

6.11.2018, Mainz:

**Herausforderungen in der Trauma-Arbeit
mit Geflüchteten-
aus der Arbeit des
Psychosozialen Zentrum für Flüchtlinge Düsseldorf (PSZ)**

Dipl.- Psych. Eva van Keuk, PP, Psychotherapeutische Leitung
Fachtagung „Gewalt in engen sozialen Beziehungen im Kontext Flucht“

Überblick

- 1. Einleitung – das PSZ Düsseldorf***
- 2. Flucht***
- 3. Trauma***
- 4. Herausforderungen***

1. Das PSZ Düsseldorf

Das **Psychosoziale Zentrum für Flüchtlinge** (PSZ) arbeitet seit 1987 in Düsseldorf. www.psz-duesseldorf.de

Träger: Gemeinnütziger e.V., Mitglied im Diakonischen Werk RWL

Wir arbeiten mit 24 Angestell*innen, ca 65 Honorarkräften, jährlich mehr als 25 PraktikantInnen und ca 15 Ehrenamtlichen im Schnittfeld von Sozialwesen – Gesundheitswesen - Menschenrechte

Aufgaben:

1. Klient*innenarbeit
2. Fortbildungs- und Netzwerkarbeit
3. Lobby- und Öffentlichkeitsarbeit

Für wen?

2017 wurde für 634 traumatisierte und psychisch stark belastete Geflüchtete (+ 472 Angehörige= 1106) Psychotherapie und Beratung angeboten.....

.....aus 53 Herkunftsländern

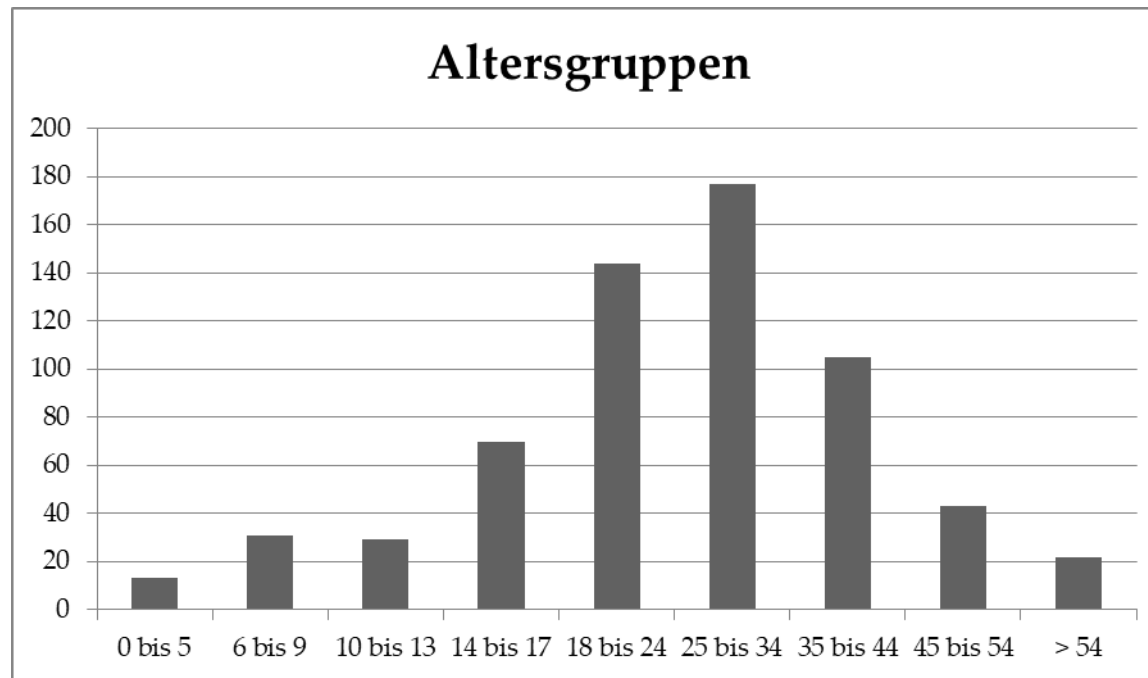
.....in 31 verschiedenen Sprachen

Aufnahmekriterien – Prioritäten im PSZ:

schlechte Chancen auf angemessene Versorgung in der Regelversorgung...

- unsicherer Aufenthalt
- Keine Deutschkenntnisse
- Zugehörigkeiten zu Minderheiten
- Verantwortung für andere, v.a. für Kinder
- Hohe psychische Belastung, klinische Störungsbilder, Komorbiditäten

Für wen?



Alter: Das Durchschnittsalter lag bei 27,5 Jahren. 143 Klientinnen waren minderjährig - etwa ein Viertel der KlientInnen. Der älteste Klient war 65 Jahre alt.

Geschlecht: 58,5% der Klient*innen waren männlich, 41,5% waren weiblich, LSBTI: 12 KlientInnen.

