

# Traumatisierte Flüchtlingskinder Therapeutische Behandlung im Spannungsfeld von individueller Bewältigung und kinderrechtlichem Notstand

*Sabine Haversiek-Vogelsang*

## **Zusammenfassung**

**Der Beitrag beleuchtet die Problematik der therapeutischen Versorgung von traumatisierten Flüchtlingskindern und -jugendlichen unter den Bedingungen der herrschenden kinderrechtlichen Restriktionen in der Bundesrepublik. Der prekären therapeutischen Versorgungslage von Flüchtlingskindern und -jugendlichen werden die für sie geltenden internationalen Konventionen und Schutzabkommen gegenübergestellt. Anhand von zwei Fallvignetten aus der Arbeit am Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin (bzfo) wird das persistierende Missverhältnis zwischen Anspruch und Praxis der Versorgung dieser besonders schutzbedürftigen Kinder und Jugendlichen illustriert. Am Beispiel der Bleiberechtskampagne wird die Bedeutung von wirksamer Öffentlichkeits- und Lobbyarbeit zur Absicherung von individuell erreichten Therapieerfolgen aufgezeigt.**

## **Traumatized Refugee Children**

**Psychotherapy in the field of tension between individual coping and problems caused by inadequate legislation**

**This article takes a look at the specific problems regarding therapeutic offers for traumatized refugee children and adolescents given the restrictions of the rights of children in the German Federal Republic. The precarious situation concerning therapeutic care for refugee children and adolescents is juxtaposed to the international conventions and protective agreements in effect for this group. Two cases from the work at the Berlin Center for the Treatment of Torture Victims (bzfo) exemplify the persisting disproportion between claims and practice affecting the care of this specifically vulnerable group of children and adolescents. The presentation of the „Bleiberechtskampagne“ (the right to stay campaign) will illustrate the importance of effective PR and lobbying efforts to secure therapy successes in individual therapies.**

## *Einleitung*

Die psychosoziale und therapeutische Unterstützung von Folterüberlebenden, politisch Verfolgten und Kriegsflüchtlingen wurde in den letzten Jahren mit spezifischen Angeboten für (traumatisierte) Kinder und Jugendliche erweitert. Denn die Behandlung der Flüchtlingskinder und -jugendlichen unterscheidet sich in einigen wichtigen Aspekten von der Arbeit mit Erwachsenen. So wird die Therapie von Kindern und Jugendlichen in entscheidendem Maße von den

unmittelbaren Lebensumständen und von der Qualität der Beziehungen zu den Bezugspersonen (Eltern, Vormund, Betreuer/innen, Geschwister oder auch Lehrer/innen) mit beeinflusst: insbesondere die (familiären) Bezugspersonen gehören außer den Klienten selbst zu den Zielpersonen einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (Schmidtchen 2001). Dies beginnt bereits mit dem Zugang zur therapeutischen Behandlung: So darf etwa ein Minderjähriger nicht ohne die Zustimmung der Personensorgeberechtigten behandelt werden. In allen Entscheidungen der Sorgeberechtigten und sonstigen Akteure, die über das weitere Leben eines Flüchtlingskindes maßgeblich bestimmen, kommt dabei dem Begriff des Kindeswohls eine zentrale Bedeutung zu. Kinder und Jugendliche befinden sich in der Entwicklung ihrer Persönlichkeit und verfügen über eine Palette von Reaktions- und Bewältigungsmöglichkeiten, abhängig von ihrem Alter zum Zeitpunkt belastender und gegebenenfalls Trauma auslösender Lebensereignisse. Die psychosoziale und therapeutische Unterstützung von Flüchtlingskindern- und jugendlichen ist im föderalen System der Bundesrepublik Deutschland in hohem Maße von der jeweiligen Bildungs- und Jugendhilfepolitik der Länder abhängig und somit in sehr unterschiedlichem Umfang für die Betroffenen zugänglich. So gibt es auch 14 Jahre nach der Ratifizierung (und gleichzeitigen Relativierung durch den sog. Vorbehalt) der *Kinderrechtskonvention (KRK)* immer noch vier Bundesländer (Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz, Saarland und Thüringen), die Flüchtlingskinder von der Schulpflicht ausschließen und den Schulbesuch vom Aufenthaltsstatus abhängig machen. Ebenfalls ist der Zugang zu Jugendhilfeleistungen länderspezifisch unterschiedlich geregelt. Das Angebot an therapeutischen Hilfen für Flüchtlingskinder ist angesichts des vor allem in ländlichen Gebieten sowie darüber hinaus allgemein bestehenden Versorgungsmangels im Bereich der Kinder- und Jugendlichentherapien (Zepf et al. 2003) einerseits und der Flüchtlingsunterbringungspraxis einzelner Bundesländer (Sammelunterkünfte in abgelegenen Regionen) andererseits von einem extremen (Groß)Stadt-Land-Gefälle gekennzeichnet.

