

Ambulatorium SRK für Folter- und Kriegsoffer

«Es ist wichtig, Inseln der Sicherheit zu ermöglichen»



Silvan Holzer ist Kinder- und Jugendpsychotherapeut mit zusätzlicher Weiterbildung in Psychodynamisch-Imaginativer Traumatherapie und Kinderpsychotraumatologie. Seit sechs Jahren arbeitet er im Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer SRK in Bern.

Brauchen geflüchtete Kinder und Jugendliche Unterstützung zur Bewältigung ihrer oftmals komplexen traumatischen Lebenserfahrungen, finden sie im Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer des Schweizerischen Roten Kreuzes (SRK) in Bern psychotherapeutische Hilfe. Der Psychotherapeut und auf Traumafolgestörungen bei Kindern und Jugendlichen spezialisierte Silvan Holzer arbeitet seit sechs Jahren im Ambulatorium.

punktum.: *Im Ambulatorium des Schweizerischen Roten Kreuzes für Folter- und Kriegsoffer in Bern werden auch traumatisierte Flüchtlingskinder und -jugendliche behandelt. Seit wann gibt es dieses Angebot?*

Silvan Holzer: Das Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer SRK stellt seit 24 Jahren traumatisierten Menschen ein ambulantes interprofessionelles Therapieangebot zur Verfügung. Die Zielgruppe umfasste zu Beginn hauptsächlich Erwachsene. Belastungen der Kinder und Jugendlichen konnten im Rahmen von Familiengesprächen erkannt und angegangen werden. Ab 2004 wurde traumatisierten geflüch-

teten Kindern und Jugendlichen institutionsübergreifend eine traumafokussierte Kinderpsychotherapiegruppe angeboten. Dieses Therapieangebot fiel bedauerlicherweise nach wenigen Jahren in einen Dornröschenschlaf. Schliesslich wurde 2012 entschieden, ein spezifisches Abklärungs- und Behandlungsangebot für potenziell traumatisierte Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund zu etablieren. Dieses konnte bis heute in kleinen nachhaltigen Schritten personell ausgebaut und inhaltlich erweitert werden. Aktuell umfasst unser Therapieangebot im Ambulatorium SRK neben der individuellen Behandlung von Traumafolgestörungen in Kombination mit Sozialberatung auch wieder Gruppenangebote.

Was ist der Vorteil von diesen Angeboten?

Dadurch können zusätzlich vulnerable junge geflüchtete Menschen erreicht werden. So konnten in den vergangenen zwei Jahren beispielweise zusätzlich über 120 belastete junge Geflüchtete in verschiedenen sozialen Kontexten durch ein aufsuchendes Gruppenangebot für den Umgang und die Bewältigung von Stresserleben sensibilisiert werden. Zudem können werden Eltern an einer Gruppe teilnehmen, die sich auf die Herausforderungen im Zusammenhang mit dem Säugling, elterlichen Traumata und der Bindungsentwicklung fokussiert sowie das Ziel verfolgt, Eltern auch für potenzielle Triggersituationen zu sensibilisieren. Erfreulich ist ferner, dass wir ab diesem Herbst wieder eine traumafokussierte Kinderpsychotherapiegruppe anbieten können.

Wie viele Minderjährige werden jährlich therapiert?

Studien mit geflüchteten Kindern zeigen, dass je nach Studie zwischen 19 und 54 Prozent die Kriterien für eine posttraumatische Belastungsstörung erfüllen und eine hohe Komorbidität mit affektiven Störungen besteht. Wenn man referiert, dass die Angaben zur Lebenszeitprävalenz der posttraumatischen Belastungsstörung im Jugendalter in Abhängigkeit der un-

