

Leben im Transit: über Verlust, Perspektivlosigkeit und Trauma ; Beispiele aus dem Alltag bosnischer Flüchtlinge in Wiener Flüchtlingslagern

Schuster, Brigitte

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Schuster, B. (1994). Leben im Transit: über Verlust, Perspektivlosigkeit und Trauma ; Beispiele aus dem Alltag bosnischer Flüchtlinge in Wiener Flüchtlingslagern. *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 18(2), 27-43. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-249694>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

Brigitte Schuster

LEBEN IM TRANSIT: ÜBER VERLUST, PERSPEKTIVLOSIGKEIT UND TRAUMA

Beispiele aus dem Alltag bosnischer Flüchtlinge in Wiener Flüchtlingslagern*

Die psychosoziale Betreuungsarbeit im Kontext von Flucht und Vertreibung bringt eine Konfrontation mit den psychischen Problemen in Folge von Flucht und Vertreibung auf mehreren Ebenen mit sich. Sie stellt eine Herausforderung fachlich, politisch und menschlich dar. Nicht immer sind diese Anforderungen widerspruchsfrei und für die HelferInnen zu bewältigen oder auszuhalten. In der Arbeit mit extrembelasteten Personen werden die persönlichen und gesellschaftlichen Widersprüchlichkeiten und Hindernisse schnell deutlich, die Grenzen psychologischen Handelns wurden uns in der Arbeit dort deutlich, wo Gesetze, Politik und gesellschaftliche Logik der Psycho-Logik entgegenstehen bzw. diese unterbinden. Wie dieser Prozeß funktioniert und welche Möglichkeiten seitens der Psychologie bestehen, ihre Grenzen zu durchlöchern, versuche ich in der Folge darzustellen.

1. Ausgangslage

Im Oktober 1993 zählte man in Österreich rund 73000 bosnische Flüchtlinge bzw. Vertriebene. Circa 75% von ihnen sind in Flüchtlingslagern, 25% in Privatquartieren untergebracht. Etwa 7600 leben in Wien und werden von der Magistratsabteilung 12 der Stadt Wien verwaltet (telefonische Auskunft der MA 12 vom April 1994). 150 davon sind die bosnischen Gäste der Universität Wien. Exemplarisch für viele wird ihre Situation beschrieben.¹

Allen gemeinsam ist eine ungewisse Zukunft und eine unbefriedigende aufenthaltsrechtliche Situation, da ihnen nur der De-facto Flüchtlingsstatus zuerkannt wird. Er beinhaltet folgendes:

Grundlage ist §12 des österreichischen Aufenthaltsgesetzes, welcher besagt, daß „für Zeiten erhöhter internationaler Spannungen, eines bewaffneten Konfliktes oder sonstiger die Sicherheit ganzer Bevölkerungsgruppen gefährdender Umstände [...] die Bundesregierung mit Verordnung davon unmittelbar betroffene Gruppen von Fremden, die anderweitig keinen Schutz finden, ein vorübergehendes Aufenthaltsrecht gewähren“ kann.

Dieses Aufenthaltsrecht wird nach seinem Ablauf (in der Regel nach 9 Monaten, maximal ein Jahr) auf das weitere Vorliegen seiner Voraussetzung überprüft, wie z.B. das weitere Anhalten von Kriegswirren und dann verlängert oder nicht. Das Aufenthaltsrecht beinhaltet das Recht, sich bis zum festgesetzten Zeitpunkt in Österreich aufzuhalten, und bei Vorliegen einer Bedürftigkeit sowie anderer Voraussetzungen Unterstützungsleistungen im Rahmen der Bund-Länder-Aktion „Bosnienhilfe“.

„Mit Verordnung der Bundesregierung zu §12 des Aufenthaltsgesetzes wurde bosnischen Kriegsflüchtlingen,

- a) die vor dem 1.7.1993 eingereist sind und anderweitig keinen Schutz fanden, d.h. sich in keinem Drittland länger als zwei Wochen aufhielten, sowie solchen
 - b) die nach dem 1.7.1993 eingereist sind bzw. einreisen, sofern sie sich bei der Einreise nach Österreich der Grenzkontrolle stellten und ihnen entsprechend internationaler Gepflogenheiten die Einreise gestattet wurde
- ein vorübergehendes Aufenthaltsrecht vom 1.7.1993 bis zum 30.6.1994 eingeräumt“.
(Informationsblatt „Aufenthaltsrechtlicher Status von bosnischen Flüchtlingen“)

In der Praxis bedeutet dies, daß die Bezirkspolizeikommissariate das Aufenthaltsrecht in Form eines Stempels in das Reisedokument bescheinigen, wenn dieses ein noch gültiger jugoslawischer Reisepaß mit dem Vermerk BH (für Republik Bosnien-Herzegowina) oder ein neuer bosnischer Reisepaß ist. Von Personen mit einem kroatischen, mazedonischen, einem neuen jugoslawischen Paß wird erwartet, daß diese Personen in den Staat, der das Reisedokument ausgestellt hat, zurückkehren können.

Dieses vorübergehende Aufenthaltsrecht beinhaltet jedoch nicht einen freien oder erleichterten Zugang zum Arbeitsmarkt. D.h. Kriegsflüchtlinge müssen wie alle Zuwanderer die Voraussetzungen des Ausländerbeschäftigungsgesetzes erfüllen. Das größte Hindernis stellen dabei die Ausländerbeschäftigungsquoten dar.

Die Bedeutung dieser Statuszuweisung für die vertriebenen und geflüchteten BosnierInnen wird aus der Definition des Begriffs „anerkannter Flüchtling“ deutlich.

Anerkannte Flüchtlinge sind Personen, denen Asyl gewährt wurde, sie haben ein unbefristetes Aufenthaltsrecht in Österreich und freien Zugang zum Arbeitsmarkt. Bisher wurde laut zweitem Wanderungsbericht des Bundesministeriums für Inneres von Jänner bis Oktober 1993 insgesamt 523 BosnierInnen (hauptsächlich ehemaligen Lagerinternierten und vergewaltigten Frauen) Asyl gewährt.

