

Flüchtlinge: zwischen Traumatisierung, Resilienz und Weiterentwicklung

Viola Schreiber & Ernst-Ludwig Iskenius

Zusammenfassung

Ein bedeutsamer Anteil der Flüchtlinge erreicht Deutschland traumatisiert und mit einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung. Doch dies sollte nicht den Blick darauf verstellen, dass auch Resilienz oder gar Weiterentwicklung zum Reaktionsspektrum vieler Flüchtlinge auf Belastungen gehören. Der vorliegende Artikel fasst wesentliche Resilienzfaktoren unter Flüchtlingen zusammen und diskutiert die Implikation ihrer Resilienz und Weiterentwicklung für den Umgang mit und die therapeutische Versorgung von Flüchtlingen.

Schlüsselbegriffe

PTBS, positive Bewältigung, Resilienzfaktoren, posttraumatisches Wachstum, sequentielle Traumatisierung

Abstract

A significant part of refugees reaches Germany in a state of traumatization and with psychological disorders requiring treatment. However, this should not obstruct our view on the fact that resilience and development also belong to the refugees' possible reactions to stresses and strains. This paper summarizes important protective factors in refugees and discusses the implications of resilience and development for the handling of and clinical care for refugees.

Keywords

PTSD, positive coping, protective factors, post-traumatic growth, sequential traumatization

Einführung

Ein Flüchtling ist eine Person, die „aus der begründeten Furcht vor Verfolgung wegen ihrer Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen ihrer politischen Überzeugung sich außerhalb des Landes befindet, dessen Staatsangehörigkeit sie besitzt, und den Schutz dieses Landes nicht in Anspruch nehmen kann oder wegen dieser Befürchtungen nicht in Anspruch nehmen will; oder die sich als staatenlose infolge solcher Ereignisse außerhalb des Landes befindet, in welchem sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt hatte, und nicht dorthin zurückkehren kann oder wegen der erwähnten Befürchtungen nicht dorthin zurückkehren will.“ (Genfer Flüchtlingskonvention)

Flüchtlinge lassen sich keiner einheitlichen (diagnostischen) Kategorie oder homogenen Gruppe zuordnen. Der Flüchtlingsstatus ist die Folge soziopolitischer Umstände und betrifft Menschen, die sich in ihrer bisherigen Lebenserfahrung, ihrem kulturellen Hintergrund, ihren Normen- und Glaubenssystemen, ihrer Persönlichkeit und auch ihrer Bewältigung von Belastungen sehr unterscheiden. Auch die Verfolgungs- und Fluchtbiographie ist individuell – gemein ist nur, dass die Menschen im Zusammenhang mit der Verfolgung und Flucht oft mit vielfältigen außergewöhnlichen Belastungen konfrontiert sind. Diese Belastungen können in allen Phasen der Verfolgung und Flucht auftreten und umfassen etwa Kriegsereignisse, Verschleppung, sexuelle Gewalt, Folter und den Verlust wichtiger Bezugspersonen oder Lebensinhalte (Neuner et al., 2004; Schweitzer, Greensdale & Kagee, 2007). Ereignisse traumatischen Ausmaßes wechseln sich mit Belastungen ab, die für sich genommen die definitorische Bestimmung eines Traumas gemäß ICD-10 (WHO, 2013) nicht erfüllen. Oft entsteht das Bild einer *Sequentiellen Traumatisierung* (Keilson, 1979; Schreiber et al., 2006), in der aufeinander folgende belastende Ereignisse / Erlebnisse unterschiedlichen Charakters und unterschiedlicher Bedeutung sich in ihrem pathogenetischen Effekt verstärken. Zahlreiche Studien haben gezeigt, dass in solch einer Traumasequenz die Art, aber auch die Anzahl der erlebten Traumatisierungen im Sinne eines Dosis-Effekt-Zusammenhangs wesentlich für die Entstehung einer psychopathologischen Reaktion, insbesondere einer PTBS sind (Halcon et al., 2004; Mollica et al., 1999; Neuner et al., 2004).

Gleichwohl ist es wesentlich, sich in der Arbeit mit Flüchtlingen bewusst zu machen, dass der Flüchtlingsstatus aus sich heraus keinen psychopathologischen Status beschreibt. Denn obgleich ein bedeutender Teil der Flüchtlinge infolge der fluchtbedingenden und -bedingten Traumatisierung behandlungsbedürftige psychische Störungen aufweist (Steel et al., 1999), entwickeln bei weitem nicht alle Flüchtlingen psychische Probleme (Halcon et al., 2004; Neuner et al., 2004; Steel et al., 2002). Jeder Mensch reagiert auf Belastungen und Traumata individuell, und klinische Beobachtungen zeigen, dass manche Menschen scheinbar ohne psychische Schäden, manchmal sogar gestärkt aus belastenden und traumatischen Erlebnissen hervorgehen, während andere daran zerbrechen.

