



Kurz gefasst

Viele von Gewalt betroffene Geflüchtete in Deutschland suchen nicht nur Sicherheit und Schutz, sondern auch Unterstützung in der Bewältigung langandauernder, wiederholter, von Menschen verursachter Traumatisierungen. Hierbei stoßen sie und das ihnen begegnende Hilfesystem auf spezifische Herausforderungen. Psychosoziale Zentren versuchen bundesweit indikationsbezogen zu helfen und durch multiprofessionelle Begleitung von Heilungsprozessen, Wege in gesellschaftliche Teilhabe und Integration für Einzelne wie auch für familiäre Systeme zu ebnet. Realistisch kann jedoch nur ein Bruchteil der Bedarfe abgedeckt und Psychotherapie nur für die Schwerstbetroffenen angeboten werden, was eine enge Kooperation mit der Regelversorgung unabdingbar macht. Für mehrfachtraumatisierte geflüchtete Menschen soll Psychotherapie ein Raum sein, in dem würdevolle, rassistensensible, korrektive Begegnungen möglich sind, Wirksamkeit gemeinsam erlebt und unaussprechliche Gewalterlebnisse „besprechbar“ werden.

Hannah Krunke, Katrin Boztepe

Psychotherapie mit mehrfach traumatisierten Geflüchteten

Praxisbericht aus der ambulanten Abteilung für Erwachsene im Zentrum ÜBERLEBEN Berlin, einem der größten psychosozialen Zentren Deutschlands.

Laut Bundeszentrale für politische Bildung ist „Flucht [...] das Ausweichen vor einer lebensbedrohenden Zwangslage aufgrund von Gewalt.“ (bpb, 2023). Nach Angaben des „Global Trends“ des UNHCR befanden sich Ende 2022 108,4 Millionen Menschen auf der Flucht, 21 % mehr als im Vorjahr (UNHCR, 2023).

Nicht erst seit 2015 erreichen Menschen Deutschland, in der Hoffnung, hier ein sicheres, gewaltfreies Leben mit Zukunftsperspektiven führen zu können. Weil psychische Gesundheit eine Voraussetzung für gesellschaftliche Teilhabe und Integration ist, betrifft diese gesellschaftliche Entwicklung auch das Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie. Dabei gilt: Nicht jeder Mensch, der geflohen ist, hat Gewalt erlebt und nicht jeder Mensch, der Gewalt erlebt hat, ist traumareaktiv erkrankt. Ungefähr 30 % der geflüchteten Menschen in Deutschland leiden an einer depressiven Erkrankung oder einer posttraumatischen Belastungsstörung (BAfF, 2023). Bundesweit bieten spezialisierte psychosoziale Zentren (PSZ) multiprofessionelle Unterstützung für traumareaktiv erkrankte Geflüchtete an. Dass diese Zentren lediglich „ein Tropfen auf den heißen Stein“ sind, zeigt sich im aktuellen Versorgungsbericht der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF). Die BAfF fasst zusammen, dass die PSZ in 2021 lediglich 4,1 % des Bedarfs abdecken konnten (BAfF, 2023). Das Zentrum ÜBERLEBEN in Berlin ist bundesweit eines der größten PSZ. Dennoch sind wir in unserer Arbeit täglich damit konfrontiert, mehrfach traumatisierten Personen, die dringend Unterstützung benötigen, kein Therapieangebot machen zu können, weil andere Anfragende noch schwerer betroffen sind.

In der ambulanten Abteilung für Erwachsene bieten wir Traumatherapie mit Sprach- und Kulturmittlung für Geflüchtete an. Aktuelle politische Krisen spiegeln sich meist direkt in einer Zunahme unserer Behandlungsanfragen wider. So kamen in 2022 die meisten Patient*innen aus Afghanistan. Andere wichtige Herkunftsländer waren Syrien, Irak, Iran und die Türkei.