Anlässlich einer Befragung von 426 De-Facto-Flüchtlingen in Wien durch das Institut für Konfliktforschung geben als persönlichen Anlaß zur Flucht 70% den Grund „Morddrohung“, 37% „Flucht vor dem Krieg“, 34% „Das Haus wurde zerstört“, 23% „Nachbar wurde getötet“ und 6% „die Familie in Sicherheit bringen“ an (vgl. Institut für Konfliktforschung, 1993). 82% dieser 426 Befragten haben ihr Haus verloren, 73% haben alles verloren, 72% haben ein Grundstück verloren, 69% haben ihre Ersparnisse und 48% ihr Auto verloren.

Während des Krieges fühlten sich 70% angespannt, 68% traurig, 57% ruhelos, 57% ängstlich, 54% mißtrauisch, 53% unsicher, 52% zornig und 50% verlassen. 76% mußten eine Vertreibung über sich ergehen lassen, 36% wurden verschleppt, 30% wurden gefoltert, 20% zwangsrekrutiert und 9% vergewaltigt. Circa ein Drittel ist der Ansicht, daß sowohl ihr sozialer Status als auch ihre berufliche Stellung, das Familienleben und das Eigentum niemals mehr dem entsprechen werden wie es in Friedenszeiten einmal gewesen ist.

Circa ein Drittel war bis zu einer Woche auf der Flucht, ein weiteres Drittel zwischen zwei Wochen und zwei Monaten, das letzte Drittel zwischen 3 und 6 Monaten.

2. Aus dem Flüchtlingsalltag

Mit Sommer 1992 sind 50 bosnische Flüchtlinge in der Universität Wien in den Turnstätten, die im Hauptgebäude der Universität Wien im Stadtzentrum liegen, eingezogen. Diese Gruppe kam aus einem kleinen Ort und stellte eine geschlossene Einheit dar. Mit ihrem Eintreffen wurde an sämtliche Mitglieder der Universität Wien ein Spendenaufruf versandt, dem viele mit Geld- und Sachspenden aber auch mit persönlichen Besuchen nachkamen. Es war Sommer, die Natur stand zur Verfügung. Ausflüge, Schwimmengehen, die Umgebung Wiens erkunden standen auf dem Programm. Man konnte fast den Eindruck gewinnen, daß es sich bei dieser Gruppe um eine karg ausgestattete Ferienkolonie handelt, die ihr Urlaubsziel nicht optimal ausgewählt hat, aber trotzdem ganz gut damit zurecht kommt. Bei den Wiener

Behörden, den Verantwortlichen der Universität Wien und den Flüchtlingen bzw. Vertriebenen bestand die Meinung, daß nach Ablauf des Sommer der Krieg vorbei und eine Rückkehr in die Heimat möglich sei.

Das Gegenteil stellte sich heraus. Während des Sommers kamen immer mehr Heimatvertriebene und Geflüchtete. Massenquartiere in Ausstellungszentren, aufgelassenen Werkshallen, billigen Pensionen und kirchlichen Zentren waren die Folge. Auch die 50 bosnische Gäste der Universität konnten nicht zurück, mußten aber die Turnstätten verlassen, da mit Herbst der Universitätsbetrieb wieder aufgenommen wurde. Die Verantwortlichen der Universität Wien schwankten zwischen Mitleid, Abwehr und Überforderung aus dem Wissen heraus, daß eine Universität kein Sozialinstitut sei, doch durch den Druck der Presse wurde eine Unterbringungsmöglichkeit im Alten Allgemeinen Krankenhaus aus der Zeit Kaiser Josephs gefunden und 100 zusätzliche Plätze geschaffen. Die Verwaltung der Flüchtlinge übergab die Universität einer anderen sozialen Organisation, sie trat nur mehr als Vermieterin der Räumlichkeiten auf, stellte jedoch zusätzliche Leistungen wie psychotherapeutische Betreuung zweimal in der Woche, – sofern gewünscht – Supervision für die BetreuerInnen und Geld zur Verfügung.

Seit dem Herbst 1992 leben nun im Trakt des AAKH 150 bosnische Gäste, die aus sehr gemischten Populationen kommen. Alle haben sie Ursachen erlebt, die zur Posttraumatischen Belastungsstörung oder zur Anpassungsstörung führen, und doch erleben und bewältigen sie die Situation sehr unterschiedlich. Eine einheitliche Diagnose ist bei denen, die in der psychosozialen Betreuungsarbeit auffällig werden, nicht möglich. Das ist in Verbindung mit den Rahmenbedingungen der Lagersituation zu verstehen, aber auch die Fülle von Ursachen, die für die relevanten klinisch-psychologischen Klassifikationen angeführt werden, stehen damit in Zusammenhang und sind zu diskutieren.

Die 100 hinzugekommenen Flüchtlinge stammen aus dem urbanen Raum, kennen einander nicht und haben einen höheren Ausbildungsgrad. Die 50 Personen der ursprünglichen Gruppe lebten gemeinsam in einem Dorf, wurden gemeinsam vertrieben und lebten die vorangegangenen zwei Monate in einem Lager. Dort wurden sie von der Universität betreut, erhielten Taschengeld, Deutschunterricht und wurden häufig besucht. Mit Herbstbeginn war dieses halbwegs angenehme Leben vorbei, sie standen in Konkurrenz zu den Neuen. Die Neuen sahen die Alten als die Primitiven, die nur auf ihre Vorrechte bedacht waren. Bald war eine strenge Grenze zwischen den Alten und den Neuen ausgebildet. Quasi grenzüberschreitender Kontakt wurde verhindert. Für Verluste, Diebstähle, Beschädigungen gab es immer einen Sünden-

