

„Psychotherapie und psychiatrische
Behandlung für Geflüchtete mit
Traumafolgestörungen– wie kann eine
angemessene Versorgung gelingen?“

Dr. Silja Knolle-Veentjer

Wer kommt ins ZIP zur Behandlung?

Behandlungen in 2022

Insgesamt: 1347 Patient*innen, (633 Frauen/Mädchen und 714 Männer/Jungen)

Herkunftsländer: Irak (326), Syrien (217), Afghanistan (168) und dem Iran (87).
Ukraine (49)

Alter: ca. 50 % der über 18-jährigen Patienten waren im Alter zwischen 30 und 50 Jahren

Aufenthaltsstatus: 423 Patient*innen befanden sich im Asylverfahren, 306 Patient*innen hatten eine Aufenthaltserlaubnis, bei den übrigen Patient*innen lag der Aufenthaltsstatus nicht vor.

Mit welchen Beschwerden stellen sich die Patient:innen vor?

Symptome, die zur Anmeldung führen:

- Schlafstörungen
- Konzentrationsstörungen
- suizidale Gedanken
- Ängste
- Depressionen
- andere psychiatrische Vorerkrankungen.

Diagnosen:

- Reaktionen auf schwere Belastung (z. Bsp. PTBS), Anpassungsstörungen und somatoforme Störungen
- Affektive Störungen, insbesondere depressive Episoden

Was ist ein **Psychotrauma**?

„...kurz- oder langanhaltende Ereignisse oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung mit katastrophalem Ausmaß, die nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würden...“

Kennzeichen

- übersteigt die Verarbeitungsfähigkeit der betreffenden Person durch seine Heftigkeit, Plötzlichkeit und Unmöglichkeit der Flucht und/oder Bewältigung
- ruft einen akuten Zustand von überflutender Angst, das Gefühl ausgeliefert zu sein und Ohnmacht hervor

Schematische Einteilung traumatischer Ereignisse

	Typ-I-Trauma	Typ-II-Trauma	medizinisch bedingte Traumata
Akzidentielle Traumata	schwere Verkehrsunfälle berufsbedingte Traumata (z.B. Rettungskräfte) kurzandauernd Katastrophen (z.B. Brand)	langandauernde Naturkatastrophen (z.B. Überschwemmung)	akute lebensgefährliche Erkrankungen (z.B. kardiale Notfälle) Chronische lebensbedrohliche Erkrankungen (z.B. HIV, Malignome)
Interpersonelle Traumata (<i>man made</i>)	sexuelle Übergriffe kriminelle/ körperlich Gewalt ziviles Gewalterleben (z.B. Banküberfall)	sexuelle/ körperliche Gewalt/ Missbrauch in der Kindheit bzw. im Erwachsenenalter Kriegserleben Geiselnhaft politische Inhaftierung Folter	komplizierter Behandlungsverlauf

