

Integrative (trauma-)therapeutische Arbeit mit unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen

Anne-Margret Engelhardt

Zusammenfassung: *Zahlreiche Jugendliche aus Syrien, Afghanistan, Irak, Eritrea und etlichen anderen Ländern reisen jährlich ohne Familie nach Deutschland ein. Hinter sich haben sie meist eine lange und gefährliche Flucht. Daneben bringen sie unterschiedliche Probleme und Traumata mit, die eine sehr individuelle, personenzentrierte Begleitung erfordern. Hierbei kann auch der Einsatz von in der Traumatherapie bewährten Methoden anderer Therapierichtungen sinnvoll sein. Eine kulturoffene und -sensible Haltung ist die Grundvoraussetzung für die Arbeit mit Flüchtlingen. Der Einsatz von Sprach- und Kulturmittlern verändert die therapeutische Situation und stellt eine besondere Herausforderung dar. Ressourcenaktivierung und Stabilisierung stehen im Vordergrund der Arbeit.*

Schlüsselworte: unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (UMF), Trauma, Stabilisierung, Ressourcenaktivierung

1. Einleitung

Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren, die ohne sorgeberechtigte Person in Deutschland Schutz suchen, werden nach §§ 37, 42 des Kinder und Jugendhilfegesetz (KJHG) vom Jugendamt zunächst in Obhut genommen und bestenfalls nach einer Phase des „Clearings“, in der der individuelle pädagogische und psychologische Bedarf ermittelt wird, diesem entsprechend in einer Jugendhilfeeinrichtung oder einer Pflegefamilie untergebracht. Die rasant gestiegenen Einreisezahlen machen derzeit jedoch eine adäquate Unterbringung schier unmöglich, weshalb viele Jugendliche zunächst eine Phase in diversen Notunterkünften überbrücken müssen, bevor sie in einer mehr oder weniger geeignete Jugendhilfeeinrichtung aufgenommen werden können. Da die meisten unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge (UMF) zwischen 14 und 17 Jahre alt sind, wird im Folgenden von „Jugendlichen“ gesprochen, was Mädchen und Jungen gleichermaßen meinen soll, auch wenn der Großteil der UMF männlich ist.

Durch die weggebrochenen familiären und kulturellen Bezüge stellen die UMF eine ausgesprochen vulnerable Gruppe dar. Gleichzeitig jedoch weisen viele von ihnen eine erstaunliche Resilienz auf. Bislang fehlen Studien, die eine Prävalenz von Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) und anderen psychischen Störungsbildern bei dieser Zielgruppe belegen. Zu einer validen Diagnose nach den Kriterien des ICD-10 oder DSM-IV zu gelangen, gestaltet sich komplex. Mithilfe von standardisierten Testverfahren können aufgrund der Sprach- und Kulturbarriere keine ausreichend verwertbaren Ergebnisse erhoben werden.

In der Praxis gilt es daher, mithilfe von Verhaltensbeobachtungen im Alltag und an Leitfäden orientierten und von Sprachmittlern übersetzten Gesprächen zu einem Gesamteindruck zu gelangen. Eine enge Zusammenarbeit zwischen betreuendem pädagogischen Personal und Therapeut_inn_en ist unabdingbar.

Meine Erfahrung bei der Arbeit in den Clearingstellen zeigt, dass bei Weitem nicht alle UMF klinisch relevante Störungsbilder aufweisen. Schätzungsweise ein Drittel der Jugendlichen leidet vor allem unter Symptomen der Übererregung wie Ein- und Durchschlafstörungen, Konzentrationsschwierigkeiten, Reizbarkeit und Aggression. Auch wiederkehrende Erinnerungen in Form von Intrusionen, Flashbacks oder Albträumen kommen häufig vor. Nicht immer liegt eine für eine PTBS-Diagnose nach dem ICD-10 ausreichende Anzahl an Symptomen vor, häufig erzeugen die einzelnen vorhandenen Symptome jedoch einen sehr hohen Leidensdruck. Neben der möglichen Diagnose einer PTBS gibt es oft ausreichend Hinweise auf Anpassungsstörungen verschiedener Art. Depressive Episoden und psychosomatische Beschwerden wie Kopfschmerzen können ebenfalls (teilweise begleitend) immer wieder festgestellt werden. Häufig sind auch verzögerte Trauerreaktionen und phasenweise Suizidalität. Für die wenigen UMF, die eine ausgeprägte (komplexe) PTBS aufweisen (eigenen Schätzungen nach weniger als 5 %) fehlen Plätze in therapeutischen Jugendhilfeeinrichtungen. Die vielen neu eröffneten Wohngruppen trauen sich den Umgang mit diesen Fällen oft nicht zu, auch weil ambulante Therapiemöglichkeiten parallel zur Unterbringung in der Jugendhilfeeinrichtung noch nicht ausreichend vorhanden sind. So gibt es zwar beispielsweise in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Nürnberg eine vorbildliche speziell für UMF entwickelte (Gruppen-)Stabilisierungstherapie (Opel et al., 2015), die Aufnahmekapazität ist jedoch sehr beschränkt. Erfreulicherweise installieren zunehmend mehr Jugendhilfeeinrichtungen eigene psychologische Fachdienste, die die UMF bei Bedarf direkt in den Wohngruppen psychologisch/therapeutisch betreuen können. Das hat auch den großen Vorteil, dass ein therapeutisches Angebot sehr flexibel und vor allem niedrigschwellig stattfinden kann, sofern der Fachdienst über geeignete und kultursensible therapeutische Kompetenzen verfügt.

