

Nervenarzt 2017 · 88:26–33
DOI 10.1007/s00115-016-0245-3
Online publiziert: 16. November 2016
© Der/die Autor(en) 2016. Dieser Artikel ist eine Open-Access-Publikation.



T. Elbert^{1,2} · S. Wilker^{1,3} · M. Schauer^{1,2} · F. Neuner^{1,4}

¹ vivo international NGO, Konstanz, Deutschland

² Klinische Psychologie und Kompetenzzentrum Psychotraumatologie, Universität Konstanz, Konstanz, Deutschland

³ Klinische und Biologische Psychologie, Universität Ulm, Ulm, Deutschland

⁴ Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität Bielefeld, Bielefeld, Deutschland

Dissemination psychotherapeutischer Module für traumatisierte Geflüchtete

Erkenntnisse aus der Traumaarbeit in Krisen- und Kriegsregionen

In wenigen Monaten waren im Jahr 2015 in Deutschland über 1 Mio. Menschen nach Flucht, Vertreibung und Migration angekommen. Nach der Bundesagentur für Arbeit hatten Mitte 2016 weniger als 3 % der Geflüchteten eine Arbeit. Als großes Beschäftigungsproblem gelten neben gesetzlichen Regelungen, Sprachkenntnisse, mangelnde Bildung – und wie zunehmend deutlich wird – auch mangelnde psychische Funktionstüchtigkeit in Folge traumatischen Stresserlebens, da diese sowohl die Fähigkeit zum Spracherwerb als auch zur Ausbildung massiv beeinträchtigt.

In dem vorliegenden Beitrag stellen wir die zentrale Rolle der Behandlung psychologischer Traumata für die Integration dar und skizzieren einen Lösungsansatz, wie effektive Psychotherapie erfolgreich für eine hohe Zahl traumatisierter Flüchtlinge realisiert werden könnte. Eine zweite wichtige Säule bildet die soziale Anerkennung des geschehenen Unrechts und die Bereitschaft zur Aufnahme in die soziale Gemeinschaft.

Die zentrale Rolle der psychischen Gesundheit

„Flüchtling“ wird jemand nur, der die Hoffnung auf ein akzeptables Leben in der Heimat verloren hat. Politische Verfolgung, Folter, Kriegsgefechte, Terror oder sexualisierte Gewalt stellen wiederkehrende Bedrohungen für Leib, Leben und Psyche sowie für eine gesunde Entwicklung der Kinder dar [34, 35]. In Herkunftsländern, die oft schon jahrzehntelangen Krisen ausgesetzt waren, kommt es häufig zu zusätzlichen Belastungen wie Armut oder häusliche Gewalt, welche die Geflüchteten bereits in der Kindheit ertragen mussten [31]. Auf der Flucht kommen weitere traumatische Stressoren hinzu, wie beispielsweise die lebensgefährliche Überquerung des Mittelmeers, das Miterleben von Ertrinken oder anderem Leid, ein Raubüberfall in der Sahara, Menschenhandel, sexuelle Gewalt oder Übergriffe durch Schlepper und Soldaten.

Wie in zahlreichen Forschungsarbeiten gezeigt werden konnte, erhöht das mehrfache Erleben verschiedenartiger traumatischer Ereignisse das Risiko, eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) zu entwickeln [5, 19, 26, 41]. Mit jedem erneuten Erleben eines traumatischen Stressors steigt die Wahrscheinlichkeit einer Traumafolge-

störung, ein Effekt, der in der Literatur als *Bausteineffekt* beschrieben wurde [36]. Postmigrationsfaktoren und Belastungen tragen zur Aufrechterhaltung der psychischen Störungen noch bei. Entsprechend gibt es keine universell gültigen Prävalenzraten für psychische Erkrankungen in Folge traumatischer Erfahrungen bei Flüchtlingen, da diese von den jeweiligen Szenarien in Krisen, Krieg und Flucht abhängen. Über internationale Studien gemittelt ergibt sich eine Zahl von ca. 30 % [23, 38].

In einer jüngeren Studie am Kompetenzzentrum Psychotraumatologie an der Universität Konstanz berichten Anfang 2016 55 % der Bewohner einer typischen Gemeinschaftsunterkunft anhand des Refugee Health Screener [14], belastet zu sein, davon ca. ein Drittel mit Traumafolgereaktionen, was bisherigen Befunden entspricht [10, 40], auch bei Kindern aus Kriegsgebieten [2, 8].

Aus systematischen Studien [19] wissen wir, dass bei geringer Belastung und sozialer Anerkennung der Traumata [37] eine Spontanremission von 80 % zu erwarten ist, dass aber bei hohen kumulativen Stresserfahrungen diese Rate auf unter 20 % sinkt und der überwiegende Teil wohl über Jahrzehnte in seelischen und in der Folge auch körperlichen Erkrankungen gefangen bleiben würde.

Hier steht eine Anzeige.



Eine chronische PTBS geht mit Konzentrationsschwierigkeiten, Schreckhaftigkeit, erhöhter Reizbarkeit, erheblichen Schlafstörungen und somit einer starken Beeinträchtigung der Funktionalität im Alltag einher [1]. Für Geflüchtete kann dies bedeuten, dass sie sich sozial isolieren, übermäßig misstrauisch sind, Ängste auch im zwischenmenschlichen Bereich entwickeln, sich nur schwer in einer fremden Kultur zurechtfinden, keine Kraft aufbringen, die Sprache zu erlernen, und nur wenig von Integrationsprogrammen profitieren können. Darüber hinaus sind das Suizidalitätsrisiko [16] sowie das Risiko, körperliche Erkrankungen zu entwickeln [11], bei unbehandelter PTBS stark erhöht. Zudem bestehen Hinweise auf eine transgenerationale Weitergabe, da Kinder von Eltern mit Gewalterfahrungen ihrerseits vermehrt von Gewalterfahrungen berichten [28, 29] und auch häufiger psychopathologische Symptome aufweisen [42].

