



© mitifoto - AdobeStock.com

Bedeutung traumatherapeutischer Versorgung geflüchteter Familien unabhängig vom Aufenthaltstitel

Ein „no go“ oder „must have“ in der Prävention
transgenerationaler Weitergabe psychischer Traumata

M. Nitschke-Janssen

Je nach Traumatisierung der geflüchteten Eltern besteht die Gefahr der transgenerationalen Weitergabe durch neurobiologische, soziale und interaktionale Übertragungsmechanismen

Zusammenfassung

Weltweit nehmen psychische Erkrankungen zu. Die zahlreichen Krisenherde, die kindgerechte Lebensbedingungen erschweren, tragen zu dieser Entwicklung bei. Viele Eltern entscheiden sich zur Flucht. Rund 30-50% Geflüchteter haben psychische Erkrankungen. Je nach Traumatisierung der Eltern besteht die Gefahr der transgenerationalen Weitergabe. Der Beitrag veranschaulicht deren Bedeutung insbesondere für geflüchtete Kinder, gibt einen Einblick in Behandlung von Familien ohne Aufenthaltsstatus und reflektiert psychotherapeutische Maximen im Kontext globaler Migrationsbewegungen.

Schlüsselwörter

Geflüchtete, Kinder, Aufenthaltstitel, transgenerational, Trauma

Relevance of Traumatherapeutic Interventions for Refugee Families Regardless the Official Asylum Status

A „no go“ or „must have“ in the Prevention of Transgenerational Transmission of Psychological Trauma

Summary

Worldwide there is an increase in mental health disturbances. One of the root causes are violent conflicts that hinder children from growing up in security. Therefore many parents decide to flee. About 30-50% of refugees show mental illnesses that bear the risk for transgenerational transmission. This article reflects the special relevance of transgenerational transmission of trauma and treatment of families without secured resident status and discusses therapeutic guidelines in the context of global migration

Keywords

refugees, children, resident, transgenerational, trauma

Bedeutung traumatherapeutischer Versorgung geflüchteter Familien

M. Nitschke-Janssen

Die WHO-Sonderinitiative „psychische Gesundheit“

Gemäß WHO haben weltweit nur wenige Kinder mit psychischen Gesundheitsproblemen und entsprechendem Behandlungsbedarf Zugang zum Versorgungssystem (Unicef, WHO 2019). Gleichzeitig steigen selbstverletzendes Verhalten, Suizide und Ängstlichkeit bei Kindern und Jugendlichen weltweit alarmierend an. Bis zu 20% der Jugendlichen weltweit sind von mentalen Gesundheitsstörungen betroffen. Der Suizid ist sogar die dritthäufigste Todesursache von 15 bis 19-jährigen jungen Menschen weltweit. Die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen hat nach Auffassung von Unicef in globalen und nationalen Gesundheitsprogrammen nicht den Stellenwert bekommen, der ihr zusteht. Seit Ende 2019 widmen sich UNICEF und die Weltgesundheitsorganisation schwerpunktmäßig diesem Themenbereich im Rahmen der *Sonderinitiative psychische Gesundheit*.

Psychische Gesundheit von Kindern hängt eng mit der psychischen Gesundheit ihrer Eltern zusammen – ein transkulturelles Phänomen

Wenn Eltern psychisch krank sind, steigt das Risiko ihrer Kinder auf 50%, ebenfalls psychische Erkrankungen zu entwickeln (Plass-Christel & Arlt 2020). Bereits vorgeburtlich können epigenetische Modifikationen bei einem Ungeborenen entstehen, beispielsweise über Mütter, die während der Schwangerschaft körperliche Gewalt durch den Partner erfahren (Radtke et al. 2011). Man geht von einer so genannten fetalen Programmierungshypothese aus, d.h. der direkte Kontakt des Fetus mit der erhöhten Glukokortikoid-Konzentration der Mutter im Rahmen der erfahrenen Gewalt führt dazu, dass Transkriptionsprozesse in der Zelle verändert und Risikoallele aktiviert werden, die eine anhaltende Aktivierung der stressregulierenden Hypothalamus-Hypophysen-Achse auslösen (Brückl & Binder 2017).

Neben den neurobiologischen Erkenntnissen zu genetischen und epigenetischen Modellen der transgenerationalen Weitergabe traumatischer Erfahrungen aus der jüngeren Forschung werden seit Freud soziale und interaktionelle Übertragungsmechanismen diskutiert. So beschrieb Bohleber (2008) transgenerationale Identifizierungsprozesse, bei denen Kinder mit Fantasietätigkeit unbewusst auf das elterliche Leid reagieren, das sie über Verleugnungs- oder Derealisierungsprozesse der Eltern wahrnehmen. Das Leid der Eltern könne sich dabei über das von der Fantasietätigkeit geleitete Verhalten der Kinder zeigen, das über weite Strecken der psychischen Entwicklung wesentlich an den Werte- und Normvorstellungen der Eltern orientiert ist. Mithilfe des Begriffs „Zeitunnel“ beschrieb Kerstenberg (2018) die Beobachtung, dass Kinder traumatisierter Eltern in ihrer psychischen Entwicklung dort standen, wo die Verfolgungssituation bzw. Traumatisierung bei den Eltern begann, da den Eltern die chronologische Einordnung ihrer emotionalen Extremerfahrungen nicht gelang und Erlebnisse nicht als abgeschlossen der Vergangenheit zugeordnet werden konnten. In diesem Zusammenhang und mit dem Auftreten emotionaler Irritationen suchten Kinder der traumatisierten Generation durch Übernahme der Elternrolle (Parentifizierung) den lebensgeschichtlichen Fluss und Zusammenhalt wiederherzustellen und ihre Eltern zu entlasten.

Wenn Eltern psychisch krank sind, steigt das Risiko ihrer Kinder auf 50%, ebenfalls psychische Erkrankungen zu entwickeln

Studien, die mithilfe des Adult Attachment Interviews (AAI) die Bindungssituation der Eltern besonders ins Auge nahmen, ließen die Vermutung zu, dass traumatische Erfahrungen nur dann an die nächste Generation übermittelt würden, wenn sie von den Betroffenen nicht verarbeitet und folglich auch nicht in die Konstruktion eines lebensgeschichtlichen Sinnzusammenhangs eingebettet werden könnten (Tress 1986).

