

Komplexe Krisenintervention bei einem 16-jährigen schwangeren Mädchen nach unbegleiteter Flucht aus Eritrea

Andrea Dixius und Eva Möhler

SHG-Kliniken Sonnenberg, Kleinblittersdorf, Deutschland

Zusammenfassung: Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge sind auf ihrer Flucht meist komplexen traumatischen Ereignissen ausgesetzt, besonders massiv trifft dies auf minderjährige Mädchen zu.

An einem Wochenende wurde in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ein 16-jähriges Mädchen zur Krisenintervention mit akuter Suizidalität aufgenommen. Das Mädchen war zuvor ohne Begleitung aus Eritrea geflüchtet und lebt in einer Jugendhilfeeinrichtung. Am Vortag war eine Schwangerschaft (23. SSW p.c.) festgestellt worden, die aus mehreren Vergewaltigungen während ihrer Flucht vom Sudan nach Nigeria hervorging. Alle Anzeichen der Schwangerschaft waren von dem Mädchen verleugnet worden. Als diese medizinisch festgestellt wurde, wollte die Patientin sich durch einen Sprung aus dem Fenster das Leben nehmen. Die Mitarbeiter der Jugendhilfeeinrichtung fragten nach einer ‚psychiatrischen Indikation‘ für einen Schwangerschaftsabbruch.

Implikationen für eine medizinische Indikation aus psychiatrischen Gründen bei einem Schwangerschaftsstatus der 23. Woche werden sowohl unter ethischen Aspekten als auch unter der Betrachtung der posttraumatischen Symptomatik in dem vorliegenden Case Report diskutiert.

Schlüsselwörter: Weiblicher unbegleiteter minderjähriger Flüchtling, Schwangerschaft, Indikation für Schwangerschaftsabbruch, Traumatisierung

A complex crisis intervention for a 16-year-old pregnant girl after unaccompanied emigration from Eritrea

Abstract: Unaccompanied refugee minors are frequently confronted with multiple, potentially traumatizing events; girls tend to show most profound traumatizations. A 16-year-old female refugee minor was admitted to a child psychiatric ward over the weekend for acute suicidal behavior. The girl had fled unaccompanied from Eritrea and was living in a shelter home for adolescents. Pregnancy (23 weeks p.c.) had been diagnosed the previous day, stemming from several rapes that had occurred on her journey through Sudan and Nigeria. The girl had repressed all signs of the pregnancy from her consciousness. However, when it became medically undeniably apparent, she tried to end her life by jumping out of a window. The shelter home staff requested a psychiatric indication for termination of the pregnancy. Implications of medical indications for psychiatric reasons at a pregnancy state of 23 weeks as well as ethical aspects and considerations with regard to posttraumatic symptomatology are discussed in the following case report.

Keywords: female unaccompanied refugee minor, pregnancy, indication for termination of pregnancy, traumatization, posttraumatic stress disorder

Einleitung

Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge haben eine hohe Prädisposition für die Entwicklung von psychischen Störungen und im Besonderen von posttraumatischen Belastungssymptomen. Je nach Studie variieren die Angaben zur Prävalenz für die Ausbildung einer Posttraumatischen

Belastungsstörung (PTBS) von 16 bis 54% oder höher (Gavranidou et al., 2008; Ruf, Schauer & Elbert, 2010; Fazel et al., 2005; Bronstein & Montgomery, 2011).

Die Vielzahl der traumatischen Erfahrungen ist ein Prädiktor für das Risiko, eine PTBS zu entwickeln (Mollica et al., 1998). Dabei spielen traumatisch belastende Ereignisse vor, während und nach der Flucht eine besondere Rolle.

Flüchtlinge sind sicherlich als hoch vulnerable Gruppe zu sehen, mit Gefährdung, eine psychiatrische Erkrankung zu entwickeln (Huemer et al., 2009).