bock, es war die jeweils andere Seite, die die Schuld an irgendwelchen nicht den Lagervorschriften entsprechenden Vorkommnissen trug. Dazu kam, daß sich die Wohnverhältnisse grundlegend verschlechtert hatten. Statt 50 mußten nun 150 ein Lager teilen. Die einzelnen Familien wohnten entweder in Krankenzimmern oder in Kojen, die mit Hilfe von Vorhängen und Kästen in den alten großen Krankensälen etabliert wurden. Selbstständiges Wäschewaschen war eine Zeitlang nicht möglich, da die Stromleitungen nicht ausreichten, um die Geräte zu versorgen, die Sanitätsbehörden verboten darüberhinaus das Kochen in den Kojen. Die Menschen erhielten das Schonkostmenü aus der Krankenhausküche, da dieses schweinefleischfrei war und daher mit den Regeln der islamischen Religion konform ging. Nicht konform ging die Art von Verköstigung mit den bisherigen Eßgewohnheiten der BosnierInnen, es schmeckte ihnen einfach nicht. Klagen über das Essen war daher für längere Zeit ein vorherrschendes Thema bei den BewohnerInnen. Mit Hilfe der Studierendenvertretung der Universität Wien wurde zusätzlich zur Schonkost Obst eingekauft, doch auch das konnte die Unzufriedenheit nicht eindämmen. Diesmal richtete sie sich gegen die Art und Weise der Obstverteilung, die von den LagerbewohnerInnen selbst durchgeführt wurde. Ständig fühlte sich irgendjemand benachteiligt, schuld waren die jeweils anderen hinter der Demarkationslinie. Jeder neue Versuch, die Essens- und Obstverteilung neu und befriedigender zu organisieren, endete gleich. Immer gab es eine Gruppe, die sich benachteiligt fühlte. Schlußendlich beließ man es bei diesem Zustand. Er wurde als nicht veränderbar hingenommen und als eines der Symptome geflüchteter Menschen interpretiert, da es auf die Bedürftigkeit hinweist.

Ein weiterer Konfliktpunkt unter den BewohnerInnen war die Nachtruhe. Familien mit Kindern und alte Menschen wollten eine eingehaltene Nachtruhe, andere konnten nicht schlafen. Um die Zeit totzuschlagen, spielten sie bis spät in die Nacht Karten oder tranken Kaffee und sprachen – meistens über Krieg, Heimat und Flucht – an Tischen, die im freigebliebenen Platz inmitten der Kojen aufgestellt waren. Durch die räumliche Enge gab es keine Ausweichmöglichkeiten für die SpätaufbleiberInnen. Der Konflikt war auch hier nicht auflösbar, gesonderte Räumlichkeiten standen nicht zur Verfügung, zunehmend mehr BewohnerInnen litten unter Schlaflosigkeit. Jeder Versuch, mit psychologischen Mitteln oder Sanktionen dieses strukturelle Problem zu lösen, scheiterte. Dem ist anzufügen, daß die Schlaflosigkeit der Flüchtlinge kein atypisches Phänomen ist, sondern in Folge eines Traumas oder als Anpassungsreaktion zu werten ist, die im Grunde nur gemeinsam mit einer strukturellen Veränderung, wie räumliche Entflechtungen oder regelmäßige Tagesbeschäftigungen, die als sinnvoll erlebbar sind, „heilbar“ ist.

Weitere Schwierigkeiten in der Alltagsbewältigung ergaben sich aus der Nicht-Beschäftigung und der damit verbundenen finanziellen Abhängigkeit vom Aufnahmeland. Um die 80 erwachsenen Personen hatten im Lager im Grunde nichts zu tun, als den Tag und die Nacht hinter sich zu bringen. Zu Beginn gab es nicht einmal Aushilfs- oder Putzjobs, erst nach und nach wurden Arbeiten wie Straßenkehren im Herbst, Schneeschaufeln im Winter, Gartenarbeiten in privaten Haushalten oder ähnliches nachgefragt. Menschen mit zum Teil sehr hohen Qualifikationen (InformatikerIn, ÄrztIn, ElektrotechnikerIn, KFZ-MechanikerIn) saßen 24 Stunden am Tag im Lager. Die Hauptbeschäftigung bestand in Kaffeetrinken, Kartenspielen, Gelegenheitsjobs verrichten und vor sich hindämmern. Versuche auf eigene Faust zu einer Arbeit zu kommen scheiterten in der Regel an nicht ausreichenden Deutschkenntnissen und der arbeitsrechtlichen Situation, sodaß auch dieser Weg selten beschritten wurde. Die Deutschkurse wurden nur teilweise besucht, als Argument wurde häufig angeführt, daß man sich nicht auf die Lektionen konzentrieren kann, auch das entspricht einem typischen Symptom der „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ bzw. der „Posttraumatischen Belastungsstörung“.

Je länger der Winter dauerte, desto trister wurde die Stimmung der BewohnerInnen. Jeder Versuch sie aus der Lethargie zu reißen, z.B. durch die Organisation eines Bazars, Festes oder Ausfluges, warfen bloß neue Probleme auf, häufig mit dem Thema der Benachteiligung irgendeiner Gruppe durch eine andere Gruppe.

Fixe Ideen der Verfolgung, Zuschreibung von Nationalitäten oder Glaubensbekenntnissen zu Personen, denen es scheinbar besser ging, tauchten immer wieder auf und erwiesen sich regelmäßig als haltlos, da es keine Bevorzugung für irgendein Glaubensbekenntnis oder eine Nationalitätszugehörigkeit gab. Dennoch wurden regelmäßig Personen der Ustascha-Zugehörigkeit verdächtigt, Frauen als Prostituierte entlarvt, die dem Lagerleiter zu Diensten waren und Diebe für die verloren gegangenen Habseligkeiten ausgemacht. Grinberg & Grinberg (1990) führen diese paranoiden Ängste auf die Intensität zurück, mit der der Immigrant/ die Immigrantin die zermürbenden Anforderungen erlebt, denen er/sie sich zu stellen hat: Einsamkeit, Sprachunkenntnis, Arbeits- und Wohnungslosigkeit und Verlust der familiären Bindungen.

