

# Traumatisierte Flüchtlinge – Herausforderung und Chance

## **Abstract**

Ausgehend von einer kulturadaptierten Psychotraumadiagnostik im Kindes- und Jugendalter (Kind als Symptomträger, Monotrauma, komplexe Traumatisierung) und dem sich daraus ergebenden Behandlungsbedarf wird die aktuelle Versorgungssituation in unserer Region diskutiert.

Gemeinsam werden Perspektiven entwickelt für eine die verschiedenen Akkulturationsstile berücksichtigenden Qualifizierung unserer ambulanten und stationären Versorgungssysteme. Zuwachs an "Interkultureller Kompetenz" macht uns sicherer in der Bewältigung der neuen Herausforderungen und respektvoll vor bestehenden Resilienzfaktoren, die sich gleichzeitig positiv auf unser jeweiliges professionelles Arbeiten und die gesellschaftlichen Weiterentwicklungen auswirken können.

# Traumatisierte Flüchtlinge – Herausforderung und Chance

## **Gliederung:**

*Definitionen, Zahlen*

*„Wir brauchen mehr Traumatherapeuten!?“*

*Überlegungen zur aktuellen Behandlungssituation*

*Stufenplan der (trauma-)therapeutischen Behandlung*

*Das komplex traumatisierte Kind*

*Gruppentherapeutisches Konzept*

*Gesamtgesellschaftliche Implikationen*

*Möglicher Verfahrensablauf einer psychotherapeutischen Versorgung*

## Definitionen:

Geflüchtete – Asylbewerber – Flüchtling

Alleinreisende – Alleinstehende – **unbegleitete Minderjährige**

Asylverfahrensgesetz (AsylVfG) – Asylleistungsgesetz (AsylbLG)  
vor – nach BAMF-Antragstellung

Unterbringung – Antrag – Interview – Entscheidung  
Priorisierung nach Herkunftsländer

Entscheidung neg.: Klage Verwaltungsgericht – Antrag auf Berufung OVG  
Entscheidung pos.: „**Flüchtling**“ gemäß Genfer Flüchtlingskonvention

gesicherter – ungesicherter Aufenthalt  
Auflagen: Wohnsitz, Arbeit, Familiennachzug

## Definitionen:

Medizinische Versorgung:

§4 AsylbLG: Behandlung akuter Erkrankungen, von Schmerzzuständen

§6 AsylbLG: Sonstige Leistungen, Sicherung Gesundheit, Einzelfallentscheid

Krankenhilfeverfahren:

Abrechnung über zuständiges Jugend-/Sozialamt

Abrechnung über AOK-Versichertenkarte

**Überweisung:** wenn nötig, dann mit gesonderter Begründung  
bzw. Abrechnungsschein

**Dolmetscher:** finanziert evtl. über § 6 AsylbLG (Einzelfallentscheidung)  
bzw. über „Mehrbedarfsregelung“ beim Job-Center

**Begleitperson:** Ehrenamtlicher als „Pfadfinder“  
„ Aufenthaltsrechtlicher Begleiter“

## Definitionen:

Trauma – Traumatisierung – Traumasymptome

Konstriktive Symptome – Intrusionen – Symptome eines Hyperarousals

Monotrauma – **komplexe Traumatisierung** – Kind als Symptomträger

F43.0	Belastungsreaktion	Std. – einige Tage
F43.2	Anpassungsstörung	1 – 6 Mon.
F43.1	PTBS – „PTBS“ beim Kind	Beginn bis 6 Mon.
F43.21	Längere depressive Reaktion	Dauer bis 2 Jahre
F62.0	andauernde Persönlichkeitsveränd. nach Extrembelastung (DESNOS)	
F98.9	„Komplexe Bindungs- und Entwicklungstraumastörung“	

„Komorbiditäten“ – **Teilaspekte der PTBS:**

- Angst- und Panikstörungen
- Somatisierungsstörungen
- Schlafstörungen
- Depressionen, Suizidphantasien
- Borderline-Persönlichkeitsstörung ...

# Zahlen:

Hauptgründe für Migration (del Porzo M.A. et al: Akkulturationsstile und Depressivität von Migranten. Nervenheilkunde 2014; 33(6):419-426)

- ökonomische 48%
- politisch 21%
- familiär 19%
- arbeitsbedingt 3%

**Flucht ist keine freiwillige Migration!  
(Banalisierung)**

→ Depression: vorwiegend Postmigrationsbelastung  
häufiger bei Migranten, die Traumata erlebt haben

Traumatisierung von Migranten:

Prämigrationstraumata 24% (vor der Flucht lebensbedrohlichen Situationen ausgesetzt)  
während Migration 11% (während Flucht Situationen extremer Bedrohung)  
Postmigrationstraumata 17% (Traumata während der Dauer des Asylverfahrens)

**„BAMF-Studie“: PTBS-Punktprävalenz bei Asylbewerbern: 40%**

(Gaebel U. Ruf M. Scher M. Odenwald M. Neuner F. Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und Möglichkeiten der Ermittlung in der Asylverfahrenspraxis. Z Klein Psychol Psychiatr Psychother 2005; 35; 12-20)

Therapeutischer Erfolg von Postmigrationsfaktoren abhängig,  
d.h. Heilung rascher möglich in unmittelbaren Nachbarländern.

## „Wir brauchen mehr Traumatherapeuten!?“

„Schätzungen zufolge haben etwa 40% der asylsuchenden Flüchtlinge mehrfach traumatisierende Erfahrungen in ihren Heimatländern gemacht, zum Teil aber auch auf der Flucht. Das Ganze wird durch **ungünstige Umstände im Ankunftsland** weiter verstärkt ... (Dr. Iris Hauth, DGPPN-Präsidentin, Berlin-Weißensee, Neurologie & Psychiatrie 2015;17(9)S.6)

Traumatisierte Kinder: „Zur Zeit bestehen fast keine Behandlungsmöglichkeiten, da die Behandlungseinrichtungen durch den gegenwärtigen Flüchtlingsansturm überlastet sind.“ (Kinder- und Jugendarzt 46.Jg.(2015)Nr.22,S.657)

Problem Diagnose „**PTBS**“: Definition nach dem **Ereignis**:

vernachlässigt bleiben: - Prozesscharakter der Erfahrung

- sozialer u. kultureller Kontext

- Dynamik, Chronifizierung (z.B. „late-onset-PTSD“)

