

## **„Alles tut weh – Die Welt rutscht mir weg ...“. Erfahrungen einer Psychotherapeutin bei den „Refudocs“**

**Ingrid Pfanzelt**

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2018

Ich möchte Ihnen heute von meinen Erfahrungen als Psychotherapeutin bei den „Refudocs“, einem Ärzteprojekt in einer Münchner Flüchtlingsunterkunft erzählen. Ganz bewusst entscheide ich mich für die Form einer Erzählung, denn das Narrativ spielt in der Arbeit mit Geflüchteten eine große Rolle. Die Menschen, die zu uns flüchten, haben alles verloren, aber sie haben ihre Geschichten. Wenn sie uns ihre Geschichten erzählen, erleben sie sich im Erzählen wieder und treten so heraus aus der Anonymität. Sie bekommen Konturen und eine Identität, um die sie in einer für sich neuen Welt so sehr ringen müssen.

Jede Erzählung braucht ein Gegenüber, einen Zuhörer, jemanden, der sich für den Erzähler interessiert. Eine empathische Zuwendung des Gegenübers kann den Erzähler ermutigen, auch über seine traumatischen Erfahrungen zu sprechen. Dann werden seine Traumaerfahrungen in einem zeiträumlichen Rahmen integrierbar, und es beginnt eine psychische Verarbeitung.

Wenn ich Ihnen meine Erfahrungen erzähle, sind die Geschichten der Geflüchteten darin eingewoben. Sie bekommen durch Sie, die den Geschichten zuhören, einen Resonanzraum. Dieser Raum ist notwendig, um all das, was erlebt wurde, aufzubewahren, zu verdauen und neu zu ordnen – und damit übernimmt der Zuhörer eine Containing-Funktion im Sinne Bions.

Durch den Prozess des Erzählens wird das Unsagbare sagbar.

Meine Erzählung wird nicht immer angenehm sein. Ich werde Ihnen viel zumuten müssen. Es geht um Mut und Zumutung, wenn wir uns mit den Geschichten der Menschen beschäftigen, die zu uns geflüchtet sind. Denn es gehört viel Mut dazu, die

---

Vortrag, gehalten am 15. Juli 2017 in München beim Trauma-Tag 2017 des Ärztlich-Psychologischen Weiterbildungskreises für Psychotherapie und Psychoanalyse, München/Südbayern e. V. (ÄPK).

Dr. med. I. Pfanzelt (✉)  
St.-Anna-Platz 8, 80538 München, Deutschland  
E-Mail: [privat@dr-pfanzelt.de](mailto:privat@dr-pfanzelt.de)

Heimat zu verlassen, wegzugehen von allem Vertrauten, Freunde und Verwandte zurückzulassen und sich auf einen gefährlichen Weg zu machen, nur mit der Hoffnung im Gepäck, dass es irgendwie gutgehen wird und am Ende des Weges ein besseres Leben wartet. Aber es wird auch uns, die wir sie hier aufnehmen, viel zugemutet: Wir müssen uns mit Krieg und Flucht beschäftigen, mit Leid und Verzweiflung, aber auch mit Aggression, Neid, Hass und Gewalt. Wir werden in unserer geordneten und wohlhabenden Welt infrage gestellt, wenn wir erkennen, dass Krieg und Armut auch mit unserem Wohlstand zu tun haben. Und wir hören Grausamkeiten in den Geschichten der Geflüchteten, die wir uns bisher nicht vorstellen konnten. Wir werden im Jung'schem Sinn mit dem Schatten des Menschen konfrontiert, mit den Abgründen in uns allen. Es ist also auch eine schwere individuelle und kollektive Aufgabe, diese Zumutung zu bewältigen.

### **Medizinische und psychotherapeutische Hilfe in einer Erstaufnahmeeinrichtung**

Das wurde mir bewusst, als ich von Mai 2015 bis September 2016 bei den „Refudocs“ in einer Erstaufnahmeeinrichtung für Flüchtlinge arbeitete. Die Einrichtung wurde von der Regierung Oberbayern getragen und befand sich in der ehemaligen „Bayernkaserne“ im Norden Münchens. Dorthin kamen zuerst alle Flüchtlinge, die über Oberbayerns Grenzen eingereist waren. Sie blieben einige Wochen bis Monate, wurden registriert und versorgt, um dann in längerfristige Unterkünfte verlegt zu werden. Zeitweise lebten über 1000 Menschen aus ganz unterschiedlichen Ländern in der „Bayernkaserne“: Kosovo-Albaner, Iraker, Syrer, Afghanen, Eritreer, Schwarz- und Nordafrikaner. Die medizinische Versorgung war anfangs sehr schlecht: Die Bewohner hatten keinen Zugang zu niedergelassenen Ärzten und innerhalb der Einrichtung nur Anspruch auf eine Notfallbehandlung. Aus dieser Versorgungsnot entstand das Projekt von „Refudocs“: Ärzte aus allen Fachrichtungen hielten in provisorischen Containern regelmäßige Sprechstunden ab; die Kosten dafür übernahm die Regierung. In dem Ärztstützpunkt arbeiteten Kinderärzte, Gynäkologen, Allgemeinmediziner, Internisten, Orthopäden, ein Psychiater, eine Kinder- und Jugendpsychiaterin und ich als Psychotherapeutin. Die Dienste wurden koordiniert von einem Team aus Helferinnen; die Stadt München stellte Dolmetscher zur Verfügung.

### **Persönliche Motivation für das Engagement**

Mein Entschluss, konkret helfen zu wollen, war eine logische Konsequenz zum passenden Zeitpunkt. Ich hatte viele Jahre in einem Projekt mitgearbeitet, in dem eine Gruppe von deutschen Psychotherapeuten arabischen Ärzten und Psychologen eine psychotherapeutische Grundausbildung vermittelte. Wir waren zweimal pro Jahr jeweils für zwei Wochen vor Ort. Ich war in Bagdad, Damaskus und Amman gewesen und lernte Syrer, Iraker, Palästinenser und Jordanier kennen. Als der Krieg in Syrien begann, hielten wir Skype-Konferenzen ab, um die Kollegen vor Ort in

ihrer Arbeit zu supervidieren. Schon damals erzählten mir die syrischen Kollegen von Folterungen in den Gefängnissen, von Bespitzelung durch den Geheimdienst, von den schrecklichen Zuständen in den riesigen jordanischen Flüchtlingslagern. Schon damals war es schwer auszuhalten, diese Geschichten zu hören, ohne wirklich helfen zu können. Aber immer wieder versicherten mir die arabischen Kollegen, wie wichtig und hilfreich es für sie wäre, uns hier in Deutschland ihre Geschichten erzählen zu können. Dann hätten sie nicht mehr das Gefühl, alleingelassen und isoliert zu sein – eine Erfahrung, die sehr zentral in der Arbeit mit traumatisierten Menschen ist.

