

3.2015

DPTV Hintergrund

INFORMATION



Psychotherapeutische Behandlung von trauma- tisierten Flüchtlingen

Abdruck aus: Psychotherapie Aktuell 4.2015 (ISSN 1869-0335)

Dezember 2015



DPTV Deutsche
Psychotherapeuten
Vereinigung

Kontakt Mechthild Lahme
Deutsche Psychotherapeutenvereinigung
Am Karlsbad 15 · 10785 Berlin
Telefon 030 2350090 · E-Mail mechthildlahme@dptv.de

Deutsche Psychotherapeutenvereinigung Am Karlsbad 15 · 10785 Berlin
Telefon 030 2350090 · E-Mail bgst@dptv.de · Internet www.dptv.de

Psychotherapeutische Behandlung von traumatisierten Flüchtlingen

Sabine Schäfer

Welche Hilfe ist erforderlich?

In unseren Praxen finden sich bislang überwiegend deutschsprachige Patienten. Ein Hauptelement unserer Behandlung ist die Sprache und damit das Verstehen des anderen. Sprache ist immer mit einem kulturellen Hintergrund verbunden, semantisch gleiche Wörter und Ausdrücke werden selbst in unterschiedlichen Gegenden Deutschlands unterschiedlich verstanden und bewertet.

Auch die psychotherapeutische Arbeit mit einem deutschsprachigen Patienten mit Migrationshintergrund ist von dieser „Sprachverständnisschwierigkeit“ betroffen.


Für die muttersprachliche Psychotherapie benötigen wir Unterstützung (DolmetscherInnen) zur Behandlung von schwersttraumatisierten Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen, die aus ihren Heimatländern flüchten, um einer Leib und Seele bedrohenden Lebenslage zu entfliehen.

Es gibt Fortbildungen für Psychotherapeuten für die psychotherapeutische Arbeit mit Patienten mit Migrationshintergrund und für die Arbeit mit Menschen, die traumatisiert sind. Doch was, wenn der Faktor Sprache und damit Verstandenwerden und damit auch Verständnis im Sinne von emotionalem und kulturspezifischem Verstehen mit dem Gegenüber nicht übereinstimmt? Diese Situation stellt sowohl Helfer, als auch diejenigen, die Hilfe benötigen, vor Schwierigkeiten.

Optimal für diese Zuwanderer sind Psychotherapien, durchgeführt von Psychotherapeuten, die die gleiche Muttersprache sprechen. Auf muttersprachliche Psychotherapien haben Versicherte in Deutschland allerdings keinen gesetzlichen Anspruch. Als möglichen Behelf für diese Sprach- und Verständnisschwierigkeiten könnte das Hinzuziehen eines (neutralen) Dolmetschers gesehen werden. Dieser Dritte im Bunde muss neben der Übersetzung auch in der Lage sein, die mit den Worten transportierte kulturell geprägte Bildersprache übersetzen zu können und dies in beide Richtungen. Er muss die Feinheiten heraus hören können, die in einer Psychotherapie eine große Bedeutung spielen. Und letztendlich muss er mit dem in der Psychotherapie Erlebten und Erfahrenen selbst zurechtkommen. Das Berichtete ist oft schon für den Psychotherapeuten nur schwer zu verkraften.

Neben den politischen Fragen, die anfangs schon im Vorwort erwähnt wurden und nach einer Lösung suchen, wollen wir hier die fachlichen und organisatorischen Aspekte beleuchten. Beim fachlichen Umsetzen psychotherapeutischer Hilfestellungen sind weitere Faktoren zu beachten, damit eine wertvolle Unterstützung für den Zuwanderer zum Tragen kommt.

Die DPTV befürwortet die geplanten Änderungen in der Zulassungsordnung für Vertragsärzte zur Ermächtigung von Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer sowie von Psychotherapeuten und Ärzten zur Teilnahme an der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung von Flüchtlingen.

Unsere Kolleginnen und Kollegen Susanne Leutner, Visal Tumani, Birgit Andreas-Ottow, Arne Hofmann, Tanos Freiha und Daniela Lempertz berichten im Folgenden über diese Notwendigkeiten. 

Hilfreiches Informationsmaterial für Behandler

- Wie beantrage ich eine Ermächtigung zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung von Flüchtlingen? Quelle: BPTK-Ratgeber, www.bptk.de
- „Das Kind und seine Befreiung vom Schatten der großen, großen Angst“. Bilderbuch für Flüchtlingsfamilien und ihre UnterstützerInnen in den Sprachen englisch, arabisch, farsi und deutsch). Quelle: www.susannestein.de
- Konkrete Hinweise zum Umgang mit psychosozialen Notfallsituationen. Quelle: Psychotherapeutenkammer Hessen, www.lppkj.de
- Praktische Informationen zur Behandlung von Flüchtlingen. Quelle: Kassenärztliche Vereinigung Hamburg, www.kvhh.net
- CDs und Begleithefte mit Informationen über Traumata in verschiedenen Sprachen. Quelle: Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge (PSZ) Düsseldorf, www.wiki.psz-duesseldorf.de
- Versorgungsbericht zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland. Quelle: www.baff-zentren.org

Sabine Schäfer

Psychologische Psychotherapeutin, stellvertretende Bundesvorsitzende der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung, Mitglied in diversen Ausschüssen und Arbeitsgruppen des Gemeinsamen Bundesausschusses und Mitglied der Vertreterversammlung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg.

