

„Umgang mit traumatisierten Menschen in der Beratung“

Würzburg, 20.-22- Februar 2018

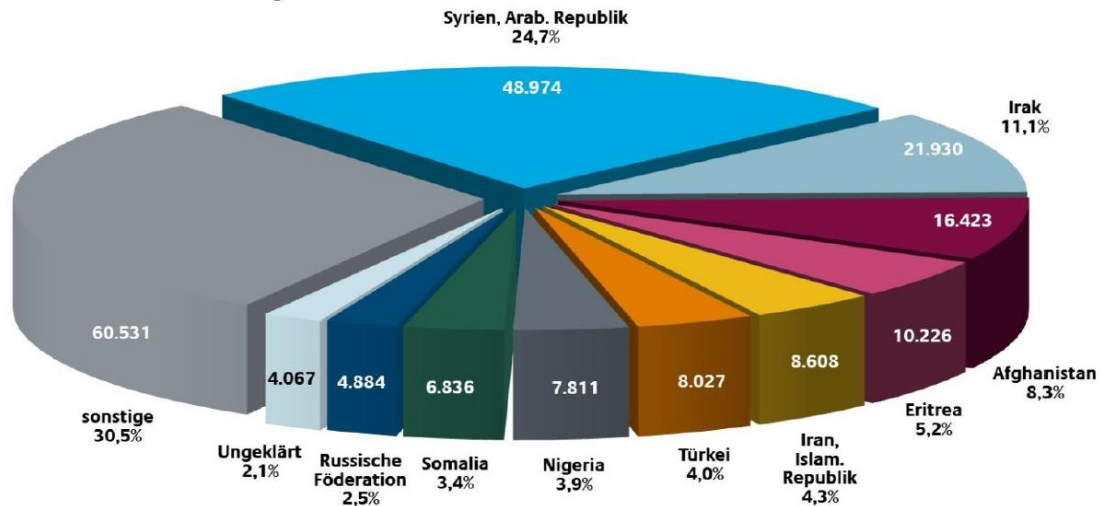
Dipl.-Psych. Hanna Küstner-Nnetu

--- Zusammenfassung ---

1) Flucht

Hauptstaatsangehörigkeiten im Zeitraum Januar - Dezember 2017

Gesamtzahl der Erstanträge: 198.317



BAMF-Statistik, Zugriff: 09.02.2018

Jahr	Flüchtlingsanerkennung	Subsidärer Schutz	Abschiebeverbot	Ablehnungen
2015	48,5	0,6	0,7	32,4
2016	36,8	22,1	3,5	25,0
2017	20,5	16,3	6,6	28,5

Angaben in %; fehlende Prozent zu 100 sind formelle Entscheidungen/Ablehnungen

BAMF-Statistik, Zugriff: 09.02.2018



Fluchtgründe: u.a. Krieg, politische Verfolgung, Verfolgung von Minoritäten, zerfallende Strukturen, wirtschaftliche Gründe, geschlechtsspezifische Gründe (z.B. Vergewaltigung, Zwangsheirat, Beschneidung), Klimawandel

Gefahren auf der Flucht: Hunger, Durst, sexuelle Übergriffe, Abhängigkeit von Schleppern, Trauer um/Trennung von Angehörigen, Gefangennahme zur Lösegelderpressung

Ankunft in Deutschland: oft Enttäuschung der Erwartungen, kaum soziale Netze, kaum Beschäftigung → häufig mehr Raum für psychische Symptomatik, da nicht mehr im Überlebensmodus wie während der Flucht

Filmtipp: „My escape“ (WDR, Elke Sasse)

Auch das Phasenmodell zu Migration nach C. Sluzki (1979; 2001) ist in der Exilphase zu beachten:

Sluzki geht davon aus, dass der Migrationsprozess in Phasen verläuft. Die „funktionelle Anpassung“ an die jeweilige Situation ist in der Vorbereitungsphase eher gut, sinkt kurzfristig vor und während des Migrationsakts (Abschied, ggf. auch Flucht – dann längere Phase und deutlichere Schwierigkeiten), nach Ankunft im Zielland kommt es zu einem Anstieg der Anpassung (Phase der Überkompensation) mit einer anschließenden Phase der Dekompensation mit deutlichem Abfall der Anpassung (häufig einhergehend mit starker Enttäuschung und Hinterfragen der Entscheidung zur Migration, dem Gefühl/ Feststellung, dass sich nicht alle Erwartungen erfüllen konnten und man sich sowohl von der eigenen Kultur entfernt hat sowie in der deutschen Kultur nicht wirklich zugehörig ist).

Anschließend kommt es zu einer Phase der generationsübergreifenden Anpassungsprozesse, mit einer erneuten Zunahme an Anpassungsfähigkeit.

