

Prof. Dr. Andrea Lanfranchi

Fachpsychologe für Psychotherapie FSP
Fachpsychologe für Kinder- und Jugendpsychologie FSP



Praxis: Dorfstrasse 214 - 8706 Meilen

Tel.: +41 079 564 89 30
Korrespondenz: Haltenweg 28, 8706 Meilen
E-mail: andrea.lanfranchi@swissonline.ch

V. Europäisches Kongress für Familientherapie und Systemische Praxis, Berlin 1.10.04

Symposium 11 „Kultur und Trauma“

Unveröffentlichter Vorlesungsmanuskript, nicht lektoriert

Kinder aus Kriegsgebieten in europäischen Einwanderungsländern Trauma, Flucht, Schule und Therapie

Die multikulturellen Städte der Schweiz wie Genf, Basel oder Zürich verfügen über langjährige Erfahrungen mit Zuwanderern aus Krisenregionen: In den 80er Jahren mit den lateinamerikanischen Folteropfern der chilenischen Militärdiktatur und den Erdbebenopfer aus Süditalien, in den 90er Jahren mit den Kriegsoffern aus Kroatien, dann aus Bosnien, vor fünf Jahren aus Kosovo, vor drei Jahren aus dem albanischen Mazedonien, kürzlich aus Tschetschenien.

In der Schule manifestieren sich Symptome des *posttraumatischem Stress' oder Anpassungsstörungen* in Form von Lern- oder Verhaltensproblemen, Depressivität oder Aggressivität. Psychotraumata bei Schulkindern aus Flüchtlingsfamilien werden häufig nicht diagnostiziert bzw. als heilpädagogisches Problem oder „interkultureller“ Konflikt beurteilt.

Die betroffenen Kinder leiden oft beträchtlich – aufgrund der belastenden Erlebnisse und der unsicheren aufenthaltsrechtlichen Perspektiven ihrer Familie im Aufnahmeland. In der Praxis stellt sich immer wieder die Frage, wie solche Kinder behandelt werden sollen. Erfahrungen beim Schulärztlichen-Schulpsychologischen Dienst der Stadt Zürich zeigen, dass gruppentherapeutische Verfahren ein Mittel der Wahl sind, um Verarbeitungsprozesse in Gang zu setzen und um Isolations- und Schuldgefühle durchzubrechen.

Neben therapeutischer Hilfe brauchen kriegstraumatisierte Kinder in der „Fremde“ ein sicheres und emotional unterstützendes Umfeld. Dazu gehören die strukturgebende Stabilität des Schulalltags und die pädagogische Professionalität von interkulturell kompetenten Lehrpersonen. Dazu gehört auch die Einbeziehung und Beratung der verunsicherten Eltern, was jedoch nicht selten sehr schwierig ist. Eltern von kriegstraumatisierten Kindern sind sehr oft selbst durch Flucht und eigener Traumatisierungen beeinträchtigt. Manchmal befürchten sie, unter anderem aufgrund der Schulprobleme und Verhaltensauffälligkeiten ihrer Kinder, erneut vertrieben oder ausgeschafft zu werden. Es kann dann sein, dass sie die in der Schule manifestierten Störungen verleugnen und sowohl pädagogische als auch therapeutische Angebote ablehnen.

Das letzte entsetzende Beispiel tiefer Verletzungen der kindlichen Seele:

Geiselnahme und Blutbad an der Schule in Beslan im Nordkaukasus, 3. Sept. 2004. Wir sahen am Fernsehen verstörte Kinder in Unterhosen, die voller Angst aus dem gestürzten Schulhaus flohen. Sie haben gesehen, wie ihre Lehrerinnen umgebracht wurden, bangen selber um ihr Leben und waren sehr lange einer extremen Stresssituation ausgesetzt.

Was geht in Kindern in solchen Fällen vor? Das, was gerade geschieht, können sie nicht einordnen, weil sie die Zusammenhänge nicht erkennen. Sie haben Bilder, die sie mit allen Sinnen wahrnehmen und die sich ganz tief und unauslöschlich einprägen.

Wie kann ihnen geholfen werden, nach der Freilassung? Heinrich Nufer vom Marie-Meierhofer-Institut für das Kind in Zürich sagte in einem Interview, dass die erste psychologische Hilfe die emotionale Wärme und Nähe ist, durch Menschen, die sie kennen und in den armen nehmen. Die Kinder müssen sofort spüren, dass sie nicht mehr in einer feindlichen Situation sind, sondern bei Menschen, die ihnen nicht wehtun wollen. Reden nach Techniken des defusing und später des debriefing ist in diesem Moment nicht so wichtig. Wichtig ist die Rahmung in einem sozial sicheren Ort, und dann die möglichst baldige Rückkehr in die Strukturen des Alltags (Familie, Schule, peers). Das, was sich im Innern des Opfers abspielt, muss herauskönnen, aber erst dann, wenn das Kind das selber will. Die Einprägungen sind wie radioaktiver Abfall „zwischenlagert“ und kommen irgendwann wieder an die Oberfläche (Keilson 1994). Ein „Endlager“ gibt es kaum. Damit dieser radioaktive Abfall nicht „explodiert“ und das Kind lernt, mit dem Traumaerlebnis zu leben, müssen die Ereignisse in einem vertrauten Umfeld aufgearbeitet werden. Wie das in Norossetien geschieht, mit welchen massgeschneiderten Unterstützungssystemen und Ritualen, weiss ich nicht.

