



# Flucht und Trauma

Dr. Rebecca Bahadori

Foto: mauritius images/Eugenio Marongiu

Die Erlebnisse von Krieg und Folter in den Herkunftsländern sowie die oft monatelange Flucht nach Europa können vor allem für Kinder und Jugendliche in hohem Maß belastend sein. Jedes Flüchtlingskind hat potenziell traumatische Situationen erlebt; nicht jedes Flüchtlingskind entwickelt jedoch traumaspezifische Folgeerkrankungen.

## Was ist ein Trauma?

Körper und Seele befinden sich in einem Ausnahmezustand. Durch Krieg und Verfolgung kann das positive Bild der Kinder und Jugendlichen von Menschen und der Gesellschaft zerstört werden; ein entscheidender Einschnitt, da Kinder und Jugendliche gerade erst dabei sind, ein Bild von sich und der Welt zu entwickeln. Mit einem solchen Ereignis verbundene traumaspezifische Reaktionen sind normale Reaktionen auf die Erinnerungen an die schrecklichen Ereignisse der Vergangenheit und dienen zunächst als Schutzmechanismen, um die jeweilige belastende Situation aushalten zu können. Traumafolgestörungen können sich vor allem dann entwickeln, wenn betroffene Kinder und Jugendliche mit ihren Erfahrungen nicht unterstützt werden.

## Welche Faktoren entscheiden?

Durch Menschen verursachte Gewalttaten sind besonders schwer zu verarbeiten und wirken gravierender als ein Unglück. Ähnlich verhält es sich mit länger andauernden oder sich wiederholenden traumatischen Ereignissen, als auch mit Erlebnissen, bei denen Kinder und Jugendliche ihre Bezugspersonen verlieren (vgl. Abb. 1, [1]). Eine traumatische Reaktion hängt darüber hinaus nicht nur von den äußeren Umstän-

den ab, sondern auch vom individuellen Erleben, der Bewertung und dem Umgang mit dem Ereignis. Alter und Entwicklungsstand der Kinder und Jugendlichen haben ebenfalls Einfluss auf die Verarbeitung der Ereignisse: je jünger, umso gravierender können die Folgen sein. Frühere Traumatisierungen (auch intrafamiliär) oder eine vorherige psychische Erkrankung erhöhen zudem die Gefahr für eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). Auch stärkere Angstreaktionen des Kindes während des Ereignisses oder nach dem Ereignis stellen ein Risikofaktor dar [2].

Kinder und Jugendliche mit optimistischen und selbstbewussten Bewältigungsstrategien und guten kommunikativen Fähigkeiten scheinen vor Folgesymptomen besser geschützt zu sein. Auch höhere Intelligenz und gute emotionale und soziale Fähigkeiten sind protektive Faktoren. Kinder und Jugendliche, die über stabile soziale Bindungen verfügen und gut in einer sozialen Gemeinschaft eingebunden sind, haben in der Regel ein geringeres Risiko, posttraumatische Folgestörungen zu entwickeln [3]. Beengte Wohnverhältnisse oder ein niedriger sozioökonomischen Status stellen dagegen zusätzliche Risikofaktoren dar [4]. Hierbei sei angemerkt, dass ein großer Teil der Kinder und Jugendlichen in der Lage ist, nach einem traumatischen Ereignis, sich selbst zu regulieren und in der Regel keine Maßnahmen einer spezifischen psychosozialen Unterstützung notwendig sind [1]. Die Symptome können sich allerdings auch erst nach einem symptomarmen Intervall entwickeln. Durch den Wegfall von Schutzfaktoren oder Zunahme von Belastungsfaktoren oder durch die Erschöpfung von Bewältigungsstrategien kann es zu einer PTBS mit verzögertem Beginn, d.h. einer Latenz von Wochen bis Monate oder Jahren kommen [5].