Exkurs zur Situation von Mädchen in Eritrea

Nach Angaben von Human Rights Watch (2009) kommt es durch die Regierung in Eritrea zu schwerwiegenden Menschenrechtsverletzungen wie Folter, willkürliche Festnahmen, extreme Haftbedingungen, Zwangsarbeit, Einschränkungen der Bewegungs-, Meinungs- und Glaubensfreiheit. Das Militär kontrolliere alle Lebensbereiche der eritreischen Bevölkerung und verpflichte Mädchen und Jungen ab der 12. Schulklasse zum Militärdienst, dem sogenannten Nationalen Dienst. Besonders tragisch wird dabei die Situation von jungen Frauen und Mädchen ab dem Alter von 15 Jahren geschildert, ihnen drohe Zwangsheirat oder militärische Zwangsrekrutierung. Wer sich dem Militärdienst entziehe, gelte als Deserteur. Gefängnis, Folter oder Tod seien meist die Konsequenz.

Eritrea sei auch eines der Länder mit einer sehr hohen Verbreitung der weiblichen Genitalverstümmelungen (FGM = Female Genital Mutilation). Alle vier Formen von FGM würden praktiziert, von sämtlichen Ethnien und Religionsgemeinschaften. Die Eingriffe würden zu ca. 60% von traditionellen Beschneiderinnen durchgeführt, aber auch von dem Mädchen nahestehenden Personen wie Nachbarinnen, Großmütter oder auch von der eigenen Mutter (Terre des Femmes, 2015).

Die Folgen seien meistens lebenslange physische und psychische Probleme.

Motive seien, Mädchen einer spirituellen Reinigung zu unterziehen, „Schutz vor Schmutz“, ihre Jungfräulichkeit zu erhalten, ihre Fruchtbarkeit zu erhöhen oder durch bessere Heiratschancen wirtschaftlich abgesichert zu werden und auch soziale Ausgrenzung zu verhindern.

Kasuistik

Die 16-jährige eritreische Jugendliche kam per Krankentransport als Verlegung aus der Kinderklinik zur Krisenintervention in die Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJPP). Die Jugendliche sprach Tigrinya, sodass die direkte sprachliche Verständigung zunächst nicht möglich war. Die Patientin hatte in der Kinderklinik akute Suizidabsichten geäußert, wollte auf einen Balkon gehen und sich herunterstürzen.

Akuter Auslöser der Suizidabsicht war eine am Vortag erstmalig festgestellte Schwangerschaft in der 23. SSW. Die Schwangerschaft war vorher von der Patientin nicht wahrgenommen, vielmehr gänzlich verleugnet worden.

Sie blieb zunächst freiwillig in der Klinik, per Telefon konnte eine Dolmetscherin erreicht werden, die sie bereits kannte. Dies, und auch die Zusage der Dolmetscherin, dass sie in der nächsten halben Stunde in die Klinik käme, führte zunächst zur Stabilisierung der emotionalen Sicherheit der Patientin.

Die Jugendliche schien durch die Anwesenheit der Dolmetscherin deutlich beruhigter und weniger angespannt. Mithilfe der Dolmetscherin wurde zunächst die aktuelle Situation bei der Jugendlichen erfragt und der *psychische Befund* erhoben: Die Patientin war allseits orientiert und ein Rapport war mit Hilfe der Dolmetscherin herstellbar. Inhaltliche oder formale Denkstörungen konnten nicht festgestellt werden. Die affektive Schwingungsfähigkeit war eingeschränkt. Intrusionen und Dissoziationen, Alpträume, Schlaflosigkeit, Ängste und somatoforme Beschwerden wurden von der Patientin beschrieben. Sie wirkte sehr verzweifelt, weinte und schilderte, dass sie vergewaltigt worden sei und erst am Vortag erfahren habe, dass sie schwanger sei. Seit sie von der Schwangerschaft wisse, sei sie verzweifelt und Erinnerungen an die Vergewaltigung und an die Flucht würden immer wieder auftauchen. Dies sei vorher anders gewesen, jetzt habe sie nur noch Angst und Panik. Sie wolle nicht weiterleben, wenn sie das Kind austragen müsse. Sie konnte sich nicht von Suizidalität distanzieren. Die Patientin willigte aber ein, zunächst freiwillig in der KJPP zu bleiben.

Anamnese

Zur aktuellen Situation erzählte die Patientin, sie habe sich seit einigen Tagen nicht gut gefühlt. Als sie sich mehrmals erbrochen habe, seien die Betreuer in der Wohngruppe in Sorge gewesen. Zuvor habe sie schon Bauchschmerzen und Husten gehabt und unter Übelkeit gelitten. Beim Treppensteigen habe sie Schmerzen gespürt und insgesamt sei sie körperlich schwach gewesen.