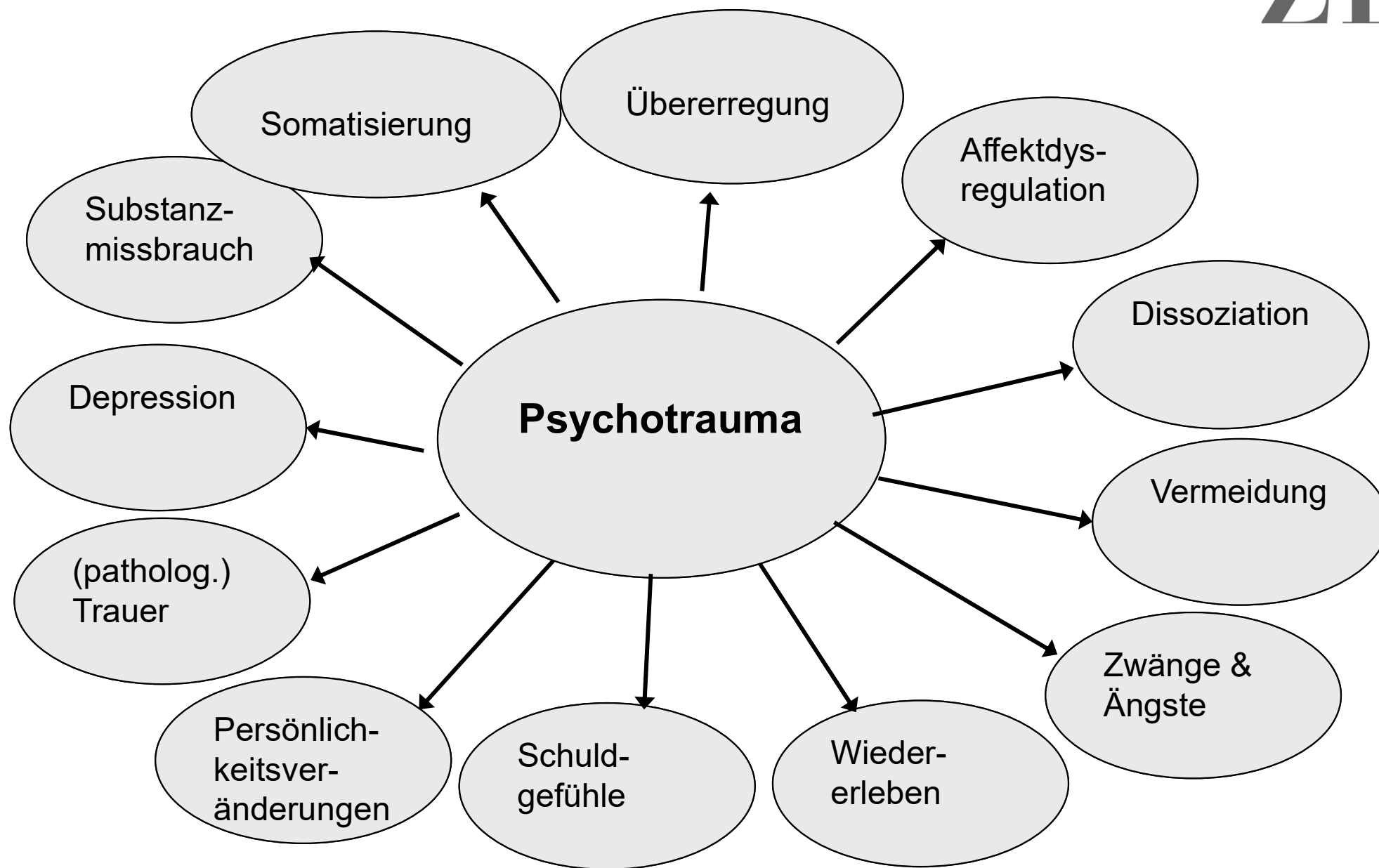


Abb. Spektrum psychopathologischer Veränderungen nach Traumatisierung (Elbert et al. 2007)

Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) nach ICD-10

A Traumatisches Ereignis: Angst, Hilflosigkeit, Entsetzen

B Intrusionen:

anhaltende Erinnerungen oder Wiedererleben der Belastung durch aufdringliche Nachhallerinnerungen, lebendige Erinnerungen, sich wiederholende Alpträume, flashbacks

C Vermeidung:

Umstände, die der Belastung ähneln, mit ihm in Verbindung stehen oder daran erinnern könnten, werden möglichst vermieden

D Hyperarousal (min. 2):

Ein-/Durchschlafstörungen, Reizbarkeit & Wutausbrüche, Konzentrationsschwierigkeiten, Hypervigilanz, Schreckhaftigkeit

E Zeitkriterium: Kriterien treten innerhalb 6 Monate nach dem Ereignis auf

F Funktionsbeeinträchtigung: soziale Beziehungen, Alltagsbewältigung, Beruf

Epidemiologie

Lebenszeitprävalenz einer PTSD nach:

- Vergewaltigung: 55,5 %
- Krieg: 38,8 %
- Sexuellem Missbrauch in der Kindheit: 21,8 %
- Waffengewaltandrohung: 17,2 %
- Unfall: 7,6 %

„Building Block Effekt“

- die Wahrscheinlichkeit an einer PTSD zu erkranken steigt mit der Anzahl unterschiedlicher erlebter Traumatisierungen.