Susanne Leutner, Visal Tumani, Birgit Andreas-Ottow, Arne Hofmann

Flüchtlinge brauchen Sicherheit, Verbundenheit und Hoffnung Über den Stellenwert traumaspezifischer Psychotherapie

Menschen, die vor Todesgefahr oder Gewalt, vor Hunger, Armut und Unterdrückung fliehen, sind in einer extremen Notsituation. Alles, was bisher, wenigstens teilweise Sicherheit gab, steht nicht mehr zur Verfügung. Auf der Flucht herrschen oft extreme Belastungen und neues Leid entsteht. Bei uns in Europa suchen die Flüchtlinge neue stabilere Verhältnisse. Sie wollen Schutz, Frieden und einfach dazu gehören. Was können und müssen wir für sie tun?

Die Aufgaben der Gesellschaft und der Politik sind vielfältig. Die Flüchtlinge hier bei uns müssen geschützt sein, Wohnung, Essen, Kleidung und medizinische Versorgung erhalten. Sie müssen menschenwürdig leben und am Leben ihrer Umgebung teilhaben können. Sie müssen unsere Sprache lernen können (Hobfoll, 2007; Witt et al., 2015). Wir alle können uns engagieren und viele von uns tun das, vernetzen sich vor Ort und sind aktiv in Unterstützungsinitiativen. Wir können und sollten die Grundlage dafür legen, dass wir das Potenzial dieses enormen Zuwachses unserer Bevölkerung als das sehen, was es ist: ein Gewinn für uns alle.

Doch was genau ist unsere Aufgabe als professionelle Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und unter welchen Rahmenbedingungen können wir am wirksamsten unsere spezifische Qualifikation einsetzen? Worauf sollten wir uns für die Zukunft vorbereiten?

Ausgangslage

Angesichts des starken Anstiegs der Flüchtlingszahlen auf vermutlich über 800.000 in diesem Jahr ergibt sich eine wachsende Anzahl von Betroffenen mit guten Chancen auf Anerkennung des Asyls und eine deutlich wachsende Integrationsaufgabe. Sicherheit und Zugehörigkeit herzustellen ist Voraussetzung und Resultat einer guten Versorgung und macht diese daher so komplex. Es bedarf einer Grundlage von Stabilität, von äußerer Stressfreiheit oder zumindest -reduktion, auf der eine psychotherapeutische Behandlung ansetzen sollte. Denn bei ca. 20 bis 40% der Flüchtlinge ist ein Haupthindernis für eine erfolgreiche Integration in Ausbildungen und auf dem Arbeitsmarkt das Vorliegen psychischer Störungen, insbesondere der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS).

Eine PTBS entsteht, wenn infolge schwer belastender Erlebnisse wie Krieg, Vergewaltigungen und Verfolgung das Gehirn mit der Verarbeitung überfordert ist. Die Erinnerungen unterbrechen dann als belastende Fragmente den Alltag (Intrusionen, Flashbacks) bzw. behindern die Konzentration und können z.B. im Sprachkurs oder in der Schule auftauchen oder Alpträume und Schlafstörungen auslösen. PTBS ist eine Störung, die im Spontanverlauf viele Jahre andauern kann. Häufig finden sich auch weitere psychische Störungen wie Depressionen, Angststörungen oder Suchterkrankungen.

Die gesellschaftlichen Kosten der PTBS umfassen eine deutlich erhöhte Rate von Ausbildungsabbrechern (40% erhöhte Wahrscheinlichkeit im Vergleich zu Befragten ohne PTBS), Partnerkonflikten (60% erhöht) und Erhöhung des Risikos der Arbeitslosigkeit bei Befragten mit einer PTBS gegenüber denen ohne eine PTBS (150%).

Alles dies sind Hauptfaktoren, die in westlichen Gesellschaften wesentlich zu Abhängigkeiten von sozialen Hilfesystemen beitragen. Diese Entwicklungen konnten schon in der Versorgung der Flüchtlinge der Balkankriege in den 1990er-Jahren beobachtet werden.

Glücklicherweise gibt es zur Behandlung der PTBS mittlerweile hocheffektive und in Deutschland etablierte traumaspezifische Psychotherapiemethoden. Die wichtigsten sind die EMDR-Methode, die psychodynamisch-imaginative Traumatherapie (PITT) innerhalb der TP und die traumazentrierten Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie. Diese sind zwar im Richtlinienensystem der gesetzlichen Krankenkassen verankert, stehen den Flüchtlingen aber nicht ausreichend zu Verfügung.

Schon vor der aktuellen Flüchtlingswelle war die Versorgung für traumatisierte Menschen unzureichend und für Flüchtlinge schlecht. Das größte Problem dabei ist, dass traumatisierte Flüchtlinge nicht Teil der Regelversorgung der Krankenkassen sind. Mittlerweile steht ihnen nach 15 Monaten eine Versicherung zu, aber es gibt zu wenig Therapieplätze und die Dolmetscherkosten werden dann nicht erstattet. Personen, die nur eine „Duldung“, keine Asylanererkennung erlangen, haben keinen Anspruch auf Psychotherapie. Die Versorgung beruht bisher größtenteils auf der Aktivität psychosozialer Zentren, die meist nur von Projektgeldern und Spenden getragen werden. Deren hohe fachliche Kompetenz steht im krassen Gegensatz zu ihrer unsicheren und wechselnden Finanzierung. Derzeit gelingt es den bundesweit vernetzten Zentren, etwa 4% der psychisch kranken Flüchtlinge zu behandeln. Auch eine spezielle Ermächtigung ohne strukturelle Einbindung löst die Probleme nicht.