Bedeutung traumatherapeutischer Versorgung geflüchteter Familien

M. Nitschke-Janssen

Die Frage, inwieweit sich diese in der westlichen Literatur beschriebenen Interaktionsphänomene auf andere, beispielsweise gemeinschaftlich orientierte Kulturen übertragen lassen, erfordert die Hinzunahme weiterer Forschungszweige. Die kulturvergleichende Entwicklungspsychologie z.B. beschreibt, dass die psychophysischen Entwicklungsvoraussetzungen mit den jeweiligen biologischen und genetischen Wurzeln bei allen Kindern verankert seien (Trommsdorff 1993). Wahrnehmung, Denken, moralische Entwicklung und soziales Verhalten seien universell angelegt und würden im weiteren Verlauf eine kulturell geprägte Strukturierung erfahren. Bereits 1963 konzeptionalisierte Ainsworth ihr Feinfühligkeitskonzept im Rahmen einer umfangreichen Studie in Uganda. Ijzendor und Sagi überprüften 1999 in ihrer groß angelegten transkulturellen Studie „Cross Cultural Patterns of attachment“ das Feinfühligkeits- und Bindungskonzept und kamen zu dem Schluss, dass Kinder aus allen Kulturen auf Stress mit erhöhtem Bindungsbedürfnis reagierten, um sich zu beruhigen. Die aus dem Stress resultierenden Verhaltensmuster waren dabei in allen Kulturen ähnlich. Neben dem universellen Phänomen des Bedürfnisses nach Bindung zur Herstellung von Sicherheit waren lediglich die Verhaltensindikatoren kulturspezifisch.

Starke Vorhersagefaktoren für aggressiv-feindseliges Elternverhalten sind traumatische elterliche Kindheitserfahrungen durch physische Gewalt und posttraumatische Belastungen

Sind Eltern aufgrund eigener psychischer Belastungen in ihrem Feinfühligkeitsverhalten beeinträchtigt, kann sich dies unabhängig von kulturellen Verhaltenserwartungen auf die Fähigkeit zur Stressregulation ihrer Kinder auswirken. Stehen keine kompensatorischen Bezugspersonen zur Verfügung, wie es insbesondere bei geflüchteten Familien der Fall ist, die aus ihren ursprünglichen sozialen Zusammenhängen herausgelöst sind, kommt es zu einer erhöhten Vulnerabilität für psychische

Erkrankungen mit der Gefahr der geringeren Ausprägung von Resilienzfaktoren.

Psychische Belastungen in Familien im Gefolge von Krisen und Konflikten

Inwieweit Krisen und kriegerische Konflikte die psychische Gesundheit von Eltern und Elternverhalten beeinflussen, wurde in umfangreichen Untersuchungen in Sri Lanka und Afghanistan untersucht (Saile et al. 2014). Der stärkste Vorhersagefaktor für beispielsweise aggressiv-feindseliges Elternverhalten war von der Intensität posttraumatischer Belastungssymptome des Vaters bestimmt. Ein weiterer Vorhersagefaktor lag in traumatischen elterlichen Kindheitserfahrungen durch physische Gewalt. Die Arbeitsgruppe um Hai-Yahia hatte Ähnliches für palästinensische Jugendliche herausgearbeitet: Die Anzahl der politischen Stressoren, denen die Familie ausgesetzt war, stellte sich als der stärkste Prädiktor für die Intensität physischer häuslicher Gewalt heraus (Hai-Yahia et al. 2008). Kriegserfahrungen wirken sich über individuelle Kriegstraumatisierungen hinaus bis hinein in die Familien aus (Catani et al. 2008).

So weist Somalia, ein seit Dekaden von Kriegen und Bürgerkriegen betroffenes Land, eine der höchsten Dichten an psychischen Krankheiten weltweit auf (Zeier 2020). Ge-

mäß dem Bericht der WHO gehören zu den häufigsten Diagnosen Psychosen, bipolare Störungen, Depressionen und posttraumatische Belastungsstörungen. Als ursächlich werden Armut sowie Krieg, Terror und ein Leben in ständiger Angst angesehen. Lebensbedingungen, die permanent existenziell bedrohlich sind, führen zu erhöhten Raten psychischer Störungen bei Erwachsenen mit entsprechenden kumulativen Auswirkungen auf ihre Kinder (Crepaldi et al 1963).

Bedeutung traumatherapeutischer Versorgung geflüchteter Familien

M. Nitschke-Janssen

Krisen und Konflikte als Auslöser von Fluchtbewegungen

Langfristige existenzielle Bedrohung, Zerstörung der Lebensgrundlagen sowie Verfolgung unter Androhung oder Ausübung von Gewalt bilden die wesentlichen Gründe dafür, dass Menschen fliehen. Ende 2019 waren 79,5 Millionen Menschen auf der Flucht (UNHCR 2020), darunter 30-34 Mio unter 18 Jahren. Kinder, die aufgrund ihrer noch nicht abgeschlossenen mentalen, kognitiven und körperlichen Entwicklung besonders schutzbedürftig und dadurch angewiesen auf Versorgung und Sicherheit durch primäre Bezugsperson und der Gesellschaft sind, in der sie leben, stellen einen besonders hohen Anteil der Geflüchteten dar. Das UN Hochkommissariat für Geflüchtete geht davon aus, dass Vertreibung nicht mehr nur ein kurzfristiges und vorübergehendes Phänomen darstellt.

Geflüchtete in Deutschland

Deutschland belegte im Ranking der zehn Länder mit den meisten aufgenommenen anerkannten Flüchtlingen Ende 2019 den fünften Platz (UNHCR 2020). Mit den stattgegebenen Anträgen durch das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge erreichte die Bundesrepublik zuletzt eine Schutzquote von 40,1% (BAMF 2019). Neben den 1,3 Millionen Menschen, die mittlerweile in Deutschland Schutz erhalten haben, gibt es knapp eine halbe Million Menschen, die ohne Schutz in Deutschland leben. 261.000 Menschen warten auf eine Entscheidung im Asylverfahren (Stand 30. Juni 2019), 202.400 abgelehnte Asylbewerber leben als Geduldete in Deutschland, (Bundestagsdrucksache 2019). 30% davon sind Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre.

