

# Flucht und Trauma

## Ein fachlicher Kommentar zu einem vernachlässigten Thema

Muss schon wieder über Flüchtlinge und Asylwerber\*innen geschrieben werden? Haben die Menschen nicht schon genug davon gehört? Ich denke nicht. Denn mit diesem Artikel möchte ich einen Aspekt aufgreifen, der bis jetzt zu wenig Beachtung gefunden hat, aber meiner Meinung essentiell ist: Der Zusammenhang zwischen Traumatisierung und Flucht.

Ich leite bereits seit mehreren Jahren Aufnahmestrukturen für Asylwerber\*innen in Südtirol und mir begegnen immer wieder Menschen, die Flüchtlinge als schwierig, nicht integrationswillig, nicht kooperativ und vieles mehr erleben. Das Umfeld bemerkt sozusagen die Symptome, sieht aber nicht die Geschichten bzw. Ursachen dahinter. Deshalb ist es mein Anliegen, mit der vorliegenden Veröffentlichung aufzuklären und zu sensibilisieren.



Ein Großteil der Asylwerber\*innen, die zu uns kommen, hat traumatische Erfahrungen erlitten. Das kann zum Beispiel sein:

- F., eine Frau aus Nigeria wurde regelmäßig vergewaltigt.
- M., ein Mann aus dem Irak wurde wegen der Ausübung seines Glaubens im Gefängnis ständig gefoltert.
- L., ein Kind aus Syrien hörte immerzu die Bombeneinschläge in der Nachbarschaft.
- R., ein Mann aus Gambia wurde ständig von seinem Nachbarn mit der Waffe bedroht und erpresst sein Grundstück abzutreten.
- A., ein Mann aus Ägypten wurde wegen seiner Homosexualität verhaftet und der Öffentlichkeit vorgeführt.

Solche oder ähnliche Situationen können ein Trauma auslösen: ein objektiv feststellbares, belastendes Ereignis, das von außen kommt und das subjektive Erleben von Hilflosigkeit, Ohnmacht, intensiver Furcht und Entsetzen auslöst. Die Konsequenz ist eine dauerhafte Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses und die Schwierigkeit den Alltag zu leben.

Damit die Menschen dieses Leid besser ertragen können, schaltet praktisch jener Teil im Gehirn, der für Emotionen und die Verarbeitung von Situationen zuständig ist, aus und distanziert sich innerlich von der bedrohlichen Situation. Das ist sozusagen eine „Schutzfunktion“ für die Betroffenen.

Aufgrund dieser „Schutzfunktion“ im Gehirn entwickelt die traumatisierte Person jedoch andere Störungsbilder, deren Symptome die Menschen in der Nähe der betroffenen Personen als befremdlich wahrnehmen. Dazu gehören vor allem:

- **Starke Depression:** Antriebslosigkeit, starke Stimmungsschwankungen, negative Sicht über sich selbst, über die Umwelt und über die Zukunft, Gewichtsverlust, Appetitlosigkeit, Libidoverlust, Suizidversuche, Suizid
- **Angststörungen und Panikattacken:** Subjektiv empfundene Ängste vor Situationen, in denen es objektiv keine Angst gibt (z.B. Angst zu sterben, Angst, den Boden unter den Füßen zu verlieren, Angst, umzufallen, ...), Schweißausbrüche, Schwindelgefühle, Herzrasen, Atembeschwerden, Gliederschmerzen
- **Paranoide Persönlichkeitsstörung bzw. -züge:** Gefühl ständig verfolgt zu werden bzw. Angst, alle Menschen im Umfeld wollen nur das Schlechte für die betroffene Person, starkes Misstrauen gegenüber Allen
- **Psychotische Zustände:** Halluzinationen, optische und/oder akustische Wahnvorstellungen
- **Dissoziative Identitätsstörung:** nimmt die Identität anderer Personen an (z.B. glaubt ein prominenter Sänger zu sein)
- **Borderline-Persönlichkeitsstörung:** extrem starke und sich schnell ändernde Stimmungsschwankungen zwischen himmelhochjauchzend und zu Tode betrübt, Selbstverletzungen, Aggressionen gegenüber sich selbst und (manchmal) auch gegenüber anderen
- **Posttraumatische Belastungsstörung**



Michael Peintner

**(PTBS):** Flashbacks (wiederkehrende und sehr reale Bilder von erlebten traumatischen Situationen), Schwindel, Schweißausbrüche, Dissoziationen (sich innerlich abspalten und „flüchten“ in eine „andere“ Welt)

#### Dabei unterscheiden wir:

- **Trauma vom Typ I:** Folgen eines unerwarteten Einzelereignisses (z.B. Auto-unfall)
- **Trauma vom Typ II:** Folgen mehrmaler, sich wiederholender oder auch andauernder – kumulativer Ereignisse (z.B. mehrfache Vergewaltigung, Folter, ...)