Ich war also persönlich verbunden mit dem Schicksal meiner Kollegen, weil ich sie kannte und mit ihnen im Kontakt war. Deshalb verfolgte ich die Eskalation der Gewalt in Syrien mit wachsendem Entsetzen. Meine Gefühle konnte ich manchmal gar nicht ordnen, wenn ich den Krieg im Fernsehen sah und mit meinen Kollegen skypte. Ich war versucht, wegzuschauen und wegzuhören. Um nicht in die Abwehr des schwer Erträglichen zu driften und meiner Hilflosigkeit entgegenzuwirken, wollte ich handeln und suchte nach einer Möglichkeit, aktiv zu helfen.

## **Breitgefächerte fachliche Qualifikation ist hilfreicher als Spezialisierung**

Da traf es sich gut, als mich ein Kollege im Frühjahr 2015 fragte, ob ich seine kinderpsychiatrische Sprechstunde bei den „Refudocs“ übernehmen möchte. Meinen Einwand, dass ich Erwachsenenpsychotherapeutin bin, wischte er mit dem Argument zur Seite, dass es einen großen Bedarf gebe und man deshalb im Moment gar nicht zwischen Erwachsenen und Jugendlichen differenzieren könne, er behandle auch immer die ganze Familie. Auch dass ich keine Psychiaterin, sondern Psychotherapeutin bin, sei kein Problem, sagte er. Er wusste, dass ich auch homöopathisch arbeite und sagte, er verwende selbst vor allen Dingen Naturheilkunde, Beruhigungstees und einfache Entspannungstechniken, um die traumatisierten Patienten nicht gleich mit Psychopharmaka zu medikalisieren. Die Spezialisierung nach Fachausrichtung sei weniger wichtig als der Wille, vor Ort zu helfen mit dem, was man halt könne.

Das ermutigte mich, und wie ich dann selbst erlebte, war seine Einschätzung realistisch: Unsere fein differenzierten Versorgungsstrukturen zwischen Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, zwischen Psychiatrie und Psychotherapie verschwammen angesichts der Welle, die über uns hereinbrach – und in diesem Punkt spreche ich ganz bewusst von einer Welle. In der Arbeit mit den Geflüchteten hatte auch ich Mühe, nicht zu ertrinken, in dem Leid, das ich hörte und spürte. Meine eigenen Gefühle spiegelten dabei wohl die Traumaerfahrung meiner Patienten wider. Sie wurden ebenfalls von einer Welle überrollt, der Welle der Gewalt, des Krieges und des Mittelmeeres. Die Welle kann also eine Metapher sein für die überwältigenden Erfahrungen, denen Menschen auf der Flucht, aber auch Helfer ausgesetzt sind. Und obwohl ich gut ausgebildet bin, hatte ich anfangs nur wenig Handwerkszeug, um mit der Überwältigung umzugehen. Meine traumatherapeutische Ausbildung half zuerst wenig, ging es doch bei den Patienten weniger um therapeutische Aufarbeitung der traumatischen Erfahrung, sondern um existenzielle Dinge: Angst um die Familie,

Angst vor dem Abgeschobenwerden, Konflikte mit Mitbewohnern, Schlaflosigkeit, Albträume, Heimweh. Es waren ähnliche Geschichten und Symptome, die ich in den Sprechstunden erlebte, und ich hatte pro Patient nur eine halbe Stunde Zeit. Weil ich jede Woche für zwei Stunden kam, konnte ich meine Patienten zwar wieder einbestellen, musste dabei aber einen Balance-Akt schaffen zwischen Beziehungsangebot und Abgrenzung. Ich durfte sie nicht zu sehr an mich binden, denn wir hatten, streng genommen, kein therapeutisches Setting: Unser Kontakt war zeitlich begrenzt, ich konnte sie nur wenige Male sehen. Die Situation in der Erstaufnahme ist eine des Übergangs: Angekommen nach der Flucht leben die Menschen hier nur für eine kurze Zeit. Es kam vor, dass ich einen Folgetermin für einen Patienten vereinbarte, der dann nicht stattfinden konnte, weil er in der Zwischenzeit in eine neue Unterkunft „transferiert“ worden war. Damit musste ich also rechnen und trotzdem versuchen, eine Vertrauensbeziehung aufzubauen, um einen Zugang zu den Patienten zu finden. Nur wenn dies glückte, konnte ich das Wenige tun, was in dieser Situation möglich war.

## **Möglichkeiten der psychotherapeutischen Erstversorgung**

Ich versuchte, zuerst homöopathisch die Symptomatik zu lindern, was in vielen Fällen gelang. Dann bestellte ich die Patienten, so oft es ging, ein, um eine Erzählung in Gang zu bringen. Das gelang umso besser, je unmittelbarer sie eine Besserung ihrer Symptome durch die homöopathische Medikation spürten. So konnte auch in wenigen halbstündigen Terminen eine gewisse Entlastung ihrer traumabedingten psychischen Spannung stattfinden. Das war vor allem bei den Patienten möglich, die vor der Traumaerfahrung psychisch stabil und die Traumatisierungen weniger extrem waren. Andere Patienten brauchten eine längerfristige Einzel- oder Gruppentherapie. Das waren diejenigen, die vor der Traumatisierung noch keine ausreichende psychische Reifung entwickeln konnten, also meist Jugendliche. Oder aber Patienten, deren Traumaerfahrung so extrem war, dass sie nicht mit eigenen Ressourcen überwunden werden konnte. Diese Patienten schickte ich oft weiter an Beratungsstellen, die ein therapeutisches Setting bieten konnten, das nicht von Krankenkassen finanziert werden musste. Einige psychotische Patienten verwies ich weiter an meinen psychiatrischen Kollegen.