» Chronische PTBS beeinträchtigt die Funktionalität im Alltag

Aus den genannten Gründen wird deutlich, dass das Angebot an effektiven humanitären Interventionen und Therapien für traumatisierte Flüchtlingen eine ethische und gesellschaftliche Notwendigkeit darstellt. Zugang zu Untersuchung und Psychotherapie und das Wiedererlangen psychischer Gesundheit stellt hierbei kein Luxusgut dar, sondern eine absolute Notwendigkeit für Zukunftsoffenheit, eine erfolgreiche Integration im Fluchtland oder auch Rückkehr in das Heimatland und für den Aufbau sozialen Lebens wie für Elternschaft. Es bedarf eines Paradigmenwechsels hin zur Anerkennung von mentaler Gesundheit als basalem Wert für einen gelingenden Lebensvollzug sowohl im Nachkriegsszenario als auch im Unterstützungskontext während der Flucht und im Zielland [33].

Fehlende Behandlungsmöglichkeiten

Es ist nicht unwahrscheinlich, dass im Jahr 2016 über eine halbe Million internationale Flüchtlinge in Deutschland an Traumafolgereaktionen leiden. Soziale Anerkennung der traumatischen Erfahrungen, der geschehenen Menschenrechtsverletzungen und entgegenkommende Aufnahme in die Gastgemeinschaft könnten vielleicht die Hälfte dieser Menschen zurück ins soziale und berufliche Leben führen [37]. Aber mehr als eine viertel Million geflüchteter Menschen werden der psychologischen Beratung und psychotherapeutischen Unterstützung bedürfen, um aus dem Kreislauf seelischen Leidens und mangelnder Funktionstüchtigkeit zu entfliehen. Diese Menschen suchen in der Regel immer wieder somatisch-medizinische Hilfe, da sie von ihren Herkunftsländern oftmals keine psychotherapeutische Versorgung kennen, diese womöglich als stigmatisierend empfinden oder auch kulturbedingt die Präsentation von Symptomen aus dem Traumaspektrum über den Körper erfolgt, wie die Praxis der trans- und interkulturellen Psychiatrie zeigt [21].

» Das aktuelle System bietet keine Lösung für die Größe dieser Krise

Auch wenn die Notwendigkeit eines psychotherapeutischen Behandlungsangebotes für traumatisierte Geflüchtete von den kassenärztlichen Vereinigungen und Berufsverbänden erkannt wird und die Bundesregierung kürzlich deutlich gemacht hat, dass psychisch kranke Flüchtlinge einen Rechtsanspruch auf Psychotherapie haben, gibt es bislang keine praktikablen Lösungsansätze für eine ausreichende Versorgung. Die Vergabe zusätzlicher Kassensitze wird dieses Problem nicht grundsätzlich ändern können, dafür sind die Fallzahlen zu groß und ausgebildetes Personal nicht vorhanden. Zusätzlich erschwert die Sprachbarriere die Behandlungssituation. Selbst wenn ein ausgebildeter Dolmetscher zur Verfügung stünde und

die Dolmetscherkosten übernommen werden könnten, verkompliziert die Übersetzung den üblichen Therapieprozess, verändert das therapeutische Setting und erhöht Behandlungsdauer und Kosten. Das aktuelle System kann daher keine Lösung für die Größe dieser Krise seelischer Gesundheit bieten, zumal schon in Deutschland ansässige Patienten oft lange auf eine effektive traumafokussierte Therapie warten.

Übertragung eines evidenzbasierten Behandlungsansatzes

Die beschriebene Situation in Mitteleuropa erinnert an Erfahrungen in Kriegs- und Krisengebieten, wo mit geringen Ressourcen und nur vereinzelt Psychiatern und Psychotherapeuten eine sehr hohe Anzahl schwer traumatisierter Menschen zu versorgen ist [25].

Die in Kriegs- und Postkonfliktregionen dienenden traumafokussierten Leitprinzipien für die Bewältigung der „mental health crisis“ [31] könnten auch für ein paradigmatisches Umdenken in der Versorgung von Flüchtlingen in Deutschland herangezogen werden [33]:

1. Epidemiologische Studien ermitteln die Art und das Ausmaß der Probleme und des Behandlungsbedarfes.
2. Von traumatischem Stresserleben verletzte Personen, die Öffentlichkeit und Entscheider/Geldgeber werden sensitiviert für die Bedeutung folgender Angebote an die Begünstigten:
 - nach einem Screen-and-treat-Vorgehen wird ein Kaskadenmodell aufgebaut (z. B. wie nachstehend ausgeführt),
 - Expertise wird in Kooperation mit den jeweiligen Gemeinschaften von Geflüchteten und der aufnehmenden Gesellschaft gezielt durch Aus- und Weiterbildung sowie Ermächtigung zur niederschweligen und evidenzbasierten Traumaberatung und Traumatherapie geschaffen,
 - Traumakomponenten basieren auf und haben Bezug zur Kinder- und Menschenrechtsarbeit,
 - Vorgehensweise und Behandlungserfolge werden systematisch evaluiert.

