



Leseprobe aus: Adam/Inal, Pädagogische Arbeit mit Migranten- und Flüchtlingskindern, ISBN 978-3-407-62825-1
© 2013 Beltz Verlag, Weinheim Basel

<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-407-62825-1>

Einleitung

Kinder und Jugendliche, die aus Familien stammen, in denen mindestens ein Elternteil nicht in Deutschland geboren ist, sind sogenannte Kinder mit Migrationshintergrund. Wenn diese Kinder und Jugendlichen in sozialen Brennpunkten aufwachsen und fachübergreifende Hilfe benötigen, stellen sie Pädagoginnen und Pädagogen in der Schule vor enorme Herausforderungen. Diese bestehen unter anderem darin, eine geeignete Didaktik und Methodik für den Unterricht zu finden, damit diese Kinder und Jugendlichen für Schule begeistert und erfolgreiche Bildungswege initiiert werden können. Das kann allerdings nur gelingen, wenn ein tieferes Verständnis für die innere Welt dieser Kinder, Jugendlichen und Familien mit Migrationshintergrund erreicht wird. Dieses Verständnis ist eine Voraussetzung dafür, angepasste Verfahrensweisen für diese Kinder und ihre Eltern zu entwickeln. Ein rein pädagogischer, sozialpädagogischer oder politischer Ansatz, Schwierigkeiten und Belastungen von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund zu verringern und sie im Bildungsweg ihren Fähigkeiten entsprechend zu fördern, reicht nicht aus.

Verhaltensauffälligkeiten und emotionale Probleme von Kindern und Jugendlichen mit Migrations- und Fluchthintergrund sowie eventuell bestehende Lern- und Leistungsschwierigkeiten stellen das System Schule vor immer größere Herausforderungen. Derartige Probleme betreffen aber – neben den Kindern selbst – das familiäre Umfeld und das Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie sowie häufig weitere Institutionen, z. B. die Kinder- und Jugendhilfe. Das Erstellen einer Kausalkette ist dabei meist schwierig bis unmöglich: Schwierigkeiten in der Schule haben Auswirkungen auf das soziale Umfeld und individuelle Störungen bzw. familiäre Dysfunktionen bleiben nicht ohne Wirkung im Umfeld Schule. Innerhalb des Systems Schule ist dabei die Peergroup des Kindes betroffen, ferner die Klassengemeinschaft, sicher aber auch alle Fachkräfte, das Schulklima und nicht zuletzt die Bildungspolitik, wie man derzeit an der Diskussion zum Thema Inklusion in Bund und Ländern sieht.

Die oben angeführten Probleme belasten die Familien, ob Geschwisterbeziehungen oder Beziehungen zu den Eltern bzw. primären Bezugspersonen, und können eine Paarbeziehung oder Elternschaft vor Zerreißproben stellen. Institutionen wie die Kinder- und Jugendhilfe (KJH), aber auch die Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (KJPP) stoßen wie auch die Schule oft an ihre Grenzen, sei es wegen der mangelhaften Ausstattung mit notwendigen Ressourcen, sei es wegen der Schwierigkeit, mit anderen Systemen adäquat zu kooperieren. Ein Kernproblem ist dabei, dass Bildungs- und Hilfssysteme wie Schule, KJH und KJPP unbewusst – oft aus Eigeninteresse – kurzfristige Lösungen ohne Nachhaltigkeit dem eigentlich angestrebten

langfristigen Kindeswohl vorziehen, nicht zuletzt, um »das Problemkind« nicht mehr im eigenen Versorgungsgebiet zu haben. Können auch die primären Bezugspersonen keinen Halt mehr bieten, weil z. B. Stiefmütter oder Stiefväter in Patchworkfamilien ständig wechseln oder sogar zusätzliche Belastungen wie Missbrauch, Vernachlässigung, Schwierigkeiten im Umgang mit anderen Kulturen sowie Kriegs- und Fluchterfahrungen hinzukommen, so entstehen psychische Auffälligkeiten, die meist den Rahmen sprengen.

Die Beteiligten aus dem engeren Umfeld der Familie und diejenigen in den Helfersystemen werden in solchen Fällen schnell mit ihrer eigenen Hilflosigkeit konfrontiert, die sich oft in Ärger und Wut entlädt. Werden diese aggressiven Gefühle unbewusst auf die Kinder projiziert, leiden gerade jene Kinder, die ohnehin Probleme haben, ihre Impulse zu kontrollieren. Beziehungsabbrüche sind die Folge, und über die Jahre kann daraus ein Teufelskreis entstehen.

Insbesondere die Kinder, die über Jahre chronisch und multipel traumatisiert worden sind, stellen für die angestrebte Förderung von Bildungsprozessen in Familien mit Migrationshintergrund eine Herausforderung dar (Adam 1999). Sie weisen soziale und emotionale Probleme auf und haben oft einen sonderpädagogischen Förderbedarf, dem die Fachkräfte im schulischen Alltag allerdings kaum gerecht werden.

Den politisch umstrittenen Status als Einwanderungsland hat Deutschland verloren: »Es ist heute ein demografisch alterndes Migrationsland mit hoher internationaler Wanderung und tendenziell negativer Wanderungsbilanz, das in der statistischen Mitte zwischen Ein- und Auswanderungsland liegt« (Sachverständigenrat Deutscher Stiftungen für Integration und Migration 2011, S. 19).

Migration und Flucht sind keine neuen Phänomene, auch wenn sie erst seit den frühen 1970er-Jahren als »neues« Phänomen wahrgenommen werden und zu Gegenständen der medizinischen, psychologischen und pädagogischen Forschung geworden sind (Walter/Adam 2003). Individuen, Familien und gesellschaftliche Gruppen werden von der natürlichen, gesellschaftlichen und politischen Umwelt beeinflusst und beeinflussen diese. Auch die Definition, was für krank oder gesund gehalten wird, ist von diesem Wechselspiel abhängig und unterscheidet sich zwischen den Kulturen. Kultur definiert Geertz (1994) als einen im Wesentlichen innerhalb von Gruppen geschichtlich übermittelten Komplex von Bedeutungen und Vorstellungen. Diese Bedeutungen und Vorstellungen treten in »symbolischer Form« zutage und ermöglichen es den Menschen, ihr Wissen über das Leben und ihre Einstellung zur Welt einander mitzuteilen, zu erhalten und weiterzuentwickeln.

Migration und die damit oft verbundene Konfrontation mit einer unbekanntem Kultur führen nicht zwangsläufig zu psychischen Störungen oder zum Versagen im Bildungsprozess. Migranten sind dafür jedoch anfälliger als Nichtmigranten. Die »Internationale Organisation für Migration« (IOM) weist in ihrem Gesundheitsbericht 2003 darauf hin, dass die Gesundheitsgefährdung durch Migration abhängig ist von »migration motives, duration of the stay in the host community, language and cultural

barriers, legal status, family situation, and a person's predisposition to psychological problems« (International Organization for Migration 2004, S. 19).

