



Hinweise auf psychische Erkrankungen bei Geflüchteten - Handreichung für Ehrenamtler*innen und Fachkräfte

Diese Handreichung soll Sie unterstützen, in Ihrer ehrenamtlichen oder beruflichen Arbeit mit Geflüchteten Hinweise auf psychische Belastungen wahrzunehmen und einordnen zu können, damit Sie rechtzeitig passende Unterstützung hinzuziehen können.

Viele Geflüchtete sind aufgrund ihrer Erfahrungen im Herkunftsland, auf der Flucht und auch in Deutschland psychisch belastet. Die Zahl der Geflüchteten, die an einer Traumafolgestörung leiden, ist nicht niedrig. Verschiedene Untersuchungen gehen von Zahlen zwischen 30 - 50% aus (vgl. Bozorgmehr 2016).

Wichtig ist jedoch auch zu wissen: Nicht jede geflüchtete Person ist traumatisiert oder leidet an einer Traumafolgestörung!

Trauma

Unter einem Trauma wird ein belastendes Ereignis oder eine Situation verstanden mit einer außergewöhnlichen Bedrohung oder mit einem katastrophalen Ausmaß, der Personen ausgesetzt sind und die bei der Mehrzahl der Menschen eine tiefe Verstörung hervorrufen würde (ICD-10. F 43.1).

Traumatisierungen – also diagnostizierbare Traumafolgestörungen - liegen nicht nach jedem traumatischen Ereignis vor, da sie von einem Zusammenspiel verschiedener Faktoren abhängig sind.

Dabei spielen die Ereignisfaktoren eine Rolle: Wie schwer, wie schlimm war das, was passiert ist? Handelt es sich um ein einmaliges Ereignis oder eine mehrmals erlebte oder lang andauernde Situation? Traumatisierungen, die von Menschen zugefügt werden, werden auch als „Man-Made-Desaster“ bezeichnet und haben eine deutlich gravierendere und komplexere Auswirkung auf Betroffene, da sie zu einer Erschütterung des eigenen Menschenbildes führen (vgl. Ghaderi 2016, S. 63).

Die Personenfaktoren beschreiben die verschiedenen Eigenschaften eines Menschen, die einen Einfluss auf die Entwicklung einer Traumatisierung haben. Ein wichtiger Faktor sind vorhandene Schutz- oder Risikofaktoren bei einer Person. So besteht ein erhöhtes Risiko in einem jüngeren Alter, bei bereits zuvor erlebten belasteten Erfahrungen, früheren psychischen Störungen und körperlichen Vorerkrankungen oder der Zugehörigkeit einer sozialen Randgruppe (vgl. Ghaderi 2016, S. 64f.).

Zu Schutzfaktoren gehört die individuelle Resilienz einer Person, also die individuelle Widerstandskraft oder Belastbarkeit eines Menschen, persönliche Kompetenzen oder die Einstellung, wie bspw. eine positive Lebenseinstellung oder Religiosität. Sicherheit gebende Bindungs- und Bezugspersonen bieten ebenfalls Sicherheit und sind ein wichtiger Schutzfaktor (vgl. ebd.).

Ein weiterer Faktor ist die posttraumatische Umwelt, d.h. das Lebensumfeld nach der traumatischen Situation. Ist die Umwelt geprägt von Ruhe, persönlicher als auch gesellschaftlicher Unterstützung, vermittelt diese Sicherheit und kann sich positiv auf die Verarbeitung einer Traumatisierung auswirken.

Personen, die Traumatisches erlebt haben, können sehr unterschiedlich auf die Belastung reagieren. Nicht selten ist eine psychische Reaktion: die Entwicklung einer Traumafolgestörung. Unter diesem Oberbegriff können mehrere klinische Diagnosen gefasst werden. Die häufigste Traumafolgestörung ist die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS).

