

Traumafokussierte pädagogische Gruppenintervention für junge Flüchtlinge

**Elisa Pfeiffer
Lutz Goldbeck**

Das Programm „Mein Weg“

Traumafokussierte pädagogische Gruppenintervention für junge Flüchtlinge

**Elisa Pfeiffer
Lutz Goldbeck**

Traumafokussierte pädagogische Gruppen- intervention für junge Flüchtlinge

Das Programm „Mein Weg“

M.Sc.-Psych. Elisa Pfeiffer, geb. 1990. 2009–2015 Studium der Psychologie an der Universität Konstanz und der National University of Singapore. Seit Oktober 2015 Tätigkeit an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie der Universitätsklinik Ulm als Doktorandin, wissenschaftliche Mitarbeiterin und Projektleiterin von „Mein Weg“. Forschungsschwerpunkt: Diagnostik und Behandlung von Traumafolgestörungen bei Kindern und Jugendlichen, insbesondere jungen Geflüchteten.

Prof. Dr. Lutz Goldbeck (1958–2017). 2001–2017 leitender Psychologe an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm, dort Leiter der Sektion Psychotherapieforschung und Verhaltensmedizin mit Ausbildungszentrum für Verhaltenstherapie.

CHILDHOOD

WORLD CHILDHOOD FOUNDATION
FOUNDED BY H.M. QUEEN SILVIA OF SWEDEN

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Merkelstraße 3
37085 Göttingen
Deutschland
Tel. +49 551 999 50 0
Fax +49 551 999 50 111
verlag@hogrefe.de
www.hogrefe.de

Satz: ARThür Grafik-Design & Kunst, Weimar
Format: PDF

1. Auflage 2019

© 2019 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen

(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-2967-0; E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-8444-2967-1

ISBN 978-3-8017-2967-7

<http://doi.org/10.1026/02967-000>

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Anmerkung:

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Danksagung

An erster Stelle möchte ich mich bei meinem Ko-Autor dieses Manuals, Supervisor und Mentor Prof. Dr. Lutz Goldbeck († 30. Oktober 2017) bedanken, mit dem ich gemeinsam diese Intervention entwickelt habe. Als erfahrener (Trauma-)Therapeut und Wissenschaftler hat er Ende 2015 frühzeitig den dringenden Hilfebedarf in Form von niedrigschwelligen Interventionen für traumatisierte minderjährige Flüchtlinge einerseits und Weiterbildungsmöglichkeiten für Pädagogen andererseits erkannt, und sofort die Initiative ergriffen. Seine große Motivation, seine hohe professionelle Kompetenz und langjährige Erfahrung in diesem Bereich waren die Grundlage zur Entwicklung und Evaluation dieser Intervention.

Vielen Dank an Herrn Prof. Dr. Jörg M. Fegert, ärztliche Leitung der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie der Universitätsklinik Ulm, für die Übernahme der kommissarischen Leitung und die Unterstützung des Projekts „Mein Weg“ nach dem Tod von Herrn Prof. Dr. Lutz Goldbeck.

Mein besonderer Dank gilt den „Mein Weg“ Supervisoren Thorsten Sukale, Miriam Rassenhofer und Veronica Kirsch, die seit mehr als 2 Jahren viele „Mein Weg“-Gruppen begeistert supervidiert und unterstützt haben sowie wertvolles Feedback zu diesem Manual geliefert haben.

Weiterhin bedanke ich mich bei allen wissenschaftlichen Mitarbeitern und wissenschaftlichen Hilfskräften in der Sektion Psychotherapieforschung, die das

Projekt bei zahlreichen Screenings und anderen Projektaufgaben unterstützt haben: Judith Hirschmiller, Belinda Fleischmann, Cedric Sachser, Svenja Schön, Marie Berlet, Sabine Grau, Dunja Tutus und insbesondere Lasse Bartels, der fast alle Grafiken für dieses Manual entworfen und ausgearbeitet hat.

Ich möchte mich an dieser Stelle bei der World Childhood Foundation, insbesondere Frau Andrea Möhringer und der Otto-Kässbohrer-Stiftung in Ulm bedanken, die das Forschungsprojekt „Mein Weg“ finanziell und inhaltlich unterstützt haben.

Zuletzt gilt mein herzlicher Dank unseren teilnehmenden jungen Flüchtlingen, den Gruppenleitern, Koordinatoren und Einrichtungsleitungen der folgenden Einrichtungen, ohne die das Gesamtprojekt nicht möglich gewesen wäre: Erzbischöfliches Kinderheim Haus Nazareth Sigmaringen und Hechingen, Eva Heidenheim gGmbH, AWO Augsburg, Paulinenpflege Winnenden, Jugendhilfe Aktiv e.V. Esslingen, Diakonische Jugendhilfe Region Heilbronn, Zentrum >guterhirte< Ulm, Kinder- und Jugendhilfe Neuhausen, Jugendhilfe Creglingen, Heilpädagogisches Jugendhilfezentrum Sperlingshof, Albert-Schweitzer-Kinderdorf e.V., Oberlin e.V. Ulm, Psychologische Beratungsstelle Diakonieverbund Ulm, AWO Ulm, My Beratung und Bildung Günzburg, Jugend- und Erwachsenenhilfe Seitz gGmbH Ulm und Sankt Hildegard Memmingen. Danke für Ihre leidenschaftliche und engagierte Unterstützung.

Elisa Pfeiffer

Vorwort World Childhood Foundation

Traumata schädigen. Sie verhindern das Führen eines emotional stabilen und glücklichen Lebens. Allein gelassen mit ihnen, können Traumata das Leben eines Menschen langfristig negativ beeinflussen. Das gilt im Besonderen auch für Flüchtlingskinder und für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge. Auf ihrem oft langen Weg nach Deutschland waren viele von ihnen furchtbaren Erlebnissen ausgesetzt. Eine frühzeitige Intervention, die stützt, stabilisiert und das Erlebte anspricht, kann den Betroffenen einen Teil des Leidensdrucks nehmen.

Das geschieht im Projekt „Mein Weg“, das durch die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm entwickelt und in Zusammenarbeit mit einer Reihe von freien Trägern der Jugendhilfe implementiert wurde. Das niedrigschwellige Unterstützungsangebot hilft unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen bei der Bewältigung traumatischer Erlebnisse und schafft ein soziales Netz um die jungen Menschen. Bedenkt man, dass die

Hälfte der unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge derzeit noch keine ausreichende psychologische Betreuung erhält, erscheint die gelungene Projektimplementation von „Mein Weg“ als möglicher Lösungsansatz für eine flächendeckendere psychologische Erstversorgung für die Betroffenen.

Als Geschäftsführerin der World Childhood Foundation ist es mir ein besonderes Anliegen, innovative und interdisziplinäre Projektideen zu unterstützen, die neue Wege gehen und das Potenzial haben, mit ihrer Arbeit die Lebensqualität möglichst vieler Kinder und Jugendlicher zu verbessern. Es macht mich stolz zu sehen, dass wir als Stiftung mit der Förderung von „Mein Weg“ dabei geholfen haben, ein großartiges Konzept in die Praxis umzusetzen, von dem zukünftig viele junge Menschen profitieren werden.

Andrea Möhringer
WORLD CHILDHOOD FOUNDATION
Geschäftsführung

Vorwort

Allein im Jahr 2017 haben über 1,4 Millionen Flüchtlinge und Asylsuchende die Bundesrepublik Deutschland erreicht, über die Hälfte von ihnen ist minderjährig (United Nations High Commissioner for Refugees, 2018). Eine hohe Zahl an jungen Flüchtlingen erlebt in ihrem Heimatland, auf der Flucht und auch im Gastland eine Vielzahl traumatischer Erlebnisse, welche die individuellen Bewältigungsmöglichkeiten übersteigen. Infolgedessen entwickelt etwa jeder zweite (unbegleitete) minderjährige Flüchtling posttraumatische Stresssymptome wie Wiedererleben der Erlebnisse in Form von sich ungewollt aufdrängenden Bildern oder Alpträumen, Schlafstörungen, Konzentrationsproblemen oder Veränderungen in Stimmung (Freudverlust, Zunahme an Aggression und Traurigkeit) und Kognitionen („Ich bin an allem schuld“, „Ich bin seit dem Erlebnis wertlos“). Verschiedene strukturelle und individuelle Barrieren verhindern jedoch einen adäquaten Zugang zu einer psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung. Gestufte Versorgungsmodelle sind eine Antwort auf ein nur eingeschränkt funktionierendes Hilfesystem, das dem aktuellen Bedarf nicht gerecht wird.