T. Elbert · S. Wilker · M. Schauer · F. Neuner

Dissemination psychotherapeutischer Module für traumatisierte Geflüchtete. Erkenntnisse aus der Traumaarbeit in Krisen- und Kriegsregionen

Zusammenfassung

Bei Menschen, die zunehmend und kumulativ chronischen und traumatischen Stressoren ausgesetzt sind, steigt die Wahrscheinlichkeit, psychische Störungen und Verhaltensdeviationen, aber auch körperliche Erkrankungen zu entwickeln. Geflüchtete sind häufig durch das Erleben organisierter, aber zusätzlich auch häuslicher Gewalt beeinträchtigt. Funktionsuntüchtigkeit behindert die soziale Integrationskapazität und schwächt so über sozialen Ausschluss zusätzlich seelische Gesundheit. Für Traumafolgestörungen gibt es eine Reihe von Behandlungsverfahren, deren Wirksamkeit in wissenschaftlichen Studien ausgezeichnet dokumentiert worden ist. In einkommensstarken Ländern ist in der Regel zu fordern, dass diese Verfahren durch ausgebildete und approbierte Psychotherapeuten durchgeführt werden. Auch wenn die psychotherapeutische Versorgung in

Deutschland gut ausgebaut ist, so ist doch die Kapazität nicht ausreichend, um diese zusätzliche Belastung in den bestehenden Strukturen zu schultern. Es bietet sich daher an, die Erfahrung aus systematischen wissenschaftlichen Studien in ressourcenarmen Kriegs- und Krisengebieten zu nutzen, wo mit Personal begrenzter Ausbildung erhebliche Erfolge erzielt werden konnten: In Form von Kaskadenmodellen lernen Mitglieder der jeweiligen Flüchtlings- und Exilgemeinschaft, belastete Personen zu identifizieren, die eine weitere ausführliche Diagnostik benötigen: Gebildete und zweisprachige Personen, die idealerweise bereits in das psychosoziale Versorgungssystem des Heimatlandes integriert sind (z. B. Krankenschwestern, Lehrer, Sozialarbeiter), werden geschult, um unter der Supervision zentral organisierter approbierter Psychotherapeuten eine

weitere Untersuchung in Form eines strukturierten Interviews durchzuführen und niederschwellig evidenzbasierte und robuste Interventionsmodule durchzuführen. Schwer zu beurteilende oder komplexe und therapierefraktäre Fälle werden an lokale Psychotherapeuten/Psychiater, stationäre Einrichtungen oder an entsprechend spezialisierte Behandlungszentren überwiesen. Diese humanitären Angebote basieren auf den Menschenrechtskonventionen und sichern den Schutz, die Freiheit und Würde der Personen.

Schlüsselwörter

Posttraumatische Belastungsstörung · Narrative Expositionstherapie · Psychische Gesundheit · Flüchtling · Screening

Dissemination of psychotherapy modules for traumatized refugees. Experience gained from trauma work in crisis and conflict regions

Abstract

With each additional accumulative exposure to severe and traumatic stressors, the likelihood of developing mental health problems and physical diseases increases. Displaced individuals have usually experienced a number of serious threats to health due to organized violence in their home country or attacks during the flight. Frequently, domestic violence adds additional strain to the stressors experienced. The resulting impairments in psychosocial functioning reduce the resources needed for social adjustment and integration. Social exclusion then in turn often further aggravates the existing mental health complications. For the treatment of trauma spectrum disorders, different evidence-based psychotherapies are available. In high-income countries, trained and licensed psychotherapists are typically in positions

to apply such interventions; however, even an advanced system with a high capacity, such as the psychotherapeutic care offered in Germany, severely struggles to manage the demands associated with the rapid addition of hundreds of thousands of displaced people. Germany's mental healthcare system at present lacks the resources, both human and technological, to effectively manage the present demands. Systematic scientific studies in resource-poor regions of war and conflict have demonstrated that the dissemination of effective treatment to local personnel, even with limited training, results in substantial improvements in the mental health challenges within the community: Organized as a cascade model, members of the refugee community learn to identify weakened fellow citizens requiring in-depth diagnostic interviews.

Educated, bilingual individuals acquainted with their country's healthcare system (e. g. nurses, teachers and social workers) receive training to conduct structured interviews and evidence-based interventions under the supervision of centrally organized licensed psychotherapists. More complex cases are referred to local psychotherapists, psychiatrists or specialized treatment centers. These humanitarian efforts are based on the convention for the protection of human rights and secure the safety, freedom and dignity of these persons.

Keywords

Posttraumatic stress disorder · Narrative exposure therapy · Mental health · Counsellor · Screening

In Form eines Kaskadenmodells (Abb. 1) lernen geeignete und trainierte Mitglieder der jeweiligen Flüchtlingsgemeinschaft, hilfsbedürftige Personen (durch „screen and treat“, also überwiegend anhand von Instrumenten wie z. B. dem Refugee Health Screener [RHS-13], PROTECT oder Ähnlichem) zu identi-

fizieren, welche sie einer ausführlichen Diagnostik zuführen. Entsprechend gebildete und idealerweise zweisprachige Personen mit Erfahrung aus dem psychosozialen Bereich ihres Heimatlands oder Deutsche mit entsprechendem Hintergrund werden zu Traumaberatern geschult, um unter Supervision zentral

organisierter approbierter Psychotherapeuten eine weitere Untersuchung in Form eines strukturierten Interviews durchzuführen und nach supervidierter Indikationsstellung niederschwellig evidenzbasierte und robuste Interventionsmodule durchzuführen. Schwer zu beurteilende oder komplexe und