Eine Betreuerin aus ihrer Wohngruppe habe sie dann in die Kinderklinik gefahren. Dort habe sie erstmals von ihrer Schwangerschaft erfahren.

Sie habe sich daraufhin von dem Balkon der Klinik stürzen wollen, weil sie die Information in Verzweiflung gestürzt habe. Verzweifelt sei sie immer noch und sie wolle nicht mehr weiterleben. In der Kinderklinik, dann in der Gynäkologie, habe sie erfahren, dass sie bereits im 5. Monat schwanger sei. Sie sagte immer wieder, dies habe sie nicht gewusst. Seitdem wolle sie nur noch sterben, wenn sie das Kind austragen müsse. Auf der Flucht sei sie von mehreren Männern vergewaltigt worden. Es seien „Verbrecher“ gewesen. Sie habe alles vergessen wollen, jetzt kämen alle Bilder und Erinnerungen an das Erlebte wieder. Sie müsse an die schlimmen Ereignisse denken, wolle

aber lieber vergessen, sie empfinde nur noch Angst. Vergessen könne sie nur, wenn sie die Schwangerschaft abbrechen würde.

Nur so könne sie ein normales Leben führen, sie wolle Deutsch lernen, zur Schule gehen und einen Beruf erlernen.

Die wahrscheinlich komplex traumatisierte Jugendliche wollte unter allen Umständen einen Schwangerschaftsabbruch erwirken und hatte mit Hilfe ihrer Betreuer einen Termin zur Schwangerschaftskonfliktberatung in einer Beratungsstelle sowie einen weiteren Termin in der gynäkologischen Abteilung einer Universitätsklinik.

Aus den Schilderungen der Betreuerin und nach Informationen der behandelnden Ärztin sei in der Kinderklinik nach sonographischer Untersuchung die Schwangerschaft festgestellt worden. Zudem seien laut Bericht per inspectio Verstümmelungen im Genitalbereich aufgefallen. Weitere Untersuchungen seien von der Patientin verweigert worden, eine Vorstellung im Perinatalzentrum der Frauenklinik erfolgte. Auch hier habe die Patientin nur eine sonographische Untersuchung zugelassen.

Die Schwangerschaft wurde von der Patientin als Folge von Vergewaltigungen durch mehrere Männer auf ihrer Flucht geschildert. Sie sei ohne Eltern und ohne eine erwachsene Bezugsperson geflüchtet. Auf der Flucht habe sie weitere extrem belastende Ereignisse erlebt, ständig begleitet von starker Furcht vor Gewalt und Misshandlung. Besonders nachts sei sie zusammen mit den anderen Jugendlichen vielen Bedrohungssituationen ausgesetzt gewesen. Die Nächte hätte sie meistens im Freien verbringen müssen, oft seien „Verbrecher“ gekommen. Sie habe in dieser Zeit wenig geschlafen und Angst um ihr Leben gehabt. Schlafen könne sie heute noch kaum und sie habe Alpträume. Sie habe beobachtet, wie andere Menschen misshandelt worden seien, ausgeraubt wurden oder einfach auf der Flucht im Stich gelassen worden seien. Die Schlepper seien zudem auch gefährlich gewesen.

Die Jugendliche schilderte weiter, dass sie vor der Flucht in ihrer Heimat extremen Misshandlungs- und Gewaltsituationen ausgesetzt gewesen sei. Sie habe bereits häufig mit ansehen müssen, wie andere Menschen geschlagen und vom Militär abgeführt wurden. Auch ihr habe die Zwangsrekrutierung gedroht. Ihre Familie habe sie nur wenig schützen können. Ihre Mutter und ihre Geschwister vermisse sie, über ihren Vater äußerte sich die Patientin nicht. Ihre Mutter und ihr Onkel, bei dem sie aufgewachsen sei, hätten ihr gesagt, sie müsse flüchten. Ihr Onkel habe die Flucht finanziert.