Wohnort: 43% stammten aus Düsseldorf, 57% aus weiteren Städten (v.a. Duisburg, Essen, Wuppertal, Oberhausen)

Für wen? (2017) - Mehrfachnennungen möglich, IndexklientInnen -

- 224 Folteropfer, (83 Geflüchtete mit körperlichen Foltererfahrungen, 74 mit psychischen Foltererfahrungen, 67 mit sexualisierten Gewalt – und Foltererfahrungen)
- 138 Kriegstraumatisierte,
- 131 traumatisiert durch sonstige schwere Gewalt,
- 108 haben nahe Angehörige durch Flucht oder Gewalt verloren,
- 96 durch Zeugenschaft traumatisierte Geflüchtete,
- 81 sind Vergewaltigungsopfer,
- 47 mit Traumatisierungen infolge von Inhaftierungen
- 24 mit traumatischen Entführungserfahrungen
- 16 sind Opfer von Genitalbeschneidung/-verstümmelung
- 11 mit traumatischen Kampfeinsätzen beispielsweise als Kindersoldaten
- 9 sind Opfer von Menschenhandel

Häufige Diagnosen bei PSZ KlientInnen (2017)

1. Posttraumatische Belastungsstörung
2. Depression
3. Andauernde Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung
4. Dissoziative Störung
5. Somatoforme Störung
6. Angststörung
7. Anpassungsstörung
8. Psychotische Störungen und Störung aus dem schizophrenen Formenkreis

Herkunftsländer (2017)

1. Afghanistan
2. Guinea
3. Syrien
4. Irak
5. Nigeria
6. Tschetschenien

2017 kamen die PSZ Klient*nnen aus 53 verschiedenen Herkunftsländern.

2. Flucht

Flüchtlinge weltweit

- UNHCR: weltweit sind (Ende 2017) 68,5 Millionen Menschen auf der Flucht (größte Gruppe: 40 Millionen Binnenvertriebene) - die größte Fluchtbewegung seit Ende des 2. WK (Quelle: UNHCR Global Trends 2017 vom 19.6.2018)
- Jeder 110. Mensch ist aktuell ein Flüchtling
- 52% sind Kinder
- Hauptherkunftsländer: Syrien, Afghanistan, Süd Sudan, Myanmar, Somalia

85% wurden aufgenommen von folgenden Ländern:

1. Türkei (3,5 Millionen)
2. Pakistan und Uganda (jeweils 1,4 Millionen)
3. Libanon (1 Million)
4. Iran (980.000)

<https://www.youtube.com/watch?v=gE9r7Ao0tXg>

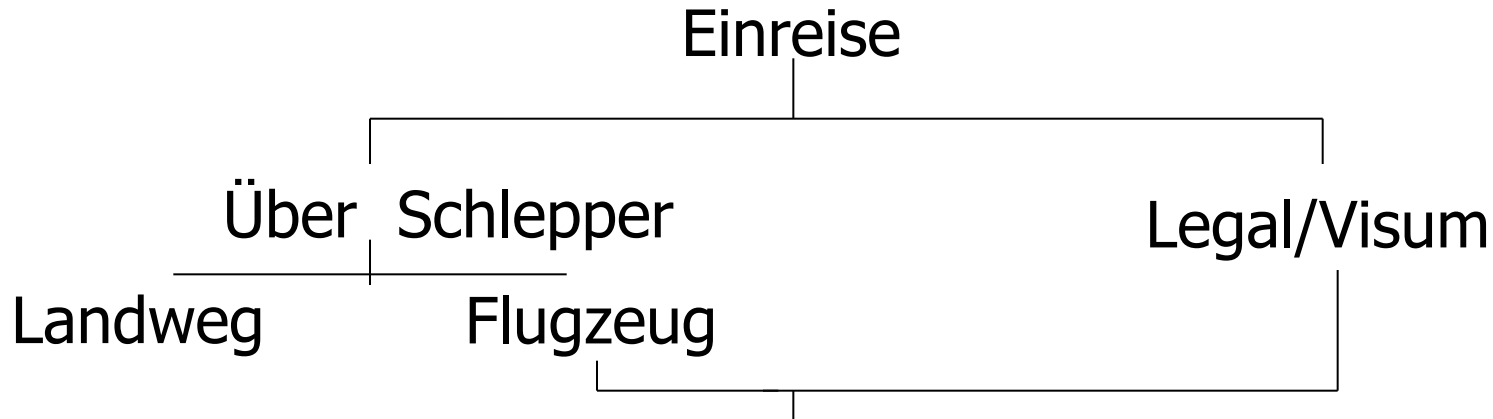
Belastungen während der Flucht

- Kontakt zu kriminellen Schleppern
- Je nach finanziellen Möglichkeiten erhöhtes Risiko während der Flucht; oft lange Flucht über Landwege (Bsp. Afrikanischer Kontinent),
- Lebensgefahr (Ertrinken, Verdursten, Gewalt)
- Zeugenschaft von Gewalt und Sterben
- Trennung von Familienangehörigen

Belastungen in Deutschland (abgeleitet aus den Fällen des PSZ)

- Beengte Wohnsituation
- Keine Arbeit, kein Sprachkurs, ggf. keine Schule (UMF)
- Druck aus der Heimat, Verpflichtungen gegenüber Schleppern
- Zugang zu Hilffsystemen durch Sprachbarriere und Unkenntnis erschwert
- Aufenthaltsrechtliche Unsicherheit
- Zeugenschaft von Abschiebungen
- Gewalt in Flüchtlingsheimen (unter Flüchtlingen)
- Gewalt durch rechtsradikale Übergriffe