Das Verhältnis zwischen Schule und Migrantenfamilien spielt in der heutigen Bildungsdiskussion eine bedeutende Rolle. In ihrer Untersuchung über muslimische Kinder und Jugendliche in Deutschland beschreiben El-Mafaalani und Toprak (2011) folgende Erwartungen der Eltern an die Schule:

- Dem Kind sollen klare Grenzen gesetzt werden.
- Dem Kind sollen nicht zu viele Entscheidungs- und Handlungsspielräume eingeräumt werden.
- Die Schule soll ohne Einbeziehung der Eltern eigenverantwortlich handeln.
- Die Schule soll das wichtigste Erziehungsziel der Eltern, Respekt vor Autoritäten, erreichen. Dies kann nur umgesetzt werden, wenn Ordnung und Disziplin herrschen.

Oft entsteht daraus für die Kinder und Jugendlichen das Dilemma, dass sie zwischen den Erziehungszielen im Elternhaus und denen in der Schule hin- und hergerissen sind. Die Folgen aus diesem Dilemma hängen demnach weniger mit innerunterrichtlichen Lernprozessen im engeren Sinne zusammen als vielmehr mit den Widersprüchen zwischen der Funktionslogik der Schule und der Erziehungslogik der Familie. »Während die Logik der Schule auf Kompetenzen wie Selbstständigkeit, Selbstdisziplin, Selbstmotivation, Individualität und Kooperation und damit nicht nur kognitivistisch ausgerichtet ist, verfolgt die Familie eine Logik, bei der Kollektivität, Kontrolle und Gehorsam im Vordergrund stehen« (El-Mafaalani/Toprak 2011, S. 125).

Das Wissen um die Ursachen, Bedingungen und Wechselwirkungen von Migration und Flucht in den Fachgebieten Medizin, Psychologie und Pädagogik sollte uns davor bewahren, solche Zustände, wie sie z. B. von El-Mafaalani und Toprak beschrieben werden, als unveränderlich hinzunehmen. Unsere Aufgabe ist es vielmehr, Migration besser als bisher zu verstehen und dadurch die Rahmenbedingungen sowohl für die Migranten selbst als auch für die aufnehmende Gesellschaft neu zu gestalten.

Im vorliegenden Buch beschreiben wir in einem theoretischen Teil die seelischen Probleme dieser Kinder und ihrer Familien sowie deren individuelle und familiäre Ressourcen. Die Schwerpunkte liegen dabei auf der Beschreibung der Entwicklungslinien des Kindes im Allgemeinen, auf der Bedeutung von Migration, Flucht und psychischem Trauma im Besonderen sowie auf den Bemühungen in der Familie, diese Konflikte zu bewältigen; ferner auf den Konsequenzen, die sich daraus für die Schule ergeben.

Im praktischen Teil finden sich konkrete Entwürfe für den Unterricht mit Kindern und Jugendlichen mit Migrations- und Fluchthintergrund, jeweils nach Altersgruppen spezifiziert. Pädagoginnen und Pädagogen werden dabei unterstützt, das Thema »Migration« und insbesondere die individuelle Migrationsgeschichte der Schüler und Schülerinnen in den Unterricht zu integrieren. Die Entwürfe sind modular aufgebaut

und können auch für den klassenübergreifenden Unterricht bzw. als singuläre Anreicherung von Themenschwerpunkten einer Unterrichtseinheit benutzt werden.

Im ersten Modul finden spielerische Übungen zum Kennenlernen statt, und die Schüler und Schülerinnen werden in das Thema eingeführt. Dieses Modul sollte insbesondere dann eingesetzt werden, wenn Schülerinnen und Schüler aus unterschiedlichen Klassen in der Gruppe zusammenarbeiten. Das zweite Modul widmet sich der Heimat. Je nach Gruppenkonstellation kann die eigene nicht deutsche Heimat, die Heimat der Eltern oder auch der Großeltern zum Thema werden. Ziel ist es, positive Erinnerungen an die Heimat aufzurufen und die kulturelle Vielfalt der Klasse wertzuschätzen. Die Schüler und Schülerinnen nehmen dabei die Rolle von Experten für die eigene Kultur ein und lernen dies als Ressource und nicht als Nachteil kennen. Das darauf folgende Modul »Orientierungshilfe« richtet sich ausschließlich an Gruppen mit Schülern und Schülerinnen der ersten Generation. Es gibt eine Hilfestellung für das Ankommen in Deutschland, wobei der Austausch der Gruppenteilnehmer im Vordergrund stehen soll. Unterschiede zwischen der hiesigen und der Heimatkultur werden erarbeitet, Probleme und Schwierigkeiten beim Eingewöhnen in Deutschland diskutiert. Im Anschluss folgt ein besonders wichtiges Modul: die Auseinandersetzung mit der Thematik »Identitätsfindung«. Die eigenen Stärken und Schwächen sowie die Reflexion persönlicher Eigenschaften und Fähigkeiten sind dabei zentrale Themen. Das nächste Modul widmet sich dem Gefühlsausdruck und der Wahrnehmung von Gefühlen, während die abschließenden Module die eigene Familie sowie den individuellen Freundeskreis beleuchten. Dabei soll insbesondere die unterstützende Funktion enger Bezugspersonen kennengelernt und genutzt werden. Zum Schluss werden die vorausgegangenen Sitzungen reflektiert, und es wird ein Abschlussfest vorbereitet.

Bei Gruppen mit Kindern ohne eigene Migrationsgeschichte können die Übungen stellvertretend mit der Migrationsgeschichte naher Angehöriger (z. B. der Großeltern) durchgeführt werden.

Die verwandten Methoden reichen über Spiele, künstlerische Arbeit und Arbeitsblätter bis hin zu Gruppengesprächen in Gesprächskreisen. Abwechselnd wird in Gesprächskreisen, Einzel-, Partner- und Gruppensettings gearbeitet. Didaktisch-methodisch sind vier Ansätze besonders zentral: der »Informierende Unterrichtseinstieg«, das »Lernen an Stationen«, die »Portfolioarbeit« und das »Arbeiten mit Ritualen«. Alle vier Methoden wurden speziell für die Zielgruppe ausgewählt und werden detailliert vorgestellt.

