

Skript zum Workshop „Flucht und psychiatrische Störungen“ am 22.10.2016 in Weingarten

Das Thema psychischer Störungen bei Flüchtlingen war im letzten Jahr in den Medien ziemlich präsent; nun ist es wieder ein wenig in den Hintergrund getreten. Angesichts der schlimmen Erlebnisse, die vielen Flüchtlingen in ihrem Heimatland und auf der Flucht widerfahren sind, kam der Begriff der „Posttraumatischen Belastungsstörung“ in den Fokus, und von manchen Expertengruppen, z.B. vom Berufsverband der Psychologen, wurde die Forderung aufgestellt, dass Flüchtlingen niederschwellig eine Traumatherapie zugänglich gemacht wird. Diese Vorstellung blieb nicht ohne Widerspruch: Der Bedarf an zusätzlichen Therapeuten wird auf 10.000 geschätzt, was als völlig unrealisierbar angesehen werden kann, aber auch die Sinnhaftigkeit einer Traumatherapie traumatisierter Menschen in einem Stadium weiterer Unsicherheit wird von Fachleuten in Frage gestellt, und nicht jeder Traumatisierte braucht eine Traumatherapie. Außerdem hat die Argumentationslinie „traumatisiert = therapiebedürftig = nur hier, nicht im Herkunftsland zu leisten = Bleiberecht“ diese Frage erheblich politisiert und polarisiert, und inzwischen ist klar, dass eine Behandlungsbedürftigkeit von Asylbewerbern kein Asylgrund ist und auch bezüglich einer Duldung problematisch.

Schätzungen gehen von einem Anteil von 40% von Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen unter Flüchtlingen aus; damit ist die Häufigkeit gegenüber der hier ansässigen Bevölkerung um ein Mehrfaches erhöht. Ein erheblicher Anteil dieser Erkrankten hat Symptome, die mit Traumatisierung zusammenhängen, also eine Problematik, die man vielleicht treffender als „Traumafolgestörung“ bezeichnen kann. Ein weiteres, bisher wohl sehr unterbewertetes Thema sind Abhängigkeiten und Süchte, vor allem bezüglich Alkohol, Cannabis und "Designerdrogen". Und schließlich gibt es eine kleine Zahl von Menschen mit anderen psychiatrischen Erkrankungen, vor allem mit schizophrenen Symptomen, die trotz ihrer Krankheit den gefährlichen Weg nach Deutschland gefunden haben. Ich möchte auf diese drei Tatbestände in dieser Reihenfolge eingehen und Erkennung, Behandlung und was sonst noch wichtig ist anreißen.

1. Traumafolgestörungen

Wir sind schon als Kinder imstande, ein gewisses Maß an Spannung und psychischem Stress auszuhalten. Gute Unterstützung vorausgesetzt, wachsen wir zu Menschen heran, die auch größeren Belastungen, wie sie im Leben häufig sind (z.B. dem Verlust einer wichtigen Person) gewachsen sind. Wenn jedoch unsere Kompensationskräfte aufgebraucht sind, geht es uns vielleicht ähnlich wie einem gestressten Säugling, der sich stundenlang nicht mehr beruhigen kann. Es kommt zu Symptomen, die vor allem durch ein Hyper-Arousal entstehen: innere Angespanntheit, Reizoffenheit, Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit, körperliche Anspannung, Schmerzen, Konzentrationsminderung und sich aufdrängende Erinnerungen an traumatische Situationen, sogenannte „flash backs“. Situationen, die an schlimmes Erlebtes erinnern, können Angstanfälle „triggern“. Die Symptomatik ist so stark, dass sie durch Ablenkung nicht überwunden werden kann.

Viele Flüchtlinge haben das eine oder andere Symptom dieser Gruppe; wenn ein gewisses Maß an Symptomatik überschritten ist, sind die Kriterien für solch eine Diagnose erfüllt.