Flüchtlinge in Deutschland



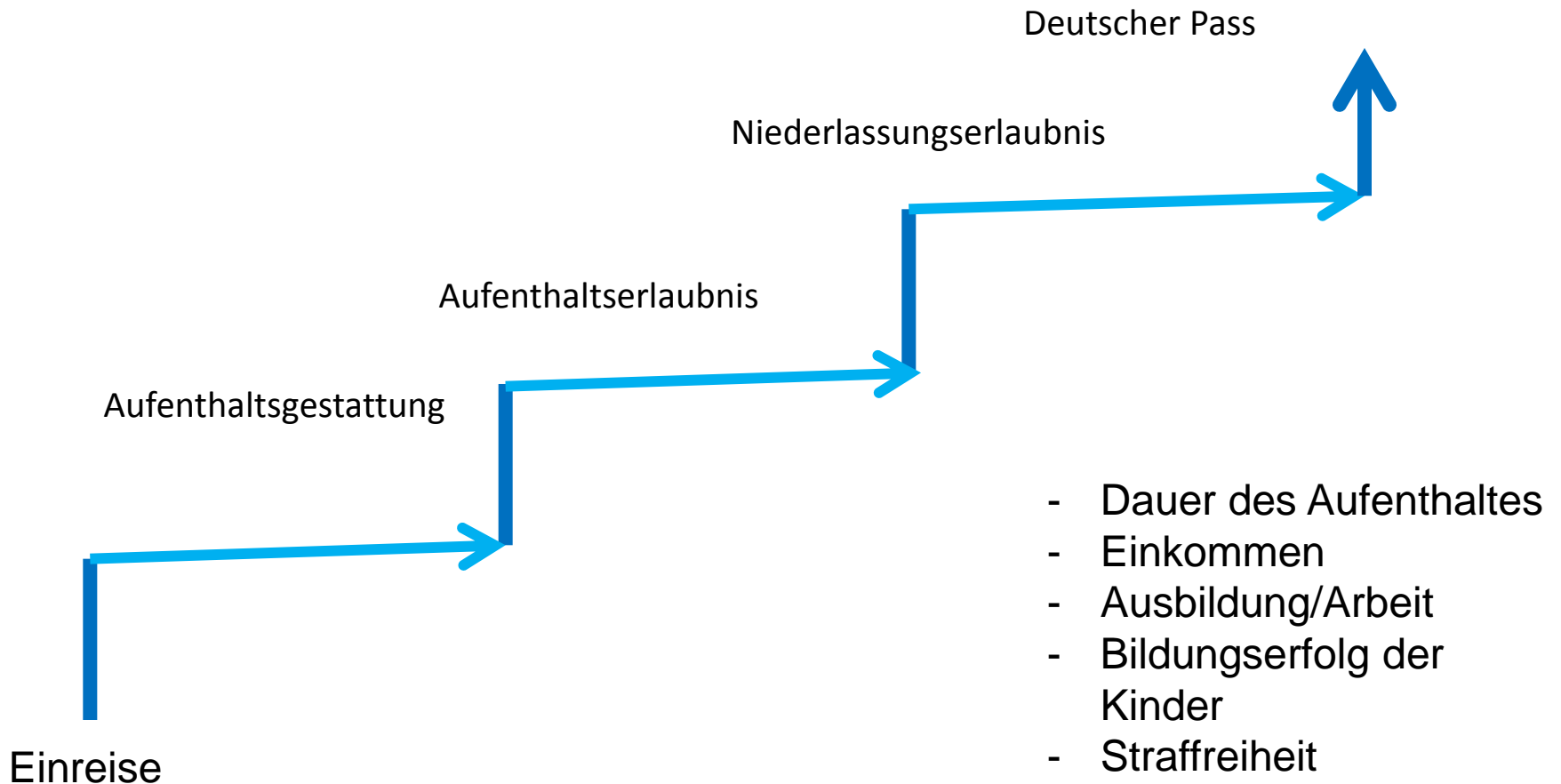
Asylverfahren:

1. Bundesamt
2. Verwaltungsgericht
3. Gremien
4. Ausländerbehörde

Gruppen von Flüchtlingen und ihre Chancen auf Bleiberecht:

1. Flüchtlinge aus **Syrien**, Minderheiten aus dem **Irak**, Flüchtlinge aus **Eritrea** haben sehr gute Aussichten auf einen Aufenthalt,
2. Flüchtlinge aus **sicheren Herkunftsstaaten** (Balkan, Ghana, Senegal – wahrscheinlich bald auch Marokko, Tunesien, Algerien) werden ein verkürztes Asylverfahren erhalten, um schnell abgelehnt und abgeschoben zu werden,
3. Weitere Herkunftsländer erfordern **Einzelfallprüfungen** (Afghanistan, Sri Lanka, Iran, Bangladesh, Pakistan, Armenien etc.),
4. Sonderfall **Dublinverfahren**: Abschiebungen in europäische Nachbarstaaten

Aufenthaltsverfestigung



3. *Trauma*

Alles Trauma ???

- Traumatische ***Situation*** in Abgrenzung zu belastenden Situationen
- Traumatische ***Reaktion*** (Kurzfristig)
- Traumatischer ***Prozeß*** (Stabilisierung versus pathologische Entwicklung)

ICD 10: Belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde.

DSM IV: Traumatische Situationen zeichnen sich aus durch subjektives Erleben von Hilflosigkeit, Entsetzen und der Bewertung als lebensbedrohlich.

DSM V: Konfrontation mit tatsächlichen oder drohenden Tod, ernsthafter Verletzung oder sexueller Gewalt durch: direktes Erleben, Zeugenschaft, betroffene nahe stehende Personen, Konfrontation mit aversiven Details.

Alles Trauma ???

- nicht jeder Gewalttätige ist traumatisiert,
- nicht jeder Geflüchtete erlebt Gewalt,
- nicht jeder, der/die Gewalt erlebt, ist automatisch traumatisiert,
- nicht immer ist Psychotherapie für Gewaltopfer der erste und richtige Weg.