(> 25 traum. Ereignisse → p (PTSD) ≈ 100%)

Kann ein (psycho-)traumatisiertes Gehirn vergessen?

Annahme: es bleiben lebenslang „Narben“ und somit eine erhöhte Verletzlichkeit bestehen

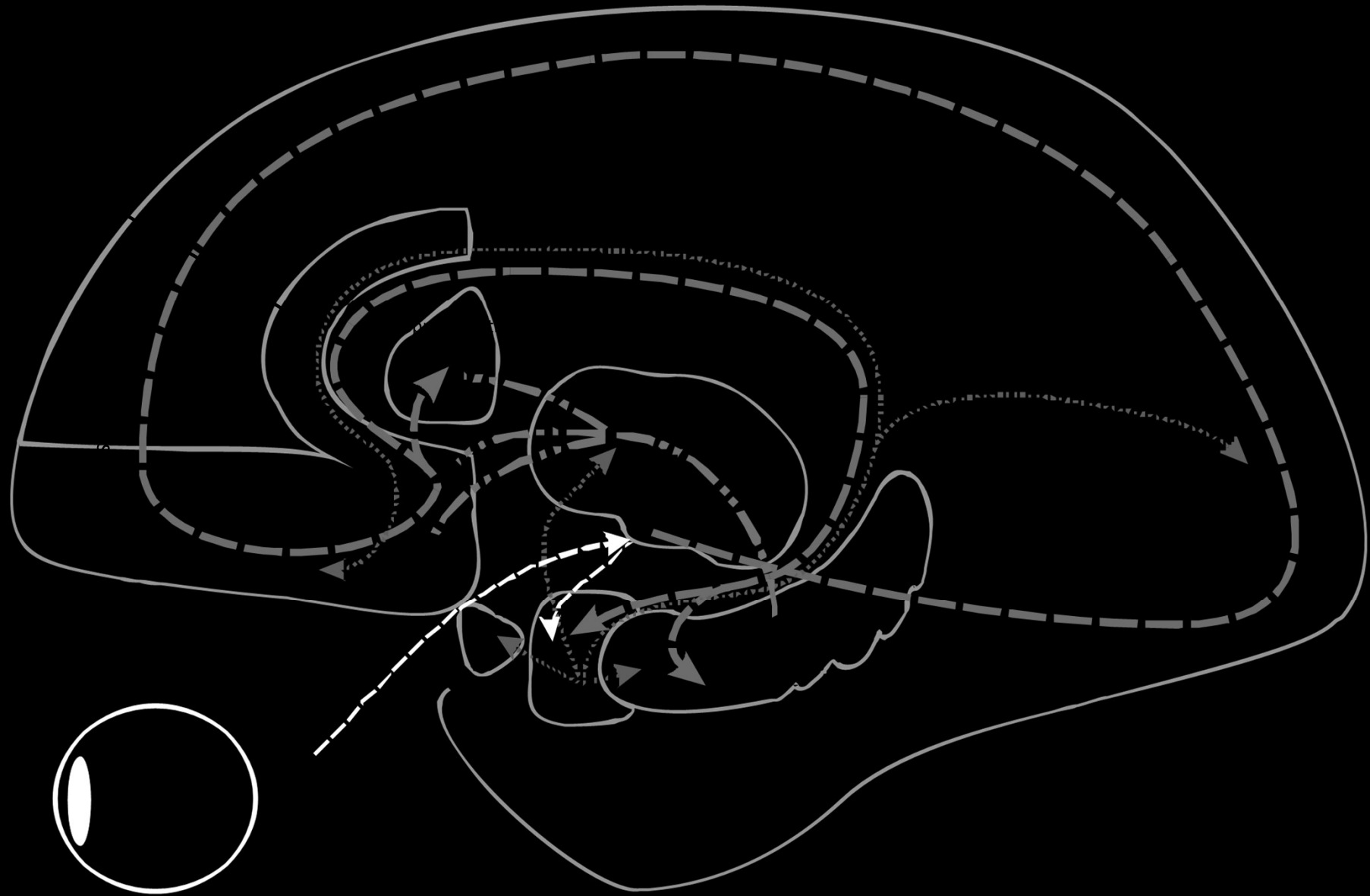
(Neuner et al. 2004, Kolassa & Elbert 2007)