tersuchten Population zwischen 1,3 und 9,2 Prozent schwankt, ist offensichtlich, dass geflüchtete Kinder und Jugendliche signifikant vulnerabler sind und Unterstützung zur Bewältigung der oftmals sequentiellen und komplexen traumatischen Lebenserfahrungen sinnvoll ist. Wir können diesbezüglich zurzeit rund 30 Therapieplätze für traumafokussierte Einzelpsychotherapien mit Einbezug des Familiensystems anbieten sowie die erwähnten zusätzlichen Unterstützungsangebote durch psychoedukative und therapeutische Gruppen. Wir sind bemüht, kontinuierlich mehr Kindern und Jugendlichen ein Behandlungsangebot anbieten zu können. Bedauerlicherweise ist davon auszugehen, dass die Nachfrage in unterschiedlich starkem Ausmass weiterhin unsere Kapazitäten überschreiten wird.

Mit welchen Therapiemethoden werden die Kinder und Jugendlichen behandelt?

Wiederkehrend belegen Studien, dass der grösste Wirkfaktor der Psychotherapie die interpersonelle Beziehung zwischen Therapeutin bzw. Therapeut und Patientin bzw. Patient darstellt. Meine klinische Erfahrung mit minderjährigen traumatisierten Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund zeigt, dass diese PatientInnen von einer humanistischen Grundhaltung mit bedingungsloser Wertschätzung, Kongruenz und Empathie profitieren können. Neben der Beziehung und evidenzbasierten traumafokussierten Therapietechniken sind Interesse und Wissen bezüglich Migration sowie eine transkulturelle Neugier und Offenheit hilfreich.

Mit welchen besonderen Herausforderungen sind die TherapeutInnen konfrontiert?

Unsere PatientInnen sind aufgrund interpersoneller Traumata misstrauisch gegenüber Menschen aus dem Medizinalwesen. Dies führt teilweise zu intensiven Beziehungstests bezüglich Verlässlichkeit, Kongruenz und Stabilität der Therapeutin bzw. des Therapeuten, bevor sie sich uns anver-

Ambulatorium SRK für Folter- und Kriegsopfer

trauen. Sie erwarten oder provozieren unbewusst selbsterfüllende Prognosen mit Selbstentwertung, Zurückweisung und Ablehnung, weil negative Vorerfahrungen oft dazu geführt haben, dass diese Kinder und Jugendlichen glauben, selber schuld, nicht lebenswürdig oder minderwertig zu sein. Abhängig von der Komplexität der Traumafolgestörung sind entsprechend viel Zeit und viel Geduld nötig, damit Vertrauen zu sich, der Therapeutin bzw. dem Therapeuten und der Umwelt wiedergefunden und wachsen kann.

Traumafokussierte Interventionen und Therapietechniken sind im transkulturellen Kontext auf der Basis einer tragfähigen Beziehung wirksamer, wenn beidseitiges Verstehen im Zentrum steht. Einerseits geht es darum, dass Ätiologie, Pathogenese, Leidensdruck und Heilung/Therapieziele aus fachlicher sowie individueller/familiärer Perspektive nachvollziehbar und verstehbar und gemeinsam Ziele der Behandlung formuliert werden. Zu deren Erreichung setzt dann die Therapeutin bzw. der Therapeut im Einverständnis mit den PatientInnen evidenzbasierte traumafokussierte Therapietechniken ein. Gegebenenfalls macht es Sinn, auch transkulturelle Lösungsstrategien zu berücksichtigen. Ein «Gin» (Geist) kann beispielsweise abhängig vom soziokulturellen Kontext aus verschiedenen Perspektiven verstanden und behandelt werden. Warum sollen nicht auch lebensweltliche und religiöse Ideen sorgfältig geprüft und nach bestem Wissen und Gewissen in die Behandlung einbezogen werden, wenn Aussicht auf Heilung oder Linderung des Leidensdrucks besteht?

Verfügen die behandelnden PsychotherapeutInnen über spezifische Weiterbildungen im Bereich Traumatherapie?

Alle Mitarbeitenden des Ambulatoriums SRK sind spezialisiert auf die Behandlung von Traumafolgestörungen von Kindern und Jugendlichen und befinden sich in kontinuierlichen internen und externen Weiterbildungen und Supervision.