Flüchtlinge und Traumafolgestörungen

- Unbefriedigende Studienlage
- hohe Prävalenz: 20 – 70 % der Flüchtlinge in D weisen Traumafolgestörungen auf
- Präsentiersymptomatik oft unspezifisch: somatoforme Schmerzen, aggressives Verhalten (Männer) und suizidales Verhalten (Frauen), Schlafstörungen und Alpträume, Rückzug und soziale Isolation, Depression (Nachfragen erforderlich!)
- Verlässliche Studie: Gaebel 2005 mit dem Bamf: 40 %
- Umfaßt ein breites Spektrum an möglichen Diagnosen (u.a. PTBS, dissoziative Störungen, Depressionen, reaktive psychotische Reaktionen)

Studie der AOK zur Gesundheit Geflüchteter

- 2021 Geflüchtete aus Syrien, Irak und Afghanistan wurden befragt.
- Mehr als 75% der Befragten haben bereits mindestens ein traumatisches Erlebnis selbst erfahren: 15% waren Zeuge von Folter und Mord, 19% sind selbst gefoltert worden, 40% haben Gewalt durch Militär erlebt, 60% Krieg erlebt), viele waren multipel traumatisiert.
- Es gab einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Prävalenz von Beschwerden (1. psychische, 2.körperliche Beschwerden) und erlebten traumatischen Situationen.
- Die Studie erfasste keine traumaspezifischen Symptome (wie Intrusionen, Vermeidung, Alpträume, Ängste) , aber allgemeine psychische Symptome, die beispielsweise mit Depressionen korrelieren. Hier waren mehr als 44% der Befragten auffällig.
- Mehr als 15% gaben an, zwar einen Arzt aufgesucht zu haben, aber nicht behandelt worden zu sein. Zugangsbarrieren waren vor allem die Sprache und fehlende systematische Sprachmittlung.
- Die Autoren der Studie fordern einen schnelleren Zugang der Geflüchteten zur Gesundheitsversorgung, verfügbare Sprachmittlung, einen Ausbau der psychotherapeutischen Versorgung.

Klinische Störungsbilder:

- Akute Belastungsstörung, Anpassungsstörung, Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD/PTB),
- affektive Störungen (z.B. Depressionen)
- psychotische Störungen
- Persönlichkeitsstörungen
- dissoziative Störungen
- somatoforme Störungen
- Disorders of extreme stress (DES)

Posttraumatische Belastungsstörung:

- Wiedererleben
- Vermeiden, innere Starre („numbing“)
- Erhöhtes Erregungsniveau („arousal“)
- deutliche Beeinträchtigung (berufl./familiär)

Objektive und individuelle Faktoren

Es besteht ein Zusammenhang zwischen objektiver Traumaschwere und Ausmaß an Störungen unter den Überlebenden :

- nach einem Autounfall erkranken ca 5 %,
- professionelle Helfer nach Kriseneinsätzen 5-20%
- SoldatInnen nach Kampfeinsätzen 2- 25%
- nach einer Vergewaltigung ca 45 % (Hofmann et al 2001),
- nach mehrmonatiger Konzentrationslagerhaft ca 75 % (Antonovsky 1997)

der Überlebenden an klinischen Störungsbildern.

Trotzdem gibt es dokumentierte Einzelfälle, in denen auch bei geringfügigeren Traumata ein Störungsbild generiert („Individueller Faktor“, Reichelt 2004)

Keilson: Modell der sequentiellen Traumatisierung (Keilson, 1979)

Bei der Untersuchung von überlebenden niederländische Juden, die als Kinder den Holocaust erlebten, fand Keilson drei Phasen von Traumatisierungen:

- 1. traumatische Sequenz: Beginnende Ausgrenzung von und zielgerichtete Gewalt gegen niederländische Juden während der deutschen Besatzung
- 2. traumatische Sequenz: direkte Verfolgung (Deportation, Trennung von Eltern und Kindern, KZ)
- 3. traumatische Sequenz: nach der Verfolgung, Vormundschaft/ Heim

Welche Sequenz bestimmt am deutlichsten das folgende Erkrankungsrisiko?

Keilson: Modell der sequentiellen Traumatisierung (Keilson, 1979)

Bei der Untersuchung von überlebenden niederländische Juden, die als Kinder den Holocaust erlebten, fand Keilson drei Phasen von Traumatisierungen:

- 1. traumatische Sequenz: Beginnende Ausgrenzung von und zielgerichtete Gewalt gegen niederländische Juden während der deutschen Besatzung
- 2. traumatische Sequenz: direkte Verfolgung (Deportation, Trennung von Eltern und Kindern, KZ)
- **3. traumatische Sequenz: nach der Verfolgung, Vormundschaft/ Heim**

Wenn nach der Verfolgung (3. Sequenz) ein stabiles Umfeld erreicht werden konnte, konnten selbst schwerste Verfolgungserlebnisse (2. Phase) kompensiert werden.

Post- traumatische Umweltverhältnisse üben einen prägenden Einfluß auf Genesung versus Erkrankung aus!

Studie von Ehlers/Steil (1998)

In einer Langzeituntersuchung von mehr als 1000 PatientenInnen Autounfallopfern in GB stellte es sich heraus, daß die Symptomausprägung signifikant abhängig war von ...

- dem Ausmaß der persönlichen Verluste infolge des Unfalls (finanzielle, beruflich, familiär),
- dem Ausmaß der Behinderung, sein Leben wieder aufzunehmen (Lebensqualität),
- dem Ausgang der gerichtlichen Verfahren, Erleben von Gerechtigkeit versus Ungerechtigkeit.

