

Handout (bitte nur für den internen Gebrauch!)

Belastungen bei Geflüchteten veranschaulicht am Dreisäulenmodell. Die andere Graphik zeigt eine Studie zu den Belastungen durch die PMS (Postmigrationsstressoren)

Dreisäulenmodell

aus Liedl, Bötche, Abdallah-Steinkopff & Krause/Leudl: Psychotherapie mit Flüchtlingen, Neue Herausforderungen, spezifische Bedürfnisse, Das Praxisbuch für Psychotherapeuten und Ärzte, Schattauer, 2017

Belastender Alltag	Postmigrationsprozess	Traumafolgen
Belastende Wohnbedingungen Erschwerte Arbeitsmöglichkeiten Keine sichere Zukunftsperspektive	Konzepte zur Migration Krisen und Ressourcen Gelingene Integration als gesellschaftliche Aufgabe	PTBS, Depression, Angststörung, Chronischer Schmerz, Suchtverhalten
Mangelndes Wissen über Aspekte im neuen Umfeld	Identitätssuche (zwischen) in beiden Wertvorstellungen/ Cultural frame switching	Traumatherapie • Therap. Haltung • Therap. Methoden
Kaum Zugang zur deutschen Gesellschaft	Verlust von Ressourcen Verlust von Erziehungsmethoden	Kulturspezifische Ätiologie- Heilungskonzepte
Erfahrung von Diskriminierung	Eigene unrealistische Erwartungen und die der Angehörigen	Kulturspezifische Vorstellungen von Hilfe
	Heimweh und Gesundheit	Kulturspezifisches Weltbild/ Menschenbild

Durchschnittlicher Wert bei relevanten PMS

Befragung von 45 Afghan*innen (7 Tage)
Theresa Koch, Alexandra Liedl (Refugio München), Keisuke Takano, Thomas Entring (LMU München)

Factor	Percentage
Fear of deportation	85%
Fear for family	80%
Separation from family	75%
Poor living conditions	70%
Lack of money, freedom or isolation	65%
No contact persons	60%
Being unable to return to your home country in an emergency	55%
Not enough money	50%
Difficulties with employment	45%
Difficulties with school	40%
Home sick	35%
Communication difficulties	30%
Not getting access to treatment for health problems	25%
Discrimination	20%
Foreign food	15%
Conflicts (with other refugees, social workers or authorities)	10%

Posttraumatische Belastungsstörung

Referentin Barbara Abdallah-Steinkopff, Refugio München *transfer*

Definition eines traumatischen Ereignisses (A-Kriterium der PTBS) nach DSM-5:

Konfrontation mit tatsächlichem oder drohendem Tod, ernsthafter Verletzung oder sexueller Gewalt:

1. direktes Erleben des Ereignisses
2. persönliches Erleben bei anderen Personen
3. erfahren, dass einem nahen Familienmitglied oder enger/m FreundIn ein traumatisches Ereignis widerfahren ist.
4. die Erfahrung wiederholter oder extremer Konfrontation mit aversiven Details von einem oder mehreren traumatischen Ereignissen.

Viele Menschen erleben ein traumatisches Erlebnis, aber nicht alle entwickeln eine Erkrankung. Zu den möglichen **Traumafolgestörungen** gehören u.a.: Affektive Störungen (wie z.B. Depressionen), Angststörungen, Somatoforme Störungen (wie z.B. Schmerzstörung) sowie die Posttraumatische Belastungsreaktion (PTBS).

Was passiert nach einem traumatischen Ereignis?

Prävalenzen bei Geflüchteten

PTBS	30.6%	(Metaanalyse von Steel et al., 2009)
Depression	30.8%	(Metaanalyse von Steel et al., 2009)
Angst	40%	(Metaanalyse von Lindert et al., 2009)
Schlafstörung	41.4%	(Basinshvili et al., 2012)
Sucht, Suizidalität ...		

