:

Die Therapeutin muss von der gewählten Intervention als der bestmöglichen überzeugt sein

- Die Therapeutin nimmt eine aktive bis direktive Haltung ein
- Es muss eine Fokussierung auf die aktuelle Situation bzw. auf ein bestimmtes Ereignis erfolgen
- Eine maximale Methodenflexibilität der HelferIn (Hilfe im sozialen, psychologischen, aber auch biologisch – medikamentösen Bereich) ist wünschenswert

Ablauf der Interventionen :

- Einschätzen der Situation und Erkennen einer eventuellen Akutgefährdung

- Planen der Interventionen (kurz, begrenzt, intensiv und ressourcenorientiert)
- Durchführen der Interventionen und Wiedereingliedern der Klientin in die soziale Welt
- Auflösung der Krise und Zukunftsplanung

Bei traumatisierten Flüchtlingen stellt sich allerdings das Problem, dass die Zukunftsplanung oft durch einen völlig ungesicherten Status nur sehr eingeschränkt möglich ist und die Gefahr besteht, dass sich Krisen in den unterschiedlichen Schweregraden chronifizieren. (vgl. http://www.psychosomatik.at/uploads/lexikon_pdf/krisenintervention.pdf, Zugriff am 15. Mai 2011)

4.2.6 Das Phänomen der doppelt befremdlichen Begegnung

Bei der Diagnostik von psychisch reaktiven Traumafolgen stehen die Psychotherapeuten oft vor dem Problem der „doppelt befremdlichen Begegnung“, die diesen besonderen Bereich der Diagnostik von anderen Bereichen der Diagnostik stark unterscheidet. Die Begegnung mit der traumatischen Erfahrung des Klienten macht Angst. Auch bei Experten kann diese Begegnung zu Abwehr sowie dem Wunsch „es möge nicht wahr sein“ führen. Selbst vor Verzerrungsmechanismen ist man auch als Experte nicht gefeit. Diese Abwehrmechanismen dienen teilweise zum Schutz unseres Urvertrauens in die Welt sowie in ihre Lenker. Hinzu kommt dann noch die Begegnung mit einer anderen, fremden Kultur, in der mit Themen wie psychischer und körperlicher Gewalt, Gender-Fragen, Sexualität sowie Autorität komplett anders umgegangen wird als bei uns. Diese Begegnung kann Angst erzeugen und Abwehrleistungen in der zwischenmenschlichen Beziehung hervorrufen. Durch Nicht-Reflektieren der doppelten Angst und mangelnder Information über kulturelle sowie aktuell politische Bedingungen im Herkunftsland des zu begutachtenden Flüchtlings, kann die Quote einer verfehlten zwischenmenschlichen Wahrnehmung oft sehr hoch ausfallen. Es kann aber auch vorkommen, dass es aufgrund von unbewussten narzisstischen Neigungen oder eines Helfersyndroms bezüglich der allgemein eher schlechten Behandlung von Flüchtlingen, zu einer voreiligen Diagnostizierung eines Traumas kommt. In diesem Fall spricht man von

einer umgekehrten Verzerrung. Es ist also sehr wichtig, das psychologische bzw. psychiatrisch neurologische Gespräch mit hoher Sensibilität und mit Selbstreflexion durchzuführen.

5 Psychotherapeutische Behandlung von Flüchtlingen

„Krieg und Folter sind so ungeheuerlich, dass sie von der Welt meist nur indirekt und in abgeschwächter gefilterter Form wahrgenommen werden. Viele Opfer von Krieg und Folter leiden gerade darunter, dass sie ihre Erfahrung nicht kommunizieren können. Niemand möchte ihre Berichte hören und wenn doch, dann glaubt man ihnen nicht. Oft werden Menschenrechtsverletzungen totgeschwiegen, von den Tätern systematisch verschleiert und verleugnet und von Asylbehörden nicht geglaubt. Aus diesem Grund ist es für viele Patienten sehr wichtig, dass jemand ihre Geschichte anhört und gewissermaßen als Vertreter der Welt offiziell zur Kenntnis nimmt. Die Funktion des Zeugen ist somit für Therapeuten von Folter- und Kriegsopfern zentral“ (Maier, T., Schnyder, U. 2007: S. 83)

Das narrative Element in der Begegnung zwischen Traumaopfern und Psychotherapeuten kann als prä – therapeutische Haltung bezeichnet werden. Informationen werden nicht vorrangig erfragt, sondern im Rahmen eines vertrauensbildenden Schutzraumes können die Klienten alles erzählen, was sie im Hier und Jetzt erleben, was sie bewegt, was sie befürchten. Nach und nach kann dadurch der Boden bereitet werden, dass auch Geschichten aus der Vergangenheit einfließen. All dem soll Zeit gewidmet, sowie ein offenes Ohr und menschliches Mitgefühl geboten werden.

5.1 Spezifika in der Behandlung von Flüchtlingen

Ohne jetzt schon im Vorfeld auf inhaltliche Besonderheiten bei der psychotherapeutischen Arbeit mit Flüchtlingen einzugehen, gibt es einige gravierende Unterschiede im Setting und im Behandlungsablauf im Gegensatz zum gewohnten psychotherapeutischen Praxisalltag.

Psychotherapeuten arbeiten meist im dyadischen Setting mit Personen, die sich auf die spezielle Person und Methode einlassen wollen. Psychotherapeuten sind auch meistens nicht im konkreten Lebensumfeld ihrer Patienten anwesend. Bei der Behandlung von Flüchtlingen kommen nicht nur die kulturellen Unterschiede zum tragen, sondern die Psychotherapeuten sind vor Ort oft hautnah mit den Lebensumständen der Menschen konfrontiert, es gibt keine gewohnte Ordnung im Ablauf und die eigene Arbeit ist viel „öffentlicher“ als in den vier Wänden der eigenen Praxis. Psychotherapeuten sind mit „geballtem Leid der Welt“ konfrontiert, mit Krieg, Folter und vielen menschlichen Grausamkeiten, die in ihrem gewohnten Umfeld nicht existent sind. Sie müssen vieles aus ihrer erlernten Methodik modifizieren oder sogar in Frage stellen, sie müssen auf die Unmittelbarkeit der sprachlichen Kommunikation verzichten und sich zusätzlich auch auf die Dolmetscher konzentrieren. Die Arbeit mit Flüchtlingen ist eine persönliche und professionelle Herausforderung, die nicht ohne Auswirkung auf den Psychotherapeut bleiben kann.

5.1.1 Phasenspezifische Stabilisierung im Vorfeld der Therapie

Bei traumatisierten Flüchtlingen erlangt die Stabilisierung oberste Priorität. In den meisten Fällen handelt es sich um Menschen, die alles verloren haben und gezwungenermaßen ihre sichere Heimat unter schwierigsten Bedingungen verlassen mussten. Viele von ihnen wurden seelisch und/ oder körperlich missbraucht, gefoltert, schwerst verletzt, wurden Zeuge von Mord. Viele haben ihre Familie verloren und stehen von einer Sekunde auf die andere alleine da. Diese Menschen brauchen zunächst jemanden, der sie auffängt. Auch im Zuge der Interviews mit den beiden Psychotherapeutinnen wurde schnell klar, dass Psychotherapie in diesem Falle sehr viel mit Stabilisierung zu tun hat. Beide erklärten, dass bei diesem Klientel Stabilisierung den Nährboden für weitere Traumaaufarbeitung darstellt.

Frau Mag. Demiroglu meint dazu:

„Es ist schlimm genug für die in so einem Provisorium zu leben, jeden Fuß auf einem anderen Stuhl haben und weder einen Schritt nach vorne noch zurück gehen können. Schlimm. ... Also was ich da therapeutisch tun kann, ist natürlich beschränkt. Also Traumaaufarbeitung mach ich in so einem Zustand ganz sicher nicht. Was ich tun kann, und was auch von den Klienten

sehr geschätzt wird, ist einfach ja einen fixen Ort zu haben, wo eine fixe Bezugsperson ist, die sie ernst nimmt und wo sie das Gefühl haben, da werden sie so angenommen, wie sie sind und ernst genommen und geschätzt. Und allein das ist ein Teil dieser Stabilisierung. Diese Phase „Nicht hier, nicht dort“, nirgendwo, also eigentlich gar nicht... Nicht leben...man existiert irgendwie, aber das ist kein Leben. Und in dieser Phase dann irgendeine Begleitung zu haben und vielleicht doch...also ich muss dann oft ganz viel dran arbeiten, trotz diesem Zustand Freiräume zu entdecken oder irgendeinen Raum von Selbstbestimmung oder irgendetwas Positives um sich am Leben freuen zu können das sind ganz kleine Dinge, auf die ich oft ganz schwer und Schritt für Schritt hinarbeite. Und das ist natürlich Psychotherapie und das macht auch absolut großen Sinn. Also das aushalten zu können, das ist so eine Belastung, allein das aushalten zu können... weiß ich nicht, also ich würd das nicht aushalten, ohne irgendjemanden, der mir da hilft, einen Schritt zu gehen. (...) Also ich arbeite viel mit Imaginationsübungen, stabilisierenden Imaginationsübungen. Ich arbeite auch ganz viel mit etwas, das ich nicht als spezifische Methode bezeichnen würde, einfach da sein. Man muss einfach als Mensch da sein, präsent sein.“ (Interview mit I. Demirol: S. 8)

5.1.2 Verhinderung von Re – Traumatisierungen

Menschen, die in ein fremdes Land fliehen müssen, haben in den meisten Fällen große Verluste, Krieg, Folter und Gewalt erfahren. In den meisten Fällen finden sie sich in Österreich unter schlechten und unsicheren Lebensbedingungen oder auch in retraumatisierenden Situationen wieder. Kaum angekommen, werden Unmengen von Anforderungen an sie gestellt. Oft werden sie von uniformierten Männern verhört. Es werden Fragen zur Fluchtroute, Art und Weise der Folter und zu anderen traumatischen Ereignissen gestellt. Situationen, die weggeschoben, vergessen oder verdrängt wurden, müssen somit wieder an die Oberfläche geholt werden. Man muss kein Experte sein, um sich vorstellen zu können, wie traumatisch diese Befragungen für diese Menschen zusätzlich sein können. Oft werden Fragen nach Foltererlebnissen aufgrund von Verdrängung und Abwehr verneint oder gar nicht beantwortet. Das wiederum kann Verzögerungen oder gar einen negativen Asylbescheid zur Folge haben. Die Palette der retraumatisierenden Faktoren in Österreich ist breit. Schubhaft, unsicherer Bleibestatus, Angst vor der Zukunft einschließlich einer

drohenden Abschiebung in das Heimatland, jahrelanges Warten auf den Asylbescheid, Zwangseinweisungen in die Psychiatrie, menschenunwürdige Unterbringung in Flüchtlingspensionen während des Asylverfahrens sind nur ein Bruchteil der Auslöser von Retraumatisierungen.

Auch im psychotherapeutischen Prozess können Retraumatisierungen auftreten. Diese gilt es durch besonders sensible Vorgehensweise wie Stabilisierungsmethoden oder das Schaffen von Vertrauen und Sicherheit so gut als nur möglich zu vermeiden. Das sofortige Ansprechen der traumatischen Ereignisse ist in der ersten Phase der psychotherapeutischen Behandlung tunlichst zu vermeiden.

5.1.3 Bedeutung der Sprache im psychotherapeutischen Prozess

„Sprache hat zu bezeichnen, darzustellen, was wirklich ist. Erleben und Reflexion sind an Sprache gebunden, sie ermöglicht Denken und Kommunikation. (...) Sprache ist Träger und Vermittler von Riten, Bräuchen und gibt Zugehörigkeit. In einem symbolischen Formungsprozess können Grammatik und Sprach-Aufbau auch Ausdrucksmuster von kulturellen Beziehungen und Strukturen sein. (...) Wortvorstellungen vermitteln zwischen kognitiven und affektiven Zuständen.“ (Scheifele, S., Psychosozial 2003, S. 29)

Alle inneren kognitiven aber auch psychischen Verbindungen müssten in einer neuen Sprache völlig neu erstellt werden. In der frühen Kindheit kommt es bei jedem Menschen zu einer Verknüpfung von Trieben, Affekten und Sprachentwicklung. Der Zugang zu Emotionalität, Fantasien und Symbolen aber auch zu Identifikation und Internalisierung müsste in dem Fall sprachlich völlig neu erschlossen werden. Dies wiederum würde einen sehr anstrengenden und vor allem belastenden Prozess für den Klienten bedeuten. Wenn der Prozess einer zweiten Versprachlichung nicht ganz vollzogen wird oder sogar scheitert, kann es dazu kommen, dass unbewusste Affekte unbewusst und unzugänglich bleiben. Es entsteht eine spezielle Form der Unbewusstheit und Stummheit. Und das kann in weiterer Folge Angst auslösen, da bis dato verfügbare szenische Fantasien sowie identifikatorische Modelle plötzlich verschwinden. So kann es in weiterer Folge passieren, dass ein Sprachwechsel innerhalb des Migrationsprozesses die synthetisierenden Fähigkeiten des Ichs stört und die

Integration von Affekten und Impulsen in die Psyche massiv beeinträchtigen. (vgl. Scheifele, S., Psychosozial, 2003: S. 30)

Sprache ist also ein essentielles Mittel um Kultur, individuelle Vorstellungen, Werte aber auch Emotionen zu transportieren. Migration bedeutet immer, sich ein Stück weit von seiner Muttersprache zu distanzieren. Von Menschen, die sich plötzlich in einem fremden Land befinden, wird eine hohe Anpassungsleistung gefordert. Dazu gehört natürlich auch das Erlernen einer neuen Sprache. Allerdings bedeutet Muttersprache Sicherheit und Geborgenheit. Umso wichtiger ist es, in einem therapeutischen Prozess genügend Raum für genau diese Sicherheit und Geborgenheit zu schaffen. Es ist daher sehr wichtig, dem Menschen zu ermöglichen, sich in seiner Muttersprache zu artikulieren. Denn in der eigenen Sprache können sowohl Geschichte als auch Kultur der Person intensiver transportiert werden. Und das wiederum kommt der psychotherapeutischen Interaktion sehr zu Gute. (vgl. Wohlfahrt, E.; Zaumseil, M. 2006: S. 189)

Aus diesem Grund ist das Hinzuziehen eines Dolmetschers in den meisten Fällen von großer Bedeutung und Dringlichkeit.