Psychische Situation Geflüchteter und ihrer Kinder in Deutschland

Studien aus den Jahren der Bosnienkriege konnten aufzeigen, dass Geflüchtete eine erhöhte Vulnerabilität für die Entwicklung psychischer Erkrankungen aufweisen (Laban et al. 2004). Eine aktuellere Übersichtsdarstellung

der Bundespsychotherapeutenkammer von 2015 zeigt die Dimension traumaassoziierter Symptome bei erwachsenen Geflüchteten auf: starke emotionale Belastung durch traumatische Erinnerung (75%), Vermeidung (73%) und Intrusionen (70%). Gäbel, Ruf, Schauer, Odenwald und Neuner gaben 2006 die Prävalenz von Belastungen von Asylsuchenden in Deutschland für PTSD mit 40% an. Etwas neuere und größer angelegte Studien zur Situation in Deutschland zeigen Punktprävalenzen für PTSD von 33,2% und für Depression von 21,9% (Niklewski et al. 2012). Für Kinder und Jugendliche wurden nach Flucht in 50% psychologische Belastungssymptome beschrieben (Gavranidou et al. 2008). Nach Ruf, Schauer und Albert (2010) erfülle jedes fünfte geflüchtete Kind die vollen Kriterien der PTSD. Zum Vergleich: in Deutschland sind im Jahr 2000 lediglich 1,2% der Kinder von einer PTSD betroffen gewesen (Essau et al. 2000). Geflüchtete Kinder sind bis zu 20fach häufiger allein von Traumafolgestörungen betroffen, als Kinder, die in Deutschland aufgewachsen sind. Die hohe Prävalenz psychischer Störungen unter geflüchteten Kindern in Deutschland weist auf einen entsprechenden medizinisch-psychotherapeutischen Versorgungsbedarf hin.

Behandlung geflüchteter Kinder unter Einbeziehung der Bezugspersonen

Seit 2015 werden in Erstaufnahmecamps in Hamburg kinderpsychiatrisch-psychotherapeutische Vor-Ort-Sprechstunden angeboten. Die diagnostischen, beratenden und therapeutischen Einzeltermine werden durch Elterngruppen ergänzt, in denen partizipativ, kultursensibel und sprachgemittelt zentrale Themen wie Identifikation von Belastungssymptomen bei Kindern und Eltern, Etablierung einer altersgerechten Alltagsstruktur in der Erstaufnahmesituation, Begleitung akuter Erregungs- und Angstzustände, Umgang mit Schlafstörungen sowie entwicklungspsychologisches Basiswissen vermittelt werden. Die ÜbersetzerInnen werden aus dem städtisch finanzierten

Bedeutung traumatherapeutischer Versorgung geflüchteter Familien

M. Nitschke-Janssen

SprachmittlerInnenpool rekrutiert. PatientInnen, die in den Vor-Ort Sprechstunden nicht ausreichend versorgt werden können, werden in die Regelversorgung vermittelt.

Ein Beispiel: Eine iranische Familie mit ihrem Kleinstkind

Die jungen Eltern kommen mit dem sehr gepflegten A. (18 Monate alt) zur Vorstellung. Er ist ihr erstes Kind. Er nörgelt viel, sei weinerlich, irgendetwas stimme mit ihm nicht. Die bisherigen Meilensteine der Entwicklung seien unkompliziert verlaufen. A. könne sicher laufen, spreche die ersten Zweiwortsätze auf Persisch, sei somatisch nie ernsthaft erkrankt. Die Mutter ist engagiert, präsent und temperamentvoll, war im Heimatland Bankangestellte. A.s Vater bleibt leise, zurückgezogen. Kurz nach der Erstvorstellung seines Sohnes wird er bei Panikattacken mit Suizidgedanken stationär hospitalisiert. A. orientiert sich an der Mutter. Da es keine zuverlässige außerhäusliche Betreuung für Kleinstkinder gibt, bringt die Mutter ihn in die Elterngruppe mit. Er kann sich nur kurz mit den Spielsachen beschäftigen. Sein Gesicht ist starr und angespannt, er wendet sich an die Mutter, ist dabei vorwürflich, drängend, fordernd, was die Mutter schlecht toleriert. Sie reagiert gereizt, abweisend, ihr Ton wird hart und autoritär. Ihr Sohn greift weinerlich-wütend den WhiteBoard-Stift. Die Mutter will ihm den Stift entreißen, in ihrer Mimik spiegeln sich Wut, Zorn, Verzweiflung. Der Junge liegt weinend und strampelnd am Boden. Die Gruppe reagiert verständnisvoll, alle kennen das. Eltern in einer Erstaufnahmeeinrichtung haben ihre Kinder rund um die Uhr zu betreuen. Kinder in einer Erstaufnahmeeinrichtung müssen ihre Eltern zu sämtlichen Terminen begleiten. Die Mutter beginnt zu weinen. Unmittelbar steht ihr Sohn auf, seine Mimik ändert sich, wird besorgt- ängstlich, er tätschelt ihre Knie, erst sanft, dann immer eindringlicher. Er versucht in ihr Gesicht zu schauen, die Mutter hält es mit ihren Händen auf dem

Schoß verborgen. Sie ist nicht mehr zugänglich. Seine Gesichtszüge verändern sich. Er lässt von ihr ab, der Muskeltonus erschlafft. Er setzt sich zu Boden mit abwesendem Blick.

Dissoziationen stellen einen wichtigen Prädiktor für das Vorliegen von Traumafolgestörungen dar. Das mimische und emotionale Einfrieren wirkt sich unmittelbar im Verhalten aus und wird dabei für Kinder spürbar. Insbesondere Säuglinge und Kleinkinder, die auf das „social referencing“, also auf die ihre Affekte und Bedürfnisse spiegelnde mimische und gestische Reaktion ihrer Eltern, angewiesen sind, um sich zu orientieren und emotional zu regulieren, reagieren gemäß der Ergebnisse der Säuglingsforschung auf das „still face“ zunächst mit einem Hyperarousal und einem angstvollen Anstieg ihrer Aktivität. Bleibt die Bezugsperson starr, kommt es zu einer Umkehr des Zustandes der Übererregung zu einem Zustand der Resignation und des Einfrierens auf Seiten des Kindes. Interaktionelle und neurobiologische Mechanismen greifen bei dieser transgenerationalen Transmission der Dissoziation ineinander.

Einige Zeit später findet eine Einzelsitzung als Elterngespräch statt. Die Mutter setzt sich zugewandt und erwartungsvoll. Eine Sprachmittlerin sitzt an der Seite der Kindertherapeutin, sie übersetzt im Rhythmus von 2-3 Sätzen fließend Farsi und zurück ins Deutsche. Mithilfe der lifeline lassen sich einschneidende Erfahrungen in der Biografie des kleinen Jungen erfassen: Im Laufe der Schwangerschaft seien die iranischen Behörden auf die journalistische Tätigkeit des Vaters aufmerksam geworden. Man habe zunächst eine Vorladung erhalten, schließlich seien Uniformierte im Haus der werdenden Eltern eingedrungen und hätten dem Vater ernsthafte Konsequenzen angekündigt. In der folgenden Zeit habe die Mutter ständig Angst gehabt. Im 8. SSM habe man den Vater über mehrere Tage inhaftiert und unter Anwendung von Gewalt verhört.



DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ENTSPANNUNGSVERFAHREN

Autogenes Training | Progressive Relaxation | Hypnose | Yoga
und weitere wissenschaftlich fundierte Verfahren (DG-E e.V.)

BESUCHEN SIE UNS DOCH MAL IM INTERNET...

The screenshot shows the homepage of the Deutsche Gesellschaft für Entspannungsverfahren (DG-E). The browser address bar shows 'https://dg-e.de/'. The page features a navigation menu on the left with options like 'Startseite', 'Info, Angebote & Aktivitäten', and 'Mitglied werden!'. The main content area is titled 'Werden Sie Mitglied in der DG-E e.V.' and includes a list of steps for joining, such as downloading a form, filling it out, and sending it to the business office. A search bar is located on the left side of the page. A large watermark logo is visible in the background of the screenshot.

Save the Date!

24.04. – 01.05.2021 / Klappholtal (Sylt)

35. ENTSPANNUNGSTHERAPIEWOCHEN

Programm & Anmeldung ab Spätherbst 2020 auf
dg-e.de

Sie finden auf unserer Homepage frei zugänglich und kostenlos...

- ▶ kompakte, fundierte und gut verständliche Informationen zu vielen wichtigen Entspannungs- und achtsamkeitsbasierten Verfahren,
- ▶ nützliche Links und die Recherche-Möglichkeit in unserer Artikel-Datenbank oder unserer Veröffentlichungsliste,
- ▶ Merkblätter z.B. zum Umgang mit Angst-, Schlaf- und Schmerzstörungen oder Burnout,
- ▶ Listen mit Adressen unserer Kursleiter*Innen bzw. Dozent*Innen für Autogenes Training, Progressive Relaxation, Klinische Hypnose, Yoga und Multimodale Stresskompetenz, die in Ihrer Nähe nach den anerkannten Richt- und Leitlinien der DG-E qualifiziert sind und praktizieren bzw. fortbilden
- ▶ und alle wichtigen Informationen über die Deutsche Gesellschaft für Entspannungsverfahren und ihre Aktivitäten, Angebote, Veröffentlichungen oder Tagungen.



[HTTPS://DG-E.DE](https://dg-e.de)
[ENTSPANNUNGSVERFAHREN.COM](https://dg-e.de)



Angelika Birck

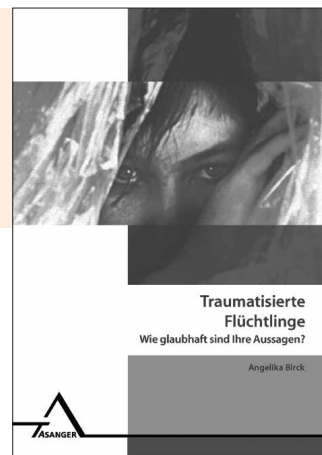
Traumatisierte Flüchtlinge

Wie glaubhaft sind ihre Aussagen? 4. Aufl., 164 S., 17,- €
ISBN 978-3-89334-376-8

„Eine bedeutsame Hilfe für Juristen, die im Ausländerrecht tätig sind, sowie für alle Organisationen, in denen Psychologen und Mediziner mit Flüchtlingen arbeiten.“ (Horst E. Theis, ZAR-Rezensionen)

„Wichtig für Beratungsstellen, Rechtsanwältinnen, Richterinnen und AnhörerInnen sowie alle, die mit traumatisierten Flüchtlingen zu tun haben.“ (Der Schlepper, Flüchtlingsrat Schleswig-Holstein)

„Verhilft zu einem besseren Verständnis der Probleme und Missverständnisse, die immer wieder zwischen Unterstützern und Betreuten auftreten und es liefert Argumente für die Auseinandersetzung mit Behörden und Gerichten“ (Flüchtlingsrat, Zeitschrift f. Flüchtlingspolitik in Niedersachsen)



Gaby Breitenbach, Harald Requardt

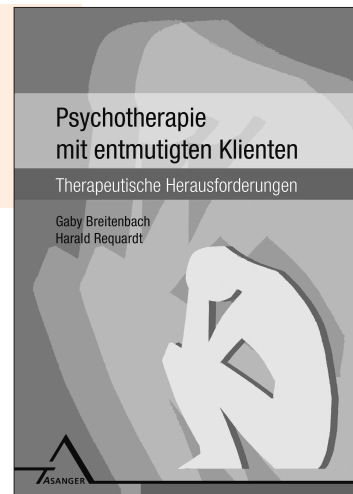
Psychotherapie mit entmutigten Klienten – therapeutische Herausforderungen

5. Aufl., 250 S., 29,- €, ISBN 978-3-89334-438-1

„Ein engagiertes und fachkompetentes Plädoyer für die Arbeit mit einem Klientel, das durch die Maschen des psychotherapeutischen Netzes fällt.“ (Zeitschrift für Systemische Therapie)

„Empfehlenswert auch für den ganz normalen Alltag der Beratung.“ (Beratung aktuell)

... durch beispielhafte Schilderungen aus der Praxis gut lesbar ... insgesamt sehr praxisbezogen ... Die Autoren verstehen therapeutisches Arbeiten nicht nur als Herausforderung an die notwendigen therapeutischen Kompetenzen, sondern auch als herausforderung an Kreativität und Humor (Dr. Barbara Stosiek-ter Braak, in Sozialnet 2007)



Asanger Verlag, Kröning

Dr. Gerd Wenninger, Bölldorf 3, 84178 Kröning, verlag@asanger.de

Bedeutung traumatherapeutischer Versorgung geflüchteter Familien

M. Nitschke-Janssen

Während der Fetalzeit unterliegt das Gehirn zahlreichen Strukturierungs- und Entwicklungsprozessen. Neurobiologische Systeme befinden sich in sensiblen Reifungsphasen und führen bei traumabedingten Veränderungen zu einer erhöhten Vulnerabilität für psychische und somatische Erkrankungen (biologische Einbettungshypothese) sowie einer potenziell langfristig veränderten Funktionsweise. Verschiedene biologische Prozesse wie DNA Methylierung an spezifischen, an der Stressregulation beteiligten s.g. Kandidatengenen wie FKBP5 & NR3C1 führen als erfahrungsabhängiger Anpassungsprozess zu einem stärkeren Ansprechen auf Bedrohungsreize z.B über das Cortisol- bzw. das Glukocorticoid-Rezeptorsystem der Hypothalamus-Hypophysen-Achse (4). Vor diesem theoretischen Hintergrund ist denkbar, dass es angesichts der existenziellen Ängste der Mutter in der Schwangerschaft zu Veränderungen der Stressregulationssysteme bei ihrem Sohn im Sinne einer epigenetisch vermittelten transgenerationalen Weitergabe des traumatischen Erlebens der Mutter an ihr Kind gekommen ist.