Es lassen sich somit *drei Reaktionsformen auf die Belastungen und Traumata* beschreiben, denen ein Flüchtling ausgesetzt ist: negativ, neutral oder positiv (Papadopoulos, 2007). (1) Die Spanne *negativer Reaktionen* reicht von „normalem“ Leid bis zu Traumatisierung und psychischer Störung. (2) Die *neutrale Reaktion* lässt sich als *Resilienz* beschreiben: Das Individuum bleibt trotz der Belastung, trotz des Traumas weitgehend unbeschadet und frei von psychischen Problemen. Der Begriff kommt ursprünglich aus der Physik und beschreibt die Eigenschaft von Materialien, nach einer Belastung wieder in ihren ursprünglichen Zustand zurückzukehren (Kasper et al., 2008). Resilienz beinhaltet somit die Erhaltung bereits zuvor bestehender Eigenschaften und Kompetenzen. „Resilienz bezeichnet die Aufrechterhaltung und Wiederherstellung des früheren psychischen Anpassungs- und Funktionsniveaus nach einem eingetretenen Trauma oder bei bestehenden Einschränkungen und Verlusten.“ (Oerter & Montada, 2002, S. 991). Resilienz kann sich in jeder Phase der Flucht und Relokation realisieren: während einer möglichen initialen Traumatisierung, während der Flucht mit ihren vielfältigen Belastungen, aber auch post-traumatisch beziehungsweise nach der Wiederherstellung sicherer Lebensverhältnisse. (3) Eine *positive*

Reaktion liegt vor, wenn es zu *posttraumatischem Wachstum* (Tedeschi, Park & Calhoun, 1996) oder *Adversitiy-Activated-Development* (Unglücks-aktivierter-Entwicklung; Papadopoulos, 2007) kommt. Beide Konzepte beschreiben eine positive Entwicklung infolge eines Schicksalsschlags oder einer Traumatisierung. Diese positive Entwicklung umfasst meist neue Sichtweisen auf sich selbst, seine Beziehungen und/oder auf die Einstellung zum Sinn des Lebens. Dazu gehören etwa eine größere Wertschätzung des Lebens, engere Beziehungen, ein größeres Bewusstsein für die eigene Stärke und eine tiefere Spiritualität (Frankl 2001; Tedeschi & Calhoun, 2004). Diese positive Entwicklung kann dem Betroffenen selbst bewusst sein oder auch nur von seiner Umwelt wahrgenommen werden – dies ist vor allem der Fall, wenn die Aufmerksamkeit des Betroffenen auf seine Beschwerden und Defizite eingeschränkt ist.

Auch wenn die Dreiteilung es suggeriert: Kein Mensch ist gänzlich traumatisiert, resilient oder gereift, sondern stets *mehr oder weniger* resilient und beeinträchtigt. Ein Flüchtling kann zugleich positive und negative Reaktionen zeigen, und alle drei Zustände können in verschiedenen Lebensbereichen und Funktionen nebeneinander vorliegen. Dies bedeutet, dass ein Flüchtling, der sich als gereift erlebt, zugleich auch unter dem Erlebten leiden kann oder dass auch ein schwer traumatisierter Flüchtling in begrenzten Lebensbereichen Resilienz zu aktivieren vermag.

Fallbericht

M., ein 17-jähriger Jugendlicher aus einem ostafrikanischen Land, stellt sich in Deutschland als unbegleiteter minderjähriger Flüchtling (UMF) vor. Er sieht fröhlich aus, lacht und sagt, es gehe ihm gut. Er könne schlafen und fühle sich gesund. Er habe keine Schmerzen. Äußerlich macht er einen gesunden Eindruck; er wirkt weder angespannt, noch müde, innerlich erstarrt, aufgeregt, zittrig oder unkonzentriert. In der Exploration zeigen sich dennoch einige klinische Auffälligkeiten, vor allem starkes Vermeidungsverhalten.

Über seine Vergangenheit berichtet M. folgendes: Er sei in einem kleinen afrikanischen Dorf nahe einer größeren Stadt aufgewachsen. Er habe nur zwei Jahre zur Schule gehen können, aber sein Vater habe ihm vieles beigebracht. Er habe die ersten Jahre ein unbeschwertes Leben geführt und sei von seiner unmittelbaren Umgebung akzeptiert worden. Die Eltern seien trotz der Mischehe (Moslem / Christin) im Dorf sehr geachtet gewesen. Als M. 11 Jahre alt war, seien bei einem Überfall durch Rebellen auf das Dorf beide Eltern getötet, das Haus zerstört und er selbst gefangen genommen worden. Er sollte für die Rebellen kämpfen. Er habe jedoch aus dem Lager der Rebellen fliehen können, dabei sei einer seiner Bewacher umgekommen. Er sei in die Hände von UN-Soldaten gelaufen, die ihn in ein Flüchtlingslager ins Nachbarland gebracht hätten. Dort habe er unter sehr widrigen Umständen ohne Familie sein Leben fristen müssen. Er habe sich aber durchschlagen können. Mit 15 sei er mit einem etwas älteren Freund von diesem Flüchtlingslager aufgebrochen, und sie hätten die gefährliche Reise quer durch die Sahara nach Libyen angetreten. In Libyen hätten sie sehr vorsichtig sein müssen und seien öfters rassistischen Anfeindungen und gewalttätigen Überfällen nur knapp entkommen. Nach einem Jahr hätten sie das Geld für die gefährliche Überfahrt über das Mittelmeer erarbeitet gehabt. Bei dieser Überfahrt sei sein Freund vor seinen Augen über Bord gegangen und ertrunken. In Süditalien habe er sich über ein Jahr lang