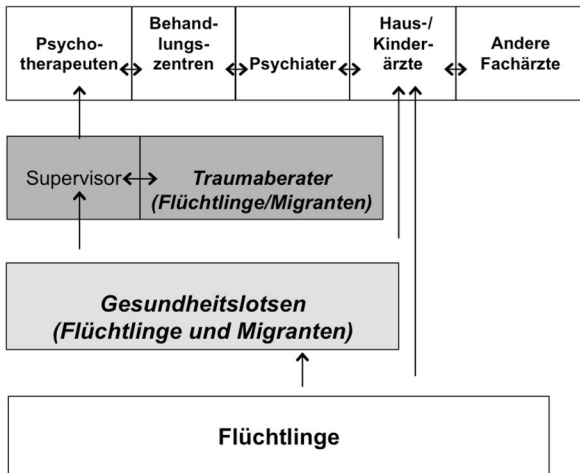


Abb. 1 ▲ Vorschlag einer zum gegenwärtigen Versorgungsmodell in Deutschland komplementären Hilfsstruktur. In dieser Struktur finden sich in bestimmten Ausbildungs- und Befähigungsstufen diverse Hilfsprofessionen. Zwischen den Ebenen gibt es definierte Regeln zur Überweisung. Dieses Modell ist konsistent mit den Prinzipien „task shifting“, „screen and treat“ sowie „stepped care“, wie sie beispielsweise von der Weltgesundheitsorganisation für überforderte Gesundheitssysteme oder bei plötzlich gesteigerter Nachfrage im Gesundheitsbereich vorgeschlagen werden

therapierefraktäre Fälle bekommen ein Angebot, entweder durch lokale Psychotherapeuten/Psychiater, stationäre Einrichtungen oder entsprechend spezialisierte Behandlungszentren.

Gesundheitslotsen

Gesundheitslotsen (oder interkulturelle Mediatoren) sind Menschen mit Migrationshintergrund aus den Regionen, aus denen gegenwärtig die meisten Flüchtlinge zu uns kommen. Gesundheitslotsen z. B. sind nach dem Vorbild des *Migranten-für-Migranten-Projektes* mit Sachkenntnis im deutschen Gesundheitssystem ausgebildet. Sie haben die Aufgabe, Flüchtlinge direkt innerhalb der Flüchtlingsgemeinschaft über das Gesundheitssystem zu beraten und ggf. Flüchtlinge beim Erstkontakt mit Ärzten und Therapeuten zu begleiten. Sie sollen im Sinne eines Screen-and-treat-Ansatzes das Angebot machen können, Traumafolgereaktionen mit einem Screeninginstrument zu erkennen und den Kontakt zu Behandlern herzustellen.

Traumaberater

Traumaberater sind Menschen mit Migrationshintergrund aus den Her-

kunftsändern der Flüchtlinge, die in Deutschland integriert sind, oder auch geeignete Deutsche, die Erfahrungen/Ausbildungen im psychosozialen Bereich mitbringen (mindestens ein Jahr Vorkenntnis aus Ausbildung oder Beruf). Sie sind durch ihre Berufserfahrung und eine zusätzliche, intensive, praxisorientierte Schulung in der Lage, selbstständig Psychoedukation anzubieten und, unter engmaschiger Supervision und nach Abklärung der Indikationsstellung, geeignete und dafür evaluierte Kurzzeitinterventionen zur Behandlung der Traumafolgestörungen durchzuführen.

Grundlage der Behandlungen sind Verfahren, deren Wirksamkeit bereits erfolgreich wissenschaftlich getestet wurden, auch wenn sie von Beratern ohne eine dem deutschen System entsprechende Psychotherapeutenausbildung angeboten werden. Dies gilt z. B. für die narrative Expositionstherapie (NET; [13, 24, 25, 34]) oder die traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie [22, 27].

» Der Supervisor trägt die Fallverantwortung

Im Unterschied zu Psychotherapeuten übernehmen Traumaberater nicht die

Funktion der Indikationsstellung und Behandlungsplanung. Sie sind dafür eng angebunden an einen Psychotherapeuten (im Modell Supervisor). Patienten werden nicht an den Traumaberater selbst überwiesen, sondern an den Supervisor, der den Patienten nach hinreichender Diagnostik bei Eignung an den Traumaberater deligiert. Bei hohem Bedarf und genügender Sicherheit kann die Indikationsstellung auch durch telemedizinische Maßnahmen erfolgen („internet-based indication“). Der Traumaberater führt die Intervention nach Manual in ca. 8 bis 12 doppelstündigen Sitzungen durch. Die Behandlung wird vom Psychotherapeuten (persönlich oder per Telemedizin) engmaschig supervidiert. Nach der Behandlung findet eine klinische Diagnostik statt, nach welcher der Psychotherapeut ggf. weitere Schritte einleitet. Der Supervisor trägt die Fallverantwortung.