Übertragen auf Gruppe der Geflüchteten:

In welcher Phase ist jemand bei mir in Beratung?

Frustration von Helfersystem oft von jeweiliger Phase abhängig bzw. durch Nicht-Verstehen der Phase: „Ich habe ihm doch jetzt einen Deutschkurs besorgt und jetzt will er nicht hin“

2) Trauma und Traumafolgestörungen

Definition von Trauma nach DSM V

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

- a) direktes Erleben des Ereignisses
- b) persönliches Erleben bei anderen Personen
- c) erfahren, dass einem nahen Familienmitglied oder enger/m FreundIn ein traumatisches Ereignis widerfahren ist
- d) die Erfahrung wiederholter oder extremer Konfrontation mit aversiven Details von einem oder mehreren traumatischen Ereignissen.

Traumata können 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).

Bei etwa 40% der Asylbewerber*innen ist eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) die Folge (Gäbel, Ruf, Schauer, Odenwald & Neuner, 2006). Eine von REFUGIO München durchgeführte Studie zeigte, dass bei 69% von 59 untersuchten UMF unter einer PTBS (nach DSM-IV-Kriterien) litten. 2015 wurde von Mall & Henningsen eine Studie mit syrischen Flüchtlingskindern durchgeführt. Danach litten 22% unter einer PTBS und weitere 16 % unter einer Anpassungsstörung.

Aber auch andere Störungen, wie z.B. Depression, Angststörungen, Substanzmissbrauch, Zwangsstörungen, Somatisierungsstörungen sind mögliche Traumafolgen.

Posttraumatische Belastungsstörung

Zu den Kriterien für eine **PTBS** gehören nach ICD-10 (Diagnosemanual der WHO; Dilling, 2011):

A	Traumatische Erfahrung: Bedrohung von außergewöhnlichem Ausmaß/ würde bei nahezu jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen
B	Nachhaltiges Wiedererleben <ul style="list-style-type: none">• Albträume• Intrusionen
C	Vermeidung/Numbing
D	Übererregung (entweder 1. oder 2.) <ol style="list-style-type: none">1) Unfähigkeit sich an wichtige Aspekte der Belastung zu erinnern2) 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)

Erklärung einiger einzelner Symptome:

Intrusionen/Flashbacks

d.h. Wiedererleben des traumatischen Ereignisses, z.B. in Alpträumen oder tagsüber in Bildern; teilweise bis zum Verlust der Realitätswahrnehmung für die Gegenwart; oft werden diese „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. Dann können die Betroffenen auch nicht mehr zwischen der Erinnerung an eine reale Gefahr und einer „gefühlten“ Bedrohung bzw. nicht tatsächlich vorhandene Bedrohung unterscheiden.

Dies liegt u.a. daran, dass während des Erleben eines Traumas die Amygdala (Mandelkerne), die ein wichtiger Teil des limbischen Systems sind, besonders aktiv ist. Die Amygdala spielt eine wichtige Rolle bei der emotionalen Bewertung und Wiedererkennung von Situationen sowie der Analyse möglicher Gefahren. In traumatischen Situationen „merkt“ sie sich möglichst „alles“ was gerade über Sinne wahrgenommen werden kann – das sind später potentielle Trigger. Auch Informationen zu Gedanken, Emotionen, Verhalten werden gespeichert.

Gleichzeitig ist der Hippocampus (u.a. zuständig für unsere Gedächtniskonsolidierung, also die Überführung von Gedächtnisinhalten aus dem Kurzzeit- in das Langzeitgedächtnis) quasi ausgeschaltet. Informationen z.B. zu Zeit/ Ort werden nicht passend gespeichert.

Es entstehen sogenannte „heiße“ (über die Amygdala gespeicherte) und „kalte“ (über den Hippocampus gespeicherte) Gedächtnisinhalte (vgl. Von Hinckeldey & Fischer, 2002). Menschen mit einer PTBS sind häufig primär die „kalten“ Inhalte zugänglich, die „heißen“ reduziert, bzw. in dem Fall besonders stark, wenn sie getriggert werden – dann hingegen geht der Zugang zu den „kalten“ Informationen verloren.

Nachhaltiges Wiedererleben (Intrusionen/ Flashbacks) können evtl. von außen so erkannt werden:

Körperliche Reaktionen

Starrer Blick	Zittern
Erstarrte Mimik	Weinen
Versteinerte Körperhaltung/hoher Muskeltonus	Weglaufen

Dissoziationen

„weg“ sein, im Rahmen von Intrusionen, aber auch so im Alltag, oft auch von Betroffenen als „Vergesslichkeit“ beschrieben. 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 sehr häufig zu Lücken im Alltag.