Wie gestaltet sich die der Prozess der Traumatherapie mit den betroffenen PatientInnen? Welche Ziele hat die Behandlung?

Wird aufgrund der diagnostischen Abklärungsphase die Indikation für eine traumafokussierte Behandlung gestellt und ein gemeinsames Therapieziel erarbeitet, orientieren wir uns am klassischen Phasenablauf: Stabilisierung, Traumaverarbeitung und Integration. Da unsere PatientInnen nicht selten komplextraumatisiert sind und hohe postmigratorische Belastungen aufweisen, benötigt bei uns die Phase der Stabilisierung oft mehr Zeit. Wir fokussieren dabei auf eine soziale, körperliche und emotionale Stabilisierung, dies bedeutet ein sicheres und möglichst stabiles Umfeld, eine Abklärung von ungeklärten oder akuten Körperschmerzen, kein akuter Schlafmangel und keine akute Suizidalität bzw. keine Panikreaktionen oder massive dissoziative Symptome bei Traumastimuli.

Von Beginn an ist eine ausführliche und wiederholte Psychoedukation zur Störung und zum Zusammenhang der Symptome mit allen Familienmitgliedern und dem sozialen Umfeld zentral, mit dem Ziel der Normalisierung und Verstehbarkeit. Dies in Kombination mit wiederholt besprochenen und geübten Stabilisierungstechniken zu Distanzierung und Flashback-Kontrolle, Reorientierung und Affektregulation.

Dass bei fast jedem dritten Patienten bzw. jeder dritten Patientin das Asylverfahren hängig ist und damit verbunden für die ganze Familie Unsicherheiten und Zukunftsängste sowie behördliche Einschränkungen bestehen, hat direkten und unmittelbaren Einfluss auf die Stabilisierung der PatientInnen und den ganzen Verlauf der traumafokussierten Behandlung. Entsprechend müssen bei der Behandlung von Traumafolgestörungen mit MigrantInnen die aktuelle Lebenssituation und damit verbundene postmigratorische Stressfaktoren berücksichtigt werden. Durch fehlende Sicherheit im physischen, psychischen und sozialen Sinne ist eine konfrontative Technik oft ineffizient.

Neben dem traumafokussierten Verarbeitungsprozess stellt uns aus klinischer Sicht die psychodiagnostische Abklärungsphase vor gewisse Herausforderungen. Wir stellen für eine fundierte Diagnosestellung und die Behandlungsplanung persönliche und intime Fragen, die transkulturell andere Bedeutungen haben können, irritierend und subjektiv verletzend sein können oder gar einen Tabubruch darstellen.

Wird, wenn möglich, auch systemisch mit der ganzen Familie gearbeitet?

Bei minderjährigen geflüchteten Kindern sollte man aus systemischer Perspektive ein besonderes Augenmerk auf mögliche Traumatisierungen der Eltern haben. Bekannterweise ist eine psychische Erkrankung eines oder beider Elternteile der grösste Risikofaktor für eine psychische Erkrankung des Kindes. Wenn Eltern ihre Leuchtturm-Funktion für ihre kleinen Seefahrer nicht mehr wahrnehmen können, weil sie emotional nicht mehr ansprechbar sind, keine Sicherheit mehr vermitteln können oder chronisch reizbar, impulsiv oder gewalttätig reagieren, geraten die kleinen Seefahrer in akute Seenot oder verlassen den Hafen gar nicht mehr. Deshalb sollte in individuell zu klärendem und sinnvoll erscheinendem Masse wenn immer möglich mit verfügbaren Elternteilen, Familiensystemen oder den aktuellen sozialen Bezugspersonen der Kinder und Jugendlichen eng und vernetzt gearbeitet werden. Zu bedenken sind dabei immer Bildungsstand, transkultureller Kontext und die Familienstruktur.