Die traumafokussierte pädagogische Gruppenintervention „Mein Weg“ stellt eine niedrighschwellige Komponente in einem gestuften Versorgungsmodell für junge Flüchtlinge dar. Die Intervention wurde Anfang 2016 gemeinsam mit Partnern aus der Jugendhilfe entwickelt und wissenschaftlich evaluiert (s. Evidenz). Sie richtet sich speziell an traumatisierte junge Flüchtlinge, die unter posttraumatischen Stresssymptomen und depressiven Symptomen leiden. Pädagogen¹ werden anhand des Manuals befähigt, die insgesamt sechs Sitzungen mit 2 bis 5 Jugendlichen manualgetreu durchzuführen. Die Wirkfaktoren der Intervention sind

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde im gesamten Text auf die Nennung der femininen und maskulinen Form (z. B. Gruppenleiterin/Gruppenleiter) verzichtet. Obwohl im Text meist die männliche Form verwendet wird, sind immer beide Geschlechter gemeint.

das konkrete traumafokussierte Arbeiten sowie die Gruppenkomponente. Die Implementation der Intervention in Jugendhilfeeinrichtungen, Schulen oder Beratungsstellen bietet wichtige Vorteile wie etwa die Herabsetzung der Hemmschwelle zur Teilnahme am Hilfsangebot, eine bekannte und vertraute Umgebung für die Jugendlichen und ein relativ niedriger organisatorischer Aufwand für die Durchführenden.

Ziel des Manuals ist neben einer Symptomprävention und -reduktion bei den jungen Flüchtlingen auch Pädagogen im Umgang mit traumatisierten jungen Flüchtlingen zu stärken und Kompetenzen in den Bereichen Trauma, Traumafolgestörungen und das Arbeiten mit traumapädagogischen Konzepten zu fördern.

Das vorliegende Manual enthält vielfältige Arbeitsmaterialien wie ein Workbook für die Teilnehmenden mit nichtsprachlichen Inhalten oder Sitzungsprotokolle für die eigene Reflexion. Die genaue Anwendung der Materialien wird für jede Sitzung detailliert beschrieben. Die Durchführung der Intervention „Mein Weg“ wird nach einem allgemeinen theoretischen Hintergrund Sitzung für Sitzung beschrieben. Zunächst wird das Rational jeder Sitzung erklärt, anschließend die praktische Durchführung und Umsetzung dieses Rationals innerhalb der Stunde und zuletzt gibt es jeweils Abschnitte zum Umgang mit möglichen Schwierigkeiten und Tipps.

Parallel zur Durchführung der Intervention empfehlen wir eine umfassende Schulung zum Manual und eine kontinuierliche Supervision durch erfahrene Kliniker. Diese kann unter anderem durch das TRAIN Institut (<https://www.trauma-fortbildung.de/>), welche erfahrene „Mein Weg“ Supervisoren beschäftigt, in Anspruch genommen werden. Direkte Kontaktdaten der Supervisoren finden Sie auch im Manual.

Ich wünsche Ihnen viel Erfolg bei der Anwendung des Manuals „Mein Weg“.

Elisa Pfeiffer

Inhaltsverzeichnis

Kapitel 1: Theoretischer Hintergrund	11
1.1 Trauma und Posttraumatische Belastungsstörung	11
1.2 Epidemiologie und Symptomatik bei jungen Flüchtlingen	14
1.3 Traumatherapie: Stand der Therapieforschung	15
1.4 Kulturelle Aspekte bei jungen Flüchtlingen	16
Kapitel 2: Manual zur Intervention	17
2.1 Einordnung „Mein Weg“: Gestuftes Versorgungsmodell	17
2.2 Das Rational der Intervention „Mein Weg“	18
2.3 Allgemeine Anwendungshinweise	19
2.3.1 Supervision: Klinische Begleitung der Durchführung	19
2.3.2 Materialien zur Durchführung der Intervention	19
2.4 Eingangsüberlegungen	19
2.4.1 Gruppenzusammensetzung	19
2.4.2 Gruppenleitung	20
2.4.2.1 Psychohygiene der Gruppenleitung	20
2.4.3 Einbezug der Bezugspersonen	21
2.4.4 Zeitliche Struktur der Sitzungen	21
2.4.4.1 Vor- und Nachbereiten der Sitzung	22
2.4.4.2 Sitzungsprotokolle	22
2.5 Modul 1: Belastungseinschätzung vor der Gruppendurchführung (Evaluation, Teil 1)	22
2.5.1 Materialien	23
2.5.1.1 Dokumentationsformular	23
2.5.1.2 Fragebogen 1: Child and Adolescent Trauma Screen (CATS)	23
2.5.1.3 Fragebogen 2: Gesundheitsfragebogen für Patienten 8 (PHQ-8)	24
2.5.2 Durchführung einer Belastungseinschätzung	25
2.6 Modul 2: Sitzungsinhalte	25
2.6.1 Inhaltliche Struktur der Sitzungen	25
2.6.1.1 Übersicht der einzelnen Sitzungen	26
2.6.2 Sitzung 1; Fokus: Psychoedukation und Bauchatmung	27
2.6.3 Sitzung 2; Fokus: Beginn des Narrativs	35
2.6.4 Sitzung 3; Fokus: Narrativ, Teil 2	44
2.6.5 Sitzung 4; Fokus: Narrativ, Teil 3	48
2.6.6 Sitzung 5; Fokus: Narrativ, Teil 4	52
2.6.7 Sitzung 6; Fokus: Zukunftsperspektive und Abschluss	56
2.7 Modul 3: Belastungseinschätzung nach der Gruppendurchführung (Evaluation, Teil 2)	62
2.7.1 Schritte der Belastungseinschätzung	62
2.7.2 Nachsorge	62

Kapitel 3: Empirischer Wirksamkeitsnachweis	63
3.1 Pilotstudie	63
3.2 RCT Studie: Evaluation der Intervention im kontrollierten Studiendesign	64
3.2.1 Exkurs: Randomisiert kontrollierte Studien	64
3.2.2 Die RCT-Studie zu „Mein Weg“	64
3.2.3 Beschreibung der Studienteilnehmenden	65
3.2.4 Studienergebnisse	65
3.2.4.1 Posttraumatische Belastungsstörung	65
3.2.4.2 Depression und dysfunktionale posttraumatische Kognitionen	66
3.2.4.3 Weitere Ergebnisse	66
3.2.4.4 Langzeiteffekte	67
3.3 Implementations- und Disseminationsphase	67
3.4 Forschungsergebnisse bezüglich der Gruppenleitung	67
3.5 Fazit	69
Literatur	70
Anhang	
Übersicht über die Materialien auf der CD-ROM	73

CD-ROM

Die CD-ROM enthält PDF-Dateien aller Materialien, die zur Durchführung des Therapieprogrammes verwendet werden können.

Die PDF-Dateien können mit dem Programm Acrobat® Reader (vgl. www.adobe.com/de/reader) gelesen und ausgedruckt werden.

Kapitel 1

Theoretischer Hintergrund

1.1 Trauma und Posttraumatische Belastungsstörung

Anders als im alltäglichen Sprachgebrauch wird ein traumatisches Erlebnis nach DSM-5-Kriterien (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; American Psychiatric Association, 2013) wie folgt definiert: „Konfrontation mit tatsächlichem oder drohendem Tod, ernsthafter Verletzung oder sexueller Gewalt (...)“ (American Psychiatric Association, 2014, S. 369). Diese Konfrontation kann entweder durch direktes eigenes Erleben, Zeugenschaft oder dadurch geschehen, dass man von anderen von einem solchen Ereignis erfährt. Beispiele sind das Erleben von physischer oder sexueller Gewalt, der Tod einer nahestehenden Person, Naturkatastrophen oder Unfälle. Traumatische Ereignisse werden in der Praxis häufig in zwei Subtypen unterteilt: Typ-1 und Typ-2 Traumata (Terr, 1991). Hierbei stellen Typ-1 Traumata akute, kurze und begrenzte Erlebnisse dar, wie beispielsweise einen Verkehrsunfall. Typ-2 Traumata

hingegen umfassen langanhaltende und sich wiederholende Erlebnisse, wie etwa häusliche Gewalt oder das Leben im Kriegsgebiet. Traumatische Erlebnisse werden außerdem in die Kategorien interpersonell und akzidentell eingeteilt (vgl. Abbildung 1; angelehnt an Maercker, 2013). Interpersonelle Traumata und Typ-II-Traumata haben für gewöhnlich schwerwiegendere Folgen als akzidentelle oder Typ-I-Traumata.