2. Der Personzentrierte Ansatz in der Psychotherapie mit UMF

Der Personzentrierte Ansatz ist aus verschiedenen Gründen besonders geeignet für die therapeutische Arbeit mit UMF:

- Das Leben im Krieg, in kriegsähnlichen Zuständen oder in existenzieller Armut bedeutet oft ständiges Erleben von Gewalt, Gegeneinander, Misstrauen, Angst, Verrat und Verlust. Hinzu kommen traumatische Erlebnisse auf der oft Monate- oder gar jahrelangen Flucht. Die Jugendlichen bringen eine Aneinanderreihung von Negativerfahrungen über lange Zeiträume mit, man spricht auch von sequenzieller Traumatisierung (Weeber & Gögercin, 2014). Die personenzentrierte Haltung ermöglicht den Jugendlichen, korrigierende positive Beziehungserfahrungen zu machen. In einer tragfähigen therapeutischen Beziehung können sie Wertschätzung für ihre Überlebensstrategien erfahren. Unter all dem Negativen verschüttete Ressourcen können gemeinsam wiederentdeckt und gestärkt werden. Die Verarbeitung von belastenden Erlebnissen kann empathisch begleitet werden. Und dem authentischen Gesprächspartner gegenüber kann langsam wieder Vertrauen wachsen.
- In der Traumatherapie ist die Konzentration auf das Hier und Jetzt eine der wesentlichen Stabilisierungsstrategien. Der Personenzentrierte Ansatz mit seiner Gegenwartsorientierung (und der Fokussierung auf das aktuelle emotionale Erleben) bietet also eine wichtige Voraussetzung. Wenn Jugendliche im Erstgespräch von mir hören, dass sie nicht zwangsweise über ihre schlimmen Erfahrungen sprechen müssen, wenn sie das nicht wollen, sondern wir im Hier und Jetzt schauen können, was Symptome erst einmal lindern könnte, und wenn ich mit ihnen gezielt nach Ressourcen und positiven Erlebnissen im neuen (deutschen) Alltag suche, reduziert sich die u. U. bestehende Hemmung oder Abwehr gegenüber den therapeutischen Sitzungen. Die Jugendlichen können sich mehr und mehr einlassen.
- Viele lassen ihre Negativerfahrungen aus der Vergangenheit später von sich aus im Gespräch einfließen und erleben dann ein wertschätzendes, empathisches und unerschrockenes Interesse und die Haltung: „Ich halte deine Vergangenheit mit dir aus.“ Bestenfalls eröffnet das den Jugendlichen wiederum mehr Zugang zu ihrem eigenen emotionalen Erleben, was für die Integration traumatischer Erfahrungen in das Selbstkonzept wichtig ist und wodurch die durch das Erleben traumatischer Ereignisse hervorgerufene Inkongruenz schließlich aufgelöst werden kann (Weinberger & Papastefanou, 2008, S.43 ff.). Da es sich teilweise um Erfahrungen handelt, die auch wir als Therapeut_inn_en nur schwer mit unserem Menschen- und Weltbild vereinbaren können, sind Supervision und Selbstfürsorge in diesem Arbeitsfeld unabdingbar, um keine Sekundärtraumatisierung oder Burn-Out zu erleiden.
- Der Personenzentrierte Ansatz macht es leicht, kultursensibel und wertoffen zu arbeiten, da er durch die Maxime der Wertschätzung per Definition tolerant und offen ist. Werte und kulturelle Unterschiede können interessiert erfragt und einbezogen werden. Authentisch kann der eigene kulturelle Hintergrund ebenfalls mit einfließen. So entsteht eine Begegnung

auf Augenhöhe und ein gemeinsamer Schaffensprozess einer transkulturellen Arbeitsgrundlage.

Neben diesen Faktoren, die den Personenzentrierten Ansatz als geeigneten Therapieansatz für UMF erscheinen lassen, gibt es aber die Schwierigkeit, dass viele Jugendliche aufgrund ihres kulturellen Hintergrunds Vorbehalte gegenüber der Berufsgruppe der Therapeuten_inn_en haben. Meist gelingt es, ihnen die Angst zu nehmen, dass sie „verrückt“ oder krank sein könnten, wenn sie mit einem Therapeuten oder einer Therapeutin sprechen. Dann entsteht jedoch häufig die Problematik, dass vom Therapeuten oder der Therapeutin, ähnlich wie von einem Arzt, Expertenwissen erwartet wird und somit die schnelle Lösung der Probleme durch konkrete Ratschläge und Verordnungen. Diese Erwartung steht in großem Widerspruch zur Unterstützung der Aktualisierungstendenz, die personenzentrierte Therapeut_inn_en anvisieren. Um Frustration und Therapieabbrüchen vorzubeugen, ist deshalb immer wieder notwendig, diese Problematik in geeigneter Art und Weise auf der Metaebene anzusprechen. So erkläre ich den Jugendlichen oft, dass jeder Mensch anders ist und deshalb jeder ein Experte in eigener Sache. Ich kann behilflich sein bei der gemeinsamen Suche nach einer individuell passenden Lösung, habe aber kein Patentrezept beispielsweise gegen Einschlafschwierigkeiten. Ich kann wiedergeben, was laut wissenschaftlichen Erkenntnissen für viele Menschen hilfreich ist und somit Ideen für die eigene Lösungssuche liefert, jedoch nicht garantiert die individuelle Lösung bringt. Auch dass bestimmte Veränderungen nur durch kontinuierliches „Training“ herbeizuführen sind, das ich ihnen nicht abnehmen kann, erkläre ich häufig am Beispiel eines Fußballtrainers, der zwar sagen kann, welche Strategie im Spiel zu verfolgen ist, aber nicht das Tor für die Spieler schießen kann.