Wenn eine verbesserte niederschwellige Versorgung der traumatisierten asylsuchenden Flüchtlinge angestrebt wird, führt an einer Absicherung und einem Ausbau der vorhandenen spezialisierten psychosozialen Zentren kein Weg vorbei. Diese Versorgungsstruktur ist der Lage kaum angemessen, das obwohl viele auch der traumatisierten Flüchtlinge derzeit hochmotiviert sind und ein großes Potenzial für unsere zunehmend vor demographischen Problemen stehende Gesellschaft darstellen.

Der Weg vom asylsuchenden traumatisierten Flüchtling zum Auszubildenden bzw. Studenten oder Facharbeiter muss erleichtert und besser gebahnt werden. Durch diese Form der Integration steigt auch in der Bevölkerung die Akzeptanz für Flüchtlinge. Unbehandelte Opfer von Gewalt dagegen werden in erster Linie zum Risiko für sich selbst, können aber auch den sozialen Sprengstoff steigern.

Als Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sollten wir wissen: nicht alle Flüchtlinge benötigen Psychotherapie. Bei denjenigen, die unter einer PTBS leiden, helfen spezifische Therapieformen am besten. Sie helfen aber auch nur dann, wenn die Patienten in äußerer Sicherheit, sozial eingebunden und versorgt sind. Gleichzeitig erhöhen sich die Integrationschancen, wenn Flüchtlinge als Folge einer Behandlung weniger belastet sind, wieder besser schlafen, besser lernen und arbeiten können.

Wir müssen also unbedingt darauf achten, dass wir nicht „ins Blaue hinein“ Psychotherapie anbieten, denn dann kann sie sogar verunsichernd wirken (Juen, 2011). Eine traumaspezifische Behandlung wirkt zudem umso besser, je qualifizierter die Behandelnden in diesen Methoden ausgebildet sind (Maxfield & Hyer, 2002; Sack, 2001).

Was bereits geschieht

Viele Menschen bilden die neue „Willkommenskultur“, die ein Nährboden ist für gelingende Integration und Heilung. Sabine Bode führt dies auf die gewachsene Empathiefähigkeit zurück. Die Großherzigkeit erstaunt nicht zuletzt die Deutschen selbst. Dies soll uns Motivation sein, nun auch langfristig und nachhaltig zu denken und zu planen.

Psychosoziale Zentren für Asylsuchende und Flüchtlinge und regionale Netzwerke mit ähnlicher Funktion bestehen zum Teil seit vielen Jahren in zahlreichen deutschen Städten. Sie kümmern sich u.a. mit Sozialarbeitern, Dolmetschern und Psychotherapeuten niederschwellig um die Versorgung auch von traumatisierten Flüchtlingen (z.B. Folteropfer) und bilden dazu auch Helfer und beispielsweise Dolmetscher aus. Die Erhaltung dieser Versorgungsstruktur selbst ist aber trotz der hohen Expertise immer wieder in Frage gestellt. Seit dem Frühjahr dieses Jahres hat sich ein Netzwerk der zehn Psychosozialen

Zentren in NRW gebildet (www.psz-nrw.de), das auch von stationären Einrichtungen unterstützt wird, die seit Jahren mit traumatisierten Migranten arbeiten. Bundesweit existiert die „Bundesweite Arbeitsgemeinschaft Psychosozialer Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer BAfF e.V.“ (www.baff-zentren.org/mitgliedszentren-und-foerdermitglieder/). Die Fachgesellschaft EMDRIA e.V. als eines der größten Netzwerke von Traumatherapeuten in Deutschland hat sich mit diesem Netzwerk und ähnlichen Strukturen verbunden.

Es finden Informationsveranstaltungen und Schulungen zum Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen in vielen Bereichen (Schulen, Jugendämtern, Sprachunterricht) statt. Bei ihren Berufs- und Fachverbänden fragen Kolleginnen und Kollegen, was sie tun können. Sogar aus Israel haben sich spontane Hilfsangebote ergeben.

Auch die Medien erkennen die Probleme der Traumatisierung und der Notwendigkeit einer fachlichen Versorgung und langfristigen Integration.

Fallbeispiel

Im Frühjahr 2001 kam Jana (Name geändert) in Behandlung. Sie war Albanerin und 19 Jahre alt. Als einzige Überlebende einer albanischen Großfamilie erlitt sie 1998/99 schwere und vielfältige Kriegstraumata im Kosovo. Nach einem Jahr Aufenthalt in Deutschland wurde sie auf offener Straße von einem unbekannten Landsmann im Auto verschleppt und unter Todesandrohung vergewaltigt. Dies geschah fünf Wochen vor Therapiebeginn.