Mehr als $\frac{2}{3}$ der Kinder weltweit erleben vor ihrem 16. Lebensjahr mindestens ein traumatisches Erlebnis, und etwa 13% entwickeln infolgedessen posttraumatische Stresssymptome (Copeland, Keeler, Angold & Costello, 2007). Das Erleben von sexueller oder physischer Gewalt wird hierbei besonders stark mit der Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) assoziiert. Eine Studie von Loos, Wolff, Tutus und Goldbeck (2015) untersuchte die Arten traumatischer Erlebnisse in einer Stichprobe von 159 in Deutschland lebenden Kindern und Jugendlichen mit klinisch relevanter posttraumatischer Stresssymptomatik und fand heraus, dass am häufigsten kör-

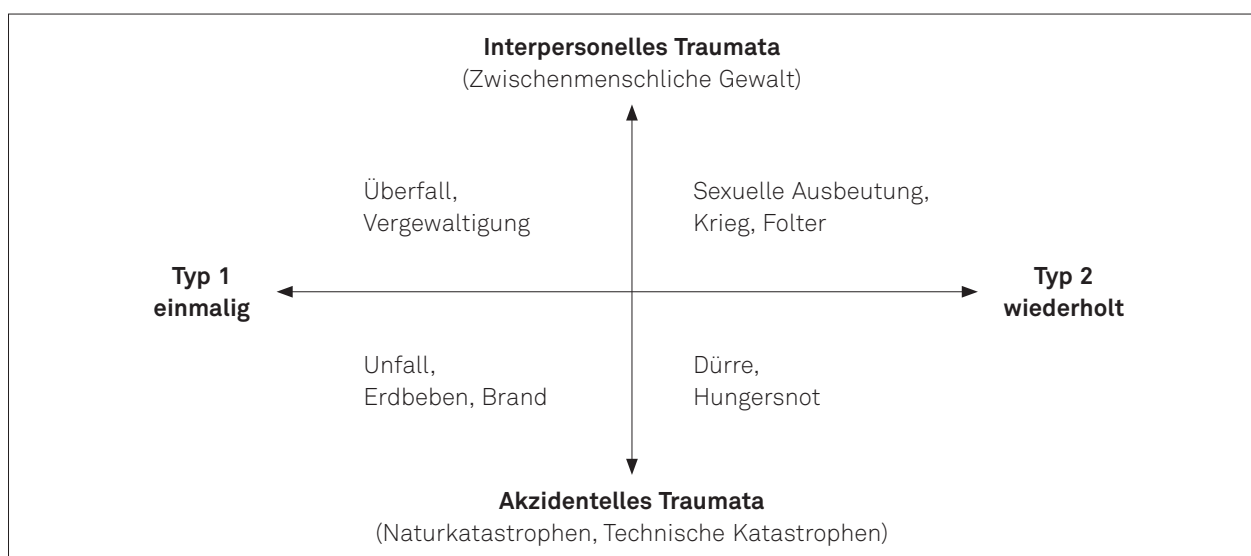


Abbildung 1: Darstellung der Traumatisierungstypen

perliche Gewalt (57,9%), der Verlust einer nahestehenden Person (45,9%) und sexuelle Übergriffe bzw. Missbrauch (44%) berichtet werden. Das Erleben eines traumatischen Ereignisses führt in den meisten Fällen zu einer akuten Stressreaktion, bei welcher Kinder und Jugendliche ängstlich, entsetzt, aufgelöst und verwirrt wirken, bzw. sind. Wenn diese Stressreaktionen mindestens 4 Wochen anhalten, ist eine wei-

tere Abklärung einer PTBS durch Kinder- und Jugendpsychiater/Psychotherapeuten notwendig. Die Symptome der PTBS können nach DSM-5 in vier Bereiche (Wiedererleben, Vermeidung, Negative Veränderungen in Kognitionen und/oder Affekten, Veränderung in Erregungsniveau und Reaktivität; s. Kriterien B bis E) mit insgesamt 20 Symptomen eingeteilt werden (vgl. Kasten 1).

Kasten 1: Diagnostische Kriterien für eine Posttraumatische Belastungsstörung nach DSM-5 (Abdruck erfolgt mit Genehmigung aus der deutschen Ausgabe des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition © 2013, Dt. Ausgabe: © 2018, American Psychiatric Association. Alle Rechte vorbehalten)

Diagnostische Kriterien	F43.10
<p>Posttraumatische Belastungsstörung</p> <p>Beachte: Die folgenden Kriterien gelten für Erwachsene, Jugendliche und Kinder, die älter als 6 Jahre sind. Für 6-jährige oder jüngere Kinder gelten die entsprechenden weiter unten aufgeführten Kriterien.</p> <p>A. Konfrontation mit tatsächlichem oder drohenden Tod, ernsthafter Verletzung oder sexueller Gewalt auf eine (oder mehrere) der folgenden Arten:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Direktes Erleben eines oder mehrerer traumatischer Ereignisse. 2. Persönliches Erleben eines oder mehrerer solcher traumatischer Ereignisse bei anderen Personen. 3. Erfahren, dass einem nahen Familienmitglied oder einem engen Freund ein oder mehrere traumatische Ereignisse zugestoßen sind. Im Falle von tatsächlichem oder drohendem Tod des Familienmitgliedes oder Freundes muss das Ereignis bzw. müssen die Ereignisse durch Gewalt oder einen Unfall bedingt sein. 4. Die Erfahrung wiederholter oder extremer Konfrontation mit aversiven Details von einem oder mehreren derartigen traumatischen Ereignissen (z.B. Ersthelfer, die menschliche Leichenteile aufsammeln, oder Polizisten, die wiederholt mit schockierenden Details von Kindesmissbrauch konfrontiert werden). <p>Beachte: Eine Konfrontation durch elektronische Medien, Fernsehen, Spielfilme oder Bilder erfüllt das Kriterium A4 nicht, es sei denn, diese Konfrontation ist berufsbedingt.</p> <p>B. Vorhandensein eines (oder mehrerer) der folgenden Symptome des Wiedererlebens (Intrusionen), die auf das oder die traumatischen Ereignisse bezogen sind und die nach dem oder den traumatischen Ereignissen aufgetreten sind:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wiederkehrende, unwillkürlich sich aufdrängende belastende Erinnerungen (Intrusionen) an das oder die traumatischen Ereignisse. <p>Beachte: Bei Kindern, die älter als 6 Jahre sind, können traumabezogene Themen oder Aspekte des oder der traumatischen Ereignisse wiederholt im Spielverhalten zum Ausdruck kommen.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Wiederkehrende, belastende Träume, deren Inhalte und/oder Affekte sich auf das oder die traumatischen Ereignisse beziehen. <p>Beachte: Bei Kindern können stark beängstigende Träume ohne wiedererkennbaren Inhalt auftreten.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Dissoziative Reaktionen (z.B. Flashbacks), bei denen die Person fühlt oder handelt, als ob sich das oder die traumatischen Ereignisse wieder ereignen würden. (Diese Reaktionen können in einem Kontinuum auftreten, bei dem der völlige Wahrnehmungsverlust der Umgebung die extremste Ausdrucksform darstellt.) <p>Beachte: Bei Kindern können Aspekte des Traumas im Spiel nachgestellt werden.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Intensive oder anhaltende psychische Belastung bei der Konfrontation mit inneren oder äußeren Hinweisreizen, die einen Aspekt des oder der traumatischen Ereignisse symbolisieren oder an Aspekte desselben bzw. derselben erinnern. 5. Deutliche körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit inneren oder äußeren Hinweisreizen, die einen Aspekt des oder der traumatischen Ereignisse symbolisieren oder an Aspekte desselben bzw. derselben erinnern. 	