Zur Frage der Wirksamkeit des Personenzentrierten Ansatzes in der Arbeit mit UMF möchte ich eine Aussage eines afghanischen Jugendlichen wiedergeben, der u. a. unter dem Traumasymptom der Reizbarkeit litt und durch seine Wutausbrüche häufig in Konflikte mit anderen geriet. Er erklärte am Ende einer Stunde, dass er es unendlich schätze, dass ich, egal was auch passiert sei, immer mit ihm rede, ohne verärgert zu sein oder ihn zu rügen, und immer versuche, gemeinsam mit ihm Lösungen zu finden, die ihn weiterbringen und ihn dabei unterstütze in dem, was er selbst machen kann, um die Situation zu verändern.

3. Kulturoffenheit

Die Zielgruppe der UMF ist in sich sehr heterogen. Nicht nur, was die kulturellen Unterschiede angeht, sondern auch in Bezug auf Bildungsstand, Alter und Erfahrungshintergrund. Ein Jugendlicher, der bereits zehn Jahre eine Schule besucht hat und aus einer Hauptstadt kommt, bringt andere Voraussetzungen mit als ein Analphabet, der mit seiner Familie als Nomade gelebt hat. Das macht den kreativen und flexiblen Einsatz an Methoden, die

immer auch individuell angepasst werden müssen, erforderlich. Dies bedeutet, dass es kein Manual geben kann, jedoch durchaus Bausteine, die hilfreich sein können, solange sie flexibel und dem Einzelfall entsprechend eingesetzt werden. Bringt man als Therapeut_in die nötige Kulturoffenheit mit, wird man auch herausfinden, welche Methoden für einzelne Kulturgruppen nicht und welche gut funktionieren. So musste ich in meiner Arbeit feststellen, dass sich vor allem somalische Jugendliche mit „Smileys“, die Gefühlsausdrücke symbolisieren sollen, schwer tun. Sie konnten nicht erkennen, dass die Smileys Gesichter darstellen und deshalb natürlich auch nicht die symbolisierte Emotion. Verständlich wird dies unter Einbezug der Lebenswelt, aus welcher die Jugendlichen kommen. Wohl kaum ein somalischer Jugendlicher hat jemals ein Bilderbuch gesehen oder ein Kunstmuseum betreten, d. h. er ist mit bildlichen Darstellungen dieser Art überhaupt nicht vertraut. Eine Ressource ist dagegen oft eine Vielfalt an sprachlichen Bildern, die leider durch die Sprachbarriere selbst unter Einbezug von Sprachmittlern nur schwer therapeutisch genutzt werden kann. Hilfreich ist hier, das Verstehen nicht vorauszusetzen, sondern diese Bilder zunächst in ihrer Bedeutung zu klären. Dieser Austausch kann auch sehr spannend sein: So lernte ich, dass unser Ausdruck „vor Wut kochen“ im Arabischen „das Blut brennt“ heißt. Oder aber, dass der Ausdruck „Mir fällt ein Stein vom Herzen“ im Arabischen genauso verwendet wird.

Ein weiteres Beispiel, das die Notwendigkeit einer kultursensiblen Haltung deutlich macht, sind Trauerfälle: In der Trauerbegleitung darf nicht unser kultureigener Umgang mit Trauer Maßstab sein (falls es diesen überhaupt gibt, da Trauer individuell sehr verschieden gelebt wird). Es gilt, Trauerrituale der jeweiligen Kultur (und Religion) zu erfragen und dem Jugendlichen das Praktizieren dieser Rituale entsprechend zu ermöglichen, falls er es wünscht.

4. Integrativer Ansatz in der Arbeit mit UMF

Neben der personenzentrierten Grundhaltung und dem Einsatz personenzentrierter Interventionsmöglichkeiten wie dem Verbalisieren emotionaler Erlebnisinhalte ist es unabdingbar, vor allem in der Traumatherapie bewährte Methoden anderer Therapierichtungen in die Arbeit einzubeziehen. Im Folgenden möchte ich beispielhaft einige davon benennen, die meiner Erfahrung nach für die Stabilisierung äußerst hilfreich sind:

4.1. Psychoedukation

Die Aufklärung über die Folgen traumatischer Erlebnisse stellt nach den Erfahrungen von Liedl, Knaevelsrud und Müller (2013) einen ersten entscheidenden Behandlungsschritt dar. „Nur wenn Betroffene ihre Symptomatik einschätzen können und lernen, damit umzugehen, können Veränderungen erzeugt werden“ (Liedl

et al., S.VII). Dies reduziert Ohnmacht und Angst vor der Symptomatik bei den Klienten.

„Viele Betroffene leiden an der Angst, ‚verrückt zu sein‘ und jegliche Kontrolle zu verlieren. Patienten empfinden es daher häufig als entlastend, wenn sie die Erfahrung machen, dass auch andere von gleichen Problemen betroffen sind und es einen Namen für ihre Symptome gibt“ (ebd., S.2).