auf der Straße durchgeschlagen. Er habe in einem halbverfallenen Haus gelebt. Schließlich sei er in Richtung Norden aufgebrochen und in der Schweiz aufgegriffen worden. Als die dortigen Behörden ihn nach Italien zurückschicken wollten, sei er weiter nach Deutschland gezogen, wo er in einer Jugendeinrichtung ein neues Zuhause gefunden habe.

Was ermöglichte es dem jugendlichen M., psychisch weitgehend symptomfrei zu bleiben, nicht aufzugeben und unbedingt ein neues Leben in Deutschland anzustreben? *Auf der Belastungsseite* stehen mindestens drei schwerwiegende Traumata mit Todesangst, zudem Hunger, Entbehrungen, Anfeindungen sowie der dauerhafte Verlust seiner wichtigsten Bezugspersonen und gewohnten Lebensbezüge. *Auf der Resilienzseite* stehen günstige frühe Entwicklungsbedingungen mit einem prägenden positiven Einfluss des Vaters, der Religion und guter Freunde. An persönlichen Kompetenzen lässt M. die soziale Fähigkeit erkennen, sich anzupassen und vertrauensvolle Beziehungen einzugehen. Weiterhin berichtet M., dass er bereits im Flüchtlingslager beschloss, sein Schicksal wieder selbst in die Hand zu nehmen und unter allen Umständen einen Neuanfang zu suchen. Er wolle auf jeden Fall einen Beruf erlernen und ein besseres Leben für sich erreichen. Die Chance dazu habe er nur im reicheren Westeuropa gesehen, er habe es sich zugetraut, dort einen Schulabschluss zu erreichen. Den Sinn seines Lebens sieht M. darin, dass seine Familie in ihm als einzigem Überlebenden weiterbesteht. Zudem drückt M. sein Bewusstsein dafür aus, was er bereits überstanden und bewältigt hat und wo er in seinem Leben schon erfolgreich war. M. zeigt ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten, das ihm hilft, die Erinnerungen soweit zu verdrängen, dass er im Alltag nicht davon überwältigt wird. Nach seinen Worten leidet er nicht an intrusiven Erinnerungen oder nur ganz selten an Albträumen.

Resilienzfaktoren in der Wissenschaft

Resilienz wird vielfach als ein Merkmal einer Person angesehen, die unbeschadet aus Belastungen hervorgeht (z.B. Friborg et al., 2005; Werner, 1971, 2001). Diese Betrachtungsweise geht davon aus, dass der resiliente Mensch sich durch bestimmte Eigenschaften und Kompetenzen auszeichnet, die es ihm erlauben, die Traumata und Belastungen erfolgreich zu bewältigen. Dies legt ein statisches Resilienzkonzept nahe, in dem ein Mensch entweder resilient ist oder eben nicht. Doch einerseits hat jeder Mensch resiliente und vulnerable Anteile in sich, und andererseits ergibt sich Resilienz aus der Interaktion der (resilienten) Person mit der Situation und ihren Anforderungen. Daher erlaubt eine dynamische Betrachtungsweise vermutlich ein besseres Verständnis von Resilienz (Cicchetti & Garmezy, 1993). Je nachdem, wie der Flüchtling seine Resilienz in verschiedenen Phasen der Flucht aktivieren und einbringen kann, kann er sich in einer Phase und gegenüber einer Belastung resilient zeigen, in einer anderen Phase und gegenüber einer anderen Belastung jedoch nicht. Dabei können Resilienzfaktoren oder Bewältigungsstrategien, die in einer Situation zur erfolgreichen Bewältigung führen, in einer anderen Situation möglicherweise zu einer negativen Reaktion beitragen. Somit ist eine Unterteilung der Resilienzfaktoren nach der Fluchtphase, in der sie wirksam werden, möglich, allerdings dürfte der überwiegende Teil sowohl peri- als auch post-migratorisch bedeutsam sein.

Zugleich zeigt die Studienlage, dass auch eine Einengung der Betrachtung auf das resiliente Individuum zu kurz greift. Auch die Umwelt spielt für die resiliente Reaktion auf Belastungen eine große Rolle. Resilienzfaktoren lassen sich also als Personeneigenschaften, als Umwelteigenschaften und als Eigenschaften des Bewältigungsprozesses beschreiben.