Kasten 1: Fortsetzung

- C. Anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem oder den traumatischen Ereignissen verbunden sind, und die nach dem oder den traumatischen Ereignissen begannen. Dies ist durch eines (oder beide) der folgenden Symptome gekennzeichnet:
1. Vermeidung oder Bemühungen, belastende Erinnerungen, Gedanken oder Gefühle zu vermeiden, die sich auf das oder die Ereignisse beziehen oder eng mit diesem/diesen verbunden sind.
 2. Vermeidung oder Bemühungen, Dinge in der Umwelt (Personen, Orte, Gespräche, Aktivitäten, Gegenstände, Situationen) zu vermeiden, die belastende Erinnerungen, Gedanken oder Gefühle hervorrufen, die sich auf das oder die Ereignisse beziehen oder eng mit diesem bzw. diesen verbunden sind.
- D. Negative Veränderungen von Kognitionen und der Stimmung im Zusammenhang mit dem oder den traumatischen Ereignissen. Die Veränderungen haben nach dem oder den traumatischen Ereignissen begonnen oder sich verschlimmert und sind durch zwei (oder mehr) der folgenden Symptome gekennzeichnet:
1. Unfähigkeit, sich an einen wichtigen Aspekt des oder der traumatischen Ereignisse zu erinnern (typischerweise durch Dissoziative Amnesie und nicht durch andere Faktoren wie Kopfverletzungen, Alkohol oder Drogen bedingt).
 2. Anhaltende und übertriebene negative Überzeugungen oder Erwartungen, die sich auf die eigene Person, andere Personen oder die Welt beziehen (z. B. „Ich bin schlecht“, „Man kann niemandem trauen“, „Die ganze Welt ist gefährlich“, „Mein Nervensystem ist dauerhaft ruiniert“).
 3. Anhaltende verzerrte Kognitionen hinsichtlich der Ursache und Folgen des oder der traumatischen Ereignisse, die dazu führen, dass die Person sich oder anderen die Schuld zuschreibt.
 4. Andauernder negativer emotionaler Zustand (z.B. Furcht, Entsetzen, Wut, Schuld oder Scham).
 5. Deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten.
 6. Gefühle der Abgetrenntheit oder Entfremdung von anderen.
 7. Anhaltende Unfähigkeit, positive Gefühle zu empfinden (z.B. Glück, Zufriedenheit, Gefühle der Zuneigung).
- E. Deutliche Veränderungen des Erregungsniveaus und der Reaktivität im Zusammenhang mit dem oder den traumatischen Ereignissen. Die Veränderungen haben nach dem oder den traumatischen Ereignissen begonnen oder sich verschlimmert und sind durch zwei (oder mehr) der folgenden Symptome gekennzeichnet:
1. Reizbarkeit und Wutausbrüche (ohne oder aus geringfügigem Anlass), welche typischerweise durch verbale oder körperliche Aggression gegenüber Personen oder Gegenständen ausgedrückt werden.
 2. Riskantes oder selbstzerstörerisches Verhalten.
 3. Übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz).
 4. Übertriebene Schreckreaktionen.
 5. Konzentrationsschwierigkeiten.
 6. Schlafstörungen (z.B. Einoder Durchschlafschwierigkeiten oder unruhiger Schlaf).
- F. Das Störungsbild (Kriterien B, C, D und E) dauert länger als 1 Monat
- G. Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
- H. Das Störungsbild ist nicht Folge der physiologischen Wirkung einer Substanz (z.B. Medikament, Alkohol) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors.

Das wohl charakteristischste Symptom der PTBS ist das „Wiedererleben“ (Intrusionen) von Gedächtnisfragmenten an das traumatische Erlebnis, das durch interne oder externe traumarelevante Reize (sog. „trigger“) ausgelöst wird. Diese Intrusionen können sowohl im Wachzustand zu jeder Tageszeit, als auch im Schlafzustand in Form von Alpträumen auftreten. Ein Kind, das einen schlimmen Unfall erlebt hat, kann z. B. im Schulunterricht plötzlich Bilder des Unfalls vor Augen haben, was in der Regel zu (physiologischen) Stressreaktionen wie Herzrasen, Schwitzen oder Zittern führt. Der Bereich „Vermeidung“ umfasst das Ver-

meiden von Orten, Menschen, Gesprächen oder Erinnerungen an das traumatische Erlebnis, da die Konfrontation mit diesem meist zu einer intensiven psychischen und körperlichen Belastung führt. Ein durch einen schweren Autounfall traumatisiertes Kind würde beispielsweise die Kreuzung, an welcher der Unfall passiert ist, Autofahren generell oder Gespräche mit den Eltern darüber vermeiden. Der dritte Bereich „negative Veränderungen in Stimmung und Gedanken“ umfasst viele Symptome, die auch typisch für eine Depression sein können, weshalb der Trauma- bezug hier vorhanden sein muss (ist das Problem

vor oder nach dem Trauma aufgetreten?). Typisch für diesen Bereich sind sogenannte dysfunktionale traumabezogene Gedanken, welche die Kinder und Jugendlichen häufig nach einem traumatischen Erlebnis entwickeln und die sowohl bei der Aufrechterhaltung der Symptomatik als auch in der Traumatherapie eine wichtige Rolle spielen. Diese Gedanken können sich auf die Zukunft („Ich werde nie wieder normal sein“), sich selbst („Der Autounfall hat mein Leben zerstört“), andere („alle Männer sind gefährlich“) oder die (Um-)Welt („Die ganze Welt ist unsicher, überall sind Gefahren“) beziehen. Traumabezogene Veränderungen im Affekt beinhalten die Reduktion an positiven Gefühlen, eine Steigerung von negativen Gefühlen wie Wut und Trauer oder emotionale Taubheit („nichts fühlen können“). Der vierte Bereich umfasst Veränderungen im Erregungsniveau („Hyperarousal/Übererregung“). Dies zeigt sich dadurch, dass die Kinder und Jugendlichen dauerhaft angespannt und wachsam sind. Dies kann zu Konzentrations- oder Schlafstörungen führen. Um die Diagnosekriterien zu erfüllen, müssen die Symptome mindestens über vier Wochen hinweg andauern und zu einer signifikanten Funktionsbeeinträchtigung führen. Das deutsche Gesundheitssystem richtet sich nach den von der Weltgesundheitsorganisation definierten Diagnosen. Aktuell wird die 10. Version der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10, englisch „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“; World Health Organization, 1992) verwendet. In der kommenden Version des Klassifikationssystems (ICD-11) wird voraussichtlich ein reduziertes PTBS-Konstrukt mit drei Problembereichen und nur sechs Kernsymptomen beschrieben (je zwei Symptome in den Bereichen Wiedererleben, Vermeidung und Hyperarousal). Gleichzeitig wird im neuen Klassifikationssystem ICD-11 die Diagnose „Komplexe PTBS“ eingeführt, die neben den PTBS Kernsymptomen zusätzlich Störungen der Af-

fektregulation, ein negatives Selbstkonzept und interpersonelle Schwierigkeiten beinhaltet (Cloitre, Stolbach, Herman, Kolk, Pynoos, Wang, et al., 2009).

Aktuelle Studien berichten von einer Lebenszeit-Prävalenzrate (Anteil an der Bevölkerung, der jemals eine PTBS hatte) für PTBS im Jugend- und jungen Erwachsenenalter in Deutschland von 1,3 bis 1,6% (Essau, Conradt & Petermann, 1999; Perkonig, Kessler, Storz & Wittchen, 2000), wobei Mädchen und junge Frauen häufiger betroffen sind. Häufige komorbide Störungen von PTBS umfassen je nach Alter Depression, Angststörungen (bei kleineren Kindern häufig Trennungsängste), Dissoziation, Substanzmissbrauch, externalisierende Störungen (hyperkinetische Störungen), nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten oder Suizidalität (Pfeiffer, Sachser & Goldbeck, 2017).

1.2 Epidemiologie und Symptomatik bei jungen Flüchtlingen

Laut aktuellen Zahlen des Hohen Flüchtlingskommissariats der Vereinten Nationen (UNHCR) erreichten bis Ende 2017 über 1,4 Millionen Flüchtlinge und Asylsuchende die Bundesrepublik Deutschland. Über die Hälfte von ihnen sind minderjährig (United Nations High Commissioner for Refugees, 2018). In Deutschland werden unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (UMF) in Jugendhilfeeinrichtungen psychosozial versorgt und integriert. Besonders UMF sind vor, während und nach ihrer Flucht einer Vielzahl von traumatischen Erlebnissen ausgesetzt, was als „sequentielle Traumatisierung“ (vgl. Abbildung 2) bezeichnet wird.