Trauma und Gewalt

Datenlage unbefriedigend – meist selektierte Stichprobe (Ex-Kombattanten und inhaftierte Straftäter) , Übertragbarkeit fraglich.

a) Longitudinalstudie an 3.735 Jugendlichen im Alter von 14-19 Jahren: eigene Gewalterfahrungen und Traumafolgestörung stehen in Zusammenhang mit eigener ausgeübter Gewalt, Wutgefühl zentral.

b) Untersuchung von 102 männlichen und weiblichen PatientInnen mit PTBS und Suchterkrankung: Das Ausmaß des gewalttätigen Verhaltens steht in Zusammenhang mit 1. Schwere der Suchtstörung, 2. Ausmaß der PTBS Symptomen (v.a. Hyperarousal)

a) Li-Yu Song et al (USA) : Violence Exposure and Emotional Trauma as Contributors to Adolescents`Violent Behavior, Arch Pediatr Adolesc Med.1998, 152 (6): 531-536

b) Emma L.Barrett et al: Associations between substance use, PTSD and the perpetration of violence: A Longitudinal investigation. 2014, Abruf: Author links open overlay panel [Emma L.Barrett](#) [MareeTeesson](#) [Katherine L.Mills](#)
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.03.003>

4. Herausforderungen

Fallbeispiel

- 29 jähriger Mann aus Bangladesh
- Psychosenahe Symptome , V.a. PTBS, Alkoholprobleme phasenweise, lautes Auftreten, fordernd
- Ressource: gute familiäre Sozialisation, Verantwortungsgefühl gegenüber Familie in der Heimat
- Erstgespräch schwierig, Zweiter Termin: suizidal, aufwendige Einweisung in Psychiatrie
- 2 Jahre ambulante psychiatrische Behandlung und Psychotherapie im PSZ, ehrenamtliche Begleitung
- Absprache: Null Alkohol!, in Bezug auf seine Eltern. Thema: Schuldgefühle, eigene Fehler, eigene Täterschaft.
- Aufbau von Tagesstruktur, Erfolgserlebnisse bei der Arbeit, Krisen durch schlechte Nachrichten aus der Heimat, gute Absprachefähigkeit.

Umgang mit Herausforderungen

- Setting: Gute Sprachmittlung, transkulturelle Reflektionsfähigkeit, sicherer Rahmen.
- Arbeitsbeziehung etablieren: Respekt zeigen, Vertrauen schaffen, Autorität schaffen/ Rolle der respektierten älteren Ratgeberin einnehmen
- Psychosoziale Interventionen: Tagesstrukturen schaffen, soziale Kontakte, rechtliche Situation klären.
- Interventionen: äußere Belastungsfaktoren validieren, Selbstberuhigung üben, üben, üben, Kontrolle der Impulse einüben (verbindlicher Notfallplan, ggf. Med.), Ressourcenaktivierung, Perspektivwechsel.

PSZ Düsseldorf

Hilfe für Überlebende von Folter, Krieg, Gewalt



DANKE für Ihre Aufmerksamkeit !

WORKSHOP

6.11.2018, Mainz:

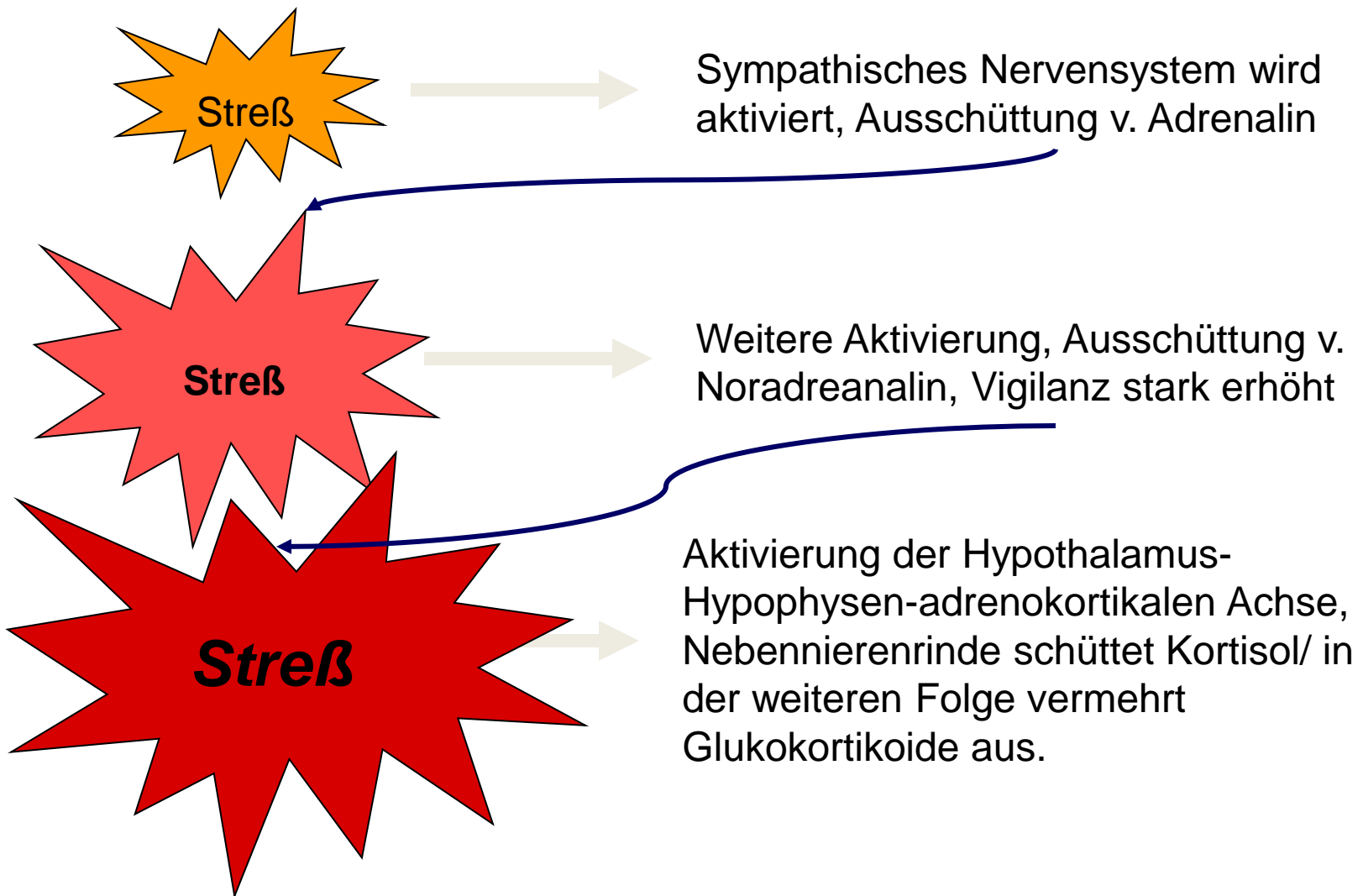
Einblicke in die Traumatherapie mit Geflüchteten - aus der Arbeit des Psychosozialen Zentrum für Flüchtlinge Düsseldorf (PSZ)