Um Resilienzfaktoren zu identifizieren, greifen einige Autoren auf die bestehende Literatur zu Salutogenese, Coping und Lebensbewältigung (z.B. Baumann, Rotter & Linden, 2009; Linden et al., 2007; Mayer & Salovey, 1997) oder auf die Ergebnisse der Resilienzforschung an Risikokindern zurück (z.B. Kasper et al., 2008). Andere arbeiten die für einen Flüchtling individuell bedeutsamen Resilienzfaktoren aus Therapieberichten, Interview- oder Umfragedaten oder dem Narrativ seiner Flucht und Relokation heraus (Brune et al., 2002; Goodman, 2004; Halcon et al., 2004; Schweitzer et al., 2006, 2007).

Die Tabellen 1-3 geben einen Überblick über die bedeutendsten Resilienzfaktoren nach der aktuellen Studienlage:

Tabelle 1: Umweltfaktoren

Soziale Unterstützung

durch Familie, Freunde oder eine Gruppe. Nach dem Verlust ihrer Familie beziehen Flüchtlinge soziale Unterstützung aus einem breiteren Personenkreis. Hierzu gehören im aufnehmenden Land auch Freundschaften mit Einheimischen, die informative und emotionale Unterstützung, sowie Ablenkung bieten können.

Soziale Modelle für konstruktive Bewältigung der Belastungen und Traumata

Ansporn zum Durchhalten

z.B. durch Mitflüchtlinge

Dosierte soziale Verantwortlichkeit und Leistungsanforderungen

z.B. für Verwandte oder andere Flüchtlinge

Tabelle 2: Personenfaktoren

Kognitive Faktoren

- Intelligenz (die Bedeutung ist umstritten)
- Fähigkeit zu komplexem Problemlösen, Einsicht und Reflexion
- Kreativität und Fantasie
- Fakten- und Problemlösewissen
- Fähigkeit zur Relativierung der eigenen Probleme im Vergleich mit den Problemen anderer

Emotionale Faktoren

- Emotionswahrnehmung und -akzeptanz
- Emotionen handhaben können
- Toleranz für Ungewissheit
- Emotionen in Expressivität und Handeln umsetzen können
- Empathisch reagieren können
- Beziehungen gestalten können
- Fähigkeit zur Impulskontrolle
- Humor
- Entschlossenheit und Mut

Selbstkonzept

- Selbstwirksamkeit
- Selbstvertrauen und ein unerschütterliches Vertrauen in die eigene Handlungsfähigkeit
- Selbstständigkeit und Unabhängigkeit

Sinn, Struktur und Bedeutung

- Religion (z.B. Überleben als Gottes Wille)
- Familie (z.B. der einzelne als Repräsentant der Familie – die Familie lebt im überlebenden Flüchtling weiter. Selbst isolierte Flüchtlinge, oder solche, die ihre ganze Familie verloren haben, können noch unter dem Einfluss ihrer Familie stehen.)
- politische Überzeugungen
- Kohärenzgefühl (Antonovsky, 1997). Ein überdauerndes und zugleich dynamisches Gefühl der Zuversicht. Umfasst das Gefühl der Verstehbarkeit des Erlebten, das Gefühl der Bewältigbarkeit von Problemen und das Gefühl von Sinnhaftigkeit des Lebens und seiner Anforderungen.

Tabelle 3: Prozessfaktoren

Optimismus, Hoffnung, Zukunftsplanung

- Der Übergang von Hoffnungslosigkeit zu Hoffnung kennzeichnet eine entscheidende Wendung vom Überleben zum Leben als „Jemand“.
- In die Zukunftsplanung fließt z.T. auch das Gefühl ein, für einen bestimmten Zweck überlebt zu haben (etwa als Repräsentant der Familie, aus einem göttlichen Plan heraus).
- Für jüngere Flüchtlinge scheint die Perspektive, eine (akademische) Ausbildung erreichen zu können, besonders machtvoll zu sein. Mit Bildung wird assoziiert, dass sie einem nicht mehr genommen werden kann und dass sie Unabhängigkeit und Wirksamkeit verspricht.

Gemeinschaft erleben

- Verantwortungsübernahme (für andere weiter leben und weiter „kämpfen“)
- Netzwerkorientierung (Aktivierung sozialer Unterstützung)

Akzeptanz des Unveränderbaren und aktive Bewältigung des Beeinflussbaren

- Insbesondere radikale Akzeptanz des möglichen und unkontrollierbaren Todes. Hier berichteten viele Flüchtlinge, sich in Gottes Hand gegeben zu haben: Gott entscheidet, ob der Flüchtling morgen lebt oder stirbt. Der Betroffene tritt aus dem Kampf mit unbeeinflussbaren Mächten heraus.
- Die Energie wird auf das Überleben konzentriert und nicht in das Handeln mit dem Schicksal investiert.
- Nicht aufgeben (sondern z.B. weiter laufen)
- Lösungsorientierung
- Sich nicht (nur) als Opfer begreifen