Im Durchschnitt erleben UMF acht verschiedene traumatische Erlebnisse bis zu ihrer Ankunft in Deutschland (Pfeiffer & Goldbeck, 2017). Im Vergleich hierzu berichten deutsche Kinder und Jugendliche mit kli-

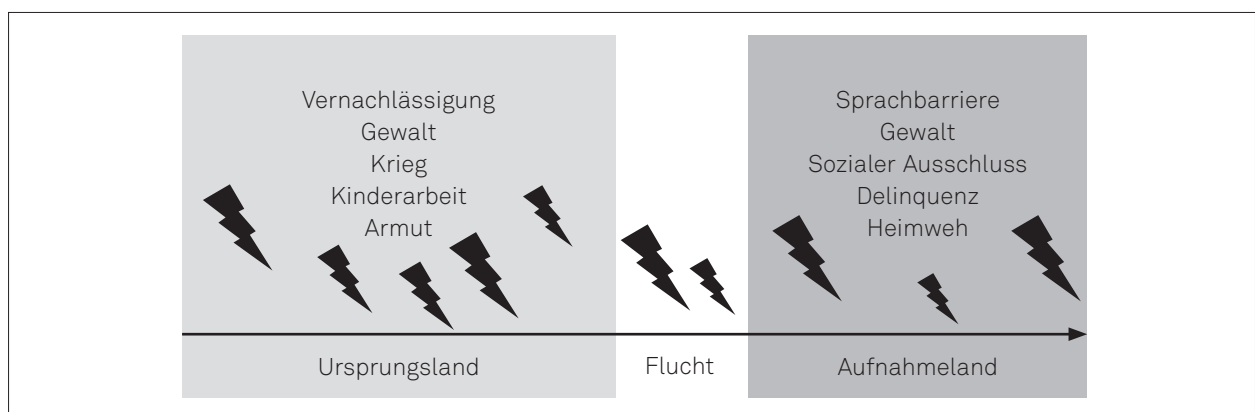


Abbildung 2: Beispielhafte Darstellung der sequentiellen Traumatisierung bei Flüchtlingen und zusätzlich belastenden Post-Migrations-Faktoren im Aufnahmeland.

nisch auffällig vielen posttraumatischen Stresssymptomen durchschnittlich fünf verschiedene traumatische Erlebnisse (Loos et al., 2015). Bei UMF werden am häufigsten die Zeugenschaft von Gewalt (innerhalb und außerhalb der Familie), der Verlust einer nahestehenden Person und Kriegserlebnisse berichtet (Jensen, Fjermestad, Granly & Wilhelmsen, 2015; Pfeiffer & Goldbeck, 2017). Das Erleben von sexueller Gewalt, auch bei männlichen jungen Flüchtlingen, wird von etwa 10 % der Jugendlichen angegeben. In der beschriebenen deutschen Stichprobe haben etwa 36 % (18 % bei Jungen) sexuelle Gewalt erlebt (Loos et al., 2015). In Folge der traumatischen Erlebnisse entwickelt diese vulnerable Population häufig Traumafolgestörungen wie PTBS, Depression, Somatisierung oder eine Angststörung (Tyler & Fazil, 2014). Nach aktuellen Zahlen zeigen etwa 40 bis 60 % der jungen Flüchtlinge klinisch auffällige posttraumatische Stresssymptome (BPtK, 2018; Jensen et al., 2015; Seglem, Oppedal & Raeder, 2011) und 24 bis 50 % eine depressive Symptomatik (Reavell & Fazil, 2017).

Zusätzlich zu den beschriebenen psychopathologischen Auffälligkeiten sind UMF nach ihrer Ankunft in Deutschland auch vielen weiteren Stressfaktoren ausgesetzt. Diese „Post-Migrations-Faktoren“ (vgl. Abbildung 2) umfassen Ungewissheit bezüglich des Asylstatus, Sprachbarrieren, wiederholte Wohnortwechsel, unbekanntes Gesundheits- und Sozialsystem, Arbeitslosigkeit und Diskriminierung. Zusätzlich können psychische Herausforderungen wie unerfüllte Erwartungen, bedrückende Nachrichten aus der Heimat oder der Verlust von Identität und sozialer Rolle den Alltag sowie die Integration in die neue Heimat erschweren. Die individuellen Post-Migrations-Faktoren sollten in jeder Behandlung beachtet und thematisiert werden.

1.3 Traumatherapie: Stand der Therapieforschung

Die Behandlung von PTBS bei Kindern und Jugendlichen wurde in den letzten Jahren umfassend erforscht. Besonders verhaltenstherapeutische und traumafokussierte Psychotherapien haben sich in der Reduktion von PTBS als effektiv erwiesen. Aktuelle Metaanalysen (Morina, Koerssen & Pollet, 2016; Gillies, Taylor, Gray, O'Brien & D'Abrew, 2013) und (inter-)nationale Behandlungsleitlinien für die psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen (National Institute for Health and Care Excellence, 2005) empfehlen die „Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie“ (Cohen, Mannarino & Deblinger, 2016), kurz TF-KVT, die ein multimodales Behandlungskonzept

beinhaltet und speziell für Kinder und Jugendliche mit PTBS entwickelt wurde. Die Behandlung umfasst in der Regel 12 bis 24 wöchentliche Doppelstunden, in welchen die Bezugsperson (Eltern, Großeltern, Betreuer aus der Jugendhilfe) eng eingebunden wird. In Tabelle 2 werden die einzelnen Komponenten der Therapie in ihrer vorgegebenen Reihenfolge dargestellt. Die grau hinterlegten Komponenten werden als Hauptwirkkomponenten evidenzbasierter Traumatherapie bezeichnet (Dorsey, Briggs & Woods, 2011) und können in fast allen kognitiv-behavioralen Traumatherapien wiedergefunden werden.

Tabelle 2: Behandlungskomponenten der TF-KVT

	TF-KVT Komponente
1	Psychoedukation und Elternfertigkeiten
2	Entspannung
3	Ausdruck und Modulation von Affekten
4	Kognitive Verarbeitung und Bewältigung I
5	Traumannarrativ (graduierte Exposition in sensu)
6	Kognitive Verarbeitung und Bewältigung II
7	In vivo Bewältigung von traumatischen Erlebnissen
8	Gemeinsame Eltern-Kind-Sitzungen
9	Förderung künftiger Sicherheit und Entwicklung

Verschiedene Studien haben gezeigt, dass die TF-KVT nicht nur zu einer Reduktion der PTBS führt, sondern auch bei komorbider Depression und Angst sowie externalisierenden Störungen (hyperkinetische Störungen und Störung des Sozialverhaltens) hilft (Studie in Deutschland: Goldbeck, Muche, Sachser, Tutus & Rosner, 2016). Langzeiteffekte bis zu zwei Jahre nach Abschluss der Therapie konnten gezeigt werden (Cohen, Mannarino & Knudsen, 2005; Goldbeck et al., 2016; Jensen, Holt & Ormhaug, 2017; Mannarino, Cohen & Deblinger, 2012; Tutus, Pfeiffer, Rosner, Sachser & Goldbeck, 2017). Die Wirksamkeit von weiteren Traumatherapien im Kinder- und Jugendbereich, wie z. B. die „Narrative Expositionstherapie“ ((KID-)NET; Ruf, Schauer, Neuner, Catani, Schauer & Elbert, 2010), „Eye Movement Desensitization and Reprocessing“ (EMDR; Shapiro, 1995), „Prolonged Exposure“ für Adoleszente (PE-A; Foa, Hembree & Rothbaum, 2007) oder „Cognitive Processing Therapy“ (CPT; König, Resick, Karl & Rosner, 2012; Resick & Schnicke, 1993), wurde bereits in einigen Studien nachgewiesen. Bisher gibt es keine Evidenz für die medikamentöse Behandlung der PTBS daher wird sie in den Leitlinien als alleinige Intervention nicht empfohlen (Flatten et al., 2011; National Institute for

Clinical Excellence, 2005). Bei starker komorbider Depression kann eine medikamentöse Unterstützung jedoch in Erwägung gezogen werden.