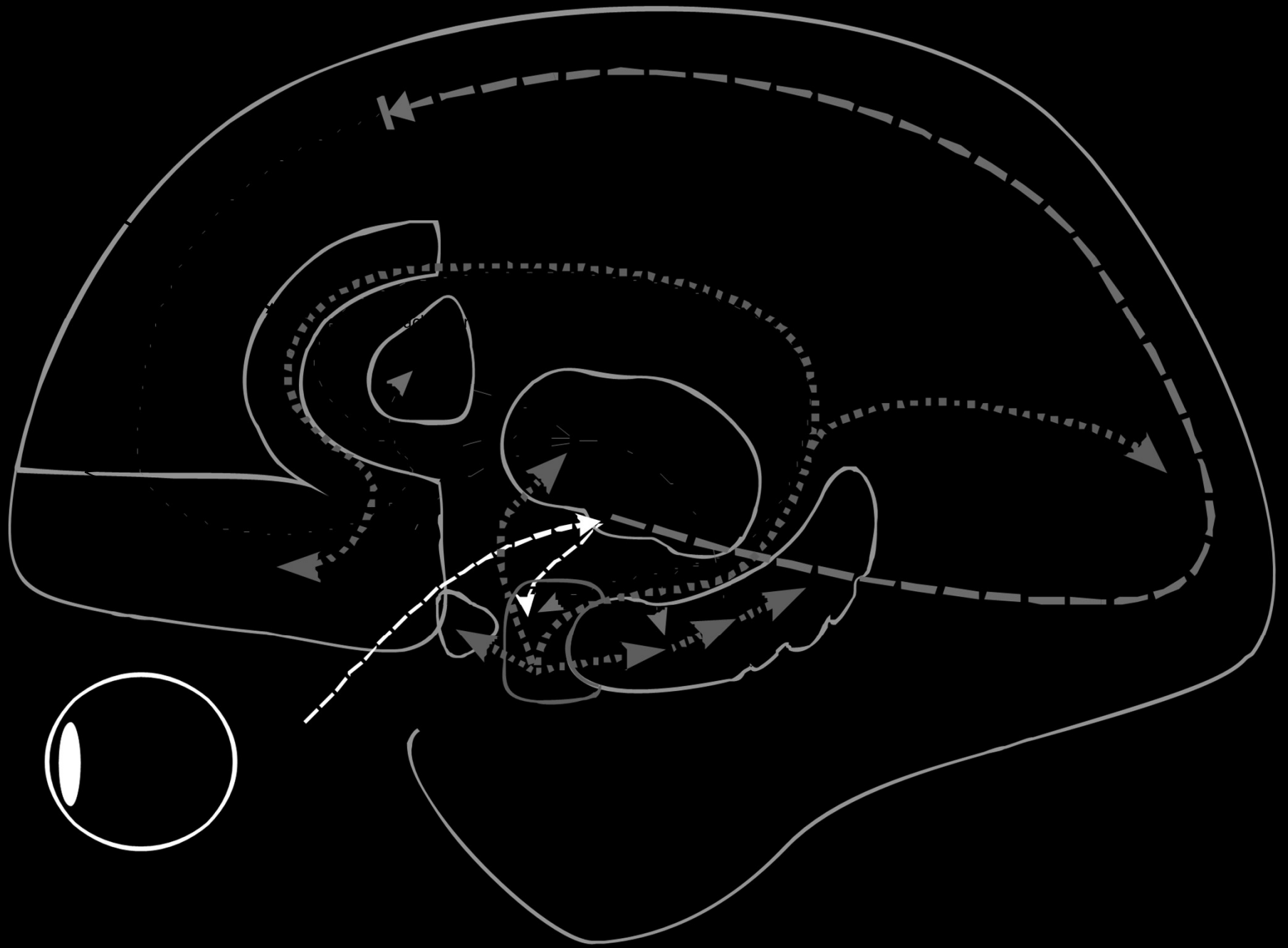
Trauma und Gedächtnis

(Neuner, Schauer & Elbert, 2009)

Deklaratives Gedächtnis (Hippocampus)
<ul style="list-style-type: none"> • Kontextverständnis • Eckdaten des Ereignisses • Einordnung in Raum & Zeit • chronologischer Bericht <p style="text-align: center;">„kalt“</p>

Nicht-deklaratives Gedächtnis (Amygdala)
<ul style="list-style-type: none"> • „Hier & Jetzt“-Qualität • sensorische, emotionale & physiologische Eindrücke • fragmentierte Inhalte • getriggert durch Hinweisreize → subj. kaum kontrollierbar <p style="text-align: center;">„heiß“</p>





Trauma und Gedächtnis

- Traumainhalte werden nicht adäquat in das deklarative Gedächtnis eingebettet
- Kontextinformationen (Raum /Zeit) nur ungenügend mit emotionalen Aspekten in Verbindung
- Beeinträchtigungen im verbalen/deklarativen Gedächtnis
- Starke assoziative Reiz-Reiz-Verbindungen und Reiz-Reaktions Verbindungen