- Entwicklungsbezogenheit beim Kind

**Stressfolgestörungen:**

- Depressionen

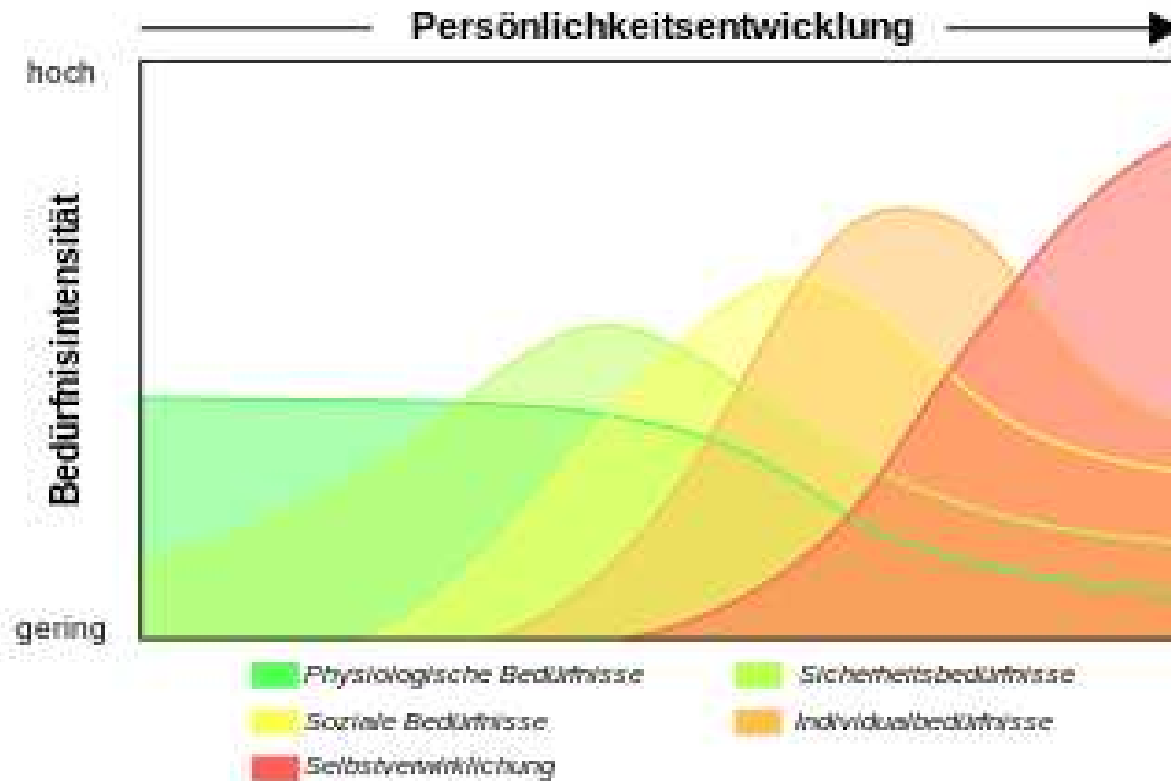
- pathol. Spiel, Cannabis-Missbrauch

- somatoforme Störungen

- Borderline-Persönlichkeitsstörung

# „Wir brauchen mehr Traumatherapeuten!“

Bedürfnisse von Flüchtlingen (nach Maslow):



[http://images.google.de/imgres?imgurl=https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/9/98/Einfache\\_Bed%25C3%25BCrfnishierarchie\\_nach\\_Maslow.svg/400pxEinfache\\_Bed%25C3%25BCrfnishierarchie\\_nach\\_Maslow.svg.png&imgrefurl=https://de.wikipedia.org/wiki/Maslowsche\\_Bed%25C3%25BCrfnishierarchie&h=346&w=400&tbnid=16A5rC2g01B\\_M:&tbnh=90&tbnw=104&usq=\\_tO\\_oC2sshV3yCaeoZ8ZnpDIrpBs%3D&docid=cjyrs2a89hVIJM&sa=X&sqi=2&ved=0ahUKEwiqrs-zhqTJAhUFjg8KHdIbBUQQ9QEITAA](http://images.google.de/imgres?imgurl=https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/thumb/9/98/Einfache_Bed%25C3%25BCrfnishierarchie_nach_Maslow.svg/400pxEinfache_Bed%25C3%25BCrfnishierarchie_nach_Maslow.svg.png&imgrefurl=https://de.wikipedia.org/wiki/Maslowsche_Bed%25C3%25BCrfnishierarchie&h=346&w=400&tbnid=16A5rC2g01B_M:&tbnh=90&tbnw=104&usq=_tO_oC2sshV3yCaeoZ8ZnpDIrpBs%3D&docid=cjyrs2a89hVIJM&sa=X&sqi=2&ved=0ahUKEwiqrs-zhqTJAhUFjg8KHdIbBUQQ9QEITAA)



# Versorgung psychisch kranker Flüchtlinge

(Knischewitzki, V. et al: Interkulturelle Öffnung des psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystems. Nervenheilkunde 2014; 33(6):434-438)

## Probleme auf Seiten der **Betroffenen**:

- unzureichende deutsche Sprachkenntnisse
- Emotionen überwiegend muttersprachlich enkodiert
- nochmalige Auseinandersetzung ist zunächst nicht nachvollziehbar
- Scham und Angst vor einer Stigmatisierung durch Vertreter der eigenen Ethnie
- kaum Informationen über die dt. Gesundheitsversorgung
- Problemlösung zunächst in Großfamilie, im Hilfsnetz der Migranten oder auf traditionellem Weg

## Probleme auf Seiten der **Behandler**:

- generelle Unterversorgung durch Niedergelassene
- fehlende muttersprachliche Psychotherapeuten
- „komplexe“ Patienten, „wenig rentabel“
- mangelnde kulturelle Kompetenz der Behandler
- Gefühle der Hilflosigkeit, Unsicherheit, Resignation, eigener Inkompetenz
- bevorzugter Anlaufpunkt: PIA

# Akkulturationsstile (Berry JW. Immigration, acculturation, and adaptation. Applied Psychology 1997; 46(1): 5-68)

		Aufrechterhaltung eigener kultureller Identität?	
Übernahme von		ja	nein
Elementen der	ja	<b>Integration</b>	<b>Assimilation</b>
Aufnahmekultur?	nein	<b>Segregation</b>	<b>Marginalisation</b>

## Integration von Migranten in die Regelversorgung

versus

## Etablierung spezieller Behandlungszentren?

Inkongruenz zwischen angebotenen Leistungen und Patientenbedürfnissen

Problem mögliche Ausgrenzung und Stigmatisierung durch Behandlungszentren

Daher Vorschlag:

„interkulturelle Öffnung“ mit Qualifizierung und Sensibilisierung des bisherigen Systems

# Interkulturelle Kompetenz – drei Ebenen:

(Knischewitzki V. Machleidt W. Graef-Calliess I.T. Interkulturelle Öffnung des psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystems. Nervenheilkunde 2014(6); 434-438)

1. **Wissensebene** über die verschiedenen Lebenswelten, Symptomvariationen, Krankheitskonzepte, Heilungsverläufe ...  
idioms of distress (verschiedene Präferenzen, Stresssymptome auszudrücken)
2. **Ebene der Haltung** und Einstellung zu Menschen aus anderen Kulturen  
(Offenheit und Neugier, Ermutigung, Anerkennung, Respekt vor der Biographie, Empathiefähigkeit, Perspektivwechsel, distanzierte Sichtweise unter kritischer Reflexion eigener Normen)
3. **Ebene der Fertigkeiten** in der Gestaltung eines therapeutischen Prozesses  
(Umgang mit Behandlungsschwierigkeiten, der eigenen empfunden Hilflosigkeit, Bereitschaft zur Supervision, flexible, kulturadaptierte Anpassung des Behandlungskonzepts)

**Interkulturelle Trainings („Selbsterfahrung“)** in drei Ansätzen:  
deutlicher Mangel an transparent dokumentierten, evaluierten Trainings  
Auseinandersetzung im geschützten Rahmen mit Inter- und Transkulturalität,  
eigenes Eingebundensein vs. Wahrnehmung und Bewertung  
möglicherweise befremdlicher Aspekte.