Neben Einzeltherapien wurden in den letzten Jahren niedrigschwellige Gruppeninterventionen, sog. „school- and community-based interventions“ (Interventionen im Schul- und Gemeindekontext), mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen erforscht. Gruppensettings haben im Vergleich zum Einzelsetting neben der Kosteneffizienz wichtige Vorteile, wie die Reduktion wahrgenommener Stigmatisierung und Diskriminierung, gegenseitige Unterstützung der Teilnehmenden während der Behandlung und das entstehende Gruppenzugehörigkeitsgefühl. Teilnehmende machen durch das Gruppensetting die Erfahrung, dass es anderen ähnlich geht mit ihrer Symptomatik und dass sie die oft herausfordernde Behandlung nicht alleine schaffen müssen. Diese Gruppeninterventionen basieren häufig auf kognitiv-behavioralen Konzepten und werden entweder durch Psychotherapeuten oder durch geschulte und supervidierte „Laien“ (z.B. Lehrer, Jugendhilfemitarbeiter, ...) durchgeführt. Aktuelle Reviews und Metaanalysen haben gezeigt, dass diese Interventionen bezüglich der Reduktion von PTBS und Depression vielversprechend sind und vereinzelt sogar Langzeiteffekte aufweisen (Rolfesnes & Idsoe, 2011).

1.4 Kulturelle Aspekte bei jungen Flüchtlingen

Bei jungen Flüchtlingen handelt es sich meist um Personen mit anderen Kulturen, Traditionen, Religionen und Sprachen. Ein Großteil von Flüchtlingen kommt aus kollektivistischen Kulturen, welche im Gegensatz zu individualistischen (westlichen) Kulturen das Individuum vorrangig als Teil einer Gemeinschaft sehen, die Familie und das soziale Umfeld stehen im Vordergrund. Zudem hat die Beziehung meist Vorrang vor der Aufgabe und Meinungen werden häufig von der Ingroup vorgegeben (vgl. Hofstede, 2011). Eine kollektivistische Werteorientierung spiegelt sich auch in der Kommunikation wider. Menschen aus kollektivistischen Kulturen besitzen häufig einen „high context“ Kommunikationsstil, bei welchem die Bekanntheit von Details vorausgesetzt wird und mehr indirekte Ausdrücke verwendet werden. Es handelt sich im Gegensatz zum in westlichen Kulturen („low context“) vorherrschenden „linear-problemfokussierten“ Stil um einen „einkreisend-annähernden“ Kommunikationsstil, bei welchem Probleme nicht direkt benannt und thematisiert werden.

Das Krankheits- und Behandlungskonzept psychischer Störungen kann von dem der westlichen Gesellschaften abweichen. Beispielsweise wird Schmerz häufig als ganzheitlich erlebt, weshalb seelisches Leiden immer auch körperlich wahrgenommen und geschildert wird. Da Symptome unterschiedlich ausgedrückt werden können, kann es hilfreich sein, bildliche Ausdrucksweisen zu ergründen und in der eigenen Erklärung der Symptomatik auch Metaphern oder Bilder zu verwenden (vgl. „Wunden-Metapher“ oder „Kleiderschrankmetapher“ im Kapitel 2.6.3). Erkrankungen werden teilweise auch übernatürlichen Ursachen zugeschrieben (z.B. Besessenheit), die von außen kommen und meist Körper und Geist erfassen. Diesen Ursachen sollte man wertschätzend und neugierig begegnen, oftmals wird eine alternative (medizinische) Erklärung nur schwer akzeptiert. Häufig haben Kinder und Jugendliche auch Angst vor einer Stigmatisierung oder vor Vorurteilen anderer. Das Behandlungskonzept von psychischen Symptomen kann sich je nach Werteorientierung und Herkunft deutlich unterscheiden. Teilweise werden zur Behandlung psychischer Probleme Geistliche konsultiert oder spezielle Ärzte zu Rate gezogen. Hierbei ist es wichtig, dem Jugendlichen in der Psychoedukation (Sitzung 1) transparent zu erklären, was das eigene Behandlungskonzept bei psychischen Problemen ist und dieses mit dem des Jugendlichen wertungsfrei abzugleichen.

Generell sollten im Umgang mit Geflüchteten jedoch keine allgemeingültigen Aussagen über kulturell bedingte Verhaltens- und Erlebensweisen herangezogen werden. Vielmehr ist eine gewisse interkulturelle Kompetenz von Vorteil, um Stereotypisierungen oder Kommunikationsbarrieren zu vermeiden. Das Konzept der „interkulturellen Kompetenz“ umfasst nach Gavrandiou und Abdallah-Steinkopff (2007) die Fähigkeit, nicht nur Unterschiede, sondern auch Gemeinsamkeiten zwischen den Kulturen wahrzunehmen und sich über mögliche kulturelle Unterschiede auszutauschen (Abdallah-Steinkopff; 2015). Darüber hinaus beinhaltet das Konzept auch die Kenntnis über eigene Werte, die Bereitschaft, sich mit eigenen Vorurteilen und Stereotypen auseinanderzusetzen, und die Anerkennung, dass die eigene Kultur nicht universell gültig ist.

Die kontinuierliche Reflektion eigener Wertvorstellungen, Stereotype und Vorurteile ist somit grundlegend in der Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingskindern. Eine offene und wertfreie Haltung und eine gewisse Neugier für Besonderheiten in der Sprache, Mimik und Gestik wird empfohlen.

Kapitel 2

Manual zur Intervention

2.1 Einordnung „Mein Weg“: Gestuftes Versorgungsmodell

Aktuell erhalten nur wenige der zum Teil schwer traumatisierten minderjährigen Flüchtlinge psychologische Hilfe. Grund dafür sind verschiedene Barrieren, welche einer adäquaten Behandlung entgegenstehen. Einerseits handelt es sich hierbei um strukturelle Barrieren wie das Fehlen von migrationsspezifischen Angeboten, ungünstige gesetzliche Bedingungen für Asylbewerber mit unsicherem Aufenthaltsstatus, lange Wartezeiten auf einen Therapieplatz oder die geringe Verfügbarkeit muttersprachlicher Therapeuten. Andererseits gibt es auch auf Seiten der Betroffenen Barrieren wie unzureichende Sprachkenntnisse, das Fehlen eines subjektiven Krankheitskonzeptes, Angst vor Stigmatisierung, mangelnde Kenntnisse über das deutsche Gesundheitssystem und Psychotherapie generell, sowie eine negative Einstellung gegenüber psychosozialen Behandlungen. Die Entwicklung weiterer (ökonomischer) Behandlungsmethoden, welche

diese Barrieren überwinden, ist somit unbedingt notwendig.

Aufgrund der Vielzahl der Barrieren und der unterschiedlichen Bedürfnisse von Flüchtlingen empfehlen verschiedene Forschergruppen im deutschsprachigen Raum gestufte Versorgungsmodelle (engl. „stepped and collaborative care model“; Elbert, Wilker, Schauer & Neuner, 2017; Schneider, Bajbouj & Heinz, 2017). Einzelne Komponenten werden in der untenstehenden Abbildung 3 dargestellt. Die Grundidee dieser Versorgungsmodelle ist, in einem Umfeld mit limitierten Ressourcen (z. B. zu wenige Therapieplätze) Versorgungsangebote partizipativ, kultursensibel und bedarfsgerecht anzubieten. Jedes Individuum soll letztendlich das Hilfsangebot erhalten, das seinen aktuellen Bedürfnissen am besten entspricht. Hilfsbedürftige Menschen werden zunächst mit den üblichen Behandlungsangeboten versorgt und nur bei fehlender Wirksamkeit dieser Maßnahmen wird eine intensive, psychotherapeutische Behandlung initiiert.



Abbildung 3: Darstellung eines gestuften Versorgungsmodells für Flüchtlinge, angelehnt an Schneider et al. (2017)

Die pädagogische traumafokussierte Gruppenintervention „Mein Weg“ kann als eine Komponente in solch einem gestuften Versorgungsmodell für junge Flüchtlinge betrachtet werden. Die Intervention ist in diesem Modell als ein spezialisiertes Angebot (traumafokussiert) für junge Flüchtlinge mit mild-moderater Stresssymptomatik einzuordnen und wird durch Pädagogen durchgeführt. „Mein Weg“ kann somit auch der Türöffner für eine Einzelintervention (z.B. Traumatherapie) sein und als mögliche Vorstufe einer psychotherapeutischen Behandlung durchgeführt werden.