Die Mutter habe das Baby entbunden, die Zeit sei jedoch von Angst überschattet gewesen. Das Haus der Familie sei von den staatlichen Behörden überwacht worden, regelmäßig seien Drohbriefe gekommen. In A.s 8. Lebensmonat, der Vater sei seit einigen Tagen außer Haus gewesen, seien Bewaffnete gekommen, hätten sich Zutritt zur Wohnung verschafft, die Mutter unter Androhung von Gewalt eingeschüchtert. Ein alkoholisierter Uniformierter habe sie mit Schimpfwörtern erniedrigt, von ihr Informationen über ihren Mann eingefordert, sie schließlich mit dem Baby auf dem Arm geohrfeigt und durch den Raum gestoßen.

Da die Mutter zunehmend symptomatisch reagiert (Atemfrequenz angestiegen, sie schwitzt, die Stimme ist hoch und dünn, sie greift sich mehrmals an den Hals, psychomotorisch angetriebenes Nesteln an den Händen, angstvolles Weinen) wird – wie mit ihr

für den Fall von Flashbacks im Rahmen der Anamneseerhebung vorbesprochen – mit EMDR gearbeitet. Es gelingt ihr, im dualen Fokus zu sein, in dessen Rahmen die Mutter die Erfahrungen aus dem Iran filmisch vor dem inneren Auge abspielen und gleichzeitig im Hier und Jetzt der therapeutischen Sitzung verankert bleiben kann. Die subjektive Belastung kann nach einigen Sets von SUD (subjective units of distress) von 10 auf 5 gesenkt werden.

Die Realerfahrung der psychischen und physischen Gewalt durch staatliche Sicherheitsbehörden blieb bis zur therapeutisch orientierten Anamneseerhebung von der Mutter traumatisch und unverarbeitet. Es ist anzunehmen, dass Triggerreize zu erhöhter Schreckhaftigkeit und Vermeidungsverhalten bei der Mutter auch in der Begleitung ihres Sohnes geführt haben. Im Setting der Erstaufnahme wurde dies deutlich durch einen hohen subjektiven Anpassungsdruck gegenüber der Gruppe, den sie auf ihr Kind übertrug, und der ihr ein feinfühliges Eingehen auf ihren angestregten Sohn erschwerte.

Bevor eine Weiterarbeit möglich ist, ertönt unzufriedenes Wimmern aus dem Flur und A. marschiert mit seinem Papa an der Hand in den Behandlungsraum. Die Mutter – trotz der Sitzungsunterbrechung kurzzeitig sichtlich entlastet – reagiert herzlich und liebevoll. Sie kann seinem Bedürfnis nach Aufmerksamkeit einen Augenblick lang flexibler folgen, ihn in seiner altersangemessenen Neugier bestätigen und ihre Präsenz offen auf ihn gerichtet halten. A. lächelt, und für einen Moment erlebt sich die Mutter-Kind-Dyade erfüllt und authentisch.

In der Folgezeit beklagt die Mutter weiterhin das fordernde, grenzenlose und gereizt-aggressive Verhalten ihres Sohnes. Sie kommt mit ihrem Kind zu einer Serie psychotherapeutisch orientierter Termine in die kinderpsychiatrisch-kindertherapeutische Regelversorgungspraxis. A. reagiert zunächst mit

Bedeutung traumatherapeutischer Versorgung geflüchteter Familien

M. Nitschke-Janssen

Ablehnung, bleibt weinerlich an ihrem Bein und zeigt umso weniger Interesse an seiner Umwelt, je mehr die Mutter ihm streng und auffordernd anordnet, zu spielen. Sie ist sichtlich unter Druck, hat eine Reihe drängender Anliegen. A. entdeckt ein großes rot-gelbes Auto und sagt „Maschine.“ Er lässt das Auto erst ein kleines bisschen, schließlich mehrmals lustvoll mit lautem Krachen durch den Raum brausen und schaut sich herausfordernd-triumphierend um. Abrupt wendet sich die Mutter ihm mit zusammengezogenen Augenbrauen im bekannten autoritär vorwurfsvollen Ton zu. A. reagiert wimmernd-weinerlich, zieht sich auf ihren Schoß zurück und saugt rhythmisch am angebotenen Schnuller.

Die durch Schlafstörung, Erschöpfung und Gedankenkreisen um die unklare Aufenthaltssituation akzentuiert gereizt-aggressive Stimmungslage der faktisch alleinerziehenden Mutter schien in der gegenwärtigen herausfordernden Ankommensphase im Asylland dazu zu führen, dass die Mutter altersgerechtes Experimentierverhalten nicht ertrug und ihren Sohn darin fortlaufend begrenzte. Dies führte zwar zunächst zu Anpassungsverhalten – A. regredierte auf Säuglingsniveau auf Kosten eigener Entwicklungsfortschritte und vermied die Auseinandersetzung mit altersgerechten lustvoll-aggressiven Impulsen – und zur Stabilisierung der Mutter. Die gereizt-fordernden Affekte wurden vermutlich als Folge der Übertragung von Unsicherheit und Existenzangst in der Mutter-Kind-Interaktion, im provokativ-destruktiven Verhalten des Jungen offenbar.

Der Mutter wird zu Stundenbeginn eine begrenzte Zeit für die vielfältigen psychosozialen Themen (Unterbringung in einer Gemeinschafts-Folgeunterkunft, Fragen zur anwaltlichen Vertretung im langwierigen Asylverfahren, Kindergartenplatzsuche) zur Verfügung gestellt. Es werden die vielseitigen kulturellen Herausforderungen reflektiert (Einordnung der psychischen Erkrankung des

Vaters, Erziehungsziele und Erziehungsstile im Iran und in Deutschland, Trennung von der Herkunftsfamilie und Heimatkultur und damit einhergehender Wegfall von Orientierung gebenden wichtigen Bezugspersonen für die Mutter). Ritualisiert werden Dissoziations-Stopp-Techniken und imaginative Stabilisierungsübungen eingeführt. Nach einer Reihe von Sitzungen gelingt es der intelligenten Mutter, sich aus von Ohnmacht, Angst und Wut geprägten States zu lösen. In diesem Zug stellt sie den Zusammenhang zwischen ihrem Verhalten und den Reaktionsweisen ihres Sohnes her. Nach einer weiteren Weile gelingt es ihr, Raum zur Wahrnehmung der altersgerechten und gesunden Impulse ihres Sohnes zu schaffen.