Mittel der Wahl in westeuropäischen Ländern sind in solchen Fällen Verfahren der Gruppentherapie, Einzeltherapie, die Beratung der Eltern und die Unterstützung der Lehrpersonen.

Ich komme zu diesen Massnahmen zurück, nach einigen kurzen erklärenden Ausführungen zum Trauma-Begriff und seiner diagnostischen Einteilung.

Trauma

Der Begriff (griech. Wunde, Verletzung) weist in seelischer Hinsicht auf einen Schock, eine starke Erschütterung mit nachhaltiger Wirkung hin. Bei Traumaerlebnissen infolge von Krieg und Verfolgung werden nicht nur die zentralen zwischenmenschlichen Beziehungen, sondern auch das gesamte Umfeld inklusive seiner Werte und Normen, seiner Kultur und Bewältigungsmöglichkeiten stark beeinträchtigt oder sogar zerstört.

Traumatische Erlebnisse können in zwei Typen differenziert werden: *einmalige, isolierte Einwirkungen* (wie zum Beispiel Erdbeben, Überschwemmungen, Unfälle) und *wiederholte, kontinuierliche Einwirkungen* (wie zum Beispiel Krieg, längerdauernder sexueller Missbrauch, etc.) (vgl. Terr, 1991).

Nach dem Begriff des 'sequentiellen' bzw. 'kumulativen Traumas' (Kahn, 1963) kann eine Vielzahl von Erlebnissen im Sinne von Mikrotraumata, von denen jedes einzelne nicht unbedingt zu Störungen führen würde, *in ihrer Häufung seelische Verletzungen* verursachen. Walter (1998) sieht in Trauma eine äussere Einwirkung, die die normalen Bewältigungsmechanismen überfordert und zu einer radikalen Unterbrechung der Alltätigkeit und der Beziehungen zu anderen aber auch zu sich selbst führt. Kumulative traumatische Erlebnisse können nicht in eine zusammenhängende Lebensgeschichte integriert werden, sondern bleiben unverarbeitet im psychischen Apparat tief eingegraben. Keilson (1994) vergleicht sequentielle Traumaerlebnisse mit bedrohlich explosivem, nur zwischengelagertem radioaktivem Abfall.

Traumatische Prozesse infolge von Krieg und Verfolgung sind dementsprechend nicht lediglich individuelles Leiden, sondern eine kollektive Angelegenheit. Wir wissen das aus der Geschichte und leider aus aktueller Betroffenheit: Lehnt ein soziales Kollektiv wie die Herkunftsgesellschaft oder die Exilumgebung ab, die Verantwortung für Gewalttaten oder sonstiges Unrecht gegen Unterdrückte zu übernehmen, so kann das Leiden über Generationen hinweg weiter bestehen.

Die erlebten Extremsituationen sind durch folgende Faktoren charakterisiert (siehe Walter, 1998):

- Unvorhersehbarkeit und Unvermeidbarkeit
- unabsehbare Dauer
- beständige Lebensgefahr
- eine völlige Veränderung der Umwelt
- eine Zerschlagung der Gruppenstrukturen
- beständige Ohnmachtsgefühle.

Psychisch belastende Kriegserlebnisse am Beispiel einer Umfrage der UNICEF bei 75 Kindern in Sarajewo im Oktober 1992 waren:

(Auswahl, Prozentzahlen in Klammer):

Hat Bombardierungen aus nächster Nähe erlebt	99%
War in einer Situation, wo es gedacht hat, es werde getötet	81%
Wurde gezwungen, Heimatdorf zu verlassen	72%
Jemanden gesehen, der im Krieg verletzt wurde	75%
Dabei, als die Person verletzt wurde	41%
Jemanden gesehen, der im Krieg getötet wurde	51%
Dabei, als die Person getötet wurde	24%
Während mehr als 3 Wochen vom Vater getrennt	42%
Während mehr als 3 Wochen von der Mutter getrennt	16%
Familienmitglieder im Krieg getötet	39%
Mutter oder Vater im Krieg getötet	3%

Traumatische Stressreaktionen

Die Folgen von Traumaerlebnissen von Typ 1 (einmalige, unvorhergesehene Einwirkung) lassen sich folgendermassen einteilen:

- *Akute traumatische Stressreaktion*

Es handelt sich um eine vorübergehende Störung, die sich als normale Reaktion auf eine aussergewöhnliche physische oder psychische Belastung entwickelt und die normalerweise innerhalb von Stunden, Tagen oder einigen Wochen abklingt - *sofern eine kognitive und emotionale Verarbeitung des Erlebten gelungen ist*. Ist das nicht der Fall, kann der Verlauf in zwei verschiedene Richtungen gehen:

- a) *Posttraumatische Belastungsstörung*

Diese entsteht als eine verzögerte Reaktion auf ein belastendes Ereignis. In psychiatrischen Klassifikationen wird diese Störung unter dem Begriff PTSD (posttraumatic stress disorder) beschrieben. Sie kann schwere pathologische Folgen haben, wenn sie länger als einen Monat andauert.