2.2 Das Rational der Intervention „Mein Weg“

Die Ziele der traumafokussierten Gruppenintervention „Mein Weg“ sind zum einen die Reduktion der posttraumatischen und depressiven Stresssymptomatik und zum anderen eine tiefgreifende Weiterbildung und Befähigung der Pädagogen (Jugendhelfemitarbeiter, Lehrer) im Umgang mit traumatisierten jungen Flüchtlingen. Die Inhalte der Intervention wurden von der evidenzbasierten Traumatherapie TF-KVT und allgemeinen Wirkfaktoren in der PTBS-Behandlung (vgl. Kapitel 1.3) abgeleitet und an die Zielgruppe „(unbegleitete) junge Flüchtlinge“ sprachlich sowie kulturell angepasst. Des Weiteren wurden die Komponenten an ein Gruppenformat adaptiert, was Vorteile gegenüber dem Einzelsetting mitbringt (vgl. Kapitel 1.3). Gerade im Jugendalter spielen Peers (Gleichaltrige) eine wichtige Rolle, besonders wenn diese einen ähnlichen kulturellen und sozioökonomischen Hintergrund haben. Die Gruppendynamik ist somit ein sehr wichtiger Wirkfaktor der hier dargestellten Intervention. Aufgrund der häufigen Wohnortwechsel der Jugendlichen und der oftmals unsicheren Bleibeperspektive haben die Autoren die Intervention ganz bewusst als ein kurzzeitiges und abgeschlossenes Konzept entwickelt. Jeder Teilnehmende soll die Möglichkeit haben, an allen Terminen teilzunehmen. Die Hauptkomponenten der insgesamt sechs Sitzungen, die in sechs bis acht Wochen durchgeführt werden, umfassen Psychoedukation, Entspannung, das Traumanarrativ (graduierte Exposition/Konfrontation) und kognitive Umstrukturierung. Das „Herzstück“ der Intervention ist das Traumanarrativ, die graduierte Exposition mit den Erinnerungen an die traumatischen Erlebnisse, welches über vier Sitzungen hinweg bearbeitet wird. Es wird dringend empfohlen die Intervention mit allen Modulen und Sitzungen in der im Manual angegebenen Reihenfolge durchzuführen, da die Inhalte stark aufeinander aufbauen. Die Sitzungen sind zeitlich chronologisch aufgebaut,

beginnend mit dem Leben im Heimatland und abschließend mit einem Blick in die Zukunft. Lediglich die Inhalte von Sitzung 1 (Psychoedukation und Entspannung) könnten auch unabhängig verwendet werden. Das Rational der einzelnen Komponenten und Sitzungen ist in Kapitel 2.6.3 und vor der jeweiligen Sitzung detailliert beschrieben. Die Inhalte werden anhand verschiedener Materialien (Workbooks, Karten, Gefühlskärtchen, etc.) vermittelt, welche an der entsprechenden Stelle im Manual eingeführt werden.

Die Gruppenintervention wurde vor dem Hintergrund individueller und kultureller Unterschiede sowie möglicher sprachlicher Barrieren der Teilnehmenden entwickelt. Deshalb sind die Inhalte meist ohne differenzierte Deutschkenntnisse durchführbar. Zum Sitzungsinhalt passende Grafiken (s. Psychoedukation oder Bauchatmung) sowie die Möglichkeit, Teile der Intervention in der eigenen Sprache zu bearbeiten (z.B. Einzelarbeit im Narrativ), erleichtern die Durchführung zusätzlich.

Die Gruppenintervention „Mein Weg“ wurde speziell für (unbegleitete) junge Flüchtlinge von 13 bis 21 Jahren mit milden bis moderaten posttraumatischen Belastungssymptomen in Jugendhilfeeinrichtungen (und Schulen) entwickelt und evaluiert. Die Intervention hat sich bislang in folgendem Zeitfenster bewährt: Die Flüchtlinge sind zu Interventionsbeginn bereits seit sechs Monaten in Deutschland (Stabilisierung, Gewöhnung an Deutschland, grundlegende Deutschkenntnisse vorhanden). Außerdem können sie noch weitere drei Monate in der jeweiligen Einrichtung verbleiben und, wenn möglich, ist eine sichere Bleibeperspektive für die folgenden drei Monate in Aussicht.

Die Intervention kann auch mit begleiteten jungen Flüchtlingen durchgeführt werden sowie mit an die Jugendhilfe angebotenen jungen Flüchtlingen, die in einer Gemeinschaftsunterkunft leben. Man sollte hier aber auch die Besonderheiten im Alltag berücksichtigen (z.B. wenige bis keine Rückzugsmöglichkeiten). Die Intervention kann nicht mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund durchgeführt werden, da besonders die Narrativ-Teile migrations-spezifisch sind.

Eine Limitation der Intervention ist, dass die Thematik „Asylverfahren“ nicht speziell in einem dezidierten Modul thematisiert wird. Handlungsmöglichkeiten der Gruppenleiter zum Umgang mit belasteten Teilnehmern aufgrund ihrer unsicheren Bleibeperspektive oder des Erhalts eines Abschiebungsbescheides, werden nur kurz an verschiedenen Stellen im Manual adressiert. Der Fokus von „Mein Weg“ liegt auf der Verarbeitung von traumatischen Erlebnissen und nicht auf dem Umgang mit dem Asylverfahren.

Bei hoher Belastung aufgrund aktueller Stressfaktoren, die ein narratives Arbeiten nicht möglich machen, sollte über eine Vorstellung bei einem Kinder- und Jugendpsychiater/Psychotherapeuten oder in einer Beratungsstelle nachgedacht werden.

2.3 Allgemeine Anwendungshinweise

Die Inhalte des Manuals basieren auf langjähriger Erfahrung sowohl in der (Trauma-)Therapie als auch in niedrigschwelligen traumafokussierten Gruppeninterventionen und umfassen die wesentlichen notwendigen Informationen zur Durchführung der Intervention „Mein Weg“. Nach den allgemeinen Anwendungshinweisen wird jede einzelne Sitzung in drei Schritten detailliert dargestellt:

- (1) Rational der Sitzung
- (2) Durchführung mit den jeweils relevanten Materialien
- (3) Mögliche Schwierigkeiten und Tipps

Die Intervention wird bereits seit drei Jahren in verschiedenen Jugendhilfeeinrichtungen implementiert und evaluiert (vgl. Kapitel 3). Die Autoren haben mit ihrem Team somit bereits mehr als 38 Gruppen begleitet und mehr als 86 Gruppenleiter geschult und supervidiert. Die bisherigen Erfahrungen mit der Intervention wurden in dieses Manual sorgfältig eingearbeitet.

2.3.1 Supervision: Klinische Begleitung der Durchführung

Trotz des umfassenden Manuals mit konkreten Anleitungen und Hilfestellungen hat die Erfahrung gezeigt, dass die Gruppendynamik durch die verschiedenen Teilnehmenden und Gruppenleiter bei jeder Durchführung sehr unterschiedlich ist und somit immer wieder neue Herausforderungen mit sich bringt. Die Intervention „Mein Weg“ sollte deshalb nicht ohne Begleitung in Form von Super- oder Intervision durch einen psychologischen Fachdienst oder einen approbierten Kinder- und Jugendpsychotherapeuten mit Erfahrungen im Flüchtlingsbereich und traumafokussierter Arbeit durchgeführt werden. Das Manual wurde mit einer kontinuierlichen wöchentlichen Gruppensupervision evaluiert und soll folglich auch so angewendet werden. Wenn der Gruppenleiter bereits ein bis zwei Durchläufe der Intervention absolviert hat, kann das Supervisionsangebot in größeren zeitlichen Abständen in Anspruch genommen werden. Wir empfehlen an dieser Stelle besonders die zertifizierten „Mein

Weg“ Supervisoren, die zum einen sehr erfahrene Kliniker und Traumatherapeuten sind und zum anderen viel Erfahrung mit der Anleitung von „Mein Weg“ haben. Sie haben das Projekt etwa zwei Jahre lang innerhalb der Evaluationsstudien begleitet (Kontakt: Thorsten Sukale (thorsten.sukale@uniklinik-ulm.de); Jun.-Prof. Dr. Miriam Rassenhofer (miriam.rassenhofer@uniklinik-ulm.de); Dr. Dipl.-Psych. Veronica Kirsch (info@psychotherapiepraxis-augsburg.de)).