## Wie kann ich helfen?

Es ist zwischen akuten Interventionen („Notfallinterventionen“) und spezifischen Frühinterventionen zu unterscheiden [6]:

- Akute Interventionen: Das akute Vorgehen vor Ort ist im Verfahren der „Psychological First Aid PFA“ des National Child Traumatic Stress Network [7] beschrieben. Hierbei ist es wichtig, auf folgende Punkte zu achten (vgl. dazu auch [8]):

- Zügige Intervention (Kinder und Jugendliche dürfen sich nicht selbst überlassen bleiben);
- gute Kontakt- und Beziehungsaufnahme (ruhiges und empathisches Auftreten der Helfer);
- Vermittlung von Sicherheit (Kinder und Jugendliche vom Ort des Geschehens wegführen; für Essen, Trinken, wärmende Decken sorgen; situationsangemessenen Körperkontakt herstellen; für Ablenkung sorgen; Kuscheiltier dem Kind zur Hand geben)
- altersgerechte Vermittlung von Orientierung und Information (altersgemäße und wahrheitstreue Beantwortung der Fragen);
- Vermittlung von Hilfsangeboten (den Kindern und Jugendlichen die Möglichkeit bieten, über das Erlebte zu sprechen);
- Schutz der Persönlichkeitsrechte vor Medien [1].

- Spezifische Frühinterventionen [1, 9]: Im Rahmen der Frühintervention wird das Ziel verfolgt, in den ersten Tagen bis drei Monaten nach dem Trauma, das Geschehene begrifflich zu machen, um der Entwicklung von Traumafolgestörungen vorzubeugen und gefährdeten Kinder und Jugendlichen eine Behandlung zu

kommen zu lassen. Hierbei ist auf das Alter und den Entwicklungsstatus des Kindes oder Jugendlichen zu achten und die Eltern bzw. die Bezugspersonen sollten grundsätzlich mit einbezogen werden. Themen der Frühintervention sind:

- eine altersgerechte Psychoedukation;
- Herausarbeitung von individuellen Bewältigungsstrategien und Ressourcen
- eventuell Durchführung einer Trauma Exposition.

Von Debriefing (Entlastungsgespräch in Sinne eines Durcharbeitens der traumatischen Erfahrung) und pharmakologischer Behandlung von Traumasymptomen sollte auf Grund der aktuellen Studienlage Abstand genommen werden [9].

### Risikoscreening

Ein Screening-Verfahren sollte nach Landolt [1] fünf bis zehn Tage nach dem Trauma erfolgen. Beim Erfassen eines individuellen Risikos sollten folgende Kriterien beachtet werden: Traumaart, vorliegende posttraumatische Symptomatik, psychopathologische Vorbelastung, das familiäre und soziale Umfeld sowie subjektive Bewertungen des Traumas (traumabezogene Schuld- oder Schamgefühle).

### Hilfreiche Tipps & Skills für die Praxis [10]

Hierbei ist wichtig zu bemerken, dass in Bezug auf die Beziehungsgestaltung eine:

- Wertschätzende Grundhaltung eingenommen wird,
- Begegnung auf Augenhöhe stattfindet,
- Dinge nicht persönlich genommen werden,
- Angebote gemacht werden, welche auch abgelehnt werden dürfen, um den Traumatisierten die Kontrolle zu überlassen,
- kultursensible Haltung und Neugier eingenommen wird,
- professionelle Distanz aufgebaut wird,
- Zugehört wird, ohne zu beschwichtigen.

Erste Hilfe bei Dissoziation oder Flashbacks:

- Ruhe bewahren
- Augenkontakt halten
- Das Kind/ den Jugendlichen laut beim Namen ansprechen
- Körperberührungen ankündigen