Das Erleben und Verhalten bei PTSD ist charakterisiert durch:

- Verhaftetsein an die traumatischen Erlebnisse durch flash-backs, d.h. durch überfallartig wiederkehrende, nicht beeinflussbare Erinnerungen, Alpträume, Scham- und Schuldgefühle;
- Vermeidungsverhalten und Erstarren von Gefühlen (Depression), Dissoziation (Flucht in eine andere, beherrschbare Welt), Rückzug aus Beziehungen;
- Übermässige Wachsamkeit und überdauerndes Misstrauen infolge von Unterscheidungsschwierigkeiten zwischen bedrohlichen und nicht bedrohlichen Situationen.

b) Anpassungsstörung

Das volle klinische Bild der posttraumatischen Belastungsstörung ist bei den Kindern aus Kriegsgebieten des ehemaligen Jugoslawien weniger häufig anzutreffend als aufgrund der einschlägigen Literatur zu erwarten wäre. Hingegen kommt es sehr häufig zum Phänomen der *stillen Trauer*. Kinder und Jugendliche dieser Gruppe zeichnen sich vor allem durch Rückzug und Passivität, Entfremdung, eingeschränkte Emotionalität und Reizbarkeit aus. In der Fachliteratur wird diese Gruppe von Reaktionen als Anpassungsstörung beschrieben. Es handelt sich um kurze oder verlängerte depressive Phasen, eventuell begleitet von Angst, Störungen im Sozialverhalten oder im Lernen, oder anderen neurotischen Symptomen wie etwa Bettnässen.

Bemerkenswert ist auch, dass solche Reaktionen zum Teil erst nach mehreren Monaten oder sogar Jahren einsetzen, nachdem Kinder und Jugendliche zuerst gegenüber den schrecklichen Ereignissen wie immun gewesen waren. In den ersten Monaten nach der Flucht äussern sich die Kinder in den seltensten Fällen in Form von Zeichnungen und ähnlichem. Zu erwähnen ist noch, dass es zumindest in der Schweiz Jugendliche im Alter zwischen 16 und 20 Jahren oft noch schwerer haben als Kinder, sich im Fluchtland zurechtzufinden. Aufgrund fremdenpolizeilicher Bestimmungen können nur wenige dieser Jugendlichen einen Lehrvertrag abschliessen. Es gibt auch keine offiziellen Angebote, mit Ausnahme der sogenannten Integrationsklassen, wo diese Jugendlichen während des Aufenthaltes in der Schweiz eine sinnvolle Tätigkeit ausüben könnten. Nichts ist schlimmer, als untätig zu bleiben in der schwierigen Zeit nach einer solchen Katastrophe.

Die resilienten Kinder und ihre Schutzfaktoren

Nicht jedes Kind, das sehr belastende traumatische Situationen erlebt hat, entwickelt Störungen oder Pathologien. Es gibt offenbar eine ganze Reihe psychischer Schutzfaktoren, die dazu führen, dass Kinder in einzelnen Fällen aus Traumatisierungserfahrungen gestärkt hervorgehen (Lanfranchi, im Druck). Sie sind zwar nicht ‚unverwundbar‘, wie sie in der älteren Resilienzliteratur beschrieben wurden (vgl. Tress, 1987). Viel eher sind sie in der Lage, eigene, interne kindbezogene Ressourcen sowie externe, umgebungsbezogene Ressourcen zu finden und zu aktivieren. Daraus entsteht zum Beispiel die Möglichkeit, die als chaotisch empfundenen Traumaerlebnisse zu ordnen. Es wird ihnen eine Bedeutung gegeben, die sich mit dem Lebensplan und den Anforderungen der Umwelt vereinbaren lässt. Zu den Schutzfaktoren zählen auch Erfahrungen früherer erfolgreicher Bewältigung, etwa durch sensible Eltern oder andere Bezugspersonen, die das Trauma der Kinder bemerken konnten und ihm Raum gaben. Ein hilfreiches Milieu mit Verarbeitungshilfen, Information, Orientierung, wohlwollender Annahme und eine schnelle Wiederherstellung eines strukturierten Alltags bietet überhaupt die beste Möglichkeit, mit Traumaerlebnissen – sofern überhaupt möglich – ‚fertig‘ zu werden.

Pädagogische und therapeutische Aspekte

Nicht nur die schulische und gesellschaftliche Integration der Kinder und Jugendlichen aus dem ehemaligen Jugoslawien ist in vielen Fällen ein weitgehend ungelöstes Problem, sondern oft auch deren psychosoziale Versorgung und psychotherapeutische Behandlung. In der Stadt Zürich wurden neuerdings zwei im Bereich Schulung und Therapie richtungsweisende Projekte realisiert:

1) Die Aufnahmeklasse

In den Asyl-Durchgangsheimen des Kantons Zürich befanden sich vor wenigen Jahren mehrere hundert albanische Flüchtlingskinder aus Kosovo. Für alle fremdsprachigen Kinder im schulpflichtigen Alter, die in die Schweiz ziehen - also auch für Flüchtlingskinder - gilt der gleiche Grundsatz: das Anrecht auf eine umfassende Schulbildung nach Lehrplan. Auf dem Land treten die fremdsprachigen Kinder meistens direkt in Regelklassen über und erhalten zusätzlichen Deutschunterricht. In städtischen Gebieten, wo der Anteil fremdsprachiger Zuzüger sehr hoch ist, gibt es oft eine auf einem Jahr befristete integrationsausgerichtete Schulung in Aufnahmeklassen. In den neu eröffneten Klassen wurden Kinder aus Kosovo nach dem Krieg von einer regulären Lehrperson

mit Unterstützung einer albanisch sprechenden, assistierenden Lehrkraft unterrichtet und unterstützt. Die Kinder wurden in ihrer schwierigen Exilsituation begleitet und die Integration in eine Regelklasse vorbereitet. Die Lehrertandems wurden von Fachleuten supervidiert.

2) Die Gruppentherapie für kriegstraumatisierte Kinder

Parallel dazu gibt es auf Initiative des Schulärztlichen-Schulpsychologischen Dienstes der Stadt Zürich einige Gruppen von kriegsgeschädigten Kindern, die pädagogisch-therapeutisch von einem Psycholog/innen-Team betreut werden. Die im Moment rund 30 Kinder im Alter zwischen 6 und 13 Jahren aus Kosovo, Afghanistan, Angola, Somalia, Sri Lanka und der Türkei machen in einer spielerischen, familiären Atmosphäre Musik, malen, zeichnen und werden motiviert, unverarbeitete, bedrückende Erlebnisse im Sandkasten nachzustellen. Durch die direkten oder indirekten Kriegserlebnisse sind bei vielen Kindern das emotionale Empfinden und teilweise die kognitive Entwicklung und somit die schulischen Lernleistungen blockiert. Das Zusammensein in der Gruppe, wo die Kinder auch die Geschichten der anderen zu hören bekommen, hilft ihnen, sich selbst zu öffnen und sich dem Ungeheuerlichen, das sie erlebt haben, zu stellen. Damit entsteht die Möglichkeit, die gefühlsmässigen Verletzungen anzugehen und die eigenen Selbstheilungsprozesse wieder in Gang zu bringen.

Im Zusammenhang mit der therapeutischen Unterstützung möchte ich noch einige relevante Aspekte erwähnen. Symptome infolge traumatisierender Erlebnisse sind als funktionaler Copingsmechanismus im Sinne von Bewältigungsversuchen zu werten. Zur therapeutischen Hilfestellung soll es dann kommen, wenn die Probleme nicht mehr ausreichend aus eigener Kraft angegangen werden können. Die Indikation zur Beratung und Therapie ist dementsprechend nicht das Erlebte, sondern die Schwierigkeit, damit weiter zu existieren. Dabei soll nicht vergessen werden, dass jede Familie ihre eigene Biographie und Lebensgeschichte, ihre eigene Familiendynamik und ihre eigene mehr oder wenige hilfreiche Bewältigungsstrategien - und Widerstände - hat. Die Schwierigkeit bei Eltern aus Kriegsgebieten, einer längerfristigen Beratung oder Therapie zuzustimmen, hat mit diesen Spezifitäten sowie mit der unsicheren Lebensperspektive und oft auch mit einem nur vorläufigen Aufenthaltsstatus zu tun. Es besteht die Gefahr, dass die belastenden Erlebnisse im Sinne des Ausgeliefertseins durch die Zulassungsbeschränkungen der Exilgesellschaft immer wieder neu reproduziert werden. Dabei

kann so etwas wie eine 'Opferidentität' entstehen. Nicht selten werden dabei starre Feindbilder aufgebaut. Diese Feindbilder können auch Lehrerinnen und Lehrer sowie Sozialarbeiterinnen und Therapeuten betreffen. Nach den Erfahrungen von Walter (1998) müssen sich Fachleute im Klaren darüber sein, dass sie leicht selbst als verfolgend wahrgenommen werden können, insbesondere, wenn sie auf detektivische Weise versuchen, die 'real erlebte Lebensgeschichte' zu rekonstruieren, statt die Familienerzählungen in der Phase der Vertrauensbildung so zu akzeptieren, wie sie präsentiert werden.¹

Hinzu kommt, dass aufgrund kulturgeprägter Erfahrungen mit traditionellen Heilungsmethoden (wie mit dem Hodscha in Kurdistan und verschiedenen Heilerinnen und Heilern in anderen Ländern) Flüchtlinge manchmal für sich und ihre Kinder ein schnelles Verschwinden der Probleme erwarten, ohne selbst aktiv dazu beitragen zu müssen.

Familiensystemische Betrachtung und Rollenübernahme

Flüchtlingskinder müssen oft verfrüht Aufgaben übernehmen, die nicht altersgemäss sind. Trotz perspektivloser Ausgangslage werden auf sie viele Hoffnungen gesetzt. Sie müssen die oft hilflosen Eltern trösten, Vermittlungsfunktionen mit der Aussenwelt übernehmen, manchmal sogar die Eltern versorgen. In der Fachterminologie spricht man dann von Parentifizierung, wenn die familieninternen Generationengrenzen aufgeweicht werden und die Kinder Rollen auf der Eltern-Ebene übernehmen müssen, die in der Herkunftskultur absolut undenkbar waren. Nicht selten müssen sie einen Elternteil ersetzen.