**1. *Sensibilisierungsansatz***

(Einstellung der Behandler, Selbstreflektion, Stereotypen)

**2. *kategorialer Ansatz***

(Einstellung, Werte und Verhaltensweisen von spezif. kulturellen und ethnischen Gruppen, Gefahr der Stereotypisierung)

**3. *interkultureller Ansatz***

(kommunikative Fähigkeiten:  
Kombination Interviewtechnik + ethnographische Aspekte)

Ausschuss „Interkulturelle Kompetenz und Global Health“ der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA)  
= fach- und disziplinübergreifende Zusammenarbeit zur konzeptuellen und didaktischen Weiterbildung von Lehrangeboten

# Sonnenberger Leitlinien

zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von Migranten in D.  
= einheitliche und praxisnahe Qualitätsstandards bei der Einführung  
und Umsetzung von interkulturellen Behandlungskonzepten

(Machleidt W. Koch E. Calliess IT. Schepker R. Salman R. Die sonnenberger Leitlinien –  
Eine Programmatik für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Migranten. München 2001; 135-143)

- erleichterter Zugang zu Einrichtungen psychosozialer Versorgung
- interkulturell sensibles und kompetentes Personal
- Nutzung psychologisch geschulter Dolmetscher
- Bereitstellung von Infomaterial in verschiedenen Sprachen
- Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten

# Essener Leitlinien

zur interkulturellen Psychotherapie

(Erim Y. et al. Essener Leitlinien zur Interkulturellen Psychotherapie. PID Psychother Dialog 2010; 11; 299-205)

= Orientierungshilfe für die psychotherapeutische Versorgung

# Göttinger Behandlungskonzept

für Patienten mit Migrationshintergrund:

(Özkan I. Belz M. Behandlungskonzept für Menschen mit Migrationshintergrund. In: Heise T. Golsabahi S. Hg. Mit Leib und Seele ankommen. Berlin: VWB 2011; 91-102)

**RETREAT (Resource Establishing Trauma Relief Elaboration And Treatment)**

1. Bildung einer therapeutischen Beziehung
2. psychische Stabilisierung
3. Fokus auf dem Umgang mit spezifischer Symptomatik
4. Psychoedukation
5. Ressourcenarbeit

Beispiel „Dominoeffekt“: zwischen den einzelnen intrusiv auftretenden Traumasymptomen werden Ressourcen als Stopper aufgestellt

## **AWMF-Leitlinien-Empfehlungen**

„Konfrontation mit Erinnerung an das auslösende Trauma ... [mit dem] Ziel der

Integration unter geschützten therapeutischen Bedingungen“

# Arbeit mit Dolmetscher:

(Caritasverband Rhein.Mosel-Ahr e.V. Therapie zu dritt. Wie kann dolmetschergestützte Psychotherapie im interkulturellen Kontext gelingen? Ein Leitfaden.)

Erstkontakt mit Dolmetscher: Angst der Patienten, für „verrückt“ erklärt zu werden

→ „Sprach- und Kulturmittler“

→ 15 €/Std. + Fahrtkosten, von Sozialamt zu übernehmen (§ 6 AsylbLG)

Eingliederung für Menschen mit Behinderung nur bei < 18J. (§§ 53ff SGB VII)

= mediz. Indikation, nicht Ermessen der Verwaltung!

→ schriftliche Schweigepflichtserklärung

→ Empfehlung: örtlicher Pool von Dolmetscher bilden!

„**WINNERS“-Regeln** für Dolmetscher:

- **W**ort-für-Wort-Übersetzung (Gefahr des Weglassens von scheinbar Unwichtigem)
- **I**ch-Form (sowohl Therapeut- als auch Klientpart)
- **N**eutralität („passive“ Rolle des Dolmetschers, Genderprobleme)
- **N**ebenschauplätze meiden (keine Nebengespräche mit Klient)
- **E**motionalität (Psychohygiene des Dolmetschers)
- **R**ollenkonflikte (übermäßige Identifikation mit Klient, Rivalität mit Therapeut)
- **S**chweigepflicht (genau erläutern, Ausschluss paralleler Bekanntheitskontexte)

# Überlegungen zu Behandlungskonzepten

## Psychosoziale Interventionskette

1. Institution des **Erstkontakts**: sprach- u. kulturkompetenter psychosozialer Mitarbeiter, sensibilisiert auf Symptome, die auf psychische Erkrankungen hinweisen
2. **Diagnostik**: Screening, Erstinterview, Einbezug Aufenthaltsstatus
3. **Behandlung**: niederschwellige Interventionen, Psychoedukation, Gruppensettings, Vernetzung zur gemeinsamen Behandlung von Familiensystemen
4. flankierende psychosoziale **Unterstützung**: Fallmanagement, Ehrenamtliche

## (Trauma-)Therapeutischer Stufenplan

- |  |                   |
|--|-------------------|
| 1. <b>äußere Sicherheit</b>                          | Netzwerke         |
| 2. <b>Beziehungsaufbau</b>                           | Fallverantwortung |
| 3. <b>innere Sicherheit</b>                          | Ressourcenarbeit  |
| 4. <b>Traumabearbeitung</b><br>und Trauerbewältigung | Settingsfragen    |



# Stufenplan: 1. äußere Sicherheit

Aufenthaltsstatus, Dauer des Asylverfahrens (Clearing 3 Mon.!)

Familienangehörige

Verbleib, deren Sicherheitslage

Unterbringungsformen

Familien, Wohngruppe, Betreutes Wohnen

Schutz vor Gewalt

„herausforderndes Verhalten“ in WGs

Mitarbeiterqualifizierung

Auswahl, Supervision

Sicherung der Kommunikation

Sprach- und Kulturkompetenz

Situation der 18-21jährigen

Strukturmangel, Ausbildung

# Stufenplan: 1. äußere Sicherheit

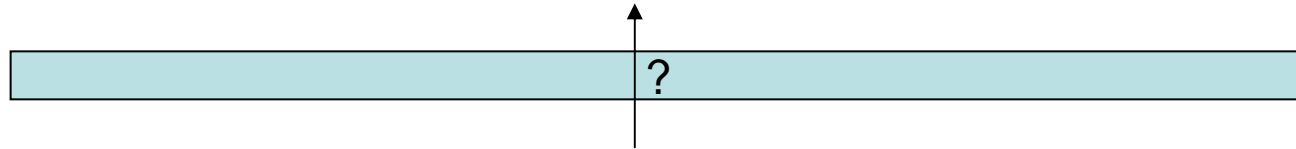
## Fallbeispiel: **Kind als Symptomträger**

9jähriger Junge im Irak mit zunehmend aggressiven Verhaltensweisen. Der Vater zuvor entführt und misshandelt, nach Lösegeldzahlung freigekommenen und jetzt depressiv. Der Ausnahmezustand der alltäglichen Bedrohung wird als nicht weiter hinterfragte Normalität angesehen. Die Familie reagiert mit konstriktiven, depressiven Symptomen, nur nicht dieser Junge. Er lässt sich nicht einpassen, will nicht bloß funktionieren. Sein Verhalten ist wie eine große Frage an den Vater. Der Perspektivwechsel weg von der Symptomatik des Jungen ist überraschend für die Familie und rührt an eigenen traumatischen Erfahrungen.

Die meisten traumatisierten Kinder sind mit Blick auf die langdauernden, über mehrere Generationen wirkenden Konflikte **komplex traumatisiert**.