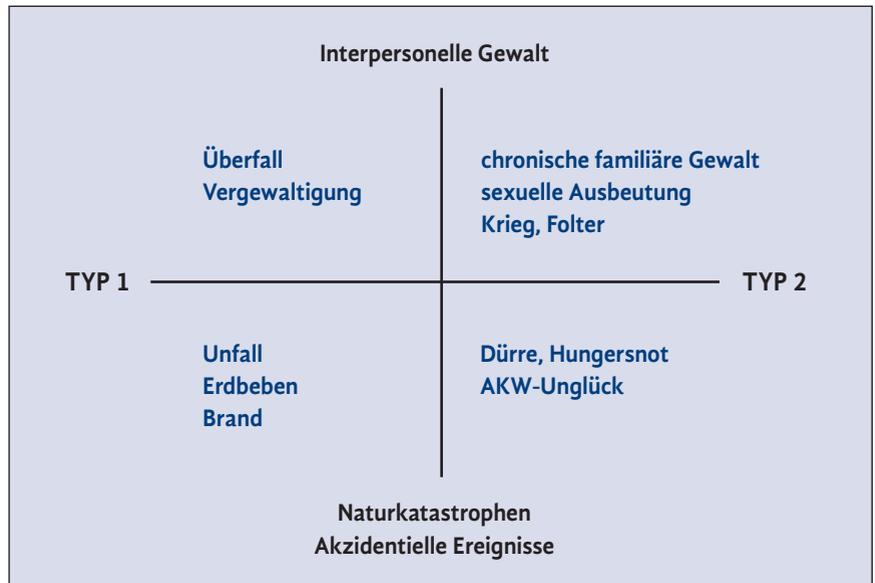


Abb. 1: Klassifikation potenziell traumatischer Ereignisse nach Landolt 2012

Grafik: Nachbau Petra Möller

- starke Sinnesreize setzen (z. B. Kältereize)
- Normalisieren und unterstützen beim Reorientieren (5-4-3-2-1 Übung nach Yvonne Dolan oder Zeitlinie, siehe unten)
- Distanzierung (negative Erinnerungen in einen „Tresor“ oder anderen persönlichen Verwahrungsort packen)
- Selbstberuhigung (Achtsamkeitsübungen), siehe unten.

Sind betroffene Kinder und Jugendliche wieder im Hier und Jetzt, sollte kurz erklärt werden, was geschehen ist. Für Ruhe und Entspannung sorgen (Decke, Kuschelecke, Plüschtier). Etwas zu trinken oder etwas Süßes zu essen anbieten. Im Falle von selbstverletzendem Verhalten ist es ratsam, dem Kind/Jugendlichen zu zeigen, wo das Verbandszeug ist, damit er/sie die Wunde(n) selbst versorgen kann.

**Tab. 1: Risikofaktoren (AWMF S2k-Leitlinie „Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung“)**

#### Prätraumatische Risikofaktoren

- Frühere Traumatisierungen
- Frühere traumatische und kritische Lebensereignisse
- Frühere und aktuelle psychische Erkrankungen
- Selbstabwertungstendenzen
- Unsichere soziale und finanzielle Lebensbedingungen

#### Peritraumatische Risikofaktoren

- Schwere des Traumas und der erlebten Lebensbedrohung
- Schwere emotionale und psychophysiologische Reaktionen
- Vorliegen eines Schädelhirntraumas

#### Posttraumatische Risikofaktoren

- Anhaltende Symptome einer ABS (Akute Belastungsstörung)
- Depressive Symptome
- Fortgesetzte Dissoziationsneigung
- Negative Kognitionen zum traumatischen Ereignis, zu sich selbst und zur Welt
- Kognitive Vermeidung und Vermeidungsverhalten
- Geringe Selbstwirksamkeitserwartung
- Fehlen sozialer Unterstützung