Diese Symptomatik kann auch ohne Flucht ausgelöst werden, z.B. bei Feuerwehrleuten oder Ersthelfern bei schweren Unfällen. Der Verlauf hängt anfangs vor allem von Umgebungsfaktoren ab. Deshalb werden z.B. für professionelle Helfer nach Ereignissen katastrophalen Ausmaßes sehr zeitnah Gespräche angeboten, weil es eine Rolle spielt, sich das Erlebte von der Seele zu reden. Es scheint für Menschen auch wichtig, sich nach Erlebnissen, die das ganze Weltbild in Frage stellen, rückversichern zu können, dass sie weiter in Kontakt mit ihren Mitmenschen sind, und dass diese sie unterstützen und tragen. Wenn solche Frühintervention geleistet werden kann, klingt auch eine heftige Symptomatik oft ohne weitere Behandlung innerhalb der folgenden Monate ab. Wichtig ist aber auch, eine Retraumatisierung zu vermeiden; das spielt z.B. bezüglich der Lokführer bei Schienensuiziden eine Rolle, denn die Wahrscheinlichkeit, im Laufe der Berufstätigkeit mehrere Menschen zu überfahren, ist erheblich. Das kann im ungünstigen Fall dazu führen, dass die Tätigkeit als Lokführer aufgegeben werden muss.

Medikamente können eine Rolle spielen. Es kann helfen, Hyperarousal-Symptome zu dämpfen, z.B. Schlafmittel zu verordnen; auch Beruhigungsmittel für den Tag und Stimmungsaufheller können helfen, aber die psychosozialen Interventionen stehen weitaus im Vordergrund.

Wenn die Symptomatik nach längerer Zeit, 6 oder noch mehr Monate lang, nicht wenigstens gemildert ist, kommen psychotherapeutische Interventionen in Frage. Günstig wäre eine Therapie bei einem Therapeuten, der mit solchen Problemen schon Erfahrung hat. Das ist bei Traumatherapeuten in der Regel gegeben. Es gibt aber wenige Therapeuten mit dieser Spezialqualifikation, so dass der Zugang erschwert, die Wartezeit erheblich ist. Es kommt deshalb oft vor, dass solche Menschen eine Richtlinienpsychotherapie bei einem nicht speziell ausgebildeten Therapeuten machen. Letztlich kommt es vor allem darauf an, ob der Therapeut sich auf die vielleicht erschreckenden Schilderungen seines Patienten einlassen kann, so dass dies kein Schaden sein muss.

Was sind die Themen einer solchen Therapie? Zum einen gibt es eine Vielzahl von Übungen, die helfen sollen, dass sich jemand entspannen kann und nicht von seinen Ängsten überflutet wird; manche sind spezifisch auf den Umgang mit flash-backs zentriert, aber jedes Entspannungsverfahren ist hilfreich, wenn es angenommen wird.

Mindestens genauso wichtig ist aber auch, dass die betreffende Person lernt, sich in der Umgebung neu zu orientieren und konstellieren, um die Unterstützung zu spüren, die vielleicht, wäre sie da gewesen, die Bewältigung schon möglich gemacht hätte. Hier geht es also um eine ganz persönliche Auseinandersetzung mit Kompetenzen und Handicaps des Patienten. Das ist ein Grund, weshalb diese Behandlung eine in einen qualifizierten Rahmen eingebettete Psychotherapie sein muss und die Vermittlung einfacher Techniken nicht ausreicht.

Was bedeutet das für Flüchtlinge in den ersten Jahren ihres Hier-Seins? Letztlich, dass eine spezifische Traumatherapie schon daran scheitern wird, dass die Lebenssituation nicht sicher ist; solange keine einigermaßen sichere Bleibeperspektive gegeben ist, droht jederzeit eine Retraumatisierung durch die Abschiebung.

Außerdem bringen Flüchtlinge vor allem aus Schwellenländern häufig nicht die persönlichen Voraussetzungen für eine Psychotherapie mit; unser Modell einer abgegrenzten Psyche, mit der sich Patient und Therapeut gemeinsam beschäftigen, ist oft inkompatibel mit der Selbstsicht des Betroffenen.

Eine gute Behandlung in diesem Stadium umfasst also

- vielleicht ein Medikament
- eine Unterstützung im Alltag, so gut es geht („sich geborgen und akzeptiert fühlen“)
- Zuhören, wenn etwas Belastendes erzählt werden will (das entscheiden die Betroffenen in der Regel selbst, und häufig werden diese Dinge nicht oder erst nach langem Kennenlernen erzählt. Das ist völlig in Ordnung!)
- Alles, was bei der Integration hilft (Sprache, Ausbildung, Beruf, vielleicht auch Freizeit)
- Hilfen bei der Vermeidung von Retraumatisierung.

Davon kann ein Therapeut/Arzt/Sozialarbeiter Begleitung, Medikation, ggf. auch Gespräch und Vermittlung von Entspannungs- und Bewältigungstechniken übernehmen.