Heute im Mai 1994 steht das Lager kurz vor der Auflösung, die Menschen werden in noch tristere Lager in Wien oder in den Bundesländern verteilt. Die psychische Situation hat sich nicht gebessert. In einer noch nicht abgeschlossenen Studie wurden Persönlichkeitstests durchgeführt, deren Ergebnis weit über dem Standardwert von PsychiatriepatientInnen liegen. Dennoch haben es einige geschafft,

sprechen Deutsch, haben eine eigene Wohnung und ein selbständiges Einkommen. Andere haben Österreich verlassen, manche sind in den Krieg zurückgegangen. Der größere Anteil der Bewohner lebt lethargisch, schlaflos und müde in den Tag hinein und hofft nach wie vor auf eine baldige Rückkehr in die Heimat.

3. Klinisch-psychologische Klassifikation

Um gezielte psychosoziale Interventionen setzen zu können, ist eine Einordnung des dargebotenen Beschwerdebilds für die Betreuungsarbeit bedeutsam und hat weitreichende Konsequenzen, die sich für das Individuum nicht nur auf psychischer Ebene, sondern auch auf sozialer (z.B. Wechsel vom De-facto-Flüchtlingsstatus zum Status eines Gastarbeiters oder eines Studierenden) und physischer Ebene (z.B. medizinische Betreuung in Ambulanzen oder im stationären Aufenthalt) auswirken.

Die klinische Psychologie hat für die Klassifikation psychischer Befindlichkeit in Folge von Krieg und Flucht zwei Möglichkeiten anzubieten.

- 1. Die „Posttraumatic Stress Disorder“ – PTSD, zu deutsch: Posttraumatische Belastungsstörung DSM-III-R 309.89 (Wittchen, Saß, Zaudig & Koehler, 1991, S. 304).
- 2. Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen ICD 10 F43 (Dilling, Mombour & Schmidt, 1991, S. 154).

3.1 Posttraumatische Belastungsstörung

Das Hauptmerkmal dieser Störung wird in der Ausbildung charakteristischer Symptome nach einem belastenden Ereignis, welches außerhalb der üblichen Erfahrungen liegt, gesehen. Das belastende Ereignis, der Stressor, der diese Störung hervorruft wäre für „fast“ jeden belastend und wird üblicherweise mit intensiver Angst, massivem Schrecken oder extremer Hilflosigkeit erlebt.

Zu den charakteristischen Symptomen gehören:

- das Wiedererleben des traumatischen Ereignisses,
- die Vermeidung von Reizen, die mit dem Ereignis in Zusammenhang stehen,
- Erstarren der allgemeinen Reagibilität,
- das Erregungsniveau ist erhöht, d.h. die Person regt sich schneller auf.

Zu den häufigsten Traumata, d.h. jenen Ereignissen, die außerhalb des üblichen Erfahrungsbereiches liegen, gehören:

- eine ernsthafte Bedrohung des eigenen Lebens bzw. der körperlichen Unversehrtheit,
- eine ernsthafte Bedrohung oder Schädigung der eigenen Kinder, des Partners, bzw. naher Verwandter oder Freunde,
- eine plötzliche Zerstörung des eigenen Zuhause, bzw. der Gemeinde, in der man lebt,
- das Mitansetzen, wie eine andere Person infolge von Gewalt ernsthaft verletzt wurde oder starb.

Das Trauma kann allein erlebt werden (z.B. Vergewaltigung oder Überfall) oder mit anderen zusammen (z.B. im Krieg). Zu den Stressoren, die diese Störung hervorrufen gehören Naturkatastrophen, unvorhergesehene Unglücksfälle oder absichtlich verursachte Katastrophen (Bombardements, Folterungen, Konzentrationslagerhaft). Bei Folterung, Konzentrationslagerhaft, Miterleben von Tötungen im Krieg, Vergewaltigung und Kidnapping tritt die Störung fast immer auf. Die Störung ist meist schwerer, wenn sie durch Handlungen von Menschen hervorgerufen wurde.

Das traumatisierende Ereignis kann auf verschiedene Weise wiedererlebt werden. Die Person hat häufig sich aufdrängende, sich wiederholende Erinnerungen an das Ereignis oder wiederholte, stark belastende Träume, in denen das Ereignis noch einmal erlebt wird. Manchmal kommt es auch vor, daß die Person die Realität verläßt und sich so verhält, als ob sie sich in der traumatisierenden Situation befände und sie gerade durchsteht.

Oft besteht intensives psychisches Leid, wenn die Person mit Ereignissen konfrontiert wird (z.B. durch ein Interview), die dem traumatisierenden Ereignis (z.B. dem Verhör) in irgendeiner Weise ähnlich sind oder das traumatische Ereignis symbolisch wiedergeben wird wie z.B. Jahrestage oder das Erfragen von genauem Ort, Zeit und Täter, die die traumatisierende Situation hergestellt haben.

Zusätzlich zu dem Wiedererleben des Traumas besteht eine anhaltende Vermeidung der damit verbundenen Reize („Das habe ich aus meinen Gedanken verbannt, ich will nie wieder daran denken“) oder ein Erstarren der allgemeinen psychischen Beweglichkeit, was vor der Traumatisierung nicht bestanden hat. Das Vermeiden kann so weit gehen, daß Teile oder das Ganze der traumatisierenden Situation total „vergessen“ werden.