Manchmal gilt in Flüchtlingsfamilien der unausgesprochene Konsens, dass die erlebten Erniedrigungen nicht nach aussen artikuliert werden sollen, sondern verdrängt oder

¹ Widersprüchliche Fakten kommen manchmal insbesondere bei unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen zum Vorschein (dazu Adam, 1999). Da fühlen sich Fachleute manchmal betrogen, auch wenn sie wissen, dass die „confused memories“ determiniert werden können: a) durch elterliche Aufträge; b) durch psychische Abwehr- oder Schutzmechanismen, d.h. vom unbewussten Wunsch, schreckliche Erfahrungen zu verdrängen bzw. sie nicht bis ins kleinste Detail erinnern zu müssen (z.B. Vergewaltigungen); c) durch Versuche zu einer Aufenthaltsbewilligung zu gelangen. Die Geschichten basieren dann oft auf vorgefertigten Legenden, die zum Beispiel von Schlepperorganisationen übernommen wurden. Wird die Aufenthaltsbewilligung nicht oder lediglich in Form einer vorläufigen Aufnahme gewährt, können Fachleute keine Sicherheit und keinen äusseren Schutz geben. Nach Walter (1998) können sie aber wohl eine *innere* Aufenthaltsgenehmigung anbieten, das heisst einen Platz, wo Gefühle der Schuld, der Trauer, aber auch der Wut und der Aggression ihren Platz haben. Es besteht so die Möglichkeit, dass im therapeutischen Rahmen trotz „confused memories“ neue Lebensentwürfe gestaltet werden können. In dieser Weise kann vermieden werden, dass nach den „confused memories“ eine „confused future“ entsteht.

abgespalten werden müssen. Walter (1998) spricht in diesem Zusammenhang von 'Schweigepakt' als Familienregel, die einsam macht. Der gleiche Autor beschreibt eine weitere Folge der Traumatisierung, die darin besteht, unbewusst die Ängste der Eltern oder sogar ihre Erlebnisse körperlich auszuagieren, was 'Konkretisierung des elterlichen Schreckens' genannt wird.

Besondere Probleme entstehen, wenn Traumatisierungen bei älteren Kindern mit den Entwicklungsphasen der Pubertät und Adoleszenz zusammenfallen. Gerade in die Zeit, in der Jugendliche sich mit ihrer Identität und Geschlechtsrolle auseinandersetzen, fällt das 'normale' kritische Hinterfragen der Eltern mit der Hilflosigkeit bei Verfolgung und Krieg. Manche Jugendlichen lehnen nach der Flucht, im Aufnahmeland, die Werte und Normen der Eltern massiv ab. Die Eltern fühlen sich dann verlassen und enttäuscht. Sie haben das Gefühl, für die Kinder das alles umsonst durchgemacht zu haben.

Es gibt Väter, die nicht von der Front zurückgekommen sind und als vermisst gelten: Sie sind zwar physisch abwesend, jedoch psychisch präsent. Andere Väter sind physisch da, jedoch psychisch abwesend, da total absorbiert von einem Gefühlschaos aus Trauer, Wut, Angst und Resignation. Bruno Bettelheim sagte, dass es schwer ist, sich gegen Eltern aufzulehnen, deren Welt in die Brüche gegangen ist. Kann sich die puberale Oppositionshaltung nicht gegen die Eltern richten, weil sie entweder physisch oder psychisch unerreichbar sind, richtet sie sich gegen andere Instanzen, die das väterliche Prinzip repräsentieren - etwa gegen die Schule oder andere Instanzen des gesellschaftlichen Umfelds. Das ist einer der Mechanismen, welche die Gewalt bei neu immigrierten Jugendlichen erklären.

Umso wichtiger bei ihnen ist eine sensible aber auch - obwohl die Zukunftsperspektiven unsicher bleiben - orientierungsgebende und klar strukturierte Erziehungshaltung durch die pädagogischen und psychosozialen Institutionen. Fachpersonen in Pädagogik und Beratung können und müssen fast alles verstehen; das heisst jedoch nicht, dass sie auch alles akzeptieren sollen, zum Beispiel Gewaltreaktionen oder Regression. Obwohl bei den meisten dieser Kinder und Jugendlichen die erlittenen Schäden nicht einfach 'wegerzogen' oder 'wegtherapiert' werden können, kann dennoch eine im Rahmen von Grenzen gute Entwicklung ermöglicht werden. Die Kinder und Jugendlichen können im Exilland eine Situation erleben, in der es weniger Gewalteskalationen und eine bessere ökonomische Lage gibt als in ihrem Heimatland. Viele können, zumindest temporär, für sie gut ausgebaute Bildungsangebote nutzbar machen. Dadurch haben sie die Mög-

lichkeit, trotz erlittenen Traumatisierungen ihr Selbstwertgefühl zu stärken. Das scheint insbesondere dann der Fall zu sein, wenn sie sich nicht zwischen den zwei Extremen der Anpassung und Marginalisierung entscheiden müssen, sondern wenn sie ihre eigene 'Zwischenwelt' (Hettlage, 1988) aufbauen können. Darunter verstehen wir das Ergebnis einer 'Justierung' der individuellen - durch frühere traumatisierte Erlebnisse durchaus eingeschränkten - Handlungsmöglichkeiten mit den aktuellen Erfordernissen der Innen- und Aussenwelt. Nicht selten steht hier die Pädagogik vor eng gesteckten Grenzen. Dann ist therapeutische Arbeit - deren Ziele und Methoden oben skizziert wurden - nötig.