Der Junge erfährt in der Therapie eine im Sinne der „Wait, Watch and Wonder“ Methode aufmerksame und offene Begegnung. Die Mutter wird zur Beobachterin von Verhalten und Beziehungsgestaltung ihres Sohnes. Ihr intrusives Verhalten gegenüber A. sistiert. Es entsteht mehr Platz für ihn, den er zur Betrachtung der Spielgegenstände und der zunächst misstrauisch-ablehnenden Beobachtung der Therapeutin nutzt. A. gestaltet die ersten Stunden stets nach dem gleichen Muster. Zunächst wird das Auto hervorgeholt unter Angabe von „Maschine, Maschine“, dann das Autotelefon, in das er hinein spricht: „Papa, Alo Papa!“ Schließlich wird die gelb-rote Auto-Maschine gegen die Wand gefahren, laut und heftig. Während er bei den vorherigen „Spiel“abläufen mit Ausnahme der wenigen Worte nicht sprach und keinen Blickkontakt aufnahm, schaut er nun beim Maltrahieren des Autos fordernd zur Mutter, die neutral interessiert bleibt. A. wendet denselben herausfordernden Blick der Therapeutin zu, die zustimmend „stark“ oder „laut“ A.s Handeln kommentiert. Nachdem A. es für eine kleine Weile genossen hat, dass er „stark“ und „laut“ sein darf, wird sein Verhalten flexibler und experimentierfreudiger. Nach einigen Stunden gibt er der Therapeutin den Telefonhörer und fordert sie auf, auch mit

Bedeutung traumatherapeutischer Versorgung geflüchteter Familien

M. Nitschke-Janssen

„Papa“ zu sprechen. Nach einigen weiteren Stunden lässt A. von seinem Anfangsritual ab und wendet sich neugieriger anderen Gegenständen zu. Dabei geht er dazu über, Spielsachen zu zeigen, das Wort dazu anzuhören und es nachzusprechen. Die Mutter kann mittlerweile auf seine Spielangebote eingehen, vormals als provokativ empfundene Sequenzen übergehen und zu liebevoller, wohlwollender und annehmender Gelassenheit zu ihrem Sohn finden. Nach weiteren Stunden vertieft er sich in altersgerechtes Spiel, ohne die Mutter oder andere anwesende Personen weiter zu beachten.

Im Verlauf dieser Behandlung eines Mutter-Kind-Paares ohne gesicherten Aufenthaltsstatus diente der therapeutische Rahmen zunächst als Container für die Affekte der Mutter, des Kindes und derjenigen, die im interaktionellen Geschehen zwischen Mutter und Kind entstanden. Möglich wurde die Zusammenarbeit durch die Bindungssicherheit der Mutter zur Therapeutin. Sie ließ sie ungeachtet kultureller oder sprachlicher Barrieren an ihrem Ringen um eine gelingende Mutterschaft, an ihren Ängsten bezogen auf die Integrationsanforderungen einschließlich des Asylprozesses und ihren unmittelbaren posttraumatischen Belastungssymptomen teilhaben. Damit wurde die Therapeutin für die Mutter-Kind-Dyade in den therapeutischen Sitzungen zu einem sicheren und im Alltagsgeschehen zu einem strukturierenden äußeren Rahmen, innerhalb dessen die integrierende Exposition traumatischen Erlebens von Mutter und Kind stattfinden, die Regulation schwieriger Affektzustände geübt und damit sukzessive das insofern verstrickte Interaktionsgeschehen zwischen Mutter und Kind entlastet werden konnte.

Behandlung geflüchteter Kinder ohne Aufenthaltstitel – ein „no go“?

Wenngleich es in Deutschland eine hohe Dichte psychotherapeutisch arbeitender KollegInnen gibt, ist der Zugang zum psychia-

trisch-psychotherapeutischen Versorgungssystem für geflüchtete Kinder aufgrund mehrerer Faktoren deutlich erschwert: fehlende Kenntnisse über psychotherapeutische Versorgungsmöglichkeiten, Sprachbarriere, Depressionen und Erschöpfungszustände bei Eltern vor allem mehrerer kleiner Kinder, aufenthaltsrechtliche Anforderungen, zum Teil lange Wege zu TherapeutInnen. Aber auch auf der Seite der versorgenden TherapeutInnen gibt es Bedenken, ihr Versorgungsangebot geflüchteten Familien zur Verfügung zu stellen. Dies gilt insbesondere für Familien mit Kindern ohne gesicherten Aufenthaltsstatus. Jenseits finanzieller Limitationen von sprachmittlerbegleiteten Behandlungen wird häufig davon ausgegangen, dass eine emotionale Auseinandersetzung mit Erlebtem nur dann erfolgreich sein kann, wenn bei Behandlungsbeginn eine langfristige und dauerhafte Aufenthaltsperspektive vorliegt. Ohne äußere Sicherheit kann es keine innere geben, so das traditionelle Credo der Psychologie.

Für geflüchtete Kinder ist der Zugang zum psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystem deutlich erschwert

Damit machen Ärzte und Therapeuten ihr Behandlungsangebot abhängig von der staatlichen Asyl- und Migrationspolitik. Die Nähe zum Patienten und die psychiatrisch-psychotherapeutische Facheinschätzung von Symptomen und Störungsbildern und deren Behandlungsnotwendigkeit drohen aus dem zentralen Fokus zu geraten. Dabei besteht bei geflüchteten Familien ohne gesicherten Aufenthalt ein doppelter Behandlungsbedarf: die Entlastung von traumatischen Ereignissen im Heimatland respektive auf der Flucht einerseits sowie die fortlaufende aufreibende emotionale Regulation im Spannungsfeld von Hoffnung auf ein sicheres Bleiberecht und der permanent präsenten Angst davor, sich erneut ohne Existenzgrundlage den Gefahren und Repressionen im Heimatland konfrontiert zu sehen.