Das geistige und gefühlsmäßige Erstarren beginnt meist schon bald nach dem traumatisierenden Ereignis. Die Person kann über das Gefühl von Isolierung bzw. der Entfremdung von der Umwelt, Freunden, Verwandten und Familie klagen. Auch wird ein Interessenverlust gegenüber Tätigkeiten beschrieben, die vorher gerne ausgeübt wurden. Deutlich läßt auch die Fähigkeit nach, die eigenen Gefühle zu erkennen (z.B. Wut auf den Täter, Trauer über das Schicksal wird mit betonter Lustigkeit maskiert), vor allem Liebes- und Zärtlichkeitsgefühle scheinen aus dem Leben dieser Personen zu verschwinden, weil sie nicht mehr von der Person wahrgenommen werden können.

Das erhöhte Erregungsniveau drückt sich durch Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen, erhöhte Wachheit und übertriebene Schreckreaktionen aus. Manche Personen klagen über Gedächtnisschwäche oder Konzentrationsschwierigkeiten oder Schwierigkeiten, übernommene Aufgaben zu vollenden. Viele berichten auch über eine Neigung zur Aggression, die sie vorher nicht kannten, eine Abschwächung davon ist Gereiztheit und die Angst davor, aggressiv zu werden. Bei schweren Fällen ist diese Angst ständig vorhanden, die Fähigkeit, diese Angst zu ertragen ist reduziert, d.h. es kommt immer wieder zu unvorhersagbaren Aggressionsausbrüchen oder die Person ist unfähig, Gefühle des Ärgers auszudrücken.

Die typischen Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung werden oft verstärkt oder ausgelöst, wenn die Person mit Situationen oder Aktivitäten konfrontiert wird, die dem ursprünglichen Ereignis ähnlich sind oder stark daran erinnern.

Typisches für unterschiedliche Altersstufen:

Bei Kindern kann es vorkommen, daß sie nichts mehr sprechen oder sich weigern, über das Trauma zu sprechen. Bei jüngeren Kindern kann es zu Alpträumen kommen, in den häufig Monster auftreten, andere Menschen befreit werden und sich das Kind selbst bedroht sieht. Die Kinder haben nicht das Gefühl, die Vergangenheit selbst noch einmal zu durchleben, das geschieht in Form von Handlungen, vor allem durch Wiederholungsspiele.

Bei älteren Kindern (Jugendlichen) besteht häufig eine stark ausgeprägte Zukunftsorientierung. Dazu gehört aber auch das Gefühl starker Einschränkung für die Zukunft (z.B. „ich habe keine Chance Karriere zu machen, zu heiraten, etwas zu erlernen“). Manche glauben auch in die Zukunft sehen zu können und vor allem unangenehme Ereignisse vorauszusagen.

Nebenmerkmale (gelten hauptsächlich für Erwachsene):

Angst- und Depressionssymptome sind häufig. Sehr spontanes Verhalten kann auftreten, z.B. plötzlicher Wohnortwechsel, unerklärtes Fehlen am Arbeitsplatz oder ständiger Partnerwechsel u.a.m. Auch Gedächtnisschwäche (z.B. vergessen, was man eigentlich einkaufen, tun, arbeiten wollte), Konzentrationsschwierigkeiten, ein schwankendes Gefühlsleben, Kopfschmerzen, Schwindel treten auf. Wurde das Trauma gemeinsam mit anderen erlebt, beschreiben die Überlebenden oder Davongekommenen häufig schmerzliche Schuldgefühle wegen ihres Überlebens oder Davonkommens. Auch erleben sie Schuldgefühle wegen Handlungen, die sie unternommen haben, um zu überleben (z.B. weil sie geflüchtet sind oder sich versteckt haben). Es kommt dann auch bisweilen vor, daß die Überlebenden alles mögliche tun, um ihre Schuldgefühle zu bewältigen (z.B. exzessives Geldsammeln für die Zurückgebliebenen, obwohl nicht sicher ist, daß das Geld auch ankommt, oder keine Arbeit suchen, weil man sein Leben jetzt den Zurückgebliebenen opfern muß und daher politisch aktiv sein muß oder man begibt sich immer wieder in Lebensgefahr, um den Zurückgebliebenen zu helfen, obwohl die Hilfe wahrscheinlich gar nicht ankommen kann).

Üblicherweise setzen die Symptome unmittelbar oder bald nach dem Trauma ein. Das Wiedererleben kann sich aber auch nach Monaten oder Jahren entwickeln.

Die Posttraumatische Belastungsstörung kann leicht oder schwer sein und manchmal das gesamte Leben beeinträchtigen. Die schwankende Gefühlswelt, Depressionen und Schuldgefühle können zu selbstschädigendem Verhalten oder Selbstmord führen, Alkohol-, Medikamenten oder eine andere Sucht kann sich entwickeln. Auch Partnerschafts- und Familienprobleme können wegen des Vermeidungsverhaltens auftreten. (vgl. Wittchen, Saß, Zaudig & Koehler, 1991, S. 304 ff.)

Auch tritt häufig eine Verleugnung des Traumas auf, die wir vor allem an den Bosnierinnen beobachten konnten. Die aggressiven Impulse werden unterdrückt, dafür „müssen“ Frauen dann z.B. die ganze Zeit putzen, darunter „dürfen“ sie dann leiden.

Bei Bosniern findet man häufig, daß sie sich das Recht auf Flucht absprechen, sie bezeichnen sich dann nicht als Flüchtlinge sondern als Vertriebenen oder sie versuchen sich besonders gut an die neuen Verhältnisse anzupassen, haben keine Wünsche, keine Bedürfnisse, aber in der Regel auch keine konkrete Erinnerung.

Viele der uns bekannten Flüchtlinge erscheinen auch außergewöhnlich grantig (schlecht gelaunt). Das ist als Möglichkeit zu verstehen, die Umgebung zu kontrollieren. Ist jemand grantig, versucht man üblicherweise dieser Person aus dem Weg zu

gehen oder die Person nicht noch weiter zu reizen, d.h. die Person hat das Gefühl die Situation zu kontrollieren, was nach dem Kontrollverlust eines Traumas sehr wichtig ist.