5.1.4 Der Dritte im Bunde

In einem interkulturellen, psychotherapeutischen Prozess bedarf es des Einsatzes von Sprach- und Kulturmittlern, sogenannter Dolmetscher. Durch das Einbeziehen eines Dolmetschers kommt es zu einer komplexen Interaktionsbeziehung sowie zu komplexen Verständigungsvorgängen. Der Dolmetscher hat allein durch seine bloße Anwesenheit bereits Einfluss auf den therapeutischen Prozess.

Wohlfahrt und Zaumseil unterscheiden vier verschiedene Ebenen der Übersetzung:

Übersetzungswege:

- Patient $\leftarrow \rightarrow$ Dolmetscher $\leftarrow \rightarrow$ Therapeut
- Dolmetscher $\leftarrow \rightarrow$ Therapeut $\leftarrow \rightarrow$ Patient

- Therapeut \leftarrow \rightarrow Patient \leftarrow \rightarrow Dolmetscher

1. Übersetzungsart:

- Verbal
- Nonverbal
- Während oder außerhalb des Dreiersettings (z.B. im Vorgespräch zwischen Dolmetscher und Therapeut)

2. Übersetzungsinhalte:

- Therapeutische Interventionen
- Besonderheiten in Kultur oder Sprache
- Nonverbale Ausdrucksform
- Informationen zu speziellen Gefühlen oder Ereignissen
- Therapeutische Einschätzungen

3. Intrapsychische Übersetzungsvorgänge:

- Einordnung bzw. Übersetzung der therapeutischen Sitzungen in das individuelle Wertesystem aller Beteiligten
- Vorsprachliches wird ins Sprachliche und Unbewusstes ins Bewusste übersetzt. (vgl. Wohlfahrt, E., Zaumseil, M., 2006: S. 186)

Frau Mag. Wedam hat mir im Zuge des Interviews ein sehr positives Beispiel dafür geliefert, wie dolmetschunterstützte Arbeit mit Flüchtlingen sein kann. Der Grazer Verein Zebra kann in den meisten Fällen auf professionell ausgebildete Dolmetscher zurückgreifen. Glücklicherweise verfügt die Stadt Graz über eine Universität für Translationswissenschaften, die mit dem Verein Zebra eng zusammenarbeitet. Neuankömmlinge werden von bereits erfahrenen Dolmetschern sowie von Psychotherapeuten in das spezielle Setting eingeschult. Der Verein bietet regelmäßig die Möglichkeit von Supervisionen, Intervisionen oder einfach nur Möglichkeit zum Gespräch, an.

Uta Wedam über die Arbeit mit Dolmetschern: „Die Leute arbeiten auch gerne mit, sie finden das selber spannend und ich denk mir, man kanns auch gut nutzen. Man wird als Therapeut immer Zeuge von Verbrechen und so sind es zwei Zeugen, das hat noch einmal eine andere Wirkung in der Therapie. Also alles hat Vor und Nachteile. Ich sehe das als Arbeitsteam und jeder muss sich seiner Rolle bewusst sein. Und wenn sich jeder gut in den Dienst seiner Aufgabe stellt, dann kann das ein ganz ein tolles Team sein.“ (Interview mit Uta Wedam: S. 12)

5.1.5 Genderspezifische Aspekte von Flucht

5.1.5.1 Frauen auf der Flucht

Dem Begriff „Gender“ oder auch „Das Soziale Geschlecht“ kam bis in die 70er Jahre keine große Bedeutung zu. In der Flüchtlings- und Migrationsforschung war das nicht anders. Frauen wurden vorwiegend als „Anhängsel“ der Männer betrachtet. Da sie in den meisten Fällen eher als Nachkommende von Ehemännern, Vätern oder Söhnen angesehen wurden, schrieb man ihnen die passive Rolle im Migrationsprozess zu.

Weibliche Flüchtlinge werden doppelt marginalisiert. Einerseits als Frau, andererseits als Flüchtling. Die Gründe für Flucht unterscheiden sich in ihrer Komplexität kaum von jenen der Männer. Da Männer in vielen Fällen im Zuge kriegerischer Auseinandersetzungen ums Leben kommen, flüchten Frauen oft alleine oder mit ihren Kindern. Daher werden auch Flüchtlingslager, die Flüchtlinge aus Kriegsgebieten beherbergen zum Großteil von Frauen

und Kindern bewohnt. In den internationalen Statistiken werden weibliche Flüchtlinge quantitativ nicht explizit erfasst. Meist werden Frauen und Kinder in einer Kategorie zusammengefasst. Frauen sind spezifischen Verfolgungsformen ausgesetzt. Dazu zählen politische Aktivitäten, Zugehörigkeit zu ethnischen und/oder religiösen Minderheiten, verwandtschaftliche Beziehung zu Oppositionellen oder Übertretung von speziell für Frauen geltende Normen und Gesetzen. Bei letzterem kann es zur Verfolgung durch unterschiedliche Instanzen kommen, wie z.B. durch den Staat, durch ethnische Gruppen, durch religiöse Organisationen oder sogar durch die Familie. Vor allem im frauenspezifischen Bereich wird die Flüchtlingsdefinition der Genfer Flüchtlingskonvention von wissenschaftlichen und NGO – Kreisen kritisiert, denn es wird bis heute kein Unterschied zwischen männlichen und weiblichen Flüchtlingen gemacht, obwohl das Geschlecht eine zentrale Determinante für Fluchtmotive darstellt. Jensens Asylrechtanalyse zeigt zusätzliche frauenspezifische, asylrelevante Verfolgungsgründe auf, welche über die in der Genfer Flüchtlingskonvention angegebenen Gründe, wie Rasse, Nationalität, Religion und politische Überzeugung hinausgehen. Dazu zählen unter anderen Genitalverstümmelungen, Vergewaltigung, Zwangsheirat, Verletzung der Familienehre oder Mitgiftmord und Witwenverbrennung. Auch private Bedrohung oder allgemeine Unterdrückung von Frauen gelten nicht als Flucht- oder Asylgründe.

Die Entscheidung für oder gegen eine Flucht ist ebenfalls geschlechterspezifisch. Die Entscheidung steht oft in engem Zusammenhang mit der Rolle der Frau im Herkunftsland. Die Tatsache, dass es in manchen Kulturen schwierig ist, ohne männlichen Schutz zu leben, macht es in vielen Fällen unmöglich ohne männliche Begleitung zu fliehen. Auch die Angst vor unsicherer und mangelnder Versorgung der Kinder erschwert die Fluchtumstände beträchtlich. Die Fluchtentscheidung wird in hohem Maße durch Angst vor sexuellen Übergriffen geprägt. Speziell für junge Frauen besteht die Gefahr der Zwangprostitution. 1990 erfolgte eine Stellungnahme der UNHCR, in der auf die unterschiedlichen Auswirkungen von Flucht auf Männer und Frauen eingegangen wurde. Weiters erarbeitete man im Jahre 1991 die sogenannten „Gender Guidelines“. Darin wurde die spezielle Schutzbedürftigkeit von Frauen anerkannt und an die einzelnen Staaten appelliert, die Verantwortung dieser wahrzunehmen. (vgl. Binder, S., Tosic, J., 2003: S. 457-464)

Nicht nur die Flucht an sich birgt spezielle Gefahren für Frauen. Auch im Aufnahmeland werden Frauen mit weiteren Schwierigkeiten konfrontiert. Aufgrund geringer Schulbildung und fehlender Ausbildung gestaltet sich die Arbeitsplatzsuche als äußerst mühsam.

5.1.5.2 Männliche Flüchtlinge

Abgesehen von den belastenden Umständen, die Flucht immer mit sich bringen, werden Männer oft mit einem zusätzlichen Problem konfrontiert, nämlich dem Verlust der Rolle des Familienernährers. In den meisten Herkunftsländern der Flüchtlinge ist das soziale und vor allem familiäre Rollenbild sehr klar definiert. Der Mann gilt großteils als der Versorger der Familie. In vielen Fällen definiert sich der Mann über die Rolle des Ernährers. Wenn sich diese Rolle nun verliert, weil der Mann im Aufnahmeland nicht arbeiten darf, kann dies subjektiven Identitätsverlust durch belastende Sinnkrisen hervorrufen. Der Verlust der Rolle des Familienoberhaupts erschüttert das Selbstwertgefühl des Mannes beträchtlich. Um dieses zu kompensieren kann es zu verschärften Kontrollansprüchen und Aggressionen gegenüber der eigenen Frau und den Kindern kommen. In solchen Fällen ist psychotherapeutische Unterstützung von großer Bedeutung. (vgl. Binder, S., Tosic J., 2003: S. 461- 462)

5.1.5.3 Minderjährige Flüchtlinge in Österreich

Täglich werden irgendwo auf der Welt Kinder zu Flüchtlingen. Sie müssen fliehen, weil ihr Leben in Gefahr ist. Rasse, Nationalität, Religion oder die politische Einstellung ihrer Eltern können dazu führen, dass sie ihre gewohnte Heimat fluchtartig verlassen müssen. Dabei bleibt meist keine Zeit, sich von Verwandten zu verabschieden. Mitgenommen wird nur das, was sie tragen können. In vielen Fällen werden Kinder durch die chaotische Fluchtsituation von ihren Eltern getrennt und sind ganz auf sich gestellt. Kinder und Jugendliche, die alleine in Österreich als Flüchtling leben, bedürfen besonderer Unterstützung bei der Bewältigung ihrer Situation. Sie brauchen Rahmenbedingungen, die ihnen neue Perspektiven ermöglichen. Die Realität sieht aber oft anders aus. Selbst minderjährige Flüchtlinge haben oft keine Aussicht

auf Verbleib und sind auch vor Schubhaft nicht gefeit. (www.unhcr.at, Zugriff am 22. November 2010)

Die kognitive, emotionale und soziale Entwicklung von Kindern und Jugendlichen, die Krieg, Folter und Vertreibung erfahren mussten, wird weitgehend beeinträchtigt. Angststörungen, Depressionen, emotionale Störungen sowie Störungen im Sozialverhalten und daraus resultierende ungewollte Schwangerschaften, Gesetzesübertretungen oder Straftaten können Folge solcher Erfahrungen sein. Oft werden Verhaltensauffälligkeiten dieser Kinder und Jugendlichen von ihren meist selbst traumatisierten Eltern als sehr schamhafte Kränkung erlebt. Sie fürchten dadurch eine erneute Stigmatisierung oder sogar Abschiebung als Folge dieser Schwierigkeiten. Somit werden die Auffälligkeiten der Kinder in vielen Fällen geleugnet oder als unbedeutend abgetan. Pädagogisch-therapeutische Interventionen werden abgelehnt.