In der Kinder- und Jugendlichenabteilung des *Behandlungszentrums für Folteropfer Berlin (bzfo)* werden seit sechs Jahren Einzel- und Gruppentherapien für Flüchtlingskinder, finanziert über die Jugendämter, angeboten, als Therapien im Rahmen der Jugendhilfe, die von zwei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten durchgeführt werden. Grundlage hierfür ist eine Leistungsvereinbarung mit dem Berliner Landesjugendamt für die Erbringung therapeutischer Leistungen als Hilfe zur Erziehung, bzw. als Wiedereingliederungshilfe (§§27(3), bzw. 35a Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG)). Obwohl juristisch eindeutig, ergab sich vor allem in den Anfangsjahren immer wieder Klärungsbedarf mit einzelnen Jugendämtern hinsichtlich der Frage, ob das KJHG auch für Flüchtlingskinder in vollem Umfang gilt. Vor Beginn der Therapie

ist in jedem Fall ein umfangreicher Abklärungsprozess (Klärung der räumlichen Zuständigkeit, Antragstellung beim zuständigen Jugendamt, Beteiligung des Fachdienstes, Hilfeplangespräche) erforderlich. Mit zunehmender Bekanntheit des Angebotes nahmen die Anfragen von Betreuern und Jugendämtern vor allem zur Behandlung von unbegleiteten Minderjährigen zu, so dass diese mittlerweile eine Mehrheit des Klientels bilden. Seit circa zwei Jahren wird die Einzeltherapie im Rahmen eines ganzheitlichen Rehabilitationsansatzes mit sozialpädagogischen und musiktherapeutischen Angeboten (Einzel und Gruppe) ergänzt, zum Beispiel durch eine über Terres des Hommes finanzierte Jugendlichengruppe mit erlebnispädagogischem Schwerpunkt (z.B. Klettern).

### *Traumatisierte Flüchtlingskinder*

Als Flüchtlingskinder- und jugendliche gelten in Deutschland zum einen die sogenannten alleinreisenden, unbegleiteten Minderjährigen und zum anderen Kinder, die mit (Teilen) ihrer Familie geflohen sind, sowie die Kinder, deren Eltern mit einem Flüchtlingsstatus leben, die selber aber in Deutschland geboren wurden und aufwachsen. Es handelt sich um eine zahlenmäßig überschaubare Gruppe, deren besonders prekäre Lebenslage in der Gesellschaft nur am Rande wahrgenommen wird und die entsprechend lobbyschwach ist. Erst vor kurzem, seit das Zuwanderungsgesetz in Kraft getreten ist, begann in Deutschland eine Integrationsdebatte. Die Flüchtlingskinder werden meistens unter der wesentlich größeren Gruppe der „Kinder mit Migrationshintergrund“ subsumiert; ihre besondere Lebenslagenproblematik bzw. der entsprechende, spezifische Unterstützungsbedarf wird deswegen häufig übersehen (Urbanek 2005).

Kinder, die Krieg, Verfolgung und Flucht erlebt haben, haben in der Regel verschiedene Formen potentiell traumatisierender Ereignisse durchlebt. Diese zählen, im Gegensatz zu Naturkatastrophen, zu den von Menschenhand verursachten Katastrophen („man made disaster“) und umfassen neben der unmittelbaren Kriegsgewalt oft (zeitlich begrenzte) Trennungserlebnisse, mehrfache Ortswechsel, Verlust von (nächsten) Angehörigen oder Freunden durch Tod oder Verschwinden, Inhaftierung, Folter oder Miterleben von Gewalthandlungen an den Eltern. Unbegleitete Kinderflüchtlinge sind zudem durch das Fehlen jeglichen Schutzes durch Erwachsene potentielle Opfer sexueller Ausbeutung oder anderer Formen von Gewalt und Willkür. Die Folgen dieser Ereignisse bzw. Ereignisverkettungen sind nachhaltig und wirken sich belastend bis traumatisierend auf die weitere Entwicklung der Betroffenen aus. Flucht und Exil stellen weitere Sequenzen potentieller Traumatisierung dar. Hans Keilson (2005) prägte in seiner wegweisenden Arbeit mit jüdischen Kriegswaisen in den Niederlanden den Begriff der *sequentiellen Trau-*

*matisierung* und zeigte auf, dass vor allem die dritte Sequenz, d.h. die Phase nach der Beendigung der unmittelbaren Verfolgungs- und Gewalteinwirkung, für die Entstehung oder Verhinderung von psychischen Langzeitfolgen von Bedeutung ist.

Die Frage, ob die Folgen der Kriegsgewalt eine Traumatisierung im Sinne einer psychischen Störung und klinischen Behandlungsbedürftigkeit darstellt, erfordert einen differenzierten Blick. Nicht jedes Flüchtlingskind ist traumatisiert. Eine solche Sichtweise würde Flüchtlingskinder nicht nur stigmatisieren, sondern sie verstellt auch den Blick für deren Kompetenzen und Ressourcen und somit für den jeweils erforderlichen Unterstützungsbedarf. Walter (1998) weist auf die Wichtigkeit hin, Stärken im Sinne von *Coping* zu erfassen. In der Integrativen Therapie gibt es ergänzend den Begriff des *Creating* (Petzold 2002), im Sinne der Kompetenz, kreativ neue Lebenswege zu beschreiten. Gleichwohl zeigen die Studien zur Prävalenz einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) durch Kriegsgewalt im internationalen Vergleich, dass bis zur Hälfte der Kinder und Jugendlichen in Kriegsgebieten auch Jahre später noch unter klinisch bedeutsamen Symptomen einer PTBS leiden (Landolt 2005). Eine Studie zum Bedarf an psychotherapeutischer Behandlung von Flüchtlingskindern im Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin (Wünsche 1999) kam zu dem Ergebnis, dass ein Drittel der Kinder die Kriterien für das Vorliegen einer chronischen PTBS erfüllten sowie ein weiteres Drittel andere Störungen, wie z.B. eine generalisierte Angststörung, Trennungsängste, Depressivität oder eine Aufmerksamkeitsstörung, aufwiesen.