Orientiert man sich an Maerckers (2019) Typologie traumatischer Ereignisse, fragen in PSZ zumeist Patient*innen an, die interpersonelle (von Menschen verursachte) Typ-II-Traumata erlebt haben. Das sind Menschen, die mehrfach und/oder längerfristig von sexualisierter oder körperlicher Gewalt, Krieg oder Folter betroffen

Häufig kommen Patient*innen mit einem „Lkw voller Anliegen“, die nicht alle in der Therapie „abgeladen“ werden können.

waren. Sie erfüllen zumeist die Kriterien für eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung nach ICD-11. Auch die Flucht birgt Risiken für weitere lebensbedrohliche Ereignisse, zum Beispiel Seerettung, Inhaftierung, Menschenhandel, Gewalt durch Schlepper oder Grenzbeamte.

Zusätzlich sind Migrant*innen auch im Aufnahmeland mit Belastungen konfrontiert. Zu diesen Stressoren gehören zum Beispiel Sprachbarrieren, Diskriminierung, Rassismus sowie Schwierigkeiten bei Wohnungs-/Arbeitsplatzsuche und das häufig langwierige Aufenthaltsverfahren. Diese Postmigrationsstressoren können das Risiko erhöhen, Symptome einer psychischen Störung zu entwickeln beziehungsweise aufrechtzuerhalten (Bogić et al., 2015). Dies wird auch im Modell der sequentiellen Traumatisierung (Keilson, 1979) deutlich, welches Becker und Weyermann (2006) um drei Sequenzen erweiterten. Die vierte Se-

quenz wird „Chronifizierung der Vorläufigkeit“ genannt. In dieser Zeit befinden sich Geflüchtete aufgrund des Aufenthaltsverfahrens in einem Wartezustand, der eine Verschlechterung des psychischen Allgemeinzustands auslösen kann.

Die Einzelpsychotherapie, begleitet von bedarfsabhängiger Sozialarbeit, welche die Bedingungen im Aufnahmeland adressiert, hat sich als wirksame Methode in der Arbeit mit mehrfach traumatisierten Geflüchteten erwiesen. Die Komplexität der Fälle, die vielfach einer Zusammenarbeit mit dem externen Hilfesystem bedarf, kann den psychotherapeutischen

Es ist unser Auftrag zu vermitteln, dass die Symptomatik eine normale Reaktion auf ein unnormales Gewalterlebnis ist.

Arbeitsalltag überfordern. Rein manualbasierte Therapieansätze

kommen hier an ihre Grenzen. Als besondere Herausforderung können erfahrungsgemäß auch kulturelle Unterschiede empfunden werden. Unterschiede im Glaubens-/Wertesystem sollen wahrgenommen, reflektiert und besprochen werden. Einen Leitfaden hierfür bietet das Cultural Formulation Interview (Falkai & Wittchen, 2018). Individualistisch geprägte Vorstellungen von therapeutischen Prozessen treffen auf kollektivistische Erfahrungen, in welchen das Gemeinwohl vor den individuellen Interessen steht. Dies gilt es, fortwährend zu reflektieren.

Häufig kommen unsere Patient*innen mit einem „Lkw voller Anliegen“, die nicht alle in der Therapie „abgeladen“ werden können. Dann geht es erstmal darum, ein gemeinsames Verständnis dafür zu entwickeln, was in die Psychotherapie gehört und welche Themen an anderen Stellen platziert werden können. Zudem ist die Zahl komorbider Störungen hoch (Boos, 2014) und häufig stellen sich geflüchtete Menschen vordergründig mit körperlichen Beschwerden vor (Sutej, 2018).

Viele Patient*innen können mit dem Begriff Psychotherapie zu Beginn wenig anfangen. Sie berichten, dass psychisch Erkrankte in ihren Herkunftsländern häufig ausgegrenzt werden. Hier müssen wir als Therapeut*innen fortlaufend Entstigmatisierungsarbeit leisten.

Auch scheinbar alltägliche Aufgaben, wie zum Beispiel eine Terminvereinbarung, können für Menschen, die in Gewaltstrukturen lebten eine Herausforderung sein, wenn sich die Tagesplanung an der subjektiv wahrgenommenen Sicherheitslage, statt am Terminkalender orientiert. Den Menschen zu vermitteln, dass sie in Deutschland relativ sicher sind, das Einhalten fester Termine wichtig und sie nicht „verrückt“, sondern in normaler Reaktion auf ein unnormales Gewalterlebnis seelisch erkrankt sind, können erste Aufträge in unserer „Sprechbehandlung“ sein.