In kriegsvertriebenen Familien kann es oftmals zu einem Rollentausch bzw. zur Rollenübernahme kommen. Kinder müssen die volle Verantwortung für die Familie übernehmen. Ihnen werden Aufgaben zugeteilt, die nicht ihrem Alter entsprechen. Nur all zu oft kommt es vor, dass sie aufgrund fehlender Sprachkenntnisse der Eltern die Vermittlerrolle in der Außenwelt übernehmen. Auch die Versorgung der Eltern wird ihnen zugeteilt. Wenn Kinder die Rolle der Eltern übernehmen, spricht man von Parentifizierung. (vgl. <http://www.edyoucare.net/images/content/Kriegstraumatisierte%20Kinder%20und%20Jugendliche-1.pdf>, Zugriff am 16. Mai 2011)

Uta Wedam wird in ihrer Arbeit mit Flüchtlingen auch immer wieder mit dem Phänomen des Rollentausches und dem daraus resultierenden Rollenkonflikt konfrontiert. Sie sagt:

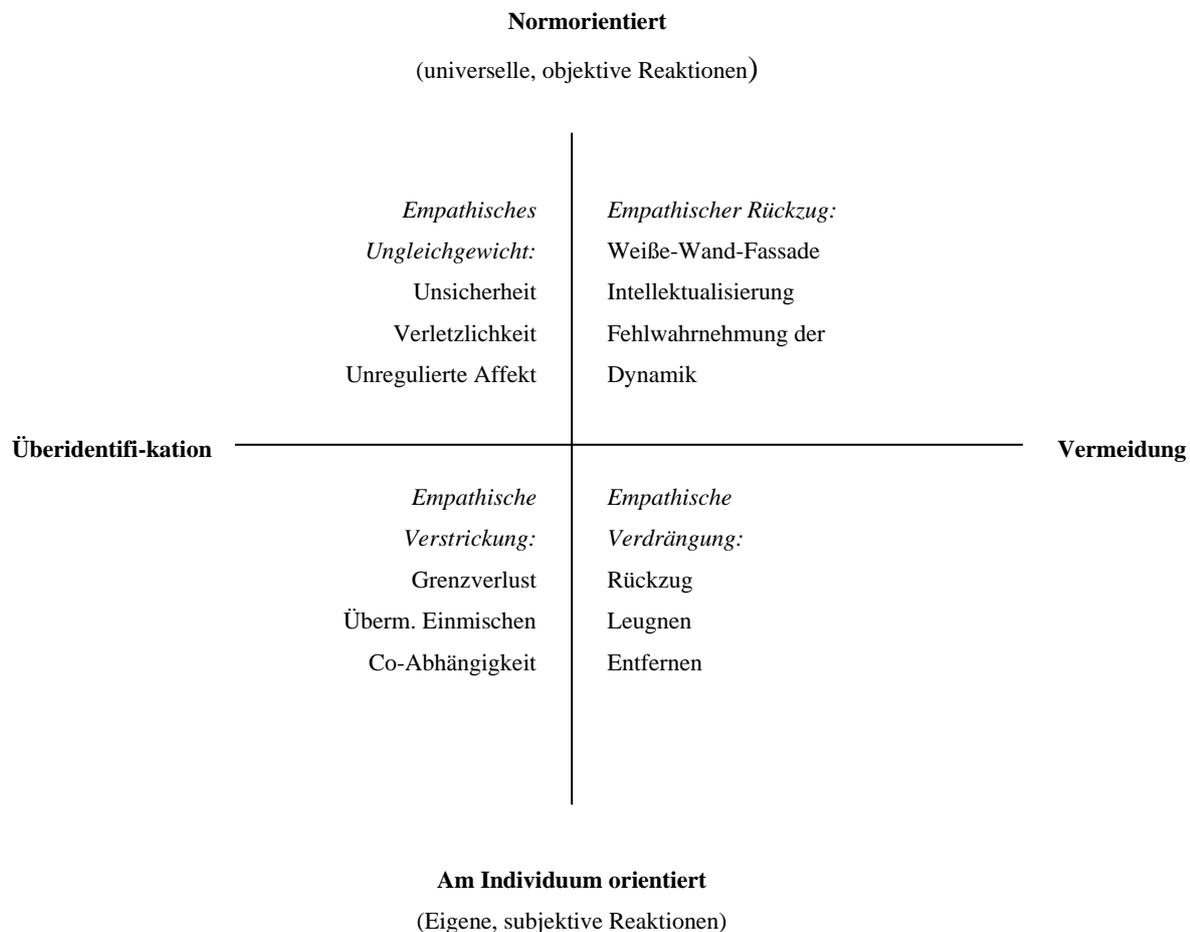
„Ein Rollenkonflikt ist natürlich für Asylsuchende immer gegeben, weil da sind sie ja eigentlich namenlos. Sie sind Asylwerber, sie sind fremd, sie haben keinen Beruf mehr, sie leben in einem Heim, es gibt nichts privates mehr, also es ist ja ein totaler Identitätsverlust. Sie sind kein Arzt, sie sind kein Jurist, sie sind kein Taxichauffeur, kein Busfahrer, oder kein Zahntechniker, sie sind Asylwerber. Asylant wird das ja dann auch gern mal genannt. Sogar gute Zeitungen schreiben sogar schon Asylant. Da sieht man auch, dass die Sprache mutiert. Asylant klingt a bissl so wie Mutant, genau das passiert mit diesen Menschen, die werden

eben zu Asylanten. Und das ist natürlich ganz was furchtbares, da gibt's natürlich Konflikte für die Personen neben diesem ganzen Symptomkomplex, für Männer ist es da dann noch einmal schwieriger, weil Frauen ihre Rolle als Mutter oder als Hausfrau oder als diejenige die kocht, die hat sie da immer, sie kriegt da zwar noch andere Sachen hinzu, Frauen sind oft viel praktischer veranlagt, die gehen ganz anders an die Sachen ran, weil auch notwendig ist, ihre Kinder zu ernähren. Die Kinder erlernen die Sprache, die kommen in die Schule, sie werden der Sprache mächtig, ihre Eltern nicht und das ist natürlich in einer Gesellschaft, wo die Sprache gesprochen wird, die sie nicht verstehen die Kinder aber schon gibt's da eine Art Umkehr, wer ist für was wie verantwortlich, in welche Rollen werden Kinder auch gedrängt. Es ist natürlich auch beschämend für Eltern, also da gibt's schon die verschiedensten Rollenkonflikte. Da stimmen die Machtverhältnisse hinten und vorne nicht mehr.“ (Interview mit Uta Wedam, S. 13)

5.1.6 Auswirkungen der psychotherapeutischen Arbeit mit Flüchtlingen auf die Experten

Die Gratwanderung zwischen professioneller Distanz und Herzlichkeit bzw. Empathie stellt für viele Therapeuten eine große Herausforderung dar. Die amerikanischen Traumaforscher Wilson und Lindy sprechen hierbei vom sogenannten „Empathiestress“.

In ihrem „Vierfelder – Schema, werden die unterschiedlichen Reaktionsstile von Therapeuten bei Empathiestress sehr übersichtlich dargestellt. (Abb. In Forster, E., 2003: S.39)



5.2 Psychotherapeutische Behandlungsansätze

5.2.1 EMDR – Eye Movement Desensitization and Reprocessing

EMDR ist ein Behandlungsverfahren für Trauma-Opfer und bietet mittlerweile eine effektive Behandlungsmöglichkeit bei Posttraumatischer Belastungsstörung (PTSD). Es wurde in den späten 80er Jahren in Amerika von Francine Shapiro entwickelt.

EMDR ist ein spezielles Verfahren im Rahmen psychotherapeutischer Interventionen, das zu einer Auflösung starrer Verhaltensmuster aber eben auch zu einer beschleunigten Verarbeitung traumatischer Erinnerungen führt.

Bei dieser Methode geht es in erster Linie darum, dass sich der Klient auf bestimmte Sequenzen der traumatischen Situation konzentriert. Gleichzeitig folgt er mit den Augen den Fingerbewegungen des Therapeuten. Hierbei geht es um die bilaterale Stimulation der beiden Gehirnhälften, die einen Informationsprozess in Gang setzt, der bei den Patienten ein Gefühl der Entlastung hervorruft.

Die Methode des EMDR wird in 8 Phasen unterteilt:

1. Vorgeschichte und Behandlungsplanung

In dieser Phase wird die Traumavorgeschichte, die Ich-Stärke sowie die Behandlungsindikation festgelegt und EMDR in den Therapieplan integriert.

2. Vorbereitung des Patienten:

Der Klient wird über Behandlungsplan und Behandlungsmethode aufgeklärt. Der Klient wird stabilisiert und in weiterer Folge zu seiner Motivation die Therapie betreffend befragt

3. Evaluierung des Traumas:

Hier wird das eigentliche Trauma in seinen visuellen, affektiven und sensorischen Komponenten erfasst. Der Therapeut versucht nun, negative Kognitionen, die das Selbstwertgefühl des Klienten schwächen, herauszufiltern. Ein Beispiel für solch eine negative Kognition wäre: „Niemand liebt mich, weil ich wertlos bin.“ Der Therapeut versucht nun, das passende positive Gegenstück zu dieser negativen Kognition herauszuarbeiten. In unserem Fall wäre das: „Ich werde geliebt, weil ich wertvoll bin.“ Nun wird der Patient aufgefordert zu beschreiben, wie sich diese positive Kognition im Bezug auf sich selbst anfühlt. In den meisten Fällen können sich die Betroffenen in dieser Phase noch recht wenig damit identifizieren. Nun zur nächsten Phase.

4. Desensibilisierung und Durcharbeitung

Jetzt wird der Klient aufgefordert, sich die traumatische Situation, die sensorische Komponente sowie die erarbeitete, negative Kognition in Erinnerung zu rufen. Gleichzeitig induziert der Therapeut eine bilaterale Stimulation des Gehirns. Dies passiert meist über Augenbewegungen. Dieser Prozess führt bereits bei einer deutlichen Mehrheit der Klienten zu einer Erhöhung des Selbstwertes sowie zu einem Gefühl der Entlastung. Der Betroffene kann sich nun deutlich besser mit der positiven Kognition identifizieren.

5. Verankerung:

Diese positiven Kognitionen sollen in dieser Phase durch bilaterale Stimulation verstärkt und verankert werden.

6. Körper – Test:

Nun begibt man sich auf die Suche nach persistierenden sensorischen Erinnerungsfragmenten, um diese gegebenenfalls zu bearbeiten.

7. Abschluss:

Sollten noch Elemente des Traumas vorhanden sein, werden diese mit Hilfe von Distanzierungstechniken bearbeitet. Außerdem werden in einer Nachbesprechung entsprechende Verhaltensmaßnahmen zur Krisenintervention besprochen.

8. Nachbefragung:

Bei einer Nachbefragung, die am Anfang der folgenden Stunde erfolgt zeigen sich oftmals Ansätze noch nicht bearbeiteter Teile des Traumas, die in Form von zwischenzeitlichen Alpträumen aufgetreten sind. (vgl. Gröschel, C., 2008: S. 77-78)

5.2.2 KIP – Katathym Imaginative Psychotherapie

Im Bereich der imaginativen und hypnotischen Verfahren möchte ich gerne etwas genauer auf die Katathym Imaginative Psychotherapie eingehen.

Der Begriff „katathym“ stammt aus dem Griechischen und bedeutet so viel wie „gemäß der Seele, der Emotionalität“. In dem verfahren der Katathymen Imaginativen Psychotherapie geht es um einen psychotherapeutischen Vorgang, in dem Imaginationen induziert werden. Außerdem umschließt der Vorgang von dem Therapeuten oder der Therapeutin begleitete Tagträume. Die Wurzeln für dieses Verfahren liegen in der Psychoanalyse, wobei von einer Existenz unbewusster Motivationen sowie von Abwehrmechanismen ausgegangen wird. Auch Freud war bereits der Meinung, dass Tagträume in ihrer Beschaffenheit unseren nächtlichen Träumen sehr nahe stehen. Und diese Gegebenheit macht sich auch die KIP zu nutze. Wie auch in einigen anderen Psychotraumatherapien geht es in der KIP um eine Abfolge von Stabilisierung, Traumabearbeitung und Integration des Traumas in die Persönlichkeit. Zu Beginn der Therapie muss zunächst festgestellt werden in welcher Phase des „Prozessmodells psychischer Störungen“ sich der Betroffene gerade befindet. Dies ist von großer Bedeutung für den weiteren Verlauf der Therapie.

Je nachdem in welcher Phase sich der Klient gerade befindet, werden drei unterschiedliche Ansatzschwerpunkte der Behandlung angewandt:

- Krisenintervention unmittelbar nach dem traumatischen Geschehen

Direkt nach dem Trauma muss zunächst die verlorengegangene Grundstabilität aufgebaut werden. Es ist überaus wichtig dem Betroffenen Gefühle von Sicherheit, Geborgenheit und Schutz zu vermitteln. Nur so kann ein von Trauma gebeutelter Mensch wieder Vertrauen aufbauen um dann in weiterer Folge für weitere Interventionen offen zu sein. Wurde ein Grundgefühl von Sicherheit aufgebaut, geht es darum dem Klienten wieder zu einem positiven Selbstbild zu verhelfen. Das heißt also, dass direkt nach dem Trauma simple Stabilisierung höchste Priorität erhält. Komplexe psychotherapeutische Interventionen wären in dieser Zeit kontraproduktiv.

- Psychotherapeutische Krisenintervention in der post-expositorischen Phase

Hier tritt Erholung für den Klienten und Traumaverarbeitung an oberste Stelle. Stress soll durch frühe Interventionen vermindert werden, um einer Chronifizierung vorzubeugen. Unter anderem soll die Fixierung pathologischer Reaktionen vermieden werden.