Kinder aus Flüchtlingsfamilien erleben häufig, dass sich das Familienleben als Folge von Verfolgung, Krieg und Flucht vollkommen verändert und ihre Eltern aufgrund der eigenen psychischen Belastung für sie – vor allem auf der emotionalen Ebene – nicht mehr hinreichend zur Verfügung stehen. Oft sind sie auf sich allein gestellt und werden aufgrund ihrer meist rasch erworbenen Sprachkompetenz zu Mittlern zwischen der Familie und der Außenwelt. Sie begleiten die Eltern zum Dolmetschen zu Ämtern, Ärzten, Behörden und selbst zu Lehrergesprächen und übernehmen somit eine Erwachsenenrolle, der sie nicht immer gewachsen sind. Diese Rollenumkehr schlägt sich auf das Beziehungsgefüge in der Familie nieder und kann, abhängig von Entwicklungsphase, Persönlichkeit sowie der Bindungsqualität, zu Überforderung und Symptomen führen, wie zum Beispiel Störung des Sozialverhaltens, Lernstörungen oder auch Störungen der Adoleszenzentwicklung (Rössel-Cunovic i. d. Bd.). So untersuchten Weine et al. (2004) bei bosnischen Flüchtlingsfamilien in Chicago die familiären Folgen der Kriegstraumatisierung und plädieren für frühzeitige familientherapeutische Interventionen unter Einbeziehung des schulischen und soziokulturellen Umfeldes.

Empfehlungen zur therapeutischen Behandlung von Flüchtlingskindern und -jugendlichen verweisen auf die Notwendigkeit einer sorgfältigen Heran-

gehensweise sowie eines multimodalen und flexiblen Behandlungssettings mit einem breiten Angebotsspektrum von Diagnostik, Beratung der Eltern über Kriseninterventionen, fokussierten Kurzzeittherapien bis hin zu Langzeittherapien, Familientherapie, Kunst- oder Musiktherapie (Möller et al. 2005). Andere beleuchten den Stellenwert der Rolle der Lehrer zur psychosozialen Unterstützung von Flüchtlingskindern (Lanfranchi 2006). In den Psychosozialen Zentren für Folteropfer und traumatisierte Flüchtlinge in Deutschland werden neben Einzeltherapien therapeutische oder sozialpädagogisch geleitete Gruppen für Flüchtlingskinder und -jugendliche sowie in Kooperation mit Flüchtlingsunterkünften Freizeitaktivitäten oder Hausaufgabenhilfe angeboten. Vereinzelt stellen sich auch öffentliche Beratungsstellen in ihrer Arbeit explizit auf die Unterstützung von Flüchtlingskindern und -familien ein (Urbanek 2005).

Modelle zur Unterstützung und Behandlung von traumatisierten Flüchtlingskindern und -jugendlichen der letzten Jahre greifen Erkenntnisse der *Resilienzforschung* auf und stellen die Wichtigkeit der Stärkung von Schutzfaktoren heraus, wie z.B. strukturgebende Beziehungen, Verarbeitungshilfen in einem Milieu von wohlwollender Annahme, die Erhöhung des Selbstwirksamkeitserlebens und der psychischen Widerstandsfähigkeit bei gleichzeitiger Minderung der Risikofaktoren (Lanfranchi 2006).

Bei der Frage des Zugangs zu therapeutischer Hilfe spielen, wie bereits erwähnt, Kontextfaktoren eine entscheidende Rolle. Erreichbarkeit und Verfügbarkeit von Therapieangeboten, Erfahrung und Qualität des Betreuungs- oder sonstigen Unterstützungsnetzwerks entscheiden darüber, ob therapeutischer (Be)Handlungsbedarf erfüllt wird.

### *Internationale Schutzabkommen, EU-Richtlinien, Zuwanderungsgesetz*

Flüchtlingskinder und -jugendliche sind in der Bundesrepublik Deutschland durch drei internationale Abkommen als grundsätzlich und vordringlich schutzwürdig anerkannt. Dies sind die *Genfer Flüchtlingskonvention* von 1951 (GFK) mit Zusatzprotokoll von 1967, das *Haager Minderjährigenschutzabkommen* von 1961 (MSA) sowie die *Kinderrechtskonvention* von 1989 (KRK). Während Leitlinie der GFK und MSA der Schutzgedanke ist, umfasst die KRK ein breites Spektrum von kinderrechtlichen Aspekten zur Förderung, Selbstbestimmung und zum Schutz von Kindern im Sinne einer Erfüllung der kindlichen Grundbedürfnisse.

Allen Abkommen ist gemeinsam, dass trotz der Ratifizierung die Umsetzung in geltendes Recht in der Bundesrepublik Deutschland weit hinter deren Inhalten zurückblieb und -bleibt. Ein Beispiel ist die geschlechtsspezifische

Verfolgung, deren asylrelevante Geltung durch die GFK erst nach Inkrafttreten des Zuwanderungsgesetzes im Jahr 2005, also 54 Jahre nach der Ratifikation, im bundesdeutschen Recht eine Grundlage erhielt. Es sei in diesem Zusammenhang an das politische Gezerre um das *Zuwanderungsgesetz* erinnert, welches die seit Anfang der neunziger Jahre einsetzende gesellschaftliche Stigmatisierung und Kriminalisierung von Flüchtlingen („Asylmissbrauch“, „illegale Einwanderer“) widerspiegelte. In den Verhandlungen drohte selbst die Anerkennung der geschlechtsspezifischen Verfolgung, aus der Menschenrechtsperspektive eine mindestens zu erreichende Verbesserung des Flüchtlingsschutzes in der Gesetzgebung, im Vorfeld verhindert zu werden. Im Gegensatz dazu wurde mit der Novellierung des *Kindschaftsrechts* im Jahr 1998 ohne emotional geführte öffentliche und politische Diskussion ein bundesdeutsches Manko im Rahmen des MSA (und der KRK) beseitigt, nämlich das Recht des Kindes auf Umgang mit beiden Eltern.