## ***The complex traumatised child - what is hidden beneath the symptoms?***

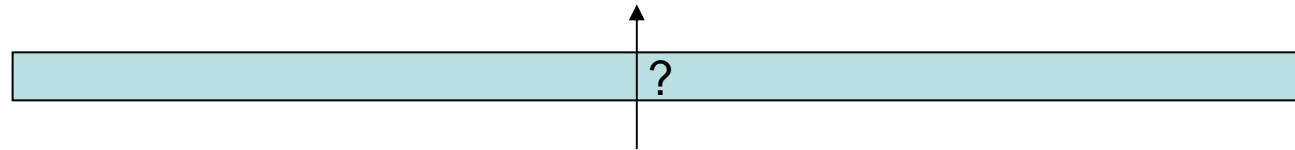
Verbal aggression, acts of violence, stealing, lying ...



Behaviour therapie?  
Medication?  
Educational strategies?

## ***The complex traumatised child - what is hidden beneath the symptoms?***

Verbal aggression, acts of violence, stealing, lying ...



Behaviour therapie?  
Medication?  
Educational strategies?

### **Symptomkomplexe:**

emotionales Verhalten: Rückzug, Ängste, wahllose Anhänglichkeit

soziales Verhalten: Mangel an Empathie, Aggression

Stressabbau-Verhalten: repetitives Verhalten, Selbstverletzung

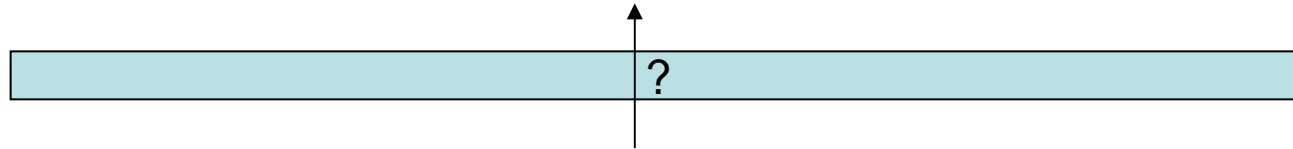
vegetative Störungen: Schlafstörungen, Essstörungen

kognitive Störungen: Konzentrations- und Lernstörungen

## ***The complex traumatised child - what is hidden beneath the symptoms?***

Verbal aggression, acts of violence, stealing, lying ...

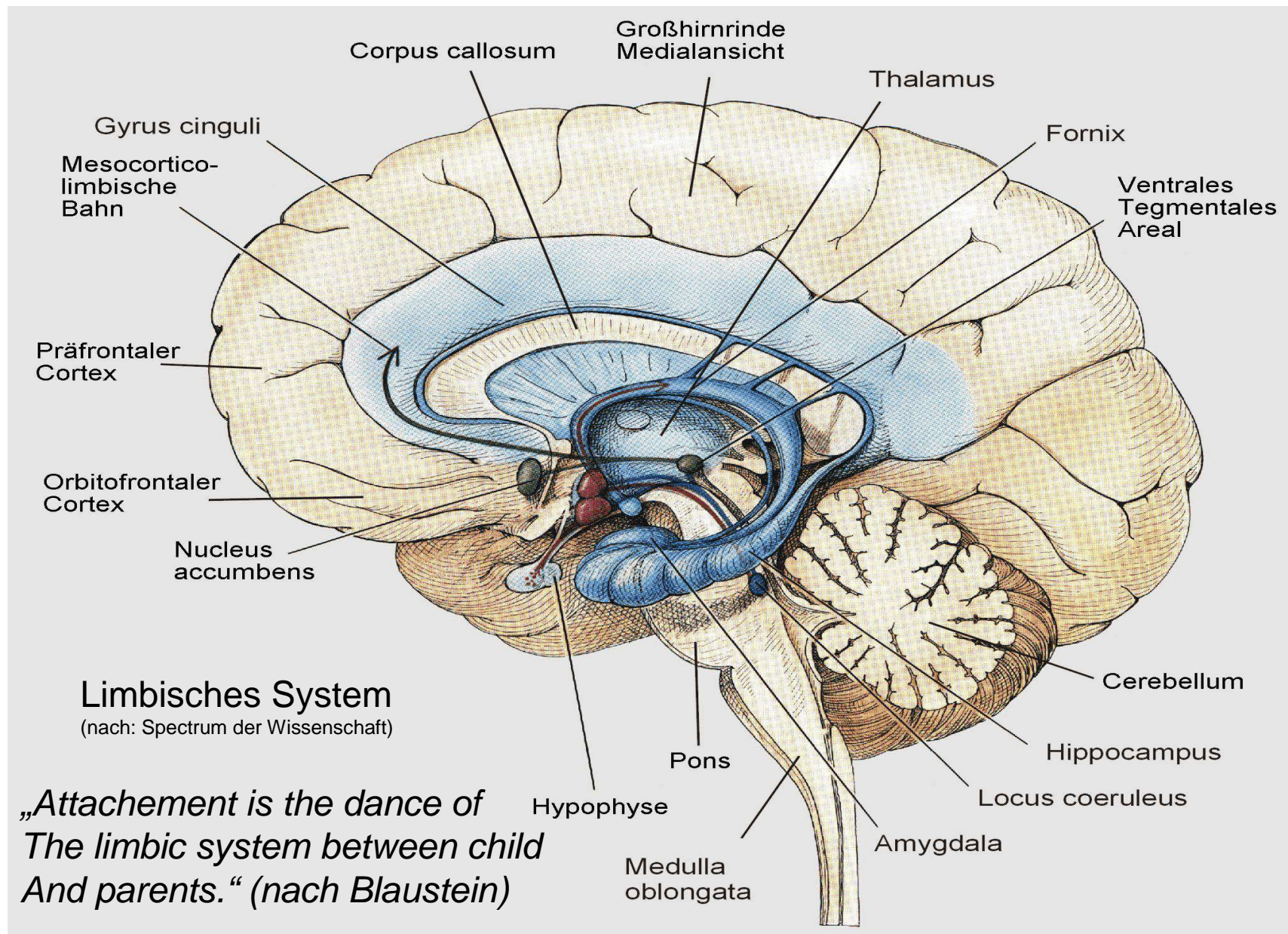
Behaviour therapie?  
Medication?  
Educational strategies?



### **Psychodiagnostik:**

uneinheitliches Entwicklungsprofil mit Diskrepanz zwischen guter verbaler Intelligenz und Schwächen in der Performance





# Neuro-Sequenz-Modell:

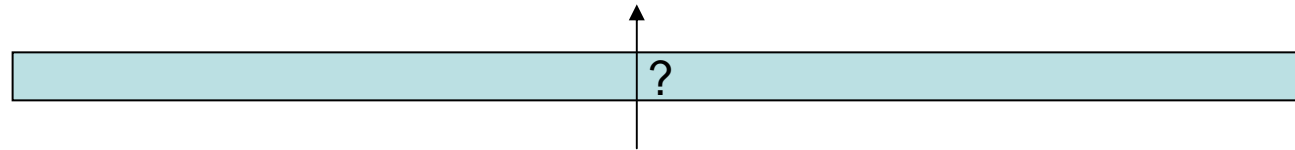
(Bruce Perry, 2009, Neurosequential Model of Therapeutics, NMT; Perry u. Szalavitz, 2009, Der Junge, der wie ein Hund gehalten wurde. Merker, A, „bke“-Kongress, Trier, 2012)

## Hierarchie der Gehirnfunktion:

Kortex	abstraktes Denken konkretes Denken	<b>„Professor“</b>
limbisches System	Zugehörigkeit Bindung Sexualverhalten emotionale Reaktivität	<b>„Katze“</b>
Mittelhirn u. Hirnstamm	motorische Regulation Erregung von Nervenzellen Appetit/Sättigung Schlaf Blutdruck/Herzfrequenz Körpertemperatur	<b>„Reptil“</b>

## ***The complex traumatised child - what is hidden beneath the symptoms?***

Verbal aggression, acts of violence, stealing, lying ...