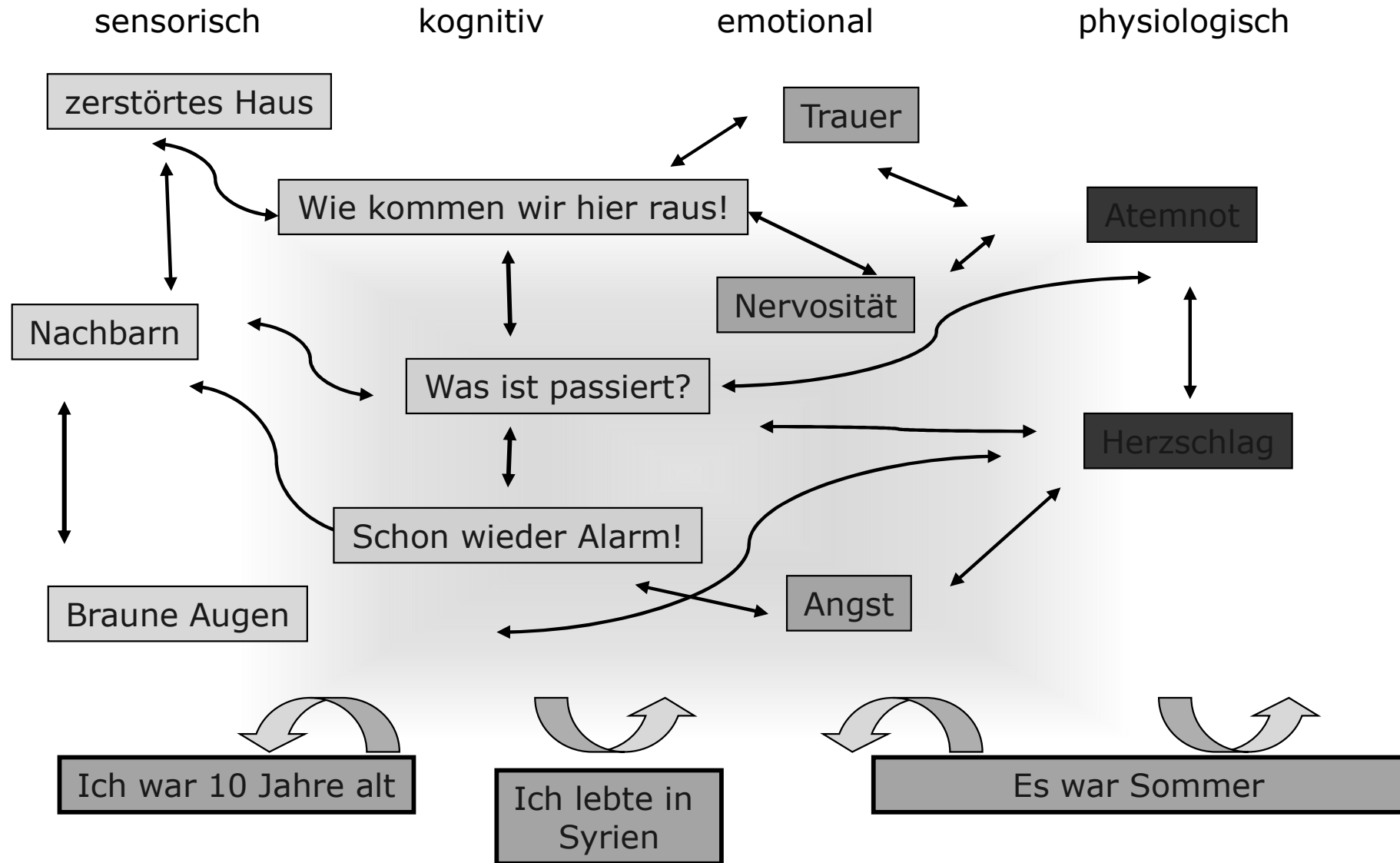
Intrusionen und Flashbacks

- sensorische Eindrücke, oft sprunghaft /fragmentiert
- Vorwiegend visuelle „Bilder“
- Eindrücke werden erlebt, als würde es wieder passieren
- Emotionen und Körperreaktionen werden mit abgerufen
- Vorkommen von „Emotionen ohne Erinnerung“
- Körpererinnerungen