Seit dem Jahr 2002 wurden sukzessive *EU-Richtlinien und Verordnungen* verabschiedet, welche den Umgang mit Flüchtlingen innerhalb der EU-Mitgliedsstaatengemeinschaft unter Berücksichtigung der internationalen Abkommen harmonisieren soll. Dieses sind die „Vorübergehender Schutz“-Richtlinie (2001/55/EG), die „Asylaufnahme“-Richtlinie (2003/9/EG), die „Familienzusammenführungs“-Richtlinie (2003/86/EG) 5, die „Qualifikations“-Richtlinie (2004/83/EG) die „Verfahrens“-Richtlinie (2005/85/EG), die „Opferschutz“-Richtlinie (2004/81/EG) sowie die „EURODAC“-Verordnung (Nr.2725/2000) und „Dublin II“-Verordnung (Nr.343/2003). Während die Verordnungen juristisch unmittelbare Gültigkeit haben, ist bei den Richtlinien eine ca. ein- bis zweijährige Frist gesetzt, innerhalb derer die Einzelstaaten diese in Form neuer Gesetze oder der Novellierung bestehender Gesetze umsetzen müssen. Nach Fristablauf und Nichtumsetzung besteht Klagemöglichkeit vor dem Europäischen Gerichtshof.

Flüchtlingskinder, speziell unbegleitete Minderjährige, sind als Gruppe mit besonderen Bedürfnissen in allen Richtlinien ausdrücklich als besonders schutzbedürftig mit einem (Rechts)Anspruch auf Hilfe und altersgemäße Unterstützung bedacht. So ist in zwei Richtlinien – Vorübergehender Schutz-Richtlinie Art. 13(4), Asylaufnahme-Richtlinie Art. 18(2) – die Gewährung von Rehabilitation, qualifizierter Beratung und geeigneter psychologischer Betreuung eigens festgeschrieben. Die Berücksichtigung des Kindeswohls findet in vier Richtlinien ausdrückliche Erwähnung: Asylaufnahme-Richtlinie Art. 18(1), Qualifikations-Richtlinie Präambel (12), Art. 20(5), Verfahrens-Richtlinie Art. 17(6) und Opferschutz-Richtlinie Art. 10(a) i.V.m. Art. 3(3). Weiterhin finden die Einheit der Familie (Art. 8 Asylaufnahme-Richtlinie, Art. 23 Qualifikations-Richtlinie), das Recht auf Bildung (Art. 10 Asylaufnahme-Richtlinie) und die Berücksichtigung kinderspezifischer Fluchtgründe (Art. 9 Qualifikations-Richtlinie) als für Flüchtlingskinder bedeutsame Rechte

ihren Niederschlag (Rieger 2006). Diesen deutlichen Verbesserungen stehen aber auch Verschlechterungen gegenüber. So wurde in den Verhandlungen zu den Richtlinien beispielsweise die Asylverfahrensfähigkeit bereits mit 16 Jahren durchgesetzt – maßgeblich von deutscher Seite. Dies widerspricht eindeutig der Kinderrechtskonvention, die in Artikel 1 das Volljährigkeitsalter mit 18 Jahren festlegt. Für die Gruppe der 16- bis 18jährigen unbegleiteten Minderjährigen hat dies in der Praxis zur Folge, dass sie wie Erwachsene behandelt werden können und eine jugendgerechte Betreuung und Behandlung sowie die damit verbundene Unterstützung nicht mehr gewährleistet ist.

Die Umsetzung der in den Richtlinien vorgegebenen verbesserten Aufnahme- und Schutzbestimmungen in bundesdeutsches Recht lässt bisher zu wünschen übrig. Mit dem Zuwanderungsgesetz wurde lediglich die Vorübergehender Schutz-Richtlinie, drei Jahre nach Verstreichen der Umsetzungsfrist, vollständig umgesetzt. Alle anderen Richtlinien sind entweder lediglich auf Länderebene (Familienzusammenführungs-Richtlinie) oder gar nicht umgesetzt worden, obwohl die Fristen längst verstrichen sind bzw. demnächst auslaufen. Asylaufnahme-, Qualifikations- und Opferschutz-Richtlinie sollen durch die Novellierung des Zuwanderungsgesetzes Umsetzung finden. Der bisher vorliegende Referentenentwurf wurde indes von allen großen Flüchtlingsorganisationen als unzureichend bezüglich der Umsetzung des Schutzedankens der Richtlinien kritisiert. Die schwerwiegendste Kritik wird am Fehlen einer Bleiberechtsregelung für langjährig Geduldete bzw. dem fehlenden Willen zur Beendigung der Praxis der Kettenduldungen geübt.

### *Politische Lobbyarbeit und Bleiberechtskampagne*

Flüchtlingsorganisationen und die *Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAFF)* bemühen sich seit mehr als zehn Jahren um die Verbesserung des allgemeinen Flüchtlingsschutzes sowie insbesondere die Versorgung von traumatisierten Flüchtlingen. Nach der Ratifizierung der Kinderrechtskonvention setzte die damalige Bundesregierung Ende 1991 mit einer *Vorbehaltserklärung* (sogenannter „Ausländervorbehalt“) die Gültigkeit der KRK außer Kraft; vor allem für Flüchtlingskinder ohne sicheren Aufenthaltsstatus bedeutet dies faktische Diskriminierung, ein Beispiel stellt die oben erwähnte fehlende Schulpflicht dar. Daraufhin bildete sich 1992 die *National Coalition*, ein bundesweiter Zusammenschluss von Kinder- und Jugendhilfeorganisationen, um die Rücknahme des Vorbehalts zu erreichen.