Um die Indikation zu stellen, welche Behandlung bei wem nötig war, musste ich auch die Ressourcen der Patienten beurteilen. Wenn sie Familien oder Freunde hatten, mit denen sie ihre Traumaerfahrung teilten oder sich in deren Kreis geborgen fühlen konnten, brauchten sie weniger intensive Behandlung. Auch Bildung und Religion spielten eine Rolle in der Prognose: Patienten mit guter Bildung oder festem Glauben konnten das Trauma besser in ihre Geschichte integrieren als Menschen ohne diese Ressourcen.

Ich fand also im Laufe der Zeit meine Rolle darin, zuerst eine Diagnose zu stellen, die Patienten über ihre Symptomatik im Sinne einer Psychoedukation aufzuklären und dann die entsprechende Behandlung einzuleiten. Das konnte in manchen Fällen ich selbst sein, in anderen eine Beratungsstelle oder ein Kollege. In der Therapie von

traumatisierten Flüchtlingen brauchen wir ein Netzwerk, denn für einen einzelnen Therapeuten ist das innere und äußere Geschehen des Patienten zu komplex.

## **Der Massenansturm wird mit Kreativität und Engagement bewältigt**

Während meiner Zeit bei den „Refudocs“ erlebte ich mehrere „Wellen“: Im Frühjahr 2015 kamen viele Kosovo-Albaner, darauf folgten im Sommer und Herbst Syrer und Iraker, Ende 2015 und Anfang 2016 kamen Afghanen und Eritreer und danach meist Nord- und Schwarzafrikaner.

In der Zeit der größten Fluchtbewegung im Herbst 2015 ging es in dem Ärztestützpunkt zu wie in einem Bienenstock: Der Wartebereich war voller ganz unterschiedlicher Menschen; oft standen sie bis zur Straße. Die Helferinnen hatten Mühe, die einzelnen Patienten mit den Daten zu erfassen; manchmal konnten sie sich nur mit Händen und Füßen verständigen. Es war trotz aller Bedrängnis aber immer ein freundliches und respektvolles Umgehen miteinander; das Team an der Rezeption war sehr professionell. Als ein EDV-System eingeführt wurde, konnte jede Fachrichtung Einsicht in die Patientenakte nehmen. Ich konnte sehen, was bei den Patienten, die zu mir geschickt wurden, an somatischen Symptomen und Untersuchungen vorhanden war. Das war wichtig, um eine psychosomatische Krankheitsentwicklung beurteilen zu können.

Zu mir wurden die Patienten geschickt, die bei meinen somatisch arbeitenden Kollegen entweder psychisch auffällig waren oder bei denen sich die somatischen Symptome trotz aller Bemühungen nicht besserten. Auch die Sozialarbeiter der Unterkunft schickten Patienten, die ihnen aufgefallen waren, meist wegen Aggressivität, Schlafstörungen oder Suizidalität. Anfangs wussten viele meiner ärztlichen Kollegen noch wenig über die psychischen und psychosomatischen Traumafolgen, sodass ich einen Sensibilisierungsbogen für sie entwickelte. Auf diesem Info-Blatt wurde die typische Symptomatik der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) beschrieben, die man mit einigen wenigen Punkten während der somatischen Anamnese abfragen konnte. Das erleichterte den Kollegen die Einordnung der Symptome und die Weitervermittlung an mich.

## **Erschütternde Fallgeschichten**

So unterschiedlich die Ethnien waren, so weit spannte sich der symptomatische Bogen. Einen Ausschnitt aus dem Spektrum der Traumafolgestörungen zeigen die zwei Fallgeschichten im Folgenden.

### **Afghanische Frau**

Eine 35-jährige afghanische Frau kam in Begleitung ihres Mannes. Beide waren eher zierlich und hatten feine Gesichtszüge, obwohl sie sagten, dass sie Bauern sind. Sie waren freundlich und zurückhaltend; die Frau antwortete selbst, wenn ich sie ansprach. Das ist nicht selbstverständlich bei Frauen, die aus patriarchalen

Gesellschaften kommen. Oft spricht der Mann für sie, und sie senken den Blick, so wie sich das für eine untergeordnete Frau gehört.

Nicht so diese Frau, und das nahm ich erstaunt zur Kenntnis.

Die beiden saßen mir gegenüber; der Schreibtisch war zwischen uns. Links von mir auf der Seite saß der Dolmetscher, diesmal war es ein Mann vom Sicherheitsdienst, denn auf die Schnelle war kein offizieller Dolmetscher zu bekommen. Der Sicherheitsdienst in der Bayernkaserne bot einen Pool an Nationalitäten, und manchmal wurden einzelne Mitarbeiter vom Team der Refudocs gebeten, als Übersetzer einzuspringen, wenn kein offizieller Dolmetscher zur Verfügung stand. Auch dies ist ein Beispiel, wie viel Improvisation und guter Wille immer wieder nötig waren, um die Situationen zu bewältigen. Dieser afghanische Mann hatte selbst eine Fluchterfahrung und war hier seit Jahren gut integriert. Er hatte schon oft übersetzt und wusste deshalb auch, wie er sich verhalten sollte: Er sollte möglichst wörtlich übersetzen, in der Ich-Form und keine Sätze weglassen oder interpretieren. Das Gespräch sollte sich auf mich und die Patientin konzentrieren, er durfte nicht im Mittelpunkt sein. Er musste sich in seiner Rolle als Sprach- und Kulturvermittler verstehen. In dieser Funktion sind Übersetzer sehr wichtig für die psychotherapeutische Arbeit mit Flüchtlingen, denn sie kennen den Hintergrund der Erzählung. Oft waren die Geschichten der Geflüchteten für mich so fremdartig, dass ich froh war, sie von einem Übersetzer erklärt zu bekommen. So kann eine gelingende Gesprächssituation zu dritt im Sinne einer Triangulierung wirken, denn die Einführung des Dolmetschers als dritte Position in der therapeutischen Dyade ermöglicht Distanz und Erweiterung des psychischen Raumes. Ich war oft erstaunt, wie selbstverständlich die Patienten die Anwesenheit des Dolmetschers akzeptierten und sich in seinem Beisein öffneten. Das erklärte ich mir damit, dass die geflüchteten Menschen größtenteils aus kollektivistischen Kulturen kommen und in Gruppen sozialisiert werden. Deshalb ist ihnen vielleicht die Triade als Urform ihres Beziehungsmusters vertrauter als die Dyade. Bei sexuell traumatisierten Frauen achtete ich allerdings darauf, dass ich eine Frau als Übersetzerin bekam.