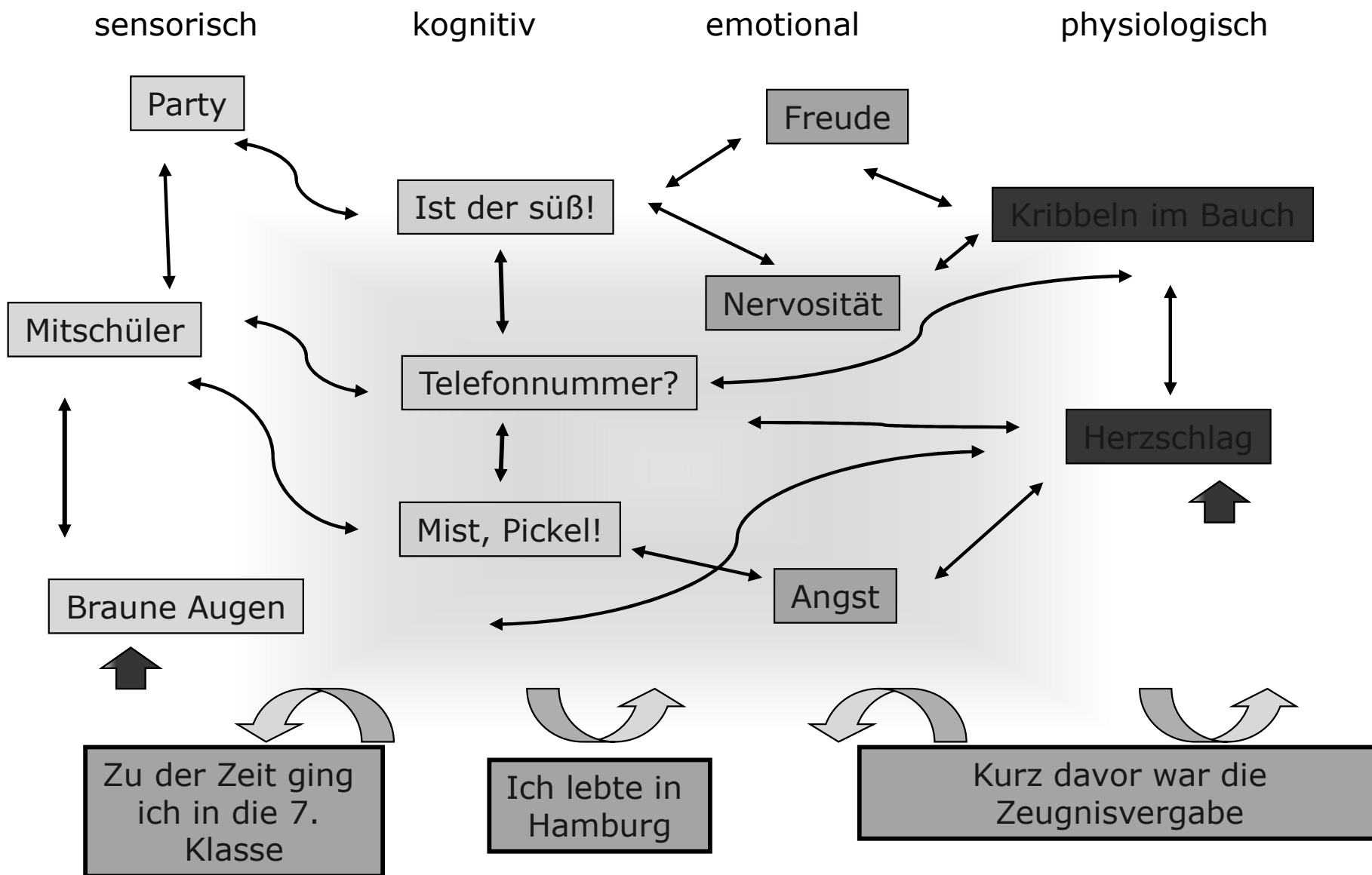
Dissoziationen

- sensorische Eingänge werden geschlossen
- Wahrnehmungsveränderungen (Zeit und Raum)
- verringertes Schmerzempfinden
- Verlust von Körperwahrnehmung
- verändertes Ich-Erleben
- Bewegungsstörungen
- Sprachhemmung

Furchtnetzwerk



Furchtnetzwerk



Trigger

- „Trigger“ sind einzelne Elemente des Furchtnetzwerkes
- Viele Elemente sind nicht spezifisch:
- Freude \Rightarrow erhöhter Puls \Rightarrow Angst
- Viele Trigger wirken unbewusst direkt über die Amygdala

Können Behörden triggern?

- Erneutes Erleben von Ohnmacht und Hilflosigkeit, Mißtrauen
- Unsicherheit bzgl. wichtiger Zukunftsfragen
- (subjektiv) erlebte Ungerechtigkeit
- Angst vor Abschiebung löst traumatische Erinnerungen aus
- Konfrontation mit Uniformen
- Anwendung von Gewalt im Zusammenhang mit Abschiebungen
- Erleben von (latentem) Rassismus

Kann eine ungünstige Wohnsituation triggern?

- Lärm
- Fehlende Privatsphäre
- Reizüberflutung
- Konflikte und Gewalt im sozialen Umfeld
- Schlafmangel
- Kulturelle Unterschiede
- Stress um knappe Ressourcen
- Hygienische Probleme