Die Patientin gab an, dass sie sich vor ca. 6 Monaten auf die Flucht begeben habe. Ihre Mutter und ihre zwei jüngeren Geschwister wären in Eritrea geblieben. Sie sei mit anderen Jugendlichen in den Sudan gegangen, um von dort aus nach Libyen und dann nach Europa zu fliehen.

Sie hätten im Freien übernachten und ständig wachsam sein müssen, damit sie nicht ausgeraubt oder überfallen würden. Im Sudan seien sie von „Verbrechern“ überfallen worden. Es sei Nacht gewesen und mehrere Männer wären es gewesen, die sie dann vergewaltigt hätten.

Sie und die anderen Jugendlichen hätten die Flucht nicht bis Libyen geschafft und seien zurück in den Sudan gegangen. Nach ein paar Tagen hätten sie sich erneut auf den Weg nach Libyen gemacht. Sie habe gedacht: „Jetzt ist es egal, entweder ich schaffe das oder ich werde sterben.“ Sie seien über das Meer nach Italien gekommen. Das Boot sei überfüllt gewesen, Wasser sei ins Boot eingedrungen. Sie habe nur sehr wenig zu trinken gehabt, einmal am Tag. Drei Tage seien sie über das Meer getrieben. Vor Italien seien „große Boote“ gekommen und hätten sie aufgegriffen und an Land gebracht. Von dort sei sie über Österreich nach Deutschland gekommen.

Sie sei ständig unter großer Anspannung gewesen, habe aber gedacht, es gebe keinen Weg mehr zurück. Dies habe ihr geholfen, die Strapazen, auch in Europa, zu überstehen.

Die Bedingungen in Eritrea seien sehr schlimm gewesen, sie schien bei diesem Gedanken stark belastet und verfiel in Dissoziationen, jedoch konnten diese rasch unterbrochen werden.

Im Moment mache sie sich auch große Sorgen um ihre Familie und hoffe, irgendwann ihre Mutter und ihre Geschwister nach Deutschland holen zu können. Dafür würde sie einen guten Beruf lernen wollen.

Nach Eritrea wolle sie nie wieder. Dort könne sie nicht überleben.

Verlauf

Der Zustand der Patientin verschlechterte sich zunächst. Sie verweigerte in der KJPP die Nahrungsaufnahme mit der Begründung, sie faste aus religiösen Gründen. Am nächsten Tag konnte sie eine minimale Menge Nahrung und Flüssigkeit zu sich nehmen.

Sie schilderte immer wieder, dass sie auf keinen Fall das Kind austragen wolle. Sie wolle dann nicht weiterleben.

Emotional wechselte die Patientin zwischen Zuständen von emotionaler Überflutung und emotionaler Taubheit. Sie sagte, wenn sie die Schwangerschaft abbrechen könne, dann könne sie eine Zukunft haben. Ohne kongruente emotionale Beteiligung schilderte sie weiter, sie wolle nach dem Schwangerschaftsabbruch in die Schule gehen, Deutsch lernen und einen Beruf erlernen. Mögliche Belastungen durch den späten Schwangerschaftsabbruch waren nicht im Erleben der Patientin.

Aufgrund des fortgeschrittenen Schwangerschaftsstadiums war eine psychiatrische Indikation zum Schwanger-

schaftsabbruch nicht ohne Weiteres zu geben. Die Jugendliche war körperlich gesund, das Kind in diesem Schwangerschaftsstadium grundsätzlich lebensfähig. Im Akutbereich unserer Klinik erhielt die Patientin eine 1:1-Betreuung. Sie äußerte wiederholt, sich umbringen zu wollen und sich auch ggf. nach der Geburt des Kindes umzubringen.

Eine Fallkonferenz mit der gynäkologischen Klinik der Universität wurde einberufen und die zuständige Ethikkommission eingeschaltet. Diese lehnte den Abbruch zu einem so späten Zeitpunkt ab. De facto hätte zu diesem Zeitpunkt nur eine medizinische Indikation gerechtfertigt sein können, wenn das Leben der Mutter durch das Austragen der Schwangerschaft in Gefahr sei *und* dieser Gefahr nicht anderweitig abzuhelfen sei.

Die Ethikkommission war zu dem Schluss gekommen, dass der in diesem Fall vorliegenden Lebensgefahr der Mutter aufgrund von suizidalen Handlungen durch eine Unterbringung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie abgeholfen werden könnte.