- Die psychotherapeutische Behandlung traumatischer Prozesse

Hier kann nun eine oder mehrere psychotherapeutische Interventionen gesetzt werden. Die eigentliche psychotherapeutische Behandlung kann beginnen.

5.2.3 Brief Eclectic Psychotherapy

Brief Eclectic Psychotherapy (BEP) ist ein integrativer Ansatz, in dem psychodynamische, kognitiv-behaviorale und direktive psychotherapeutische Elemente vereint werden. Diese Art der Behandlung ist problemfokussiert und besteht aus 16 Sitzungen à 45 bis 60 Minuten. Diese Methode wurde erstmals entwickelt, um Polizisten mit Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) zu behandeln. Die Wirksamkeit wurde in einer randomisierten Studie nachgewiesen, sodass dieses Therapie-Protokoll mittlerweile auch bei anderen PTBS-Patienten eingesetzt wird. Ziel der Therapie ist es, das Trauma in die persönliche Biographie zu integrieren und somit hinter sich zu lassen. BEP verläuft in 5 Phasen:

Psychoedukation:

Es ist wichtig, zu Beginn den Patienten über seine PTBS Symptome ausreichend aufzuklären. Er soll lernen, diese Symptomatik als natürliche Reaktion zu verstehen, die durch ein traumatisches Erlebnis hervorgerufen wurde und einen dysfunktionalen Zustand auslöst. Die Psychoedukation umfasst Informationen über die Ursache, den Verlauf und die psychobiologischen Prozesse einer PTBS.

Imaginationsübungen:

Nach Entspannungsübungen erfolgt eine Exposition, in der auf Schlüsseltraumata bzw. "hot spots" fokussiert wird. Diese detaillierte Reinszenierung des traumatischen Erlebnisses in

allen sensorischen Modalitäten verläuft innerhalb von vier bis sechs Sitzungen zu jeweils 20 Minuten. In diesen 20 Minuten werden immer nur einzelne Teile des Traumas imaginiert. Ziel dieser Imaginationenübungen im Hier und Jetzt ist die Katharsis traumabezogener Gefühle. In dieser Phase dürfen keine psychodynamischen Interpretationen vorgenommen werden.

Arbeit mit Erinnerungsstücken:

Der Patient wird gebeten, einen "Fortsetzungsbrief" an eine Person oder Organisation zu schreiben, die in negativer Weise mit dem Trauma zu tun hatte, z.B. bei Gewalttaten einen Brief an den Täter. Diese schriftliche Aufgabe dient der Förderung und Bearbeitung schwieriger, aggressiver Gefühle. Die Patienten sollen ihre Gefühle täglich 30 Minuten lang in einem Notizblock festhalten. Der Brief wird nicht abgeschickt.

Zusätzlich können Erinnerungsobjekte mit konkreter oder symbolischer Beziehung zum Trauma in die Therapiesitzung mitgebracht und besprochen werden. Das können z.B. Kleidungsstücke, Fotos oder Zeitungsartikel sein.

·Integration in die persönliche Biographie:

Im zweiten Teil der Behandlung geht es um die Bearbeitung existentieller Fragen: Wie sieht der Patient sich und der Welt und wie kann er sich wieder in die normale Welt integrieren? Bedeutungszuschreibung und Sinnfindung stehen hier im Vordergrund. Es findet keine Bearbeitung unbewusster Konflikte statt und die Übertragungsarbeit passiert nur implizit. Die erwünschte Integration der traumatischen Erfahrung in die Biographie wird durch den Umgang mit der eigenen Verletzlichkeit und Hilflosigkeit gefördert. Zusätzlich wird die Zukunft aktiv mit einbezogen und gestaltet.

Abschiedsritual:

Die Therapie wird mit einem Abschiedsritual beendet, in dem der Brief und andere Erinnerungsstücke vernichtet werden. Es geht nicht darum, dass der Patient vergisst, sondern die Vergangenheit hinter sich lassen soll, um sich der Zukunft zuwenden zu können. Dieses abschließende Ritual hat einen feierlichen und symbolischen Charakter und wird mit positiv empfundenen Aktivitäten verbunden, wie z.B. Spaziergang, Lagerfeuer oder Festmahl.

Besonders entscheidend für diese Therapie ist eine gute Beziehung zwischen Patient und Therapeut. Jede professionelle psychosoziale Intervention erfordert eine klare und reflektierte therapeutische Haltung. (vgl. Brief Eclectic Psychotherapy - Ein integrativer Ansatz zur Behandlung posttraumatischer Belastungsstörungen, www.traumatherapie.de/emdr/workshops/berlin2003/gersons, Zugriff am 22. Februar 2011)

6 Psychotherapeutisches Angebot für traumatisierte Flüchtlinge

6.1 Psychotherapie in freier Praxis

Im Zuge meiner Recherchen stellte ich fest, dass Psychotherapie für Flüchtlinge in freier Praxis kaum existiert. Einer der Hauptgründe stellen die fehlenden finanziellen Mittel dar. Da Flüchtlinge in Österreich nicht arbeiten dürfen und aus diesem Grund auch nicht sozialversichert sind, werden die Kosten für Psychotherapie von keinem öffentlichen Träger übernommen. Aber auch der allgemeine Zugang für Flüchtlinge bzw. Asylwerber ist nicht gegeben. Psychotherapeutische Betreuung und Behandlung findet in diesem Fall fast ausschließlich über Vereine statt. Aus diesem Grund werde ich im folgenden Kapitel auf genau diese näher eingehen.

6.2 Psychotherapie in Institutionen

6.2.1 Der Verein ZEBRA

Der Verein ZEBRA wurde 1986 in Graz gegründet. ZEBRA ist eine sogenannte „Nichtregierungsorganisation“ (NGO – Non Government Organisation). ZEBRA ist eine unabhängige und überkonfessionelle Organisation. Zu ihren Zielen zählen die Durchsetzung der Menschenrechte, die Bekämpfung von Rassismus, die Ächtung der Folter, Rehabilitation von Überlebenden politischer Gewalt sowie die Förderung von Gleichberechtigung. Es geht um interdisziplinäre Arbeit auf rechtlicher, sozialer, politischer, medizinischer, psychotherapeutischer und psychiatrischer Ebene. Durch Herstellung von Chancengleichheit

am Arbeitsmarkt sowie im Bildungssektor soll Möglichkeit für nachhaltige Integration geschaffen werden. Zu den Zielgruppen im Bereich Beratung und Therapie gehören Arbeitsmigranten und deren Familienangehörige, Folteropfer und traumatisierte Personen sowie Asylwerber und Konventionsflüchtlinge.

Der Verein wurde im Jahre 2007 mit dem Menschenrechtspreis des Landes Steiermark ausgezeichnet und erhielt 2010 den Dr. Alexander Friedmann Preis für das besondere Engagement in der Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen, Migranten und Folterüberlebenden.

Die Wurzeln des Vereins liegen in der Menschenrechtsarbeit und –entwicklung der 80er Jahre. Viele der Mitglieder von Zebra waren damals in den Amnesty International Regionalgruppen tätig.

Neben zahlreichen Bildungsangeboten bietet ZEBRA auch die Beratung für Migranten und interkulturelle Psychotherapie im Rahmen eines Rehabilitationszentrums an. (vgl. <http://www.zebra.or.at> , Zugriff am 13. Dezember 2010)

6.2.2 Hemayat - Betreuungszentrum für Folter- und Kriegsüberlebende

Das Wort „Hemayat“ stammt aus dem Arabischen und bedeutet „Schutz“. Hemayat wurde 1995 gegründet, ist ein gemeinnütziger Verein und hat seinen Sitz in Wien.

Der Verein konzentriert sich in erster Linie auf die psychotherapeutische und medizinische Behandlung von Folter- und Kriegsüberlebenden. Folgende Bereiche sollen ebenfalls zur Verwirklichung des Vereinszwecks beitragen:

- Für die Erbringung der medizinischen und psychotherapeutischen Leistungen soll das Netz an Psychotherapeuten und Ärzten ausgebaut werden
- Vernetzung mit anderen Organisationen im In- und Ausland um Erfahrungsaustausch zu ermöglichen
- Erstellung von psychologischen und medizinischen Gutachten sowie Diagnosen

- Durch Öffentlichkeitsarbeit soll auf die psychischen und physischen Folgen nach Folter und Krieg hingewiesen werden
- Aufklärungsarbeit durch Unterstützung von internationalen Kampagnen gegen Folter
- Präventionsarbeit
- Workshops, Diskussionen, Vorträge in Zusammenarbeit mit Menschenrechtsorganisationen
- Einrichtung einer Fachbibliothek sowie Erstellung eines Jahresberichts (vgl. <http://www.hemayat.org/verein.html>, Zugriff am 15. Dezember 2010)

6.2.3 Ankyra – Diakonie Flüchtlingsdienst

Ankyra ist das Zentrum für interkulturelle Psychotherapie des Diakonie Flüchtlingsdienstes. Es hat seinen Sitz in Innsbruck. Das Angebot reicht von psychologischer Betreuung bis hin zu kultursensibler, dolmetschunterstützter und vor allem traumaspezifischer Psychotherapie von Flüchtlingen und anderen Migranten. Das interdisziplinäre Team setzt sich aus Psychotherapeuten, Psychologen, Psychiatern, Allgemeinmedizinern und Dolmetschern zusammen. Folgende Therapierichtungen werden zur Behandlung und Betreuung angeboten: Integrative Gestalttherapie, Klientenzentrierte Psychotherapie, Psychodrama, Hypnotherapie, Systematische Familientherapie, Psychoanalyse sowie Integrative Traumatherapie und Sensibilierungsarbeit zur psychischen Situation von Flüchtlingen. (vgl. <http://www.diakonie-tirol.at/ankyra.html>, Zugriff am 15. Dezember 2010)

6.2.4 NIPE – Netzwerk für Interkulturelle Psychotherapie nach Extremtraumatisierungen

Bei dem Netzwerk NIPE handelt es sich um den Zusammenschluss von mittlerweile zehn Organisationen, die auf die Arbeit mit extremtraumatisierten Menschen spezialisiert sind. Das Netzwerk wurde im Jahre 2000 gegründet und wird seit 2003 von der Asylkoordination

koordiniert. Das Netzwerk ermöglicht den einzelnen Organisationen, sich über wichtige Themen auszutauschen. Es geht um Themen wie Qualitätsstandards in der Arbeit, um begleitende Evaluation und Forschung. Auch Themen wie Fortbildung und Schulungen liegen dem Netzwerk am Herzen. Ein zentrales Anliegen von NIPE gilt der „politischen Arbeit“. Dabei geht es um asyl- und migrationspolitische Fragen, aber auch um berufs- und standespolitische Diskussionsbeiträge. Die große Gemeinsamkeit der Organisationen, die NIPE sozusagen vereint liegt aber in der interkulturellen Psychotherapie. (vgl. <http://www.zebra.or.at/aktuelles/archiv2006/nipebrosch1.htm>, Zugriff am 13. Dezember 2010)

6.2.5. MIP – Mobile Interkulturelle Psychotherapie

Die Einrichtung "Mobile Interkulturelle Psychotherapie im Burgenland" wird durch den Europäischen Flüchtlingsfond, das Bundesministerium für Inneres sowie das Land Burgenland kofinanziert. Da es im Burgenland im Gegensatz zu anderen Bundesländern kein Zentrum für die Flüchtlings- und Migrantenbetreuung gibt, wird diese Aufgabe vom „Verein Menschen Leben“ übernommen.

Das Team der Mobilen Interkulturellen Betreuung im Burgenland besteht derzeit aus einer Projektleiterin, drei Psychotherapeutinnen und einem Dolmetscher für die am häufigsten benötigten Sprachen. Dolmetscher für weitere Sprachen ergänzen - je nach Bedarf - das Team.