Dipl.- Psych. Eva van Keuk, PP, Psychotherapeutische Leitung
Fachtagung „Gewalt in engen sozialen Beziehungen im Kontext Flucht“

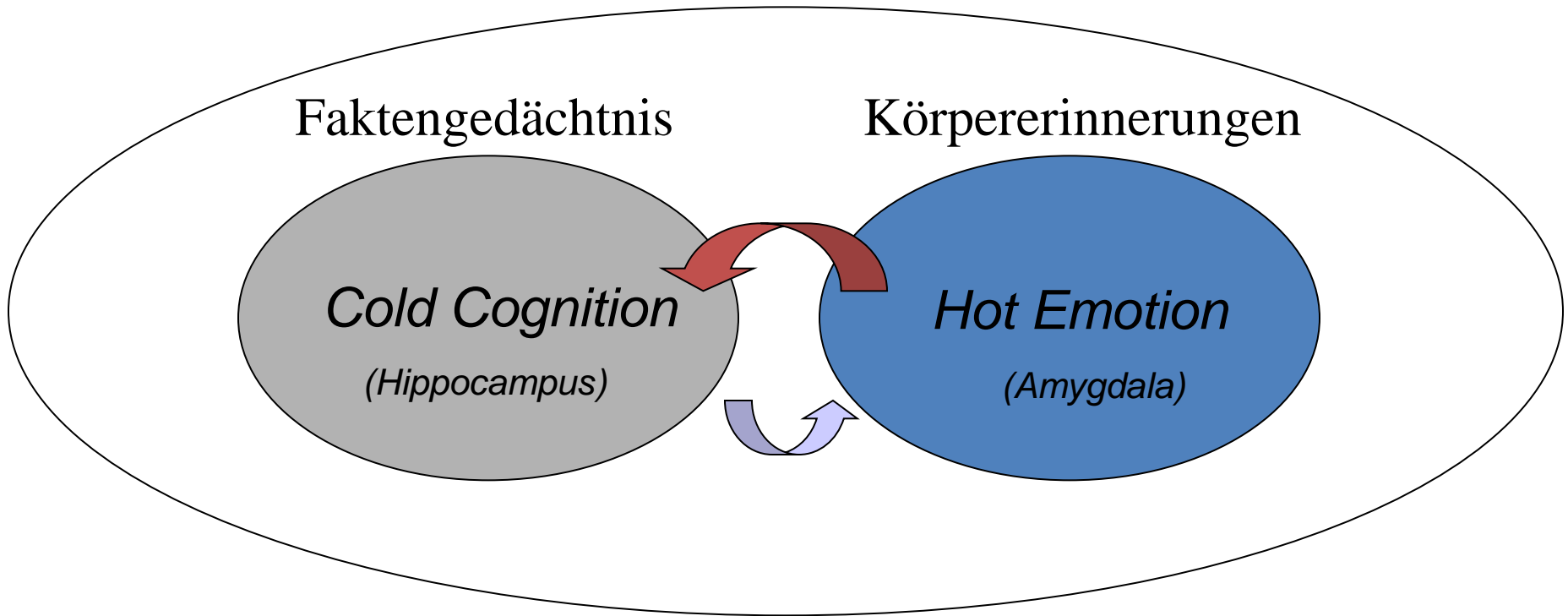
Hyperarousal – was ist das?

Traumatische Situationen verändern die neurophysiologischen Abläufe bei Personen mit Traumafolgestörungen...