Welches sind nun aber die konkreten Konsequenzen und wo liegen die Handlungsmöglichkeiten, aber auch die Grenzen für systemische Beraterinnen und Therapeuten?

Einige Konsequenzen für die Systemische Praxis

Häufig fühlen sich Fachpersonen in psychosozialen Einrichtungen verunsichert und sogar überfordert, wenn sie bei Kindern und Jugendlichen mit den verhaltensmässigen Folgen von Kriegstraumatisierung konfrontiert sind. Es gibt zwei Arten von 'Fehldiagnose':

- a) Manchmal haben Fachpersonen aufgrund von Phänomenen wie Beziehungs- oder Lernproblemen den *Verdacht*, es handle sich um eine Kriegstraumatisierung - ist es jedoch nicht.
- b) Manchmal glauben sie, das Kind sei schlicht faul, oder introvertiert, oder wegen problematischer Erziehungshaltungen der Eltern in seinem Verhalten beeinträchtigt. Sie denken nicht an die Möglichkeit, dass das Kind infolge von Krieg, Verfolgung oder Flucht psychische Probleme hat.

In der Beurteilung der Situation stehen sie vor ähnlichen Schwierigkeiten, wie wir sie schon lange bei sexuell ausgebeuteten Kindern (eine andere Traumatisierungsform) kennen. Angesichts der nicht zu leugnenden grossen Schwierigkeiten, die Situation des Kindes verlässlich zu beurteilen, sind viele Fachpersonen stark verunsichert oder sogar ratlos. Nicht selten vergessen sie dabei, auf die bewährten und ihnen geläufigen pädagogischen oder beraterischen Vorgehensweisen zurückzugreifen, oder wenden sie aus Angst nicht an (siehe Gisela Perren im Vorwort zu Macksoud, 1997). Damit wird den Kindern in Not jedoch weder gedient noch geholfen, sich in einer neuen, sicheren Um-

gebung von den traumatischen Erfahrungen zu distanzieren und einen neuen Lebensabschnitt zu wagen.

Auf was sollen Fachpersonen in sozialen Berufen achten, wollen sie in ihrer Einschätzung der Situation relativ sicher sein?

Sie müssen zuerst wissen, dass die problematischen Verhaltensweisen infolge eines Traumas *sehr unterschiedlich* sein können. Sie umfassen ein sehr breites Spektrum von Reaktionen: von der Depression zur Aggression, von der Entwicklungsverzögerung zur Entwicklungsbeschleunigung, von der Lernblockade zur Rastlosigkeit, vom ängstlichen Verhalten zu psychosomatischen Störungen. Oft zu beobachten sind abrupte Verhaltensveränderungen in kurzen Zeitspannen: Zum Beispiel benimmt sich das Kind in einer bestimmten Situation dominant, ablehnend und laut, um unmittelbar danach sich zurückzuziehen und gefühllos-passiv zu werden (vgl. Terr, 1991).

Fachpersonen müssen zweitens *das Alter* des Kindes berücksichtigen. Der jeweilige Entwicklungsstand ist sowohl für die pädagogische Beurteilung und Intervention als auch für Diagnostik und Therapie von grosser Bedeutung. Die Art und Weise, wie das Kind ein bestimmtes Ereignis versteht, darauf reagiert und Hilfen sucht resp. annimmt, ist abhängig vom Alter. Bei Kleinkindern deuten oft ängstliches Anklammern, Schlafstörungen, regressive Symptome wie Bettnässen etc. auf die Kriegstraumatisierung hin. Bei 6- bis 12-jährigen Kindern gehören spezifische Ängste und Depressionen, Aggressivität und Ruhelosigkeit, somatische Beschwerden und Lernprobleme zu den oft beobachtbaren Stresszeichen. Bei grösseren Kindern ab 13 Jahren können selbstzerstörerisches oder risikovolles Verhalten ebenso wie Absonderung, Scham- und Schuldgefühle und psychosomatische Störungen vorkommen (vgl. Macksoud, 1997, S. 20-24).

Fachpersonen sollten drittens *die Differenzierung* kennen, die gemacht wird zwischen Ereignissen, die das Kind tatsächlich erlebt oder gesehen hat und Ereignissen, von denen es gehört oder die es im Fernsehen gesehen hat, und schliesslich Ereignissen, vor denen das Kind im Hinblick auf die Zukunft Angst hat. (Zur Einteilung von Kriegstraumata vgl. Kocijan-Hercigonja, 1997). Es ist wichtig, dass zuerst herausgefunden wird,

welches von vielen möglichen schrecklichen und schmerzlichen Erlebnissen das Kind *am meisten belastet* hat.²