Hypervigilanz

Dabei handelt es sich um eine ständige körperliche Übererregung und Wachsamkeit, sozusagen eine „Hab-Acht-Stellung“, um jederzeit zur Flucht oder Verteidigung bereit zu sein. Dies kann sich z.B. durch kontinuierliches Beobachten der Umgebung und der Menschen um einen herum äußern.

Reizbarkeit

Bei Menschen mit einer PTBS ist oft die Schwelle zu Wutausbrüchen reduziert, es findet sich eine erhöhte Reizbarkeit. Häufig kann es zu einer gereizten Antwort, einem Anschreien oder ähnlichem kommen, was von den Betroffenen häufig im Rückblick selbst nur schwer verstanden wird. Oft handelt es sich um belanglose Auslöser und spiegelt nicht die normale Reaktion der Betroffenen wieder. Nicht selten sind Scham oder Meiden von Interaktionen die Folge.

Depression

Zu den Kriterien einer **mittelgradigen depressiven Episode** gehören nach ICD-10 (Dilling, 2011)

A	Dauer: min. 2 Wochen/ Keine (hypo)manen Symptome in Anamnese/ Ausschlussvorbehalt
B	min. 2 der 3 folgenden Hauptsymptome <ul style="list-style-type: none">• Depressive Stimmung• Interessen-/ Freudeverlust• Verminderter Antrieb/ gesteigerte Ermüdbarkeit
C	≥ 1 Symptome, so dass aus B + C zusammen min. 4 /5 Symptome <ul style="list-style-type: none">• Verlust von Selbstvertrauen / Selbstwert• Unbegründete Selbstvorwürfe/ Schuldgefühle• Wiederkehrende Gedanken an Tod/ suizidales Verhalten• Klagen über/ Nachweis von Konzentrations-/ Denkproblemen• Psychomotorische Agitiertheit / Hemmung (subjektiv/ objektiv)• Schlafstörungen• Appetitverlust / Appetitsteigerung + Gewichtsveränderung

3) Krankheits- und Heilungsverständnis – kultursensible Grundhaltung

- ➔ Kultur als Anpassungsleistung an den jeweiligen Lebenskontext, als fließend und veränderbar
- ➔ Häufig Überbetonung kultureller Unterschiede und Unterschätzung der Heterogenität einer Gruppe aus dem gleichen Kulturkreis
- ➔ Grundhaltung:
 - Mehrere Erklärungsmodelle haben
 - Explorieren und in Kontext setzen
 - Eigenen Lebenskontext und Vorurteile reflektieren
 - Eigene Vorstellungen und Verhaltensweisen anschaulich erklären
 - Authentisch bleiben
 - Ressourcen hinter „komischem“ Verhalten herausarbeiten
- ➔ Existenz unterschiedlicher Erklärungsmodelle für Probleme/psychische Schwierigkeiten: psychologisch meist intrapsychisch, in anderen Sichtweisen häufig von extern, z.B. Fluch

Interkulturelles Explorieren

- ➔ Grundvoraussetzung ist eine Haltung des Nichtwissens und der Neugier
- ➔ Kommunikationstechnik „Interkulturelles Pendeln“ bei Entscheidungen (Abdallah-Steinkopff, 2015):

Pendeln zwischen den verschiedenen Vorstellungen/Einstellungen in den Kulturen, beide Seiten verstehen und wertschätzen, um dann gemeinsam eine Lösung zu finden, die in Deutschland funktioniert, z.B. bei Fragen der Kindererziehung, zu vergleichen mit dem Prinzip des „Interkulturellen Explorierens“.
- ➔ Kommunikationstechnik „Interkulturelles Explorieren“ (Abdallah-Steinkopff, 2017):
 1. Explorieren der **ursprünglichen** Krankheits- und Heilungsvorstellungen des Klienten
z.B. Wie würde man die Symptome in der Heimat bezeichnen? Wo würde man in der Heimat Hilfe suchen
 2. Berücksichtigung des entsprechenden **Entstehungskontextes für kulturspezifische Vorstellungen**
 3. Ermittlung von **kulturspezifischen Tabus**
 4. Anschauliches Erklären der **westlich-psychologischen** Krankheits- und Heilungsvorstellungen durch Therapeuten
 5. Vermittlung des **entsprechenden Entstehungskontextes**
 6. Interkulturelle **übergeordnete Gemeinsamkeiten** im Heilungsprozess finden und für die Therapie nutzen

Gruppenarbeit mit fiktivem Beispiel von Familie A.