I. Theoretischer Teil

Migration und Flucht

Der Erste Weltkrieg und insbesondere die daraus hervorgehende Neuordnung der politischen Landkarte bilden eine Zäsur in der europäischen Wanderungsgeschichte. Die Gesamtzahl der Flüchtlinge, Vertriebenen und Umsiedler in Europa lag allein Mitte der 1920er-Jahre bei annähernd zehn Millionen Menschen. Für den Zweiten Weltkrieg ist insgesamt nochmals von 50 bis 60 Millionen Deportierten, Kriegsflüchtlingen und Vertriebenen auszugehen. Die Massenwanderungen setzten sich nach dem Zweiten Weltkrieg in Form von Flucht, Vertreibung und Deportation der Deutschen aus Ost-, Ostmittel- und Südosteuropa fort (Marrus 1999). Deutschland hat vier große Einwanderungswellen erlebt: Zu Beginn des letzten Jahrhunderts kamen Arbeiter aus osteuropäischen Ländern, insbesondere aus Polen, nach dem Zweiten Weltkrieg waren es die Flüchtlinge, die aus den abgetrennten Ostgebieten und der sowjetischen Besatzungszone – der späteren DDR – nach Westdeutschland vertrieben wurden oder flohen, also in der Hauptsache interne Migranten, in den 1960er-Jahren dann die Arbeitsmigranten aus den Ländern des südlichen und südöstlichen Europas. Seit den 70er-Jahren des letzten Jahrhunderts kommen Menschen aus entfernten Ländern und fremden Kulturen: aus Südostasien, Lateinamerika, Westasien und vielen Teilen Afrikas. Sie alle gehören zur großen Gruppe derer, die freiwillig oder unfreiwillig von einem Kulturkreis in einen anderen gegangen sind und als Migranten bezeichnet werden.

Phasen der Migration

In ihrer Arbeit zur Psychologie der Migration von Erwachsenen sieht Leyer (1991) in dem Konflikt, die Heimat oder das Aufnahmeland zu idealisieren bzw. abzulehnen, eine wesentliche Ursache der bei Migranten häufig auftretenden psychischen Auffälligkeiten wie Ängstlichkeit, Depressivität oder Ablehnung von Institutionen. Sie kommt zu dem Ergebnis, dass unbearbeitete Trauer und Folgen von Trennungen nach Jahren des Aufenthalts im Exil zur Entstehung von Depressivität führen können. Weiss (2003), die die Folgen von Migration an erwachsenen Migranten in der Schweiz untersucht hat, sieht als Auslöser den Identitätskonflikt, der entstehen kann, wenn die Suche nach Kontinuität und Anpassung in der Phase der Neuorientierung in der neuen Gesellschaft misslingt. In ihrer großen Übersicht zur psychischen Gesundheit von Migranten stellt sie Hypothesen auf, wie Wechselwirkungen zwischen psychischer Gesundheit und Migration verstanden werden können. Sie fasst die Hypothesen in folgenden sechs Themengruppen zusammen:

- prämigrationische Selektion (Die Entscheidung zur Migration wird vom Gesundheitszustand abhängig gemacht: Es migrieren die besonders Gesunden, aber auch diejenigen, die sich Hilfe in anderen Gesundheitssystemen erhoffen.)
- sozialer Status (Das postmigrationische Erkrankungsrisiko korreliert positiv mit sozialer Marginalisierung.)
- Anomie (Diskrepanz zwischen erwartetem und erreichtem sozialem Aufstieg als Ursache postmigrationischer Beschwerden)
- Integration (psychische Beschwerden in Abhängigkeit von der Anpassungsleistung)
- interne und externe Ressourcen (das Gefühl, Belastungen meistern zu können – also ein hohes Maß an Kontrollüberzeugung –, und ökonomische Integration als Faktoren für die Verminderung des Erkrankungsrisikos)
- Medikalisierung (wenn Vertreter des Gesundheitssystems davon überzeugt sind, dass Medikamente bei der Behandlung psychosozialer Probleme einen großen Nutzen haben, werden soziale Konflikte, von denen Migranten besonders betroffen sind, oft fehlinterpretiert)

Weiss (2003, S. 148) hält Phasenmodelle für wenig hilfreich, da sie den »psychosozialen Such- und Abgrenzungsbewegungen« von Migranten beim Aufbau ihrer neuen Umgebung oft nicht gerecht werden. Trotzdem können sie durch die zeitliche Strukturierung für das Verstehen komplizierter Abläufe hilfreich sein. Slutzki (1979) unterscheidet folgende Phasen der Migration, wobei ihm konkrete Handlungen und die mit der Migration verbundenen Emotionen zur Abgrenzung dienen:

- Vorbereitung auf die Migration (wobei zwischen konkreten Handlungen und ersten diesbezüglichen Überlegungen nicht differenziert wird)
- der Akt der Migration selbst
- nach der Migration: anfänglich viel Aktivität und große Erwartungen
- Frustration infolge unerfüllter Wünsche und eingeschränkter Handlungsmöglichkeiten
- schließlich langfristige Adaptation mit einer mehr oder weniger bewussten Bilanzierung notwendiger oder erwünschter Anpassungsschritte
- in vielen Fällen freiwillige oder erzwungene Rückkehr in die – in der Zwischenzeit oft sehr veränderte – Heimat

Enttäuschte Erwartungen in der Heimat, Abgrenzung gegen eine nicht ausreichend Halt gebende Herkunftskultur oder Rückzug aus dieser sowie die Suche nach Entwicklungsmöglichkeiten sind nach Slutzki (1979) typisch für die Phase vor der Migration. Ein wesentliches Motiv für Migration besteht für Eltern darin, den Kindern eine bessere Zukunft zu ermöglichen. Weitere Gründe finden sich in der Hoffnung, soziale Konflikte oder individuelle Identitätskrisen durch Ortsveränderung lösen zu können. Die Kenntnisse über das Zielland sind – trotz moderner Informationsmöglichkeiten – oft unzureichend. Zuvor ausgewanderte Menschen übermitteln darüber

hinaus häufig ein besseres Bild des Aufnahmelandes, als es ihrer Erfahrung entspricht. Manchmal geschieht dies aus dem Wunsch heraus, das Selbstwertgefühl zu erhalten, sich und anderen das Scheitern des eigenen Migrationsprojekts nicht eingestehen zu müssen, manchmal »um denen zu Hause keine zusätzlichen Probleme oder Sorgen zu bereiten«. Branik (1980) hat bei Spätaussiedlerfamilien sogenannte »Push«- und »Pull«-Motive gefunden: Als »Push«-Motive bezeichnet er materielle Not (schlechte ökonomische Situation in der Heimat), soziale Konflikte in der Heimat und das Auseinanderbrechen sozialer Beziehungen. Zu den »Pull«-Motiven zählt er die Familie (z. B. in Form der Familienzusammenführung), die Hoffnung auf einen höheren Lebensstandard in Deutschland sowie die verlockenden Informationen zuvor ausgewanderter Verwandter. Weitere Motive fand Branik in der Persönlichkeit der Aussiedler, in der allgemeinen Aufbruchsstimmung einer Region, in der Aussiedlung als Flucht vor bestehenden Problemen und schließlich in Abhängigkeitsverhältnissen, wie sie zwischen Kindern und Eltern bestehen.