Familien, Paare, alleinstehende Männer und Frauen mit oder ohne Kinder, sie alle warten – in teils entlegenen und mit öffentlichen Verkehrsmitteln schwer erreichbaren Unterkünften - auf den ungewissen Ausgang ihres Asylverfahrens. Ihr Alltag ist vielfach geprägt von quälenden Gedanken an die Vergangenheit, einer belastenden Lebenssituation in der Gegenwart und einer perspektivenlosen Zukunft. Viele dieser Menschen leiden an psychischen Störungen, hervorgerufen durch die traumatischen Erlebnisse (Krieg, Verfolgung, Folter, Vergewaltigung) in ihrem Heimatland oder auf der Flucht und benötigen Psychotherapie. Die Psychotherapeuten und Dolmetscher suchen diese Menschen in ihren Unterkünften auf und bieten ihnen psychotherapeutische Gespräche in Form von Hausbesuchen an. In

Einzelfällen kann auch eine Betreuung in einer psychotherapeutischen Praxis erfolgen. (vgl. www.menschen-leben.at, Zugriff am 24. März 2011)

Wie schwierig die Arbeit oft ist, schildert Frau Zlatka Vlasich, Psychotherapeutin im MIP:

„Seit März 2009 bin ich im interkulturellen Bereich im Burgenland als mobile Psychotherapeutin tätig. Meine mobile Arbeit erstreckt(e) sich auf drei Asylunterkünfte vom nördlichen bis ins südliche Burgenland mit maximaler Fahrzeit von einer Stunde und pro Asylheim durchschnittlich 7 KlientInnen (inkl. Paare und Familien). Die räumlichen Rahmenbedingungen sind je nach Asylheim unterschiedlich. Einen eigenen Therapieraum gibt es jedoch in keiner Arbeitsstätte. Die Therapiesitzungen finden manchmal in den Mehrpersonenzimmern statt, wobei die Kooperation mit den Mitbewohnern gesucht wird. Im Sommer ist es durchaus machbar, da die Ehepartner meistens verständnisvoll sind und das Zimmer für diese Stunde verlassen. Die Anwesenheit kleiner Kinder ist manchmal unumgänglich, z.B. wenn es regnet und Spaziergänge nicht zumutbar sind. Von „glücklicheren Umständen“ spreche ich dann, wenn im Asylheim wegen Unterbelegung ein momentan nicht genütztes Zimmer vorhanden ist. Wenn kein freier Raum vorhanden ist und wenn der Unterkunftgeber nicht bereit ist ein Extrazimmer des Gasthauses für die psychotherapeutischen Sitzungen zur Verfügung zu stellen, wirken „unglückliche Umstände“, die vor allem dann männliche Klienten betreffen können. „Es tut mir leid, es ziemt sich nicht!“, entschuldige ich mich und lehne es ab, psychotherapeutische Sitzungen auf ungemachten Asylheimbetten bei sehr beengten Raumverhältnissen mit allein stehenden Klienten abzuhalten. Ist ein Dolmetsch notwendig, erfolgen die Therapiestunden auch in den Zimmern.“ (Vlasich-Melisits Z.: Diplomarbeit 2010, S.14)

7 Auswirkungen der österreichischen Asylpolitik auf die psychotherapeutische Arbeit mit Flüchtlingen

7.1 Erfahrung von Unsicherheit, Hilflosigkeit und Ausgeliefertsein

Die Ziele psychotherapeutischer Arbeit sind unter anderem das Vermitteln von Sicherheit durch stabilisierende Maßnahmen und das Schaffen einer Vertrauensbasis. In der realen Situation der Flüchtlinge spielt sich aber oft genau das Gegenteil ab, wie Marion Kremla im Interview beschreibt: „Die Menschen leben dann auch wirklich mit der ständigen Bedrohung, dass die Fremdenpolizei einschreitet, und das kann teilweise durchaus einige Zeit dauern. Da laufen halt noch oft irgendwelche Verfahren, wo man dann halt noch in kurzgerichtliche Instanz geht etc, ja und dann stellen sie halt auch noch Anträge auf humanitäres Bleiberecht, das wird dann allerdings so schnell abgefertigt, da geht das auch nicht..... es handelt sich hier um Leute, die massive Probleme aufweisen, die in haftähnlichen Situationen gehalten werden..“ (Interview mit Marion Kremla, S. 2)

Die Therapeutinnen können dann meist nicht mit ihren Klientinnen in den Prozess der Traumaverarbeitung einsteigen, sondern müssen sich immer wieder mit den „Nachfolgetraumata“ beschäftigen, um die betroffenen Personen von Sitzung zu Sitzung in ihren aktuellen Situationen zu begleiten und immer wieder neu zu stabilisieren.

7.2 Angstverstärker

Im aktuellen bürokratischen Umgang mit Flüchtlingen wird auf menschliche Behandlung und den psychischen Zustand kein Augenmerk gelegt. So, wie laut Beschreibung der meisten Experten aus den NGO's mit den Menschen verfahren wird, sind Angst und Unsicherheit dem Asylverfahren immanent. Frau Mag. Uta Wedam vom Verein Zebra konstatiert Spannungszustände, ganz viel Stress, Identitätskrisen, Unsicherheit, den Kulturschock, Entwurzelungsängste, Zukunftsängste durch Perspektivenlosigkeit. (vgl. Interview mit Uta Wedam, S. 9)

Das therapeutische Vorgehen bei Ängsten besteht meist aus beruhigenden Interventionen, wie Entspannungstrainings, oder Realitätsprüfungen, bei denen Klienten die reale Situation im Hier und Jetzt als angstvermindernd einschätzen lernen können. Wenn aber gerade reale Situationen permanente Angstauslöser darstellen, bleibt eigentlich nur die Möglichkeit, von Mal zu Mal Krisenintervention betreiben.

7.3 Aggressionsauslöser

Die Dissoziation nach schweren Traumata kann entweder in internalisierter oder in externalisierter Form auftreten. Externalisierte Dissoziationen treten durch das aktive Interagieren der abgespaltenen Teil-Persönlichkeit mit ihrer Umwelt auf. Veränderte Identität, sowie veränderte Vorlieben stehen der Ursprungs-Persönlichkeit meist konträr gegenüberstehen. Die dissoziierte Persönlichkeit kann meist Dinge ausleben die die Ursprungs-Persönlichkeit tabuisiert oder verdrängt hat. (vgl. www.uni-protokolle.de/Lexikon/Dissoziative_Persönlichkeitsstörung.html)

Der abgespaltene Persönlichkeitsanteil kann in für andere kaum nachvollziehbaren Situationen, welche für den Betroffenen aber als ähnliche Situation zu dem erlittenen Trauma erlebt wird, mit heftigen Aggressionen gegen die eigene Person oder gegen andere reagieren. Meist gibt es daraufhin ein „Mehr“ an Repressalien von Seiten der Behördenvertreter, weil sie das Verhalten als Aufsässigkeit und mangelnde Kooperation interpretieren. Auch im therapeutischen Setting kann es zu unvermuteten Aggressionsschüben kommen, und Psychotherapeuten, die mit traumatisierten Flüchtlingen arbeiten, müssen für solche Situationen kalmierende Techniken, aber vor allem eine angstfreie und verständnisvolle Haltung aufbringen.

Aktuelle Aggressionsauslöser können aber auch allgemein enttäuschte Hoffnungen und ohnmächtige Wut auf das gescheiterte Fluchtvorhaben sein. Wenn mehrere solcher Personen „zusammengepfercht“ werden, kann es zu massiven Ausschreitungen kommen, die selbst erfahrene Betreuer vor neue Herausforderungen stellen. Die Auswahl der Personen, die miteinander leben, sollte einer genauen Prüfung unterzogen werden.

7.4 Rückzug und Isolation

Der soziale Rückzug kann durch internalisierte Dissoziation auftreten oder durch ein allgemeines Gefühl der tiefen Hoffnungslosigkeit und des Scheiterns. Die depressive Grundstimmung und der mangelnde Selbstwert verfestigen sich zunehmend, da die Fähigkeit zur Relativierung und zur angemessenen Einschätzung der eigenen Erlebnisse und des äußeren Geschehens gerade wegen des Mangels an sozialen Erfahrungen fehlt. Hierdurch entsteht die Gefahr, dass sich die isolierte Person durch ihre verzerrte Wahrnehmung in eine Lage manövriert, in welcher der Ausbruch aus der Isolation aus eigener Kraft faktisch unmöglich wird. Der Isolierte entwickelt ein in sich geschlossenes, hermetisches Selbstbild, das von der sozialen Realität abgekoppelt ist und zu Handlungs- und Verhaltensweisen führen kann, die sich gegenüber sozialen Rückmeldungen gewissermaßen verselbstständigen: Der normale soziale Regelkreis, bei dem das eigene Handeln an den Reaktionen der Umwelt gemessen und erforderlichenfalls korrigiert oder angepasst wird, ist bei schweren Fällen sozialer Isolation durchbrochen. (vgl. http://www.uni-protokolle.de/Lexikon/Soziale_Isolation.html)

„Etwas äußerst Geheimnisvolles tritt zwischen ihm und die vertrauten Gegenstände seiner Welt, zwischen ihm und seine Mitmenschen, zwischen ihm und alle seine „Werte“. Alles, was er sein eigen nannte, verblasst und versinkt, so dass nichts übrig bleibt, an dem er sich festhalten könnte (..), er findet sich selbst allein und verloren in der Leere wieder“ (Reinhard K. in Yalom, I., 2005 „Existenzielle Psychotherapie“: S 426) Auch Albert Camus beschreibt seinen psychischen Zustand in einem fremden Land wie folgt:

„Hier bin ich wehrlos, in einer Stadt, in der ich die Zeichen nicht lesen kann, ohne Freunde, mit denen ich sprechen kann, kurz gesagt, ohne Ablenkung. In diesem Zimmer, das durchdrungen ist von den Tönen einer fremden Stadt, weiß ich, dass mich nichts in das sanfte Licht eines Heimes oder eines anderen Lieblingsplatzes ziehen wird. Werde ich rufen? Laut schreien? Fremde Gesichter würden auftauchen... und schließlich enthüllt sich das blasse Antlitz der Angst.“ (Camus A. in Yalom I. „Existenzielle Psychotherapie“, 2005: S. 425)

Menschenverachtende, respektlose und ablehnende Haltung, der Flüchtlinge bisweilen ausgesetzt sind, können negative Überzeugungen die eigene Person und die Rolle in der Gesellschaft betreffend verfestigen und dann auch zur Ablehnung von Hilfsangeboten führen, weil man kein Vertrauen in andere Menschen aufbauen kann.

7.5 Rassismus, Ablehnung und Ausgrenzung

Flüchtlinge haben die Erfahrung gemacht, dass sie in ihren Heimatländern bedroht, verfolgt, oft auch gefoltert und vertrieben wurden. Sie haben ihren Platz im Leben verloren und hoffen, einen solchen in dem Zielland ihrer Flucht zu finden.

Was Flüchtlinge in Österreich häufig vorfinden, ist neben den schon beschriebenen Problemen im Asylverfahren auch eine breite Ablehnung in der Öffentlichkeit. Fremdenfeindlichkeit und Rassismus sind weit verbreitet, und im öffentlichen und politischen Diskurs werden Flüchtlinge oft als Schuldige oder Kriminelle, als Menschen, die sich ökonomische Vorteile erschleichen wollen, hingestellt. Dementsprechend ablehnend reagieren große Teile der Bevölkerung, wenn es um Aufenthaltsorte für Flüchtlinge in ihrer näheren Umgebung geht, wie das Beispiel Eberau im Burgenland voriges Jahr gezeigt hat.

„Die Massenmedien sind – auch in bezug auf Rassismus – als eine Art vierte Gewalt zu betrachten, weil sie nicht nur enormen Einfluss auf die herrschenden Diskurse, das Denken, die Einstellungen und das Verhalten vieler Menschen haben, sondern auch die politische Kultur mitgestalten.“ (Butterwegge C., 1993) Im Brockhaus findet sich folgende Erklärung für Rassismus: „Rassismus ist die Anordnung und das Hervorbringen von Vorstellungen und Interpretationen der Welt in einer bestimmten (z.B. interessegeleiteten und damit verfälschenden) Sichtweise“. Albert Memmi definiert ihn etwas spezifischer: „Rassismus ist die verallgemeinerte und verabsolutierte Wertung tatsächlicher und fiktiver Unterschiede zum Vorteil des Anklägers und zum Nachteil seines Opfers, mit der seine Privilegien oder seine Aggressionen gerechtfertigt sind.“ (Memmi A., 1987: S. 103)

Dass eine breite Ablehnung gegen ihre Anwesenheit für Flüchtlinge nicht ohne Folgen bleiben kann, liegt auf der Hand.