Das Mädchen wurde weiterhin im Akutbereich der Klinik geführt. Dort verweigerte sie dann gänzlich Essen und Trinken. Dies führte zu Dehydratation und Bradykardie. Auch psychisch wurde die Jugendliche durch mangelnde Flüssigkeitszufuhr und Nahrungsverweigerung labiler. Ruminierende Gedanken um den Schwangerschaftsabbruchswunsch, Gedankeneinengung und Dissoziationen, emotionale Dysregulation und suizidale Gedanken waren erkennbar bzw. von der Patientin (mit Hilfe der Dolmetscherin) mitgeteilt worden.

Therapeutisch versuchten wir, die Patientin mit klarer, aber achtsamer und validierender Haltung und Psychoedukation bezüglich ihrer körperlichen Verfassung zu erreichen und hofften, sie zum Trinken und zur Nahrungsaufnahme bewegen zu können. Die mögliche Alternative einer Ernährung per Infusion mit Aminosäuren-Glucose-Elektrolytlösung wurde der Patientin dringend empfohlen, aber dies wurde von ihr abgelehnt.

Stattdessen ließ sie sich zur Nahrungsaufnahme nachmittags am 2. Tag des Klinikaufenthaltes bewegen. In Folge nahm sie ihre erste Mahlzeit zu sich, 2 Brötchen, 3 Becher gesüßten Tee und 1 Becher Wasser. Sie war dazu aufgestanden und hatte sich zusammen mit der Dolmetscherin und der Therapeutin an den Tisch gesetzt. Nach Nahrungsaufnahme war sie deutlich ansprechbarer und konnte sich aktiv an Gesprächen beteiligen.

Wir vereinbarten mit der Patientin, dass sie regelmäßig und genügend essen und trinken müsse. Sie erstellte eine Liste mit Nahrungsmitteln – Milchprodukte lehnte sie ab und wünschte die Berücksichtigung ihrer veganen Ernährung. Darauf stellte die Klinikküche sich ein. Ab diesem Zeitpunkt nahm die Patientin regelmäßig und in ausreichender Menge Essen und Getränke zu sich.

Sie ließ sich in Folge auch auf eine Blutentnahme ein. Alle Laborwerte waren im Normbereich, abgesehen von einem geringfügigen Eisenmangel.

Die Patientin fragte erneut, ob ein Schwangerschaftsabbruch möglich sei. Eine klare Aufklärung über die Ablehnung des Schwangerschaftsabbruchs durch die Ethikkommission der Gynäkologie nach Betrachtung der Gutachten und der fortgeschrittenen Schwangerschaft wurde von ihr zur Kenntnis genommen, ohne dass sie im direkten Kontakt weitere Suizidabsichten äußerte.

Am 3. Tag fand ein weiterer Termin mit der Dolmetscherin statt. Die Patientin äußerte den Wunsch, wieder in die Wohngruppe zurück zu dürfen. Allerdings wirkte sie noch immer emotional instabil, eine Eigengefährdung konnte nicht ausgeschlossen werden.

Im Rahmen des Case Managements der KJPP wurde kurzfristig am selben Tag ein Termin mit der Bereichsleitung der Wohngruppe in der KJPP vereinbart. Der zuständige Bereichsleiter teilte mit, dass derzeit der Verbleib der Jugendlichen in der Wohngruppe nach der Phase der Krisenintervention in Frage stünde. Es gäbe zwischenzeitlich die Überlegung, die Jugendliche in einer Mutter-Kind-Einrichtung aufzunehmen, dies sei aber noch nicht geklärt.

Die Patientin fühlte sich zu diesem Zeitpunkt aber in der Wohngruppe wohl und hatte dort Kontakt zu weiteren Mädchen aus Eritrea. Sich alleine sprachlich mitteilen zu können, war ihr sehr wichtig.

Am 5. Tag der Aufnahme wurde daher kurzfristig eine größere Helferkonferenz in der KJPP einberufen, mit Beteiligung des Vormundes, einer Mitarbeiterin des Jugendamtes, Mitarbeitern der Wohngruppe und mit Therapeutinnen der KJPP.