Bereits während der Verhandlungen zum Zuwanderungsgesetz formierte sich auf Initiative von Flüchtlingsräten und -organisationen eine *Bleiberechtskampagne für langjährig Geduldete* (sog. „Altfallregelung“). Als politischer Kompromiss wurde im Gesetz schließlich die Möglichkeit einer Härtefallre-

gelung geschaffen, welche den Kommunen einen breiten eigenen Ermessensspielraum lässt. Nur zwei Bundesländer (Schleswig-Holstein und Rheinland-Pfalz) schufen auf dieser Grundlage eine Bleiberechtsperspektive für Traumatisierte. Die angekündigte Abschaffung der Praxis der Kettenduldungen blieb bundesweit aus, die Abschiebepaxis wurde intensiviert. In Berlin entstand ein Bündnis aus Flüchtlingsorganisationen, Lehrern und Lehrerinnen, die die Abschiebung von Schülerinnen und Schülern „live“ erlebten, und betroffenen Jugendlichen; die Kampagne „Hier geblieben!“ wurde ins Leben gerufen. Unterstützt wurde die Kampagne mit einer gleichnamigen Produktion des GRIPS-Theaters, das seit Anfang der achtziger Jahre politische und gesellschaftliche Themen für Kinder und Jugendliche inszeniert und mit dem Stück „Linie 1“ internationale Bekanntheit erreichte. Mit weiterer Unterstützung durch die „National Coalition“ erreichte die Kampagne die Aufmerksamkeit der Medien und sorgte für eine relativ breite gesellschaftliche Wahrnehmung der Bleiberechts- bzw. Abschiebeproblematik. Der politische Druck auf die Innenministerkonferenz, eine bundesweit geltende Bleiberegulung für langjährig Geduldete zu treffen, konnte wesentlich erhöht werden. Im Vorgriff zu einer für den Spätherbst angekündigten Regelung wurde in Berlin in diesem Frühjahr nach langwierigen Verhandlungen zwischen der zuständigen Innenbehörde und Vertretern des Flüchtlingsrates sowie der Beratungs- und Behandlungszentren eine länderspezifische Bleiberechtsregelung für traumatisierte Bürgerkriegsflüchtlinge und deren Kinder erlassen.

### *Therapie von traumatisierten Flüchtlingskindern und -jugendlichen*

Diejenigen Kinder und Jugendlichen, die zur Therapie im Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin aufgenommen werden, leben überwiegend schon seit einer geraumen Zeit in Deutschland. Die meisten weisen seelische Störungen auf, die bereits langjährig bestehen, ohne dass sie gezielte Hilfe erhielten. Bei unbegleiteten Minderjährigen kommt es häufig erst zu Besorgnis erregenden Symptomen als Anlass zur Therapieanfrage, nachdem sie im Rahmen der Jugendhilfe-Betreuung zunächst einen scheinbar unauffälligen Adaptionsprozess durchlaufen haben. Kinder aus Flüchtlingsfamilien werden häufig nach Verhaltens- oder sonstigen Auffälligkeiten in der Schule angemeldet. Einschlägige Symptome sind schwere Schlafstörungen, Schmerzzustände unklarer Genese, Störungen von Konzentration und Aufmerksamkeit, ausgeprägte Ängste sowie Verhaltensstörungen mit Reizbarkeit und Aggressivität oder mit Weinerlichkeit und Rückzug. Besonders bei Jugendlichen sind auch Hinweise auf Suizidalität ein häufiger Anmeldegrund. Die übergroße Mehrheit der Klientinnen und Klienten befindet sich bei Behandlungsbeginn

in einem, teilweise schon seit Jahren laufenden, Asylverfahren oder lebt mit einer Duldung, d.h. ist von potentieller Abschiebung bedroht.

Das Asylverfahren bedeutet für Flüchtlinge generell eine Vielzahl von Einschränkungen im Alltag. Sozialleistungen und medizinische Hilfe werden nur in abgesenkter bzw. auf das Notwendigste begrenzter Form gewährt; es besteht Arbeitsverbot und Beschränkung der Reisefreiheit. Kinder und Jugendliche brauchen für Klassenfahrten oder Reisen eine Genehmigung der Ausländerbehörde, die Teilnahme an Freizeitaktivitäten ist aus Kostengründen in der Regel nicht möglich. Nach Beendigung des regulären Schulbesuchs und erfolgreichem Abschluss ist ihnen der Zugang zu weiterer Ausbildung und Studium verwehrt. Für unbegleitete Jugendliche ist das Asylverfahren in seinem juristischen Prozedere praktisch nicht zu überblicken, sie sind vollständig auf das Vorgehen ihrer Vormünder und Betreuer angewiesen. Die meisten erleben bereits in den Anhörungen, dass ihre Glaubhaftigkeit angezweifelt wird. Einige werden während des „Interviews“ mit dem Zweifel des Anhörenden an der Altersangabe konfrontiert. Dies kann zur Folge haben, dass ein so genanntes „fiktives Alter“ festgesetzt und im schlimmsten Fall die Jugendhilfe beendet wird. Die wenigsten unbegleiteten Jugendlichen werden als asylberechtigt anerkannt und erhalten nach dem negativen Abschluss des Verfahrens eine Duldung. Trotz gut gemeinter Erklärung und Versicherung der Betreuer, dass die Abschiebung nicht so einfach erfolgen könne (da es ja Rechtsmittel gibt, die eine tatsächliche Abschiebung von unbegleiteten Jugendlichen verhindert), verfallen sie oft in tiefe Verzweiflung und Resignation mit schwer lastenden Gefühlen von Versagen, Hoffnungslosigkeit und Wertlosigkeit. Sie empfinden häufig, dass sie niemandem vertrauen können und keiner sie wirklich versteht.

