

***„Ich bin aus dem Krieg gekommen
und dachte, jetzt ist alles vorbei ...“***

**Das Recht auf mentale Gesundheit
für geflüchtete Kinder und Jugendliche
Dokumentation zur Fachtagung
am 29. und 30. April 2024 in Neudietendorf**





REFUGIO Thüringen

ist das Psychosoziale Zentrum in Trägerschaft von refugio thüringen e.V., in dem seit 2006 traumatisierte und seelisch belastete Geflüchtete psychologisch betreut und psychotherapeutisch sowie kunsttherapeutisch behandelt werden. Zudem erfahren sie bei der Bewältigung ihrer spezifischen Lebenssituation sozialpädagogische und asyl- und aufenthaltsrechtliche Unterstützung.

www.refugio-thueringen.de



Die **Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e.V. (BAFF)** ist der Dachverband der Psychosozialen Zentren, Einrichtungen und Initiativen, die sich die psychosoziale und therapeutische Versorgung von Geflüchteten in Deutschland zur Aufgabe gemacht haben. Derzeit sind in der BAFF 47 Psychosoziale Zentren vernetzt.

www.baff-zentren.org



terre des hommes Deutschland e.V. (tdh) fördert als internationale Kinderrechtsorganisation weltweit über 350 Projekte für und mit benachteiligten Kindern und Jugendlichen. In Deutschland und Europa arbeitet tdh überwiegend mit Partnerorganisationen für und mit jungen Geflüchteten zusammen. Auf dieser Basis vermittelt tdh Empfehlungen an die Politik zur Verbesserung ihrer Lebenssituation.

www.tdh.de

In Zusammenarbeit mit:

Bundesfachverband unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (BumF) e.V. und den Psychosozialen Zentren: Medizinische Flüchtlingshilfe Bochum e.V., FATRA – Frankfurter Arbeitskreis Trauma und Exil e.V., Psychosoziales Zentrum für Migrant*innen in Sachsen-Anhalt, Xenion – Psychosoziale Hilfen für politisch Verfolgte e.V. und Zentrum ÜBERLEBEN.

unterstützt durch:



STOCKHAUSEN-STIFTUNG
BILDUNG FÜR BENACHTEILIGTE
KINDER UND JUGENDLICHE



**Kofinanziert von der
Europäischen Union**

Inhaltsübersicht

I Panels & Keynotes

- 1) **Begrüßung** durch die BAfF e.V., REFUGIO thüringen und terre des hommes Deutschland e.V
- 2) **Keynote:** "Ich habe immer noch so viel Angst" - Wie gut ist unsere mentale Gesundheitsversorgung für geflüchtete Minderjährige?
- 3) **Diskussion:** "Jugendhilfe als Schutzfaktor für gute (seelische) Gesundheit"
- 4) **Keynote:** "Ich bin aus dem Krieg gekommen, und dachte, jetzt ist alles vorbei..."
- 5) **Diskussion:** Strukturelle Machtkritik im Kontext von Rassismus, Adultismus, Gender- und Klassenverhältnissen

II Workshops

- 1) Einführung in den Leiter-3 Test
- 2) Kunsttherapeutische Angebote für Kinder mit Fluchterfahrungen
- 3) Mehr PSZ an Schule! Die Arbeit von REFUGIO Thüringen an der Thomas-Mann-Schule
- 4) Digitale Ansätze in der Integrationsarbeit - Chancen und Grenzen
- 5) Internationale Familiensysteme stabilisieren
- 6) Diskriminierungssensible (psycho) soziale Arbeit mit jungen geflüchteten Menschen
- 7) Sprachreduzierte Traumaaarbeit mit Geflüchteten
- 8) Diagnostik und Traumatherapie mit Kindern und Jugendlichen

III Impressionen & Ausblick





Am 29.04. und 30.04. haben wir Fachkräfte unterschiedlicher Professionen aus den Bereichen Soziale Arbeit, Beratung, Pädiatrie, Kinder- & Jugendpsychotherapie, Psychiatrie, Kunsttherapie, Schule und Bildung, kommunale Verwaltung sowie ehrenamtlich engagierte Menschen und Interessierte nach Neudietendorf zur Fachtagung zum "Recht auf mentale Gesundheit für geflüchtete Kinder und Jugendliche" eingeladen. Gemeinsam haben wir die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen der Psychosozialen Zentren für Geflüchtete vorgestellt und uns übergreifend ausgetauscht. Unsere Ziele: Austausch, Vernetzung, Qualifizierung und gemeinsames Handeln.

Die vorliegende Tagungsdokumentation versammelt nun Informationen, Impressionen und Materialien aus den Workshops und Veranstaltungen der Fachtagung.