In der interdisziplinären Fallkonferenz wurde festgelegt, dass die Patientin – sofern sie absprachefähig und nicht mehr suizidal sei – zurück in die Wohngruppe gehen könne. Außerdem wurde geplant, dass die Patientin erneut eine Beratung über die Möglichkeiten der Adoption und Pflegschaft für ihr Kind und/oder der Mutter-Kind-Betreuung zeitnah erhalten solle.

Des Weiteren wurde seitens der KJPP ein Termin bei der nachbehandelnden Gynäkologin veranlasst und ihr alle relevanten Informationen übermittelt.

Nach der Helferkonferenz wurden die Ergebnisse zusammen mit der Jugendlichen, der Dolmetscherin und der Therapeutin besprochen.

Die Jugendliche willigte ein, zu ihrem eigenen Schutz und zur weiteren Stabilisierung noch in der KJPP zu bleiben, konnte aber ab diesem Zeitpunkt auch zur Überprüfung ihrer Absprachefähigkeit und zur Förderung ihrer Selbstwirksamkeit den Akutbereich verlassen und sich auf der offenen Psychotherapiestation aufhalten. Ein Aufenthalt im Außenbereich wurde mit Begleitung ermöglicht.

Erste Stabilisierungstechniken und Skills zur Stresstoleranz und Affektregulation wurden mit der Patientin besprochen und geübt.

Trotz der ersten Stabilisierung war die Jugendliche durch die Schwangerschaft enorm belastet. Allerdings war sie in der Lage, ihre Situation anzunehmen und sich von Suizidabsichten deutlich zu distanzieren. Dabei sei der Gedanke an ihre Mutter und ihr Glaube hilfreich.

Am Wochenende fanden durch die Betreuer der Wohngruppe Besuchskontakte statt und trotz sprachlicher Hürden konnte so eine wichtige Betreuungskontinuität gewährleistet werden. Dies war für den Stabilisierungsprozess bedeutsam und die Betreuer konnten alleine durch einen fürsorgenden Kontakt zu der Jugendlichen Caregiver-Funktion übernehmen.

Nach dem Wochenende, am 7. Tag der Krisenintervention, konnte die Patientin körperlich und psychisch stabilisiert entlassen werden. Sie distanzierte sich von Suizidalität. Allerdings war ihre Belastung durch die Schwangerschaft und die erlebten Traumata deutlich.

Wir vereinbarten einen Wiedervorstellungstermin nach einer Woche.

Die Jugendliche kam mit der Dolmetscherin zum vereinbarten Termin. Sie war im Kontakt offener und affektiv schwingungsfähig. Sie erzählte, dass es ihr besser gehe. Sie besuche täglich den Sprachunterricht. Sie gab an, nicht mehr suizidal zu sein. Ihre Schwangerschaft hatte die Jugendliche angenommen, was jedoch nach wie vor von sehr belastenden Gefühlen begleitet war. Antisuizidale Skills sah sie in Ablenkung und in entgegengesetztem Handeln, sie erlebte sie nach ihren Schilderungen als hilfreich.

Der Gedanke an ihre Mutter, die sie geliebt habe, sowie die Erinnerung daran, dass ihr Onkel ihr die Flucht ermöglicht habe, seien auch die Garantie dafür, dass sie sich nichts antun würde.

Ein Beratungstermin beim Pflegekinderwesen des Jugendamtes stehe noch aus, dies war jedoch im zentralen Interesse der Jugendlichen. Sie wollte sich mit den Themen Adoption, Pflegerschaft ihres Kindes und Mutter-Kind-Angeboten auseinandersetzen. In einem Telefonat konnte dann ein Termin zeitnah zur Beratung vereinbart werden.

Dem Mädchen wurde eine ambulante Psychotherapie angeboten. Dazu fand in einem weiteren Termin auch eine Psychoedukation über Therapiemöglichkeiten bei Vorliegen einer Posttraumatischen Belastungsstörung statt, der Fokus dabei lag, auch wegen der Schwangerschaft, zunächst auf der Stabilisierung der Jugendlichen.