Bedeutung traumatherapeutischer Versorgung geflüchteter Familien

M. Nitschke-Janssen

Prävention transgenerationaler Weitergabe psychischer Traumata – Argumente für ein „must have“

Um Kindheit mit ihren entwicklungspsychologischen Meilensteinen in diesem schwierigen Spannungsfeld möglich zu machen, ist die Herstellung oder Aufrechterhaltung eines sicheren und feinfühligem Bindungs- und Beziehungsrahmens – nach Möglichkeit zu den primären Bezugspersonen für geflüchtete Kinder – existenziell. Psychotherapie kann hierbei über eine Stabilisierung der Eltern in ihren elterlichen Funktionen wirksam sein. Dies erfordert für TherapeutInnen in Bezug auf geflüchtete Familien ohne Aufenthaltsstatus ggf. eine Auseinandersetzung mit der inneren therapeutischen Haltung, zumal im Gesamtkontext der vielen verunsichernden Faktoren im Asylverfahren ebenfalls in Frage gestellt erscheint, inwiefern Rahmenbedingungen für Psychotherapie erfüllt sind.

Psychotherapie bei geflüchteten Kindern kann über eine Stabilisierung der Eltern in ihren elterlichen Funktionen wirksam sein

Demgegenüber steht, den Heilauftrag im Allgemeinen und Faktoren psychotherapeutischer Wirksamkeit im besonderen Kontext Geflüchteter ohne Aufenthaltssicherheit im Blick zu behalten. Ein Element psychotherapeutischer Wirksamkeit kann hier sein, äußere Sicherheit auf die Herstellung von Bindungssicherheit im Hier und Jetzt mit dem Elternteil oder aber ersatzweise für die Eltern mit dem symptomatischen Kind herunter zu brechen. Auf diese Weise wird das Kriterium der äußeren Sicherheit durch die erlebte Bindungssicherheit erfüllt, die insbesondere für kleine Kinder bereits das wesentliche Kriterium für „Sicherheit“ darstellt, nicht zuletzt deshalb, weil das Überschauen asylrechtlicher Maßgaben und Konsequenzen für Kinder kognitiv noch nicht fassbar ist und sich im Erleben von Unsicherheit und Angst ihrer Eltern vermittelt. Gelingt mithilfe psychotherapeutischer Stabilisierung der Eltern eine Re-

duktion der Traumalast und die Regulierung intensiver Gefühle im Beziehungskontext, kann sich innere Sicherheit (re)etablieren.

„Zu wenige Kinder haben Zugang zu Programmen, die ihnen beibringen, schwierige Gefühle zu regulieren,“ dies müsse sich ändern, so der Direktor der WHO in seinem Kommuniké zur neuen Sonderinitiative für psychische Gesundheit, mit der die Weltgesundheitsorganisation bis 2023 die Grundversorgung psychischer Erkrankungen deutlich ausweiten will. In Deutschland könnte diese Forderung auch für Kinder ohne Aufenthaltstitel über folgende Kriterien ihre Umsetzung finden:

- Screening auf Belastungsstörungen bei Eltern und Kindern im Erstaufnahmesetting gemäß der EU-Aufnahmerichtlinie,
- Etablierung trauma- und kultursensibler migrationspsychiatrisch-psychotherapeutischer-psychosozialer Versorgungszentren mit aufsuchender Versorgung von Kindern, Jugendlichen und ihren Eltern im Erstaufnahmesetting mit besonderem Fokus auf Säuglinge, Kleinst- und Kleinkinder analog zur somatischen Grundversorgung,
- Überleitung besonders vulnerabler Kinder und ihrer Eltern in die Regelversorgung,
- Verankerung trauma- und kultursensibler Aspekte der Migrationspsychiatrie und Migrationspsychotherapie in die medizinisch-psychotherapeutische Ausbildung,
- flächendeckende Bereitstellung von SprachmittlerInnen für die psychotherapeutische Arbeit mit von Traumata betroffenen oder von transgenerationaler Weitergabe von Traumata bedrohten Kindern und Jugendlichen.

Kampagnen und Zielformulierungen von WHO, UNICEF oder dem UNHCR können dabei insbesondere für den Bereich der psychischen Gesundheitsförderung von Kindern auch für unsere hiesigen Gesundheitssysteme wichtige Impulse einbringen, da sie aus globaler und migrationspolitischer Perspektive frühzeitig Versorgungsbedarfe und Bedarfsverschiebungen erkennen und benennen können. So appelliert Filippo Grandi, UN Flüchtlingshochkommissar, in diesem

Bedeutung traumatherapeutischer Versorgung geflüchteter Familien

M. Nitschke-Janssen

Zusammenhang für eine grundlegend positivere Haltung gegenüber allen, die fliehen – mit dem Ziel, den Betroffenen von Fluchtursachen sowohl die Chance auf eine Rückkehr als auch eine Hoffnung auf eine Zukunft an ihrem Zufluchtsort zu gewähren. Die Betroffenen jenseits asylrechtlicher Fragen unter Nutzung verfügbarer Versorgungsspielräume darin zu unterstützen und insbesondere geflüchtete Kinder mit Resilienz auszustatten, dürfte ein kleiner und – angesichts des umfangreichen Wissens um die individuellen und gesellschaftlichen Folgen transgenerational weitergegebener Kriegstraumatisierungen gerade in unserem Land – realisierbarer Beitrag der psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachgemeinschaft sein.