Herr A. ist vor 7 Jahren aus Nigeria über Libyen nach Deutschland geflohen. In Italien hat er seine jetzige Frau (ebenfalls aus Nigeria) kennengelernt. Er hat mit seiner Frau drei Kinder, zwei Söhne (5 und 4 Jahre alt) und eine Tochter (2 Jahre alt). Seine Frau ist aktuell im 5. Monat schwanger. Von Herrn A. wissen Sie, dass er einige Monate in Libyen gewesen sei und dort auch mehrfach für Lösegeldforderungen entführt worden sei. Er ist aufgrund einer Posttraumatischen Belastungsstörung in psychiatrischer Behandlung. Vom Rest der Familie wissen Sie wenig.

Die Familie ist bei Ihnen in der Migrationsberatung. Themen sind Wohnungssuche, Kinderbetreuung, Kommunikation mit dem Jobcenter sowie Jobsuche des Mannes. Meistens kommt der Mann alleine zu ihnen, aber vereinzelt auch mit seiner Frau und seinen Kindern.

Eines Tages ruft Frau A. Sie an und bittet darum, alleine mit Ihnen sprechen zu können. Am Telefon können Sie nicht herausfinden, worum es geht und stimmen zögerlich einem Treffen zu.

Frau A.

Frau A. ist 28 Jahre alt und kommt aus Nigeria. Sie kam mit einer älteren Frau nach Italien, die ihr dort Arbeit versprochen hat, weil sie zuhause das Älteste von 6 Kindern ist. Sie sollte helfen, den Schulbesuch für die Jüngsten zu bezahlen. Vor ihrer Abreise ist sie mit der Frau zu einem traditionellen Priester gegangen, wo sie Loyalität schwören musste. In Italien angekommen, sollte sie ihr Reisegeld durch Prostitution abbezahlen. Nach ein paar Monaten floh sie, weil sie es nicht mehr aushalten konnte. Danach habe sie ihren jetzigen Mann kennengelernt, der nichts von der Prostitution weiß. Sie schäme sich zu sehr. Seitdem lebt Sie in ständiger Angst. Auch ihre Familie in Nigeria wird bedrängt, ihre Schulden zu bezahlen. Der Priester besitzt ja noch ihr Kästchen mit Haaren und Blut. Sie weiß nicht mehr weiter, aber hofft, dass die nette Frau/der nette Mann von der Migrationsberatung ihr helfen kann, so wie sie/er auch ihrem Mann hilft. Gleichzeitig schämt Sie sich sehr, ihr /ihm alles zu erzählen. Doch gerade eben hat sie dort angerufen und um einen Termin gebeten.

Rollenspiel bzw. Gruppendiskussion mit Fokus auf Erfragung des Erklärungsmodells für die Problematik von Frau A.

Einigen Sie sich in ihrer Dreiergruppe, wer Berater*in, Frau A. und Beobachter*in ist.

Berater*in: Versuchen Sie herauszufinden, was mit Frau A. los ist. Erfragen Sie dabei besonders ihre Erklärung für ihren Zustand.

Beobachter*in: Achten Sie auf das Verhalten und die Reaktion von Berater*in und Frau A.. Was sind hilfreiche Fragen? Wo zieht sich Frau A. zurück?

4) Umgang mit einzelnen Symptomen in der Beratung

Dissoziationen

In den letzten Beratungsstunden war Herr A. sehr auffällig, sehr unruhig. Im Gespräch, es geht um die Anträge für die Kinderbetreuung, „rutscht“ er Ihnen immer wieder weg und wirkt abwesend. Sie kommen mit Ihrer eigentlichen Aufgabe deshalb kaum weiter.

Wie sorgen Sie dafür, dass Herr A. präsenter ist?

Womit könnte sein Verhalten zusammenhängen?

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

- Namen der Person nennen
- In die Hände Klatschen/ schnipsen
- Ggf. anfassen - das jedoch am besten vorher besprechen, ob ok und wenn ja, wo – möglichst weit entfernt vom Rumpf

REORIENTIERUNG

- 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

Dabei Reden in einfachen und direkten Sätzen!

WICHTIG:

- NICHTS Traumabezogenes fragen (also nicht: „was hast Du denn gerade gesehen/ erlebt...“)
- NICHT drängen, Gefühle zu benennen.

Gegenwartsbezug herstellen, wenn die Person „abdriftet“:

- Aufstehen und Bewegung
- Zum Beruhigen auf die Atmung achten (v.a. auf das Ausatmen und dieses verlängern)
- Aktivierung der Sinneswahrnehmung (Was höre ich? Was sehe ich? Was spüre ich? // Sich Abklopfen)
- Unterschiede wahrnehmen (was war damals – was ist heute anders! Wo genau bin ich gerade? Welchen Tag/ Jahr haben wir? Wer ist noch mit hier?)