Damit wird klar, dass der wesentliche Teil der Arbeit im günstigen Fall von Ehrenamtlichen im Helferkreis (oder in anderen Kontexten) übernommen wird.

Fallstricke hierbei sind

- zu hohe Ziele: Wir dürfen uns immer wieder klar machen, dass das, was ein Mensch in seinem Leben aktualisieren kann – Arbeit, Partnerschaft, Selbstverwirklichung – auch bei uns hier Ansässigen sehr unterschiedlich ist, und dass wir uns sehr schwer tun, Grundmuster unseres Verhaltens zu ändern, selbst wenn es uns ohne Veränderung sehr schlecht geht. Passender als die Haltung des rettenden Engels ist die des Lebensabschnittsbegleiters – im Guten wie im Schlechten.

- eigene Begrenzungen und Wünsche nicht ernst zu nehmen. Professionelle Helfer müssen bei aller Empathie im Umgang manchmal hart sein (selbst wenn dies herzlos anmutet), weil sie sonst irgendwann ihrer Rolle nicht mehr gerecht werden. Auch im Ehrenamt ist eine Trennung zwischen „mein Dienst“ und „meine persönliche Lebensgestaltung“ sehr wichtig. Das gilt umso mehr, wenn Grenzen unklar werden (einen Flüchtling auch zu eigenen Hobbies mitnehmen, bei sich aufnehmen, sehr häufig treffen und begleiten).

- die Überschätzung der eigenen Veränderungsmöglichkeiten. Das ist (nicht nur) im Falle der Abschiebung eines Menschen relevant, der mir in all der Zeit sehr ans Herz gewachsen ist.

- das Prinzip „das Tun des Einen ist das Tun des anderen“: Wenn Flüchtlinge in einer Unterkunft miteinander wohnen, hat es einen hohen Einfluss, wenn die Regeln untereinander diskrepant sind: vom Einen, für den Einen so, vom Anderen, für den Anderen, anders. Wenn etwas nicht klappt, sollte ich mir auch überlegen, ob das Umfeld, in dem dies so geschieht, wirklich dazu beiträgt, dass es klappt.

Deshalb folgende positiven Botschaften:

- Ich persönlich kann mir nicht vorstellen, solch eine Arbeit alle, ohne unterstützende Gruppe, abzuleisten. Auch Therapeuten haben eine Gruppe von Kollegen, mit denen sie sich besprechen, und das nicht erst, wenn er schwierig wird. Deshalb ist nur anzuraten, dass für jede Unterkunft ein Helferkreis besteht, in dem das Miteinander klar ist und die Zusammenarbeit verbindlich.

- Eine funktionierende Aufgabenverteilung (wer begleitet auf Ämter oder zu Arztbesuchen, wer macht Sprachunterricht, wer motiviert zum Sport ...) ist wichtig. Wichtig ist aber auch, dass Flüchtlinge beginnen, sich, da wo sie jetzt nun einmal sind, etwas heimisch fühlen, also die Beziehungen untereinander. Ein Helferkreis, der sich miteinander wohl fühlt, färbt ab!

- Die Frage, wie mit belastenden Erzählungen umgegangen werden soll, ist seltener relevant, als man vielleicht befürchtet: das wird oft einfach gar nicht erzählt. Wenn doch, dann empfiehlt sich, einfach zuzuhören, behutsam nachzufragen und rechtzeitig zu bemerken, wenn man sich als Nicht-Fachmensch zu sehr belastet fühlt. Es ist auch wichtig, sich nicht zu scheuen, Expertenhilfe in Anspruch zu nehmen, am besten bevor dies eintritt. Das Landratsamt vermittelt für diesen Zweck Supervisionen!

- Wenn der Eindruck besteht, dass die Symptome sich als psychische Krankheit darstellen, sollte die betroffene Person wenigstens einmal psychiatrisch vorgestellt werden. Oft ist – auch mit begrenztem Einsatz – eine Besserung zu erreichen, außerdem ist man dann mit dem Problem nicht allein befasst und hat professionelle Unterstützung mit im Spiel.

- Es werden aktuell verschiedene Schulungsprogramme zum Thema Traumatisierung aufgelegt; es ist sinnvoll, z.B. mit der Sozialarbeiterin, die die Unterkunft betreut, wo sie tätig sind, Kontakt aufzunehmen, wenn Interesse an einer Schulung besteht.