In unserer ersten Sitzung war Jana fast unfähig zu sprechen, erschien überflutet von Flashbacks und wurde durch Weinen geschüttelt. Ich erklärte ihr, dass sie mir keineswegs gleich zu Beginn ihre traumatischen Erlebnisse schildern müsse, dass wir zunächst stabilisierend arbeiten würden, ehe wir uns den traumatischen Erlebnissen nähern würden. Sie berichtete von täglichen intensiven Flashbacks, Alpträumen und Zuständen von unerträglicher Anspannung, Depressionen und Angstzuständen. Die Beschwerden seien so unerträglich, dass sie so nicht mehr weiter leben könne und schon an Suizid gedacht habe. Die Testdiagnostik belegte eine schwere PTBS und eine schwere depressive Störung.

Die Zusammenarbeit mit der professionellen albanischen Dolmetscherin funktionierte problemlos entsprechend der Regeln der „Therapie zu Dritt“ und trug zur Stabilisierung bei. Erst nach einigen Sitzungen konnte Jana einen „sicheren inneren Ort“ etablieren, den sie im weiteren Verlauf auch zu Hause regelmäßig einsetzte, ebenso wie andere Stabilisierungsmethoden zur Selbstberuhigung, Distanzierung, Affektregulation und Ressourcenaktivierung. Dies führte zu einer Beruhigung und Abnahme ihrer Schlafstörung. Sie konnte auch wieder Zugang zu ihrer Religion finden, woraus sie Kraft schöpfte.

Nach Vermittlung von Methoden der Re-Orientierung konnte sie die „Screentechnik“ und die „Tresorübung“ erlernen, die ihr halfen, Flashbacks selbstständig zu stoppen und belastende Bilder im „Tresor“ zu verpacken. Sie lernte damit auch, Flashbacks selbst zu beenden. Dies erlebte sie als „Durchbruch“, endlich den Erinnerungen nicht mehr ausgeliefert zu sein! Ab diesem Zeitpunkt nahm ihre Stabilität stetig zu. Sie erlernte die „Beobachtertechnik“, eine „Traumalandkarte“ und eine „Ressourcenlandkarte“ konnten erstellt werden. Die therapeutische Beziehung war stabil und haltgebend. Bereits in einer ersten traumaverarbeitenden Doppelsitzung mit Bilderserien und „Butterfly-Hug“ (nach Artigas & Jarero, welche 2008 von beiden Autoren als EMDR-IGTP standardisiert wurde) war es ihr möglich, die aktuell erlit-

tene Traumatisierung (Verschleppung und Vergewaltigung an ihrem Wohnort in Deutschland) komplett zu bearbeiten. Wenige Tage nach dieser Sitzung fand die Patientin die Kraft, zur Polizei zu gehen und den Täter anzuzeigen. Weitere vier Doppelsitzungen EMDR-IGTP sowie 12 klassische EMDR-Doppelsitzungen wurden durchgeführt, in denen die Patientin ihre Kriegstraumata, die Erschießung ihrer Angehörigen, Scheinhinrichtungen sowie später auch die Vergewaltigung durch die Gruppe von Soldaten, die zuvor mit Amnesie belegt gewesen war, bearbeiten konnte. Darüber hinaus konnte Jana ihr Vermeidungsverhalten (Angst vor Menschen und belebten Orten) abbauen. Unterstützungsfaktoren für den Therapieerfolg waren ihre gute Beziehung zu dem schon länger in Deutschland ansässigen entfernten Onkel, bei dem sie lebte, finanzieller Rückhalt durch ihn und ihre zunehmenden sozialen Kontakte am Wohnort. Ihre Stimmung hellte deutlich auf, sie wirkte lebendiger, aktiver und selbstsicher, ihre Körperhaltung wurde aufrecht und kraftvoller. Die PTBS-Symptomatik war deutlich reduziert, ebenso die depressive Symptomatik. Somit konnte die Therapie nach insgesamt 45 Sitzungen beendet werden.

In der Katamnese nach drei Monaten erwies sich der Therapieerfolg als stabil, wie auch die Testwerte belegten. Jana berichtete „Ich bin jetzt eine normale Mädchen, meine Leben ist jetzt glücklich!“ Sie hatte begonnen, intensiv Deutsch zu lernen und Freundschaften zu Landsleuten und Deutschen an ihrem Wohnort aufzubauen.

Als ich mich nach einem Jahr zum Follow-up bei ihr meldete, berichtete sie, die PTBS-Symptomatik sei vollständig reduziert. Sie habe „eine Überraschung für mich“: Sie habe in Deutschland einen Albaner geheiratet und sei gerade Mutter geworden. Sie schickte mir das Bild ihrer kleinen Familie und schrieb mir, sie sei glücklich und ihr Leben sei sehr gut weitergegangen. Sie habe einen deutsch-albanischen Freundeskreis und wolle nach der Baby-Pause eine Ausbildung zur Erzieherin machen.

Nach dieser Therapie mit so erfreulichem Verlauf, behandelte ich noch sehr viele traumatisierte Flüchtlinge. Ich machte häufig die Erfahrung, dass es durch kulturell angepasste traumaspezifische Stabilisierungsverfahren sowie EMDR möglich war, gute und dauerhafte Therapieerfolge zu erzielen und die Menschen, die oft über erstaunliche Resilienz und innere Ressourcen aus ihren positiven frühen Bindungserfahrungen, ihrer Religion und ihrer Kultur verfügten, von ihrer PTBS-Symptomatik zu befreien.