### **Fallvignette 1**

Der 16 Jahre alte Mamadou wird ein Jahr nach seiner Flucht und Ankunft in Berlin von seinem Einzelvormund zur Behandlung angemeldet. Anlass sind massive Schlafstörungen durch Alpträume, fast täglich auftretende Magen- und Kopfschmerzen sowie auffällig zurückgezogenes Verhalten und eine durchgehend depressive Stimmungslage. Exploration und Diagnostik ergeben das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung. Der Jugendliche leidet vor allem bei Alleinsein und in der Nacht unter dem Wiedererleben von Kriegsgewalt (Intrusionen). Er kann kaum schlafen und besucht wegen der Magenschmerzen die Schule nur unregelmäßig. Er zeigt Antriebslosigkeit und ausgeprägtes Vermeidungsverhalten hinsichtlich traumatischer Erlebnisse.

Mamadou stammt aus dem südlichen Guinea, einem Gebiet, das vom Bürgerkrieg in Sierra Leone mit betroffen war. Die Rebellengruppen der RUF überfielen und brandschatzten dort Dörfer auf der Suche nach Lebensmitteln

und Geld. Bei einem solchen Überfall verlor Mamadou im Alter von 14 Jahren seine Eltern, die vor seinen Augen von den Rebellen getötet wurden. Zusammen mit seinem älteren Bruder rannte er weg, um sein Leben zu retten, und wurde von den guineischen Regierungssoldaten aufgenommen. Seinen Bruder hat er seit der Flucht vor den Rebellen nicht mehr wiedergesehen. Von den Regierungstruppen wurde Mamadou im Kampf gegen die Rebellen als Kindersoldat rekrutiert und kam in ein Trainingslager. Er wurde dort gefangen gehalten, geschlagen und sexuell missbraucht. Vor Kampfeinsätzen wurden ihm Drogen injiziert. Mit großem Glück gelang Mamadou die Flucht in die Hauptstadt Conakry zu einem Freund seines Vaters, wo er sich als „Deserteur“ versteckt halten musste. Schließlich organisierte dieser Bekannte die Flucht für Mamadou.

Nach seiner Ankunft in Berlin wurde er zunächst in der Clearingstelle betreut und wechselte dann in ein Wohnheim für unbegleitete Jugendliche. In seiner Betreuungssituation entstanden immer wieder Wechsel von Zuständigkeiten und Personen. Die Vormundschaft durch einen mit afrikanischen Jugendlichen vertrauten Betreuer wurde wegen Konflikten mit dem zuständigen Jugendamt anderthalb Jahre vor Erreichung der Volljährigkeit beendet. Im Zeitraum von zweieinhalb Jahren lebte Mamadou in vier verschiedenen WG's oder Wohnungen und wechselte dreimal die Schule.

Ein Jahr nach seiner Ankunft wurde Mamadous Asylantrag abgelehnt mit der Begründung, dass keine politische Verfolgung vorliege. Die Rekrutierung als Kindersoldat und eine mögliche Traumatisierung fand in der Entscheidung keine Berücksichtigung. Im Klageverfahren machte die Anwältin eine Behandlungsbedürftigkeit im Sinne eines Abschiebehindernisses geltend. Das Verfahren zog sich über einen Zeitraum von fast drei Jahren hin. Der Richter ließ sich schließlich durch einen externen Gutachter davon überzeugen, dass die psychischen Folgen der schweren (Kriegs)Gewalterfahrungen sowie die fehlenden Möglichkeiten, diese im Herkunftsland zu behandeln, ein Abschiebehindernis darstellen. Mamadou erhielt nun endlich, inzwischen fast 19 Jahre alt, eine zeitlich befristete Aufenthaltserlaubnis. Seine Aufenthaltsperspektive ist damit nur relativ, nämlich durch die psychische Krankheit und deren Behandlung, abgesichert. Eine Gesundung würde sein Bleiberecht erneut gefährden, was ein Paradox in sich darstellt.

In der Therapie wird zunächst mit psychoedukativen und traumatherapeutischen Methoden an der Verbesserung des Nachtschlafs und der Ermöglichung eines regelmäßigen Schulbesuchs gearbeitet. Mamadou vermittelt hohen Leidensdruck und ist sehr kooperativ. Eine medizinische Abklärung ergibt, dass eine körperliche Ursache der Magenschmerzen ausgeschlossen werden kann. Der dazu erforderlichen Magenspiegelung hatte Mamadou sich vor Beginn der Therapie immer wieder entzogen. Wie sich dann herausstellt, ist dies Teil seiner Vermeidungssymptomatik, da die Vorstellung, eine Spritze

zu erhalten, die erlebte Drogenverabreichung als Kindersoldat aktualisiert. Mamadous Gesamtzustand verbessert sich zunehmend. Während er anfangs vor allem den Wunsch nach Vergessen des Erlebten äußert, zeigt er im Verlauf der Behandlung das Bedürfnis, mit dem in der therapeutischen Beziehung hergestellten Vertrauen und größerer innerer Sicherheit Erlebnisse zu schildern. Er wird darin unterstützt, eigene Vorstellungen und Bedürfnisse zu verbalisieren. Als Ergänzung zur Einzeltherapie wird er in die Jugendlichengruppe des Behandlungszentrums aufgenommen. Die häufigen Betreuerwechsel erfordern Beratungsgespräche zur Aufklärung über Mamadous Störungsbild und zu Strukturhilfen für den Alltag, in die der Jugendliche weitgehend mit einbezogen wird. Anlässlich von Terminen und Schriftwechseln im Rahmen des Asylverfahrens oder im Zusammenhang mit den erwähnten Problemen in der Betreuungssituation kommt es immer wieder zum Aufleben der Belastungssymptomatik, wie zum Beispiel verstärkt auftretenden Schlafstörungen oder Schmerzzustände; diese werden jedoch zunehmend kürzer, bei gleichzeitiger Zunahme von Phasen psychischer Stabilität und Belastbarkeit.