Durch das Zusammentreffen mit der neuen Kultur verändern sich fast immer familiäre Rollen und Hierarchien, was viele Eltern nicht vorhersehen und was besonders an sogenannten Schnittstellen mit Institutionen Probleme aufwirft. Konflikte bahnen sich daher oft zwischen den Familien und Krankenhäusern, Schulen sowie der Kinder- und Jugendhilfe an. Migration führt zu Veränderungen des familiären Lebenszyklus und der familiären Utopie sowie zu neuen Anpassungs- und Bewältigungsaufgaben, doch es entstehen auch Wünsche für die Zukunft. Diese Wünsche sind oft Abwehr- und Bewältigungsversuche von Hilflosigkeit, Desorientierung, Abhängigkeit und Sprachlosigkeit im Exil. Gerade in der Phase nach der Ankunft in der neuen Gesellschaft können die geschilderten Bedingungen die Betroffenen allerdings auch dazu motivieren, gegen diese anzugehen. So können sich Eltern nach Grinberg und Grinberg als »Helden« oder, wegen aufkommender Schuldgefühle, als »Abtrünnige« verstehen (Grinberg/Grinberg 1990, S. 184). Diese Schuldgefühle gegenüber den Zurückgebliebenen sowie die Wut auf das Land, welches man hat verlassen müssen, können zu Spannungen oder aggressivem Verhalten führen, wodurch die Integration im Aufnahmeland erschwert wird und es zur gegenseitigen Ablehnung zwischen Aufnehmenden und Ankommenden kommen kann. Die Ablehnung im Exil führt dazu, dass eigene Schuldgefühle sowie die Wut auf das Heimatland nicht als solche wahrgenommen, sondern auf das Aufnahmeland projiziert werden. Dieses ist dann kein rettender Ort mehr, sondern selbst Ursache allen Übels. Das Heimatland wird dabei idealisiert, und die Migranten und Flüchtlinge bemühen sich, sich selbst und ihre Kinder vor den ihrer Meinung nach schädigenden Einflüssen des Exils zu schützen. Eltern haben oft Angst vor der »Germanisierung« (Riedesser 1988, S. 48) ihrer Kinder und reagieren mit verstärkter Akzentuierung ihrer traditionellen Erziehungsstile. Doch diese versagen oft in der veränderten Umwelt, und insbesondere Migranten mit Kindern geraten dann in eine weitere Phase der Frustration und Unsicherheit (Slutzki 1979). Für Hettlage-Varjas und Hettlage führt Migration dazu, dass gewohnte Sicherheiten nicht mehr vorhanden sind und besondere Anpassungsleistungen erforderlich

werden, auf die die Migranten nicht vorbereitet sind. Die Autoren beschreiben, dass für die Migranten auf diese Weise eine subjektive »Welt«, eine sogenannte »kulturelle Zwischenwelt« entstehe (Hettlage-Varjas/Hettlage 1984). Riedesser zählt in seiner Untersuchung zur psychischen Gefährdung und Erkrankung von Kindern ausländischer Arbeitnehmer folgende migrationspsychiatrische Gesichtspunkte auf (Riedesser 1988):

- Migrationsmotive der Eltern
- Veränderung der Lebenssituation der Eltern infolge der Migration
- Auswirkungen der Migration in den verschiedenen Entwicklungsphasen des Kindes auf die Psychodynamik des Kindes und der Familie
- Auswirkungen der Zugehörigkeit zu mehreren Sprach- und Kulturkreisen auf die Entwicklung des Kindes
- Vorkommen spezifischer, bei deutschen Kindern unbekannter Probleme oder Symptome
- Behinderung von Diagnostik, Therapie oder pädagogischen Maßnahmen durch Sprach- und Kommunikationsschwierigkeiten zwischen Patient und Institution
- Absehbarkeit bzw. Erwartung einer »Remigration« durch das Kind

Handelt es sich um unfreiwillige Migration, befinden sich gerade die Flüchtlingskinder, die noch nicht so lange in Deutschland sind, in einer nur subjektiv vorhandenen Zwischenwelt, die weder die der Eltern noch die der aufnehmenden deutschen Gesellschaft ist (Adam 1999). Die Kinder versuchen sich beiden Seiten anzupassen und deren einander oft widersprechenden Anforderungen gerecht zu werden. Sie haben Hoffnungen in die Migration bzw. Flucht gesetzt, sind jedoch oft nicht in der Lage, die vorgefundenen Lebensbedingungen so für sich zu nutzen, dass sie eine Lebensperspektive erkennen können. Es entsteht eine Zwischenwelt, geprägt von ambivalenten Gefühlen und Wünschen: Einerseits wollen sie in die Heimat zurückkehren, können dies aber wegen der Umstände nicht, andererseits wollen sie in Deutschland bleiben, haben hier aber keine Perspektive. Diese gegensätzlichen Wünsche und Gefühle sind psychisch nur schwer zu integrieren und können eine zusätzliche Belastung zu den sozialen und rechtlichen Problemen des Migrationsprozesses darstellen. Auf diese Weise können psychische Störungen entstehen.

Kocijan-Hercigonja (1998) hat versucht, psychopathologische Auffälligkeiten bei Flüchtlingskindern aus Bosnien in Kroatien zu verstehen. Dazu hat er ebenfalls ein Phasenmodell entworfen: In der ersten Phase begegnet das Kind bisher unbekanntem Situationen, z. B. Gewalttätigkeiten, eigener Verletzung oder der Verletzung anderer, Trennung von Bezugspersonen, Flucht. In dieser Phase können akute posttraumatische Störungen auftreten, verbunden mit Ängsten, z. B. Trennungsängsten, Verweigerung der Nahrungsaufnahme, verändertem Gefühlsleben, Traurigkeit, häufigem Weinen und einem allgemeinen Gefühl der Verunsicherung.

Die zweite Phase umfasst die Zeit, die das Kind unter veränderten Bedingungen auf der Flucht oder im Exil durchlebt. »Das Kind, das ohnehin schon traumatisiert ist, kommt in eine neue und unbekannte Umgebung, die sich auch oft kulturell von seiner Herkunftsumgebung unterscheidet« (Kocijan-Hercigonja 1998, S. 180). Dazu kommt, dass die Familien der Kinder meist unvollständig sind und sich die Rollenverteilungen innerhalb vieler Familien verändert haben. Manchmal schämt sich das Kind seiner Eltern und seiner Herkunft. Neben der in vielen Fällen bereits bestehenden Posttraumatischen Belastungsstörung zeigen Kinder in dieser Phase oft Verhaltensstörungen, aggressives Verhalten, depressive Verstimmungen und Kommunikationsstörungen.

In der dritten Phase kehren die Kinder zurück in ihre Herkunftsregion, oder aber sie bleiben endgültig in der neuen Umgebung. In dieser Phase kommt es oft zu einer Verschlimmerung bestehender Symptome. »Durch die Rückkehr wird ein Kind wieder mit dem konfrontiert, was es vielleicht verdrängt und vergessen hat, und es muss oft auch feststellen, dass die Realität anders ist als erwartet. Die Häuser sind zerstört, Freunde sind nicht mehr da, und diejenigen, die geblieben oder auch wieder zurückgekommen sind, haben sich verändert« (Kocijan-Hercigonja 1998, S. 181; Walter 1993).