Unter diesen Voraussetzungen begannen wir also ein Gespräch. Der Ehemann saß schweigend dabei.

Ich sah in der Akte, dass die Patientin unter epileptischen Anfällen litt. Sie war zuerst bei dem Allgemeinarzt gewesen, der sie dann an den Neurologen überwiesen hatte. Dieser Kollege hatte ihr Antiepileptika verordnet, trotzdem hörten die Anfälle nicht auf. Er vermutete eine psychosomatische Krankheitsdynamik, deshalb schickte er die Patientin zu mir.

Ich fragte die Patientin, seit wann sie unter den Anfällen leidet.

„Seit vier Jahren“, antwortete sie. „Ich war schon in Afghanistan in Behandlung. Die Ärzte gaben mir immer wieder Medikamente, die mich sehr müde machten, aber die Anfälle hörten deshalb nicht auf. In Afghanistan ist es sehr schwer, zu den richtigen Ärzten zu kommen.“

„Warum ist das so schwierig?“, fragte ich sie.

„Wir waren einfache Bauern und wohnten weit weg von einer Stadt. Wir hatten wenig Geld. Als ich immer mehr Anfälle hatte, gingen wir in die Stadt und gaben viel Geld für die Behandlung aus. Gebessert hat sich nichts. Ich hatte die Hoffnung,

dass ich hier in Deutschland Hilfe bekomme. Aber auch hier hören die Anfälle nicht auf“, so erzählte sie.

Ich wollte wissen, wie sich diese Anfälle abspielen. Das verstand sie zuerst nicht, und der Dolmetscher hatte auch Mühe, es ihr zu erklären. Ich fragte sie, ob es bestimmte Situationen gibt, in denen sie einen Anfall bekommt. Ob sie vor dem Anfall ein seltsames Gefühl hat, ob sie krampft oder nach dem Anfall sehr müde ist. Sie wusste es nicht. Trotz aller Nachfragen konnte sie keine Angaben zum Anfallsgeschehen machen. Sie rang sichtlich um Worte und wollte mir erklären, was in diesen Situationen mit ihr geschieht. Schließlich fand sie einen Satz und schien darüber erleichtert zu sein. „Die Welt rutscht mir weg“, so übersetzte der Dolmetscher ihre Worte.

Mich berührte die seltsame Poesie dieses Satzes. In meinem diagnostischen Suchen half er mir trotzdem nicht weiter, und ich wollte ihre Symptomatik noch besser verstehen. Deshalb fragte ich sie nach ihrem Leben in Afghanistan und ihrer Familie.

„Wir lebten in einem Dorf“, so erzählte sie mit weiterhin freundlicher Miene und gleichförmiger Stimme. „bis die Taliban kamen, hatten wir ein einfaches, gutes Leben. Ich bin mit meinem Mann verheiratet, seit ich 16 Jahre alt bin. Er ist ein guter Mann, er behandelt mich respektvoll. Wir hatten drei Kinder. Mit zwei Kindern leben wir hier.“

Bei diesen Worten stutzte ich und fragte den Dolmetscher, ob er richtig übersetzt hat. Wieso haben sie jetzt zwei Kinder und früher drei?

Auch er war sich nicht sicher, ob er es richtig verstanden hatte, und fragte nach. Da erzählte die Frau weiterhin gleichmütig wirkend:

„Vor vier Jahren kamen die Taliban in unser Dorf und nahmen einige Kinder mit als Geiseln. Auch unsere 15-jährige Tochter wurde von ihnen entführt. Wir sollten viel Geld für sie bezahlen. Monatelang verhandelten wir mit den Taliban und gaben ihnen alles, was wir hatten. Es war ihnen nie genug, sie forderten mehr. Als sie endlich verstanden, dass wir nicht mehr zahlen konnten, fanden wir eines Morgens unsere Tochter tot vor der Haustüre liegen. Sie hatten sie in Stücke gehackt.“

An dieser Stelle möchte ich mich Ihnen zuwenden und Sie fragen, wie es Ihnen gerade geht?

Haben Sie das Gefühl, sie hätten sich verhöhrt?

Ich hatte es, und nach einigen Sekunden des Schrecks fragte ich nach. Der Dolmetscher bestätigte die Aussage noch einmal. Auch er war sichtlich erschrocken. Ich fragte ihn, ob es so etwas geben könnte, in Afghanistan. Er sagte, dass er der Frau glaube, weil die Taliban zu solchen Taten fähig seien.

Darauf verstummten wir.

Ich konnte nicht weitersprechen. Ich war im wahrsten Sinne sprachlos und zeigte in diesem Moment wohl ähnliche Symptome wie nach einer akuten Traumatisierung: Ein seltsames Fremdheitsgefühl überkam mich, gleichzeitig klopfte mein Herz, ich bekam Kopfschmerzen und einen Druck auf der Brust.

Wenn Sie jetzt in sich hineinspüren und ebenfalls Anflüge dieser Gefühle haben, dann erleben Sie gerade die Spuren einer sekundären Traumatisierung. Nicht nur direkt Betroffene erleben das Trauma, auch die Zeugen der Trauma-Erzählung können traumatisiert werden. Wenn Sie jetzt als Zuhörer Anzeichen von Belastungssymptomen an sich wahrnehmen, ist das Trauma auch in unsere Welt eingebrochen. Das

passiert unvorhergesehen und ist nicht kontrollierbar – so, wie das die Patientin auch erlebt hatte.

Ich hatte also damals zuerst das Gefühl, ich hätte mich verhört. Mein Unbewusstes wollte dieses monströse Ereignis nicht zulassen. Dann nahm ich meine Gefühle wahr und konnte erkennen, dass ich jetzt Symptome einer akuten Belastungsreaktion zeigte. Gleichzeitig spürte ich aber auch eine ungeheure Traurigkeit, die ich gar nicht unterdrücken konnte. Mir stiegen Tränen in die Augen. Und ich sagte der Patientin in einfachen Worten, wie entsetzlich ich das finde, und wie unendlich traurig mich ihre Geschichte macht.