Die enge Zusammenarbeit involvierter HelferInnen dient dazu, ein gemeinsames Verständnis der Störung der Patientin bzw. des Patienten und damit zusammenhängende sozial-emotionale und kognitive Defizite sowie Verhaltensauffälligkeiten verstehbar zu machen. Denn letzten Endes hat jedes Verhalten, das wir bei einem Kind beobachten, einen guten Grund, auch wenn es (noch) nicht verstehbar ist. Die Erfahrung zeigt auch, dass traumatisierte Kinder und Jugendliche starke Übertragungs- und Ge-

Ambulatorium SRK für Folter- und Kriegsopfer

genübertragungsphänomene auslösen und Spaltungen im Helfersystem auftreten können. Dies kann für das helfende Umfeld sehr herausfordernd und belastend sein.

Können Sie Beispiele von traumatischen Ereignissen, welche geflüchtete Kinder erleben mussten, nennen? Traumatische Ereignisse im Kinder- und Jugendbereich können sehr vielfältig sein. Im klinischen Alltag hören wir Lebensgeschichten, die nachdenklich stimmen, demütig und dankbar werden lassen, aber auch das Weltbild und die Wahrnehmung verändern. Es gibt aber auch humorvolle, lustige Momente trotz aller Dramatik. Einen solchen möchte ich kurz skizzieren: Die Eltern der siebenjährigen Fidan (Name geändert) erzählen im Erstgespräch, wie die Familie unter lebensbedrohlichen Umständen aus einer belagerten Stadt flüchten musste. Der einzig passierbare Weg war eine stark umkämpfte Strasse. Unter heftigem Beschuss und mit dem Wissen um Scharfschützen rannte die Familie um ihr Leben. Wie durch ein Wunder überlebten alle dieses Schreckensszenario. Für die Eltern war dieses Ereignis zweifellos traumatisch. Im Gespräch mit Fidan zeigte sich, dass sie sich sehr wohl an diese Situation erinnerte, aber eine ganz andere emotionale Bedeutungszuschreibung besteht. Sie erzählte, wie sich alle sehr lustig und ungeniert in geduckter Körperhaltung bewegt hätten. Sie habe sich dabei an bekannte Comicfiguren erinnert. Dabei konnte sie herzlich lachen.

Wie lange dauert eine Behandlung bei den betroffenen Kindern im Ambulatorium etwa? Und wie sieht die Nachbetreuung aus?

Nach einem traumatischen Ereignis resultiert nicht zwingend eine Stressverarbeitungsstörung im Sinne einer posttraumatischen Belastungsstörung oder einer anderen Traumafolgestörung. Die organismischen Reaktionen auf traumatische Erfahrungen sind grundsätzlich zuerst einmal normale menschliche Reaktionen auf aussergewöhnlich belastende Lebens-

ereignisse. Problematisch und behandlungsbedürftig sind anhaltende heftige Reaktionen, welche die Entwicklung der Kinder beeinträchtigen oder blockieren. Bei uns im Ambulatorium SRK sehen und behandeln wir vor allem Kinder und Jugendliche mit Komplextraumatisierungen. Dies sind in der Regel eher Langzeitinterventionen. Dabei stellen die traumafokussierte Verarbeitung und die Integration traumatischer Lebensereignisse eine zentrale Therapieprozessphase dar.

Müssen manche der traumatisierten, geflüchteten Kinder und Jugendlichen stationär behandelt werden? Was sind die Gründe dafür?

Wenn traumatisierte junge Menschen sich nicht ohne interkulturelle Dolmetschende verständigen können, versuchen wir wenn immer möglich von einer psychiatrischen Hospitalisation abzusehen, da dies nicht zuletzt auch aus Verständigungsgründen retraumatisierend sein kann. Erfreulicherweise erleben wir zurzeit selten, dass wir die Unterstützung stationärer kinderpsychiatrischer Einrichtungen beanspruchen müssen.