Fachpersonen sollten viertens wissen, dass *die Eltern* von Kindern aus Kriegsgebieten selbst durch Flucht und Asylsituation und eventuell eigener Traumatisierungen massiv beeinträchtigt und verunsichert sind. Hinweise auf Verhaltensauffälligkeiten ihrer Kinder erleben sie oft als Kränkung und Disqualifizierung. Hinzu kommt, dass sie aufgrund der in der Schule aufgetretenen Schwierigkeiten ihrer Kinder eine erneute Vertreibung befürchten (vgl. Biderbost, 1998). Deshalb haben sie nicht selten die Tendenz, die zum Beispiel in der Schule manifestierten Störungen zu verleugnen und pädagogisch-therapeutische Angebote abzulehnen. Massnahmen wie Beratung und Unterstützung der Kinder werden auch deshalb oft von den Eltern als etwas Nebensächliches gesehen, weil sie im Alltag wegen existentiellen Problemen wie Geldknappheit und Wohnungsnot 'überbesorgt' sind, sodass die Probleme der Kinder in den Hintergrund rücken.

Ein Blick auf den Schulalltag: Was können Lehrpersonen tun?

Manche Verhaltensweisen kriegstraumatisierter Kinder verursachen im Klassenverband derartige Spannungen, dass Lehrpersonen dadurch enorm belastet sein können. Die verständliche Reaktion darauf ist der offen geäußerte oder implizite Wunsch, traumatisierte Kinder aus der Klasse auszugliedern, damit der Schulbetrieb wieder einigermaßen gewährleistet ist. Die angedrohte oder ausgeführte Separation kann jedoch vom Kind und seinen Eltern als eine erneute Ausstossung interpretiert werden, was sie in tiefe Verzweiflungs- und Versagensgefühle stürzt. Was diese Kinder brauchen, ist hingegen ein klarer Rahmen innerhalb einer Regelklasse, der dem Strukturverlust durch Flucht, Heimatlosigkeit und Verunsicherung entgegensteuert. Die Projektleiterin der Gruppentherapie für kriegsgeschädigte Kinder beim Schulärztlichen-Schulpsychologischen Dienst der Stadt Zürich, Lisa Biderbost, hat das in einer persönlichen Mitteilung schlicht so ausgedrückt: Die Lehrerin soll keine besondere Rücksicht nehmen, kein Mitleid, keine Überreaktion oder Übersolidarisierung zeigen, keine be-

² Um die beobachtbaren und erlebbaren Merkmale von Kindern aus Kriegsgebieten im Schulalltag systematisch zu erfassen, wurde beim Schulärztlichen-Schulpsychologischen Dienst der Stadt Zürich ein Fragebogen für Lehrpersonen erstellt (Biderbost, 1997). Dieses Instrument ist ein Hilfsmittel zur präzisen Beurteilung des Belastungsgrades beim Kind. Es dient der Planung von pädagogischen und wenn nötig therapeutischen Massnahmen.

sondere Vorkehrungen treffen, etwa damit Kinder ihr Leid in der Schule zum Ausdruck bringen. Empfohlen werden Abmachungen zwischen Lehrerin und Kind, wie zum Beispiel folgende: *„Ich weiss, dass du sehr schwierige Dinge erlebt hast. Wenn du möchtest, kannst du mit mir darüber reden. Ich möchte aber vor allem, dass du in der Schule lernst.“* Dazu gehört, dass Lehrpersonen konsequent Grenzen setzen und bei Passivität oder Aggressivität mit den ihnen bekannten und bewährten pädagogischen Mitteln reagieren. Dazu eine Fallvignette: Nachdem ein Kind erfahren hatte, dass es mit seiner Familie ‘ausgeschafft’ wird, wurde es in der Klasse massiv verhaltensauffällig. Die Lehrerin hat mit folgender Haltung und Botschaft spontan reagiert: *„Es ist verständlich, dass du wütend bist, du hast völlig recht; ich kann jedoch nicht dulden, dass der Unterricht dadurch gestört wird; du kannst jeden Morgen 5 Minuten der Klasse erzählen, wie es dir geht und was dir durch den Kopf geht; dann machen wir mit der Schule weiter.“*

Diese eher strengen pädagogischen Vorkehrungen beruhen darauf, dass Traumatisierungen primär Strukturverlust bedeuten. Also muss die Schule klare Strukturen bieten, in einem zwar empathischen, wertschätzenden und akzeptierenden jedoch nicht bemitleidenden und stigmatisierenden Rahmen. Die Kinder sollen ermutigt werden, für ihre persönlichen Probleme selber Lösungen zu finden, damit sie ihre schwierige Situation im Laufe der Zeit in den Griff bekommen. *Rituale und Symbolisierungen* können dabei von grossem Nutzen sein. Beispiele für den Schulalltag sind tägliche Gesprächsrunden zu einer bestimmten Tageszeit (jedes Kind sagt etwa, wie es ihm geht, was es sich heute und einem anderen Kind zuliebe tun will), Darstellungen auf der ‘Gefühlswand’ mit Sonne, Wolken, Blitz und Donner, das Zeichnen oder Basteln eines ‘Schutztiers’, das immer in Sichtweite des Kindes innerhalb des Klassenzimmers ist und jeden Tag ‘kontaktiert’ wird (Lisa Biderbost, persönliche Mitteilung).