Birgit Andreas-Ottow

Was geschehen muss

Als PsychotherapeutInnen können wir nur dann gut und nachhaltig arbeiten, wenn die Grundvoraussetzungen erfüllt sind, wie die Autorinnen Juen et al., 2011 beeindruckend zeigen konnten. Diese basieren auf den Wirkfaktoren (Hobfoll, 2007) der Förderung von Sicherheit, Verbundenheit, Ruhe, Selbst- und kollektiver Wirksamkeit und Hoffnung. Ihr Fazit ist daher u.a.: keine Single Session Intervention nach traumatischen Ereignissen, individuell angepasste Intervention, die auf praktische und soziale Hilfe zentriert ist, Selbstbestimmung des Individuums im Behandlungsverlauf.

Spontanes Engagement ist wichtig, um Wege zu bahnen. Genauso wichtig ist, dass die psychotherapeutischen Fachkolleginnen und -kollegen solide Kenntnisse in den speziellen Therapieformen zur Behandlung von Trauma erwerben, denn ihre Expertise wird langfristig und mit langem Atem benötigt.

Diejenigen, die diese Expertise schon besitzen, sollten sich lokal und in ihren Verbänden und Kammern vernetzen, Arbeitsmaterialien austauschen, Broschüren und Anleitungen erstellen und sammeln. Engagieren Sie sich dort. Helfen Sie mit, diese Information zur richtigen Zeit gezielt einzusetzen. Bieten Sie Supervision für Neulinge an.

Unser Gesundheitssystem ist nicht auf diese Problemlage vorbereitet. Persönlich engagierte Mitarbeiter ersetzen nicht Planen und Investieren auf der Struktur- und Leitungsebene. Ambulante Psychotherapie, besonders traumazentrierte Psychotherapie darf nicht abgebaut werden. Das Versorgungsgesetz muss entsprechend angepasst werden. Das kostet Geld und ist eine Investition, die sich menschlich ohnehin lohnt. Das ist schon Argument genug. Aber sie wird sich auch finanziell auszahlen. Einrichtungen wie die Psychosozialen Zentren brauchen mehr Dauerstellen und müssen aus dem Projektmodus herauskommen. Dolmetscher müssen von der Kasse bezahlt werden.

Schulungen und Fortbildungen an der Basis müssen finanziert werden.

Eine Verzahnung in der Sozial- und Innenpolitik muss erfolgen. Es sollte eine/n Beauftragte/n bei der Bundesregierung für diese Fragen geben.

Nach unserer Erfahrung bei der Therapie mit Flüchtlingen – auch über die Phase der Akuttraumatisierung hinaus – hat dieser Personenkreis in der Tat ein hohes Bedürfnis an Unterstützung aus dem Bereich der Sozialarbeit. Fristen im Asylverfahren sind zu beachten, Erkundigungen nach in der Heimat zurückgebliebenen Verwandten müssen eingeholt werden, Auszugsmanagement (Wohnungssuche) muss unterstützt werden, Finanzierungsengpässe müssen bewältigt werden, Arzttermine und Begleitung durch Dolmetscher müssen organisiert werden, usw. usw. Auch darum ist es sehr günstig, wenn wir als Therapeutinnen uns mit den Psychosozialen Flüchtlingszentren vor Ort vernetzen, da hier oft nicht nur viel traumatherapeutische Erfahrung, sondern auch das sozialarbeiterische Spezialwissen für die praktische Hilfe für Flüchtlinge vorhanden ist.

Eine Chance

Man sagt uns international nach, dass wir gut organisieren können. Die Politik soll es beweisen! Zeigen wir es im Allgemeinen, im Bereich der Sozial- und Gesundheitspolitik, in der ganzen Gesellschaft, als Mitmenschlichkeit und persönliches Engagement.

Jenseits des beeindruckenden aktuellen Engagements vieler bleibt es für die Psychotherapeuten im Speziellen eine Lernaufgabe für die nächsten Jahre, die Gesicht und Ansehen unseres Feldes verändern wird. Bleiben wir be-

scheiden und erkennen wir, dass wir nur ein Teil einer gelingenden Integration sind, seien wir aber selbstbewusst, denn auf gutem Boden können und müssen wir die traumaspezifischen Herangehensweisen zum Wohl der Betroffenen verbreiten und ausbauen.



Susanne Leutner

Psychologische Psychotherapeutin. Praxis für Psychotherapie (TP), Fortbildungen in EMDR, PITT, Hypnotherapie, Ego-State-Therapie, Therapie der Strukturellen Dissoziation, Gesprächs-, Familien- und Kindertherapeutin. Dozentin und Supervisorin am EMDR-Institut Deutschland. Stellvertretende Vorsitzende von EMDRIA-Deutschland und Vorstandsmitglied von EMDR-Europe.

Dr. Visal Tumani

Fachärztin für Psychiatrie, Psychotherapie. Spezielle Psychotherapie (DeGPT), EMDR-Facilitator, EMDR-Supervisorin, leitet die Spezialsprechstunde für Menschen mit Traumafolgestörungen des Universitätsklinikums für Psychiatrie und Psychotherapie III in Ulm, außerdem eine Sprechstunde für Menschen mit türkischem Migrationshintergrund.