3.2 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen

Die ICD-10 nennt drei Formen von Reaktionen:

F43.0 akute Belastungsreaktion

Darunter wird eine vorübergehende Störung von beträchtlichem Schweregrad verstanden, die sich bei einem psychisch nicht manifest gestörten Menschen als Reaktion auf eine außergewöhnliche körperliche und/oder seelische Belastung entwickelt und in der Regel innerhalb von Stunden oder Tagen wieder abklingt. Als auslösende Ereignisse werden genannt: überwältigende traumatische Erlebnisse mit einer ernsthaften Bedrohung für die Sicherheit oder körperliche Unversehrtheit des Betroffenen oder geliebter Personen (Krieg, Unfall, Verbrechen, Vergewaltigung, Naturkatastrophen). Aber auch sehr plötzliche bedrohliche Veränderung des sozialen Status, des Beziehungsnetzes sind zu nennen. Körperliche Erschöpfung oder organische Beeinträchtigungen (z.B. von Alters wegen) erhöhen das Risiko, diese Störung zu entwickeln. Die zur Verfügung stehenden Coping-Strategien und die individuelle Vulnerabilität spielen beim Auftreten und beim Schweregrad eine Rolle, nicht alle Menschen entwickeln eine akute Belastungsreaktion. Die Symptome sind sehr verschieden, sie beginnen typischerweise mit einer Art „Betäubung“, einer Bewußtseinengung und eingeschränkter Aufmerksamkeit. Dem kann ein weiteres Zurückziehen aus der Umwelt oder Unruhe und Überaktivität folgen. Vegetative Zeichen panischer Angst (Tachykardie, Schwitzen, Erröten) treten auf. Diese Symptome erscheinen innerhalb weniger Minuten nach dem Ereignis und verschwinden nach Stunden oder Tagen. Es kann eine teilweise oder totale Amnesie für diese Episode vorliegen. Es zeigt sich in der Regel ein gemischtes und wechselndes Bild, keines der Symptome hält längere Zeit an.

Eine rasche Remission ist möglich, wenn die Entfernung aus der bedrohlichen Umgebung gelingt, gelingt sie nicht, klingen die Symptome innerhalb von 24 bis 48 Stunden ab und sind gewöhnlich nach drei Tagen kaum mehr vorhanden. (vgl. Dilling, Mombour & Schmidt. 1991. S. 155 f.)

Bei der Gruppe der geflüchteten oder vertriebenen Bosnier war eine schnelle Entfernung zwar möglich, doch war es ein Aufbruch ins Ungewisse, der eine plötzliche und nicht vorsehbare Verschlechterung des sozialen Status mit sich brachte. Insofern ist diese Klassifikation für die Neuangekommenen von Relevanz.

F43.1 posttraumatische Belastungsreaktion

Unter F43.1 wird die posttraumatische Belastungsreaktion beschrieben, die im wesentlichen mit dem DSM-III-R gleichlautet, nur die Latenz zwischen Ereignis und Störung wird stärker betont. (vgl. Dilling, Mombour & Schmidt, 1991, S. 157 f.)

F43.2 Anpassungsstörungen

F43.2 beschreibt die Anpassungsstörungen. Hier werden dezidiert Emigration und Flucht als belastende Lebensereignisse, in deren Folge es zur Anpassungsstörung kommt, genannt. Es handelt sich um Zustände von subjektivem Leiden und emotionaler Beeinträchtigung, die soziale Funktionen und Leistungen behindern und während des Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung oder nach belastenden Lebensereignissen auftreten.

Die individuelle Disposition spielt beim Auftreten und der Form der Anpassungsstörung eine größere Rolle als bei den oben genannten Bildern, dennoch ist davon auszugehen, daß die Störung ohne belastendes Ereignis nicht aufgetreten wäre.

Die Anzeichen umfassen depressive Stimmung, Angst, Besorgnis oder eine Mischung davon, weiter ein Gefühl von nicht zurechtkommen, vor auszuplanen oder in einer Situation fortzufahren und Einschränkungen in der alltäglichen Routine. Die Person kann sich so fühlen als neige sie zu dramatischen Verhalten oder Gewaltausbrüchen, doch kommt es selten dazu. Besonders bei Jugendlichen können Störungen im Sozialverhalten auftreten wie aggressives oder dissoziales Verhalten. Bei Kindern gehören das Wiederauftreten von Bettnässen, Daumenlutschen oder der Rückfall in die Babysprache zum Syndrom. Keines der Symptome ist aber so stark, daß eine eigene Diagnose gerechtfertigt wäre. Meist beginnt die Störung innerhalb eines Monats nach dem Ereignis und hält nicht länger als sechs Monate.

„Die Diagnose hängt ab von einer sorgfältigen Bewertung der Beziehung zwischen

- Art, Inhalt und Schwere der Symptome,
- Anamnese und Persönlichkeit und
- belastendes Ereignis, Situation oder Lebenskrise.“

(Dilling, Mombour & Schmidt, 1991, S. 159)

Unberücksichtigt bleibt in den vorliegenden Klassifikationen der Einfluß von Lagersituation und Flüchtlingsleben, es werden lediglich die Reaktionen auf ein Ereignis als Auslöser für eine Reaktion als störungserzeugend gezeigt, die langfristigen Folgen werden außer acht gelassen. Auch F43.2 Anpassungsstörungen berücksichtigt nicht die langwirkenden Stressoren einer Lagersituation und deren Auswirkungen auf die Befindlichkeit, da diese Klassifikation eine Remission der Symptome nach sechs Monaten beinhaltet. Ist das nicht der Fall, so wird eine andere Klassifikation vorgeschlagen, z.B. F43.21 längere depressive Reaktion, die einen leichten depressiven Zustand für die Dauer von zwei Jahren als Reaktion auf eine länger anhaltende Belastungsreaktion beinhaltet.