Mehrere wissenschaftliche Studien belegen, dass Traumaberater in fokussierten Bereichen erfolgreiche Module der Beratung und Behandlung durchführen können, auch solche, die gängigen Definitionen von Psychotherapie entsprechen [3, 7, 9, 25]. Damit ist nicht gemeint, dass diese nichtapprobierten Traumaberater in ihrer Qualifikation den Psychotherapeuten in ihrer Fachkompetenz oder im Sinne der deutschen (evtl. anzupassenden) Gesetzgebung ebenbürtig sein könnten. Traumaberater sind dazu in der Lage, angemessene Psychoedukation und einzelne Manuale zu spezifischen Diagnosestellungen oder auch manualisierte transdiagnostische Ansätze unter Supervision erfolgreich durchzuführen. Wie oben dargestellt, beinhaltet dies nicht die differenzielle Indikationsstellung sowie die individualisierte Behandlungsplanung und Behandlungsdurchführung über eine große Bandbreite von psychischen Störungen und Auffälligkeiten hinweg. Auch Maßnahmen zur Verhinderung von Selbst- und Fremdgefährdung sollten Fachkräften vorbehalten bleiben. Dennoch ist belegt, dass solche Assistenten die Psychotherapeuten bei der Durchführung von Behandlungen, insbesondere im Bereich der Traumafolgestörungen sowie der Depression, erheblich entlasten

können. Eine hierfür zu entwickelnde Nomenklatur und Behandlungsstruktur als Angebot für Geflüchtete erscheint notwendig und sinnvoll.

Narrative Expositionstherapie durch Traumaberater

Die Behandlung erster Wahl besteht nach den gegenwärtigen Richtlinien und Erkenntnissen in einer individuellen traumafokussierten Therapie. Aktuelle Metaanalysen von Behandlungsstudien mit Flüchtlingen bestätigen die Effektivität traumafokussierter Psychotherapie [20] auch für Kinder und Jugendliche [6, 12]. Eine Möglichkeit bietet die NET, wie sie von uns insbesondere für Erwachsene [34] sowie Kinder und Jugendliche [30], die wiederholt unterschiedliche traumatische Stressoren erfahren mussten, entwickelt wurde. Während der Therapie rekonstruieren Therapeut und Patient gemeinsam die Lebensgeschichte des Überlebenden, wobei auf die emotional stark erregenden – positiven wie negativen – Erinnerungen fokussiert wird.

Therapieablauf

Sollte einer Exposition eine ausführliche Stabilisierung vorausgeschaltet werden? Bei der NET ist – wie im Folgenden ausgeführt – eine ganze Reihe stabilisierender Maßnahmen in Rahmenbedingungen und Therapieverlauf integriert, wobei interessanterweise sogar die Narration selbst zu erleichterter Emotionsregulation führt, was allerdings schon aufgrund der Arbeiten Pennebakers zu erwarten war.

Vor Beginn der Intervention wird die Person eingeladen, mittels einer Checkliste belastende Lebensereignisse und mithilfe eines strukturierten Interviews traumarelevante Symptome zu benennen (Diagnostik inkl. Abklärung von Suizidalität und Fremdverletzung und ggf. sichernde Maßnahmen). Am Ende dieser Sitzung steht eine auf den individuellen Menschen und seine spezifischen Erlebnisse zugeschnittene detaillierte Aufklärung und Psychoedukation.

In der folgenden Sitzung werden mithilfe der „lifeline“ mit einfachen Symbolen die Lebensereignisse dargestellt [32].

Blumen repräsentieren wichtige positive Erlebnisse (Ressourcen), Steine symbolisieren negative und traumatische Ereignisse sowie Verlust.

Die Lebenslinie bildet die Grundlage für die anschließende chronologische Rekonstruktion der Lebensgeschichte als Erzählung, welche den Kern der NET darstellt. Dabei werden die oft bruchstückhaften Traumaerinnerungen und die damit verbundenen Erlebnisebenen (Emotionen, Kognitionen, Körperwahrnehmungen, Sinneseindrücke) und deren Bedeutungen zu einer kohärenten Narration zusammengeführt. Das detaillierte Erzählen der Traumaerinnerungen („Exposition“) führt zu einer Reduktion der Angstreaktionen, zu einer Vergegenständlichung der Ereignisse und zur psychischen Integration.

» Grundvoraussetzung ist die verbale Kodierung des Erlebens

Ein entscheidender Wirkfaktor liegt in der Rehabilitation des Gedächtnisses. Der traumatisierte Mensch lernt, die Reize und den Kontext im „Hier und Jetzt“ vom „Damals“ zu diskriminieren über die narrative Einbettung des Traumakontextes und über Verfahren, die den Vergleich der Reizkonfiguration und der Kontexte unterstützen. Grundvoraussetzung dieses Diskriminationslernens ist die verbale Kodierung des Erlebens, dies erfordert auch die differenzierte Wahrnehmung, Beschreibung und Benennung sensorischer, physiologischer und emotionaler Zustände. Bei Dissoziationsneigung setzt der Therapeut antidissoziative Orientierungsübungen in der Gegenwart ein wie das Kontrastieren der Sinnesempfindungen oder erdende Übungen.

Bei der NET werden körperliche wie auch soziale Traumatisierungen bearbeitet. Deshalb muss in der Therapiesituation eine so „gut wie möglich“ körperliche und soziale Sicherheit erreicht werden. Dies erfordert einen Therapeuten mit Bereitschaft zu echtem Mitgefühl und Kongruenz im Kontakt. Wie in jeder anderen Traumatherapie werden bei der NET sorgfältig Behandlungsvoraussetzungen geschaffen wie etwa äußere Stabilität oder

geeignete Umgebungsbedingungen oder auch die unterstützende Rolle der Eltern bei Kindern, Transparenz und Zuverlässigkeit [30, 32, 34].

