

Traumatherapie mit geflüchteten Heranwachsenden

EIN GESPRÄCH MIT PETER KLENTZAN*

Sie leiten das TraumaHilfeZentrum der Stiftung Wings of Hope, eine Einrichtung, die unbegleitete minderjährige Flüchtlinge in einer traumatherapeutischen Intensivwohngruppe betreut. Wie sind Sie mit dem Thema das erste Mal in Berührung gekommen?

Klentzan: Unabhängig von meinen Aufgaben als Diakon habe ich 1992 begonnen, Flüchtlinge im Kriegsgebiet im ehemaligen Jugoslawien zu betreuen – in den sogenannten Schutzonen, die von den Vereinten Nationen eingerichtet wurden. So bin ich das erste Mal mit Menschen und ihren Kriegserfahrungen in Kontakt gekommen, insbesondere mit Kindern und Jugendlichen. Ab 1997 habe ich mich dann in einem Einführungsseminar näher mit Psychotraumatologie beschäftigt. Irgendwann ist die Arbeit als Traumatherapeut, Lehrtherapeut und Supervisor zu einer Lebensaufgabe geworden.

Welche Themen haben die Kinder und Jugendlichen damals in Sarajewo beschäftigt?

Klentzan: Ihr Überleben zu organisieren war das Hauptthema dieser Kinder und Jugendlichen. Sie waren große Überlebenskünstler, die gelernt hatten, mit wenig auszukommen und aus dem Wenigen das Beste zu machen. Aber sie waren natürlich auch große Künstler der Dissoziation, der Ausblendung geworden, emotional meistens abgeschaltet als Überlebensmechanismus, um mit dem Tod, der um sie herum ein ständiger Begleiter war, klarzukommen. Kinder haben

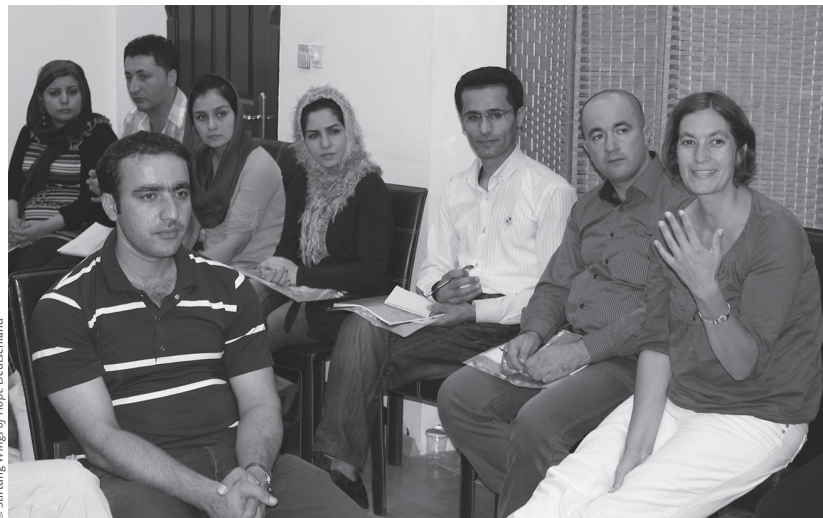


Abb. 1: Eine Fortbildung im TraumaHilfeZentrum der Stiftung Wings of Hope

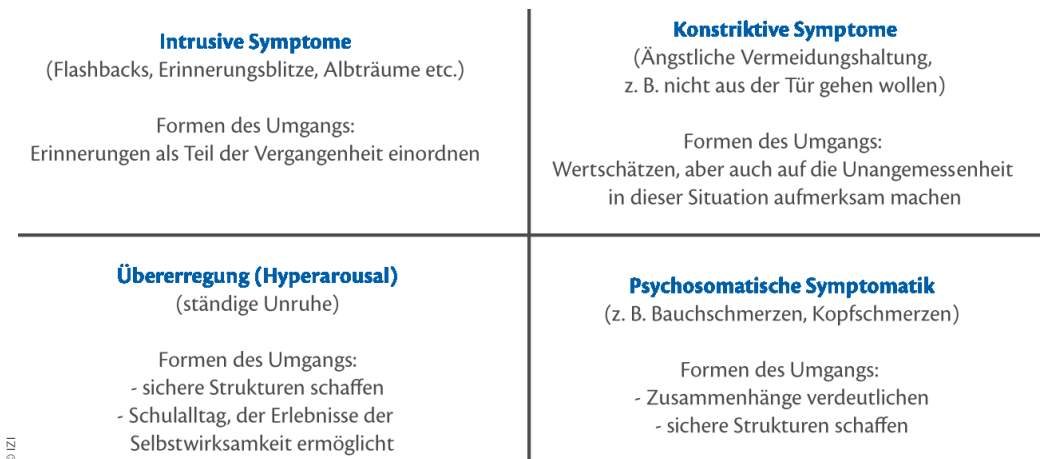
unglaubliche Fähigkeiten, ihr Überleben zu organisieren, weil sie aus allem etwas machen: Sie lassen sich auch etwas einfallen, wenn sie in einem Treppenhaus eines Hochhauses spielen – meistens waren die Treppenhäuser in den Hochhäusern die sichersten Orte bei den Granatengriffen.