In mir waren also alle Gefühle gleichzeitig da, und weil ich als Psychoanalytikerin trainiert bin auf Selbstwahrnehmung und Gegenübertragungsprozesse, konnte ich sie wahrnehmen, analysieren, einordnen und mitteilen. In mir wirkte die Spaltungsabwehr, die das Unerträgliche in eine vegetative Ebene verdrängen wollte, und ich bekam Herzklopfen und Kopfschmerzen. Also dissoziierte ich zu einem Teil auch – war mir aber gleichzeitig dieser Dissoziation bewusst und konnte so mit dem anderen Teil meine Gefühle spüren: Die ungeheure Traurigkeit, die diese Patientin abwehrte, überschwemmte stattdessen mich. Diese Gefühle stellte ich der Patientin nun zur Verfügung, und sie reagierte darauf mit einer veränderten Mimik und Stimme: Mit leiser, nun modulierter Stimme sagte sie, auch sie sei immer traurig, und sie schaute mich offen und sehr bewegt an. Sie war sichtlich erstaunt, dass ich weine. „Meine Tränen bleiben seit dem Morgen vor vier Jahren in mir“, so sagte sie.

Nach diesem innigen Moment atmete ich tief durch, setzte mich aufrecht in meinen Stuhl, stellte meine Füße fest auf den Boden und verschränkte klopfend meine Arme. Mit dieser Technik aus der Traumatherapie verankerte ich mich selbst und konnte dadurch wieder zu einer sachlichen Ebene finden. Ich sagte ihr, dass der Körper nach so einem schrecklichen Erlebnis mit epileptischen Anfällen reagiert, weil die Psyche das Trauma nicht verarbeiten kann. Ich versuchte ihr zu erklären, was Psyche und Körper in unserer Vorstellung sind, denn die Menschen aus den uns fremden Kulturen kennen keine psychosomatischen Erklärungsmodelle. Erstaunlicherweise schien die Patientin das zu verstehen, denn beim nächsten Termin kam sie und fragte mich, wie sie das Trauma denn verarbeiten könnte. Ich erklärte ihr die Möglichkeiten einer Traumatherapie. Dann fragte sie mich, ob sie diese Therapie bei mir machen könnte. Das rührte mich, und tatsächlich versuchte ich, eine Therapie über das Sozialamt zu beantragen, um die Patientin bei mir in der Praxis behandeln zu können. Kurz darauf wurde die Familie in eine andere Einrichtung verlegt, und ich hörte nichts mehr von ihr.

## **Traumabedingte Psychodynamik und Interaktion**

An diesem Beispiel können wir vieles sehen. Als Erstes die psychosomatische Symptomatik nach extremer Traumatisierung: Die psychischen Spaltungsvorgänge können sich somatisch in epileptischen Anfällen zeigen. Tatsächlich sah ich nach dieser Patientin noch einige andere mit dieser Symptomatik. In der Neurologie ist bekannt, dass manche Epilepsien eigentlich dissoziative Anfälle sind.



Zum anderen macht diese Fallgeschichte deutlich, wie schnell und intensiv die Interaktion bei traumatisierten Patienten stattfinden kann. In der Traumatherapie spricht man deshalb auch von traumatisierender Gegenübertragung. Während der geschulte Therapeut diesen Prozess bewusst erkennt und dadurch seine Spaltungsabwehr auflösen kann, sind die Betroffenen den psychischen Spaltungsvorgängen nach Traumatisierung ebenso hilflos ausgeliefert wie dem Trauma selbst. Sie können gar nicht anders, als psychisch zu erstarren und alle Gefühle abzuspalten. Auch diese Patientin spürte keine Gefühle mehr und erzählte scheinbar gleichmütig von dem entsetzlichen Erlebnis, ohne erkennbare Gefühlsregung. Die psychische Dissoziation, die zuerst notwendig ist, um das Trauma zu überleben, verschiebt sich auf die somatische Ebene – und es entwickeln sich somatische Symptome als eine Art Körperdissoziation.

Diese Krankheitsentwicklung zeigt auch das nächste Fallbeispiel.

### **Junger Mann aus dem Senegal**

Ein junger Mann aus dem Senegal wurde von einer Sozialpädagogin gebracht. Er rastete immer wieder aus, so erzählte die Begleitung, dann schlug er um sich, warf Gegenstände durch die Gegend und versuchte, Zigaretten auf der Haut seiner Mitbewohner auszudrücken. Er schlief keine Nacht und saß immer allein in seinem Zimmer. Nach seinen aggressiven Anfällen brach er zusammen und wusste nichts mehr davon. „Es ist, wie wenn er dann aufwachen würde aus einem Albtraum“, so erzählte die Sozialarbeiterin. Auch jetzt saß mir der große, kräftige Mann gegenüber und schaute mich wie aus weiter Ferne an. Er reagierte zuerst nicht, als ich ihn ansprach, und schien zu dissoziieren. Nachdem ich mehrmals seinen Namen laut ausgesprochen hatte, konnte er Kontakt zu mir aufnehmen und begann zögerlich zu erzählen. Er sprach Französisch, und meine Sprachkenntnisse reichten aus, um seine Geschichte zu verstehen:

„Ich bin der älteste von 6 Kindern; mein Vater ist Fischer. Früher konnte er die Familie ernähren, weil er genügend Fische fangen konnte. Seit einigen Jahren fängt er nichts mehr, die großen Schiffe aus Europa und Japan fischen unser Meer leer. Er verkaufte sein Boot und finanzierte mir so die Reise nach Europa. Ich soll hier arbeiten und das Geld nach Hause schicken. Aber niemand wusste, was mich auf dem Weg erwarten würde ...“, damit brach seine Stimme ab, und er schien wieder weit weg zu sein. Das ist sehr typisch in der Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen: Sie dissoziieren ständig, auch während der Anamnese. Man kann gar nicht vermeiden, sie anzutriggern, denn schon allein die Frage, aus welchem Land sie kommen, kann sie an ihr Trauma erinnern.