2.3.2 Materialien zur Durchführung der Intervention

Neben dem Manual für Gruppenleiter umfasst die Intervention „Mein Weg“ folgende Materialien:

- Dokumentationsformular (Modul 1 und 3)
- Ein Workbook für die Teilnehmenden (Inhalte für jede Sitzung)
- Sitzungsprotokolle für die Gruppenleiter (für jede Sitzung)
- 2 Landkarten (Sitzung 2)
- Urkunde (Sitzung 6)
- Gefühlskärtchen (Zusatzmaterialien)
- Kleiderschrankmetapher (Zusatzmaterialien)

Diese befinden sich im Anhang bzw. auf der beiliegenden CD-ROM und werden im Manual entsprechend beschrieben. Die Materialien werden vor jeder Sitzung von den Gruppenleitern entsprechend zusammengestellt und vorbereitet. Die sitzungsrelevanten Materialien werden den Teilnehmenden an passender Stelle ausgeteilt und am Ende jeder Sitzung eingesammelt. Am Ende der Gruppenintervention können alle Materialien dem Teilnehmenden z. B. in einer Mappe überreicht werden. Dies sollte den Teilnehmenden bereits in der ersten Sitzung kommuniziert werden.

2.4 Eingangsüberlegungen

2.4.1 Gruppenzusammensetzung

Es sollte vorab sichergestellt werden, dass alle Teilnehmer über den kompletten Zeitraum hinweg teilnehmen können. Aus folgenden Gründen ist dies wichtig: (1) Die Intervention ist modular aufgebaut und die Inhalte bauen aufeinander auf, (2) eine Unterbrechung der narrativen Arbeit kann belastend für die Teilnehmer sein und (3) kann sich der Verlust eines Gruppenmitglieds negativ auf die Gruppendynamik auswirken. Die Planung der Gruppengröße zu Beginn ist sehr wichtig. Eine Gruppe sollte aus drei bis fünf Teilnehmenden bestehen. Besonders in den Narrativsitzen-

gen soll die Möglichkeit für Einzelgespräche zwischen Teilnehmenden und Gruppenleitenden gegeben sein, weshalb die Gruppengröße fünf Teilnehmende nicht überschreiten sollte. Die Durchführung der Intervention mit insgesamt fünf Jugendlichen kann unter Umständen herausfordernd sein, da die Sitzungen sehr lang werden können. Wie bei anderen Gruppenangeboten, muss auch bei „Mein Weg“ damit gerechnet werden, dass Jugendliche die Teilnahme vorzeitig beenden (sog. „Drop outs“). Studien haben gezeigt, dass durchschnittlich etwa 25 % der Teilnehmenden ein Gruppenangebot vor Ende der letzten Sitzung abbrechen. Dies ist normal und kann verschiedene Gründe haben, wie Zeitmangel, Bedarf für eine Einzelintervention oder Motivationsverlust. Wir empfehlen daher mit mindestens drei Teilnehmenden zu starten, da bei zwei Teilnehmenden der eigentliche Gruppeneffekt sehr klein sein kann und es für die Teilnehmenden anstrengender sein kann, da sie mehr im Fokus der Gruppenleiter stehen. Die Teilnehmenden dürfen sich untereinander bereits kennen, das ist jedoch keine Voraussetzung für die Gruppenbildung. Auf eine gute Arbeitsatmosphäre innerhalb der Gruppe sollte geachtet werden.

Im „Mein Weg“ Projekt wurden bereits einige Gruppen mit männlichen und weiblichen Teilnehmenden zusammen durchgeführt, was in den meisten Fällen sehr gut funktioniert hat. Bei gemischten Gruppen sollte man beim Teilen des Narrativs im Blick behalten, dass Themen auch schambesetzt sein können. Dies hat mit den inhaltlichen Themen wie beispielsweise sexuellen Übergriffen zu tun, aber auch mit kulturellen Themen bzgl. des Unterschiedes zwischen Mann und Frau. Dies sollte für beide Geschlechter beachtet werden, und eventuell müssen Teilnehmende auch geschützt werden, indem bestimmte Inhalte aus den gemeinsamen Gruppensitzungen herausgehalten werden (z.B. Teile des Narrativs außerhalb der Sitzungen erarbeiten). Gemischte Gruppen können aber auch zu korrigierenden Beziehungserfahrungen führen: Die Jugendlichen machen wichtige Erfahrungen im Umgang mit dem jeweils anderen Geschlecht. Das jeweilige Frauenbild und die Rolle der Frau sollte immer im spezifischen Kontext betrachtet werden.

2.4.2 Gruppenleitung

Jede Gruppe wird von genau zwei Gruppenleitern durchgeführt. Diese bereiten die Sitzung gemeinsam vor, füllen die Sitzungsprotokolle nach jeder Sitzung aus und stellen insgesamt sicher, dass sich die Durchführung am Manual orientiert. Es müssen immer zwei Gruppenleiter bei den Sitzungen dabei sein, damit

die einzelnen Teilnehmenden die Möglichkeit zu einem Einzelgespräch haben. Außerdem können sich die Gruppenleiter während der Sitzungen gegenseitig unterstützen und Aufgaben aufteilen. Beispielsweise kann ein Gruppenleiter für das Einhalten der Zeit zuständig sein und ein Gruppenleiter für die Bearbeitung der Inhalte. Mehr als zwei Gruppenleiter sind nicht notwendig, dies erschwert die Koordination und ist für die Teilnehmenden eher überfordernd als hilfreich. Die Gruppenleiter sollten, wenn möglich, über den gesamten Durchlauf dieselben Personen sein, somit muss vorher geklärt werden, ob Urlaube oder andere Termine dies behindern könnten. Die bisherige Erfahrung mit „Mein Weg“ hat gezeigt: Je mehr Gruppen einzelne Gruppenleiter durchgeführt haben, desto routinierter ist ihr Umgang mit den Inhalten, mit schwierigen Gruppenkonstellationen und den zeitlichen Abläufen. Die Zusammenarbeit zwischen erfahrenen und unerfahrenen Gruppenleitern hat sich bewährt und wird besonders von den unerfahrenen Gruppenleitern als hilfreich empfunden. Die Jugendlichen werden von den Gruppenleitern am besten durch eine Grundhaltung unterstützt, die unter anderem durch diese Punkte geprägt ist: Erklären, verstehen, akzeptieren.

2.4.2.1 Psychohygiene der Gruppenleitung

Für die Gruppenleiter kann die Durchführung der Intervention, samt Traumanarrativ, herausfordernd und teilweise auch bedrückend sein. Vor- und Nachbereitung, Durchführung der eigentlichen Sitzungen und Teilnahme an Supervision bzw. Intervention nehmen erfahrungsgemäß viel Zeit in Anspruch. Der einzelne Gruppenleiter sollte sich deshalb vorab genau überlegen, ob ihm das Anbieten des Gruppenangebots in Anbetracht der aktuellen individuellen Ressourcen möglich ist, oder ob es zu einer (emotionalen) Überforderung im Arbeitsalltag führen könnte. Es kann hilfreich sein, sich vorab Strategien zu überlegen, um mit anstrengenden Situationen zurecht zu kommen. Empfehlenswert ist, genügend Zeit nach jeder Sitzung einzuplanen, um die Sitzung, die Eindrücke, die eigene Befindlichkeit etc. gemeinsam nachbesprechen zu können. Das Ausfüllen des Sitzungsprotokolls wurde hierfür bisher sehr gerne als Ausgangspunkt genutzt. Von bisherigen Gruppenleitern wurde außerdem häufig rückgemeldet, dass es hilfreich ist, sich am Tag der Sitzung genügend Freiräume zu schaffen, indem man beispielsweise weniger Termine vereinbart und die telefonische Erreichbarkeit zeitlich begrenzt. Für den Feierabend kann es hilfreich sein, eine schöne, positive und/oder entspannende Aktivität für sich zu planen. Auch die Inter- und Supervision