Gemäß den Empfehlungen der aktuellen S3-Leitlinie (Schäfer et al., 2019) für die Behandlung komplexer Traumafolgestörungen, kombinieren wir in der ambulanten multiprofessionellen Behandlung am Zentrum ÜBERLEBEN traumafokussierte Techniken mit Methoden zur Verbesserung der Emotionsregulation, des interpersonellen Verhaltens (Abnahme von Beziehungsstörungen) und der Selbstwahrnehmung. Begleitend kommen bedarfsabhängig Stabilisierungselemente (Psychoedukation, Achtsamkeits-, Entspannungs-, Imaginationsübungen, Skillstraining) zur Anwendung.

Darüber hinaus gilt es, bereits bestehende Ressourcen der Patient*innen zu stärken und/oder neue zu identifizieren. Kreativangebote im Gruppensetting (zum Beispiel Kunsttherapie, Ausflüge zu gemeinsamen kulturellen Aktivitäten, Gartenarbeit, niedrigschwelliger Deutschkurs) wirken als Räume der Begegnung für viele Patient*innen stabilisierend im Sinne der Selbsthilfe.

Eine erste Konfrontation findet in unserem Setting im Rahmen der Traumaanamnese statt. An dieser Stelle vermischen sich diagnostische und expositionelle Elemente, ein vorsichtiges Vorgehen ist daher unerlässlich. Die Herstellung eines empathischen Gesprächskontexts ist essentiell sowie der unmittelbare ressourcenorientierte Fokus, der eine kognitive Neubewertung der Erfahrung überhaupt möglich macht. Berichtet eine Patientin beispielsweise schuldbehaftet davon, die Kinder auf der Flucht in eine lebensbedrohliche Situation gebracht zu haben, kann es wichtig sein, darauf hinzuweisen, dass die Patientin den Kindern durch die Flucht das Leben rettete. Überflutender Hilflosigkeit kann bereits beim ersten Kontakt mit Selbstwirksamkeit anregenden Fragen begegnet werden: „Wie haben Sie es geschafft, das alles zu überleben?“ Die Identifikation eines sicheren Anfangs- und Endpunktes kann hilfreich sein, um das Narrativ eines unendlichen Traumas und einer damit einhergehenden globalen Opferidentifikation zu begrenzen. Weitere konfrontative Schritte erfolgen dann zumeist

Wichtig ist die Sensibilisierung für Diskriminierung und Rassismus, denen Geflüchtete in Deutschland ausgesetzt sind.

an der vorherrschenden Symptomlage (zum Beispiel Intrusionen, Alpträume) orientiert (Boos, 2014). Hierdurch kann häufig bereits eine schnelle Reduktion des Wiedererlebens und somit auch eine Verbesserung der Symptomlast, beispielsweise des Schlafes, erreicht werden. In einigen Fällen erweist sich die symptomorientierte Konfrontation bereits als ausreichend. Das hierdurch gewonnene Selbstvertrauen kann auf das gesamte therapeutische Setting unterstützend wirken und im weiteren Verlauf auch eine behutsame Konfrontation mit dem Trauma ermöglichen. Die Erstellung einer Traumahierarchie und die Iden-

tifizierung von Triggerreizen helfen, gleichzeitig traumafokussiert und patient*innenzentriert arbeiten zu können. Boos (2014) weist darauf hin, dass Patient*innen, deren traumareaktive Emotionen nicht vordergründig angstbezogen sind, sondern beispielsweise Scham, Schuld, Ärger (Grunert et al., 2003) beinhalten, weniger von der verlängerten Konfrontation profitieren. Diese Erfahrung machen wir häufig bei von sexualisierter Folter betroffenen Männern, deren ausgeprägtes Schamempfinden den therapeutischen Prozess dominieren und hierdurch das Trauma nicht umfassend erhoben werden kann. In diesen Fällen kann es erstmal oder auch ausschließlich um eine Bearbeitung dieser selbstbewertenden Interpretationen gehen. Traumafokussiertes Vorgehen bedeutet in unserem Kontext zuweilen sehr kreativ und flexibel vorzugehen und sich zu erlauben vom „manualisierten Wissen“ abzuweichen beziehungsweise dieses zu erweitern.