Auch dieser Patient war wieder nicht ansprechbar, sodass die Sozialpädagogin für ihn sprach. Ihr hatte er erzählt, dass er auf seinem Weg verschiedene afrikanische Länder passiert habe, aber keines sei so schlimm wie Libyen gewesen. Dort hätte man ihn eingesperrt in einen dunklen, heißen Raum mit vielen anderen. Sie hätten nur wenig zu essen und trinken bekommen, und nicht einmal, um die Notdurft zu verrichten, hätte man sie herausgelassen. Immer wieder seien Männer gekommen, die sie geschlagen und Zigaretten auf ihnen ausgedrückt hätten. Die Schmerzensschreie wären mit dem Handy aufgenommen und zu seiner Familie geschickt worden, um

Geld zu erpressen. Weil sein Vater kein Geld mehr hatte, habe es wochenlang gedauert, bis er sich genügend leihen konnte, um den Sohn freizukaufen.

Die Sozialarbeiterin forderte den Mann auf, mir seinen Rücken und seine Unterarme zu zeigen. Die Haut war vernarbt von großen Striemen und kreisrunden Löchern ...

Ich war erschüttert und fragte ihn, wie es ihm mit diesen Narben geht. Da schaute er mich traurig an und sagte: „Alles tut weh“. Tatsächlich hatte er überall Schmerzen, die auch durch starke Analgetika nicht besser wurden.

Meine somatischen Kollegen hatten den Mann schon körperlich untersucht, geröntgt und keine Ursachen für die schlimmen Schmerzen gefunden. Es war nichts gebrochen, und die Haut war gut verheilt.

Also waren auch diese Körperschmerzen ein Ausdruck seiner psychischen Traumatisierung, die er nicht verarbeiten konnte. Das konnte als somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert werden und seine Belastungssymptomatik entsprach einer akuten PTBS mit den typischen Hyperarousal-Wiederlebens- und Vermeidungssymptomen: Er konnte nicht schlafen aufgrund seiner vegetativen Übererregung, erlebte ständig sein Trauma in Flashbacks wieder und vermied soziale Situationen, um nicht an sein Trauma erinnert zu werden.

Obwohl er jetzt in Sicherheit war und nicht mehr gefoltert wurde, war er in seiner inneren Welt immer noch in Libyen und spürte die Schmerzen wie damals. Viele der Menschen, die ich in der Bayernkaserne gesehen habe, waren partiell noch in ihrer Traumasituation. Sie waren nur eingeschränkt in der Gegenwart, nur zu einem gewissen Teil ihres Bewusstseins. Der andere Teil war noch im Krieg, in der Folter, in der Vergewaltigung – und diese traumatisierende Situation erlebten sie immer wieder in ihrer inneren Welt. Ganz typisch dafür sind tranceartige Zustände, wie bei diesem Patienten. Er dissoziierte unwillkürlich und wurde dann gewalttätig, genauso wie früher seine Peiniger. Hier ist ein zentraler Abwehrmechanismus der Traumadynamik erkennbar: Während seiner Dissoziation in der Foltersituation hatte ihm die unbewusste Identifikation mit dem Aggressor ermöglicht, sich als ohnmächtiges Opfer mächtig genug zu fühlen, um zu überleben. Aber nun fügte er während seinen dissoziativen Anfällen in seiner Täteridentifikation den Mitbewohnern die Qualen zu, die er selbst erlitten hat.

Dieser Patient hatte vom Notarzt schon Psychopharmaka bekommen, die aber seine Symptomatik nicht reduzierten, im Gegenteil: Die Ausbrüche wurden noch häufiger. Einige Psychopharmaka können zwar das Hyperarousal beruhigen, verstärken aber das Wiedererleben. Ein psychiatrischer Kollege sagte einmal: „Wenn man den schwer Traumatisierten bestimmte Psychopharmaka gibt, wachen sie aus ihren Alpträumen auch tagsüber nicht mehr auf.“

Deshalb versuchte ich, ihn zuerst homöopathisch zu behandeln, um seine Belastungssymptome zu lindern. Tatsächlich kam er bei der zweiten Konsultation in einem sehr viel besseren Zustand. Die Sozialpädagogin berichtete, dass es zu keinen Ausbrüchen mehr gekommen sei. Auch im Gespräch mit mir dissoziierte er nicht mehr und war in gutem Kontakt.

Er erzählte, dass es ihm psychisch besser ginge, er könne einige Stunden schlafen und habe weniger Alpträume, aber seine Körperschmerzen seien noch genauso schlimm wie vorher. Ich erklärte ihm, dass sein Körper sich immer noch an die

Folter erinnere, obwohl sie schon lange vorbei sei. Das schien er zu verstehen, und in einfachen Sätzen versuchte ich ihm zu erklären, wie er sein Trauma verarbeiten könnte. Dass es wichtig sei, über das Erlebte zu sprechen und er sich durch einfache Übungen selbst helfen könnte, um die Erregungszustände zu lindern. Tatsächlich begann er in den nächsten Terminen, mir von seinem Martyrium zu erzählen, und wir übten Verankerungstechniken. Er nahm an einer Gruppentherapie teil, die ich ihm bei einer Beratungsstelle vermittelt hatte. Weil er nicht mehr aggressiv wurde, fand er Freunde in der Unterkunft. Seine Belastungssymptome und seine Schmerzen besserten sich. Ich sah ihn einige Male in größeren Abständen, und nach einem halben Jahr wurde er in eine dauerhafte Unterkunft verlegt.

## **Wie zeigt sich das Trauma bei Geflüchteten?**

Die meisten Patienten, die ich während meiner Zeit bei den „Refudocs“ in der Bayernkaserne gesehen habe, hatten eine akute PTBS. Die Symptomatik war immer ähnlich: extreme Schlafstörungen, Alpträume, dissoziative Zustände, sozialer Rückzug, auto- oder fremdaggressive Impulsdurchbrüche. Die akute Belastungssymptomatik konnte mit einer depressiven oder Angststörung gekoppelt sein, am meisten sah ich aber somatoforme Störungen als begleitende Erkrankung. „Der Körper vergisst nichts“, so heißt es in der Psychosomatik, und das bestätigte sich: Viele der schwarzafrikanischen jungen Männer klagten über Körperschmerzen, die keine somatischen Ursachen hatten – alle hatten in Libyen Foltererfahrungen gemacht. Viele sexuell traumatisierten Frauen hatten unklare genitale oder abdominale Beschwerden, ohne gynäkologischen oder gastrointestinalen Befund. Kopfschmerzen hatten fast alle – vielleicht eine Körpermetapher für die entsetzlichen Erlebnisse, die sie „im Kopf nicht aushalten“ können, wie mir ein Nigerianer sagte. Oft waren Körperschmerzen der Grund, warum die Geflüchteten einen Arzt aufsuchten. Die Gefahr ist groß, diesen Patienten hohe Dosen von Analgetika zu verschreiben. Deshalb ist es wichtig, bei der medizinischen Versorgung von Geflüchteten immer auch eine somatoforme Traumafolgestörung als Differenzialdiagnose zu bedenken. Ich habe sogar den Eindruck, dass sich die meisten Traumafolgestörungen hinter somatischen Symptomen verbergen.