**Tab. 2: AWMF S2k-Leitlinie „Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung“**

1.	Nach traumatischen Ereignissen sollen in den ersten Stunden bis Tagen psychologische, psychosoziale und psychotherapeutische Maßnahmen angeboten werden. Dies gilt insbesondere für ein Erleben eines schweren Unfalls, einer akut lebensbedrohenden Erkrankung, körperlicher und/oder sexueller Gewalt, einer Entführung oder Geiselnahme, eines Terroranschlags, eines Kriegseignisses, von Folter oder einer Naturkatastrophe.
2.	Bei der psychosozialen Ersteinschätzung sollen der psychische Befund, die äußere Sicherheit, die Risikofaktoren und die verfügbaren Ressourcen erhoben werden. Körperliche Verletzungen und Zustände (z. B. Intoxikation) sind zu berücksichtigen.
3.	Bei der Frühdiagnostik soll insbesondere auf die Symptome einer Akuten Belastungsreaktion oder eine Akuten Stressreaktion wie u. a. sich aufdrängende, belastende Gedanken und Erinnerungen an das Geschehen, Übererregungssymptome, Schreckhaftigkeit, vermehrte Reizbarkeit, Wutausbrüche, gesteigerte Aggressivität, Verzweiflung, Stupor, Konzentrationsstörungen, Verwirrtheit, psychotisches Erleben und verändertes Erleben der Selbst-, Realitäts- und Zeitwahrnehmung (Dissoziation) geachtet werden. Ferner ist auf Rückzugs- und Vermeidungsverhalten und veränderte affektive Reaktionen und/oder emotionale Taubheit zu achten.
4.	Die Selbst- und Fremdgefährdung soll unbedingt beurteilt werden.
5.	In einem ersten Schritt sollen Sicherheit und Schutz der Betroffenen sichergestellt werden, dies gilt insbesondere bei körperlicher oder sexueller Gewalt mit anhaltender Bedrohung durch den oder die Täter.
6.	Screeninginstrumente können Schutz- und Risikofaktoren und/oder psychische Symptome erfassen und zur Indikationsstellung für eine Frühintervention eingesetzt werden. Sie sollen in Abhängigkeit vom jeweiligen Ereignis und der Akzeptanz verwendet werden. Symptomorientierte Screeninginstrumente sollen in den ersten Tagen vorsichtig interpretiert werden.
7.	Kinder und Jugendliche können die gleichen Symptome wie Erwachsene aufweisen; es können jedoch alters- und entwicklungsabhängig andere/weitere Symptome (z. B. Sprach- und Verhaltensauffälligkeiten, Verlust bereits erworbener Fertigkeiten) auftreten.
8.	Eine spezielle psychotraumatologische Diagnostik sollte nach Abschluss der frühen Versorgung angeboten werden.
9.	Zu Risikofaktoren zählen hohe wahrgenommene Bedrohung, Selbstaufgabe und katastrophisierende Bewertung des Ereignisses, fehlende soziale Unterstützung, körperliche Verletzungen und anhaltende Schmerzen sowie eigene Schuldzuweisung und Scham. Vorbestehende psychische Belastungen und frühere Traumatisierungen zählen ebenfalls zu den Risikofaktoren. Zu den Schutzfaktoren gehören soziale Unterstützung, der Schutz vor zusätzlichen Belastungen sowie eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung und ein hohes Kohärenzgefühl.
10.	Die Grundhaltungen professioneller Helfer und qualifizierter Fachkräfte für die Frühinterventionen sollen Akzeptanz, Wertschätzung und emotionale Einfühlung sein.
11.	Betroffene sollten leicht verständliche Informationen über übliche Reaktionen auf traumatische Erlebnisse erhalten. Diese sollten typische posttraumatische Reaktionen sowie Verlauf und Behandlung bzw. Versorgung beinhalten. Dabei sollte darauf geachtet werden, dass die Symptomatik als eine häufig auftretende Reaktion auf ein ungewöhnliches Ereignis dargestellt wird, so dass der angenommene entpathologisierende Effekt auch eintreten kann. Betroffene sollen auch darüber informiert werden, dass Symptome zeitverzögert auftreten können.
12.	Betroffene sollten über Wege und Möglichkeiten der Frühinterventionen inklusive ihrer Rechte z. B. nach dem Opferentschädigungsgesetz informiert werden. Die Interventionen sollen den Betroffenen nicht aufgedrängt werden, sie basieren auf Freiwilligkeit und werden als Angebot formuliert.
13.	Die ersten Interventionen sollen den Prinzipien Beruhigen und Entlasten, Steigern von Kontrolle und Selbstwirksamkeit, Fördern von Kontakt und sozialer Anbindung sowie Stärkung von Hoffnung und Zukunftsorientierung folgen.
14.	Anschließende Interventionen sollen unter anderem Validierung des erlittenen Leids, Veränderung ungünstiger Einstellungen und Bewertungen (z. B. Schuld), Ressourcenaktivierung, psychoedukative Informationsvermittlung, Stressbewältigung sowie Förderung von Bewältigungs- und Problemlösestrategien umfassen.
15.	Allen Betroffenen, insbesondere die mit einer hohen Symptomlast und/oder einem erhöhten Risiko für Traumafolgestörungen, sollen in den ersten Wochen beobachtet, begleitet und ggf. weiter versorgt werden (Screening und Monitoring). Im Verlauf ist mit fluktuierenden Symptomen und symptomarmen Intervallen zu rechnen.