Wie sieht Ihre Arbeit heute im TraumaHilfeZentrum in Ruhpolding aus?

Klentzan: Den größten Teil meiner heutigen Arbeit macht tatsächlich aus, dass ich Menschen befähige, erst einmal sich selbst zu stabilisieren. Unsere Hilfe bei der Stiftung Wings of Hope soll Menschen ermöglichen, sich selbst zu helfen, sich selbst wieder zu organisieren und ihr Leben wieder selbst in den Griff zu kriegen. Egal wo wir sind, ob in Deutschland oder im Ausland, wir versuchen, Betroffene zu aktivieren – SozialarbeiterInnen, LehrerInnen,

Psychologen und Psychologinnen, also Berufsgruppen, die schon in diesem helfenden Bereich tätig sind. Ich sehe die Hauptaufgabe darin, HelferInnen zu befähigen, sich selbst und damit auch anderen helfen zu können, weil das die effizienteste Form ist, die ich im Laufe der letzten 30 Jahre herausgefunden habe (Abb. 1). Ich kann natürlich zu einem kleinen Helden werden und überall auf der Welt Gutes tun, aber die Effizienz, die ich dabei habe, ist gering, weil ich eine einzelne Person bin. Aber wenn ich es schaffe, andere um mich herum zu gewinnen, insbesondere lokale Kräfte, die mit den Menschen in ihrer eigenen Sprache arbeiten können, dann erreicht man mehr als ein einzelner, großer Helfer.

Was sind die größten Herausforderungen für Menschen, die mit traumatisierten Geflüchteten arbeiten?



© IZI

Grafik 1: Übersicht der Symptome, unter denen traumatisierte Geflüchtete leiden können

Welche Möglichkeiten der Hilfe gibt es dann?

Klentsan: In dem Fall würde ich mit einer Methode arbeiten, die sich EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) nennt. Das ist eine Methode, mit der wir dem Gehirn des Kindes dabei helfen, Dinge, die es bisher nicht verarbeiten konnte, zu reprozessieren.

Klentsan: Wir versuchen die Symptome in 4 Gruppen einzuteilen, weil es leichter ist, wenn wir eine innere Struktur haben, um Dinge zu erkennen. Die Gruppe der intrusiven Symptome ist eine Symptomgruppe, bei der die Betroffenen immer wieder mit dem traumatischen Ereignis konfrontiert werden: durch Flashbacks, plötzliche Erinnerungsblitze, oder Alpträume, also misslingende Verarbeitungsversuche des Gehirns in der Nacht. Die zweite Symptomgruppe ist die Gruppe der sogenannten konstriktiven Symptome. Betroffene nehmen eine ängstliche Vermeidungshaltung ein und versuchen alles zu vermeiden, was sie wieder in Berührung bringen könnte mit dem, was sie so erschüttert hat. Das ist keine bewusste Vermeidungshaltung, sondern eine phobische, die meistens dazu führt, dass man sich sozial zurückzieht, vereinsamt, isoliert. Die dritte Symptomgruppe ist die der sogenannten Übererregung, in der Fachliteratur spricht man von Hyperarousal. Diese Menschen agieren nicht auf einem normalen Erregungsniveau, sie liegen immer darüber. Und die vierte Symptomgruppe ist die der somatoformen oder psychosomatischen Symptomatiken. Die Betroffenen leiden unter unerklärlichen Schmerzen, die medizinisch gut abgeklärt werden.

Am Ende sagen die Ärzte dann jedoch: »Eigentlich haben Sie nichts, Sie sind gesund.« Diese Schmerzen sind natürlich nicht eingebildet, sondern im Schmerzgedächtnis festgehalten. Sie gehören zu einem bestimmten Ereignis und können immer wieder reaktiviert werden. Das heißt, das wären die klassischen 4 Symptomgruppen, unter denen Menschen leiden, die ein schweres Trauma überlebt haben (Grafik 1).

Wie äußern sich die intrusiven Symptome speziell bei Kindern?