Einige wenige Patienten reagierten psychotisch auf eine Extremtraumatisierung. Die traumatisch bedingte Psychose wird psychodynamisch verstehbar, wenn man sie als extremste Form der Spaltungsabwehr nach einer Traumaerfahrung sieht.

## **Ist das Psychotherapie?**

In der Reflexion über meine Zeit bei den „Refudocs“ stellt sich abschließend die Frage: War das eigentlich Psychotherapie, was ich da tat?

Die Patienten in der „Bayernkaserne“ waren nur für kurze Zeit mit mir im Kontakt, es war ein unsicheres Setting und wenig therapeutisch in unserem Sinn. Es konnte keine therapeutische Aufarbeitung des Traumas stattfinden, aber eine Diagnostik und Psychoedukation, eine begrenzte Stabilisierung und Weitervermittlung.

Vielleicht war es das Wichtigste, dass ich den Menschen zuhörte und mich für sie interessierte. Wie gut das war, sagte mir ein junger Mann aus Sierra Leone, dessen Vater im Bürgerkrieg und dessen Mutter an Ebola gestorben war: „Sie sind die Erste, die mir zuhört“. Er begann, in den Stunden zu weinen, was er vorher nicht konnte. Es geht um Resonanz, die auch schon in wenigen Begegnungen hergestellt werden kann. Mehr ist oft nicht möglich, aber diese Resonanzerfahrung kann eine Ermutigung sein, sich dem Trauma im Beisein eines mitfühlenden Zeugen zu stellen.

Auch die Aufklärung über unbewusste posttraumatische Prozesse ist wichtig. Wenn die Menschen ihre Körperreaktionen als Folge ihrer Traumatisierung verstehen, ist dies ein erster Schritt zur Selbstermächtigung. Die zentrale Traumaerfahrung ist ja, dem traumatischen Geschehen hilflos ausgeliefert zu sein. Und ebenso unkontrollierbar erleben sie ihre Belastungssymptome, die sie zusätzlich ängstigen, weil sie diese als Ich-dyston erleben. So sagte eine nigerianische Patientin, die in Libyen gefoltert und vergewaltigt worden war: „Das, was da mit mir geschieht, wenn ich nachts Alpträume habe und schreiend aufwache, bin nicht ich. Ich weiß nicht, wer diese Frau ist. Sie macht mir Angst“.

## **Professionelle und persönliche Grenzerfahrungen**

Die Arbeit in der „Bayernkaserne“ war für mich eine therapeutische und persönliche Grenzerfahrung. Aber es geht ja in der Begegnung mit Geflüchteten auch um Grenzen, die überwunden oder hochgezogen werden. Anfänglich fühlte ich mich überwältigt, hilflos und inkompetent. Die entsetzlichen Geschichten, die Masse der Patienten, die schweren Symptome erzeugten einen Druck, dem ich standhalten musste. Ich konnte den leidenden Menschen nicht gleich ihre psychischen Schmerzen nehmen, obwohl sie das von mir erwarteten. Manche wollten nur endlich Tabletten, damit sie schlafen konnten – und waren enttäuscht, wenn die bereits vom Psychiater verschriebenen Medikamente ihre Schlafstörungen und Alpträume nicht lindern konnten. Ich versuchte, ihnen mit einfachen Worten ihre Symptomatik in einem psychodynamischen Sinn zu erklären – was umso schwieriger war, je ferner ihre Kultur unserer eigenen war. Trotzdem gelang es immer wieder – und das waren die Momente, in denen ich den Sinn in meiner Arbeit sehen konnte. Auch die Begegnungen mit den Menschen waren oft sehr berührend – und ich lernte viel über fremde Welten. Manche Informationen, die meine Patienten mir über ihre Herkunftsländer gaben, las ich in keiner Zeitung. Ich lernte, mit meiner Angst vor dem Fremden umzugehen und zu differenzieren, wann sie angebracht ist oder meine eigene Projektion. Bei einigen schwer traumatisierten jungen kräftigen afrikanischen Männern sorgte ich dafür, dass ein Wachmann vor der Tür steht. Aber ich lernte auch meine Vorurteile besser kennen, sodass nicht jeder Patient, der eine schwarze Haut hatte, mir Angst machte. Und ich lernte, mit wenig zufrieden zu sein und die Patienten nach kurzer Zeit auch wieder ihrem Schicksal zu überlassen. Das war manchmal nicht einfach, wenn schon eine Beziehung entstanden war, wie zu der afghanischen Patientin. Wir hatten schnell einen intensiven Kontakt zueinander; sie fragte mich sogar, ob sie bei mir Therapie machen könnte – und dann war sie weg. Ich tröstete mich damit, dass sie vielleicht diese Frage jemandem in ihrer neuen

Unterkunft stellen kann, jetzt, nachdem sie durch unser Gespräch verstanden hatte, was sie braucht. Und vielleicht findet sie dann einen Therapeuten, der ein Stück des Weges mit ihr weitergeht. In der Situation einer Erstunterkunft kann etwas beginnen, und es können im besten Fall die richtigen Weichen gestellt werden.