2. Gebrauch von Suchtmitteln

Suchterzeugende Substanzen wie Alkohol und Cannabis werden aus verschiedenen Gründen konsumiert. In einer stabilen Lebenssituation mögen sie die feierabendliche Entspannung verbessern und zur Lebensqualität beitragen, aber als Substanzen, die sedierend (dämpfend) wirken, können sie auch eingesetzt werden, um eine im Grunde kaum erträgliche Situation zu dämpfen. Es kommt auch vor, dass konsumiert wird, weil die Peer-Group konsumiert: „Alle machen das, und ich will nicht zurückstehen.“

Gerade bei denen unter den Flüchtlingen, die sich schwer damit tun, sich zu integrieren (die Sprachkompetenz zu erwerben, die Schule abzuschließen, eine Ausbildung zu machen, einen Arbeitsplatz zuverlässig auszufüllen), dürfte der Konsum dem zweiten oder dritten Motiv zugeordnet sein. Wie auch deutsche junge Männer, neigen junge männliche Flüchtlinge aus vielen Ländern zu Konsum, auch im Übermaß. Dieses Verhalten „wächst sich häufig aus“, aber dafür braucht es Zeit und Anreize, beides in der akuten Situation wohl eher knapp bemessen.

Suchtmittel werden auch als „Selbstbehandlungsversuch“ eingesetzt (bei Spannung, Schlaflosigkeit, Intrusionen).

Weniger die körperlichen Folgekrankheiten - die kommen erst Jahre später – als die sozialen Begleiterscheinungen machen den Konsum problematisch. Er betrifft gerade die, die sich dies kaum leisten können, weil sie wenig integriert sind, und er erschwert die Integration weiter und nach einigen Jahren vielleicht unwiderbringlich. Ein fehlendes Tageskonzept mit seinem Leerlauf fördert den Konsum, der Konsum behindert, ein solches Konzept aufzubauen.

Vor allem bei Alkohol, der auch enthemmt, kann es zu Tätlichkeiten kommen. Dies, und mehr noch die „Ansteckung“ derer, die sich beginnen zu integrieren, stellen ein erhebliches Hindernis im Miteinander einer Unterkunft dar.

Der Erfolg einer Suchtbehandlung ist ganz entscheidend daran gebunden, dass der Betroffene ein Mindestmaß an eigener Motivation aufbringt. Eine Suchtbehandlung ohne eigene Mitwirkung muss erfolglos bleiben.

In letzter Zeit haben auch Flüchtlinge häufiger (billigere!) Designerdrogen konsumiert, die schwere psychiatrische Symptome machen können; daran sollte bei der psychiatrischen Vorstellung unbedingt gedacht werden (gibt es Hinweise aus der Umgebung des Betroffenen?)

Positive Botschaften:

- Als Allererstes ist wichtig, den problematischen Suchtmittelkonsum überhaupt wahrzunehmen und zu benennen. Da fast Jeder von uns konsumiert – zum Mindesten Alkohol – ist dies ein Problem, das Alle im Helferkreis betrifft. Es ist dringend zu raten, sich einig zu werden, was noch als tolerabel angesehen wird und wo die Grenze ist.

- Man möge sich darauf einstellen, dass häufig als einzige Maßnahme bleibt, dem Betroffenen immer wieder zu sagen, dass (und warum) man meint, dass der Konsum problematisch ist, und in Kauf nimmt, dass dies "nicht gleich" zu Abstinenz führt (ohne das wiederum gutzuheißen).

- Suchtberatungsstellen und Selbsthilfegruppen beginnen nun, auch in diesem Bereich tätig zu werden. Es ist sinnvoll, mit einer Beratungsstelle Kontakt aufzunehmen, damit diese im Rahmen des Möglichen unterstützt. Ein Minimum kann sein, ein paarmal zu kommen und die Flüchtlinge über diese Problematik zu informieren (und mitzuhelfen, indem man versucht, Betroffene und ruhig auch Nicht-Betroffene zur Teilnahme zu bewegen). Wenn möglich, ist auch ein Einzelkontakt mit einem Betroffenen sinnvoll. Auch eine psychiatrische Vorstellung kann helfen, das Problem klarzulegen.