Auch auf Kinder, die mit ihren Eltern als Flüchtlinge in Deutschland leben, wirkt die lange Dauer des ungesicherten Aufenthalts mit den damit verbundenen Einschränkungen im Lebensalltag nachhaltig ein, die Familienbeziehungen werden belastet. Diese Flüchtlingskinder sind selbst im Aufenthaltsverfahren nicht aktiv beteiligt, Verfahrensakteure sind ihre Eltern, die angesichts eines zermürend wirkenden Schwebeszustandes bezüglich ihrer Zukunftsperspektive und der Bedrohung durch Abschiebung in resignative Depression und verzweifelte Ohnmacht verfallen. Für die Kinder hat dies zur Folge, dass ihre Eltern für sie emotional nicht mehr richtig verfügbar sind. Kinder werden zu Tröstern und einzigen Hoffnungsträgern im Leben der Eltern. Es kann zu Parentifizierungen, d.h. einer Umkehr der Eltern-Kind-Rolle auf der emotionalen Ebene (Frank, Graf 2001; Rössel-Cunovic i. d. Bd.), Schulversagen oder Störungen des Sozialverhaltens bis hin zu innerfamiliärer Gewalt als Folge von aggressiven Durchbrüchen seitens der Eltern kommen. Die Familiendynamik wird oftmals von Ohnmacht und Opfererleben beherrscht (Oestereich 2005).

### **Fallvignette 2**

Mimosa flüchtete mit ihren Eltern und zwei älteren Geschwistern im Alter von 11 Jahren vor dem Kosovo-Krieg nach Berlin. Sie hatte zu Hause die Überfälle serbischer Milizen erlebt, der Vater war kurzzeitig verhaftet und dann wieder freigelassen worden. Schließlich war die Familie vertrieben, das Haus angezündet worden. Auf der Flucht mit dem völlig überfüllten Schiff über die

Adria war Mimosa zeitweise von ihrer Familie getrennt gewesen und hatte Todesängste gehabt.

Drei Jahre später wurde Mimosa wegen posttraumatischen Belastungsstörungen im Behandlungszentrum zur Therapie aufgenommen, nachdem zuvor bereits die ältere Schwester therapeutische Hilfe erhalten hatte und die Mutter für einen Behandlungsplatz angemeldet war. Der ältere Bruder wurde ambulant jugendpsychiatrisch behandelt. Mimosa war damals 14 Jahre alt und litt bei Therapiebeginn unter Schlafstörungen mit Albträumen und motorischer Unruhe, unter Trennungsängsten und unter psychogenen Ohnmachtsanfällen. Sie erhielt zwei Jahre Einzeltherapie und wurde in die Jugendlichen-Gruppe aufgenommen. Mit den Eltern fanden monatliche Beratungsgespräche statt. Für die Mutter stand erst nach einer längeren Wartezeit ein eigener Behandlungsplatz in der Erwachsenenabteilung zur Verfügung.

Obwohl in Stellungnahmen die Traumatisierung der Familienmitglieder dargelegt worden war, erhielt die Familie weiterhin Duldungen mit unterschiedlich langen Fristen. Mimosas im Vordergrund stehende Störungen konnten im Rahmen der Therapie stark gemindert werden. Gleichzeitig entwickelten sich im Verlauf der Behandlung zwischen den zwei jugendlichen Kindern und ihren Eltern erhebliche pubertätstypische Konflikte. Elternberatung und Familiengespräche wurden mit dem Ziel geführt, Eskalationen und ein Auseinanderbrechen der Familie zu verhindern. Der ältere Bruder verließ schließlich die Schule ohne Abschluss und Ausbildungsperspektive, Mimosa mit dem Hauptschulabschluss. Mit Hilfe der Sozialarbeiterin unserer Kinder- und Jugendlichenabteilung versucht sie seit einem Jahr, ihren Ausbildungswunsch als Friseurin zu realisieren. Alle bisherigen Bemühungen, einen regulären Arbeitsplatz zu finden, scheiterten an der fehlenden Aufenthaltserlaubnis; ein über die Jugendberufshilfe geförderter Ausbildungsplatz würde nur bei schwer wiegenden Konflikten mit den Eltern (an deren Verhinderung im Rahmen der Behandlung intensiv gearbeitet worden war!) gewährt werden. Die jüngst für Berlin erlassene Bleiberechtsregelung ist nun Mimosas neue Hoffnung, ihren Berufswunsch zu realisieren.

### *Psychische Genesung und Kinderrechte*

Die Fallbeispiele zeigen, wo Kinderrechte bei der Aufnahme als Flüchtling verletzt wurden bzw. unerfüllt bleiben. Bei Mamadou sind dies sowohl das Recht auf angemessenen Schutz und humanitäre Hilfe als auch das Recht auf Anerkennung kinderspezifischer Verfolgungshandlungen (als ehemaliger Kindersoldat). Mimosa bleibt das Recht auf Bildung ohne eine Bleiberechtsregelung versagt, das Recht auf Einheit und Zusammenhalt der Familie wurde durch die jahrelang versagte Aufenthaltssicherung stark gefährdet. Bei beiden Jugendlichen wird das Recht auf Genesung und Wiedereingliederung geschä-

digter Kinder, soweit im Rahmen einer therapeutischen Behandlung möglich, angesichts einer fehlenden Bleibe- und somit Zukunftsperspektive unvollständig erfüllt.