Das „**Phasenmodell - der Weg in die Mobbing Katastrophe**“ kann man auch mit einigen Abänderungen auf die Ausgrenzung von Flüchtlingen und auf die Ablehnung, die ihnen entgegengebracht wird, umlegen:

Institutionelle Auslöser/Bedingungen mögliche persönliche Reaktionen

Phase 1: Erfahrung von Respektlosigkeit, Unmenschlichkeit und Unverständnis beim Aufnahmeverfahren	Sekundäre Traumatisierungserfahrung, erste Stresssymptome, Bewältigung durch individuelle Anpassung
Phase 2: Persönliche Attacken, haftähnliche Zustände	Angst, Verwirrung, psychosomatische Störungen, Selbstzweifel
Phase 3: Institutionelle Übergriffe, Fehlverhalten von Behördenvertretern	Rückzug oder Auflehnung, Erschöpfung, Resignation
Phase 4: Langwieriges Asylverfahren, vergebliche, juristische Schritte, fehlerhafte Gutachten	Generelle Verunsicherung und Misstrauen, tiefe Verzweiflung, posttraumatische Stresssymptome
Phase 5: Drohende Abschiebung	Verstärkte Symptomatik von Phase 4, Suchtmittelmissbrauch, massive psychische Probleme, Suizidversuche

Das Erleben von Ausgrenzung und Ablehnung steht dem Behandlungs – und Heilungserfolg diametral entgegen. Trotz allem ist es eine „lebensnotwendige“ Erfahrung, wenn in einem therapeutischen Kontext Begegnung und Nähe als Kontrapunkt zu institutioneller und persönlicher Abwertung passieren kann. Martin Buber hat einmal formuliert: „Alles wirkliche Leben ist Begegnung“, und weiters: „Gegenwart gibt es nur insofern, als es Gegenwärtigkeit, Begegnung, Beziehung gibt.“ (Buber, M.: Ich und du, Auszüge in: www.celtoslavica.de/sophia/Buber.html) Michaela Buber bringt es auf den Punkt: „Es gibt wohl keine intensivere Begegnung als die in der Therapie mit Menschen, die nach Erfahrungen, welche ihnen buchstäblich den Boden unter den Füßen weggezogen haben, wieder versuchen, ins Leben zurückzufinden.“ (Buber, M., 2007: S. 18)

Psychotherapeuten haben hier die wichtige Aufgabe, durch ihre Haltung zu demonstrieren, dass es auch in einem fremdenfeindlichen Land menschliche Nähe, Verständnis und Respekt vor der Würde des Menschen gibt. Aber um diese Herausforderung annehmen zu können, müssen sie selbst in einem Prozess der Selbsterfahrung ihre ureigensten Einstellungen zum Thema Fremde und Fremdheit erforschen. Menschlichkeit kann man nicht „spielen“, sie kann nur authentisch vermittelt werden.

8 Zusammenfassung und Ausblick

Der erste Teil meiner Arbeit ist der Begriffsklärung von Flucht und Migration gewidmet und beschäftigt sich mit den internationalen Übereinkommen zum Schutz von Flüchtlingen.

Ich habe herausgearbeitet, dass es anfangs bei der Genfer Flüchtlingskonvention noch keine verbindlichen Regelungen im internationalen Flüchtlingswesen gab. Es wurden vor allem Rechte und Pflichten der Flüchtlinge und deren Schutz definiert, wobei sich der Begriff „Flüchtling“ im Jahr 1951, also nach dem 2. Weltkrieg, vor allem auf die europäischen Flüchtlinge bezog.

Da der Flüchtlingsstrom aber in weiterer Folge globale Ausmaße annahm, wurde im Dubliner Abkommen die Zuständigkeit von Ländern erarbeitet, in denen Flüchtlinge Asyl beantragen können.

Österreich stand mit seiner Asylpolitik nach dem 2. Weltkrieg an der Spitze Europas, nahm damals über 500.000 Vertriebene auf und kann in diesem Zeitraum durchaus als fremdenfreundlich bezeichnet werden. Der österreichischen Bevölkerung war der Schrecken des Krieges, ihre eigene Notlage und die Hilfe, die sie selbst von außen erhalten hatte, durchaus bewusst. Erste Eindämmungsversuche der Flüchtlingsströme wurden nach dem Fall des Eisernen Vorhangs unternommen, als der Ausländeranteil in Österreich auf 8% angewachsen war.

Ab Mitte der 70er Jahre kippte die Stimmung in der Bevölkerung, die vorerst erwünschte „Arbeitsmigration“ drohte durch Familienzuzug auszufern. Mitte der 90er Jahre kam es zu ersten migrationspolitisch relevanten Gesetzen, 1997 wurde das erste Asylgesetz verabschiedet. Die weiteren Novellierungen brachten immer neue Verschärfungen des Gesetzes, was von Menschenrechtsorganisationen und in der Flüchtlingsbetreuung tätigen NGOs vehement kritisiert wurde.

Das Bundesbetreuungsgesetz ist für meine Arbeit insofern von Relevanz, da es festlegt, dass der Bund die materiellen Aufnahmebedingungen gewährleistet, und diese haben auf die Gesundheit und den Lebensunterhalt der Asylwerber Bedacht zu nehmen. Sie umfasst neben

Unterbringung auch Krankenhilfe und Betreuungsmaßnahmen nach Maßgabe der Hilfsbedürftigkeit.

Als inkohärent erweist sich dann allerdings, dass sich die Definition von Hilfsbedürftigkeit dann nur mehr auf die Beschaffung des Lebensunterhalts bezieht.

Bis 2005 gab es im Asylgesetz die Schutzklausel, welche besagte, dass traumatisierte Asylwerber nicht abgeschoben werden dürfen. Nachdem diese Klausel gefallen ist, hat die Traumabegutachtung so gut wie keinen Stellenwert mehr, und wird daher auch sehr mangelhaft durchgeführt. Während des Asylverfahrens, das sich oft über Monate oder sogar Jahre erstreckt, sind traumatisierte Menschen akut mit der Gefahr von Re – traumatisierung konfrontiert. Das Warten auf Aufenthaltsgenehmigung, auf Arbeitsbewilligung und die Schwierigkeiten bei der Integration in ein fremdes Land stellen instabile, verunsichernde Komponenten dar, die sich gerade bei Traumatisierten retraumatisierend auswirken können. Im gesamten Asylgesetz gibt es nur einen einzigen Paragraphen, der sich auf die psychologische (sic!) – nicht psychotherapeutische – Betreuung von Flüchtlingen bezieht. Wie diese Betreuung aber gewährleistet werden kann, darauf wird nicht eingegangen.

Im zweiten Teil meiner Arbeit befasse ich mich eingehend mit dem Begriff der Traumatisierung und den Auslösern für psychische Traumata. Der Traumatische Prozess läuft bei den meisten Menschen in Phasen ab, die individuell und zeitlich variieren. Dies ist für die Feststellung bei der Begutachtung insofern von Bedeutung, dass es sein kann, dass sich ein Betroffener z.B. in einer Verleugnungsphase befindet, und dann fälschlicherweise keine akuten Traumafolgeerscheinungen festgestellt werden.

Die traumatische Reaktion, den traumatischen Prozess und die Trauma - Folgeerkrankungen stelle ich sehr ausführlich dar, damit deutlich wird, dass es sich bei Traumatisierung um eine ernst zu nehmende, krankheitswertige psychische Beeinträchtigung handelt, die als solche diagnostiziert und behandelt werden muss. Insofern kann man sich bei der Notwendigkeit von psychotherapeutischer Behandlung auf die Krankenhilfe im Bundesbetreuungsgesetz beziehen. Dass manche Menschen ein hohes Maß an protektiven Faktoren auf Grund ihrer Persönlichkeit mitbringen und traumatisierende Situationen relativ unbeschadet überstehen, zeige ich im Punkt „Resilienz“ auf.

Große Mängel gibt es in der derzeitigen Gutachterpraxis, daher ist dieser Tatsache ein eigenes Fallbeispiel gewidmet.

Im Gegensatz zur gängigen psychiatrischen Diagnostik stelle ich in weiterer Folge die prozessuale psychotherapeutische Diagnostik vor, die im Gegensatz zu einer einmaligen zustandsorientierten Erhebung Zustands- und Statusbilder immer wieder während des gesamten therapeutischen Prozesses registriert und gleich einem Mosaikbild zusammenfügt.

Traumafragebögen und Distanzierungsmöglichkeiten vom traumatischen Erleben habe ich der psychotherapeutischen Diagnostik beigelegt.

Da es bei Flüchtlingen in der Phase des Wartens auf einen positiven Asylbescheid immer wieder zu krisenhaften Situationen kommt, habe ich auch einen kurzen Abriss über Kriseninterventionen erstellt.

Im Kapitel über die psychotherapeutische Behandlung habe ich herausgearbeitet, dass es in erster Linie um Stabilisierung und den Aufbau einer sicheren, vertrauensvollen therapeutischen Beziehung geht, und wie man Re-traumatisierungen in der Psychotherapie verhindern kann. Der Bedeutung der Sprache ist ein eigener Punkt gewidmet, da das Verwenden der Muttersprache im therapeutischen Kontext meist nicht möglich ist, aber gerade die Sprache das Verständigungsmittel ist, um individuelle Vorstellungen, Werte und Emotionen zu transportieren. In den meisten Fällen muss dazu ein Dolmetscher beigezogen werden, und mit den Schwierigkeiten, die sich daraus ergeben, habe ich mich eingehendst befasst. Ich habe mich auch der Frage angenähert, was in der therapeutischen Arbeit mit Frauen, Männern und Kindern, vor allem auch unter dem kulturspezifischen Aspekt, speziell zu beachten ist.

Dass die Arbeit mit traumatisierten Menschen auch Auswirkungen auf die behandelnden Psychotherapeuten hat, ist unbestritten. Immer mit großem Leid, Unmenschlichkeit, Gewalt und Flucht konfrontiert zu sein, ist eine große Herausforderung und bedarf eines hohen Maßes an Selbstfürsorge, aber auch immer wieder des kritischen Hinterfragens der eigenen Tätigkeit.

Im Anschluss daran werden einige gängige Methoden zur Traumabehandlung angeführt.

Was das therapeutische Setting anbelangt wurde nach Befragung von PsychotherapeutInnen in allen Bundesländern sehr bald klar, dass der Behandlung von Flüchtlingen in der freien Praxis kaum ein Stellenwert zukommt, weil niemand die Kosten dafür übernimmt.

Die psychotherapeutische Betreuung liegt fast ausschließlich in Händen von Institutionen und Vereinen, die auf diesem Gebiet Hervorragendes leisten. Einige von ihnen habe ich mit ihren Arbeitsschwerpunkten vorgestellt, auch mit den Schwierigkeiten, mit denen sie konfrontiert sind. Meine Interviewpartnerinnen waren ausschließlich Expertinnen, die in Institutionen arbeiten.

Um eine Verbindung zwischen Asylpolitik und psychotherapeutischer Arbeit zu schaffen, habe ich Problemfelder im Asylverfahren einerseits und das fremdenfeindliche Klima andererseits beleuchtet und deren Auswirkungen für die therapeutische Arbeit analysiert.

Die Beantwortung meiner Forschungsfragen stellt der österreichischen Asylpolitik im Hinblick auf die Behandlung von traumatisierten Flüchtlingen kein gutes Zeugnis aus.

- Die psychotherapeutische Versorgung ist kein ernstzunehmender Bestandteil der österreichischen Aufnahme – und Asylpolitik.
- Österreich weist kein flächendeckendes Netz an psychotherapeutischer und psychosozialer Versorgung auf. Da die finanziellen Mittel immer weiter gekürzt werden, ist auch die derzeitige Versorgungsleistung, welche die Institutionen erbringen, von einer massiven Reduktion des Angebots bedroht.
- Die psychotherapeutische Arbeit mit Flüchtlingen verlangt nach spezifischen Zugängen, Einstellungen und Behandlungsansätzen, wie ich in meiner Arbeit deutlich darstellen konnte.

Was durch meine Ausführungen sehr deutlich wird ist die Tatsache, dass es keine umfassende, wirkungsvolle Traumatherapie bei Flüchtlingen geben kann, solange deren Status nicht geklärt ist. In der Phase von Unsicherheit, ständigem Warten auf Bescheide und den damit verbundenen immer neu aktualisierten Ängsten um die Zukunft ist ein Aufarbeiten der traumatischen Erlebnisse vor und während der Flucht nicht möglich.

Die psychotherapeutische Arbeit kann hier nur aus stabilisierenden Maßnahmen und Krisenintervention bestehen.

Die eigentliche Traumatherapie kann dann beginnen, wenn ein positiver Asylbescheid vorliegt und die Integration in das neue Leben beginnt. Bevor die Menschen den Neuanfang wagen, sollten sie die Trümmer ihrer Vergangenheit beseitigen.

Die psychotherapeutische Arbeit mit Flüchtlingen stellt einen hochkomplexen Arbeitsbereich dar. Umso wichtiger ist es, die holistische Betrachtungsweise der Betroffenen nicht aus den Augen zu verlieren. Eine wichtige Voraussetzung für zukünftige Verbesserung in dem Bereich der Psychotherapie für Flüchtlinge stellt die Finanzierung dar. Ohne finanzielle Mittel sind selbst den Vereinen die Hände gebunden. Auch im Bereich der Asylverfahrensdauer müsste eine Veränderung stattfinden. Denn meines Erachtens nach darf und kann es in einem „zivilisierten“ Land wie Österreich nicht sein, dass Familien nach sieben oder acht Jahren (oder mehr!), in denen bereits Integration (Spracherwerb, Saisonalarbeit, Einschulung der Kinder ...) stattgefunden hat, einfach abgeschoben werden.