Es liegen bisher keine Befunde vor, die als Voraussetzung der NET vorab Übungen zur Emotionsregulation verlangen oder die Beherrschung von Techniken voraussetzen wie Selbstberuhigung, Entspannung, aktive Dissoziation. Nötig sind auch keine vorab antrainierten imaginativen Vermeidungsübungen, Symptombewältigungsfertigkeiten, Ablenkungsfertigkeiten oder Selbstmanagementstrategien/Skills. Außer der entsprechenden Indikationsstellung¹ gibt es keine speziellen Vorübungen oder Voraussetzungen, die der Traumaüberlebende an psychotherapeutischem Können erfüllen muss.

Belegt durch tausende mit NET behandelte Personen gehen wir davon aus, dass jeder Mensch grundsätzlich dafür qualifiziert ist, über seine eigene Lebensgeschichte nachzudenken und sie einem einfühlsamen, interessierten Zuhörer zu berichten. Der Therapeut ist zudem ausgebildet, sachgerecht an den entsprechenden Stellen eine an Ort und Zeit angebundene Erinnerung des traumatischen Geschehens einschließlich der damaligen Gedanken und Gefühle durchzuführen, den mündlichen Bericht zu verschriftlichen und in der jeweils folgenden Sitzung die autobiographische Erzählung zur erneuten Überarbeitung vorzutragen. Am Ende der Narration unterschreiben die Zuhörer und Zeugen das Testimony (Erzähler, Therapeut und Dolmetscher sowie evt. Beisitzer).

Nach Abschluss der narrativen Exposition können zukunftsgerichtete Strategien zum Einsatz kommen (wie z. B. Vermeidung von Reviktimisierung, Verhaltenstrainings) oder andere Behandlungsmodule die Genesung ergänzen. Gemeinsam reduzieren diese Wirkmechanismen die Stärke und Häufigkeit des intrusiven Wiedererlebens der traumatischen Ereignisse, ermöglichen in der empathisch-validierenden Erzählsituati-

¹ Zur Indikation bei Sucht, Suizidalität, Fremdgefährdung, Intelligenzminderung, Psychose o. ä. und für ggf. sichernde Maßnahmen siehe [32, 34].

on korrigierende Beziehungserfahrungen und Erlauben die Wiedererlangung von personaler Würde [34, 35].

Die Effektivität der NET ist belegt

Der skizzierte Therapieansatz erwies sich in einer Reihe randomisiert-kontrollierter Studien als effektiver Behandlungsansatz für Überlebende multipler traumatischer Ereignisse, insbesondere in Flüchtlingspopulationen [17]. Neben der effektiven Therapie traumatisierter Überlebender von Krieg und Folter durch Experten z. B. in Deutschland [13, 24] oder Norwegen [39] konnte in randomisiert-kontrollierten Studien ebenfalls eine effektive Behandlung durch lokale Laien-therapeuten in den Kriegs- und Krisengebieten selbst gezeigt werden, wobei die NET sich als robustes Verfahren erwies [4, 7, 25].

Im Sinne der Nachhaltigkeit ist das Trainieren lokaler Therapeuten selbstverständlich nur ein erster Schritt. Langfristig sollten in Krisenregionen auch Ressourcen zur weiteren Dissemination effektiver Psychotherapie aufgebaut werden, mit Kompetenzzentren, welche Wissen strukturieren und disseminieren können. In mehreren Studien konnte gezeigt werden, dass lokale Therapeuten selbst zu Trainern und Supervisoren ausgebildet werden können und die von ihnen ausgebildeten Therapeuten mindestens ebenso effektive Behandlungen durchführen können [15, 18]. Positive Erfahrungen mit der Ausbildung von Traumaberatern wurden nicht nur von *vivo international* (www.vivo.org) gesammelt. Auch andere Verfahren, wie die traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie konnte in Krisenregionen bereits erfolgreich von trainierten lokalen Therapeuten angewendet werden [22, 27].

Ausbildung der Gesundheitslotsen und Traumaberater

Wie dargelegt, wäre für psychotherapeutische Angebote an traumatisierte Geflüchtete in Deutschland ein Kaskadenmodell sinnvoll, etwa entlang der in **Abb. 1** dargestellten Form. Teil der Ausbildung sollte immer eine inten-

sive Selbsterfahrung sein, in der gegebenenfalls eigene Traumatisierungen aufgearbeitet werden können und überprüft werden kann, ob die angehenden Therapeuten den psychischen Anforderungen von Traumatherapie gewachsen sind. Neben Diagnostik und Therapie von Traumafolgestörungen sollte das Erkennen von Suizidalität, Notfallinterventionen sowie Kenntnisse über das deutsche Gesundheitssystem und mögliche Anlaufstellen für Überweisungen vermittelt werden. Entsprechend unseren Erfahrungen in Konfliktregionen halten wir ein intensives, ca. 6-wöchiges Training mit vielen praktischen Übungen und Selbsterfahrung am sinnvollsten, gefolgt von einer weiteren berufsbegleitenden Lernphase, bei der die angehenden Traumaberater zunächst erfahrene Therapeuten begleiten und später unter Supervision und nach Indikationsstellung eines erfahrenen Therapeuten ihre eigenen Behandlungen durchführen.

Neben ausgebildeten Master-Beratern und Traumaberatern wäre es zudem sinnvoll, aus dem Kreis der Geflüchteten, Migranten und Flüchtlingshelfern eine höhere Anzahl geeigneter „Gesundheitslotsen“ auszubilden, die gelernt haben, in einem geschützten Rahmen und unter Schweigepflicht Betroffene anhand einfacher Erhebungsinstrumente auf Belastungssymptome hin zu befragen und gegebenenfalls an die richtigen Therapeuten oder Ärzte zu vermitteln.