Vermeidung belastender Gedanken und Gefühle

- durch Ablenkung (arbeiten, Schule, beten, schlafen, lesen)
- Vermeiden von Ruhepausen
- Vermeidung jeglicher Emotionen

- sich als Teil einer Gruppe erleben: was geschieht, geschieht nicht mir allein
- Erklärung des Geschehens als Wille Gottes (kein Grübeln über das Warum)
- Vermeidung ist v.a. während der Flucht als Konzentration aller Ressourcen und Energien auf das Überleben bedeutsam. Langfristig stellt sie vermutlich ein Risiko für Rückzug, Entfremdung, emotionale Taubheit und PTSD dar (van der Kolk & McFarlane, 1996; Wilson & Drozdek, 2004).

Resilienz von Flüchtlingen in Deutschland – Erhalt oder Beschädigung

Flüchtlinge, die nach oft jahrelanger Flucht Deutschland erreichen, haben damit einen erstaunlichen Beweis an menschlichem Leidensvermögen, an Bewältigungskompetenz und Hoffnungsfähigkeit erbracht. Sie haben uns viel zu erzählen, haben viel an Erfahrungen, Ressourcen und Stärken einzubringen. Doch sie kommen nach einer Geschichte sequentieller Belastungen oft auch in einem Zustand der Destabilisierung ihrer adaptiven Systeme (Silove, 1999). Um im aufnehmenden Land gesunden zu können, müssen diese Systeme wieder ins Gleichgewicht gebracht werden. Die Resilienzfaktoren bei den Flüchtlingen könnten bei diesem Prozess hilfreich sein, doch werden diese bisher unzureichend beachtet. In der Regel interessiert nicht die Geschichte der Lebensbewältigung, sondern die Beurteilung des Flüchtlingsstatus und der Hilfsbedürftigkeit. Die Orientierung ist somit von Anfang an *defizitorientiert*.

Auch im öffentlichen Blick werden Flüchtlinge meist nicht als resiliente Persönlichkeiten wahrgenommen. Vielmehr sieht man sie oft als eine Belastung an, als Unerwünschte oder im besten Fall als Hilfsbedürftige. In der Folge sind viele Flüchtlinge in Deutschland vielfach Demütigungen, Herabsetzungen und teils auch Angriffen auf ihre Persönlichkeit ausgesetzt. Diese Angriffe können im Sinne einer Sequentiellen Traumatisierung eine *Destabilisierung der adaptiven Systeme* bewirken (Keilson, 1979, Schreiber et al., 2006, Silove 1999). Silove (1999) beschreibt *fünf adaptive Systeme*, welche durch die Traumatisierung angegriffen werden: Sicherheit, Bindung, Identität, Gerechtigkeit und Sinn. Die Überschneidung zwischen diesen fünf Bereichen und den oben genannten Resilienzfaktoren lässt erwarten, dass auch die Resilienzfaktoren selbst durch sequentielle Traumatisierung destabilisiert werden können. Resilienz ist keine unveränderbare und überdauernde Eigenschaft eines Flüchtlings. Viele der genannten Resilienzfaktoren werden erworben, entwickeln sich weiter, werden von der Umwelt (mit)bestimmt und können durch Umwelteinflüsse beeinträchtigt und beschädigt werden. Ständige „kleine“, unspektakuläre Angriffe im Alltag können die Resilienz untergraben. Tatsächlich ist Stress in der Postmigrationphase (z.B. Arbeitslosigkeit, Trennung von der Familie, unsicherer Aufenthaltsstatus) mit dem Auftreten oder der Verschlechterung psychopathologischer Symptome verbunden (Schweitzer et al., 2006; Heptinstall, Sethna & Taylor, 2004) – und somit im Rückschluss mit einer Schwächung der Resilienz.

Zahlreiche Lebensbedingungen für Flüchtlinge in Deutschland haben das Potential, die Resilienz zu beschädigen. So beeinträchtigen beispielsweise die Residenzpflicht und die resultierenden Probleme beim Besuch von Freunden oder Verwandten die Möglichkeiten zur sozialen Unterstützung, zu wechselseitiger Verantwortlichkeit und dem Erleben von Gemeinschaft. Das Arbeitsverbot oder erfolglose Bewerbungen aufgrund des komplizierten Antragswesens oder des Vorzugs eines Bewerbers mit festem Aufenthaltsstatus greifen die Wahrnehmung von Selbstwirksamkeit, Handlungsfähigkeit und Unabhängigkeit sowie die Zukunftsplanung und das Erleben von Lebenssinn und Hoffnung an. Die Praxis der wiederholten Duldung untergräbt die Möglichkeit für eine aktive Bewältigung, für langfristige Zukunftsplanung und letztlich das Kohärenzgefühl des Flüchtlings.