Im April 1945 fand die Konferenz zu San Francisco statt, in welcher der Grundstein der UNO gelegt wurde. Im Zuge dieser Konferenz wurde das „Gebet der Vereinten Nationen“ gesprochen, das schon Roosevelt als das Sehnsuchtsziel verkündete. (vgl. Stanek, E., 1985: S. 15)

Ich möchte meine Arbeit nun mit diesem überaus berührenden „Gebet der Vereinten Nationen“ beenden:

„Vor allem aber, laßt uns nicht vergessen, daß alle Menschen Brüder sind, nicht nur heute, sondern solange die Welt steht – Brüder nicht nur in Worten, sondern in Werk und Tat! Wir alle sind arme Erdenbürger, gewähre uns diese schlichte Erkenntnis. Wer unsere Brüder unterdrückt, unterdrückt auch uns. Wenn sie hungern, hungern auch wir. Wenn ihnen die Freiheit geraubt wird, ist auch unsere Freiheit in Gefahr. Schenke uns den gemeinsamen Glauben, daß der Mensch sein Brot in Frieden essen soll. Laßt ihm Recht und Gerechtigkeit zu teil werden, Freiheit und Sicherheit, die gleiche Möglichkeit und Aussicht, seine

Fähigkeiten zu entfalten, nicht nur hier, sondern über die ganze Welt hin. In jenem festen Glauben laßt uns jener besseren Welt entgegenschreiten, an der unsere Hände jetzt bauen. Amen.“ (Stanek, E., 1985: S. 15)

Literaturverzeichnis

Adam, Hubertus (Hrsg.) (2005): Flüchtlingskinder und ihre Familien in Beratung und Therapie, Psychosozial-Verlag, Gießen

Amann, Christine (1994): Die Rechte des Flüchtlings – Die materiellen Rechte im Lichte der travaux preparatoires zur Genfer Flüchtlingskonvention und die Asylgewährung, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden

Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (Hrsg.) (2006): Begutachtung traumatisierter Flüchtlinge – Eine kritische Reflexion der Praxis, Von-Loeper-Literaturverlag, Karlsruhe

Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (Hrsg.) (2001): Richtlinien für die psychologische und medizinische Untersuchung von traumatisierten Flüchtlingen und Folteropfern; Deutscher Psychologenverlag, Bonn

Bauer, J. (2005): Warum ich fühle, was du fühlst: Intuitive Kommunikation und das Geheimnis der Spiegelneurone, Hoffmann und Campe Verlag, Hamburg

Beelmann, Andreas; Jonas, Kai J. (Hrsg.) (2008): Diskriminierung und Toleranz – Psychologische Grundlagen und Anwendungsperspektiven; VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden

Bengel, Jürgen; Hubert Sybille (2010): Anpassungsstörung und akute Belastungsreaktion, Hogrefe Verlag GmbH & Co. Kg

Ber, Richard (2000): Das österreichische Asylgesetz – Asylgesetz, AsylG-Durchführungsverordnung, asylrechtliche Bestimmungen, mit ausführlichen Erläuterungen, Judica Verlag, Wien

Binder, Ulrike (2007): Notfallpsychologische Maßnahmen vs. Traumatherapeutische Interventionen nach belastenden Ereignissen

Binder, S., Tomic, J. (2003): Flüchtlingsforschung – Sozialanthropologische Ansätze und genderspezifische Aspekte, SWS-Rundschau (43.Jg.) Heft 4/2003: 450-472

- Birck, A. (2002): Traumatisierte Flüchtlinge: Wie glaubhaft sind ihre Aussagen?; Asanger Verlag, Heidelberg
- Bock, U., Krebs, C. (Hrsg) (2010): Ute Bock, Molden Verlag, Wien/Graz/Klagenfurt
- Buber, M. (2007): Trauma und die Folgen, Paderborn
- Butterwegge C. (1993): Migrantinnen und Massenmedien, in Ethnisierung gesellschaftlicher Konflikte, Gesprächskreis Arbeit und Soziales, Nr. 62, Bonn
- Büchner, Georg (1952) Woyzeck; Reclam; Stuttgart
- Brandstädter, J.,(2007): Entwicklungspsychologie der Lebensspanne – ein Lehrbuch, W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart
- Camus A. (2005): La mort dans l'ame, In Yalom I.: Existenzielle Psychotherapie, EHP Verlag
- Devereux, Georges, (1974): Normal und anormal: Aufsätze zur allgemeinen Ethnopsychiatrie, Suhrkamp; Frankfurt am Main
- Erim, Yesim (2009): Klinische Interkulturelle Psychotherapie, Kohlhammer GmbH Stuttgart
- Fischer, G.; Schay, Peter (Hrsg.) (2008): Psychodynamische Psycho- und Traumatherapie, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
- Fischer, G. (2009): Lehrbuch der Psychotraumatologie, Reinhardt Verlag, München
- Fischer, G. (2000): MPTT, Mehrdimensionale Psychodynamische Traumatherapie. Manual zur Behandlung psychotraumatischer Störungen; Asanger Verl., Heidelberg
- Fischer, G.; Riedesser P. (1998): Lehrbuch der Psychotraumatologie, Reinhardt Verlag, München
- Forster, E.; Bieringer I.; Lamott, F. (Hrsg.) (2003): Migration und Trauma – Beiträge zu einer reflexiven Flüchtlingsarbeit; LIT Verlag Münster

- Friedmann, A. (2004): Die posttraumatische Belastungsstörung: Wird sie zu oft diagnostiziert?, Wien Universitätsklinik für Psychiatrie
- Görlitz, G. (Körper und Gefühl in der Psychotherapie – Basisübungen, Pfeiffer Verlag, München
- Götzelmann, A. (2008): Entscheidungsprozesse in der österreichischen Asylgesetzgebung, Diplomarbeit, Universität Wien
- Gröschel, Christian, (2008): Traumatisierung durch Krieg, Flucht und Migration – Der Stellenwert der Psychologie im Umgang mit Betroffenen, Stuttgart
- Haasen, C., Yagdiran, O. (2000): Beurteilung psychischer Störungen in einer multikulturellen Gesellschaft. Band 4 der Schriftenreihe der Deutsch –Türkischen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und psychosoziale Gesundheit (DTGPP), Lambertus – Verlag, Freiburg in Breisgau
- Heise, T., Schuler J. (Hrsg) (1998): Transkulturelle Psychotherapie-Hilfen im ärztlichen und therapeutischen Umgang mit ausländischen Mitbürgern, Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin
- Heiss, Gernot (Hrsg) (1995): Asylland wider Willen – Flüchtlinge in Österreich im europäischen Kontext seit 1914, J&V, Wien
- Hillebrandt, R (2004): Das Trauma in der Psychoanalyse. Eine psychologische und politische Kritik an der psychoanalytischen Traumatheorie, Psychosozial-Verlag, Gießen
- Kahraman, Birsin (2008): Die kultursensible Therapiebeziehung: Störungen und Lösungsansätze am Beispiel türkischer Klienten; Psychosozial-Verlag, Gießen
- Koch, Eckhardt (Hrsg.) (1995): Psychologie und Pathologie der Migration: deutsch-türkische Perspektiven, Freiburg
- Kronsteiner, R. (2001): Ethnologie in der Psychotherapie – Migration und Kultur in ethnotherapeutischen Beziehungen mit Aufnehmenden und Zugewanderten, Diss. Universität Wien

- Kronsteiner, R. (2003): Kultur und Migrationen in der Psychotherapie – ethnologische Aspekte in psychoanalytischer und systemischer Therapie, Brandes und Apsel, Frankfurt am Main
- Leyer, Emauela M., (1991): Migration, Kulturkonflikt und Krankheit, Westdeutscher Verlag GmGH, Opladen
- Maier, T., Schnyder, U. (Hrsg.) (2007): Psychotherapie mit Folter- und Kriegsopfern - Ein praktisches Handbuch, Huber Verlag, Bern
- Mayer, Hanna (2002): Einführung in die Pflegeforschung, Wien
- Mayer, H. (2007): Pflegeforschung kennenlernen, Facultas.WUV, Wien
- Memmi, A. (1987): Rassismus, Athenäum, Frankfurt
- Metzmacher, H., Zäpfel, Petzold H. G. (Hrsg.): Therapeutische Zugänge zu den Erfahrungswelten des Kindes von heute. Bd.2., Junfermann, Paderborn
- Moser, Catherine; Nyfeler, Doris; Verwey, Martine (Hrsg.) (2001): Traumatisierungen von Flüchtlingen und Asyl Suchenden – Einfluss des politischen, sozialen und medizinischen Kontextes; Seismo Verlag, Zürich
- Möhring, R. (2011): Die Asylfalle – Wie Österreich mit seiner Flüchtlingspolitik scheitert, Czernin
- Muthny, F.A., Bermejo, I., (2009): Interkulturelle Medizin – Lagentheorien, Psychosomatik und Migrationsfolgen, Deutscher Ärzte Verlag GesmbH, Köln
- Ottomeyer, Klaus; Peltzer, Karl (Hrsg.) (2002): Überleben am Abgrund – Psychotrauma und Menschenrechte; Drava Verlag; Klagenfurt/Celovec
- Ottomeyer, Klaus, Renner, W. (Hrsg) (2006): Interkulturelle Trauma-Diagnostik – Probleme, Befunde und Richtlinien für die Begutachtung von Asylsuchende, Drava Verlag, Klagenfurt/Celovec

- Petzold, H.G. (1995a): Weggeleitet, Schutzschild und kokreative Gestaltung von Lebenswelt - Integrative Arbeit mit protektiven Prozessen und sozioökologischen Modellierungen in einer entwicklungsorientierten Kindertherapie. In: B. Metzmacher, H. Zäpfel, H.G. Petzold (Hrsg.): Therapeutische Zugänge zu den Erfahrungswelten des Kindes von heute. Bd.2. Paderborn, Junfermann
- Plutzer, V. (2009): Zwischen Angst und Zeit – Zur Kommunikationssituation und Informationsweitergabe im Asylverfahren – Eine empirische Studie in der Erstaufnahmestelle Ost des Bundesasylamts, Dissertation an der Uni Wien
- Preitler, Barbara (2006): Ohne jede Spur – Psychotherapeutische Arbeit mit Angehörigen „verschwundener“ Personen; Psychosozial Verlag, Gießen
- Reddemann, L. (2005): Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie, Pfeiffer bei Klett-Cotta
- Reinhard, K. (2005): „The existential Revolt“ in Yalom, I. „Existenzielle Psychotherapie“, EHP Verlag
- Urbanek, Margita (2009): Tschechische Flucht- und Arbeitsmigranten in Österreich – Biographische Brüche und Neuanfänge, Wien
- Scheifele, Sigrid (Hrsg.) (2003): Schwerpunktthema: Migration und Psyche: Aufbrüche und Erschütterungen, Psychosozial-Verlag, Gießen
- Schuhmacher, S., Peyrl, J. (2007): Fremdenrecht – Asyl, Ausländerbeschäftigung, Einbürgerung, Einwanderung, Verwaltungsverfahren, ÖGB-Verlag, Wien
- Sendera, Alice; Sendera Martina (2005): Skills-training bei Borderline- und posttraumatischer Belastungsstörung, Springer Verlag, Wien
- Stanek, Eduard (1985): Verfolgt, verjagt, vertrieben – Flüchtlinge in Österreich, Europa Verlag, Wien
- Steiner, Beate; Krippner, Klaus (2006): Psychotraumatherapie – Tiefenpsychologisch-imaginative Behandlung von traumatisierten Patienten, Schattauer GmbH, Stuttgart

Stellungnahme des Netzwerks für Interkulturelle Psychotherapie nach Extremtraumatisierungen zum Entwurf des Asylgesetzes 2005 und der Änderung des Bundesbetreuungsgesetzes

Vlasich-Melisits, Z. (2010): Zur Integrativen Gestalttherapie im interkulturellen Psychotherapiebereich, Graduierungsarbeit Fachsektion Integrative Gestalttherapie, Österreichischer Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik

Weigl, Andreas (2009): Migration und Integration – Eine widersprüchliche Geschichte, StudienVerlag, Innsbruck/Wien

Zankl, S. (2008): Ausgewählte Erkenntnisse der Neurobiologie bezüglich seelischer Widerstandskraft bei Menschen mit Traumafolgestörungen – Impulse für die Integrative Gestalttherapie, Masterthese, Donauuniversität Krems

Zaumseil, Manfred (Hrsg.) (2006): Transkulturelle Psychiatrie-Interkulturelle Psychotherapie, Springer Medizin Verlag, Heidelberg

Zweig, Connie, Jeremiah, Abrahams (Hrsg.) (1993): Die Schattenseite der Seele – Wie man die dunklen Bereiche unserer Psyche ans Licht holt und in die Persönlichkeit integriert, Scherz Verlag, Bern

Weiterführende Literatur:

Blair, R.G. (2002): Risk factors associated with PTSD and major depression among Cambodian refugees in Utah; *Health in Social Work*, 25, 23-30

Butollo, W. (1998): *Leben nach dem Trauma. Über den therapeutischen Umgang mit dem Entsetzen*, Münschen

Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H.& Schulte-Markwort, E. (Hrsg) (2002): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch diagnostische Leitlinien*; Verlag Hans Huber, Bern Göttingen Toronto Seattle