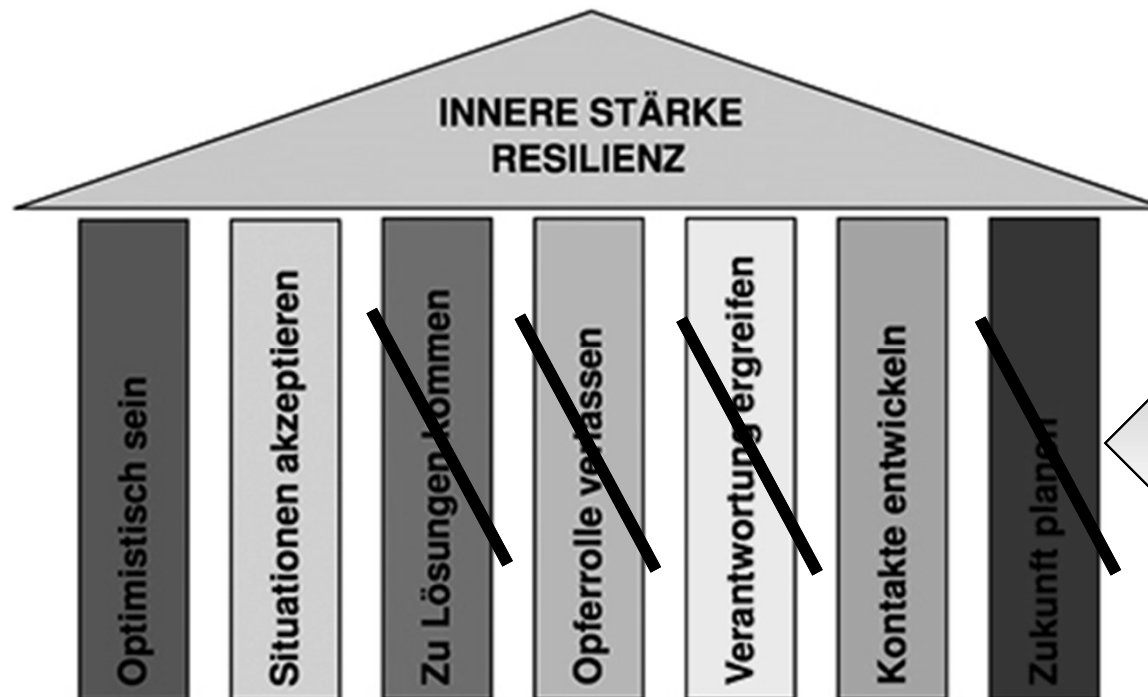
Resilienz

Resilienz = adaptive Funktionsfähigkeit

Resilienz

- in Hoch-Risiko erwartungswidrig besser abschneiden
- Widerstandsfähigkeit entwickeln oder Funktionstüchtigkeit aufrechterhalten
- sich nach einer Zeit traumatischer Erfahrungen zu erholen und normale Funktionsfähigkeit wiedererlangen

Die 7 Säulen der Resilienz



Abhängigkeit von Ämtern und Behörden kann Resilienzfaktoren ungünstig beeinflussen!

Was kann die therapeutische Versorgung unterstützen?

- Respektvoller Umgang, kultursensibler Umgang
- Validierung der subjektiven Situation
- Vermeidung von Lärm, Stress, Enge und Gewalt
- Größtmögliche Transparenz
- Regelmäßiger Austausch mit allen beteiligten Einrichtungen /Abteilungen
- Wann immer die Möglichkeit besteht: Beteiligung an Entscheidungen
- Finanzierung und Einsatz von Dolmetscher:innen
- Aufzeigen von Optionen bezüglich eigener Handlungsmöglichkeiten

Traumaambulanz Flucht und Migration

Zuweiser

(Schweigepflicht!!)

nur
Quartalskontakte
med. und
psychol.

Koordinatorin
(Aufnahmeliste)

Erstkontakt mit
Ärztin/Psycholog:in
+ Soz.Päd.

Ergo
NADA
Soz.Päd.
Quartalskontakte
Warteliste

Commitment-
Gruppen

evt.
stationäre
Aufnahme

Sofortintervention
(bis zu 10 Termine)

Keine (weitere) Behandlung notwendig

(interdisziplinäre) Behandlung

Traumaambulanz

Flucht und Migration

Projektkoordinatorin: Stefanie Thielebein

Niemannsweg 4, 24105 Kiel

Mail: stefanie.thielebein@uksh.de

Telefon: 0431/500-98077

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit!



Schleswig-Holstein
Ministerium für Soziales,
Gesundheit, Wissenschaft
und Gleichstellung