Klentsan: Gerade kleinere Kinder versuchen, traumatische Erlebnisse spielerisch zu verarbeiten. Wenn Kinder zum Beispiel Menschen verloren haben, gewalttätig, oft auch unmittelbar Augenzeuge waren, wenn ihre Angehörigen ermordet worden sind, dann erkennen wir das in ihrem Spielverhalten: Sie spielen mit Puppen oder auch mit Steinen in Rollenspielen immer wieder die Situation nach, die sie erlebt haben. Aber wir merken, dass ihnen das keine Lösung bringt, sondern ihre Depression, Autoaggression oder ihre Fremdaggression ist am Ende des Spiels die gleiche. Manchmal erleben wir sogar, dass sie sich verstärken, weil das Kind letztlich daran verzweifelt, dass es keine Lösung findet.

Wir wissen, dass jedes Trauma mit einer Informationsverarbeitungsstörung verbunden ist. Das gilt für jede Altersgruppe. Normalerweise ist unser Gehirn in der Lage, die Informationen des täglichen Lebens wahrzunehmen, zu erkennen, einzuordnen und dann entweder zu einer Erinnerung zu machen, die wir immer wieder nutzen können, oder sie abzuspeichern unter »Braucht man nicht«. Bei einem Trauma erleben wir das Gegenteil: Die Information wird nicht gut, sondern unter Umständen nur in Teilen verarbeitet. Und diese Fragmente können immer wieder angetriggert werden. Damit diese fragmentierte Erinnerung zu einer kohärenten und kompletten Erinnerung wird, würde ich die EMDR-Methode anwenden, d. h. mit dem Kind Emotionen, Körperreaktionen, Bilder, die zu dem nicht verarbeiteten Ereignis gehören, noch einmal reprozessieren, sodass das Ereignis als ein gesamtes Ereignis zusammengesetzt werden kann. Das hilft im Regelfall sehr gut und ist sehr effizient, um es nachträglich zu verarbeiten. Wenn ein Kind seine Mama verloren hat und vielleicht auch miterleben musste, wie die Mama stirbt, dann können wir das nicht wieder rückgängig machen. Aber wir können dem Kind dabei helfen, das zu einer Erinnerung zu machen, die immer

eine traurige Erinnerung bleiben wird, aber an die sich in einer angemessenen Weise erinnert werden kann, weil sie verarbeitet worden ist.

Können Sie ein typisches Beispiel nennen, wenn Kinder und Jugendliche eine ängstliche Vermeidungshaltung einnehmen?

Klentsan: Wir erleben häufig Kinder, die Schwierigkeiten haben, normal eine Tür zu öffnen, durch die Tür raus- oder reinzugehen, die sich immer wieder vergewissern müssen und lange zögern, bis sie die Tür des Zimmers in der Flüchtlingsunterkunft oder des Klassenzimmers öffnen und in den Flur hinausgehen. Das ist eine typische Vermeidungshaltung. Diese Angst ist eine sehr sinnvolle Angst, sie war zu einem bestimmten Zeitpunkt im Leben dieser Kinder sehr wichtig. Was sie jetzt brauchen, ist eine gute Erklärung. Wir müssen ihnen erklären, was mit ihnen los ist. Wir sagen ihnen: »Weißt du was, ich bin froh, dass du so vorsichtig bist. Wenn du nicht so vorsichtig gewesen wärst, dann wärst du vielleicht gar nicht hier angekommen. Es gab eine Zeit in deinem Leben, in der es sehr gefährlich war, aus der Tür zu gehen, und man nicht wusste, welche Gefahr hinter der nächsten Häuserecke wartete. Dein Gehirn hat gelernt, sehr vorsichtig zu sein. Heute befindest du dich an einem sicheren Ort und du könntest jetzt üben, dass du diese Ängste von damals allmählich ablegen kannst und so wieder innere Sicherheit gewinnst. Aber wir sind froh, dass du damals so vorsichtig warst. Das hat dir mit Sicherheit dein Leben gerettet.«

Welche Symptome zeigen Kinder und Jugendliche, die an einer Übererregung leiden?

Klentsan: Eine Übererregung entsteht, wenn das Gehirn zu früh überflutet wird mit Bildern, die gekoppelt sind mit Emotionen, mit Gefühlen, mit Affekten, welche dann bei uns entstehen, und die dann gekoppelt sind mit Körperreaktionen, weil alle Emotionen

und Affekte im Körper ihren Niederschlag finden. Die führen dazu, dass wir uns in einem Zustand der ständigen Unruhe befinden. Viele minderjährige Geflüchtete sind übererregt durch all das, was sie erlebt haben: in der Heimat, auf der Flucht, im Aufnahmeland. Und dann laufen die Fernseher in ihrer Unterkunft 24 Stunden am Tag, Nachrichten aus der Heimat zeigen Krieg und Terrorangriffe.