Ehlers, A. & Clark, D.M. (2000): A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behavior Research an Therapy*, 38(4), 319-345

Erim, Y. & Senf, W. (2002): *Psychotherapie mit Migranten_ Interkulturelle Aspekte in der Psychotherapie*; *Psychotherapeut*, 47, 246-336

Fischer, C.J., Struwe, J., Lemke, M.R. (2006): Langfristige Auswirkungen traumatischer Ereignisse auf somatische und psychische Beschwerden am Beispiel von Vertriebenen aus dem 2. Weltkrieg; *Nervenarzt*, 77, 58-63

Flatten, G., Wöller, W. & Hofmann, A. (2001): *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörung*. In: G. Flatten, P. Liebermann, T. Siol, W. Wöller & E.R. Petzold (Hrsg.), *Leitlinien Posttraumatische Belastungsstörung*; Schattauer, Stuttgart

Gäbel, U., Ruf, M., Schauer, M., Odenwald, M. & Neuer, F. (2005): Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und Möglichkeiten der Ermittlung in der Asylverfahrenspraxis; *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35 (1), 12-20

Genner, Michael (1995): *Flucht nach Österreich – Weg ins Ungewisse, Asylkoordination Österreich* (Hrsg.), Wien

Gierlichs, H.W. (2002): Antrag abgelehnt. Traumatisierung bei Flüchtlingen; *Deutsches Ärzteblatt*, 104 (24), 1730 – 31

- Grossberg, L. (2002): What's going on? Cultural Studies und Popularkultur; Wien
- Hibbeler, S. (1995): Möglichkeiten psychosozialer Beratung von Flüchtlingen; Sinzheimpsychotraumatologische Einblicke. Referat im Rahmen der Caritas Fachtagung für Flüchtlings- und MigrationsberaterInnen. „2.Heim.at.Traumatisierte und psychisch Kranke“, Graz
- Lueger-Schuster, B.(2002): Migration und Flucht -
- Leweke, F., Akinci, S., Stingl, M. & Reimer, C. (2007): Spezifische Probleme in der psychotherapeutischen Behandlung von Migranten; Psychotherapeut, 52, 443-446
- Nuscheler, F. (1995): Internationale Migration – Flucht und Asyl; Leske und Budrich, Opladen
- Magiros, U. (1997): Foucaults Beitrag zur Rassismustheorie; Hamburg
- Osterkamp, U. (2000): Gesellschaftliche Widersprüche und Rassismus.In: Rätzkel, N. (Hrsg.), Theorien über Rassismus, S. 55-73, Hamburg
- Rabbata, S. (2002): In den Weg gestellt. Weil Polizei eine Beratungsstelle für Folteropfer stürmt, stürzt sich ein Patient aus dem Fenster. Der Leiter der Einrichtung wollte ihn schützen und steht deshalb vor Gericht.; Deutsches Ärzteblatt, 11, 495
- Reddemann, L. (2001): Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren; Klett-Cotta, Stuttgart
- Silove, D., Sinnerbrink, I., Field, A., Manicavasager, V. & Steel, Z. (1997): Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: Association with pre-migration trauma and post-migration stressors; British Journal of Psychiatry, 170, 351-357

Internetquellen:

Asylkoordination Österreich: http://www.asyl.at/fakten_1/asyl_2010_01.htm, Zugriff am 10. Oktober 2010

Bundeskanzleramt – Rechtsinformationssystem: <http://www.ris.bka.gv.at>, Zugriff am 11. Oktober 2010

Bundesministerium für Inneres/ Asylwesen:
http://www.bmi.gv.at/cms/BMI_Asylwesen/rechtsgrundlage/start.aspx, Zugriff am 25. Oktober 2011

<http://www.parlament.gv.at/PERK/GL/EU/D.shtml>, Zugriff am 11. November 2010

Homepage der UNHCR: <http://www.unhcr.at/grundlagen/genfer-fluechtlingskonvention.html>,
Zugriff am 22. November 2010

<http://www.unhcr.at/grundlagen/fluechtlingschutz.html>, Zugriff am 22. November 2010

Asylum-Online: <http://www.asylum-online.at/index.html>, Zugriff am 25. November 2010

BM.I (Bundesministerium für Inneres)
http://www.bmi.gv.at/cms/BMI_Asylwesen/betreuung/start.aspx, Zugriff am 22. November 2010

Homepage der UNHCR:
http://www.unhcr.at/fileadmin/unhcr_data/pdfs/rechtsinformationen/1_International/1_Voelke_rechtliche_Dokumente/01_GFK/06_GFK_Bedeutung_heute.pdf?PHPSESSID=6638cd9c3550240d6f37bdcaafa8e, Zugriff am 23. November 2010

NIPE (Netzwerk für Interkulturelle Psychotherapie nach Extremtraumatisierungen)
<http://www.zebra.or.at/aktuelles/archiv2006/nipebrosch1.htm>, Zugriff am 13. Dezember 2010

Verein Zebra: <http://www.zebra.or.at/>, Zugriff am 13. Dezember 2010

Verein Aspiss Klagenfurt: <http://aspis.uni-klu.ac.at/>, Zugriff am 13. Dezember 2010

Verein Hemayat: <http://www.hemayat.org/verein.html>, Zugriff am 15. Dezember 2010

Verein Ankyra: <http://www.diakonie-tirol.at/ankyra.html>, Zugriff am 15. Dezember 2010

Asylgesetz 2005: <http://www.unhcr.at/rechtsinformationen/asyl-in-oesterreich/oesterreichs-gesetze-rund-um-asyl/asyl.html>, Zugriff am 8. Jänner 2011

Grundversorgungsgesetze: <http://www.unhcr.at/rechtsinformationen/asyl-in-oesterreich/oesterreichs-gesetze-rund-um-asyl/grundversorgung.html>, Zugriff am 8. Jänner 2011

Statistik Austria: http://www.statistik-austria.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/wanderungen/asyl/index.html, Zugriff am 11. Jänner 2011

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2010/block-f40-f48.htm>, Zugriff am 11. Februar 2011

Brief Eclectic Psychotherapy - Ein integrativer Ansatz zur Behandlung posttraumatischer Belastungsstörungen: www.traumatherapie.de/emdr/workshops/berlin2003/gersons Zugriff am 22. Februar 2011

ICD-10, International Classification of Diseases: <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlamt12006/fr-icd.htm>, Zugriff am 14. März 2011

Bericht des Menschenrechtsbeirates zur medizinischen Betreuung angehaltener Personen: http://www.menschenrechtsbeirat.at/cms15/mrb_pdf/thematische_berichte/2002_medizinische_betreuung.pdf, Zugriff am 22. März 2011

www.menschen-leben.at, Zugriff am 24. März 2011

<http://www.werner-eberwein.de/medien/texte-mainmenu-68/86-traumata-und-traumafolgen.html>, Zugriff am 15. April 2011

http://www.psychosomatik.at/uploads/lexikon_pdf/krisenintervention.pdf, Zugriff am 15. Mai 2011

Bericht von Brauchle G. „Kriegstraumatisierte Kinder und Jugendliche“: <http://www.edyoucare.net/images/content/Kriegstraumatisierte%20Kinder%20und%20Jugendliche-1.pdf>, Zugriff am 16. Mai 2011

Auszüge aus Martin Bubers „Ich und Du“: <http://www.celtoslavica.de/sophia/Buber.html>, Zugriff am 28. Mai 2011

Anhang

Delfi-Fragebogen

Bitte ausfüllen: Bundesland:

PLZ:

Ort:

Haben Sie während Ihrer psychotherapeutischen Tätigkeit schon einmal mit Flüchtlingen gearbeitet?

Wenn ja:

- Wie erfolgte die Zuweisung (Institutionen, Vereine,)?
- In welcher Phase des Flüchtlingsstatus erfolgte die Behandlung/Betreuung? (Vor/während/nach Asylverfahren)
- Was waren die häufigsten Störungsbilder?
 - a. Traumata (Posttraumatische Belastungsstörung,..)
 - b. Affektive Störungen (Depression,..)
 - c. Angststörungen (Panikstörung, Generalisierte Angststörung,..)
 - d. Persönlichkeitsstörungen
 - e. Sonstige (welche?)

Geben Sie bitte den/die zutreffenden Punkt(e) an:

- Welche psychotherapeutischen Methoden wurden angewandt? (Waren spezielle Methoden erforderlich? Wenn ja, welche?)

- Welchen Nationalitäten gehörten die Flüchtlinge an?
- Hatten die jeweiligen kulturellen Hintergründe Einfluss auf die Therapie? (Wenn ja, inwiefern?)
- Wie erfolgte die Finanzierung der psychotherapeutischen Behandlung?

Wenn Nein:

- Gibt es Gründe dafür, dass Sie noch nicht mit Flüchtlingen gearbeitet haben?
 - a. Aus persönlichen Gründen (z.B. aufgrund von Unsicherheit im Umgang mit Flüchtlingen,..)
 - b. Sprachliche Barrieren
 - c. Ungenügende fachliche Qualifikationen
 - d. Kein Bedarf
 - e. Sonstige (welche?) es hat sich einfach nicht ergeben, ich hatte keine Anfragen danach

Geben Sie bitte den/die zutreffenden Punkt(e) an:

- Welche Voraussetzungen müssten gegeben sein, damit Sie mit Flüchtlingen arbeiten würden?

Abstract (Deutsche Version)

Diese Diplomarbeit beschäftigt sich mit der psychotherapeutischen Versorgung von Flüchtlingen in Österreich. Sie gibt Aufschluss darüber, ob Flüchtlinge, die aus den unterschiedlichsten Gründen nach Österreich emigrieren müssen, holistisch versorgt werden. Der Großteil der Flüchtlinge ist aufgrund schrecklicher Erlebnisse wie Krieg, Gewalt, Inhaftierungen und Folter schwerst traumatisiert. Aber nicht nur die belastenden Umstände im Herkunftsland sondern auch die Flucht an sich stellt ein hohes Stresspotential dar. Umso wichtiger ist es, diese Menschen nach dem Erlebten aufzufangen sowie psychotherapeutisch zu betreuen und zu behandeln.

Im Gesamten ist die Arbeit in zwei Teile gegliedert. Der erste Teil gibt einen Einblick in die aktuelle Asylpolitik Österreichs und zeigt, inwiefern und welchen Einfluss diese auf die psychotherapeutische Arbeit mit Flüchtlingen hat. Der zweite Teil beschäftigt sich mit der eigentlichen psychotherapeutischen Arbeit. Hier geht es unter anderem um eine therapienahe Erstversorgung, um Krisenintervention und ein geeignetes psychotherapeutisches Setting. Der Fokus liegt hierbei auf den Formen von Traumatisierungen, den Folgeerkrankungen und auf den Spezifika in der psychotherapeutischen Arbeit mit Flüchtlingen.

Abstract (English Version)

This thesis deals with the psychotherapeutic care of refugees in Austria. It analyses whether refugees, that have to migrate to Austria due to very differing circumstances, are cared for holistically. The majority of refugees are deeply traumatised due to terrible experiences such as war, violence, imprisonment and torture. However, it is not only the traumatic circumstances in their country of origin, but also the escape that pose a high potential for stress. Therefore it is of utmost importance to support these people after their experiences, as well as to supervise and treat them psychotherapeutically.

This piece of work is divided into two parts. The first section provides an insight into the current asylum politics in Austria and demonstrates to what extent and the type of influence this has on the psychotherapeutic work with refugees. The second section deals with the actual psychotherapeutic work. This includes, amongst other aspects, primary care in the form of therapy, crisis intervention, and a suitable psychotherapeutic setting. The focus is on the forms of trauma, the secondary complications and the specifics of the psychotherapeutic work with refugees.

Lebenslauf

Persönliche Daten:

Name: Elisabeth Fabrick
Geboren am: 09. Jänner 1981
Wohnort: Wien
Staatsangehörigkeit: Österreich
E- Mail: fab_liz@gmx.net
Familienstand: ledig

Ausbildung:

2000 AHS Matura
10/2000 - 10/2001 Ausbildung zum Make Up Artist
10/2002 – 11/2003 Ausbildung zur Frisörin und Perückenmacherin
03/2004 – 05/2005 Diplomstudium Slawistik an der Universität Wien
Seit 03/2005 IDS Pflegewissenschaft an der Universität Wien

Berufspraxis:

03/2001 – 07/2002	H&M Hennes und Mauritz GesmbH
02/2002 – 03/2003	VFG Versicherungsanstalt
03/2003 – 03/2004	Diverse Jobs im Bereich Make Up bei Theater, Film und Modelagenturen
08/ 2004 – 09/2007	Geringfügige Beschäftigung bei Hennes und Mauritz GesmbH
04/2006 – 11/2007	Administration bei „Therapeutic Touch“
06/2007 – 06/2010	Private Kinderbetreuung
Seit 09/2009	Kinderbetreuung im “International Montessori Children´s house“