Schlussfolgerung

Der deutlich gestiegene Behandlungsbedarf für Menschen mit Traumafolgestörungen in Deutschland macht die Vervielfachung des Angebots effektiver psychotherapeutischer Behandlungsmodule für traumatisierte Geflüchtete im deutschen Gesundheitssystem notwendig. Zusammenfassend würde das vorgeschlagene Modell im Gegensatz zu allen bislang diskutierten Lösungsansätzen eine flächendeckende Versorgung traumatisierter Geflüchteter ermöglichen. Selbstverständlich erfordert das vorgeschlagene Kaskadenmodell ebenfalls viele Ressourcen zur Ausbildung und Supervision durch kompetente Therapeuten. Im Gegensatz zu klassischen

Behandlungsmodellen, bei denen die Therapie ausschließlich von approbierten Therapeuten und nicht unter Supervision und selten ohne Sprach- und Kulturmittler durchgeführt werden kann, wären die Kosten aber um ein Vielfaches geringer, vor allem aber könnte eine bessere Versorgung eines Großteils der massiv symptombelasteten Traumaüberlebenden gewährleistet werden, was Leiden, Dysfunktionalität und Konfliktpotenzial für die Betroffenen, die soziale Gruppe und die Gesellschaft reduziert.

Wichtig ist bei allen Schritten, dass es sich um eine freiwillige Teilnahme der belasteten Person an den Angeboten handelt. Den Traumaüberlebenden wird so mit größtmöglichem Respekt begegnet, Vorschläge zu Untersuchungen und Behandlungen werden gemeinsam erarbeitet und den Betroffenen bleibt auf jeder Ebene die Entscheidungsfreiheit, Unterstützung anzunehmen oder abzulehnen.

Fazit für die Praxis

- Für die Implementierung des beschriebenen Kaskadenmodells empfehlen wir, genau wie in bisherigen Projekten in Kriegs- und Krisengebieten, eine engmaschige Supervision der Therapien sowie eine strenge wissenschaftliche Evaluation durch klinisch-wissenschaftliche Experten.
- So kann überprüft werden, ob der vorgeschlagene Ansatz ebenso hohe heilsame Therapieeffekte wie in den zahlreichen Studien in Krisengebieten zeigt.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. T. Elbert

Klinische Psychologie und Kompetenzzentrum
Psychotraumatologie, Universität Konstanz
Universitätsstr. 10, 78457 Konstanz,
Deutschland
Thomas.Elbert@uni-konstanz.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. T. Elbert, S. Wilker, M. Schauer und F. Neuner geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Literatur