Für Jugendliche geeignete Erklärungsmodelle finden sich zum Beispiel in Hantke und Görges (2012). In der Praxis beginne ich oft mit dem Aufmalen der Zeitlinie:



Abb. 1: Zeitlinie: eigene Darstellung, angelehnt an Hantke & Görges 2012

Diese soll verdeutlichen, dass die erlebten traumatischen Erfahrungen in die Vergangenheit einzuordnen sind und dass es möglich ist, Intrusionen und Flashbacks mittels Re-Orientierung ins Hier und Jetzt und Stärkung der Ressourcen entgegenzuwirken.

Ein- und Durchschlafschwierigkeiten sowie Reizbarkeit und mangelnde Impulskontrolle versuche ich anhand der Spannungskurve zu erläutern (s. Abb. 2).

4.2. Entspannungsverfahren

An die Psychoedukation mithilfe der Spannungskurve schließe ich häufig Entspannungstechniken an, um den Jugendlichen eine Möglichkeit aufzuzeigen den Verlauf der Spannungskurve kurzfristig abzusenken. Das Symptom der Übererregung bedeutet ja, dass sich der Klient fast kontinuierlich auf einem erhöhten Anspannungsniveau befindet. Ziel ist deshalb, dieses auf Dauer abzusenken. Vor allem vor dem Einschlafen können Entspannungsübungen wie Atemübungen oder Progressive Muskelentspannung hilfreich sein. Positiver Nebeneffekt ist, dass der Jugendliche beispielsweise während einer Atemübung

Normalerweise wechseln sich entspanntere Phasen mit Phasen erhöhter Anspannung ab, bleiben aber immer in einem gewissen Bereich, dem sogenannten Ressourcenbereich, in dem alle Gehirnregionen optimal zusammenarbeiten.

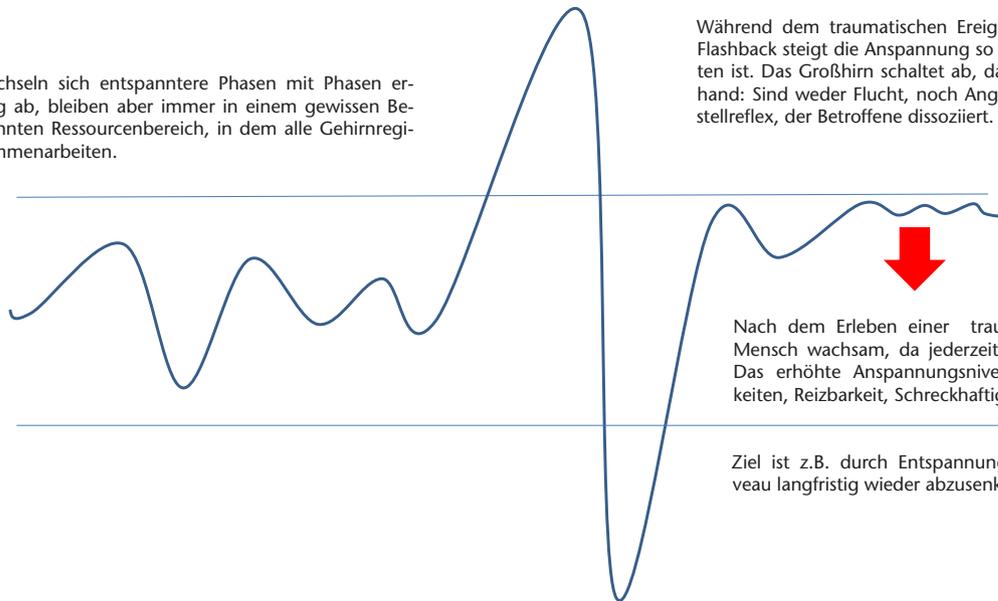


Abb. 2: Spannungskurve: eigene Darstellung, angelehnt an Hantke & Görge 2012

nicht gleichzeitig an vergangene Ereignisse denken kann und die Übung auf das Hier und Jetzt fokussiert.

Das psychosoziale Zentrum für Flüchtlinge Düsseldorf (2006) hat Texte und CDs in verschiedenen Sprachen sowohl mit Instruktionen zu Entspannungsübungen als auch Psychoedukation und Imaginationsübungen für Traumatisierte herausgebracht, die gut für die Arbeit mit UMF nutzbar sind. So können muttersprachliche Instruktionen zu einzelnen Übungen auf den MP3-Player oder das Handy des Jugendlichen aufgenommen werden, sodass er diese abends beim Einschlafen zur Verfügung hat.

4.3. Imaginationsverfahren

Der Reichtum an imaginativen Übungen, den Reddemann (2008) zur Verfügung stellt, kann in der Traumtherapie v. a. zum Stabilisieren, aber auch zur Distanzierung beim Besprechen traumatischer Erlebnisinhalte (Beobachter- oder Bildschirmtechnik) eingesetzt werden. So hilft die „Tresorübung“ dabei, bestimmte Gedanken und Gefühle vorübergehend „wegzusperrn“ (Krüger, 2015). Der „Wohlfühlort“ ist wohl eine der bekanntesten Übungen, die auch ich häufig einsetze. Jugendliche können sich oft schwer auf angeleitete Fantasiereisen einlassen, weshalb Gespräche über bestimmte imaginative Inhalte günstiger sind als Übungen. Manche UMF können sich anschließend vorstellen, zum Beispiel den Wohlfühlort auch zu malen. Ein Jugendlicher beschrieb einen Ort an einem Bach und das Rauschen des Wassers als extrem beruhigend. Das Angebot meditativer Musik mit rauschendem Bach im Hintergrund auf einem MP3-Player für sich als Entspannung vor dem Einschlafen nutzen zu können, nahm er gerne an. Hier wird die Notwendigkeit für vorsichtige individuelle Lösungen deutlich: Entgegengesetzt zum Erle-