Erste Strategien zur Entspannung und zum affektiven und kognitiven Coping aus dem deutschsprachigen Manual der traumafokussierten kognitiven Verhaltenstherapie (TF-KVT) (Cohen, Mannarino & Deblinger, 2009; Kirsch, Fegert, Seitz & Goldbeck, 2011) sowie Skills aus der dialektisch

behavioralen Therapie für Adoleszente (DBT-A) zur Stärkung der Belastungstoleranz wurden mit dem Mädchen besprochen und geübt.

Auf eine Exposition durch narrative Aufarbeitung oder durch Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) wurde angesichts der noch immer akuten Belastungssituation des Mädchens verzichtet.

Mit der Jugendlichen wurde vereinbart, dass sie in Ruhe über die mögliche therapeutische Unterstützung nachdenken solle. Sie könne ohne weitere Wartezeit Termine in der KJPP über die Betreuer der Wohngruppe oder über die Dolmetscherin vereinbaren.

Diskussion

Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie gestaltete sich die Krisensituation neben der klinischen Einschätzung von Suizidalität und Abwendung der Eigengefährdung der Jugendlichen zu einer mehrdimensionalen Auseinandersetzung zwischen kinder- und jugendpsychiatrischer Begutachtung und der ethischen Thematik zum Umgang mit dem Thema fortgeschrittene Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch nach Vergewaltigung bei einer komplex traumatisierten Patientin.

Ein Schwangerschaftsabbruch war in diesem Fall von keiner der in Deutschland festgelegten Indikationen abgedeckt. Die Vergewaltigung hätte zwar Anlass zur kriminologischen Indikation geben können, diese hat jedoch folgende Geltungsvorschriften:

Kriminologische Indikation

Wenn ein Strafdelikt Grund für die Schwangerschaft ist, also beispielsweise eine Vergewaltigung oder ein sexueller Missbrauch, dann ist ein *Schwangerschaftsabbruch nicht rechtswidrig*. Allerdings darf auch dann nur bis zur 14. Schwangerschaftswoche (beziehungsweise bis zur 12. Woche nach der Befruchtung) abgetrieben werden.

Zudem hätte der psychiatrische Ausnahmezustand des komplex traumatisierten Mädchens eine medizinische Indikation – mit deutlich längerem Geltungsbereich – rechtfertigen können, aber auch hier sind Grenzen gesetzt. Der Gesetzgeber schreibt:

Medizinische Indikation

Gibt es eine medizinische Indikation für einen Schwangerschaftsabbruch (BzGA, 2015), dann ist die Abtreibung nicht rechtswidrig und unter bestimmten Umständen

auch nach der 14. Schwangerschaftswoche möglich. Eine medizinische Indikation für eine Abtreibung liegt vor, wenn Leben, Gesundheit oder Psyche der Schwangeren gefährdet sind *und sich diese Gefahr nicht anders abwenden lässt*.

Ein Sonderfall ist dabei der sogenannte *Spätabbruch* nach der 22. Schwangerschaftswoche. In diesem Fall erfolgt vor der Abtreibung der sogenannte Fetozyd, also die gezielte Tötung des Fötus im Mutterleib. Das soll verhindern, dass ein zunächst lebensfähiges, aber schwer geschädigtes Kind die Abtreibung überlebt.

Die Validierung der emotionalen Situation der Patientin und die nicht wertende, empathische Grundhaltung des Teams und der Therapeutin, ebenso wie die Möglichkeit, sich per Dolmetscherin zu artikulieren und die ihr wichtigen Aspekte zur Sprache zu bringen, boten ihr eine sichere Basis im Sinne eines Containments. Das Eingehen auf ihre ‚kulinaren‘ Wünsche – um die Nahrungsaufnahme wieder zu ermöglichen – stärkte die Erfahrung von Selbstwirksamkeit und minderte dadurch die traumabedingten Gefühle von Ohnmacht, Hilflosigkeit und Ausgeliefertsein. Selbstwirksamkeitserfahrungen und sicherer Ort erschienen als hilfreichste Grundelemente der Intervention.

Insbesondere ist zu betonen, dass ein Spätabbruch an sich auch traumatische Folgen haben kann (Adler et al., 1990) und auch eine Abtreibung nicht mehr zur „Elimination des Traumas“ beitragen kann, zumal das Mädchen einen orthodox-katholischen Hintergrund hatte.