Neurophysiologie: Dreistufige neurobiologische Streßreaktion

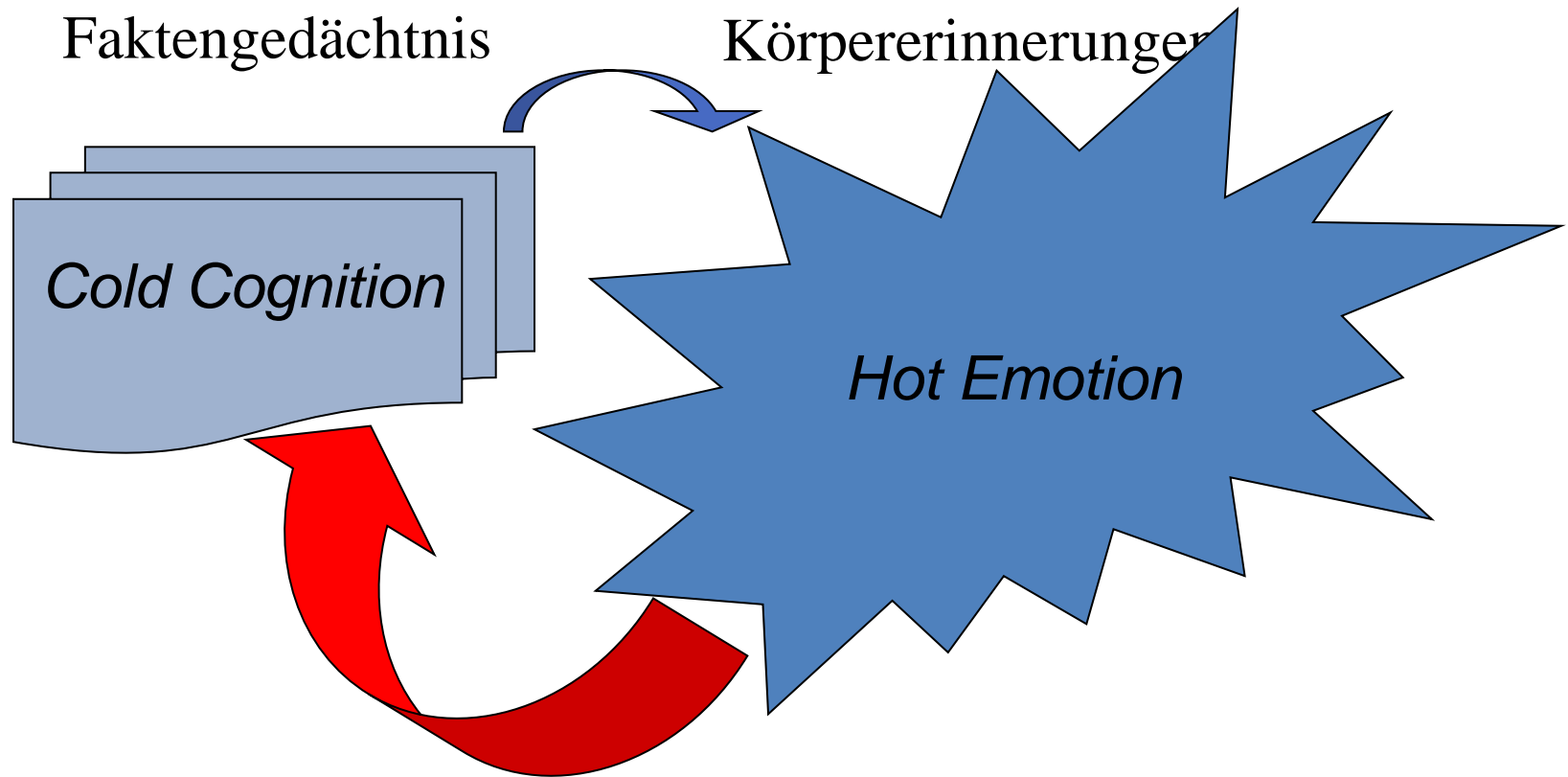


Neurophysiologie: Das Limbische System



***Grundlage der Psychotraumatologie:
Gedächtnissysteme bei Gesunden***

Neurophysiologie: Trauma als Entgleisung des limbischen Systems

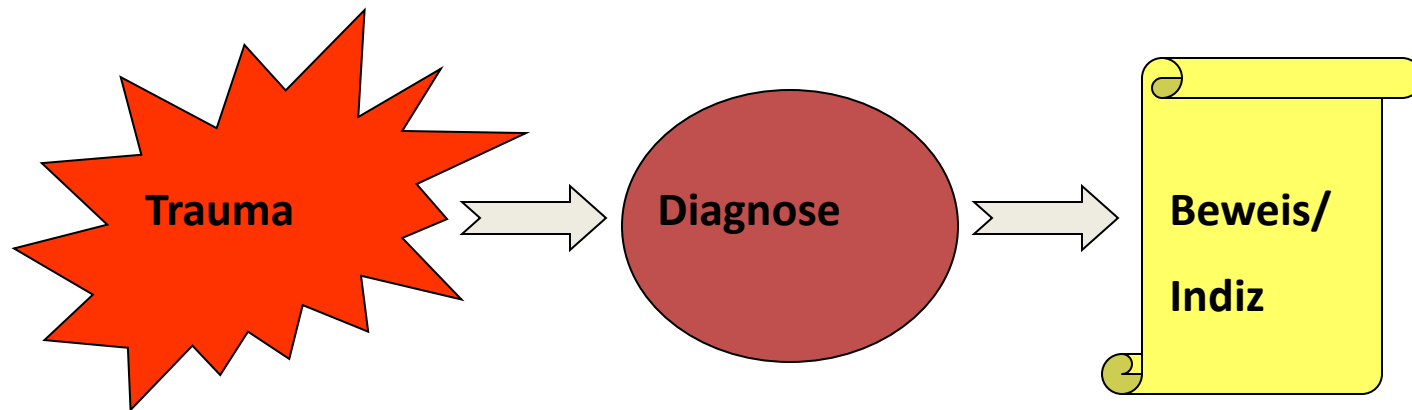


***Grundlage der Psychotraumatologie:
Gedächtnissysteme bei Traumatisierten***

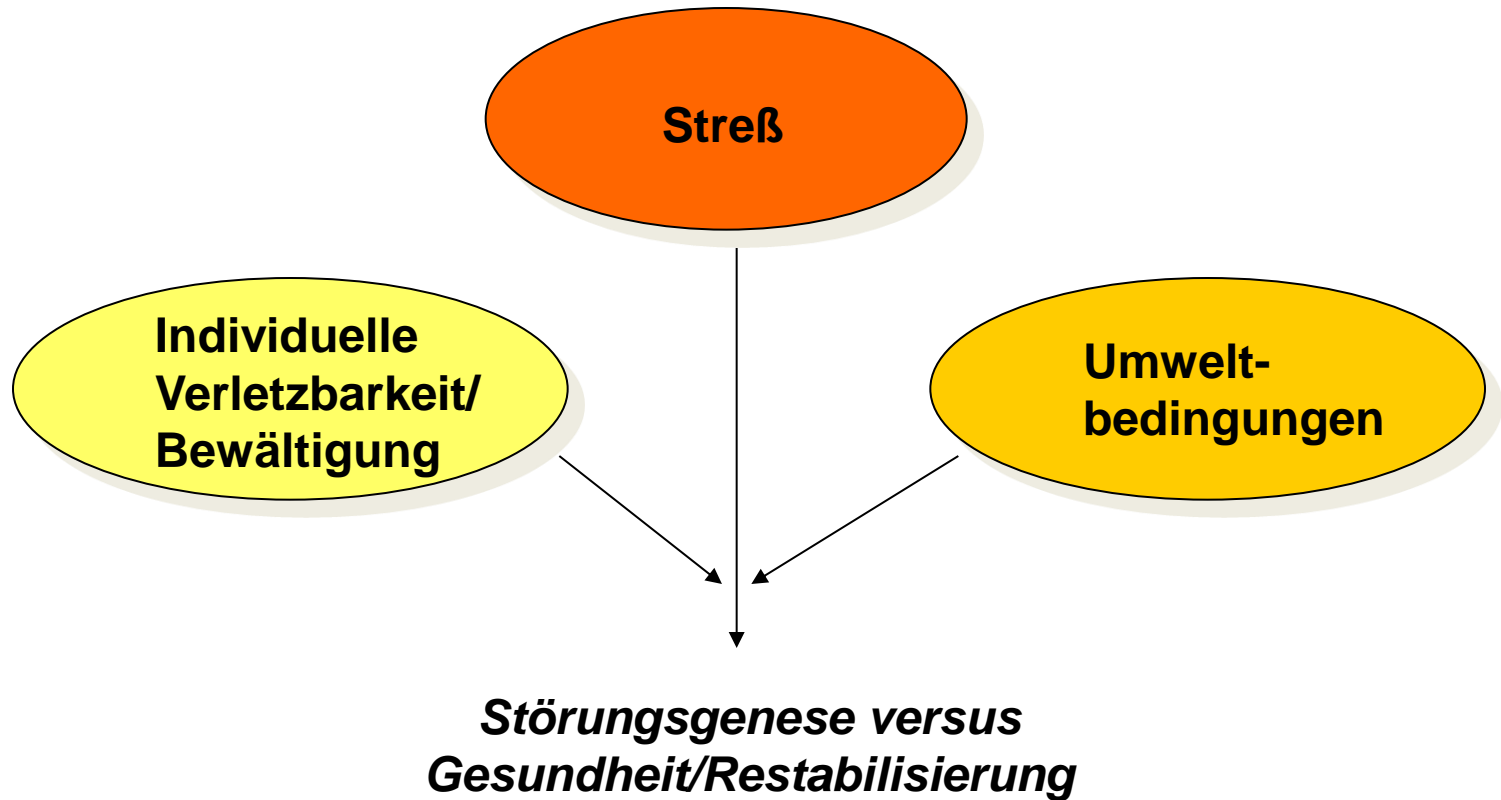
Risikofaktoren bei PSZ Klienten für auto – oder fremdaggressive Impulse

- Alleinstehende junge Männer
- Instabile äußere Lebensumstände
- Unsichere Bindung in der Herkunftsfamilie
- Hohe Erwartungen, schnelle Frustration/ gekränkt sein, Attribution auf „die anderen“ als Erklärungsmodell
- Erfahrungen im Kampfeinsatz, mit Waffen
- Viele akute Verlusterlebnisse
- Psychosenahe Symptome
- Sucht

Aus juristischer Sicht : Mechanisches Traumamodell



Klinisches Störungsmodell



Fallbeispiel A: Patient aus dem Kongo

Fallbeispiel B: Tamilischer Patient

Fallbeispiel C: Patientin aus dem Kongo

Fallbeispiel

- 43 jähriger Mann wird von Ehefrau zur Therapie angemeldet
- Herkunft: Kongo, Beruf: Bankier