Vor allem wenn PatientInnen selbst- und/oder fremdgefährdend sind und sich nicht mehr glaubwürdig von suizidalen Gedanken oder aggressiven destruktiven Handlungsabsichten distanzieren können bzw. nicht mehr absprachefähig sind, kann aus fürsorglicher Sicht eine stationäre Behandlung nötig sein. Gerade bei unbegleiteten minderjährigen Jugendlichen können sich Krisen akut manifestieren und kurzzeitige Hospitalisierungen stabilisierend wirken.

Arbeiten Sie mit DolmetscherInnen oder KulturvermittlerInnen zusammen? Wenn ja, wie gestaltet sich diese Zusammenarbeit?

50 bis 75 Prozent der Sitzungen im Kinder- und Jugendbereich des Ambulatoriums SRK finden unter Einbezug von interkulturellen Dolmetschenden statt. Nach der Definition von Domenig (Literaturangabe am Ende des Interviews) reflektieren transkulturell kompetente Fachperso-

nen eigene lebensweltliche Prägungen, haben die Fähigkeit, die Perspektive anderer zu erfassen und zu deuten und vermeiden Kulturalisierungen und Stereotypisierungen von Zielgruppen. Diese dialogischen Gespräche sind gleichermassen eine wertvolle Bereicherung wie eine Herausforderung und für unsere Arbeit unerlässlich. Um ein Gesamtbild der körperlichen und seelischen Belastung eines Kindes und von dessen Familiensystem mit Migrationshintergrund zu erhalten, ist oftmals der Einsatz einer professionell ausgebildeten und qualifizierten Übersetzungsperson als Sprach- und interkulturelle Vermittlung zentral, da dies überhaupt erst eine Verständigung ermöglicht. Für eine fundierte Anamnese, Diagnosestellung und Behandlungsplanung sind Kenntnisse über transkulturelle, krankheits- und migrationspezifische sowie biographische Aspekte unerlässlich. Ohne das ist eine Behandlung im psychiatrisch-psychotherapeutischen Kontext kaum durchführbar. Umso schwieriger ist daher, dass die Finanzierung der interkulturellen Dolmetschenden in vielen Kantonen immer noch nicht oder unbefriedigend gelöst ist. Das führt dazu, dass MigrantInnen oftmals Mühe haben, überhaupt einen Therapieplatz zu finden.

Wir empfehlen wenn immer möglich, den Einbezug von Kindern und Jugendlichen, aber auch von nahestehenden Verwandten als Dolmetschenden zu vermeiden, da sonst das Risiko besteht, dass die Intimität der Beteiligten verletzt wird, berichtete Inhalte verzerrt werden und die Situationen für die übersetzenden Kinder und Jugendlichen, aber auch für Angehörige generell eine Überforderung darstellt und Familienhierarchien nachhaltig verändern kann.

Wie kann das weitere soziale Umfeld – Lehrpersonen, Mitschüler, Nachbarschaft usw. – geflüchtete Kinder unterstützen?

Traumatisierten Geflüchteten sollten neue und positive Beziehungserfahrungen ermöglicht werden, und man sollte nicht zuwarten, bis die Bedin-

Ambulatorium SRK für Folter- und Kriegsoffer

gungen besser werden. Das Gefühl von Sicherheit wird in erster Linie über sichere soziale Bindungen und über das Schaffen und Erlebarmachen eines sicheren Ortes vermittelt. Für das soziale Umfeld betroffener Kinder heisst dies, dass Bezugspersonen mithelfen, sichere Orte mit einer altersadäquaten Tagesstruktur zu etablieren. Eine reale äussere Sicherheit ist die Voraussetzung, um Selbstsicherheit entwickeln zu können und sich selbstwirksam erleben zu können. Deshalb ist es im Umgang mit stark belasteten Kindern und Jugendlichen wichtig, Inseln der Sicherheit mit klaren Strukturen, Regeln und Grenzen zu ermöglichen, die Halt und Orientierung bieten. Dies können alle liebevollen und verlässlichen Bezugspersonen bieten, die den Kindern Normalität und das Erleben von Freude ermöglichen und mithelfen, dass diese jungen Menschen eine Zukunftsperspektive haben. Letzten Endes brauchen diese Kinder – wie wir alle – jemanden, der an sie glaubt!