Wie kann man übererregte Kinder und Jugendliche mit Fluchthintergrund hier unterstützen?

Klentsan: Wichtig wäre, ein möglichst sicheres äußeres und reizarmes Umfeld zu schaffen. Ein schwerer Hindernisgrund für die Gesundheit dieser Kinder ist oft, dass sie in den Massenunterkünften, in denen sie mit ihren Eltern wohnen, dies nur bedingt finden – weil zu viele Menschen aus unterschiedlichen Ländern, mit unterschiedlichen Sprachen, teilweise auch mit unterschiedlichem kulturellen und religiösen Hintergrund auf sehr engem Raum zusammenwohnen müssen. Außerdem sollte man dafür sorgen, dass der Tag gut strukturiert wird. Bei Kindern ist es ganz wichtig, dass man den Tag wieder zum Tag macht, die Nacht wieder zur Nacht macht. In der Nacht wird geschlafen, am Tag steht man auf und geht in die Schule. Für die meisten Flüchtlingskinder sind die Schulen die sicheren äußeren Orte. Sie lieben es, die Flüchtlingsunterkunft zu verlassen und in der Schule zu sein. Je besser sie im Rahmen eines strukturierten Schultages Erlebnisse von Selbstwirksamkeit haben, das heißt erleben können, dass sie etwas schaffen, dass sie etwas erreichen, dass sie vorankommen, dass sie in der Lage sind, die deutsche Sprache zu lernen und neue FreundInnen zu finden, umso schneller werden sich diese Kinder erholen und aus dieser Übererregung herauskommen.

Was wären typische Phänomene im psychosomatischen Bereich bei Kindern?

Klentsan: Bei den Erwachsenen ist häufiger der Kopf betroffen und sie leiden sehr häufig unter Kopfschmerzen. Bei den Kindern liegen typische Schmerzgeschichten oft im Bauchbereich. Das sind stressbedingte Schmerzen, das heißt, es gilt, zunächst den Stress zu reduzieren, in dem Maße werden auch die Bauchschmerzen besser. Wenn sie kleiner sind, werden wir nach einer kindgemäßen Form suchen, ihren Stress zu reduzieren, dann lassen meist diese Schmerzen auch nach. Sind die Kinder alt genug, werden wir ihnen erklären, dass dies der Weg ist, wie ihr Körper auf die vielen aufregenden neuen Dinge reagiert. Wichtig ist es, die Kinder und Jugendlichen immer ernst zu nehmen, ihnen in Ruhe zuzuhören und Richtungen aufzuzeigen, die sie in der Bewältigung der vielen Anforderungen unterstützen.

Das hört sich nach einer großen Herausforderung für die Integration an, sowohl für Lehrkräfte als auch für MitschülerInnen. Gibt es neben Problemen auch Chancen?

Klentsan: In den letzten Monaten war ich als Referent sehr viel an bayerischen Schulen unterwegs. Ich habe die Erfahrung gemacht, dass es LehrerInnen sehr hilft, ihnen zu sagen, wie enorm wichtig und gut ihre Arbeit ist und wie sehr die Kinder gerade die Schule als sicheren Ort erleben, wie gut das den Kindern tut und wie erheblich das zu ihrer Stressreduktion führt. Aber es liegt natürlich auch eine große Herausforderung für die betreuenden Personen darin, mit Kindern und Jugendlichen mit den genannten Symptomen zu arbeiten. Deswegen ist es wichtig, dass wir Veranstaltungen zu diesen Themen durchführen und dass wir uns als ExpertInnen in dem Bereich zur Verfügung stellen, in dem LehrerInnen arbeiten, damit sie neben der Herausforderung auch die Chancen erkennen können. Das ist eine Zusatzbelastung, das fordert etwas von den LehrerInnen. Sie müssen nicht nur die Inklusion leisten, sie müssen jetzt auch sehen,

INTERVIEW

wie sie mit geflüchteten Kindern und ihren Symptomen klarkommen. Aber die große Chance ist, dass sie bei den Kindern enorm viel erreichen können.

Wie können auch Kinder ohne Fluchthintergrund von dieser Situation profitieren und lernen?