Bei Verdacht auf Kriegstraumatisierung sollten Lehrpersonen zunächst einmal *mit den Eltern Kontakt aufnehmen* und mit ihnen - eventuell zusammen mit einer sozial kompetenten Übersetzerin in der Rolle der Kulturvermittlerin - ein klärendes Gespräch führen (konkrete Hinweise dazu sind in Lanfranchi & Hagmann, 1998 zu finden). Nach der Einschätzung der Situation (siehe oben) soll zusammen mit den Eltern ein Plan erarbeitet werden, um dem Kind zu helfen, seine Probleme zu bewältigen. In gravierenden

Fällen können Lehrpersonen das Kind und die Familie beraten, wo sie ausserhalb der Schule zusätzliche Unterstützung finden können.

Wenn also Kinder - trotz 'guter Pädagogik' und Familienberatung - ständig Beruhigung und Zuwendung brauchen, weil sie extrem verletzlich sind und massive Verhaltensstörungen zeigen, kann es sein, dass nebst der sicheren und affektiv stützenden Schulumgebung therapeutische Hilfe nötig wird. Damit will ich sagen, dass schulische und sozialpädagogische Institutionen nicht alles können und in bestimmten Fällen durch psychotherapeutische Einrichtungen entlastet werden müssen.

Literatur

- Adam, H.** (1999). "Zwischenwelten". Minderjährige unbegleitete Flüchtlinge in Hamburg. In G. Romeike & H. Imelmann (Hrsg.), *Hilfen für Kinder. Konzepte und Praxiserfahrungen für Prävention, Beratung und Therapie* (S. 317-333). München: Juventa.
- Biderbost, L.** (1997). *Fragebogen betreffend kriegstraumatisierte Kinder*. Zürich: Schulärztlicher-Schulpsychologischer Dienst (Typoskript, 10 S.).
- Biderbost, L.** (1998). Gruppenbetreuung für Kinder aus Kriegs- und Krisengebieten. *Soziale Arbeit*(September), 13-15.
- Hettlage, R.** (1988). Fremdheit und Fremdverstehen. Ansätze einer angewandten Hermeneutik. *Archiv für Kulturgeschichte*, 70(1), 195-222.
- Kahn, M.** (1963). *The concept of cumulative trauma. The psychoanalytic study of the child*. Yale: Yale University Press.
- Keilson, H.** (1994). Abschied, Erinnerung und Trauer. In J. O. Wiese, Erhard, Olbrich (Hrsg.), *Ein Ast bei Nacht kein Ast* (S. 11-20). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kocijan-Hercigonja, D.** (1997). Kinder im Krieg. In W. Hilweg & E. Ullmann (Hrsg.), *Kindheit und Trauma: Trennung, Missbrauch, Krieg* (S. 177-194). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Lanfranchi, A., & Hagmann, T.** (Hrsg.)(1998). *Migrantenkinder. Plädoyer für eine Pädagogik der Vielfalt*. Luzern: Schweizerische Zentralstelle für Heilpädagogik.
- Lanfranchi, A.** (im Druck). Resilienzförderung von Kindern bei Migration und Flucht. In B. Hildenbrand & R. Welter-Enderlin (Hrsg.), *Resilienz - Gedeihen trotz widriger Umstände*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Macksoud, M.** (1997). *Kindern helfen, mit Kriegsbelastungen fertig zu werden. Ein Leitfaden für Eltern und Lehrer*. Zürich: Schweizerisches Komitee für UNICEF.
- Mitchell, J. T. E., G.S.** (1996). *Critical incident stress debriefing (CISD): an operations manual for the prevention of traumatic stress among emergency services and disaster workers*. Ellicott City, MD: Chevron Publishing.
- Terr, L. C.** (1991). Childhood Traumas: An Outline and Overview. *American Journal of Psychiatry*, 148(1), 10-20.
- Tress, W.** (1987). Seelische Widerstandskraft trotz schwerer Kinderjahre. *Sozialpädiatrie*, 9, 602-612.
- Walter, J.** (1998). Psychotherapeutische Arbeit mit Flüchtlingskindern und ihren Familien. In M. Endres, Biermann, G. (Hrsg.), *Traumatisierung in Kindheit und Jugend* (S. 59-77). München: Reinhardt.
- Weine, S., Muzurovic, N., Kulauzovic, Y., Besic, S. & Lezic, A.** (2004). Family Consequences of Refugee Trauma. *Family Process*, 43 (2), 147-160.

Zum Autor: Andrea Lanfranchi, Prof. Dr. phil., Fachpsychologe für Kinder- und Jugendpsychologie FSP und Fachpsychologe für Psychotherapie FSP, aus Poschiavo (italienischer Teil des Kantons Graubünden). Früher Schulpsychologe, dann Dozent und Supervisor an der Hochschule für Soziale Arbeit in Zürich, heute Dozent und Forscher bei der Interkantonalen Hochschule für Heilpädagogik in Zürich.

Mitarbeiter des Ausbildungsinstituts für systemische Therapie und Beratung in Meilen.

Mitglied der Eidgenössischen Koordinationskommission für Familienfragen.

Andrea Lanfranchi, Haltenweg 28, CH – 8706 Meilen / andrea.lanfranchi@swissonline.ch