- 4 Jahre Inhaftierung , Ehefrau und 3 Kinder sind bereits vor 4 Jahren nach Deutschland geflohen
- Depression, PTBS, psychosenahe Symptome
- Innerfamiliäre Konflikte, V.a. innerfamiliäre Gewalt
- Ehefrau „Erkenne ihn nicht wieder, braust schnell auf, die Kinder meiden ihn, er ist wie verrückt geworden“

Fallbeispiel

- Krankheitskonzept des Patienten: Fluch des Vaters
- Psychoedukation
- Symptomkontrolle (transkulturell angepasst)
- Antidepressive Medikation, schlafanstoßend
- Tagesstruktur , Ressourcen (Religion, Disziplin, Verantwortung)
- Konfrontation mit der Gewalt im Gefängnis über die Bearbeitung der Alpträume
- Einbezug der Ehefrau
- Rollenverständnis („Kulturkuchen“) – wie kann er respektabler Vater sein?
- Sinnfrage/ gründete Verein „freies Kongo“

Konzept der Salutogenese (A. Antonovsky)

Und manche bleiben gesund („resilient“)...

- Sinnhaftigkeit
- Verstehbarkeit
- Handhabbarkeit

...zeigten sich in einer Untersuchung von Holocaustüberlebenden des israelischen Medizinsoziologen Antonovsky als wirksame Schutzfaktoren.



Psychosoziales Zentrum
für Flüchtlinge
PSZ Düsseldorf



DANKE für Ihre Aufmerksamkeit !