Durchaus werden hier auch andere Positionen vertreten, der vorliegende Fall schildert nur auch einen möglichen gangbaren Weg. Zudem verdeutlicht er die Komplexität der Probleme, der sich die Kinderpsychiatrie widern müssen, angesichts einer großen und immer weiter wachsenden Zahl minderjähriger Flüchtlinge (Moehler et al., 2015) mit Traumata, die – nach Erreichen einer Grundversicherung – in zunehmendem Maße unsere kinderpsychiatrische Expertise benötigen werden. Witt et al. (2015) betonen einen Mangel an wissenschaftlichen Arbeiten aus Deutschland zum Thema „unbegleitete minderjährige Flüchtlinge“. Angesichts der großen Zahl dieser Kinder und Jugendlichen sollte dieser Herausforderung für unser Fach mit Entschlossenheit begegnet werden.

Literatur

- Adler, N.E., David, H.P., Major, B.N., Roth, S.H., Russo, N.F., Wyatt, G.E. (1990). Psychological responses after abortion. *Science*, 248, 41–44.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA). (2015). Ab-
rufbar unter: <http://www.familienplanung.de/beratung/schwa>

- ngerschaftsabbruch/rechtslage-und-indikationen/ (letzter Abruf: 04.12.2015).
- Bronstein, I., & Montgomery, P. (2011). Psychological distress in refugee children: a systematic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14, 44–56.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Deblinger, E. (2009). *Traumafokussierte Kognitive Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen*. Heidelberg: Springer.
- Fazel, M., Wheeler, J., Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet*, 365, 1309–1314.
- Gavranidou, M., et al. (2008). Traumatische Erfahrungen, aktuelle Lebensbedingungen im Exil und psychische Belastung junger Flüchtlinge. *Kindheit und Entwicklung*, 17, 224–231.
- Huemer, J., Karnick, N.S., Voelkl-Kernstock, S., Granditsch, E., Dervic, K., Friedrich M.H., et al. (2009). Mental health issues in unaccompanied refugee minors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 3, DOI: 10.1186/1753-2000-3-13.
- Human Rights Watch. (2009). Service for Life: State Repression and Indefinite Conscriptation in Eritrea, Abrufbar unter: https://www.hrw.org/sites/default/files/reports/eritrea0409webwco_ver_0.pdf. (letzter Abruf: 04.12.2015).
- Kirsch, V., Fegert, J., Seitz, D., & Goldbeck, L. (2011). Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie (Tf-KVT) bei Kindern und Jugendlichen nach Missbrauch und Misshandlung. *Kindheit und Entwicklung*, 20, 95–102.
- Moehler, E., Simons, M., Kölch, M., Herpertz-Dahlmann, B., Schulte-Markwort, M., Fegert J. (2015). Diagnosen und Behandlung (unbegleiteter) minderjähriger Flüchtlinge. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 43, 381–383.
- Mollica, R.F., McInnes, K., Poole, C., Tor, S. (1998). Dose-effect relationships of trauma to symptoms of depression and post-traumatic stress disorder among Cambodian survivors of mass violence. *The British Journal of Psychiatry*, 173, 482–482.
- Ruf, M., Schauer, M., Elbert, T. (2010). Prävalenz von traumatischen Stresserfahrungen und seelischen Erkrankungen bei in Deutschland lebenden Kindern. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 39, 151–160.
- Terre des Femmes. (2015). <https://www.frauenrechte.de/online/index.php/themen-und-aktionen/weibliche-genitalverstumelung2/unser-engagement/aktivitaeten/genitalverstumelung-in-afrika/fgm-in-afrika/1427-eritrea> (letzter Abruf: 04.12.2015).
- Witt, A., Rassenhofer, M., Fegert J., Plener P.I. (2015). Hilfebedarf und Hilfeangebote in der Versorgung von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen. Eine systematische Übersicht. *Kindheit und Entwicklung*, 24, 209–234.

Manuskript eingereicht: 10.10.2015

Nach Revision angenommen: 16.05.2016

Interessenkonflikt: Nein

Artikel online:

Andrea Dixius

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
SHG Kliniken Sonnenberg
66271 Kleinblittersdorf
Deutschland
a.dixius@sb.shg-kliniken.de