Assimilation und Akkulturation

Oft fällt es Migranten und Flüchtlingen schwer oder es ist ihnen unmöglich, bei Belastungen auf früher verfügbare Ressourcen, z. B. traditionelle Heilmethoden oder soziale Bewältigungsstrategien (z. B. Einholen von Ratschlägen bei Autoritäten), zurückzugreifen. Hoher Anpassungsdruck, Ängste und deren Verleugnung tragen zu psychischen Beschwerden bei.

Zur Beschreibung von Migrationsprozessen werden häufig die Begriffe Assimilation und Akkulturation verwendet. Wir verstehen Assimilation in Anlehnung an Berry (1991) als einen Prozess der Übernahme von Wertestandards, kulturellen Normen und Verhaltensnormen der aufnehmenden Gesellschaft. Assimilation wird in der politischen Tagesdiskussion einerseits als etwas Erstrebenswertes bezeichnet, da sie die einzige Lösung sei, die eine »Vereinheitlichung« der Gesellschaft sichert und Diskriminierung wie Marginalisierung verhindert. Sie wird andererseits abgelehnt, da sie den Verlust der eigenen Identität und damit gleichsam die Abwertung der bisherigen Lebensgeschichte bedeute (Walter 1991).

Ein wichtiges Assimilationskonzept geht auf Gordon (1964) zurück, der Anpassungsprozesse von Minderheiten in der nordamerikanischen Gesellschaft (Juden, Katholiken, Schwarze und Puertoricaner) untersucht hat. Er unterscheidet vier Arten von Assimilation: behavioral, strukturell, ehelich und durch Identifikation. Als behaviorale Assimilation bezeichnet er die Anpassung an Verhaltensmuster, die für die Aufnahmegesellschaft typisch sind; als strukturelle Assimilation den Eintritt in die Institutionen des Aufnahmesystems (Eintritt in Cliquen und Vereine). Diese sah

Gordon als eine erste soziale Assimilation an, die auch die anderen Formen nach sich ziehe, z. B. die eheliche Assimilation in Form interethnischer Eheschließungen oder die Assimilation durch Identifikation, durch Entwicklung eines Zugehörigkeitsgefühls zur Aufnahmegesellschaft. Eine ähnliche Einteilung nahm Esser (1980) vor. In seiner Theorie von der Eingliederung der Einwanderer sieht er, in Ergänzung zu Gordon (1964), Assimilationsprozesse letztlich als Produkt subjektiver Handlungskompetenzen und objektiver Handlungsmöglichkeiten. Hoffmann-Nowotny (1973, 1990) erweitert diese Konzepte um den Begriff der Integration, worunter er ein hohes Ausmaß an Partizipation der Einwanderer an verschiedenen Strukturen (Nachbarschaftskontakte, Kirchen, Parteien, Vereine) der Aufnahmegesellschaft versteht.

Die sozialen und psychischen Veränderungen, die bei Immigranten und aufnehmender Gesellschaft entstehen, werden nach Berry (1991) als Akkulturation bezeichnet. Nach seiner Auffassung gibt es vier Möglichkeiten der Akkulturation: Wenn in einer Gesellschaft Immigranten ihre eigene kulturelle Identität bis zu einem gewissen Grad beibehalten und mit der aufnehmenden Gesellschaft interagieren, spricht er von Integration. Wenn in einer Gesellschaft kaum Kontakt zwischen aufnehmender Gesellschaft und Immigranten besteht, diese aber an der eigenen kulturellen Identität festhalten, nennt Berry dies Separation. Als Assimilation bezeichnet er das Phänomen, dass die eigene Kultur abgelehnt wird und verstärkt Beziehungen zur neuen Gesellschaft aufgebaut werden. Bestehen weder Beziehungen zur aufnehmenden Gesellschaft noch Bezüge zur eigenen kulturellen Identität, sind die Immigranten in einer Gesellschaft marginalisiert (Berry 1986, 1991; Berry/Sam 1997). In Abbildung 1 sind diese Akkulturationsstrategien dargestellt.

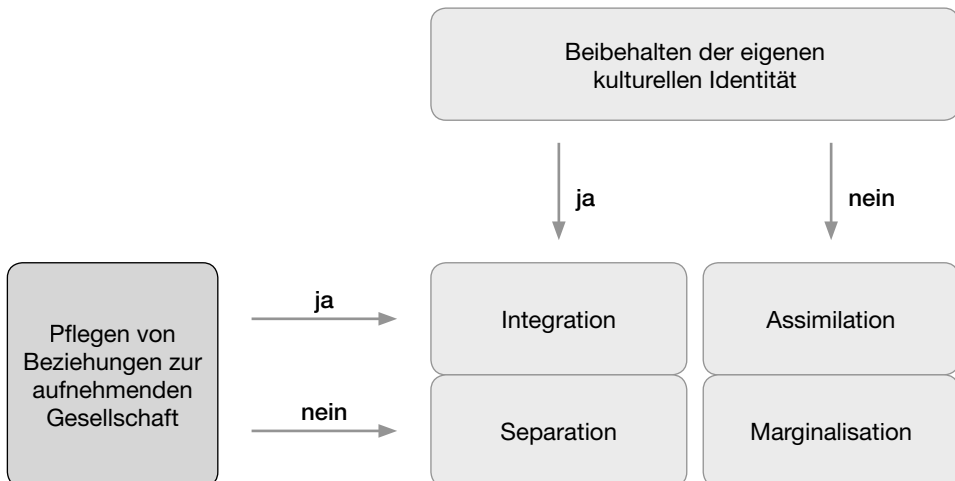


Abb. 1: Möglichkeiten der Akkulturation in einer Gesellschaft (nach Berry 1986, S. 28)

Die Art der Akkulturation innerhalb einer Gesellschaft ist nicht nur von den Migranten selbst abhängig. Sie wird von der Ideologie der aufnehmenden Gesellschaft stark beeinflusst, die entweder die kulturelle Verschiedenheit toleriert und damit die Integration bevorzugt oder sich für die Dominanz der eigenen Kultur entscheidet und eine Assimilation der Migranten verlangt. Es kommt zu Anpassungsprozessen, dargestellt in Abbildung 2.