Behaviour therapie?  
Medication?  
Educational strategies?

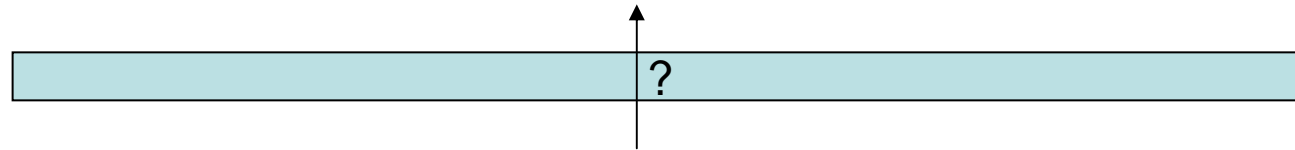
### **Psychoneurale Entwicklung des Kindes:**

- Stress-Verarbeitungssystem: vor-/früh nachgeburtlich
  - internen Beruhigungssystem: vor-/früh nachgeburtlich
  - internen Motivationssystem: erste Lebensjahre
  - Impulshemmungssystem: 1. – 20. Lebensjahr
  - Empathie, Theory of Mind: 2. – 20. Lebensjahr
  - Realitätssinns, Risikowahrnehmung: 3. – 20. Lebensjahr
- (nach G. Roth)



## ***The complex traumatised child - what is hidden beneath the symptoms?***

Verbal aggression, acts of violence, stealing, lying ...



Behaviour therapie?  
Medication?  
Educational strategies?

### **Anamnese belastender Vorerfahrungen:**

Schul-/Kindergartenalter:

soziale und emotionale Aspekte?

Säuglingsalter:

Unruhe, Ess- u. Schlafgewohnheiten?

Schwangerschaftsanamnese:

erwünscht? psychischer Stress? Partner?

Kindheitserfahrungen Eltern:

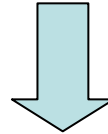
emot. Erinnerungen? eigene Erziehung?

Erfahrungen Großelterngeneration:

Umgang mit Emotionen? Krieg?

# Frühe Bindungseffekte auf das kindliche Gehirn:

Beruhigung



Dopaminausschüttung → Belohnung, Motivation  
Oxytocinausschüttung → Reduktion Angst, Kampf/Flucht-Reaktion  
→ Insgesamt Verbesserung **soziales Bindungsverhalten**

(nach: Allan N. Shore, The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. Infant Mental Health J. 2001; 22: 201-269)

**Attachment trauma**  
**Relational trauma**



Hyperarousal

**Desorganisierte Bindungsmuster:**  
15% in nichtklinische Stichproben  
25-34% bei niedrigem sozialem Status  
35% Kinder mit neurologischer Auffälligkeit  
43% Kinder von drogenabhängigen Müttern  
48-77% misshandelte Kinder  
**>70% Jugendliche in Heimerziehung** (A. Trost, BKJPP 2015)



falls **keine**  
**Beruhigung**  
erfolgt



Dissoziation



De-Attachment, **Bindungsstörung**

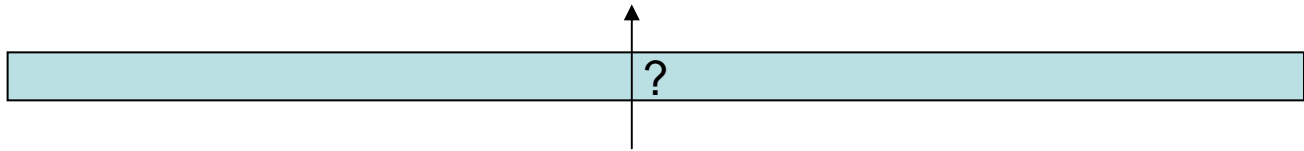
„**Fremde-Versuch**“ (Bolby, Anisworth):

5-10% unsicher-desorganisierte Angst-Bindung mit hohen Cortisol-Werten, verwirrt, benommen, dissoziativ

# ***The complex traumatised child - what is hidden beneath the symptoms?***

Verbal aggression, acts of violence, stealing, lying ...

behaviour therapie?  
medication?  
educational strategies?



Network of fear

existential fear

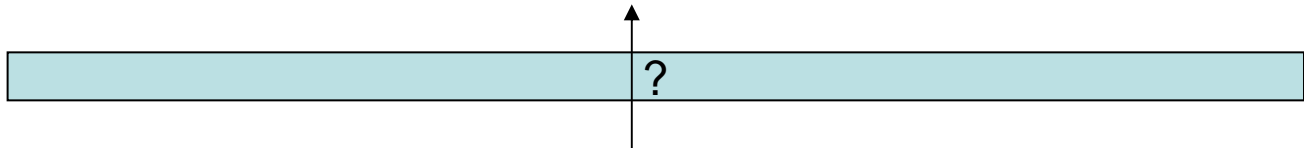


lack of power

# The complex traumatised child - what is hidden beneath the symptoms?

Verbal aggression, acts of violence, stealing, lying ...

behaviour therapie?  
medication?  
educational strategies?



## Coping:

The attempt,  
not the success!

Dysfunction: Imbalance between demands and individual possibilities  
Trauma → symptoms → coping → still symptoms → to increase the coping



RAGE!

CONTROL!

I'm a nothing,  
but this  
I'm doing well!