1. American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5. Aufl. American Psychiatric Association, Washington, DC
2. Attanayake V, McKay R, Joffres M et al (2009) Prevalence of mental disorders among children exposed to war: a systematic review of 7,920 children. *Med Confl Surviv* 25(1):4–19
3. Cahill SP, Foa EB, Hembree EA et al (2006) Dissemination of exposure therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress* 19(5):597–610
4. Catani C, Kohiladevy M, Ruf M et al (2009) Treating children traumatized by war and Tsunami: a comparison between exposure therapy and meditation-relaxation in North-East Sri Lanka. *BMC Psychiatry* 9:22
5. Catani C, Jacob N, Schauer E et al (2008) Family violence, war, and natural disasters: a study of the effect of extreme stress on children's mental health in Sri Lanka. *BMC Psychiatry* 8(33-244X):8–33
6. Eberle-Sejari R, Nocon A, Rosner R (2015) Zur Wirksamkeit von psychotherapeutischen Interventionen bei jungen Flüchtlingen und Binnenvertriebenen mit posttraumatischen Symptomen – Ein systematischer Review. *Kindh Entwickl* 24:156–169
7. Ertl V, Pfeiffer A, Schauer E et al (2011) Community-implemented trauma therapy for former child soldiers in Northern Uganda: a randomized controlled trial. *JAMA* 306(5):503–512
8. Fazel M, Reed RV, Panter-Brick C et al (2012) Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors. *Lancet* 379(9812):266–282
9. Foa EB (2006) Psychosocial therapy for posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry* 67(Suppl 2):40–45
10. Gäbel U, Ruf M, Schauer M et al (2006) Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und Möglichkeiten der Ermittlung in der Asylverfahrenspraxis. *Z Klin Psychol Psychother* 35(1):12–20
11. Glaesmer H, Brahler E, Gündel H et al (2011) The association of traumatic experiences and posttraumatic stress disorder with physical morbidity in old age: a German population-based study. *Psychosom Med* 73(5):401–406
12. Gutermann J, Schreiber F, Matulis S et al (2016) Psychological treatments for symptoms of posttraumatic stress disorder in children, adolescents, and young adults: a meta-analysis. *Clin Child Fam Psychol Rev* 19(2):77–93
13. Hensel-Dittmann D, Schauer M, Ruf M et al (2011) Treatment of traumatized victims of war and torture: a randomized controlled comparison of narrative exposure therapy and stress inoculation training. *Psychother Psychosom* 80(6):345–352
14. Hollifield M, Toolson EC, Verbillis-Kolp S et al (2016) Effective screening for emotional distress in refugees: the refugee health screener. *J Nerv Ment Dis* 204(4):247–253
15. Jacob N, Neuner F, Maedl A et al (2014) Dissemination of psychotherapy for trauma spectrum disorders in postconflict settings: a randomized controlled trial in Rwanda. *Psychother Psychosom* 83(6):354–363
16. Jakupcak M, Cook J, Imel Z et al (2009) Posttraumatic stress disorder as a risk factor for suicidal ideation in Iraq and Afghanistan War veterans. *J Trauma Stress* 22(4):303–306
17. Jongedijk RA (2014) Narrative exposure therapy: an evidence-based treatment for multiple and complex trauma. *Eur J Psychotraumatol* 5:26522
18. Köbach A, Schaal S, Hecker T et al (2015) Psychotherapeutic intervention in the demobilization process: addressing combat-related mental injuries with narrative exposure in a first and second dissemination stage. *Clin Psychol Psychother*. doi:10.1002/cpp.1986
19. Kolassa IT, Ertl V, Kolassa S et al (2010) The probability of spontaneous remission from PTSD depends on the number of traumatic event types experienced. *Psychol Trauma* 3(3):169–174
20. Lambert JE, Alhassoon OM (2015) Trauma-focused therapy for refugees: meta-analytic findings. *J Couns Psychol* 62(1):28–37
21. Machleidt W, Heinz A (2017) Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie: Migration und psychische Gesundheit, 2. Aufl. Urban & Fischer, Elsevier, Stuttgart
22. McMullen J, O'Callaghan P, Shannon C et al (2013) Group trauma-focused cognitive-behavioural therapy with former child soldiers and other war-affected boys in the DR Congo: a randomised controlled trial. *J Child Psychol Psychiatry* 54(11):1231–1241
23. Miller GA, Elbert T, Rockstroh B (2005) Judging psychiatric disorders in refugees. *Lancet* 366(9497):1604–1605 (author reply 1605)
24. Neuner F, Kurreck S, Ruf M et al (2010) Can asylum-seekers with posttraumatic stress disorder be successfully treated? A randomized controlled pilot study. *Cogn Behav Ther* 39(2):81–91
25. Neuner F, Onyut PL, Ertl V et al (2008) Treatment of posttraumatic stress disorder by trained lay counselors in an African refugee settlement: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 76(4):686–694
26. Neuner F, Schauer M, Karunakara U et al (2004) Psychological trauma and evidence for enhanced vulnerability for posttraumatic stress disorder through previous trauma among West Nile refugees. *BMC Psychiatry* 4:34
27. O'Callaghan P, McMullen J, Shannon C et al (2013) A randomized controlled trial of trauma-focused cognitive behavioral therapy for sexually exploited, war-affected Congolese girls. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 52(4):359–369
28. Ruf-Leuschner M, Roth M, Schauer M (2014) Traumatisierte Mütter – traumatisierte Kinder? Eine Untersuchung des transgenerationalen Zusammenhangs von Gewalterfahrungen und Traumafolgestörungen in Flüchtlingsfamilien. *Z Klin Psychol Psychother* 43(1):1–16
29. Saile R, Ertl V, Neuner F et al (2014) Does war contribute to family violence against children? Findings from a two-generational multi-informant study in Northern Uganda. *Child Abuse Negl* 38(1):135–146
30. Schauer M, Neuner F, Elbert T (2015) Narrative exposure therapy for children and adolescents (KIDNET). In: Cloitre M, Landolt M, Schnyder U (Hrsg) Evidence-based treatments for trauma related disorders in children and adolescents. Springer, Heidelberg
31. Schauer M (2016) The Mass Refugee Movement – Better Reframed as Mental Health Crisis?. Global Perspectives of the International Society for Traumatic Stress Studies ISTSS StressPoints, a quarterly Newsletter. 1
32. Schauer M, Ruf-Leuschner M (2014) Lifeline in der Narrativen Expositionstherapie. *Psychotherapeut* 59(3):226–238
33. Schauer M, Schauer E (2010) Trauma-focused public mental-health interventions: a paradigm shift in humanitarian assistance and aid work. In: Martz E (Hrsg) Trauma rehabilitation after war and conflict. Springer, New York
34. Schauer M, Neuner F, Elbert T (2011) Narrative exposure therapy, a short-term intervention for traumatic stress disorders after war, terror or torture, 2. Aufl. Hogrefe & Huber, Göttingen
35. Schauer M, Neuner F, Elbert T (2005) Narrative exposure therapy, a short-term intervention for traumatic stress disorders after war, terror or torture. Hogrefe & Huber, Göttingen
36. Schauer M, Neuner F, Karunakara U et al (2003) PTSD and the „building block“ effect of psychological trauma among West Nile Africans. *Eur Soc Trauma Stress Stud Bull* 10(2):5–6
37. Sommer J, Hinsberger M, Weierstall Ret al (in press) Social acknowledgment of violent experiences and its role in PTSD and appetitive aggression among high-risk males in South Africa. *Clin Psychol Sci* (in press)
38. Steel Z, Chey T, Silove D et al (2009) Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 302(5):537–549
39. Stenmark H, Catani C, Neuner F et al (2013) Treating PTSD in refugees and asylum seekers within the general health care system. A randomized controlled multicenter study. *Behav Res Ther* 51(10):641–647
40. Vervliet M, Meyer Demott MA, Jakobsen M et al (2014) The mental health of unaccompanied refugee minors on arrival in the host country. *Scand J Psychol* 55(1):33–37
41. Wilker S, Pfeiffer A, Kolassa S et al (2015) How to quantify exposure to traumatic stress? Reliability and predictive validity of measures for cumulative trauma exposure in a post-conflict population. *Eur J Psychotraumatol* 6. doi:10.3402/ejpt.v6.28306
42. Yehuda R, Bell A, Bierer LM et al (2008) Maternal, not paternal, PTSD is related to increased risk for PTSD in offspring of Holocaust survivors. *J Psychiatry Res* 42(13):1104–1111