Auf diese Weise gefährdet das System, dem Flüchtlinge in Deutschland begegnen, eben jene Faktoren, welche ihnen Gesundung und Adaptation ermöglichen würden. Eine Stärkung der Resilienz wäre hingegen zu erwarten, wenn Flüchtlinge von Anfang an die Möglichkeiten angeboten bekämen, sich in die Gesellschaft zu integrieren, soziale Netze aufzubauen und zu pflegen und Ziele wie Bildung oder Berufstätigkeit zu verfolgen. Ärzte und Therapeuten können einen kleinen, aber doch wichtigen Beitrag zu einem solchen Paradigmenwechsel leisten.

Flüchtlinge im klinischen Setting: Ein Augenmerk auf Resilienz und Wachstum

In der medizinischen und psychotherapeutischen Arbeit ist der Blickwinkel traditionsgemäß pathologisch ausgerichtet. Erfragt werden in erster Linie Symptome, Schwierigkeiten, Störungen und Dysfunktionen im Alltag. Diese Ausrichtung wird verstärkt durch (1) Hemmungen, angesichts schwerer Menschenrechtsverletzungen den Blick auf positive Entwicklungen zu richten, und (2) die Situation in der Rechtsprechung, in der die Betrachtung sich auf die Behandlungsbedürftigkeit in Deutschland reduziert. Dementsprechend ist auch der Blick eines Gutachters, der eine ärztliche Stellungnahme ins Asylverfahren einbringt, deutlich verengt. Es entsteht eine einseitige Geschichte des Nicht-Bewältigten – die den Eindruck des Beschädigtseins verstärkt oder bei einem (auch) resilienten Flüchtling zur Ablehnung des Hilfsangebotes führen kann. Flüchtlingen mit einem Übermaß an Unterstützung und Pathologisierung zu begegnen bedeutet auch, sie in ihrem Erleben von Kompetenz und Resilienz zu beschneiden und die Aktivierung der Resilienz zu erschweren.

Trotz des gegebenen Hilfebedarfs ist es daher wichtig, dem Flüchtling als einem resilienten und ressourcenreichen Menschen zu begegnen, der bereits große Schwierigkeiten und Belastungen bewältigt hat und der (bei geeignetem Umfeld) auch einen großen Teil der Adaptation im aufnehmenden Land leisten kann. Sicherlich benötigen viele Flüchtlinge unabhängig von ihrer körperlichen und psychischen Gesundheit bei der Relokation Unterstützung. Doch sollte das Ausmaß der Hilfe stets auf das Ausmaß der möglichen Resilienzaktivierung abgestimmt werden (Papadopoulos, 2007). Je mehr es dem Flüchtling möglich ist, seine Kompetenz und Resilienz zu aktivieren, desto mehr Aufgaben kann er oder sie aus eigener Kraft bewältigen.

Eine klinisch-psychologische Perspektive ist im Unterstützungsprozess dennoch an zwei Stellen angebracht: (1) wenn die Belastungen und Traumata bei dem Flüchtling zu psychischen

Problemen führen und (2) wenn die Möglichkeiten des Flüchtlings, seine Resilienz zu aktivieren, beeinträchtigt sind und/oder er in dieser gestärkt werden soll. Zugleich sollten Ärzte und Therapeuten in ihrer Arbeit an diesen Themen auch den notwendigen Platz für die Lebensgeschichte einräumen und die Kontrolle über das Erzählen und das Erzählte bei ihrem Klienten belassen.

Neben psychopathologischen Problemen im engeren Sinne können drei weitere Prozesse therapeutische Begleitung erfordern: (1) Das Erinnern und Verarbeiten des Erlebten, das oft nach ausgeprägter Vermeidung als Resilienz-Mechanismus erst in einem sicherem Umfeld möglich wird. Traumatisierte Flüchtlinge bedürften daher u.U. unabhängig von ihrer Symptomatik des Angebots, ihre Geschichte und die Geschichte ihrer Familie und ihres Landes erzählen zu können (Goodman, 2004). (2) In der narrativen Arbeit ist zu bedenken, dass Vermeidung bislang möglicherweise ein wirksamer Resilienzfaktor war und solange einen wesentlichen Teil der Bewältigung bildet, bis andere Strategien aufgebaut werden konnten – auch hierin kann eine Aufgabe für klinische Hilfsangebote liegen. (3) Die persönliche Bedeutung des Erlittenen und die Frage nach dem Warum kann auftauchen, wenn Energie aus dem Überlebenskampf frei wird. Im sich anschließenden Prozess der Sinnfindung kann ein Unterstützungsbedarf entstehen. Doch nicht nur in diesem Zusammenhang sollte der Behandler sich mit den Überzeugungen und der Sinnfindung des Flüchtlings auseinandersetzen. Denn diese zu verstehen erlaubt ein tieferes Verständnis des gesamten Bewältigungsprozesses und erleichtert die Begleitung der Bewältigung anstehender Aufgaben (ebd.).