Literatur

- Ainsworth, M. D. S. (1963). The development of infant-mother interaction among the Ganda. In B. M. Foss (Ed.), *Determinants of infant behavior* (pp. 67-104). New York: Wiley.
- BAMF: Aktuelle Zahlen. 04/2020, Seite 3
- Bohleber W. (2008). Wege und Inhalte transgenerationaler Weitergabe. In Radebold H, Bohleber W & Zinnecker J (Hrsg.), *Transgenerationale Weitergabe kriegsbelasteter Kindheiten*. Weinheim, München, 107-118.
- Brückl, T.M. & Binder, E.B. (2017). Folgen früher Traumatisierung aus neurobiologischer Sicht. *Forens Psychiatr Psychol Kriminol* 11, 118–132. <https://doi.org/10.1007/s11757-017-0412-9>
- Bundespsychotherapeutenkammer Standpunkt: psychische Erkrankungen bei Flüchtlingen, September 2015, www.bptk.de, zuletzt aufgerufen am 21. Juli 2020
- Bundestags Drucksache 19/19 333, Seiten 28 und 32
- Catani, C., Schauer E. & Neuner F. (2008). Beyond individual war trauma: domestic violence against children in Afghanistan and Sri Lanka, *Journal of marital and family therapy* 34(2): 165-176.
- Crepaldi G., Andreatta, P. & Khan, M.M.R. (1963). Das kumulative Trauma. *Forum Psychoanal* (2020). <https://doi.org/10.1007/s00451-020-00403-8>
- Essau, C. A., Conradt, J. & Petermann, F. (2000). Häufigkeit der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 27(1), 37–45. [20.12.2016].
- Gäbel, U., Ruf, M., Schauer, M., Odenwald, M. & Neuner, F. (2006). Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und Möglichkeiten der Ermittlung in der Asylverfahrenspraxis. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35(1), 12–20.
- Gavranidou, M., Niemiec, B., Magg, B. & Rosner, R. (2008). Traumatische Erfahrungen, aktuelle Lebensbedingungen im Exil und psychische Belastung junger Flüchtlinge. *Kindheit und Entwicklung*, 17(4), 224–231.
- Heim, C. & Binder, E.B. (2012). Current research trends in early life stress and depression: review on human studies on sensitive periods, gene-environment interactions, and epigenetics. *Exp.Neurol.* 233 (1): 102-111.
- Kerstenberg, J. (1989). Neue Gedanken zur Transposition. Klinische, therapeutische und entwicklungsbedingte Betrachtung, In: *Jahrbuch der Psychoanalyse* 24 (1989), 163-186.
- Laban, C.J., Gernaat, H.B., Kompro, I.H., Schreuders, B.A. & De Jong, J.T. (2004). Impact of a long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in The Netherlands. *J Nerv Ment Dis.* 2004;192(12):843-851. doi:10.1097/01.nmd.0000146739.26187.15
- Haj-Yahia, M. & Abdo-Kaloti, R. (2008). Mental Health Consequences of Palestinian Adolescents' Exposure to Family Violence. *Journal of Loss and Trauma.* 13. 1-41. 10.1080/15325020701429130.
- Niklewski, G., Richter, K. & Lehfeld, H. (2012). Abschlussbericht im Verfahren Az.: Z2/0272.01-1/14 für „Gutachterstelle zur Erkennung von psychischen Störungen bei Asylbewerberinnen und Asylbewerber – Zirndorf.“ Nürnberg: Klinikum Nürnberg.
- Plass-Christel, A. & Arlt, S. (2020). Transgenerationale Weitergabe psychischer Erkrankungen. In: *Hamburger Ärzteblatt* 04 2020 Seite 10 ff
- Radtke, K.M., Ruf, M., Gunter, H.M., Dohrmann, K., Schauer, M., Meyer, A & Elbert, T. (2011). Transgenerational impact of intimate partner violence on methylation in the promoter of the glucocorticoid receptor. *Transl Psychiatry* 1:e21
- Ruf, M., Schauer, M. & Elbert, T. (2010). Prävalenz von traumatischen Stresserfahrungen und seelischen Erkrankungen bei in Deutschland lebenden Kindern von Asylbewerbern. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 39(3), 151–160.
- Saile R., Ertl, V., Neuner F. & Catani C. (2014). Does war contribute to family violence against children? Findings from a two-generational multi-informant study in Northern Uganda: *Child Abuse Negl.* 2014 Jan;38(1):135-46. doi: 10.1016/j.chiabu.2013.10.007. Epub 2013 Nov 14.
- Statista2020. statistischer Jahresbericht global trends, UNHCR, 20.6.2020
- Tress, W. (1986). Das Rätsel der seelischen Gesundheit. Traumatische Kindheit und früher Schutz gegen psychogene Störungen. Eine retrospektive epidemiologische Studie an Risikopersonen. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Trommsdorff, G. (1993). Entwicklung im Kulturvergleich. In A. Thomas (Hrsg.), *Kulturvergleichende Psychologie. Eine Einführung* (S. 103-143). Göttingen: Hogrefe.

Bedeutung traumatherapeutischer Versorgung geflüchteter Familien

M. Nitschke-Janssen

UNHCR, 18. Juni 2020, UNHCR.org, zuletzt aufgerufen am 20. Juli 2020

Unicef, WHO (2019). Increase in child and adolescent mental disorders spurs new push for action by unicef and who, November 2019, www.unicef.org, zuletzt aufgerufen am 20.07.2020

Van IJzendoorn, M.H. & Kroonenberg, P.M. (1988). Cross-Cultural Patterns of Attachment: A Meta-Analysis of the Strange Situation, Child Development, Vol. 59, No. 1 (Feb), pp. 147-156

Zeier, C. (2020). „Eine vernachlässigte Zeitbombe.“ In: Eine Welt, Reihe des Deza Magazins für Entwicklung und Zusammenarbeit der schweizerischen Eidgenossenschaft von Juni 2020 Nr.2 „Psyche und Trauma“ Seite 8ff. <https://www.eine-welt.ch/de/2020/ausgabe-2/dossier-eine-vernachlaessigte-zeitbombe>, zuletzt aufgerufen am 31.07.2020



Dr. M. Nitschke-Janssen

Gemeinschaftspraxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Zweigstellen für transkulturelle und Migrationspsychiatrie des Kindes- und Jugendalters, Maurienstrasse 15, 22305 Hamburg, Tel 040 298 100 20, E-Mail: nitschke-janssen@kjp-barmbek.de



www.asanger.de

Katrin Boege, Rolf Manz (Hg.)

Traumatische Ereignisse in einer globalisierten Welt

Interkulturelle Bewältigungsstrategien, psych. Erstbetreuung und Therapie. 172 S., 15,- €, ISBN 978-3-89334-483-3

Ob Unfälle oder Gewalt am Arbeitsplatz, ob Naturkatastrophen und Großschadensereignisse – das Thema traumatische Ereignisse hat an Bedeutung gewonnen. In einer globalisierten Welt sind hierbei immer häufiger Menschen aus verschiedenen Kulturkreisen betroffen. Für Betroffene und Helfer stellen die interkulturellen Besonderheiten eine hohe Zusatzbelastung dar.



„Ein hilfreicher Denk- und Handlungsanlass für alle, die mit Menschen anderskultureller Herkunft beruflich umgehen; ein Schlüssel für eine Tür, die nicht offen steht, sondern geöffnet werden muss, mit Empathie und der Fähigkeit zum interkulturellen Dialog und zur interkulturellen Kompetenz, weil wir alle in einer multikulturellen Gesellschaft leben.“ (Jos Schnurer, socialnet)

Asanger Verlag, Kröning

Dr. Gerd Wenninger, Bölldorf 3, 84178 Kröning, verlag@asanger.de