In diesem längeren Zeitraum des Kontakts mit Menschen, die an Ursachen von PTSD oder Anpassungsstörungen litten, stellten sich Klassifikationen zwar als Orientierungshilfen heraus, doch ließ sich damit nicht herausfiltern, worunter eine Person genau litt und welche Interventionen günstig wirken könnten. Dazu schreibt Becker (1992): „Das Außen wird nur quantitativ, nicht qualitativ erfaßt ... überspitzt könnte man sagen, daß ein Gefolterter krank ist, aber er [PTSD; B.S.] hilft nicht festzustellen, woran er leidet und welche Therapiemöglichkeiten zu entwickeln sind.“ (S. 135)

4. Ein Einzelschicksal

S., 15 Jahre, zuckerkrank, der linke ist Fuß aufgrund eines Granatenbeschusses lahm. Er ist Brillenträger und ein netter aufgeweckter Junge, der gerne Besuche bei den Verwaltungspersonen der Universität macht. Er taucht dort einfach auf, lächelt, spricht schwerverständliches Kauderwelsch und geht wieder. Man könnte den Eindruck gewinnen, daß er kontrolliert, ob noch alles beim Alten ist. Er weigert sich regelmäßig Insulin zu spritzen, bei einem Zuckerschok wird er äußerst aggressiv und bedroht seine Mutter wiederholt mit einem Messer. Seine Mutter ersucht mehrfach die Lagerleitung ihn psychiatrisieren zu lassen. Er zeigt Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung, die Aggressionsschübe sind Ausdruck davon, werden aber auch auf die Zuckerkrankheit zurückgeführt. Die Situation, in der er verwundet wurde, ist nicht ansprechbar. Er weist sofort daraufhin, daß er eine Lehrstelle haben will. Gemeinsam mit der Psychotherapeutin wird eine Lehrstelle gesucht, S. beginnt dort zu arbeiten, spritzt regelmäßig sein Insulin, seine aggressiven Schübe verlieren deutlich an Heftigkeit. Nach Ablauf der Probezeit verliert er die Stelle wegen nicht ausreichender Deutschkenntnisse, er macht sich auf die Suche nach einer neuen – bis

heute ohne Ergebnis. Stattdessen wird er polizeiauffällig, als er bei einem kleinen Ladendiebstahl erwischt wird. Von der Polizei ins Lager gebracht, verwickelt er den Lagerleiter in ein Scharmützel, von dem niemand mehr sagen kann wie es dazu kam. Der Lagerleiter ist nicht mehr bereit ihn zu stützen, da er die anderen Jugendlichen agitiert. S. verliert seinen Anspruch in diesem Lager zu wohnen, da er die Hausregeln verletzt.

S. hätte zur Bewältigung seiner Traumatisierung ein stützendes soziales Umfeld, eine aufnehmende Gemeinschaft statt der tristen Bedingungen im Lager gebraucht. Grinberg & Grinberg (1990) verweisen mit Recht auf die Wirksamkeit der Reaktion der Mitglieder der aufnehmenden Gemeinschaft auf die Entwicklung des Traumas. Die oben beschriebene Lebenswelt von S. ist zusätzlich traumatisierend; Enge, Verlust von Intimität, wenig oder keine Hoffnung auf Rückkehr, radikale Unterbrechung sozialer Beziehungen in einer versagenden Gesellschaft zu verkraften, verstärken die verheerende Gefühle, den Verlust von Identität und Zugehörigkeit, und zeigen ihre Wirkung (bei S. maskieren sie sich u.a. als Ladendiebstahl). Der Transit könnte zur Endstation werden. Bei S. konnte nie der Verbleib des Vaters geklärt werden, weder er noch seine Mutter konnten oder wollten über seinen Aufenthalt Auskunft geben. Es ist bei S. anzunehmen, daß er die Mutter wohl deshalb auch attackierte, da er sie für den „Verlust“ des Vaters verantwortlich machte. Ein väterlich agierender, d.h. sowohl gewährender als auch grenzensetzender Lagerleiter wäre seiner Entwicklung wahrscheinlich förderlich gewesen. Mit Ronge (1989) widersprechen aber verwaltungsmäßige und psychologische Handlungsweisen bezogen auf ein Individuum einander. Die Handlungsweise des Lagerleiters ist aus der Perspektive der Verwaltung nachvollziehbar, sie mißt sich am Regelwerk des Lagerlebens, das durch S. mehrmals massiv verletzt wurde und von einigen Jugendlichen auch positiv bewertet wurde. Psychologisch ist der Hinauswurf S.' durch den Lagerleiter ungünstig, weil für S. weder nachvollziehbar noch akzeptabel.

Beide, S. und der Lagerleiter, spiegeln die gesellschaftlichen Gewaltstrukturen. S. als Opfer des Krieges und der Flüchtlingssituation, der Lagerleiter als Träger gesellschaftlicher Macht, der das Regelwerk einer derartigen Organisationsform, die nicht losgelöst von der gesellschaftlichen Logik zu verstehen ist, zu exekutieren hat und kaum Möglichkeiten für eine andere Form der Bewältigung zur Verfügung hat.

5. Schlußfolgerungen

Deutlich wurde in der Betreuungsarbeit, daß die vorhandenen Klassifikations-schemata für gezielte psychosoziale Interventionen nicht ausreichend sind, da man mit ihnen zwar feststellen kann, daß eine Person leidet bzw. krank ist, aber nicht der genaue Bedingungs-zusammenhang erfaßbar ist, da weitgehend die sozialen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, das „Außen“ (Becker, 1992, S. 135) in ihrer Qualität ausgeblendet werden.

Für die klinische Psychologie sind daraus mehrere Schlüsse zu ziehen.