Wir möchten an dieser Stelle anmerken, dass wir hier das therapeutische Vorgehen aus unserer Praxis vorstellen, welches sich als gut durchführbar und sinnvoll erwiesen hat. Natürlich bestehen bezüglich Stabilisierung, Exposition und Integration des Traumas immer noch sehr unterschiedliche Ansichten, was das konkrete Vorgehen betrifft. Ohnehin ist – wie in jedem therapeutischen Setting – die Therapie auf die individuellen Bedürfnisse und Ziele der Patient*innen anzupassen.

Gefühle von Hilflosigkeit und Ohnmacht bei Handelnden sind in der Arbeit mit komplex traumatisierten Geflüchteten durchaus verbreitet (Flory, 2022), daher wollen wir im Folgenden einige Ansätze vorstellen, die Unsicherheiten verringern können.

In erster Linie gilt es, eine ganzheitliche Sicht einzunehmen. Hilfreich hierbei ist der eigene Perspektivwechsel weg von den unzähligen Belastungen der Patient*innen und hin zu den oftmals verborgenen Ressourcen. Ganz im Sinne der Aussage von Luise Reddemann, die eines ihrer Bücher mit folgendem Satz einleitet: „Wir behandeln und begleiten Menschen, nicht Traumata“ (Reddemann et al., 2019). Darüber hinaus ist der Austausch mit Kolleg*innen in Form von Inter-/Supervision unabdingbar (Frommberger et al., 2023). Um die eigene Stabilität zu gewährleisten, ist die gemeinsame Reflektion „existentiell“. Gemeinsam können neue Perspektiven und Interventionen erforscht, aber

Selbstfürsorge gewinnt an besonderer Bedeutung in der Arbeit mit Menschen, die massive Grenzüberschreitung erlebt haben.

auch Grenzen spürbar gemacht werden. Zusätzlich wichtig ist der Austausch über trans-

kulturelle Ansätze, sowie die Sensibilisierung für Diskriminierung und Rassismus, denen Geflüchtete in Deutschland auf unterschiedlichen Ebenen, auch

im Gesundheitswesen, ausgesetzt sind. Die Angebote von Fachberatung durch bestehende Netzwerke (zum Beispiel BAfF, DeGPT) können zusätzlich unterstützen und sollten bei Bedarf genutzt werden. Ergänzend können spezifische Fortbildungen nützlich sein, um Wissen und Fähigkeiten zu erlangen und hierdurch das eigene Selbstbewusstsein in der traumatherapeutischen Arbeit zu stärken. Nicht zuletzt ist die Wichtigkeit der Selbstfürsorge zu betonen. In der Arbeit mit traumatisierten Menschen, bei denen möglicherweise mehrfach massive Grenzüberschreitungen stattgefunden haben, gewinnt die Selbstfürsorge als kontinuierlicher Prozess an besonderer Bedeutung.

Trotz aller Hürden und Herausforderungen: Die Arbeit im transkulturellen Bereich ermöglicht die Erweiterung des eigenen Horizonts um neue Perspektiven. Zusätzlich erleben wir unsere Arbeit häufig über die Einzeltherapie hinaus als wirksam: Mit gestärkter psychischer Gesundheit können unsere Patient*innen Stabilität in das eigene Familiensystem bringen und das Risiko transgenerationaler Traumatisierung verringern. Unsere Arbeit im Zentrum ÜBERLEBEN ist außerdem als politische Haltung zu verstehen, mit welcher wir unsere Solidarität mit Schutzsuchenden klar zum Ausdruck bringen.



Das komplette Literaturverzeichnis finden Sie online unter www.psychotherapieaktuell.de.

DPTV-Podcast: <https://t1p.de/7836b>



Das Zentrum ÜBERLEBEN unterstützt traumatisierte Geflüchtete mittels psychotherapeutischer sowie teils fachärztlicher Behandlung, sozialer Begleitung und Angeboten zur beruflichen Qualifizierung. Sprach- und Kulturmittler*innen sorgen für die Verständigung zwischen Patient*innen und Behandler*innen.