Posttraumatische Belastungsstörung

Die PTBS lässt sich durch klar definierte Symptome beschreiben, die sich in drei Bereiche zusammenfassen lassen:

Wiedererleben

Unerwartetes, intensives Wiedererleben der traumatischen Situation in Form von Bildern, filmartigen Szenen oder Albträumen sowie Körperempfindungen und Gerüchen (vgl. BAfF 2017, S. 25). Da während der traumatischen Situation das Erlebte nicht verarbeitet werden konnte, dies wird im Nachhinein durch den Körper versucht, häufig in Momenten, in denen der Körper zur Ruhe kommt (Einschlafen, Albträume, Aufwachen) (vgl. ebd.). Auch am Tag kann es zu sogenannten Flashbacks kommen, die durch „Trigger“, also Schlüsselreize ausgelöst werden, wie Gerüche, Farben, Geräusche oder auch andere Reize, die an die traumatische Situation erinnern und mit dieser verbunden, auch wenn dies oft unbewusst ist. Flashbacks lösen unerwartete extreme Angst oder Dissoziation aus. Die Erinnerungen führen zu einem Ohnmachtsgefühl, da der Eindruck entstehen kann, dass die traumatische Situation erneut durchlebt werden muss (vgl. ebd.).

Vermeidung/ Numbing

Die Vermeidung von Dingen oder Personen, die mit dem traumatischen Ereignis verbunden werden, wie Orte, Personen, aber auch Gefühle (vgl. Ghaderi 2017, S. 269).

Hyperarousal oder „erhöhte angstbedingte Erregung“

Starke/ übermäßige Reaktionen auf alltägliche Phänomene, auch auf Reize aus der Umwelt. Dies macht sich bemerkbar in Form von Konzentrationsstörungen, Reizbarkeit, Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit oder übermäßiger Wachsamkeit (vgl. Ghaderi 2017, S. 269).

Häufig kommt es auch zu weiteren psychischen Störungen, die neben einer Traumafolgestörung zeitgleich auftreten, was auch als „komorbide Störungen“ beschrieben wird. Häufige weitere psychische Störungen sind Suchterkrankungen sowie Depressionen.

Substanzbezogene Störungen

Medizinisch wird die „Substanzbezogene Störung“ als psychische und/oder physische Abhängigkeit und Missbrauch von zeitweise oder andauernd eingenommenen Substanzen definiert, die auf das Zentrale Nervensystem einwirken (vgl. Schäfer 2019, S. 279). Zu diesen gehören u.a. Alkohol, Marihuana, Psychotherapeutika wie Beruhigungsmittel sowie synthetische Drogen wie Kokain, Heroin oder Halluzinogene. Das Kernsymptom der Substanzgebrauchsstörung ist der übermäßige Konsum einer Substanz, welcher von weiteren Merkmalen der Schweren Abhängigkeit bestimmt ist (vgl. Kring et. al. 2019, S. 378f.). Weitere Symptome sind Toleranzentwicklung, Steuerungsverlust, dem heftigen Verlangen nach der Substanz sowie Entzugssymptome wie Schweißausbrüche, Schlafstörungen oder Muskelschmerzen bei Abbruch oder Reduzierung des Konsums (vgl. ebd.).

Der Konsum dieser Substanzen kann als „Selbstmedikation“ verstanden werden, als Versuch, sich selbst durch einen erhöhten Konsum von Alkohol und Substanzen zu betäuben, Gefühle zu regulieren und die Traumasymptome in den Griff zu bekommen. Auch wenn die betroffene Person die Wirkung der Substanzen deshalb zunächst positiv bewertet, führt der Konsum letztlich nicht zur Verarbeitung, sondern eher zur Verdrängung der traumatischen Ursachen (vgl. BAF 2017, S. 22). Das Aufzeigen von alternativen Lösungsmöglichkeiten ist besonders wichtig, auch eine Behandlung kann notwendig werden, bevor weitere Folgeerkrankungen oder Probleme entstehen (vgl. ebd.).

Depressive Störungen

Ursachen depressiver Symptome können traumatische Erfahrungen sein, Auswegs- und Perspektivlosigkeit, die Unlösbarkeit von Problemen und keine vorhandene Möglichkeit Trauer und Schmerz angemessen zu verarbeiten (vgl. BAF 2017, S. 22). Zu typischen Symptomen einer Depression gehören eine gedrückte Stimmung, Interessenverlust, Freudlosigkeit, Antriebs- und Energielosigkeit, innere Unruhe, erhöhte Ermüdbarkeit, Erschöpfung, Schlafstörungen, Konzentrationsschwierigkeiten, negative bzw. pessimistische Zukunftsperspektiven, ein vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Schuldgefühle, das Gefühl von Wertlosigkeit, verminderter Appetit und in einer besonders stark ausgeprägten Depression auch Suizidalität.

Unsere Aufmerksamkeit ist gefordert, wenn...