ben dieses Jugendlichen stellen Wasser und Meer für viele andere UMF Trigger für schlimme Erfahrungen auf der Flucht über das Mittelmeer dar. Oft entwickeln sich aus den vom Jugendlichen eingebrachten Gesprächsinhalten Möglichkeiten für imaginative Inhalte: So berichtete ein Jugendlicher von seinem großen Wunsch, als DJ einmal in einer großen Halle die Massen zu begeistern. Er zeigte ein Video, das er auf dem Handy hatte. Die Vorstellung, er könnte dieser DJ sein, machte die Halle zu seinem persönlichen „Wohlfühlort“, den er sich schnell mithilfe des Videos jederzeit vor Augen holen konnte.

4.4. Verhaltenstherapeutische Manuale

Vor allem aus dem DBT-A (Fleischhaker et al., 2010) können viele Übungen zur Re-Orientierung im Hier und Jetzt in der Traumatherapie eingesetzt werden. Jugendliche, die unter Intrusionen oder Dissoziationen leiden, können lernen, selbst intensive Sinnesreize zu setzen, die sie ins Hier und Jetzt zurückholen und somit Dissoziationsstopps darstellen. Oft bitte ich die Jugendlichen zunächst, sich vorzustellen in eine Chilischote zu beißen, und frage sie, an was sie dann denken. Das hilft den meisten, zu verstehen, dass starke Sinnesreize einen in die Gegenwart zurückholen und von belastenden Emotionen ablenken. Es gilt natürlich, einen individuell geeigneten Sinnesreiz zu finden. So bevorzugen manche einen Igelball, andere ein Duftöl oder saure Bonbons. Ein persönlicher „Notfallkoffer“ kann neben den individuell ausgewählten Dissoziationsstopps noch wesentlich mehr beinhalten: alles was für genau diesen Jugendlichen beruhigend wirkt, was ihm gut tut oder an Positives erinnert.

Bei sich wiederholenden Alpträumen kann eine Alptraummodifikation nach Thünker und Pietrosky (2010) vorgenommen wer-

den. Die wesentlichen Kernelemente des Traumes werden herausgefiltert und bleiben erhalten, werden jedoch teilweise mit neuen Handlungen gekoppelt. So kann man imaginativ die Verfolger stolpern lassen und dadurch einen positiven Ausgang der Situation imaginieren.

4.5. Ressourcenorientierte Verfahren

Schon im Erstgespräch setze ich gerne Bildkarten z. B. „trust-Bilder“ zur Resilienzstärkung (Diegelmann & Isermann, 2012) oder die Bildkartei des Züricher Ressourcenmodells (Krause & Storch, 2011) zur Ressourcenaktivierung ein. Häufig gelingt es den Jugendlichen, sich bei der Auswahl eines Bildes wertvolle Erinnerungen bewusst zu machen. So wählte ein somalischer Jugendlicher das Foto eines Lagerfeuers und erzählte, das erinnere ihn an die gute Zeit mit seinem verstorbenen besten Freund, als sie kleine Antilopen zusammen jagten und dann über dem Feuer grillten. Ressourcenorientiertes Fragen ist ebenfalls von Anfang an angezeigt: Persönliche Stärken, Fähigkeiten, Hobbies, Interessen, wichtige Bezugspersonen sollten dem Therapeuten bzw. der Therapeutin bekannt sein und immer wieder aufgegriffen und einbezogen werden (Hantke & Görges, 2012). Zahlreiche Ideen wie das Schreiben eines Positivtagebuchs, das Erstellen eines Ressourcenplakats, das Malen eines Stärkebilds u. ä. finden sich bei Hantke und Görges (2012), Weinberger und Papastefanou (2008) sowie bei Diegelmann (2009).

4.6. Gestalttherapie

Auch gestalttherapeutische Elemente können zum Beispiel im Fall des Verlustes enger Bezugspersonen hilfreich sein, um den inneren Kontakt zur verlorenen Person (z. B. mittels der Methode des leeren Stuhls) wieder herzustellen. Butollo und Karl (2014) haben eine Dialogische Traumatherapie entwickelt, deren Inhalte teilweise in der Arbeit mit UMF und Dolmetschern nur schwer umsetzbar sind, die aber viele hilfreiche Anregungen bietet.

4.7. Systemische Therapie

Das zirkuläre Fragen der systemischen Gesprächsführung lässt sich wunderbar in der Arbeit mit UMF einsetzen. Beispielsweise die Frage nach Ausnahmen: An wie vielen Tagen in der letzten Woche konntest du besser einschlafen? Gibt es Tage an denen du nicht so oft an die schlimmen Erlebnisse denkst? Was war anders an diesem Tag? Oder Wunderfragen: Nachdem Jugendliche ihre Gesamtverfassung auf einem Barometer zwischen sehr schlecht und sehr gut visualisiert haben, frage ich gerne, was passieren müsste, damit sie auf dem Barometer ein klein wenig nach oben kommen, und schiebe dabei den Regler ein kleines Stück nach oben.