Hannah Krunke

M. Sc., Psychologische Psychotherapeutin mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie und Zusatzqualifikation in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, seit 2019 Mitarbeiterin des Zentrum ÜBERLEBEN und von 2021 bis 2023 Vorstandsbeisitzende der BAfF e.V.



Katrin Boztepe

M. Sc., Psychologische Psychotherapeutin mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie, seit 2020 Mitarbeiterin des Zentrum ÜBERLEBEN und zusätzlich selbstständig tätig im Bereich Psychotherapie mit trans Personen.



Literaturverzeichnis

Hannah Krunke, Katrin Boztepe

Psychotherapie mit mehrfach traumatisierten Geflüchteten

Psychotherapie **Aktuell**

Ausgabe 4.2023

ISSN 1869-033

- Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e.V. (BAfF). (25.06.2023). Versorgungsberichte der BAfF. <https://www.baff-zentren.org/publikationen/versorgungsberichte-der-baff/>
- Bundeszentrale Für Politische Bildung. (23.06.2021). Glossar Migration – Integration – Flucht & Asyl. <https://www.bpb.de/kurz-knapp/lexika/glossar-migration-integration/270366/flucht/>
- Bogić, M., Njoku, A. & Priebe, S. (2015). Long-term Mental Health of War-Refugees: A Systematic Literature review. *BMC International Health and Human Rights*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12914-015-0064-9>
- Boos, A. (2014). Kognitive Verhaltenstherapie nach chronischer Traumatisierung: Ein Therapiemanual (2. Auflage). Hogrefe, Göttingen.
- Falkai, P. & Wittchen, H.-U. (2018). Kulturell gebundene Ausdrucksformen (Cultural Formulation“). In M. Döpfner, W. Gaebel, W. Maier, W. Rief, H. Saß & M. Zaudig (Hrsg) Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5® (S. 1027-1043). Hogrefe, Göttingen.
- Flory, L. (2022). Traumasensibler und empowernder Umgang mit Geflüchteten. Ein Praxisleitfaden. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer – BAfF e.V. (Hrsg.). https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2022/04/BAfF_Praxisleitfaden_Traumasensibler-Umgang-mit-Gefluechteten.pdf
- Frommberger, U., Keller, R. & Graul, J. (2023). Empfehlungen von Qualitäts- und Mindeststandards bei stationärer und teilstationärer Traumatherapie. In S. B. Gahleitner, H. Glaesmer, I. Schäfer & C. Spitzer (Hrsg.) In *Trauma & Gewalt* (17, 185). Klett-Cotta, Stuttgart.
- Grunert, B. K., Smucker, M. R., Weis, J. M. & Rusch, M. (2003). When Prolonged Exposure Fails: Adding an Imagery-Based Cognitive Restructuring Event Component in the Treatment of Industrial Accident Victims Suffering From PTSD. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10(4), 333-346.
- Keilson, H. (1979). Sequentielle Traumatisierung bei Kindern: deskriptiv-klinische und quantifizierend-statistische follow-up Untersuchung zum Schicksal der jüdischen Kriegswaisen in den Niederlanden. Psychosozial, Gießen.
- Maercker, A. (2019). Die posttraumatische Belastungsstörung. *Traumafolgestörungen* (5. Auflage, S. 15-33). Springer, Heidelberg.
- Reddemann, L., Joksimovic, L., Kaster, S. D. & Gerlach, C. (2019). Trauma ist nicht alles: Ein Mutmach-Buch für die Arbeit mit Geflüchteten. Klett-Cotta, Stuttgart.
- Schäfer, I., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, C., Lampe, A., Liebermann, P., Lotzin, A., Maercker, A., Rosner, R., Wöller, W. (2019) S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. Springer, Heidelberg.
- Sutej, I. (2018). Psychiatrische und psychotherapeutische Akutversorgung von Geflüchteten. *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie – Migration und psychische Gesundheit* (2. Auflage, S. 241-250). Urban & Fischer. <https://doi.org/10.1016/b978-3-437-24571-8.00022-8>
- UNHCR [The UN Refugee Agency]. (2023). Global Trends: Forced Displacement in 2022. UNHCR. Zugriff am 25.08.2023, von <https://www.unhcr.org/global-trends-report-2022>