Die psychische Genesung von Flüchtlingskindern und -jugendlichen wird von der Verwirklichung kinderrechtlicher Ansprüche im Sinne einer Erfüllung der kindlichen Grundbedürfnisse maßgeblich beeinflusst. Die Stärkung der Kindeswohlorientierung in den EU-Richtlinien bedeutet die Ermöglichung eines umfassenden und vorbehaltlosen Zugangs zu Bildung, psychosozialer und therapeutischer Unterstützung.

In der Therapie geht es um die Linderung von (Belastungs)Symptomen zur Verbesserung der Lebensqualität und zur Förderung des kindlichen- bzw. jugendlichen Entwicklungsprozesses. Angestrebt werden Veränderungen auf der Erlebens-, Verhaltens- und Beziehungsebene (Schmidtchen 2001). Walter (1998) plädiert für einen „ökologischen“ Therapieansatz, der neben der Behandlung von Symptomen die traumatisierende Umwelt und die Komplexität der Gesamtsituation berücksichtigt. In den geläufigen traumatherapeutischen Behandlungsmodellen (3-Phasen-Modell: Stabilisierung, Traumabearbeitung, Integration) wird als Voraussetzung für die Verarbeitung traumatischer Erlebnisse die Herstellung größtmöglicher äußerer Sicherheit angenommen (Landolt 2004). Diese ist bei Flüchtlingskindern längerfristig nicht gegeben, solange sie, auch nach langjährigem Aufenthalt, kein Bleiberecht erhalten.

*Literatur*

- Graf, J.; Frank, R. (2001). Parentifizierung: Die Last, als Kind die eigenen Eltern zu bemuttern. In: S. Walper, R. Pekrun (Hg.), Aktuelle Perspektiven der Familienpsychologie, Göttingen: Hogrefe.
- Jockenhövel-Schiecke, H. (2002). Flüchtlingskinder und ihre Rechte. In: K.-H. Rosen (Hg.), Jahrbuch der deutsche Stiftung für UNO-Flüchtlingshilfe 2002/2003, Berlin: Ost West.
- Keilson, H. (1979/2005). Sequentielle Traumatisierung: Untersuchung zum Schicksal jüdischer Kriegswaisen. Gießen: Psychosozial.
- Landolt, M.A. (2004). Psychotraumatologie des Kindesalters. Göttingen: Hogrefe.
- Lanfranchi, A. (2006). Kinder aus Kriegsgebieten in europäischen Einwanderungsländern: Trauma, Flucht, Schule, Therapie. In: Systeme 20 (1), S. 82-102, Wien: ÖAS Eigenverlag.
- Möhlen, H. (2005). Ein psychosoziales Interventionsprogramm für traumatisierte Flüchtlingskinder – Studienergebnisse und Behandlungsmanual. Gießen: Psychosozial.
- Möller, B.; Paulus, S.; Adam, H.; Lucas, T. (2005). Möglichkeiten und Grenzen der Behandlung von traumatisierten Flüchtlingskindern und ihren Familien im Spannungsfeld von Kulturwechsel, Psychotherapie und Ausländerrecht. In: H. Adam, B. Möller, T. Lucas (Hg.), Flüchtlingskinder in Beratung und Therapie. Psychosozial 28/102/IV, Gießen: Psychosozial.
- Oestereich, C. (2005). Nach dem Trauma: Nichts ist mehr wie zuvor! In: Systeme 19 (1), 46-71.
- Petzold, H.G. (2002). Kernkonzepte der Integrativen Therapie.  
[www.fpi-publikationen.de/polyloge/Petzold-Kernkonzepte-Polyloge-02-2002.pdf](http://www.fpi-publikationen.de/polyloge/Petzold-Kernkonzepte-Polyloge-02-2002.pdf)  
Zugriff: 20.01.07.
- Rieger, U. (2006). Unbegleitete Minderjährige im EU-Recht. Unveröffentlichte Zusammenstellung der UNHCR-Zweigstelle Nürnberg zur Fachtagung „Kinder ohne deutschen Pass – Staatenpflicht und Kinderrecht“, Friedrich-Ebert-Stiftung u. National Coalition, 30./31.3.2006 Berlin.
- Schmidtchen, S. (2001). Allgemeine Psychotherapie für Kinder, Jugendliche und ihre Familien. Stuttgart: Kohlhammer.
- Urbanek, F. (2005). Erziehungsberatung mit Flüchtlingsfamilien. In: Jahrbuch für Erziehungsberatung Band 6, S.105-120, Weinheim und München: Juventa.
- Walter, J. (1998). Psychotherapeutische Arbeit mit Flüchtlingskindern und ihren Familien. In: M. Endres, G. Biermann (Hg.), Traumatisierung in Kindheit und Jugend, München: Reinhardt.
- Weine, S.; Muzurovic, N.; Kulauzovic, Y.; Besic, S.; Lezic, A.; Mujagic, J.; Spahovic, D.; Feetham, S.; Ware, N.; Knafl, K.; Pavkovic, I.(2004). Family Consequences of Refugee Trauma. In: Family Process, 43 (2), S. 147-160.
- Zepf, S.; Mengele, U.; Hartmann, S. (2003). Ambulante Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. In: Psychotherapeut 48, S. 23-30.