Etwa jede dritte einreisende Person mit Fluchtgeschichte ist minderjährig. Die Kinder und Jugendlichen sind entweder in Begleitung von Eltern und Familienangehörigen oder allein. Geflüchtete Kinder und Jugendliche werden oft schon sehr früh Zeug*innen menschengemachter Gewalt oder erleben diese sogar als direkt gegen sie gerichtet. Sie machen Erfahrungen mit Bedrohungen, Gewalt, Verfolgung und Krieg, den Tod von Freund*innen und Familienangehörigen, Inhaftierungen, Misshandlungen und Folter. Auch während der Flucht und nach der Ankunft erfahren sie häufig strukturelle Diskriminierung und Rassismus in sämtlichen Lebensbereichen – u.a. im Bildungsbereich, im

Asylverfahren und nicht zuletzt im Bereich der Gesundheitsversorgung. Deutschland hat sich mit der Unterzeichnung der UN-Kinderrechtskonvention verpflichtet, Kindern und Jugendlichen das Recht auf ein erreichbares Höchstmaß auf Gesundheit und Wohlbefinden sowie die Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen zu gewährleisten (Artikel 24 und 39 KRK). Minderjährige benötigen besonderen Schutz und Unterstützung in ihrer gesunden Entwicklung. Doch vielerorts stellen Kinderärzt*innen, Pädagog*innen oder Mitarbeitende in Jugendämtern fest, dass sie den besonderen Bedarfen von geflüchteten Kindern und Jugendlichen nur begrenzt begegnen können. Die Psychosozialen Zentren für Geflüchtete (PSZ) haben demgegenüber jahrzehntelang Erfahrung in der multiprofessionellen Versorgung, Beratung und Begleitung von geflüchteten Menschen in multiplen Problemlagen. Immer mehr PSZ bauen ihre Arbeit mit Kindern und Jugendlichen aus. Allerdings sind die PSZ nicht nachhaltig finanziert. Sie können nur einen geringen Anteil des Versorgungsbedarfs abdecken. Auch gestaltet sich die Versorgung angesichts struktureller Hürden, wie der fehlenden Finanzierung von Sprachmittlung oder der engen Begrenzung auf Not- und Akutversorgung (§§ 4 und 6 AsylbLG), als sehr herausfordernd. Das SGB VIII fragt als einziges Sozialgesetzbuch nicht nach Aufenthaltserlaubnis, Aufenthaltsdauer oder Nationalität. Die Kinder- und Jugendhilfe steht demnach auch geflüchteten Kindern, Jugendlichen und ihren Familien mit dem gesamten Leistungskatalog offen. Unbegleitete Minderjährige sind zwingend im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe unterzubringen. Begleiteten Kindern und ihren Familien steht die Kinder- und Jugendhilfe mit ihrem ausdifferenzierten und bedarfsorientierten Unterstützungsangebot auch offen, wenn diese in der Aufnahmeeinrichtung leben müssen (§ 6 Abs. 4 SGB VIII). Eine bedarfsorientierte jugendhilferechtliche Betreuung und Versorgung kann im engen Austausch mit

niedergelassenen Therapeut*innen, örtlichen Psychosozialen Zentren, Selbstorganisationen und weiteren Akteuren ein wichtiger Schutzfaktor für eine gute mentale Gesundheit sein und Belastungsfaktoren entgegenwirken. Durch frühzeitige Interventionen und gezielte Unterstützung können negative Folgen von traumatischen Erfahrungen abgemildert und die Resilienz der Betroffenen gestärkt werden. Bedarfe sollten frühzeitig erkannt werden, um die passendste Unterbringungsform zu finden, die Förderung der mentalen Gesundheit im Hilfeplanverfahren zu bestimmen und gegebenenfalls frühzeitig therapeutische Unterstützung einzuleiten. Während gerade unbegleitete Minderjährige als vulnerable Gruppe auf den umfangreichen Leistungskatalog des SGB VIII angewiesen sind, sind derzeit akute Einschränkungen ihrer Rechte zu beobachten. Das Kindeswohl ist für sie vielerorts nicht mehr gewährleistet. Die Wartezeiten für die Erstgespräche im Rahmen der vorläufigen Inobhutnahme liegen in

Ballungsgebieten aktuell bei bis zu 12 Monaten. Davor verbleiben junge Menschen über Monate in Ausnahme-Strukturen. Sie haben in dieser Zeit nur eine rechtliche Notvertretung, jugendhilferechtliche Bedarfe werden nicht geprüft, und es findet nur eine rudimentäre Betreuung statt. Begleiteten Kindern und Jugendlichen stehen zwar die Angebote der Kinder- und Jugendhilfe offen, in der Praxis erhalten sie aber häufig erst Unterstützung, wenn eine akute Kindeswohlgefährdung vorliegt. Zudem können die Angebote der Kinder- und Jugendhilfe oft nur bedingt die Belastungen auffangen, die mit dem Leben in lagerähnlichen Unterkünften und den umfänglichen Restriktionen des Asyl- und Aufenthaltsrechts einhergehen. Kinder- und Jugendhilfe kann demnach ein Schutzfaktor für gute mentale Gesundheit sein, bedarf aber angemessener und zusätzlicher Rahmenbedingungen, um wirken zu können.