Daten zu Geflüchteten

- Starke psychische Belastungen durch Prä-, Peri- und Postmigrationsstressoren
- Metaanalyse bei Überlebenden von Folter und Vertreibung Prävalenzraten von je 31% für PTBS und für Depression (Steel et al. 2009)
- Untersuchung in zentraler Aufnahmeeinrichtung für Asylsuchende zeigten 64% Untersuchte eine oder mehrere psychiatrische Diagnosen, PTBS mit 32% ist die häufigste (Richter, Lehfeld & Niklewski, 2015)

Zu den Kriterien für eine PTBS gehören nach ICD-10 (Diagnosemanual der WHO):

A	Traumatische Erfahrung: Bedrohung von außergewöhnlichem Ausmaß/ würde bei nahezu jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen
B	Nachhaltiges Wiedererleben <ul style="list-style-type: none"> • Alpträume • Intrusionen
C	Vermeidung/Numbing <ul style="list-style-type: none"> • Emotionale Vermeidung: Gefühl von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit • Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten
D	Übererregung (entweder 1. oder 2.) <ol style="list-style-type: none"> 1) Unfähigkeit sich an wichtige Aspekte der Belastung zu erinnern 2) Erhöhte psychische Sensitivität/ Erregung <ul style="list-style-type: none"> • Ein- /Durchschlafstörungen • Reizbarkeit/ Wutausbrüche • Konzentrationsschwierigkeiten • Hypervigilanz • Erhöhte Schreckhaftigkeit
E	Dauer: Innerhalb von 6 Monaten nach A-Kriterium (oder late-onset)

Trauma		Man-made Traumata	Akzidentelle Traumata
Typ I Kurzdauernd	Vergewaltigung Kriminelle Gewalttaten	Naturkatastrophen Verkehrs-/ Arbeitsunfälle	
Typ II Längerdauernd/ Wiederholt	Inzest Kriegserlebnisse Politische Inhaftierung Folter	Erdbeben	

Traumata, die menschengemacht sind und wiederholt über einen längeren Zeitraum stattfinden, haben eine besonders pathologische Wirkung.

Traumata können beispielsweise bei Geflüchteten sowohl im Heimatland, als auch auf der Flucht oder sogar erst im Exilland erlebt werden, die Symptomatik tritt allerdings oft erst dann auf, wenn die Menschen sich endlich (wieder) sicher fühlen (also ggf. später als sechs Monate nach dem traumatischen Erlebnis), was auf einen verzögerten Beginn (delayed onset) hinweist.

Wenn die Betroffenen dann etwas sehen/ hören/ riechen/ schmecken/ fühlen, was sie an die ursprüngliche traumatische Situation erinnert, werden sie meist „angetriggert“, das heißt die Erinnerungen überfluten sie, der **Trigger** löst ähnliche Affekte aus wie während des Traumas. Meist sind den Betroffenen die Trigger nicht bekannt, sie führen jedoch zu, dass die Vergangenheit realer wirkt als die Gegenwart. Betroffene haben oft das Gefühl, dass Flashbacks sie plötzlich überfallen. Wichtig ist daher die Funktion von Triggern zu erklären.

Beispiele für häufige Trigger bei Geflüchteten aufgrund von traumatischen Erfahrungen während des Krieges und auf der Flucht:

- Donnerschläge während des Gewitters
- Silvester
- Bestimmte Ethnie oder Religionszugehörigkeit, die in der Heimat Eigenschaften von Wärtern waren
- Schlägerei und lautes Sprechen
- Menschenmassen, große Pause im Schulalltag
- Berührung, Körperkontakt
- Langes Laufen
- Seen, Flüsse, Meer, manchmal auch Schwimmbäder
- Nachrichten aus der Heimat über Medien
- Bestimmte Lieder und Musikstücke, Sirenen
- Dunkelheit
- Uniformierte

Dissoziation

Eines der Symptome, das sehr häufig im Zusammenhang mit Traumafolgestörungen auftritt, sind **Dissoziationen**: So passiert es häufig, dass Menschen einem Gespräch nicht mehr folgen können, ihr Handlungsziel vergessen, bei Rot über die Straße gehen oder nicht an der richtigen Haltestelle aussteigen, weil sie im Bus/ Zug „vergessen“ wo sie sind. Insgesamt kommt es oft zu Lücken im Alltag. Für den Schulalltag sind das häufig Dinge wie: Vergisst immer wieder Unterlagen, kommt trotz hoher Motivation immer mal wieder zu spät, kann sich nicht über einen längeren Zeitraum konzentrieren, trotz Abmachung werden Terminvereinbarungen vergessen (siehe DES-Fragebogen).