16.	Sofern eine Einwilligung des Betroffenen gegeben wird, können nahestehende Personen (z. B. Lebenspartner, Freunde) einbezogen werden.
17.	Die traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie soll als spezifische Frühintervention der akuten Belastungsreaktion/-störung eingesetzt werden. Sie umfasst Informationsvermittlung, ggf. Exposition in sensu und in vivo, Stressbewältigung, kognitive Umstrukturierung und Angstmanagement.
18.	Für andere Interventionen besteht derzeit noch keine ausreichende Evidenz. Aus diesem Grund kann keine Empfehlung gegeben werden.
19.	Mit dem Einsatz von Psychopharmaka sollte zugewartet werden, wenn keine akute Suizidalität vorliegt. Der Einsatz von Psychopharmaka für eine bestimmte Zielsymptomatik kann erwogen werden, wenn die nicht-pharmakologischen Maßnahmen (d. h. inkl. Beachtung der persönlichen Bedürfnisse, Psychoedukation) keine kurzfristige Besserung zeigen.
20.	Debriefing als einmalige Intervention mit einem Durcharbeiten der traumatischen Erfahrung soll nicht als Frühintervention für Betroffene angeboten werden.
21.	Frühinterventionen für Kinder und Jugendliche mit einem erhöhten Risiko sollen dem Alter und dem Entwicklungsstatus angepasst sein und die Eltern bzw. die Bezugspersonen einbeziehen.

### Skillstraining zur Selbstwahrnehmung (Achtsamkeitsübungen)

Kinder und Jugendliche sollen lernen, ihre Gefühle angemessen auszudrücken, da diese ihre Berechtigung haben. Wut, Ärger, Angst, Schuld, Scham etc. sind normale Reaktionen auf entsprechende Situationen. Auch wenn die Auseinandersetzung mit den eigenen Gefühlen mit Widerstand verbunden sein kann, ist es wichtig, Achtsamkeit zu üben, um die Fähigkeiten in der Selbstkontrolle und Selbstregulierung zu erlangen.

- Mit den fünf Sinnen beruhigen: (Hören, Fühlen, Schmecken, Sehen, Riechen)
- Trommeln ohne Trommel
- Atemübung 10-1 zählen (beim Einatmen bis 10, beim Ausatmen bis 10 zählen, dann immer weiter bis 1)
- Sicherer Wohlfühlort (imaginieren oder malen)
- Sehr langsam gehen und die Fußsohlen beim Abrollen genau spüren
- Ausmalen von Mandalas

### Skillstraining zur Selbststärkung

Eine Psychoedukation ist hier von Bedeutung. Wenn Kinder/Jugendliche verstehen, woher ihre belastenden Symptome kommen, können sie entspannter damit umgehen. Kinder brauchen darüber hinaus viel Lob und Ermutigung sowie Erwachsene, die sie fordern und fördern.



Foto: mauritius images/Sverre Haugland

- 5-4-3-2-1 Übung nach Yvonne Dolan  
 Visuell: fünf Dinge benennen, welche man gerade sieht  
 Auditiv: fünf Geräusche benennen, welche man gerade hört  
 Sensorisch: fünf Dinge benennen, die man gerade spürt  
 Olfaktorisch: fünf Dinge benennen, die man gerade riecht  
 Gustatorisch: fünf Dinge benennen, die man gerade schmeckt  
 Dasselbe vier Mal wiederholen, dann drei Mal wiederholen, dann zwei Mal wiederholen, schließlich ein Mal wiederholen
- Normalisieren und unterstützen beim Reorientieren [11]  
 Eine Zeitlinie aufzeichnen lassen und dem Betroffenen darauf zeigen, was gerade passiert ist: das Trauma von damals wurde reaktiviert und kam in das Hier und Jetzt. Auf der Zeitlinie den Punkt

markieren. Dann eine Unterbrechung in den Pfeil zeichnen und einen Pfeil zurück in die Vergangenheit malen. Dabei nicht über die Inhalte der traumatischen Erinnerung sprechen!

Somit wird den Betroffenen geholfen die traumatische Erfahrung in die Vergangenheit einzuordnen.

- Skillstraining für Stressregulation
  - Kältereize (Eiswürfel ans Handgelenk, kaltes Wasser ins Gesicht, Coolpack)
  - Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson (es werden einzelne Muskelgruppen von Kopf bis Fuß nacheinander angespannt und wieder locker gelassen)
  - Einfache Bauchatmung
  - Stimmung skalieren (innere Anspannung auf einer Skala eintragen, um die Wahrnehmung der psychischen Verfassung zu schulen)
  - Ablenkung (Malen, knifflige Fingerspiele, von Hundert aus in 7-er Sprüngen rückwärtszählen...)