Durch eine Perspektiverweiterung auf gezeigte oder bestehende Resilienz oder positive Reaktionen kann die systematische Einengung auf Beschwerden und Defizite durchbrochen werden – die teilweise auch in der Selbstwahrnehmung der Flüchtlinge vorherrscht. In der Therapie ist es daher wichtig, den Blick nicht auf Traumata und Probleme zu beschränken, sondern auch Stärken, Wachstum, Kompetenzen und Ressourcen zu identifizieren. Dabei geht es jedoch nicht um ein „Vor-Augen-Führen“ im Wettstreit mit bestehenden negativen Reaktionen. Voraussetzung für die Erweiterung des Blicks auf Resilienz und Weiterentwicklung ist eine echte Anerkennung des Schmerzes, des Traumas und des Verlustes und ein tiefer Respekt vor dem erlittenen Schicksal und seinen negativen Folgen (Papadopoulos, 2007). Erst vor dem Hintergrund solchen Respekts können Beobachtungen von Resilienz oder Wachstum behutsam eingebracht werden. Gelingt dies, so kann dadurch auch eine Basis für eine weitere Bewältigung und zum Aufbau eines neuen Lebens aufgezeigt und aktiviert werden (Schweitzer et al., 2007).

Neben einer behutsamen Annäherung sollte ein möglicher Problempunkt in der Arbeit mit Resilienz und Ressourcen beachtet werden. Dies ist die Sorge, dass sich hinter scheinbarem posttraumatischem Wachstum auch illusorisches Wachstum verbergen kann (Maercker & Zoellner, 2004), welches der Selbstberuhigung, Verleugnung oder Abspaltung negativer Reaktionen dient. Auch hinter positiven Anpassungsleistungen (z.B. akademischer Erfolg, vielfältige Aktivitäten, Integration in die Gesellschaft) kann im Sinne einer Vermeidungsstrategie verdrängtes Leid verborgen liegen (Goodman, 2004). Somit sollte der Behandler nicht nur wachsam sein für Resilienz und Wachstum hinter dem Leid, sondern auch für Leid hinter der Resilienz und dem Wachstum.

Zusammenfassung

Flüchtlinge, die oft nach jahrelanger Flucht zu uns kommen, haben über diesen Lebensweg hinweg ein individuelles Wechselspiel aus Traumatisierung, Resilienz (d.h. Widerstandsfähigkeit) und Wachstum durchlebt. Während Studien sich zunehmend mit der Traumatisierung von Flüchtlingen und ihrer Therapie befassen, gibt es bislang nur wenige wissenschaftliche Arbeiten oder auch Konzepte in der Arbeit mit Flüchtlingen, die Resilienz und Wachstum einbeziehen. Dadurch entsteht ein negativ eingeeignetes Bild, das dem Menschen nicht hinreichend gerecht wird und dem Transfer seiner Resilienz in sein neues Lebensumfeld entgegensteht. Es ist daher an der Zeit, in der klinischen Arbeit mit Flüchtlingen immer wieder den Blick für Resilienz, für Bewältigung und Stärke oder für positive Reaktionen zu öffnen und diese als Ressourcen in den therapeutischen Prozess mit einzubeziehen. Um diese praxisbasierte Konzeptentwicklung zu begleiten, sollten Studien sich auch in Deutschland der Erfassung der bei Flüchtlingen wirksamen Resilienzfaktoren zuwenden: den Faktoren in ihrer Fluchtbiographie, aber besonders auch in ihrer Relokation in Deutschland. Bislang gänzlich unerforscht sind die aufgeworfenen Fragen nach ihrem Zusammenhang mit den adaptiven Systemen nach Silove (1999), nach einer möglichen Destabilisierung oder Beschädigung von Resilienz (etwa durch sequentielle Traumatisierung) und die Bedingungen für ihren Erhalt und ihre Stärkung. Studien zur Widerstandsfähigkeit sollten sich daher über die Erfassung der Faktoren hinaus auch dem Resilienzprozess und den Bedingungen für Resilienz zuwenden.

Literatur

Antonovsky, A. (1997): Salutogenese – Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Tübingen.

Baumann, K., Rotter, M., Linden, M. (2009): Kompetenzen zur Bewältigung belastender Lebensereignisse und der Schutz vor Anpassungsstörungen. *Journal of Neurochirurgie and Psychiatrie*, 10(1), 82-86.

Brune, M., Haasen, C., Krausz, M., Yagdiran, O., Bustos, E., & Eisenmen, D. (2002): Belief systems as coping factors for traumatized refugees: A pilot study. *European Psychiatry*, 17(8), 451-458.

Cicchetti, D., & Garmezy, N. (1993): Prospects and promises in the study of resilience. *Development and Psychopathology*, 5, 497-502.

Frankl, V. E. (2007): ...trotzdem Ja zum Leben sagen. Ein Psychologe erlebt das Konzentrationslager. (28. Aufl.). München: dtv.