existential fear

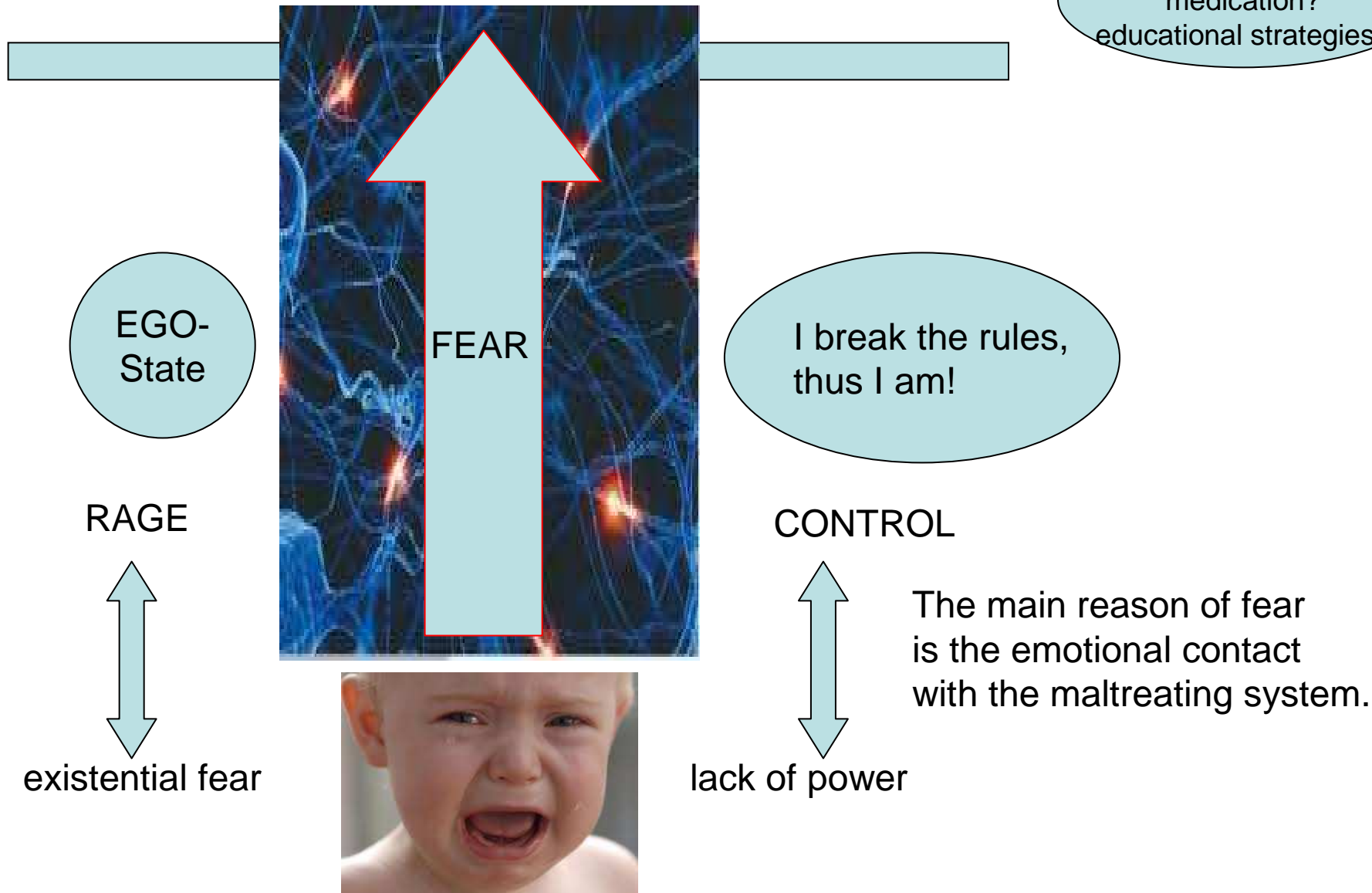


lack of power

# The complex traumatised child - what is hidden beneath the symptoms?

Verbal aggression, acts of violence, stealing, lying ...

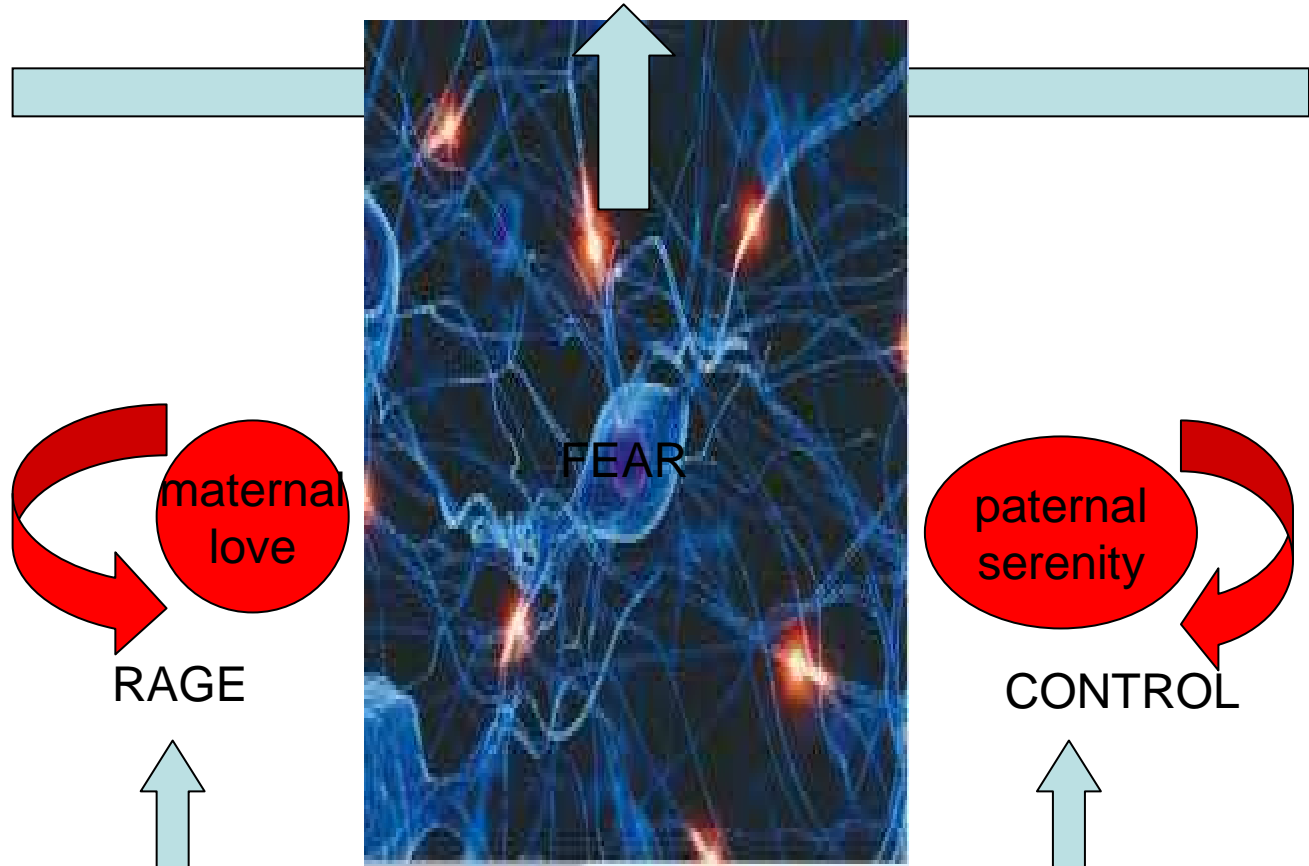
behaviour therapie?  
medication?  
educational strategies?



# The complex traumatised child - what is hidden beneath the symptoms?

Verbal aggression, acts of violence, stealing, lying ...

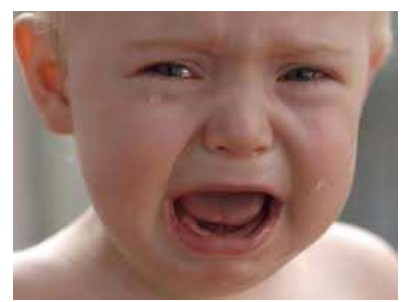
behaviour therapie?  
medication?  
educational strategies?



maternal love  
RAGE  
↑  
existential fear

paternal serenity  
CONTROL  
↑  
lack of power

Speak with a low, warm and quiet voice!  
Be in eye contact!  
Smile always!  
Take the control!  
Be consequent, but act, don't speak!



## Stufenplan: 2. Beziehungsaufbau

- interkulturelle Kompetenz
- Ehrenamtliche („Aufenthaltsrechtlicher Begleiter“)
- bei Kinder von-verbale Möglichkeiten der Beziehungsgestaltung
- Dolmetscher
- eigene innere Haltung!