#### Dr./Belgien Rebecca Bahadori

Fachärztin für Kinder- und Jugendheilkunde, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapeutin, CAS UZH in Kinderpsychotraumatologie



Foto: Sabine Kristan



## Literatur zum Artikel:

# Trauma und Flucht

von Dr. Rebecca Bahadori

- [1] Landolt, M. A. (2012). Psychotraumatologie des Kindesalters. Grundlagen, Diagnostik und Interventionen (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- [2] Kulturalahti, Tarja Tuulikki; Rosner Rita (2008): Risikofaktoren der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Kindern und Jugendlichen nach Trauma Typ I, in: Kindheit und Entwicklung, Zeitschrift für klinische Kinderpsychologie, Band 17, Heft 4.
- [3] Krüger, Andreas (2013). Erste Hilfe für traumatisierte Kinder. Ostfildern: Patmos.
- [4] Egle, Ulrich; Hoffmann, Sven O.; Jorschly Peter (2004): Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung: Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früherer Stresserfahrungen. Stuttgart: Schattauer.
- [5] Andrews, B., Brewin, C. R., Philpott, R. & Stewart, L. (2007). Delayed-onset posttraumatic stress disorder: Asystematic review of the evidence. *The American Journal of Psychiatry*, 164(9), 1319–1326.
- [6] Zehnder, D., Hornung, R. & Landolt, M. A. (2006). Notfallpsychologische Interventionen im Kindesalter. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 55(9), 675–692.
- [7] National Child Traumatic Stress Network (NCTSN): Psychological First Aid for Displaced Children and Families. Im Internet frei abrufbar unter: <https://www.nctsn.org>
- [8] Pynoos, R. S. & Nader, K. (1988). Psychological first aid and treatment approach to children exposed to community violence: Research implications. *Journal of Traumatic Stress*, 1(4), 445–473.
- [9] De Young, A. C. & Kenardy, J. A. (2017). Preventative early intervention for children and adolescents exposed to trauma. In M. A. Landolt, M. Cloitre & U. Schnyder (Hrsg.), *Evidence-based treatments for trauma related disorders in children and adolescents* (S. 121–143). Cham: Springer International Publishing.
- [10] START & START-Kids, *Hilfreiche Tipps und Skills; Umgang mit Stress, Gefühlsregulation zur Stabilisierung bei (traumatischen) Belastungen*: Andrea Dixius & Prof. Eva Möhler, 2022.
- [11] Hantke, L. & Görges H.-J. (2012). *Handbuch Traumakompetenz. Basiswissen für Therapie, Beratung und Pädagogik*. Paderborn: Junfermann Verlag.
- AWMF S2k-Leitlinie „Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung“.
- Redemann, Luise; Dehner-Rau, Cornelia (2013): *Trauma heilen. Ein Übungsbuch für Körper und Seele*. Stuttgart: Trias.

### Selbsthilfe und Anleitungen für Fachkräfte

Die Informationsmaterialien des **National Child Traumatic Stress Network (NCTSN)**

und des **National Center for Posttraumatic Stress Disorder (NCPTSD)** stehen im Internet kostenfrei zur Verfügung. Die Materialien sind gut verständlich und liegen in verschiedenen Sprachen vor.

Traumatisierte Flüchtlinge begleiten: Ein Handbuch für Fachkräfte in der Flüchtlingsarbeit. Anne-Margret Wild. Trauma-Hilfe Zentrum Nürnberg (2017).

Sonne für die Seele: Ein Selbsthilfebuch für traumatisierte Flüchtlinge in verschiedenen Sprachen. Anne-Margret Wild. Trauma-Hilfe Zentrum Nürnberg (2017).

### Weitere Literatur

Dolan, Yvonne: *Schritt für Schritt zur Freude zurück: Das Leben nach traumatischen Erfahrungen meistern* (2009).

Karutz, H. & Plagge, G. (2018). Handlungsempfehlungen für die Psychosoziale Notfallversorgung von Kindern in Naturkatastrophen. *Trauma. Zeitschrift für Psychotraumatologie und ihre Anwendungen*, 16(4), 76–88.

### Webbasierte Informationen für Kinder und Jugendliche ohne erhöhtes Risiko

<https://kidtrauma.org>

Kolar, Hannes: Traumapädagogische Videos in Deutsch, Arabisch und Farsi für Jugendliche ab 12 Jahren auf YouTube: [https://www.youtube.com/channel/UCf4ArRYBA2ecLVrOo8Z6\\_Ug/videos](https://www.youtube.com/channel/UCf4ArRYBA2ecLVrOo8Z6_Ug/videos)