- Sucht erfordert Begrenzung: nicht jetzt, nicht hier, nicht so. Da ein Hausverbot eines Bewohners einer Unterkunft nicht in Frage kommt (wohl aber ein Hausverbot für konsumierende Besucher, die nicht da wohnen!), sind die Sanktionsmöglichkeiten eingeschränkt. Manchmal kann helfen, wenn Bewohner – durch das Landratsamt – in einer anderen Unterkunft untergebracht werden, oft ist dies aber ein stumpfes Schwert. Das Fehlen von angemessenen Sanktionen bei Regelverstößen ist eines der großen ungelösten Probleme in der Flüchtlingsbetreuung; hier sollte dringlich gemeinsam mit der Sozialarbeiterin und dem Landratsamt versucht werden, Lösungen nachzubessern. Da es im Ehrenamt nicht geleistet werden kann, Sanktionen auszusprechen – das ist in Deutschland eine staatliche Aufgabe! - müssen hier gemeinsame Lösungen gefunden werden.

3. Schizophrenien

Schizophrenien sind die Krankheiten, die psychiatrische Kliniken überhaupt erst nötig gemacht haben. Da sie über alle Kulturen hinweg mit ca. 1% Häufigkeit gleich verteilt sind, geht man von einem erblichen Faktor aus, der die Krankheit begründet. Das heißt nicht zwangsläufig, dass sie auch ausbricht: der eineiige Zwilling eines Erkrankten erkrankt nur mit einer Wahrscheinlichkeit von 50%.

Die Krankheit beginnt in der Pubertät oder später; nach dem 30. Geburtstag ist eine Neuerkrankung eine Seltenheit. Leitsymptom ist der Wahn (eine irriige Vorstellung, an der unbeirrt festgehalten wird, mit „Wahngewissheit“); häufig kommen Halluzinationen dazu, oft in Form von „Stimmen“, die kommentieren, befehlen oder sich miteinander unterhalten. Bei Menschen aus Schwellenländern ist der Wahn oft magisch ausgestaltet und in sich, von außen betrachtet, widersprüchlich. Die Krankheit kann ausheilen (zu 25%) oder mit mehr oder weniger chronischer psychischer Behinderung einhergehen; zwischen ruhigen Phasen kann es zu wiederholten heftigen „Schüben“ kommen. Schizophrenie ist nicht alleine mit dem Gespräch oder einem stützenden Milieu heilbar; Medikamente sind oft, aber nicht immer wirksam. Die Wirksamkeit dieser sogenannten Neuroleptika scheint bei Menschen aus Schwellenländern geringer, die Nebenwirkungshäufigkeit höher auszufallen.

Menschen mit Schizophrenien (man spricht gerne, evtl. weniger diskriminierend, von „Psychosen“) sollten psychiatrisch vorgestellt werden, weil es reelle Behandlungsmöglichkeiten in diesem Gebiet gibt. Es kann ohne Behandlung zu (manchmal auch gefährlicher) Eskalation kommen.

Wenn die Schizophrenie unter – oder ohne – Behandlung nicht besser wird, dann sprengen solche Menschen häufig den Rahmen einer Flüchtlingsunterkunft. Obwohl erwachsen, sind sie, wie minderjährige Jugendliche, fürsorge- und unterstützungsbedürftig. Es ist eine psychiatrische Aufgabe, im Einzelfall einen Weg zu finden, wo und wie solch ein Kranker mit ausreichender Unterstützung leben kann.

Positive Botschaften:

- wahnhaftes Erleben respektieren (das kann nicht willentlich unterdrückt werden); Themenbereiche suchen, die nicht vom Wahn betroffen sind.
- professionelle Unterstützung für den Betroffenen in Anspruch nehmen.
- Ggf. eine andere Wohn- und Betreuungsform anstreben.

Was können Sie von der psychiatrischen Behandlung erwarten?

Eine Diagnosestellung, ein Therapieplan, Medikation, Gespräche, ggf. Fallbesprechungen und Unterstützung bei Maßnahmen, die damit zusammenhängen.

Was braucht man von Ihnen für eine psychiatrische Behandlung?

Unterstützung bei den Randbedingungen (Termine ausmachen, mithelfen, dass der Termin wahrgenommen wird, Mithilfe bei der Organisation z.B. auch von Dolmetschern, und vor allem Unterstützung bei der Schaffung eines gewissen sozialen Rahmens um die betreffende Person herum, der auch Thema der Behandlung sein kann.

Dr. Marpert 24.10.2016