Konkrete Strategien:

- *Körperlich:* aufstehen, bewegen, sich abklopfen, klatschen, fest auftreten ...

- *Sehen*: 5 grüne Dinge im Raum aufzählen; Dinge beschreiben; Licht/ Leuchtsterne für die Nacht ...
- *Hören*: Geräusche im Raum, Musik, ...
- *Riechen*: Gerüche, Düfte, scharfe Stoffe...
- *Schmecken*: Chilibonbons, Zitrone...
- *Spüren*: Igelball, Haargummi ans Handgelenk und Schnipsen, Kieselstein in die Schuhe und Laufen, Schmerzpunkt an der Hand drücken, Massagering für Finger, Cool-pack ...
- *Kognitiv*: Sudoku; Stadt-Land-Fluss; 10 Namen, die mit „A“ (...) anfangen; ...

Sich selbst beruhigen:

- Sätze zum Trost (von Eltern/ Großeltern [vorsicht, wenn Eltern verloren], aus der Bibel/ dem Koran...)
- Symbole für Sicherheit (z.B. Leuchtstern, der einen nachts erinnert, wo man ist)
- Selbstverbalisation („Ich schaffe das“, „ich bin hier sicher“)
- Entspannungsübungen

Flashback

Sie arbeiten mit Herrn A. an seinem Wohngeldantrag als vor Ihrem Fenster ein Polizeiauto mit Sirene vorbeifährt. Plötzlich springt Herr A. von seinem Stuhl auf und beginnt in Ihrem Zimmer hin- und her zu laufen. Dabei murmelt er vor sich hin und ruft auf einmal: „Nein, ihr könnt mich nicht holen. Ich bin unschuldig“.

Was tun Sie?

Besonderheit bei Flashbacks:

Gegenwart wird gar nicht mehr wahrgenommen, Gefühl wieder genau in der traumatischen Situation zu sein. Daher Aufpassen beim Rausholen, auch auf eigene Sicherheit achten, z.B. bei Körperkontakt eher vorsichtig bis komplett vermeidend (im Gegensatz zur Dissoziation, wo das nach Absprache und Ankündigung schon eher möglich ist), da Person sich evtl. sonst angegriffen fühlt bzw. handelt wie in der Situation damals → Differenzierung, auch der Person der Berater evtl. nicht mehr möglich

Vergesslichkeit/geringe Konzentrationsfähigkeit

Herr A. ist ein sehr angenehmer Mensch in der Beratung, doch es geht schleppend voran. Zu jedem Termin vergisst er die erforderlichen Unterlagen mitzubringen. Zum Termin selbst kommt er immer wieder zu spät und entschuldigt sich dafür aber sehr, er habe ihn komplett vergessen. Wenn Sie dann mit ihm arbeiten, versteht er nur sehr wenig, beklagt sich über Kopfschmerzen.

Wie gehen Sie vor?

Ursachen für Konzentrationsstörungen/ möglicher Umgang damit:

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

Umgang im Beratungsalltag:

- Wichtige Inhalte zusammenfassen, evtl. schriftlich
- Nachfragen, was verstanden wurde („Können Sie kurz wiederholen, was Sie verstanden haben?“)
- Zeitlinie zur besseren chronologischen Zuordnung
- Klare und präzise Fragen stellen und Grund des Nachfragens erklären („...damit ich Sie gut beraten kann“)
- Nicht persönlich nehmen oder Beziehung daraus ableiten

Reizbarkeit

Herr A. ist sonst ein sehr freundlicher, eher ruhiger Mann. Heute müssen Sie ihm mitteilen, dass sein Antrag auf Wohngeld nicht bewilligt wurde. Er wird laut, schreit Sie an und flucht vor sich hin.

Wie verhalten Sie sich?

Umgang damit:

- Ruhig bleiben
- Deeskalieren
- Ärger wahrnehmen, Verständnis zeigen, aber gleichzeitig Grenzen aufzeigen
- Bei Gefühl von Bedrohung, z.B. Tür auf, damit Kolleg*innen mithören, Kolleg*innen dazuholen

Schlafstörungen

Ursachen für Schlafstörungen/ 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

5) Aufbau eines Hilfenetzwerks

Diskussion häufiger Diskrepanzen und Missverständnisse bei Aufbau eines Hilfenetzwerks:

Ideen der Fachkraft, was gut für Klient*in ist vs. Vorstellung der Klient*in

Einleitung/Übergabe/Übernahme Verantwortung vs. Eigenverantwortlichkeit

Netzwerken mit TherapeutInnen

z.B. Ausbildungszentren für TherapeutInnen als mögliche Kooperationsstelle

Netzwerken mit Psychiatern (Fachärzte, die auch Medikamente verschreiben dürfen)