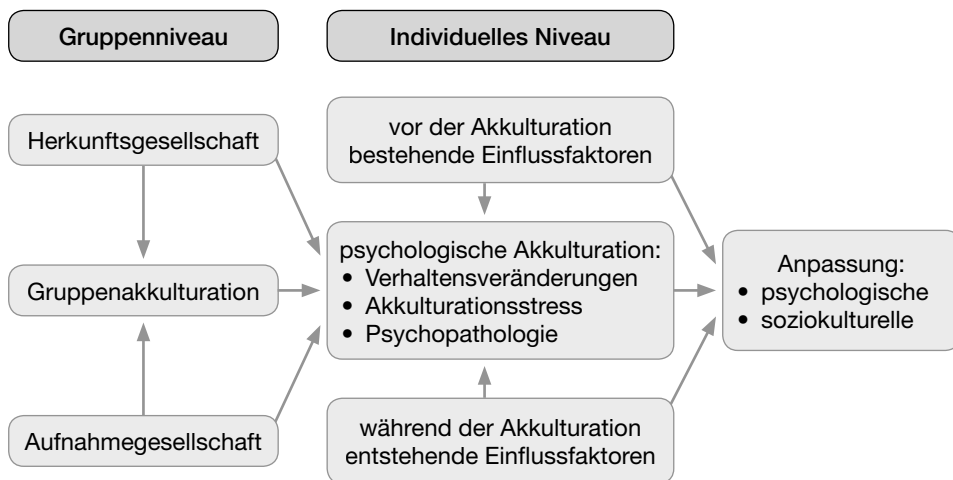


Abb. 2: Akkulturationsmodell (nach Berry/Sam 1997)

Akkulturationsprozesse beginnen demnach mit der Akkulturation von Personengruppen und sind durch zahlreiche Veränderungen in verschiedenen Lebensbereichen der Immigranten gekennzeichnet. Veränderungen aufseiten der aufnehmenden Gesellschaft sind kaum untersucht. Neben Veränderungen in der Gruppe der Immigranten (z. B. Gettobildung oder Mode) ändert sich auch das individuelle Verhalten, das mit den später zu erläuternden Methoden der Coping-Forschung erfasst wird. Akkulturationsstress entsteht nach diesem Modell dann, wenn Verhaltensänderungen eigentlich notwendig wären, aber subjektiv aus unterschiedlichen Gründen nicht angemessen erscheinen. Auf der praktischen Ebene haben dies El-Mafaalani und Toprak (2011) beschrieben, als sie auf die Dilemmata sowohl der Kinder als auch der Eltern hinwiesen, sich zwischen althergebrachtem Erziehungsstil und liberalen Einflüssen in der Schule entscheiden zu müssen. Wenn diese Konflikte nicht gelöst werden, können bei Eltern und Kindern ebenfalls psychische und psychosomatische Störungen auftreten.

Definition: Migranten- bzw. Flüchtlingskind

Pries, der Migrationsprozesse aus soziologischer Sicht untersucht hat, findet, dass diese heute – unter dem Einfluss moderner Verkehrs- und Kommunikationsmittel – anders verlaufen und daher noch schwerer zu erfassen und zu definieren sind als noch vor wenigen Jahren – nicht mehr nach dem Muster: Abreise, Ankunft, Anpassung und eventuell Rückkehr. Sogenannte »transnationale soziale Räume« seien dadurch entstanden, dass die Migranten sich – unter anderem via Telefon, Internet, E-Mail, Satellitenfernsehen oder Banktransfers – in einem Informationsaustausch und Kommunikationsprozess mit der Herkunftsregion befinden und manche sogar vorübergehend in diese zurückkehren (Pries 1996). Da auch immer bewusste oder unbewusste Rückkehrwünsche, Delegation von Aufgaben an die Nachgeborenen, Hoffnungen und Enttäuschungen eine Rolle spielen, beschäftigen sich Migranten oft lebenslang damit, wohin sie eigentlich gehören und wo sie leben möchten.

Die Psychoanalytiker Grinberg und Grinberg (1990, S. 14) definieren Migration als »den Akt und die Wirkung des Übergangs von einem Land zum anderen mit dem Ziel, sich in diesem niederzulassen«. Mit einer derartigen Definition gewinnen neben der rein geografischen Veränderung des Wohnorts psychologische und soziologische Prozesse an Bedeutung. Einen prozessorientierten Ansatz der Definition von Migration wählte die aus fünf Sachverständigen bestehende Kommission, die von der Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend den Auftrag erhalten hatte, für den im Jahr 2000 vorgelegten Sechsten Familienbericht die Situation ausländischer Familien in Deutschland darzustellen. Die Kommission sollte den Entwicklungsprozess in Familien mit Migrationserfahrung, aber auch die Entwicklung des Verhältnisses zwischen der Aufnahmegesellschaft und diesen Familien untersuchen. Dazu definierte sie Migration als einen sozialen Prozess, dessen Spektrum »von der schrittweisen und unterschiedlich weit gehenden Ausgliederung aus dem Kontext der Herkunftsgesellschaft bis zur ebenfalls unterschiedlich weit reichenden Eingliederung in die Aufnahmegesellschaft einschließlich aller damit verbundenen sozialen, kulturellen, rechtlichen und politischen Bestimmungsfaktoren und Entwicklungsbedingungen, Begleitumstände und Folgeprobleme« reicht (Deutscher Bundestag 2000, S. 16). Diese heute weitgehend akzeptierte Definition von Migration bezieht allerdings die von Grinberg und Grinberg (1990) ebenfalls als wichtig erachteten emotionalen und beziehungsrelevanten Veränderungen des Einzelnen und die dadurch entstehenden Rückwirkungen auf andere nicht mit ein.

Migration ist der Oberbegriff für ein breites Spektrum von Bezeichnungen für Ortswechsel. Dieses reicht von freiwilliger Wanderung über Flucht vor subjektiv erlebter Bedrohung bis hin zur erzwungenen Flucht. Flucht ist dabei insbesondere durch den demütigenden Zwang zum Ortswechsel gekennzeichnet und hat den ungewollten Abbruch von Beziehungen zur Folge (Brucks 2001). Klare Unterscheidungen zwischen temporärer und definitiver Wanderung oder zwischen Migration aus wirtschaftlichen und aus anderen Gründen lassen sich immer weniger treffen.

Im vorliegenden Buch greifen wir daher die oben genannten soziologischen Inhalte der Definition der Kommission auf, beziehen aber auch den insbesondere für Kinder so bedeutsamen Entwicklungsprozess in die Definition ein. Ein Migrantenkind wird definiert als ein Kind bis 18 Jahre, dessen familiäre Biografie durch länger andauernde Mobilität über eine nicht unerhebliche Entfernung gekennzeichnet ist und das dadurch unter Umständen lebenslang ambivalente Gefühle hinsichtlich Zugehörigkeit und Rückkehr hat, die entsprechend dem jeweiligen Entwicklungsstadium differieren können. Wenn das Kind oder seine Eltern darüber hinaus Krieg, Bürgerkrieg oder andere Formen organisierter Gewalt erlebt haben und die Familie deswegen die angestammte Heimat verlassen musste, handelt es sich um ein Flüchtlingskind.

Psychische Belastung und Traumatisierung

In der Menschheitsgeschichte waren immer wieder Einzelpersonen oder Gruppen traumatisierenden Ereignissen ausgesetzt. Solche Ereignisse waren zu allen Zeiten auch direkt oder indirekt Ursache von Migration oder Anlass zur Flucht. Menschen besitzen große Fähigkeiten, auch extreme Situationen zu überleben. Doch traumatisierende Erlebnisse können »das psychologische, physiologische und soziale Gleichgewicht eines Menschen in solchem Maße verändern (...), dass die Erinnerung an ein bestimmtes Ereignis alle anderen Erfahrungen überschattet und die Gegenwart stark beeinträchtigt« (van der Kolk/McFarlane 1996, S. 27).