- jemand häufig an Schlafstörungen leidet
- jemand nachts schreit, nachts oft aus den Träumen (Alpträumen) hochschreckt
- jemand nicht zum Deutschkurs oder anderen Orten geht, weil er nicht mit vielen Leuten in einem Raum sein kann
- jemand sehr häufig unter Kopf-, Magen-, Darm- oder Unterleibsschmerzen leidet
- jemand Schmerzen in Gliedern und Extremitäten/ Gelenken hat
- jemand schnell wütend und aggressiv wird
- jemand häufige Erinnerungen an schmerzhaftere Ereignisse hat
- jemand häufig Angst oder Panik ohne Grund hat, verängstigt wirkt
- jemand sich immer sehr nervös und unruhig fühlt
- jemand sehr viel vergisst, auch in Alltagsdingen, und sich schlecht konzentrieren kann
- jemand wie „abgeschaltet“ wirkt, über längere Zeit nicht reagiert
- jemand über mehrere Tage nichts essen kann
- jemand berichtet, dass er viel Gewicht verloren hat (abgenommen hat)
- jemand kein Interesse an seiner Umgebung hat, immer teilnahmelos und gleichgültig ist
- jemand regelmäßig Alkohol trinkt oder andere Drogen konsumiert
- jemand häufig über Müdigkeit klagt

Jeder dieser Punkte zeigt, dass eine Belastung vorliegt. Einzelne Auffälligkeiten können bei jedem auftreten. Treffen viele dieser Punkte zu, brauchen diese unsere Beobachtung und es sollte genau geschaut werden, ob vorhandene Symptome sich verbessern oder verschlechtern.

Kann der Alltag nicht mehr bewältigt werden, sollte Kontakt zu einer Beratungsstelle oder weiteren Anlaufstellen aufgenommen werden.

Direktes handeln ist geboten, wenn

- jemand ständig in Panik und voller Überlebensangst ist, sich nicht beruhigen lässt, Situationen missversteht
- jemand sich selbst verletzt, z.B. mit einem Messer oder Rasierklinge
- jemand über Selbstmordgedanken, Selbstmordpläne etc. spricht
- jemand darüber spricht, einen anderen verletzen/ töten zu wollen
- jemand nicht orientiert zum Datum, Ort, Jahreszeit, zur eigenen Person ist
- jemand Stimmen hört, auch wenn er alleine ist oder etwas sieht, dass es nicht gibt (Halluzinationen)

→ Mit der Person sprechen, dass Sie sich Sorgen machen. Fachliche Hilfe hinzu ziehen (z.B. Sozialarbeiter*in in der Einrichtung, Sani-Station informieren...)

Diese Handreichung wurde erarbeitet im Rahmen des EU-AMIF-geförderten Projekts „Traumatisierungsketten durchbrechen – Handlungssicherheit erlangen – Schutzsysteme stärken“ (THS).

Weiterlesen...

BAfF e.V. (2017): Traumasensibler und empowernder Umgang mit Geflüchteten- ein Praxisleitfaden.

Der Praxisleitfaden kann frei heruntergeladen werden unter:

http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2018/11/BAfF_Praxisleitfaden-Traumasensibler-Umgang-mit-Gefluechteten_2018.pdf (Stand 18.09.2020)



Literatur

- BOZORGMEHR, Kayvan / MOHSENPOUR, Amir / SAURE, Daniel / STOCK, Christian / LOERBROKS, Adrian / JOOS, Stefanie / SCHNEIDER, Christine (2016): *Systematische Übersicht und „Mapping“ empirischer Studien des Gesundheitszustands und der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in Deutschland (1990–2014)*. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 59(5), 599–620.
- GHADERI, Cinur (2017): *Begleitung traumatisierter Flüchtlinge*. In: SCHÄFER, Gerhard K. / MONTAG, Barbara / DETERING, Joachim / GIEBEL, Astrid (Hg.): *Geflüchtete in Deutschland- Ansichten-Allianzen-Anstöße*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG., S. 267- 277.
- KRING, Ann / JOHNSON, Sheri / HAUTZINGER, Martin (2019): *Klinische Psychologie*. (9. vollst. überarb. Aufl.) Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- SCHÄFER, Ingo (2019): *Traumatisierung und Sucht*. In: SEIDLER Günter H. / FREYBERGER, Harald J. / GLAESMER, Heide / GAHLEITNER, SILKE (Hrsg.): *Handbuch der Psychotraumatologie*. (3. vollst. überarb. Aufl.) Stuttgart: Klett-Cotta, S.295-304