Oft schneller ein Termin als für Therapie, auch gut für Überbrückung falls lange Wartezeit bis Therapie; evtl. hier Psychiatrische Institutsambulanzen der Kliniken als gute Anlaufstellen/Kooperationspartner

Netzwerken mit Kliniken

Leider häufig nur kurze Aufnahmen in Krisensituationen; andere Angebote, wie z.B. Tagesklinik oder Psychosomatische Klinik oft aus Sprachgründen nicht möglich

In der Diskussion zeigt sich erneut, dass es sich bei Netzwerken viel um politische Arbeit handelt, z.B. Runde Tische zu gründen, etc.

Mögliche Anlaufstellen, um etwas zu bewegen:

- jeweilige Landespsychotherapeutenkammer
- jeweilige Landesärztekammer
- Sozialpsychiatrische Dienste bzw. Psychiatrische Krisendienste
- Ambulante Erziehungshilfen, Insofern erfahrene Fachkräfte nach §8a SGB VIII

Weitere Infostellen bzgl. Anbindung/Behandlung, etc.:

www.baff-zentren.org → Behandlungszentren für Folteropfer und Flüchtlinge - Dachverband

www.dgppn.de → Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie

www.degpt.de → Psychotraumatologie

www.kbv.de → Kassenärztliche Vereinigung Bund

www.bptk.de → Bundespsychotherapeutenkammer

www.transkulturellepsychiatrie.de → Dachverband transkulturelle Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

6) Eigen- und Fremdgefährdung

Eigengefährdung

Suizid = lat. *sui* → seiner, selbst

lat. *caedere* → erschlagen, töten, morden

= Selbstmord, Selbsttötung, Freitod

Beispiel Frau A.

Frau A. ist mal wieder mit ihrem Mann bei Ihnen in Beratung. Sie sitzt die ganze Zeit zusammengesunken und vor sich hin starrend auf ihrem Stuhl. Sie sprechen hauptsächlich mit Herrn A.. Es geht um die anstehende Verlängerung des Aufenthalts wegen Abschiebeverbot nach §60 Abs. 7, die eigentlich kein Problem darstellen sollte. Dennoch sagt Frau A.: „I don't care anymore. It is better to be dead anyway. If they want to send us back, let them do it. I will not go back alive.“

- Abklären, wie akut die Situation ist: Kontaktieren von Fachpersonal, falls es akut wirkt, gegebenenfalls Einweisung als Folge
- Evtl. mit Erlaubnis den Mann dazu befragen (Fremdanamnese)
- Negative Gefühle wahrnehmen (spiegeln), anerkennen (validieren) und zulassen
- Gleichzeitig aufklären und realistische Hoffnung setzen, z.B. bzgl. des Aufenthalts
- Weitere Anbindung klären; Was braucht sie und will sie?
- Weiterverweisen, z.B. mit Mann zu Psychiater oder in Klinik schicken für Termin zur weiteren Abklärung

Theorie und Diagnostik Suizidalität

Präsuizidales Phänomen (Ringel, 1953)

- **Einengung:** Situation, Beziehung, Dynamik, Werte; Einengung in der Vorstellung, aber in der Folge dann auch oft in der Realität
 - **Auf sich selbst/nach innen gerichtete Aggression:** Wut auf sich, sich selbst beschuldigen (Stau, Umkehr)
 - **Suizidphantasien** (aktiv herbeigeholt, sich passiv aufdrängend)
- Gegenseitige Verstärkung (Teufelskreis)

Stadien suizidaler Entwicklung nach Pöldinger (1968)

Erwägungsstadium:

- „Soll ich mich umbringen?“
- Geben Hinweise, Appelle

Ambivalenzstadium:

- Wird immer schwerer sich von Gedanken zu distanzieren
- Häufig Suizidimpulse

Entschlusstadium:

- Konkrete Suizidvorbereitungen; „Ruhe vor dem Sturm“

„Ruhe vor dem Sturm“

- Person scheint deutlich gebessert, teilweise sogar wieder glücklicher

- Oft steckt dahinter der gefällte Entschluss, sich das Leben tatsächlich zu nehmen; 3. Stufe nach Pöldinger
- Wichtig, gut abzuklären, ob tatsächliche Verbesserung oder schon ein mentales Ausscheiden aus dem Leben

Motive für Suizidalität (beispielhaft)