Klentsan: Meine Frau und ich haben vor dreieinhalb Jahren 4 Jugendliche aus Afghanistan aufgenommen und haben sie, weil unsere eigenen Kinder erwachsen sind und jetzt nicht mehr unsere ungeteilte Aufmerksamkeit brauchen, sozusagen als Pflegesöhne aufgenommen. Wir haben sie erst mal in privaten Schulen untergebracht. Das Interessante war die Reaktion der Schulen. Vor 3 Jahren war die Zahl der an-

kommenden Geflüchteten noch nicht so groß, wie sie es dann im letzten Jahr geworden ist. Und jetzt haben diese Schulen gesagt: »Ach, das ist aber interessant für unsere SchülerInnen, wenn wir diese geflüchteten Jugendlichen aufnehmen, weil das dient ja dem sozialen Lernen unserer SchülerInnen. Die können davon ja profitieren.« Diesen Gedanken habe ich dann genutzt, wenn ich meine Vorträge in den staatlichen oder städtischen Schulen gehalten habe, und die Frage gestellt: »Lasst uns überlegen: Was könnte der Profit für unsere Kinder und Jugendlichen sein?« Viele unserer Kinder und Jugendlichen leiden unter dem Luxus, unter den Bedingungen unseres Wohlstands. Und für die kann es ja manchmal eine

große Hilfe sein, wenn das in einer guten Form geschieht, auch das Schicksal von Gleichaltrigen in anderen Ländern kennenzulernen. So können sie voneinander und gegenseitig profitieren. Und das würde ich versuchen zu vermitteln. PädagogInnen sollten versuchen, diese Chance wahrzunehmen. ■

** Peter Klentsan betreut die Projekte der Stiftung Wings of Hope in Deutschland und leitet das Trauma-HilfeZentrum in Ruhpolding.*



WAS IST EIN TRAUMA?

Nach wissenschaftlicher Klassifizierung (ICD 10) der Weltgesundheitsorganisation bedeutet Trauma, einem »belastende[n] Ereignis oder eine[r] Situation (...) mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß« ausgesetzt zu sein (ICD 19, F 43.1). Die Betroffenen waren mit tatsächlichem oder angedrohtem Tod, schwerwiegenden Verletzungen oder sexueller Gewalt konfrontiert. Als Typ I der Traumata werden plötzliche, unvorhersehbare und unbeabsichtigte Geschehnisse wie Unfälle oder Naturkatastrophen bezeichnet. Typ II entsteht aus Ereignissen, in denen Menschen bewusst anderen Menschen etwas antun (»man-made disaster«).

In der traumatischen Situation reagiert der Körper mit extremer Energetisierung, die ihn für Flucht oder Angriff wappnet (»fight or flight«). Unter traumatischem Stress kann dies auch zur Dissoziation führen, einem neurobiologischen Schutzmechanismus: die Erstarrung und innerliche Distanzierung von einer unerträglichen Realität bei gleichzeitiger extremer psychischer wie physischer Anspannung.

In jedem Fall werden die Ereignisse tief im Gedächtnis gespeichert. Die Amygdala, die »Schaltzentrale der Emotionen«, ist überaktiviert. Zuständig u. a. für die Wertung von Wahrnehmungsreizen auf deren Bedrohlichkeit hin, speichert sie in der Situation jede Menge Details und memoriert sie als »lebensgefährlich«. Parallel wird der Hippocampus, die Gehirnregion, die Erlebnisse örtlich, zeitlich und inhaltlich in den autobiografischen Kontext einordnet, heruntergefahren. Die Informationen aus der Situation bleiben also unverarbeitet im Hippocampus gespeichert.

Die häufigste Traumafolge ist die »Posttraumatische Belastungsstörung« (PTBS). Häufige Symptome sind die Übererregung (Hyperarousal), das Wiedererleben und Verfolgtwerden von der erlebten Situation (Intrusion), die Vermeidung (Konstriktion) oder auch das innerliche Abtauchen (Dissoziation). Traumatisierungen in der Kindheit sind besonders schwerwiegend. Traumatisierte Kinder fallen oft in eine frühere Entwicklungsstufe zurück und ihre weitere kognitive, emotionale, motorische und soziale Entwicklung kann sich oft nur bruchstückhaft entfalten.

Schutzfaktoren wie Sicherheit, stabile Strukturen, Zugang zum Bildungswesen und Freizeitaktivitäten können helfen. Doch oft reicht dies nicht zur Verarbeitung von Traumata und traumatischen Erlebnissen. Hier braucht es professionell-therapeutische Begleitung (Traumatherapie).

Zusammengefasst aus und zur Lektüre empfohlen: Zito, Dima & Martin, Ernest (2016). *Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen. Ein Leitfaden für Fachkräfte und Ehrenamtliche.* Weinheim & Basel: Beltz Juventa.

Dr. Maya Götz