5. Arbeit mit Dolmetschern

Neben dem grundsätzlichen Problem der Kostenübernahme der Dolmetscher bringt die therapeutische Arbeit in der Triade bestimmte Schwierigkeiten mit sich. Zum einen können die eingesetzten Laiendolmetscher nicht als bloßes Sprachrohr verstanden werden. Ihre Persönlichkeit und Art bestimmt automatisch mit, ob eine vertrauensvolle, offene Gesprächsatmosphäre entstehen kann. Zum anderen ist es wichtig, dass zunächst der Dolmetscher versteht, warum der Therapeut oder die Therapeutin bestimmte Methoden einsetzt – und dass es Therapiemethoden sind. So musste ich feststellen, dass von mir als selbstverständlich eingesetzte Verbalisationen emotionaler Erlebnisinhalte wie „Das ärgert dich?“ vom Dolmetscher nicht als Intervention erkannt und einfach nicht übersetzt wurden. Entsprechende Schulungen für Sprachmittler sind deshalb zwingend erforderlich. Auch die Möglichkeit, für die eigene Psychohygiene zu sorgen, sollte Dolmetschern immer gegeben werden, zum Beispiel durch ein kurzes Nachgespräch. Oft bringen Dolmetscher eigene traumatische Lebenserfahrungen mit und werden durch das Übersetzen und die damit verbundene Identifikation stark belastet. Grundsätzlich sind es zunächst die Sprachmittler, die einen Zugang zu der Lebens- und Erfahrungswelt des Klienten überhaupt erst eröffnen. Je besser der Klient Deutsch kann, desto öfter treffe ich mich zwischendurch auch ohne Dolmetscher mit ihm, was auf der einen Seite die Ausdrucksmöglichkeit einschränkt, auf der anderen Seite jedoch eine noch vertrauensvollere Atmosphäre schafft, die die Therapeut-Klient-Beziehung stärkt. Oft werden gerade dann von den Jugendlichen schwierige Themen angesprochen, Bilder auf dem Handy gezeigt und viel aus der Vergangenheit erzählt. Was außerdem in der Zusammenarbeit mit Dolmetschern zu beachten ist, kann bei Abdallah-Steinkopff (1999) und Tomic-Memarzadeh et al. (2003) nachgelesen werden.

6. Fallbeispiel

Abschließend möchte ich gerne exemplarisch den Verlauf einer therapeutischen Begleitung während der Clearingphase (also in den ersten drei bis vier Monaten nach Ankunft in Deutschland) an einem Fallbeispiel aufzeigen:

Mohamed, 17 Jahre, kommt aus Syrien und leidet an Einschlafschwierigkeiten, psychosomatischen Kopfschmerzen und Zukunftsängsten. Im Erstgespräch baut er zunächst eine sehr große Mauer auf, indem er sich teilweise provokativ und ablehnend verhält. Später stellt sich heraus, dass ihn vorab andere Jugendliche damit aufzogen, dass man bei der Therapeutin häufig weinen müsse und er sich fest vorgenommen hatte, dies nicht zu tun. Er beklagt ein kontinuierliches Vorhandensein stechender Kopfschmerzen, das sich phasenweise zu einem starken Pochen steigert. Nachdem durch medizinische Untersuchungen körperliche

Ursachen ausgeschlossen werden konnten, biete ich Mohamed psychoedukative Erklärungen zu Spannungskopfschmerz (siehe Liedl et al., 2014) an. Er selbst erkennt, dass die Schmerzen an Tagen, an denen es ihm nicht gut geht, stärker sind als an Tagen, an denen er Positives erlebt. Es fällt ihm schwer, sich auf Entspannungsübungen zur Entlastung der Nackenmuskulatur (vgl. ebd.) einzulassen. Anfangs wirkt er auf Fragen nach Ressourcen aggressiv und antwortet nur, dass es nichts gebe, was ihm Spaß mache oder was gut wäre. Mithilfe des Ressourceniums von Michaela Huber (Huber, [o.J.]) in dem konkrete Fragen formuliert sind, gelingt es schließlich doch über seine Ressourcen ins Gespräch zu kommen. Er zieht die Karte: „Wofür bist du von Herzen dankbar?“ und die Antwort kommt wie aus der Pistole geschossen: „Dass ich Deutschland erreicht habe!“ und schnell sind wir im Gespräch. Mohamed hat das starke Bedürfnis seine gesamte Fluchtgeschichte bis ins Detail zu erzählen. Und er hat viel zu erzählen, denn seit er Syrien verlassen hat, sind fast zwei Jahre vergangen. Er hat eine sehr belastende Zeit in der Türkei hinter sich, in der er schwer arbeiten musste, oft gedemütigt wurde und häufig kurz davor war die Hoffnung aufzugeben. Auf dem Weg übers Mittelmeer platzte das Schlauchboot, in dem er saß, er hatte Todesangst. Während er all das sehr anschaulich, chronologisch, spannend und wortreich erzählt, greife ich einzelne Aspekte auf und verstärke sie: „Was hat dir geholfen in der Situation?“ „Durchhaltevermögen.“ „Was hat dich nicht aufgeben lassen?“ „Hoffnung.“ „An wen zu denken hat dir geholfen?“ „Meine Mama.“ Mit Humor, Gemeinschaft, Glaube und dem Wunsch, dem Vater zu beweisen, dass er es schafft, sind weitere wichtige Faktoren identifiziert, die ihm Kraft gaben auf dem langen Weg. Wir schreiben diese Worte zunächst auf Arabisch und Deutsch auf kleine Kärtchen. Später schlage ich ihm vor, die Wörter als Graffiti auf Plakate zu malen, da sich herausstellt, dass er sich für Hip Hop und Graffiti begeistert. Mohamed ist voll dabei. Er ist unsicher und fragt immer wieder nach, ob das so gut sei, wie er es gemalt habe. Er malt die Worte in Deutsch. Und er ist stolz, als wir das Ergebnis an der Pinnwand über seinem Bett aufhängen, sodass er es sich vor dem Einschlafen anschauen kann.