Interview: Eveline von Arx

(Das Interview wurde schriftlich geführt.)

Literatur

Landolt, M.A., & Hensele, Th. (Hg.) (2012): Traumtherapie bei Kindern und Jugendlichen, Hogrefe.

Domenig, D. (2007): Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe, Hans Huber Verlag.

Goetze, H. (2002): Handbuch der personenzentrierten Spieltherapie, Hogrefe.

Link

Unterlagen, was vor, während und nach dem Gespräch vonseiten der medizinischen Fachperson beachtet werden sollte und was für Dolmetschende hilfreich ist, finden sich auf der Homepage von Interpret (www.inter-pret.ch).

Das **Ambulatorium SRK für Folter- und Kriegsoffer** stellt seit 24 Jahren traumatisierten Menschen ein ambulantes interprofessionelles Therapieangebot zur Verfügung.

Menschen, die aus Kriegsregionen in die Schweiz flüchteten oder Opfer von Folter geworden sind, leiden häufig an schwerwiegenden gesundheitlichen Folgen. Die Beschwerden sind vielfältig: posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS), Depressionen, körperliche Schmerzen, Angst- und Panikstörungen, Konzentrations- und Merkfähigkeitsstörungen, Schlafstörungen, soziale Isolation.

Im Ambulatorium finden Menschen jeglichen Alters Hilfe – dank Therapieangeboten, bei denen verschiedene Behandlungsmöglichkeiten kombiniert werden. Das Team besteht aus ÄrztInnen, eidgenössisch anerkannten PsychotherapeutInnen, Sozialarbeiterinnen und einer Körpertherapeutin. Angehörige werden soweit möglich und bei Bedarf in die Therapie einbezogen. Das multiprofessionelle Behandlungsteam bietet in psychiatrisch-psychotherapeutischer Praxis den PatientInnen je nach Störungsbild und individuellen Bedürfnissen verschiedene psychotherapeutische Behandlungsformen sowie Sozialberatung an. Ebenfalls zum Team gehören eine Körpertherapeutin und professionelle interkulturelle Dolmetschende, die bei Bedarf hinzugezogen werden.



Dr. Margrit Egnér-Stiftung

Preisverleihung und Vorträge 2019

«Verantwortung»

Donnerstag, 14. November 2019

16.30 Uhr bis ca. 19.00 Uhr, Aula der Universität Zürich,
Rämistrasse 71, 8006 Zürich

Programm

16.30 Uhr **DR. IUR. MARCO LANTER**
Stiftungsinformationen

16.35 Uhr **DR. PHIL. HANS-MARTIN ZÖLLNER**
Einleitung zum Thema, Laudationes
und Verleihung der drei Preise

17.15 Uhr **PROF. EM. DR. PHIL. JÜRGEN KRIZ**
«Wo bleibt die Verantwortung
des Menschen in einer von Messdaten
beherrschten Lebenswelt?»

17.45 Uhr Pause

18.05 Uhr **PROF. DR. MED. HORST HALTENHOF**
«Die Verantwortung des Psychiaters
angesichts von ethischen und fachlichen
Problemen im psychiatrischen Alltag»

18.35 Uhr **PROF. DR. MED. ET DR. PHIL. GERHARD DANZER**
«Wie wäre es, ein Mensch zu sein? –
Verantwortung, Person und Persönlichkeit»

19.05 Uhr **DR. PHIL. HANS-MARTIN ZÖLLNER**
Programmende und Ausblick
auf die Preisverleihung 2020

Dr. Margrit Egnér-Stiftung, Postfach, CH-8032 Zürich
Tel. +41 44 250 29 29, www.margritegner.ch