Friborg, O., Barlaug, D., Martinussen, M., Rosenvinge, J. H., & Hjemdal, O. (2005): Resilience in relation to personality and intelligence. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 14(1), 29-42.

Goodman, J. H. (2004): Coping with trauma and hardship among unaccompanied refugee youths from Sudan. *Qualitative Health Research*. 14, 1177-1196.

- Kasper, S., Haring, C., Marksteiner, J., Sachs, G., Tölk, A., Wroble, M. (2008): Das Resilienzkonzept bei psychischen Erkrankungen. *CliniCum Neuropsych Expertise*
- Keilson, H. (1979): Sequentielle Traumatisierung bei Kindern: Deskriptiv-klinische und quantifizierend-statistische follow-up Untersuchung zum Schicksal der jüdischen Kriegswaisen in den Niederlanden. Stuttgart: Enke.
- Linden, M., Rotter, M., Baumann, K., Schippan, B. (2007): Posttraumatic embitterment disorder. Huber & Hogrefe, Bern.
- Neuner, F., Schauer, M., Karunakara, U., Llaschik, C., Robert., C., & Elbert, T. (2004): Psychological trauma and evidence for enhanced vulnerability for posttraumatic stress disorder through previous trauma among West Nile refugees. *BMC Psychiatry*, 4:34.
- Maercker, A. & Zoellner, T. (2004): The Janus face of self-perceived growth: Toward a two-component model of posttraumatic growth. *Psychological Inquiry* 15, 41-48
- Mayer, J.D., & Salovey, P. (1997): What is emotional intelligence? In: P. Salovey, & D. Slyter (Eds.). *Emotional development and emotional intelligence: Implications for Educators*. Basic Books, New York, 3-31.
- Mollica, R.F., McInnes, K., Sarajlic, N., Lavelle, J., Sarajlic, I., & Massagli, M.P. (1999): Disability associated with psychiatric comorbidity and health status in Bosnian refugees living in Croatia. *Journal of the American Medical Association*, 282, 433-439.
- Oerter, R. & Montada, L. (2002): *Entwicklungspsychologie. Ein Lehrbuch*. Weinheim: Beltz PVU.
- Papadopoulos, R.K. (2007): Refugees, trauma and Adversity-Activated-Development. *European Journal of Psychotherapy and Counseling*, 9(3), 301-312.
- Schreiber, V., Iskenius, E.-L., Bittenbinder, E., Brünner, G. & Regner, F. (2006): "In meiner Heimat haben sie mich mit Stöcken geschlagen, hier schlagen sie mich mit Watte": Exil in Deutschland als traumatische Sequenz. Ders. & Heckl (Hrsg.): *Politische Traumatisierung III: Menschenrechte, Recht, Gerechtigkeit*. Zeitschrift für Politische Psychologie, 14, (1+2), 273-293.
- Schweitzer, R., Greenslade, J.H., & Kagee, A. (2007): Coping and resilience in refugees from the Sudan: A narrative account. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(3), 282-288.
- Schweitzer, R., Melville, F., Steel, Z., & Lacharez, P. (2006): Trauma, post-migration living difficulties, and social support as predictors of psychological adjustment in resettled Sudanese refugees. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 179-187.
- Silove, D. (1999): The Psychosocial Effects of Torture, Mass Human Rights Violations, and Refugee Trauma: Toward an Integrated Conceptual Framework. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 187 (4), S. 200-207.
- Steel, Z., Silove, D., Bird, K., McGorry, P., & Mohan, P. (1999): Pathways from war trauma to posttraumatic stress symptoms among Tamil asylum seekers, refugees, and immigrants. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 421-435.
- Steel, Z., Silove, D., Phan, T., & Bauman, A. (2002): Long-term effects of psychological trauma on

the mental health of Vietnamese refugees resettled in Australia: A population based study. *The Lancet*, 360, 1056-1062.

Tedeschi, R.G., & Calhoun, L.G. (2004): Post-traumatic growth: A new perspective on psychotraumatology. *Psychiatric times*, 21, 58-60.

Tedeschi, R.G., Park, C. & Calhoun, L.G. (Eds) (1998): *Post-traumatic growth: Theory and research in the aftermath of crisis*. Mahwah, NJ: Erlbaum.

Van der Kolk, B.A., & McFarlane A.C. (1996): The black hole of trauma. In B.A. Van der Kolk, & A.C. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic Stress*, New York: Guilford, 3-23.

Werner, E.E. (1971): *The children of Kauai: a longitudinal study from the prenatal period to age ten*. Honolulu: University of Hawaii Press

Werner, E.E./Smith, R. (2001): *Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience and recovery*. Ithaca, New York: Cornell University Press.

Wilson, J.P., & Drozdek, B. (Eds.) (2004): *Broken spirits: The treatment of traumatized asylum seekers, refugees and war and torture victims*. New York: Brunner/ Routledge.