- Wunsch nach Ruhe, „dann habe ich keine Probleme mehr“; Erschöpfung, Überforderung, „dann muss ich es in diesem Camp nicht mehr aushalten
- Senden eines Appells, dass sich etwas verändern soll, z.B. „das Bundesamt wird schon sehen, was es davon hat“, „dann geben sie mir vielleicht einen Aufenthalt“
- Aggression gegen andere, anderen Leid zufügen wollen durch den eigenen Tod, „Mein Mann ist schuld, dass wir fliehen mussten“
- Aggression gegen sich selbst, „Ich habe so viel Leid über meine Familie gebracht“, Schuld, Scham, die nicht anders zu bewältigen scheint

Diagnostik

- Immer weitere Person/Experten hinzuziehen
- Direkt nachfragen, präzise und detailliert - man gibt keine neuen Ideen durchs Nachfragen
- IMMER ernst nehmen
- Exploration auch von äußeren Faktoren, z.B. Lebenssituation, Familiensituation
- Bestimmte Verhaltensweise können Hinweis für Suizidwünsche sein, z.B. Erstellen eines Testaments, Verkaufen eines wichtigen Besitzes
- Migrationsaspekte/kulturelle Aspekte beachten

Einschätzung der Gefährdung

(nach Eink & Haltenhaf, 2016)

- Je mehr Vorbereitung und je weniger Distanzierung,...
- Je höher die Verstrickung in die suizidale Krise,...
- Je weniger Leute eingeweiht sind,...
- Je mehr die Zeit nach dem Tod vorbereitet wird,...
- Je mehr ein Entdeckt werden bzw. mögliche Rettungsmaßnahmen verhindert werden,...
- Je größer die Hoffnungslosigkeit und die Einschränkungen,...
- Je höher die Anzahl von Risikomerkmale,...
- Je geringer die Bereitschaft Hilfe anzunehmen,...
- Je geringer die Bündnisfähigkeit,...
- Je geringer die Ressourcen und die verfügbaren Hilfen,...

... desto höher das Risiko für einen Suizidversuch

Wichtige rechtliche Hintergründe, die zu beachten sind:

- Berufliche Schweigepflicht: § 203 StGB Verletzung von Privatgeheimnissen
- Offenbarungsbefugnisse/-pflichten: § 138 StGB
- Rechtfertigender Notstand: § 34 StGB
- Verhinderungs- und Rettungspflicht
- Unterlassene Hilfeleistung: § 323c StGB

Hier Verweis an Broschüre zum Datenschutz vom Paritätischen Gesamtverband; im Zweifel immer mit Kolleg*innen absprechen und evtl. rechtliche Beratung in Anspruch nehmen

Wichtige Adressen:

- Psychiatrische Krisendienste
- Sozialpsychiatrische Dienste
- Notfallambulanzen an psychiatrischen Kliniken
- Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS): <http://www.suizidprophylaxe.de>

Hilfen am Telefon

- Telefonseelsorge - Der Anruf ist kostenlos und anonym.
0800 111 0 111 (Angebot der evangelischen Kirchen)
0800 111 0 222 (Angebot der katholischen Kirche)
- Muslimisches Seelsorgetelefon, 24 Stunden täglich, dienstags auch auf Türkisch
030 44 3509 821
- Nummer gegen Kummer, Mo - Sa 14 - 20 Uhr, in Deutschland kostenlos, der Anruf erscheint nicht auf der Telefonrechnung, Anonymität möglich
0800 111 0 333
mobil 116 111

Hilfen im Netz

- U-25 Online Suizidprävention www.u25-deutschland.de/
ist ein Online-Beratungsangebot für suizidgefährdete Jugendliche. Sie werden von speziell ausgebildeten Gleichaltrigen („Peers“) beraten.
- neuhland – Einzel-Chat www.neuhland.beranet.info
Der Verein neuhland bietet Online-Beratungstermine für Jugendliche und junge Erwachsene an. Du kannst Dich online mit einem Ansprechpartner vom Team zum Einzel-Chat verabreden.
- Youth-Life-Line www.youth-life-line.de
Online-Beratung von geschulten Jugendlichen für Jugendliche in Krisen. Komplette anonym. Das Youth-Life-Team antwortet auf die erste Mail innerhalb von drei Tagen

Fremdgefährdung

Fremdgefährdung: direkte oder indirekte Androhung von Gewalt gegen andere, z.B. „Ich bringe Deutsche um“

- in Form von einzelnen Übergriffen
- in Form von größeren Anschlägen
- in Form von Übergriffen in der Beratungssituation

Erweiterter Suizid: Selbsttötung plus Tötung anderer, v.a. Familienmitglieder, z.B. Mutter und ihre Kinder

Fremdgefährdung durch Radikalisierung – wichtiges Thema für erneuten Workshop mit Sicherheitskonzepten

Auch hier wie bei Suizid genauer nachfragen und dann mit Kolleg*innen absprechen und sich rechtlich beraten lassen