Die meisten Flüchtlinge sind dem Trauma Typ II zuzuordnen.

Das Umfeld erkennt und sieht lediglich die Symptome, die traumatisierte Menschen zeigen. **Die Symptome von heute sind sozusagen die Lösungen von damals** (in der traumatisierten Situation). Das Gehirn hat diese „Schutzfunktion“ damals eingeschaltet, damit die Personen das Trauma ertragen, lässt aber diese „Schutzfunktion“ noch aktiv, auch wenn die traumatische Situation vorbei ist. Dies erkennen wir in der präsentierten Symptomatik. Traumatisierte Menschen haben:

- ein hohes Bedürfnis nach Sicherheit und Kontrolle
- Misstrauen, Suche nach sicherer Bindung
- Probleme mit emotionaler und kognitiver (Neu-)Orientierung

Das macht die Integration von Traumageschädigten Personen manchmal so schwierig. Diese sind so mit sich selbst und ihrer tragischen Geschichte beschäftigt, dass die Kraft und Energie fehlt, um sich in eine neue, teils für sie fremde Kultur zu integrieren: Sprache lernen, gesellschaftliche Regeln lernen, Behördengänge erledigen, Arbeit

suchen und einer Arbeit nachgehen. All dies ist nicht möglich, da Teile des Gehirns noch auf Trauma-Modus sind.

Dazu kommt noch die eigene Fluchterfahrung. Das Heimatland hinter sich lassen, kilometerlange Routen auf sich nehmen, ist körperlich und emotional sehr anstrengend und bedeutet auch oft die Auseinandersetzung mit lebensbedrohlichen Situationen. Wenn Trauma geschädigte Personen zudem noch Fluchterfahrungen haben, bedeutet dies in den allermeisten Fällen auch eine Verstärkung des Traumas.

## Wie kann Flüchtlingen mit Trauma-Erfahrung am besten geholfen werden?

Stark traumatisierte Menschen dürfen nicht in größeren Flüchtlingsaufnahmезentren untergebracht werden. Die Anwesenheit von vielen Personen verstärkt nur die Angst und das Beklommenheitsgefühl der traumatisierten Personen, sodass sich die Symptome verstärken können. Außerdem besteht in großen Zentren die Gefahr, dass traumatisierte Personen zum wiederholten Mal Opfer von anderen Bewohner\*innen werden (z.B. von Erpressungen, Gewalt, ...), was eine Retraumatisierung zur Folge haben könnte. Sinnvoll ist die Unterbringung in kleineren Strukturen bis zu maximal vier Personen.

Die Zusammenarbeit mit den psychiatrischen und psychologischen Diensten muss verstärkt und ausgebaut werden. Es erfordert eine große

Sensibilität und entsprechende Vorerfahrung, Wissen und Geduld traumatisierte Flüchtlinge zu behandeln. Solange eine traumatisierte Person unbehandelt in einer Aufnahmestruktur wohnt, ist dies eine unerträgliche Belastung für die betroffene Person selbst, für die anderen Bewohner\*innen und für die Mitarbeiter\*innen.

Was können Menschen im Kontakt mit traumatisierten Flüchtlingen am besten tun:

- Grundsätzlich sehr transparentes Verhalten gegenüber den Betroffenen zeigen
- Ressourcen/Fähigkeiten der Betroffenen herausfinden und diese verstärken
- die Betroffenen in Entscheidungen immer mit einbeziehen
- zahlreiche Gesprächsangebote schaffen
- Aufbau von stabilen sozialen Beziehungen und Kontakten
- jegliches Risiko von Täter\*innen-Kontakt unterbinden
- für äußere Sicherheit sorgen: Stabilität von Wohnmöglichkeit, Mahlzeiten, ...

Abschließend ist mir noch eine Botschaft wichtig: Wir alle – unabhängig von unserer Ausbildung, unserer Rolle und Funktionen sowie unserer Geschichte und Erfahrungen – müssen traumatisierte Menschen ernst nehmen, sie nicht nach den für uns „komischen“ und „gefährlichen“ Symptomen bewerten, sondern die Geschichten und Ursachen dahinter erkennen, Respekt vor ihren tragischen Geschichten zeigen und unsere Unterstützung anbieten.

**Michael Peintner**

Psychotherapeut i.A.u.S. (Österreich)  
Leiter von Flüchtlingsaufnahmееinrichtungen  
in Südtirol  
info@michaelpeintner.com  
www.michaelpeintner.com