Birgit Andreas-Ottow

Psychologische Psychotherapeutin, Verhaltens- und EMDR-Therapeutin, EMDR-Supervisorin, Dozentin für Traumatherapie in Köln, zudem tätig in Krisengebieten und für die GIZ. Von 2002 bis 2011 bildete sie, gefördert vom Auswärtigen Amt, in Myanmar lokale Traumatherapeuten aus.

Dr. Arne Hofmann

Facharzt für Psychosomatische und Innere Medizin und Leiter des EMDR-Instituts Deutschland. Mitgründer der deutschsprachigen Fachgesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT), der Fachgesellschaft EMDR-Europe und Mitglied der deutschen Leitlinienkommission zur Behandlung der PTBS.

Tanos Freiha, Daniela Lempertz, Arne Hofmann

Kinder und Jugendliche auf der Flucht Wann und wie kann eine Traumatherapie helfen?

In Deutschland sind in den letzten Jahren, und vermehrt in den letzten Monaten, viele Flüchtlinge angekommen. Etwa ein Drittel davon sind Kinder und Jugendliche bzw. unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (UMF). Nach einer neueren repräsentativen Untersuchung an minderjährigen Flüchtlingen in einer Erstaufnahmeeinrichtung litten 22,3% der Kinder an einem Vollbild einer posttraumatischen Belastungsstörung. (Mall, 2015). Bei den UMF wird der Anteil, der unter einer PTBS leidet, zwischen 30 bis 60% geschätzt, bei weiblichen UMF bis zu 70% (Fegert, 2015). Das Problem dabei ist, dass eine PTBS mit ihren Folgeproblemen (z.B. Konzentrationsstörungen, Übererregung und vermehrte soziale Probleme) ein großes Hindernis für die Integration dieser jungen Flüchtlinge darstellt. Insofern ist es wichtig, festzuhalten, dass eine frühe Diagnostik und Behandlung der Kinder und jugendlichen Flüchtlinge mit einer PTBS eine wichtige Maßnahme ist, die gesamtgesellschaftlich geboten ist und längerfristig Kosten spart. Dies insbesondere, da es mittlerweile international bewährte Behandlungsmethoden für PTBS gibt.

Wann ist eine Traumatherapie indiziert?

Nicht alle Menschen, die bedroht und aus ihrer Heimat vertrieben wurden, Belastendes erlebt haben oder verletzt wurden, benötigen eine traumaspezifische Psychotherapie. Hier spielen individuelle und auch altersabhängige Faktoren eine Rolle. Ganzheitlich betrachtet, werden Schutzmaßnahmen und die Etablierung von Grundrechten, wie Nahrung, notwendige medizinische Untersuchungen und Versorgung sowie ein sicherer und erträglicher Wohnraum, als essentielle Faktoren der Stabilisierung angesehen. Erst nachdem eine Alltagsfunktionalität – d.h. Ankommen in einer Unterkunft, Entwicklung eines geregelten Tagesablaufes – hergestellt wurde, spätestens nach einem Monat, kann ein Screening auf posttraumatische Belastungsstörung sinnvoll sein, um eine eventuell notwendige psychotraumatologische Behandlung planen zu können. Dies schließt jedoch nicht aus, dass die Helfer und Betreuer während der Stabilisierungsphase auch kinder- und jugendpsychotherapeutische Hilfe für die Flüchtlinge ermöglichen. In Einzelfällen ist eine medikamentöse Behandlung des Kindes oder Jugendlichen indiziert, um eine psychotherapeutische Behandlung erst möglich zu machen. Dies erfordert die Konsultation eines Kinder- und Jugendpsychiaters. Bei Vorliegen einer Suizidalität (welche zurzeit bei minderjährigen Flüchtlingen leider zunimmt), erfolgt die stationäre Aufnahme in eine Fachklinik.

Neben dem realen Schutz und den erwähnten Stabilisierungsmaßnahmen ist ein Kontakt mit der Ursprungsfamilie in dem Heimatland, soweit dies möglich ist, als ein Stabilisierungsbeschleuniger anzusehen. Auch eine Familienzusammenführung mit dem Ziel, Verwandte gemeinsam unterzubringen, führt zu einer Linderung des akuten bzw. chronischen Leidens und zu einer Verringerung der Traumasymptome.

Zu empfehlen ist die Durchführung eines Screenings spätestens drei Monate nach dem Erreichen der äußeren Stabilität. Danach können die Symptome, die eine Beeinträchtigung der Entwicklung der Kinder und Jugendlichen darstellen, erfasst werden. Ein spezielles Augenmerk ist dabei auf die Kinder und Jugendlichen zu richten, die unbegleitet ihren Fluchtweg bestritten haben.

Eine Kooperation der unterstützenden Systeme im Rahmen der regelmäßigen Hilfeplangespräche (hier: MitarbeiterInnen des zuständigen Jugendamtes, SozialarbeiterInnen, ErzieherInnen der Jugendhilfeeinrichtungen, gegebenenfalls Einbeziehung der Schule) ist für die weitere, effektive Hilfeplanung unverzichtbar.