Die Entwicklung des Traumabegriffs

In der Forschung zur psychischen Traumatisierung bestand die ätiologische Fragestellung anfangs darin, ob ein Trauma psychisch oder organisch bedingt sei. Der Neurologe Charcot bezeichnete 1887 als Erster die sogenannten hysterischen Anfälle als Dissoziationen, als das Ergebnis traumatisierender und für die betroffene Person nicht aushaltbarer Erfahrungen.

Sigmund Freud folgte zunächst der Auffassung Charcots, dass Traumata eine bedeutende Rolle bei der Entstehung der Hysterie spielen, und erklärte es dadurch, dass Geschehnisse im Unbewussten abgespeichert, mit den in der Situation erlebten Affekten verbunden und schließlich in einem dann veränderten Bewusstseinszustand, dem der Dissoziation, verschlüsselt würden. Freud nahm an, dass sowohl die individuelle Konstitution als auch die objektiven Faktoren der traumatischen Situation an der Ätiologie der Psychoneurosen teilhaben und dass in manchen Fällen die eine Seite, in manchen Fällen die andere dominiert (Freud 1906). Er postulierte für den Organismus eine Vorrichtung, die ihn vor der Einwirkung zu starker Außenreize schützt: Die Sinnesorgane entnehmen der Außenwelt sogenannte Proben, sodass man sich unter

Umständen, z. B. durch Flucht, den zu starken Außenreizen entziehen kann (Freud 1920). Kann man sich dem Reiz aber nicht entziehen, ist dieser nach Freud dann traumatisierend, wenn er das Verarbeitungsvermögen des Organismus übersteigt.

Die betroffene Person erlebt in einer dann eintretenden traumatischen Situation überwältigende Affekte. Gelingt eine Verarbeitung dieser Affekte nicht ausreichend, so bleibt dem Individuum keine andere Wahl, als diesen Affekt zu verdrängen und zugleich viele Gedanken, Fantasien und Situationsbilder, die mit ihm in einem assoziativen Zusammenhang gestanden haben. Später werden Assoziationen, die verdrängte Elemente erwecken, gleichzeitig auch diesen nicht abreagierten Affekt reaktivieren, sodass jeweils erneute und stärkere Verdrängung erforderlich wird. Freud formulierte mit diesem Konzept der Nachträglichkeit (Freud 1896) einen komplexen Auslöse- und Wirkmechanismus bei der Entstehung eines Traumas, bei dem psychische, somatische und soziale Bedingungen vielfältig verknüpft sind. Mentzos zufolge hat Freud mit diesen Überlegungen in seiner Traumatheorie der Neurosen erkannt, dass nicht der Zusammenstoß mit der Umwelt, also nicht das Trauma als solches, sondern die Behinderung der Abreaktion und Verarbeitung des Affektes pathogen ist (Mentzos 2000).

Nach dem Krieg haben Psychiater besonders die psychischen Probleme der Kriegsoffer beachtet. Pedersen prägte angesichts der Flüchtlingsproblematik den Begriff der »Flüchtlingsneurose«. Durch politische Verfolgung und Flucht entstanden seiner Beobachtung nach Ängste, Halluzinationen, Persönlichkeitsveränderungen und Amnesien. Pedersen sah Gründe für eine psychische Destabilisierung der Flüchtlinge insbesondere darin, dass diese ihre Ziele, Erwartungen und sozialen Ambitionen im Heimatland aufgeben mussten und den Einfluss auf ihre sozialen Gruppen verloren (Pedersen 1949).

In den 1960er-Jahren wurde die Diskussion über die Ätiologie psychischer Störungen ehemaliger KZ-Häftlinge fortgeführt, weil die Überlebenden Anträge auf Entschädigung nach dem Bundesentschädigungsgesetz stellten. Herrschende Lehrmeinung der deutschen Nachkriegspsychiatrie war – wie Lederer, der sich sehr für eine Entschädigung der Betroffenen eingesetzt hat, festhielt –, dass viele der »Antragsteller Simulanten auf der Suche nach dem schnellen Geld waren, oder Neurotiker, schon vor dem Krieg asozial, psychisch minderwertig oder von psychopathischer Persönlichkeit« (Lederer 1965, S. 466). Hoppe sah 1962 in seiner Untersuchung bei Überlebenden von Auschwitz keine organischen Veränderungen, sondern gestörte Persönlichkeiten mit andauernder Feindseligkeit und einer nach außen projizierten Wut als Kern der Persönlichkeitsveränderung (Hoppe 1962). Von Baeyer, Häfner und Kisker (1964) fanden, dass insbesondere die »Neigung zur sozialen Isolation« manchmal auch zur Abkapselung innerhalb der Familie führte. Sie sahen eine lang währende und tief greifende Destruktion der Sozialbeziehungen als ausschlaggebenden ätiologischen Faktor von Fehlhaltungen und Persönlichkeitsveränderungen nach Verfolgungs- oder Extrembelastungen. Diese Störungen bezeichneten sie deshalb auch als »erlebnisreaktiv«, da das ursprüngliche Erleben letztlich ausschlaggebend sei (von Baeyer/Häfner/Kisker 1964, S. 176).

Krystal untersuchte die Spätfolgen massiver Traumatisierung; seine Ergebnisse legen nahe, dass die Kernerfahrung des Traumatisiertseins im »Aufgeben« und in der Akzeptanz von Tod und Vernichtung besteht (Krystal 1978). Eitinger behauptete 1987 in einem Vortrag, dass die prämorbid Persönlichkeit fast ohne Bedeutung sei, wenn der Stress überwältigende Formen annehme: »Fast jeder, der solchem Stress ausgesetzt ist, muss pathologisch reagieren. Vielleicht ist es richtiger, zu sagen, muss normal auf so pathologische Situationen reagieren« (Eitinger 1990, S. 130).

Trauma als Folge von Krieg wurde auch im Zusammenhang mit dem Vietnamkrieg diskutiert. Allerdings standen nicht die Opfer im Blickpunkt, sondern die amerikanischen Soldaten, von denen viele einen Psychiater aufsuchten. Diese diagnostizierten Angststörungen, Depressivität, Substanzmissbrauch und Persönlichkeitsstörungen. Das gehäufte Auftreten von Diagnosen innerhalb einer Gruppe von Personen mit ähnlichen traumatisierenden Erlebnissen wurde später unter der Bezeichnung »Post Traumatic Stress Disorder« (PTSD) bzw. »Posttraumatische Belastungsstörung« (PTBS) als neues Syndrom bekannt – wie im nächsten Kapitel weiter ausgeführt wird. Summerfield weist darauf hin, dass die Ersten, die die Verwendung des Konstrukts PTSD bei der Diagnose befürworteten, aus der Antikriegsbewegung in den USA kamen. Sie setzten sich dafür ein, das Konstrukt PTSD zu verwenden, weil dadurch deutlicher werde, dass die traumatisierenden Ereignisse des Krieges für die Störung verantwortlich sind (Summerfield 2001, S. 95).