Umgang mit Dissoziationen im Gespräch

- Wichtige Inhalte zusammenfassen, evtl. schriftlich
- Nachfragen, was verstanden wurde („Können Sie kurz wiederholen, was Sie verstanden haben?“)
- Ordnungssysteme zeigen (Abheften usw.)
- Erinnerungshilfen (z.B. Kalender, Postits usw.)
- Zeitlinie zur besseren chronologischen Zuordnung von biographischen Ereignissen

Umgang mit Flashback

können evtl. von außen an den folgenden körperlichen Reaktionen erkannt werden:

- Starrer Blick, Zittern, Erstarrte Mimik, Weinen, versteinerte Körperhaltung/hoher Muskeltonus, Weglaufen
- ➔ Trigger sind Betroffenen oft nicht bekannt
- ➔ Vergangenheit wirkt realer als die Gegenwart.
- ➔ Quelle der Gefahr? **Nicht unterscheiden können zwischen einer Erinnerung und einer realen Bedrohung.**

Reorientierung

Wenn jemand dissoziiert (erstarrt und sich nicht mehr bewegt/ „einfriert“ und auf Anfrage nicht antwortet):

REORIENTIERUNG

- Namen der Person nennen (langt meist schon)
- Blickkontakt suchen – dafür auf die Sichthöhe des Gegenübers begeben.
- Eigenen Namen + Örtlichkeit benennen - „*Du bist hier bei... und die Stimme die Du hörst ist von...*“
- Eigene Handlungen kommentieren - „*Ich steh jetzt auf und komme zu Dir...*“
- Sicherheit immer wieder bestätigen - „*Du bist in... und sicher.*“
- Fragen zum Hier und Jetzt stellen
- Aufgaben für Gegenwartsbezug stellen
- Ggf. anfassen - das jedoch am besten vorher ankündigen bzw. besprechen, ob ok und wenn ja, wo – möglichst weit entfernt vom Rumpf, z.B. am Handgelenk
- ➔ Reden in einfachen Sätzen, i.S. von Anweisungen!

WICHTIG:

- NICHTS Traumabezogenes erfragen (also nicht: „*was hast Du denn gerade gesehen/ erlebt...*“)
- NICHT drängen, Gefühle zu benennen.
- ➔➔➔➔ **Ziel der Reorientierung ist ausschließlich den Bezug zur Gegenwart wiederherzustellen und keine Bearbeitung des Traumas!**

Ursachen für Schlafstörungen und möglicher Umgang damit:

- Intrusionen beim Einschlafen ➔ Lichtquelle, Musik
- Alpträume bei Durchschlafstörungen ➔ Behandlung der Alpträume, Zeit nach den Alpträumen gestalten
- Auswirkungen der Übererregung ➔ Tagesstrukturierung, Sport, Entspannungsverfahren

Ursachen für Konzentrationsstörungen und möglicher Umgang damit:

- Übererregung ➔ Entspannungstechniken, Pausen, medikamentöse Behandlung
- Schlafmangel ➔ Schlafhygiene, medikamentöse Behandlung
- Intrusionen/Dissoziieren ➔ Gedankenstopp, Reorientierung

Spirale eines Flashbacks erstellt von Barbara Abdallah-Steinkopff
Abdriften in die traumatische Vergangenheit



Literaturhinweise:

- Andreas Krüger: **Powerbook**, Erste Hilfe für die Seele, Trauma-Selbsthilfe für junge Menschen; Verlag Elbe & Krueger, 2015
- Liedl, Böttche, Abdallah-Steinkopff & Knaevelsrud: **Psychotherapie mit Flüchtlingen, Neue Herausforderungen, spezifische Bedürfnisse**, Das Praxisbuch für Psychotherapeuten und Ärzte, Schattauer, 2017
- Liedl, Schäfer & Knaevelsrud: **Psychoedukation bei Posttraumatischen Störungen – Manual für Einzel- und Gruppensetting**, Schattauer, 2013
- Hensel, T. (2013). **Psychotherapie komplexer Traumafolgestörungen bei Kindern und Jugendliche**. In: Sack, Sachsse & Schellong J. (Hrsg.), Komplexe Traumafolgestörungen. Diagnostik und Behandlung von Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung (S. 331-341). Stuttgart: Schattauer.