Es sind einige Wochen vergangen und die Kopfschmerzen sind weniger geworden. Über Schlafhygieneregeln oder Einschlafrituale haben wir zwar gesprochen, diese haben Mohamed aber nicht so recht angesprochen. Seine Themen sind immer mehr zukunftsorientiert: Was wird aus mir, wenn ich 18 werde? Bekomme ich weiterhin Hilfe? Wo werde ich leben? Wie komme ich ohne Vorwand zurecht? Auch die Gegenwart beschäftigt ihn: Auseinandersetzungen mit seinen Freunden in der Wohngruppe, von denen er sich distanziert, weil diese seine Meinung nicht akzeptieren, oder Missverständnisse mit den Betreuern. Schön ist, dass Mohamed Vertrauen gefasst hat und dass seine psychosomatischen Beschwerden weniger geworden sind. Auch einschlafen kann er besser. Die vom Hausarzt anfangs verschriebenen Psychopharmaka lehnt er nach kurzer Zeit ab. Vorübergehend werden sie durch Bach-

blüten-Notfalldrops vor dem Schlafengehen ersetzt. Auch diese braucht er schnell nicht mehr. Mohamed zog nach dem Clearing in eine teilbetreute Wohngruppe. Die Stabilisierung wird weiterhin durch unterstützende Beziehungen gewährleistet sein. Möglicherweise braucht er keine weitere Psychotherapie.

7. Fazit

Viele der hier ankommenden UMF bräuchten psychologische Unterstützung. Nicht alle haben die Chance sie zu erhalten. Und: Nicht alle, die der Ansicht von Pädagog_inn_en und Therapeut_inn_en nach Therapie bräuchten, nehmen diese an. Benötigt werden vor allem niedrigschwellige Angebote. In den Erstkontakten sind der Vertrauensgewinn und der Aufbau einer Beziehung wesentlich wichtiger als Anamnese und Diagnostik. Ansonsten gibt es zwar eine Diagnose, aber keinen Klienten, der zur Therapie bereit ist. Es gilt, Vorurteile gegenüber allem, was mit „Psyche“ zu tun hat, abzubauen. Zum Therapeuten oder zur Therapeutin zu gehen bedeutet nicht, „den Kopf kaputt“ zu haben oder „verrückt“ zu sein, Psychoedukation kann ein Verständnis für die eigenen Symptome fördern und eine große Entlastung bedeuten (Haus, 2015). An den Therapeuten stellt die Arbeit mit Flüchtlingen hohe Anforderungen: Unabdingbar sind neben der therapeutischen Qualifikation interkulturelle Kompetenz, asylrechtliches Wissen, die Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit Dolmetschern, hohe Belastbarkeit und die Fähigkeit zu Psychohygiene und Selbstfürsorge. Oft wird die therapeutische Situation dominiert durch aktuelle Problemlagen wie eine Ablehnung im Asylverfahren, ein Konflikt mit den Mitbewohnern oder Betreuern oder ein im Heimatland erkranktes Familienmitglied. Flexibel muss auf den jeweiligen Bedarf eingegangen werden können. Trotz all der Herausforderungen ist die Arbeit mit UMF unglaublich bereichernd:

„Die Auseinandersetzung mit fremden Kulturen, die Konfrontation mit anderen als den uns vertrauten Regeln und Werten hilft uns, unseren Denk- und Wissenshorizont zu vergrößern. Durch die Relativierung unserer eigenen Werthaltungen werden wir gezwungen, unsere Vorurteile in Frage zu stellen, unsere Fixierungen zu lösen und unsere Kommunikationsblockaden aufzuheben – das erweitert wiederum die therapeutischen Fähigkeiten. Außerdem begegnen wir einer Menge liebevoller Menschen – die Qualität des Herzens wird in anderen Kulturen oft mehr geschätzt und gelebt als in der unseren!“ (Haus, 2015, S.68).

Literatur

- Abdallah-Steinkopff, B. (1999). Psychotherapie bei Posttraumatischer Belastungsstörung unter Mitwirkung von Dolmetschern. *Verhaltenstherapie*, 9, 211-220
- Butollo, W. & Karl, R. (2014). *Dialogische Traumatherapie. Manual zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Croos-Müller, C. (2015). *Schlaf gut. Das kleine Überlebensbuch. Soforthilfe bei Schlecht-schlafen, Alpträumen und anderen Nachtqualen*. München: Kösel.

Diegelmann, C. & Isermann, M. (2012). *TrustBilder*. Set mit 64 Bildkarten in Metallbox mit Manual. Kassel: ID Institut für Innovative Gesundheitskonzepte.

Fleischhaker, C., Sixt, B. & Schulz, E. (2010). *DBT-A. Dialektisch-behaviorale Therapie für Jugendliche. Ein Therapiemanual mit Arbeitsbuch auf CD*. Freiburg: Springer.