Das Konzept der Posttraumatischen Belastungsstörung

Die Posttraumatische Belastungsstörung ist eine mögliche Folgereaktion eines oder mehrerer traumatischer Ereignisse, wie z. B. des Erlebens von körperlicher und sexualisierter Gewalt, von Krieg oder anderen durch Menschen verursachten Katastrophen, die an der eigenen Person, aber auch an fremden Personen beobachtet werden kann (Flatten et al. 2011). In vielen Fällen kommt es zu einem Gefühl der Hilflosigkeit und zu einer Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses.

Das Störungsbild ist demnach geprägt durch

- sich aufdrängende belastende Gedanken und Erinnerungen an das Trauma (Intrusionen) oder Erinnerungslücken (Bilder, Alpträume, Flash-backs, partielle Amnesie)
- Übererregungssymptome (Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit, vermehrte Reizbarkeit, Affektintoleranz, Konzentrationsstörungen) Vermeidungsverhalten (Vermeidung traumaassoziierter Stimuli)
- emotionale Taubheit (allgemeiner Rückzug, Interesseverlust, innere Teilnahmslosigkeit)

- im Kindesalter teilweise veränderte Symptomausprägungen (z. B. wiederholtes Durchspielen des traumatischen Erlebens, Verhaltensauffälligkeiten, zum Teil aggressive Verhaltensmuster)

Die Symptomatik kann unmittelbar oder auch mit (zum Teil mehrjähriger) Verzögerung nach dem Geschehen auftreten (verzögerte PTBS).

PTBS wurde 1991 in die Internationale Klassifikation psychischer Störungen (International Classification of Diseases: ICD-10) aufgenommen und unter F43.1 klassifiziert (WHO 1991). Das dort beschriebene Bild entspricht im Wesentlichen dem dargestellten, wobei allerdings unterschieden wird zwischen

- einer akuten Belastungsreaktion, die nur wenige Tage andauert,
- der Posttraumatischen Belastungsstörung selbst und
- einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung, bei der die Persönlichkeitsveränderung über mindestens zwei Jahre bestehen muss.

Als Begleitsymptome können bei PTBS nach ICD-10 Ängstlichkeit, Depressivität, Suizidgedanken sowie Drogeneinnahme und Alkoholmissbrauch auftreten.

Verlaufsmodell der psychischen Traumatisierung

Das PTBS-Konstrukt stellt eine Reduktion auf den »kleinsten gemeinsamen Nenner mit den entsprechenden Vor- und Nachteilen dar« (Krystal 1993). Für das Verständnis seelischer Verletzungen, ihrer Auswirkungen und ihrer Verarbeitung sowie ihrer Folgen für die Entwicklungsphasen von Kindern und Familien, die Migration oder Flucht erlebt haben, bleibt aber ein rein deskriptiver Ansatz wie im Konzept der Posttraumatischen Belastungsstörung unbefriedigend.

Die internationale Übereinkunft auf ein PTBS-Konstrukt trägt zur Vereinfachung der Klassifizierung von Störungen, die infolge von Belastungen auftreten, bei, hilft aber nicht bei der Definition des Begriffs »psychisches Trauma«. Dieser Begriff wird heute umgangssprachlich für fast alles Schädigende eingesetzt und zu wenig differenziert. Man muss zwischen dem traumatisierenden Ereignis bzw. dem traumatischen Prozess, wenn Reize oder Situationen länger einwirken, dem traumatischen Zustand und den bleibenden pathologischen Veränderungen unterscheiden (Bohleber 2000). Nach dem Verlaufsmodell psychischer Traumatisierung von Fischer und Riedesser (2003) ist ein Trauma nicht nur als »Stimulus« oder »Stress« anzusehen. Sie definieren Trauma als »vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, welches mit dem Gefühl der Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt« (Fischer/Riedesser 2003, S. 82).

Die Autoren weisen also den Bewältigungsmöglichkeiten des Betroffenen eine bedeutende Rolle bei der Entstehung oder Vermeidung eines Traumas zu, womit sich diese Definition von der ICD-Definition unterscheidet. Den Autoren zufolge entsteht ein dialektisches Spannungsverhältnis zwischen Innenperspektive (der des leidenden Subjekts) und Außenperspektive (objektive Situation), zwischen belastenden Umweltbedingungen und subjektiven Bedeutungszuschreibungen sowie zwischen Erleben und Verhalten. Aus diesem Zusammenspiel heraus ist die »traumatische Situation« (Fischer/Riedesser 2003, S. 62) zu verstehen. Sie stellt die erste Phase der Traumatisierung dar, als zweite Phase entsteht die traumatische Reaktion. Darunter wird wiederum die Art und Weise verstanden, wie eine Situation verarbeitet wird, deren Bewältigung die individuellen Kapazitäten überschreitet. Als dritte Phase bezeichnen die Autoren den traumatischen Prozess, in dem Betroffene versuchen, die überwältigende, oft unverständliche Erfahrung zu begreifen und in das Selbst- und Weltverständnis zu integrieren. Die Phasen »gehen auseinander hervor, laufen parallel und durchdringen einander« (Fischer/Riedesser 2003, S. 63).

Ferner sind durch das Trauma aufgeworfene Probleme meist nicht von der betroffenen Person allein zu bewältigen. Verarbeitungs- und Selbstheilungsversuche haben eine soziale Dimension, und von Belastungen sind Individuen, auch innerhalb einer Familie, unterschiedlich betroffen. Nach Fischer und Riedesser (2003) ist es für das Trauma der Betroffenen, für ihre Reaktionen und den entstehenden Prozess von Bedeutung, wie sich die Allgemeinheit zum individuellen »Elend der Traumatisierten« (Fischer/Riedesser 2003, S. 64) verhält. Ausgrenzung und Missachtung durch die Allgemeinheit – damit diese nicht an die Katastrophe erinnert wird – können die traumatische Situation für die Betroffenen verlängern. Die Autoren halten die Gerechtigkeit und die Anerkennung von Würde besonders bei den Katastrophen für wichtig, die von Menschen absichtlich verursacht wurden, damit der Verlauf der durch die traumatisierenden Ereignisse ausgelösten psychischen Störungen positiv beeinflusst werden kann.

Kindesentwicklung

Psychische Traumatisierung bei Kindern

Bereits in den 1940er-Jahren wurden Beobachtungen psychischer Traumatisierungen von Kindern veröffentlicht. Anna Freud und Burlingham (1943, 1944) hatten ungewöhnliche Verhaltensweisen bei sehr kleinen Kindern beobachtet, die wegen der Bombenangriffe auf London von den Eltern getrennt worden waren. Im Jahr 1951 veröffentlichten Anna Freud und Dan Beobachtungen über dreijährige Waisenkinder, die ein Konzentrationslager überlebt hatten (A. Freud/Dan 1951).