Wichtige Infostellen bzgl. Radikalisierung und Fremdgefährdung:

- Beratungsstellen Radikalisierung, z.B. BAMF
- Beratungsstelle HAYAT in Berlin (Montag – Freitag von 11.00 – 15.00 Uhr, 0157-71359963 oder 030 / 2348 93 35)
- <http://www.ufuq.de/>
- <http://www.violence-prevention-network.de/de/>
→ Beratung im Themenfeld Geflüchtete
- <http://www.antworten-auf-salafismus.de/>

7) Selbstfürsorge

Einzel-Reflektion:

- Woran merke ich, dass ich unter Stress stehe?
- Was mache ich aktuell, um mit Stress umzugehen?
- Was hilft mir dabei, komplett abzuschalten?
- Was hat mir früher geholfen, was ich jetzt nicht mehr mache?
- Was tue ich für meine Gesundheit?
- Welche Rituale habe ich für meine eigene Selbstfürsorge?

Wichtig bei der Arbeit mit (traumatisierten) Geflüchteten ist eine gute Selbstfürsorge, z.B. durch:

- Regelmäßiger Austausch mit erfahrenen KollegInnen und Supervision
- Achtsamkeit gegenüber Frühwarnzeichen
- die eigene psychische Stabilität erhöhen – Fähigkeiten zur Abgrenzung stärken
- Eigene Verletzlichkeit durch das berichtete Leid nicht bagatellisieren
- Während der Beratungssituation auf eigene Körperreaktion achten
- die eigene Motivation für die Arbeit klären
- Arbeitsstruktur, Zeitmanagement sinnvoll planen (Pausen, um Abstand zu gewinnen)

Achtung: Balance halten zwischen Identifikation mit den Personen und Distanzierung. Beide Extreme führen zu psychischer Belastung: „Empathie-Vermeidungs-Wippe“.

Gruppen- Reflektion:

- Welche Möglichkeiten für Selbstfürsorge gibt es an meinem Arbeitsplatz?
- Wo brauche ich noch mehr Möglichkeiten/Angebote, um mich ruhiger/entspannter zu fühlen?
- Was kann ich selbst dazu beitragen?
- Wo muss ich betrieblich etwas einfordern? Wie kann das aussehen?

Quellen

- Abdallah-Steinkopff, B. (2015). *Kultursensible Elternberatung bei Flüchtlingsfamilien*. Zeitschrift für Systemische Therapie und Beratung; Jg. 33 (3):109-117.
- Abdallah-Steinkopff, B. (2017a). *Psychotherapeutische Behandlung von Flüchtlingen*. In: Liedl, A., Böttche, M., Abdallah-Steinkopff, B., Knaevelsrud, C. (2017). *Psychotherapie mit Flüchtlingen*. Stuttgart: Schattauer, 71-89.
- American Psychiatric Association (APA, 2013): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th.ed.)*, DSM-V. Washington DC: APA.
- BAMF (2018). *Asylzahlen 2017*. Zugriff unter:
<http://www.bamf.de/DE/Infothek/Statistiken/Asylzahlen/asylzahlen-node.html>.
- Dilling, H. (2011). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F); klinisch-diagnostische Leitlinien (8., überarb. Aufl. unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM 2011.)*. Bern: Huber.
- Eink, M. & Haltenhaf, H. (2016). *Umgang mit suizidgefährdeten Menschen*. Psychiatrie Verlag.
- Gäbel, U., Ruf, M., Schauer, M., Odenwald, M., Neuner, F. (2006). *Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und Möglichkeiten der Ermittlung in der Asylverfahrenspraxis*. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie (2006), 35, pp. 12-20.
- Giernalczyk, Thomas (2003). *Lebensmüde – Hilfe bei Suizidgefährdung*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Mall, V. & Hennigsen, P. (2015). *Studie in Erstaufnahmeeinrichtung: viele Kinder mit Belastungsstörungen*. Abrufbar unter: <http://www.mri.tum.de/node/3407>.
- Pöldinger, W. (1968). *Die Abschätzung der Suizidalität*. Bern: Huber-Verlag.
- Ringel, E. (1953). *Der Selbstmord*. Wien, Maudrich.
- Sluzki, C. E. (2001). *Psychologische Phasen der Migration und ihre Auswirkungen*. In: Hegemann T.H., Salman R. (Hrsg.) *Transkulturelle Psychiatrie (S 101-115)*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Von Hinckeldey, S. & Fischer, G. (2002): *Psychotraumatologie der Gedächtnisleistung. Diagnostik, Begutachtung und Therapie traumatischer Erinnerungen*. München: Ernst Reinhard Verlag.