Die Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung oder einer pathologischen Trauer nach Verlusterlebnissen sind bei Vorschulkindern, Schulkindern und Adoleszenten anders als bei Erwachsenen. Im Vorschulalter entwickeln oder haben die Kinder unter Umständen Ängste vor bestimmten Dingen, Geräuschen oder Personen, manche Kinder können sich nur schwer von einer Bezugsperson trennen. Es sind Entwicklungsrückschritte zu beobachten wie das Verlieren bereits erlernter Fertigkeiten – zum Beispiel selbstständig auf die Toilette zu gehen oder zu sprechen. Hinweise zum Denken und Fühlen des Kindes werden über das Spielverhalten sichtbar: sie spielen wiederholt Elemente aus dem erlebten Trauma oder spielen überhaupt nicht. Sie zeigen Rückzugstendenzen oder aggressive Verhaltensweisen. Ängste, Erschrecken bei ungewohnten Tönen oder auch dem Lärm anderer Kinder. Konzentrationsstörungen, Ein- und Durchschlafstörungen, Bauch- oder Kopfschmerzen, Alpträume – der Ausdruck der aktuellen Befindlichkeit und der Themen, die die Kinder belasten, können vielfältig sein und oft auch übersehen werden.

Fallbeispiel

Ein Beispiel für eine Traumabehandlung ist der siebenjährige Jakomo, der aus einem afrikanischen Land mit seinen beiden Schwestern, 15 und 4 Jahre alt, geflohen ist, nachdem beide Eltern ermordet wurden. Die Kinder waren monatelang auf der Flucht. Das Jugendamt nahm sie in Obhut und sie lebten in einem Heim in Deutschland. Im Vergleich zu seinen Schwestern, entwickelte er im Alltag eine Unruhe, die seine Integration in der Schule und in der Heimgruppe beeinträchtigte. Die ältere Schwester war während der Therapie, die ein Jahr gedauert hat, immer anwesend. Bei ihm wurde eine weitere neue EMDR Technik für Kinder eingesetzt. In Anlehnung an die EMDR-Geschichten-Erzählmethode nach Joan Lovett (Small Wonders, 2007) wurde eine Geschichte über die erlebten Ereignisse, jedoch über einen „anderen, stellvertretenden Jungen in einem anderen Land“, entwickelt. Das tatsächliche Ereignis war im Gedächtnissystem von Jakomo fragmentiert gespeichert. Er fühlte sich oft unsicher, entwickelte eine Überwachsamkeit, die zu einer ständigen Unruhe führte. Durch die Geschichte, die in einer EMDR-Therapiesitzung mit bilateraler Stimulation in Anwesenheit der Schwester, „prozessiert“ wurde, konnte er die Ereignisse als „Ganzes“ integrieren. Nach dieser Sitzung fühlte er sich sicherer und es war eine signifikante Symptomreduktion zu beobachten. Es erfolgte eine Neuorientierung, welche einen Bogen von der innerhalb der Geschichte entwickelten realen Zukunftsperspektive hin zum Alltag darstellte. Bei Jakomo waren die Symptome einer Belastungsstörung möglicherweise mit einer prolongierten Trauerreaktion kombiniert.

Die Mitarbeit der Schwester, als Cotherapeutin, konnte Jakomo während einer stabilen Lebensphase frühzeitig die Wiederkehr zur spontanen Entwicklung ermöglichen.

Die Kinder haben Angst, dass die Ereignisse sich wiederholen könnten und wirken zeitweilig besonders wachsam und misstrauisch gegenüber ihrer Umwelt und den Mitmenschen. Adoleszente zeigen Wutausbrüche, beschreiben Intrusionen, Alpträume, Flashbacks, depressive Stimmungen, Schuldgefühle und Scham. Sie sind wenig motiviert, Neues zu probieren, da sie noch so sehr mit dem ‚Alten‘, dem, was sie erlebt haben, beschäftigt sind. Es ist selten, dass Kinder und Jugendliche das Vollbild einer posttraumatischen Störung entwickeln. Trotzdem sind sie durch vereinzelte oder mehrere Symptome im Alltag beeinträchtigt. Aufgrund ihres Alters und ihrer besonderen Vulnerabilität genügt oft ein traumabedingtes Symptom, um ein Kind oder einen Jugendlichen zu destabilisieren und eine Teilhabe am alltäglichen Leben mit anderen Kindern, Schule und Spielen zu erschweren oder zu verhindern.

Traumatherapeutische Interventionen

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2013) empfiehlt in ihrem Richtlinienbericht, dass zur Behandlung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, die an den Folgen von psychischen Traumata leiden, kognitiv behaviorale Therapien und die EMDR-Therapie angewandt werden. Im Vergleich zur kognitiv behavioralen Therapie wird bei EMDR keine ausführliche Beschreibung des belastenden Ereignisses verlangt, es sind keine Expositionen vorgesehen, keine Bildung von schwierigen Kognitionen (bei Kindern) und es werden keine Hausaufgaben verlangt. Ziel ist die Reduktion der subjektiven Belastung und der Zugang zu den eigenen Ressourcen.

EMDR in der Gruppentherapie für Kinder und Jugendliche

Die Anwendung der EMDR Methode folgt nach einem strukturierten Acht-Phasen-Protokoll. Diese acht Phasen, die ursprünglich für eine individuelle Behandlung bei Erwachsenen entwickelt wurden (Shapiro, 2001), wurden von Jarero et al. (2006) für eine integrative Gruppenbehandlung (EMDR-IGTP) modifiziert. Dabei bleibt die Folge der acht Phasen stabil und die kognitive Arbeit wird durch das Malen ersetzt. Die bilaterale Stimulation (BLS) während der Etablierung der Sicherheit bzw. des sicheren Ortes erfolgt nicht durch Augenbewegung, die von einem Therapeut initiiert wird, sondern durch das Überkreuzen der eigenen Hände und das behutsame Klopfen auf die eigene Schulter (Schmetterlingsumarmung bzw. Butterfly Hug).