# Stufenplan: 3. innere Sicherheit

## kulturspezifische Besonderheiten

- strikte Geschlechtertrennung und Vermeidung von sexuellen Themen
- Frauen kommen meist in Begleitung von männliche Verwandten
- „Scham“ wegen fehlender Sprachkenntnissen und geringem Wissen über Körperfunktionen
- „Schmerz“: Schilderung emotional, diffus, nicht zentriert, auf ganze Organbereiche bezogen
- chronische „Kopfschmerzen“: Hinweis auf Trauma-bezogenes Grübeln und Trauer
- ganzheitlich Auffassung von Krankheit: „Mein Kind alles krank!“ „Ich, ganze Bauch kaputt!“
- „Fallen eines Organs“: Fehlen an vorheriger innerer Balance und Funktionsstörung
- Meiden des Blickkontakts: z.B. bei Jgdl. aus Eritrea/Afghanistan, da sonst „Provokation“

## Ressourcenaufbau

## Stabilisierungsübungen

## gruppentherapeutische Möglichkeiten



# Stufenplan: 4. Traumabearbeitung und Trauerbewältigung

(Sack, M. Sachsse, U. Schellong, J.: Diagnostik und Behandlung von Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung. Schattauer 2013; S.437-446)

- 1.) Trauma wird als schicksalhaftes Geschehen gesehen,  
nochmalige Auseinandersetzung ist zunächst nicht nachvollziehbar!  
Daher: Förderung von Selbstwirksamkeit und Affektkontrolle vorrangig
- 2.) Wiederholt „Überlebensstrategien“ würdigen!  
Daher: Nicht phasenhaftes, sondern spiralförmiges Vorgehen  
im Wechsel von Ressourcenaktivierung und Traumaexposition
- 3.) Akkulturationsprozess und Exilbedingungen berücksichtigen!  
Daher: Es braucht die Strukturhilfe durch Ehrenamtliche.  
Besondere Rolle des Dolmetschers.

Probleme:

- oft Fehldiagnose „PTBS“, Definition Ereigniskriterium?
- fehlende herkunftsvalidierte Testverfahren
- Organmetaphern als somatische Störung fehlinterpretiert

# Gruppentherapeutisches Konzept für Kinder mit Traumasymptomen

Wintisch, H. Hoffnung säen: Therapeutische Gruppen mit kriegstraumatisierten Kindern und Jugendlichen in Bosnien.  
Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 49:209-230(2000)

**Ausgangsbedingungen:** - Mangel an kindgerechter Umgebung  
- Verlust der Väter → Mangel an Schutz  
- Traumatisierung der Mütter → und Sicherheit

**ressourcenorientierter Ansatz:** - Vertrauensbildung  
- Sinneserfahrung, körperl. Aktivität  
- Arbeit am Trauma, spezifische Techniken  
- Ausbildung der MitarbeiterInnen

**Auswahl:** - komplex traumatisierte Kinder  
- Trauma-Fragebogen versus Sensibilisierung der Kontaktpersonen

**Ziele:** - gegen Hoffnungslosigkeit, für Zukunftsperspektive  
- Gewährleistung von persönlicher Entwicklung  
- Vermeidung von Täterstrukturen bei Erwachsenen

**MitarbeiterInnen:** - traumapädagogisch geschult, kultursensibilisiert  
- kreativ-/gestalttherapeutisch  
- Netzwerk mit Dolmetscher, Erzieherinnen, Lehrer ...

# Gruppentherapeutisches Konzept für Kinder mit Traumasymptomen

Wintisch, H. Hoffnung säen: Therapeutische Gruppen mit kriegstraumatisierten Kindern und Jugendlichen in Bosnien.  
Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 49:209-230(2000)

## **Gesamtaufbau:**

1. Phase: Grundbedürfnisse, Schutz, Sicherheit
2. Phase: Vertrauensbildung, Ressourcenbildung
3. Phase: kreativer Ausdruck traumatischer Erfahrungen  
parallel Bearbeitung in Einzelsettings (abweichend von Wintisch)
4. Phase: Umgang mit Coping-Strategien  
identitätsstiftende Übungen  
Umgang mit Trauer und Abschied

**Methoden:** kreativer Umgang mit bewährten Therapiemethoden  
im neuen sozio-kulturellen Kontext

- Ausdruckstechniken, non-verbal: Zeichnungen, Jeux dramatique ...
- Entspannungstechniken: Atem-/Imaginationsübungen
- Bewegungsübungen: psychomotorisch, affektmodulierend

Die Kinder sind oft eingefroren im Zustand der erlebten Hilflosigkeit,  
das drückt sich auch psychomotorisch aus.

**Beantragung** Krankenkasse: 15 Doppelstd. Gruppe + 10 Einzel + 5 Begleitpers.

# Gruppentherapeutisches Konzept für Kinder mit Traumasymptomen

Wintisch, H. Hoffnung säen: Therapeutische Gruppen mit kriegstraumatisierten Kindern und Jugendlichen in Bosnien.  
Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 49:209-230(2000)

## ***Aufbau Gruppenstunde:***

### 1. Schritt: **Eingangsaktivität** mit Bewegung

(z.B. Partnerübung: blind führen, versch. Gangarten+Tempi, immer schneller, Vertrauensspaziergang mit verbundenen Augen, eine geschlossene Faust öffnen)

### 2. Schritt: **Einstimmung** ins Thema (der Kinder!)

(z.B. Phantasiereise, Atemübung: sich der Sonne zuwenden, atmen, nicht bewerten)

Themen der Kinder: Kennenlernen, Vertrauen schaffen, Sicherer Ort,  
Wunschtag, Glück, Stärken, soziale Kompetenz  
Gefühle, Körperbild, Zukunft, Abschied

### 3. Schritt: **Ausdruck** des Erlebten

(z.B. im Bild, im Ausdrucksspiel, mit Nachfragen auf der Bedeutungsebene)

Verknüpfung mit Ressourcen: „Dann wird das leichter!“

Steuerung mittels: Einsatz von Kuscheltieren (Übergangsobjekt)  
„Gute Fee“ (Hilfs-Ich)  
begleitete Auszeiten  
„Mein allerschönster Tag“

# Gruppentherapeutisches Konzept für Kinder mit Traumasymptomen

Wintisch, H. Hoffnung säen: Therapeutische Gruppen mit kriegstraumatisierten Kindern und Jugendlichen in Bosnien.  
Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 49:209-230(2000)

## ***Aufbau Gruppenstunde:***

4. Schritt: **Freiraum** für Aktuelles
5. Schritt: **Abschluss**: Spiel mit Bewegung
6. Schritt: **Verstärker** (bedürfnisorientiert)

## ***Auswirkungen:***

Effektive Elemente:

- kreative Ausdrucksformen
- Parallelität von Traumamaterial und Ressourcen
- Gruppensolidarität
- nachfolgende Entspannung

„The greatest pain of all is the pain which cannot be expressed.“ (nach Lüthje)

„Die kleinen Erwachsenen im kindlichen Körper sind wieder mehr Kinder geworden.“ (Wintisch)

# Gesellschaftliche Implikationen

Die Diskrepanz zwischen Hilfebedarf traumatisierter Flüchtlinge und administrativer Ausstattung ist noch groß.

„Therapie“ beginnt bei Grundbedürfnisbefriedigung und Hilfestellung zur Alltagsbewältigung. Hierzu braucht es sowohl konkrete administrative Unterstützung, als auch ehrenamtliches Engagement.

Therapeutische Möglichkeiten stoßen an Grenzen, die durch das Asylverfahren vorgegeben sind.

Die ungeklärte rechtliche Situation macht eine traumazentrierte therapeutische Aufarbeitung des Traumas unmöglich, weil die notwendige körperliche und psychische Sicherheit durch die Schaffung eines sicherheitsvermittelnden Status nicht gegeben ist.