## **Der hilfreiche psychoanalytische Hintergrund**

Mit zunehmender Routine wurde mir bewusst, wie hilfreich ein psychoanalytischer Hintergrund für die therapeutische Arbeit mit traumatisierten Geflüchteten ist. Wir sind darin geübt, unsere eigenen Wahrnehmungen auf den Prüfstand zu stellen, zu differenzieren und nicht zu bewerten oder zu urteilen. Die Psychoanalyse hat Konzepte, um das zu erklären, was in Körper und Seele der Traumatisierten geschieht und wie wir dieses Geschehen mit unserem eigenen Unbewussten beantworten. Dadurch können wir die zuerst fremdartig erlebten Phänomene der Spaltungsabwehr erklären und auflösen. Wir stellen den Patienten unseren inneren Raum zur Verfügung, nehmen ihre Geschichten und Gefühle in uns auf und verdauen sie in einer Containing-Funktion. Dann können wir beginnen, das Chaos des Traumas zu ordnen. Wir gehen mit ihrem Unbewussten in Resonanz und können durch unsere eigene Schwingungsfähigkeit ihre traumabedingte Erstarrung lösen. Es ist ein ständiges Schwingen zwischen Empathie und Abgrenzung, was wir leisten müssen, um handlungsfähig zu bleiben. Es geht auch um Berührung: Wie lasse ich mich von dem Schicksal der geflüchteten Menschen berühren, ohne entweder in reflexhafte Abwehr oder distanzloses Mitleid zu verfallen? Um diese innere Arbeit zu schaffen, müssen wir selbst gut für uns sorgen. Nach der wöchentlichen Arbeit bei den „Refudocs“ hatte ich zum Glück oft eine Stunde mit meinem Supervisor, mit dem ich die belastenden Situationen besprechen konnte. Und ich sorgte achtsam für spannende und schöne Momente in meinem Leben. Nach den verstörenden Geschichten der Patienten war es heilsam für mich, gute und enge Beziehungen zu erleben. Im Sommer fuhr ich oft mit dem Fahrrad durch einen grossen Park, den Englischen Garten, zur Bayernkaserne und genoss die friedliche und heitere Atmosphäre dort. Mir wurde bewusst, in welcher unglaublich friedvoller Welt ich lebe und dass meine Lebenssituation keine Selbstverständlichkeit ist. Dadurch wuchs mein Gefühl der Verantwortlichkeit für die Menschen, denen diese Welt nicht vergönnt ist. Die Begegnung mit dem Fremden verändert das Vertraute.

## **Ein Blick hinter die Symptome**

Dieser Begegnung müssen wir uns als Therapeuten immer mehr stellen. Obwohl mittlerweile viele Grenzen dicht sind, kommen weiterhin 200.000 Menschen pro Jahr zu uns. Aktuell leben laut Auskunft des Sozialreferats 9950 Geflüchtete in München. Nach jüngsten Forschungen leiden 50 % davon an Traumafolgestörungen; das wären etwa 5000 (Quelle: Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen zentren für Flüchtlinge und Folteropfer, 2017). Diese Menschen psychotherapeutisch zu versorgen, ist eine mühsame, schwere und langwierige Aufgabe, die wir bewäl-

tigen müssen. Denn, wenn das Trauma individuell und kollektiv nicht verarbeitet wird, können die innerpsychischen Spaltungsvorgänge externalisiert werden und unsere friedvolle Welt durch Hass und Terror bedrohen. Und wenn wir als Gesellschaft das traumatische Geschehen nicht reflektieren und integrieren, spaltet es unser Zusammenleben in Form von Fremdenhass und Rechtsradikalismus. Der Aufstieg der AfD im Zuge der Flüchtlingskrise bestätigt diese Dynamik. Die Integration des abgespaltenen Traumas ist sowohl eine individuelle als auch eine kollektive Aufgabe, aber sie ist aus meiner Sicht unausweichlich. Eine globalisierte Welt, von der wir profitieren, muss auch global Verantwortung übernehmen. Wir können das Trauma der Menschen, die zu uns kommen, nicht nur als deren individuelles Problem sehen, denn es ist mit unserem Wohlstand und Frieden vernetzt, selbst wenn das nicht auf den ersten Blick ersichtlich ist. Deutschland als fünftgrößter Hersteller exportiert weltweit Waffen, mit denen die Kriege in den Ländern geführt werden, aus denen die Menschen zu uns flüchten. Der Abbau von Coltan für unsere Handys verursacht Bürgerkriege in Afrika, wovor die Einwohner fliehen. Die westlichen Industrienationen hofieren afrikanische Despoten wegen wertvollen Rohstoffen, die ihrerseits ihre Länder ausbeuten und korrumpieren. Um unseren Tisch mit den besten Speisen zu decken, werden Fischer in Westafrika arbeitslos oder Landwirte in Kenia enteignet.

Der Münchner Soziologe Lessenich spricht von Externalisierungsgesellschaft und meint damit, dass wir unsere Bedürfnisbefriedigung, aber auch unsere Probleme in die Länder externalisiert haben, woher nun die Flüchtlinge kommen (Lessenich, Stefan: „Neben uns die Sintflut. Die Externalisierungsgesellschaft und ihr Preis“ Hanser, Berlin 2016). Diese Zusammenhänge werden gern verdrängt. Bauriedel beschrieb in ihrem gleichnamigen Buch die kollektive Wiederkehr des Verdrängten („Die Wiederkehr des Verdrängten. Psychoanalyse, Politik und der Einzelne“, Piper, 1991). So könnte man nun die Flüchtlinge als personalisierte Wiederkehr der global verdrängten Ausbeutung und Ungerechtigkeit sehen. Also müssen wir uns die Mühe machen, nicht nur psychisch, sondern auch politisch tiefer zu blicken und nicht an der Oberfläche der Symptome zu bleiben. Dazu sind wir Psychotherapeuten ausgebildet. Vielleicht ist auch gerade unsere Erfahrung als kriegstraumatisierte Nation ein Auftrag, unser Wissen nun einzusetzen, um traumatisierte Flüchtlinge zu versorgen. Wir haben durch Forschungen über kriegsbedingte Traumafolgestörungen eine Expertise und können damit einen wichtigen Beitrag zur Bewältigung der „Flüchtlingskrise“ leisten.

Das ist eine künftige Herausforderung für uns Psychotherapeuten.

**Interessenkonflikt** I. Pfanzelt gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

**Dr. med. Ingrid Pfanzelt** Jahrgang 1956, Fachärztin für psychosomatische Medizin, Psychoanalytikerin, Homöopathin, EMDR-Therapeutin. Niedergelassen in eigener Praxis seit 1993 in München. Interesse an interkultureller Arbeit und Ethnopschoanalyse, Mitarbeit in verschiedenen Hilfsprojekten: psychotherapeutisches Ausbildungsprojekt für arabische Ärzte und Psychologen im Irak, in Syrien und Jordanien, homöopathisches Ausbildungsprojekt in Sierra Leone. Zahlreiche Publikationen zum Thema „Psychotherapie und Homöopathie“.