Das Protokoll wurde in Mexico als EMDR-IGTP entwickelt und wird in Deutschland auch unter der Bezeichnung „Vier-Felder-Technik“ benutzt. Hier malen die Kinder auf einem Blatt (mit vier Feldern). Auf dem ersten Feld wird die belastende Situation gemalt und der Grad der Belastung darauf dokumentiert. Dann folgt ein Satz von bilateraler Stimulation und das Malen von weiteren Bildern und weitere Stimulationen usw. bis zur Wiederherstellung eines subjektiven Wohlbefindens (siehe Abbildung 1).

Die EMDR-Methode wird in Deutschland von approbierten psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die nach internationalen Standards von der Fachgesellschaft EMDRIA Deutschland (EMDR International Association) zertifiziert sind, angewandt.

Um eine psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen unter psychotraumatologischen Gesichtspunkten und mit Einsatz von EMDR durchführen zu können, ist eine fundierte Ausbildung erforderlich. Gerade bei der Arbeit mit dieser Patientengruppe müssen entwicklungspezifische Kenntnisse und Fähigkeiten vorhanden sein – wie zum Beispiel das Wissen, dass Kinder unter 10/11 Jahren kaum Kognitionen, d.h. positive oder negative

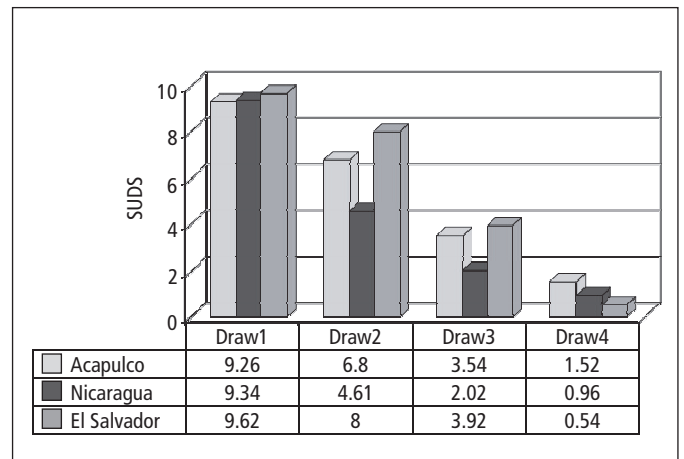



Abbildung 1

Die Reduktion der Belastung durch EMDR-IGTP in Interventionen an drei Orten – gemessen durch die subjective units of disturbance (SUD, 1-10), von Bild 1 bis Bild 4 (Jarero et al., 2006)

Selbstüberzeugungen in der Therapie benennen können. Ab ca. 11/12 Jahren ähnelt das Vorgehen in der psychotherapeutischen Behandlung – hier das Prozessieren der Traumata – dem bei Erwachsenen und es kann das Standard EMDR-Ablaufschema angewendet werden.

Angesichts der aktuellen Lage sollten gruppentherapeutische aber auch andere EMDR-Interventionen (siehe Grafik oben) unbedingt weiter erforscht und dann angewandt werden. Traumatherapeutisch ausgebildete Psychotherapeuten können in Kooperation mit Sozialarbeitern, Pädagogen, Einrichtungen der Jugendhilfe sowie Dolmetschern in den Gruppeninterventionen zusammenarbeiten. (Dabei sollten Dolmetscher durch die Kassen bezahlt werden). Erzieher, Lehrer und professionelle Betreuer sollten an traumaspezifischen Schulungen teilnehmen, um traumatisierte Kinder früh zu erkennen und eingreifen zu können.

Eine Vernetzung von traumatherapeutisch Zusatzqualifizierten Kolleginnen und Kollegen im Kinder- und Jugendlichen-Bereich und den an der Versorgung beteiligten Strukturen (wie sie z.B. derzeit von EMDRIA unternommen wird) kann dabei zu einer effektiven und schnellen Versorgung führen.

Ziel ist dabei, die Sicherstellung der Versorgung und Gesundung aller traumatisierten Kinder in Deutschland, solcher mit und ohne Fluchthintergrund, in unserem Versorgungssystem. 

Dr. Tanos Freiha

Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, spezielle Psychotraumatologie DeGPT, EMDR-Supervisor und Facilitator für Erwachsene, Kinder und Jugendliche. An der Universitätskinderklinik in Köln und in Privatpraxis tätig.

Daniela Lempertz

Diplom-Sozialpädagogin, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin in eigener Praxis in Neuwied/Rheinland-Pfalz. Ausbildung in Gestalttherapie, Verhaltenstherapie und EMDR. Tätig als EMDR-Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und EMDR-Supervisorin.

Dr. Arne Hofmann

Facharzt für Psychosomatische und Innere Medizin und Leiter des EMDR-Instituts Deutschland. Mitgründer der deutschsprachigen Fachgesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT), der Fachgesellschaft EMDR-Europe und Mitglied der deutschen Leitlinienkommission zur Behandlung der PTBS.