Zum einen sind die oben zitierten Klassifikationsschemata nicht ausreichend für die Diagnose eines psychischen Geschehens, da sie die Rahmenbedingungen und ihre Wirkungen ignorieren, also eine Verkürzung gesellschaftlicher Realität vornehmen. Eine Erweiterung der Nennung der Traumata in Bezug auf die Klassifikation des PTSD wäre um folgende Punkte wünschenswert:

- Stressoren durch Flucht,
- Stressoren der Flüchtlingssituation,
- Dauer des Aufenthaltes in Flüchtlingslagern,
- Dauer der Beschäftigungslosigkeit

Aber auch die breite Streuung der Ursachen und deren quantifizierende Aufzählung erlauben es nicht, den konkreten Bedingungs-zusammenhang, der zur Auslösung und Aufrechterhaltung des psychischen Geschehens führte, zu erfassen.

Die Gleichsetzung von Trauma mit Stressor ist ein weiterer Kritikpunkt an diesem Konstrukt. Wesentlich wäre die Unterscheidung, ob es sich bei einer traumatischen Erfahrung nicht „nur“ um eine Verlusterfahrung handelt, sondern weiterreichend und darüberhinausgehend um den Zusammenbruch und den Verlust von Persönlichkeit. Versteht man Trauma in diesem Sinne, versucht die betroffene Person eine Reorganisation und Wiederherstellung der persönlichen Autonomie in der posttraumatischen Situation. Damit wäre der Hang zur Normalität, den viele Flüchtlinge zeigen und das Vergessenwollen des Geschehenen besser zu verstehen, aber auch deutlicher einzuordnen und diagnostisch verwertbar. Becker (1992) beschreibt dies als „Verkapselung der traumatischen Erfahrung, was in der Folge zu sichtbaren Symptomen führen kann – aber nicht muß.“ (S. 139).

In Bezug auf die Klassifikation Anpassungsstörung wäre eine Ausweitung auf mehr als sechs Monate vorzunehmen, da es sich meiner Meinung nicht um eine längere depressive Phase (F43.21) handeln kann, wenn Personen in den oben be-

schriebenen Bedingungen leben und Schwierigkeiten mit der Anpassung haben. Auch ist der Begriff „Anpassungsstörung“ als solcher zu überdenken, denn ob eine Störung im klinisch-psychologischen Sinn vorliegt, wenn man sich an derartige Verhältnisse nicht anpassen kann, ist fraglich. Vielmehr könnte man von einer gesunden Reaktion auf eine kranke Umwelt sprechen, wenn Menschen mit Angst, Besorgnis, depressiver Stimmung und einer Neigung zu dramatischen Verhalten oder Gewaltausbrüchen auf derartige Situationen reagieren.

Zum anderen sollte sich die klinische Psychologie aufgerufen fühlen, ihr Wissen den Menschen zu vermitteln, die direkte Betreuungsarbeit leisten. Das Ausmaß an Wissen über psychische Vorgänge in Folge von Vertreibung und Flucht könnte es den BetreuerInnen erleichtern, den Flüchtlingen eine quasi anwaltliche Unterstützung zu gewähren. Statt der rein administrativen Logik zu gehorchen, könnte auch einer psychosozialen Logik gefolgt werden. Darüberhinaus wäre dadurch auch die Zusammenarbeit zwischen Klinischer Psychologie und Verwaltung fruchtbarer und friktionsfreier. Das Lagerleben erhielte dadurch eine etwas menschenwürdigere Ausprägung, Hinauswürfe wie der von S., der typisch für die Sanktionen von Regelverletzung in diversen Flüchtlingslagern ist, könnten verhindert werden und die Lebenswege von bereits einmal massiv psychisch Verletzten könnten leichter im Sinne einer sozialen Integration verlaufen.

Anmerkungen

(*) Der Bericht stützt sich auf meine Erfahrung als Supervisorin des Betreuungsteams und der Psychotherapeutin. In dieser Rolle wurde ich auch immer wieder zu Notfällen gerufen. Eine klassische supervisorische Haltung, die sich in Zurückhaltung bezüglich konkreter Hilfsmaßnahmen übt und Distanz zu den Betroffenen hält, war und ist angesichts der Situation weder möglich noch angemessen.

(1) Die Situation der Flüchtlinge im Alten Allgemeinen Krankenhaus – AAKH an der Universität Wien gilt in Wien als eine gute. Zurückgeführt wird diese Bewertung auf die psychotherapeutische Betreuung und die materielle Versorgung, die der Fonds der Universität Wien gewährleistet. Dennoch sind gravierende Probleme – wie zu wenig Wohnraum und fehlende Rückzugsmöglichkeiten – nicht zu lösen. Dazu bräuchte es politische Maßnahmen, die zur Zeit in Österreich zwar gefordert, aber nicht umgesetzt werden. Deutlich wird dies am Beharren der Behörden auf die Zuweisung des De-Facto-Flüchtlingsstatus, der jede Integration in Österreich verhindert.

Literatur

- Bundesministerium für Inneres (1993). Wanderungsbericht von Januar bis Oktober 1993. Bonn.
- Becker, D. (1992). Ohne Haß keine Versöhnung. Das Trauma der Verfolgten. Freiburg.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.) (1991). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V(F). Bern, Göttingen, Toronto.
- Grinberg, L. & Grinberg, R. (1990). Psychoanalyse der Migration und des Exils. München, Wien.
- Informationsblatt „Aufenthaltsrechtlicher Status von bosnischen Flüchtlingen“.
- Institut für Konfliktforschung (1993). Krieg und Wertewandel in Bosnien-Herzegowina. Eine sozialwissenschaftliche Kriegsfolgenstudie bei 426 De-Facto-Flüchtlingen in Wien. Presseunterlagen 8. Jänner 1993. Wien.
- Ronge, V. (1989). Die Sozialbetreuung ausländischer Flüchtlinge durch Wohlfahrtsverbände im kommunalen Kontext. In V. Ronge (Hrsg.), Der institutionale Kontext der Sozialarbeit mit Flüchtlingen (S. 13-34). Wuppertal.
- Wittchen, H. U., Saß, H., Zaudig, M. & Koehler, K. (Hrsg.) (1991). Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen. DSM-III-R. Weinheim, Basel.