Hantke, L. & Görges, H.-J. (2012). *Handbuch Traumakompetenz. Basiswissen für Therapie, Beratung und Pädagogik*. Paderborn: Junfermann Verlag.

Haus, C. (2015). *Interkulturelle Psychotherapie. Psychotherapie mit Asylbewerbern aus der Sicht der Existenzanalyse*. Saarbrücken: Akademikerverlag.

Huber, M. [o.J.]. *Ressourcium*. www.kikt-thema.de

Krause, F. & Storch, M. (2011). *Ressourcen aktivieren mit dem Unbewussten*. ZRM-Bildkartei. Bern: Huber.

Krüger, A. (2015). *Powerbook. Erste Hilfe für die Seele. Trauma-Selbsthilfe für junge Menschen*. Hamburg: Elbe & Krüger.

Liedl, A., Knaevelsrud, C. & Müller, J. (2014). *Trauma und Schmerz. Manual zur Behandlung traumatisierter Schmerzpatienten*. Stuttgart: Schattauer.

Liedl, A., Schäfer, U. & Knaevelsrud, C. (2013). *Psychoedukation bei posttraumatischen Störungen. Manual für Einzel- und Gruppensetting*. Stuttgart: Schattauer.

Opel, H., Dermirtas, N., Haardt, S., Hartung, J. & Kromp, C. (2015). *Psychotherapie mit unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen. Manual für Einzel- und Gruppentherapie*. Nürnberg: Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter, Klinikum Nürnberg.

Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge Düsseldorf (Hg.). (2006). *NaWa. Informationen und Übungen für traumatisierte Menschen*. Textheft zur CD-Reihe. Düsseldorf: <http://www.wiki.psz-duesseldorf.de/images/7/77/PszNAWA.pdf> (Zugriff am 08.12.2015)

Reddemann, L. (2008). *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT- Das Manual*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Thünker, J. & Pietrowsky, R. (2010). *Alpträume. Ein Therapiemanual*. Göttingen: Hogrefe.

Tosic-Memarzadeh, R., Egenolf, C., Giesin, C. & Besicki, A. (2003). Dolmetschende im Beratungs- und Behandlungskontext. In: Deutsches Rotes Kreuz (Hg.) *Materialien zur Traumaarbeit mit Flüchtlingen*. Manual 5. Karlsruhe: von Loeper Literaturverlag.

Weeber, V.M. & Gögercin, S. (2014). *Traumatisierte minderjährige Flüchtlinge in der Jugendhilfe. Ein interkulturell- und ressourcenorientiertes Handlungsmodell*. Herbolzheim: Centaurus.

Weinberger, S. & Papastefanou, C. (2008). *Wege durchs Labyrinth. Personenzentrierte Beratung und Psychotherapie mit Jugendlichen*. Weinheim Juventa.



Anne-Margret Engelhardt, Dipl.-Päd. (Univ.), Personenzentrierte Psychotherapie für Kinder und Jugendliche (GwG), Psychologischer Fachdienst in der Clearingstelle für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge Franken der Rummelsberger Diakonie, davor jahrelange Arbeit als Pädagogin in der Clearingstelle Haus Chevalier, Jugendwerk Birkeneck, sowie Aufbau und Gruppenleitung von zwei teilbetreuten Wohngruppen für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge für Don Bosco Nürnberg und das Kinder- und Jugendhilfzentrum Fürth.

Kontakt:
spieltherapie.engelhardt@gmail.com

Anzeige



© 2012-2016 (Logo): Dr. Michael Wakolbinger
www.consult-wakolbinger.at

6. Internationale Personenzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapietagung
des Verband für Personenzentrierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie –
VPKJ in Kooperation mit dem IGB Stuttgart

„Kinder, Jugendliche und Familien in unruhigen Zeiten“

Samstag 25. Juni 2016 in Schwäbisch Gmünd
Tagungszentrum Schönblick



Welche neuen Kindheitsmuster entstehen durch die unruhigen Zeiten, in denen wir leben? Welche Auswirkungen haben diese auf Kinder, Jugendliche und Familien? Wie können Kinder- und Jugendpsychotherapeuten/innen den damit verbundenen Herausforderungen und Problemen gut begegnen und Kinder, Jugendliche und Familien in ihrer Entwicklung unterstützen? Raum für diese und andere Fragen und vor allem auch Antworten bekommen die Teilnehmer/innen bei der 6. Internationalen Personenzentrierten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie-Tagung. Den Hauptvortrag wird Dr. Torsten Ziebertz, Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats der GwG, halten. Er engagiert sich zudem in der GwG-Projektgruppe „Personenzentrierte Familienberatung und -therapie“.

Das vollständige Programm in Kürze unter <http://www.igb-stuttgart.de/kindertherapietagung-2016/>

Teilnahmegebühren zum Kongress

Normalzahler: 120,00 EUR
GwG-Mitglied/Alumni IGB: 110,00 EUR
AusbildungsteilnehmerInnen (IGB)/StudentInnen: 80,00 EUR
ReferentIn bzw. WorkshopleiterIn: 50,00 EUR

Weitere Veranstaltungen

Kongressfest I Samstag, 25.6.2016 | 20:00 Uhr
(inkl. Menü vom Buffet ohne Getränke)
Berufstätige: 50,00 EUR
Nichtverdienende: 25,00 EUR

Anmeldungen bitte per Post an IGB Stuttgart, Dagmar Nuding, Beethovenstraße 10, 73568 Durlangen
oder per Mail an tagung2016@igb-stuttgart.de