Gefühle der Ratlosigkeit von Helfern lassen sich konstruktiv umgestalten. Dazu braucht es Mut zur dialogischer Weiterentwicklung hin zur eigenen interkulturellen Kompetenz.

## Arzt-Haftpflicht während ärztlicher Versorgung von Flüchtlingen

(Ärzteblatt Rheinland Pfalz 12/2015, S.7)

### Haftung und Schadensersatz:

§ 62 AsylVfG und §§ 4+6 AsylbLG:

Während Übernahme von „**hoheitlichen Aufgaben**“ für die zuständige Behörde (Land RLP bzw. Kommune) **Status von „Beamtinnen und Beamten“** im haftungsrechtlichen Sinne, d.h.:

Geschädigte haben nach den Grundsätzen der Amtshaftung (§ 839 BGB in Verbindung mit Art. 34 GG)

Grundsätzlich einen Schadensersatzanspruch gegen das Land / die Kommune.

### Unfallversicherungsschutz:

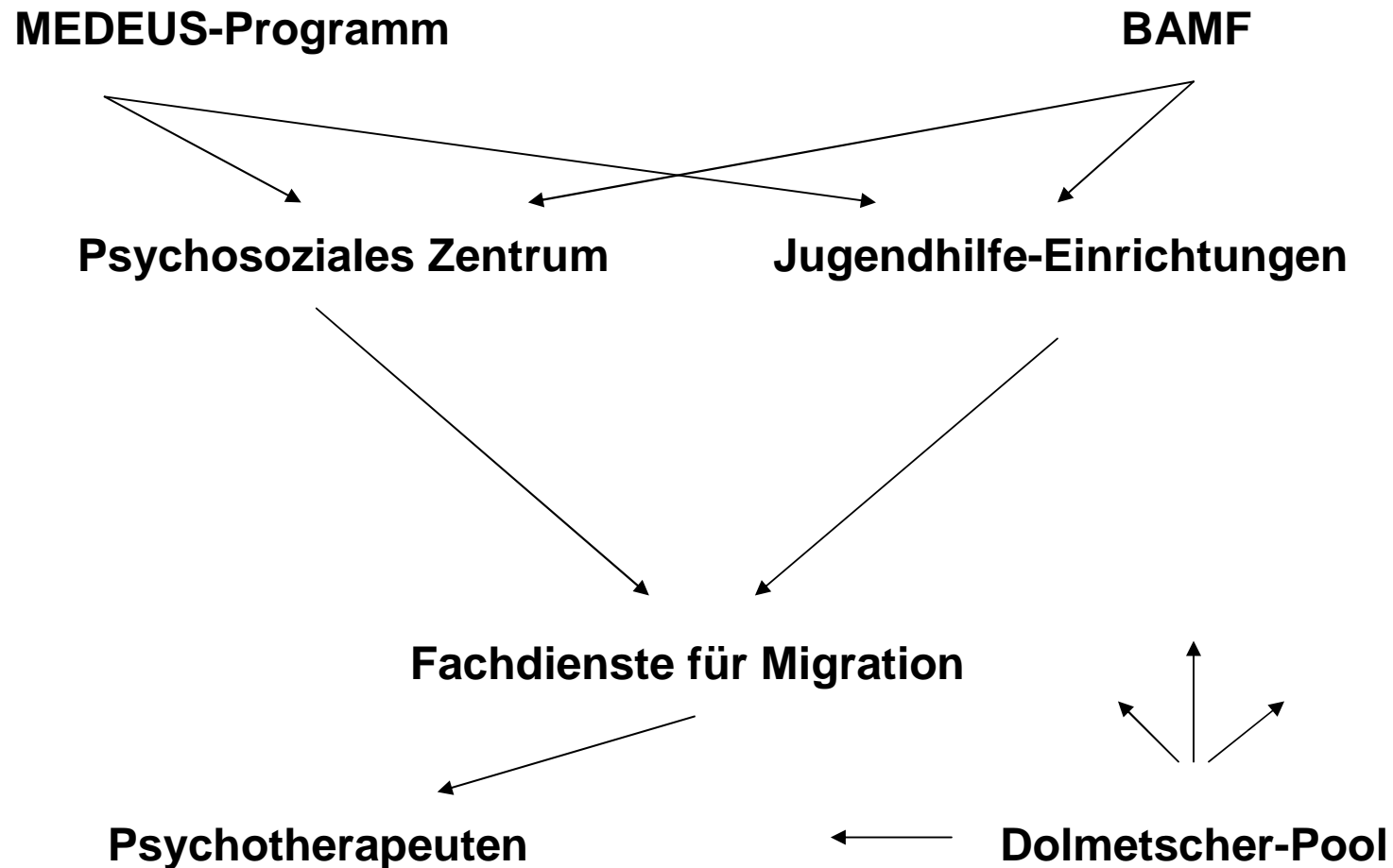
- wenn **ehrenamtlich** tätig: Unfallkasse Rheinland Pfalz
- . wenn tätig **gegen Honorar**: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst

## ***Möglicher Verfahrensablauf einer psychotherapeutischen Versorgung***

- 1. MEDEUS-Programm:** Identifikation von besonderen Schutzbedürfnissen, seit 7/15 Pflichtaufgabe des Landes RLP  
noch nicht: PTBS-Screening z.B. mittels ETI (Essener Traumainventar)  
<http://www.degpt.de/DeGPT-Dateien/10%20Tagay.pdf>  
frei verfügbar in mehreren Sprachen
- 2. Fachdienste für Migration:** Verfahrensberatung bis zur Anerkennung als Flüchtling
- 3. Psychosoziales Zentrum:** Verfahrensberatung + Traumatherapie Erwachsene bis zur Anerkennung als Flüchtling
- 4. Dolmetscher-Pool:** Schulung, Supervision und Bezahlung
- 5. Jugendhilfe-Einrichtungen** für unbegleitete Minderjährige, sofortige Unterbringung
- 6. Psychotherapeuten:** Finanzierungsgrundlage + Dolmetscher + Aufenthaltsrechtlicher Begleiter („Ehrenamtlicher“)



# Möglicher Verfahrensablauf einer psychotherapeutischen Versorgung



## Literaturempfehlungen:

Bausum, J. (2013): Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis.

Hopf, H. (2013): Das Dilemma des unruhigen Jungen. Dt. Ärzteblatt PP 12(5), 216-218

Klitzing, K. et al. (2015): Psychische Störungen im frühen Kindesalter, Dt. Ärzteblatt 21-22(5), 375-386

Maercker, A. & Bromberger, F. (2005). Checklisten und Fragebogen zur Erfassung traumatischer Ereignisse in deutscher Sprache. *Trierer Psychol. Berichte*, 32, Heft 2

Perry, B. (2009): Neurosequential Model of Therapeutics, NMT

Perry, B. u. Szalavitz, 2009, Der Junge, der wie ein Hund gehalten wurde.

Plassmann, R. (2014): Die Kunst, seelisches Wachstum zu fördern. Transformationsprozesse in der Psychotherapie.

Peters, M. et al. (2015): Individuelle Medizin. Für Patienten aus fernen Ländern.

Roth, G. (2014): Die Entwicklung der kindl. Psyche und ihrer Störungen aus Sicht der Hirnforschung, Vortrag EMDRIA-Tag 2014

Spitzer, M. (Hg.): Akkulturationsstrategien von Migranten, aktuelle Versorgungsaspekte und gesundheitliche Perspektiven. *Nervenheilkunde*, Heft 6, 2014