I Panels & Keynotes

Im Folgenden finden Sie über die dargestellten QR-Codes und die beigefügten Verlinkungen den Zugang zu den Video-Dokumentationen der Paneldiskussionen und der Keynotes.

1) Begrüßung durch die BAfF e.V., REFUGIO thüringen und terre des hommes Deutschland e.V

Link zum Video: <https://youtu.be/aXzkBgmKvHM>



2) Keynote: "Ich habe immer noch so viel Angst" - Wie gut ist unsere mentale Gesundheitsversorgung für geflüchtete Minderjährige? von Dr. med. Meike Nitschke-Janssen und Dr. med. Guido Terlinden

Link zum Video: <https://youtu.be/V5sQ852z4cQ>

➡ Zu den Folien der Präsentation hier klicken.



3) Diskussion: "Jugendhilfe als Schutzfaktor für gute (seelische) Gesundheit" mit Mirjam Kruppa - Integrationsbeauftragte Thüringen, Anna Weber - terre des hommes, Madlen Kulczinsky - Jugendamt Erfurt, Antje-C. Büchner - Flüchtlingsrat Thüringen, Oumar Diallo - Jugendliche ohne Grenzen

Link zum Video: <https://youtu.be/LLtoqoPB8gU>



4) Keynote: "Ich bin aus dem Krieg gekommen, und dachte, jetzt ist alles vorbei..." von Oumar Diallo, Jugendliche ohne Grenzen Thüringen im Gespräch mit Robina Karima, JoG Berlin

Link zum Video: <https://youtu.be/K2arFtAltQ>



5) Diskussion: Strukturelle Machtkritik im Kontext von Rassismus, Adultismus, Gender- und Klassenverhältnissen mit Zeynep Demir, Debora Darabi und Hoa Mai Trần im Gespräch mit Anna Weber

Link zum Video: <https://youtu.be/uWR9ZPK1Rbc>

➡ Zu weiterführenden Quellen der Diskutant*innen hier klicken.



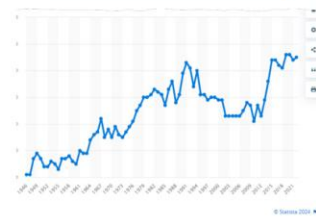
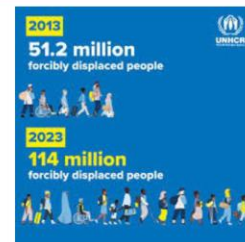
„Ich habe immer noch so viel Angst“ Wie gut ist unsere mentale Gesundheitsversorgung für geflüchtete Minderjährige?

Dr. med. Meike Nitschke-Janssen und Dr. med. Guido Terlingen

Menschen auf der Flucht in 2023

Weltweit ca. 114 Millionen Menschen auf der Flucht vor:

- Krieg, Konflikte, Verfolgung, Vertreibung, terroristischen Anschlägen, Menschenrechtsverletzungen
- Ca. 33 Mio. mussten ihr Land verlassen
 - Davon fast die Hälfte unter 18 Jahre
- 52% davon stammen aus 3 Ländern: Syrien, Afghanistan und Ukraine (2022)



Mentale Gesundheitsversorgung für geflüchtete Minderjährige • Nitschke-Janssen und Terlingen

2

The Lancet: Commission on Migration and Health

- Das renommierteste Publikationsorgan im medizinischen Bereich
- Erkennen der Bedeutung von Gesundheit angesichts der steigenden Flucht-/Migrationspopulation
- Lobbyarbeit in für Verantwortungsträger in Gesundheitssystemen, sie adressieren:
 - Diskriminierung von Menschen durch Zugangshindernisse zu Gesundheitsversorgung
 - Krankmachende Effekte von Ausgrenzung, Stigmatisierung, Vertreibung



Mentale Gesundheitsversorgung für geflüchtete Minderjährige • Nitschke-Janssen und Terlingen

3

Sonderinitiative „psychische Gesundheit“ von WHO und UNICEF 2019

01

Bis zu 20 % der Jugendlichen weltweit sind von mentalen Gesundheitsstörungen betroffen.

02

Der Suizid ist die dritthäufigste Todesursache von 15 bis 19-jährigen jungen Menschen weltweit.

03

Die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen hat nach Auffassung von Unicef in globalen und nationalen Gesundheitsprogrammen nicht den Stellenwert bekommen, der ihr zusteht.

Mentale Gesundheitsversorgung für geflüchtete Minderjährige • Nitschke-Janssen und Terlingen

4

„Gesundheit ist eine der wichtigsten sozialen Fragen des 21. Jahrhunderts.“ (K. Lauterbach 08.2022)

- Auch unter wirtschaftlichem Druck muss es uns gelingen, in einer alternden Gesellschaft das Solidarsystem zusammenzuhalten.
- **Deshalb darf in Deutschland weder der Geldbeutel noch der Wohnort über die Behandlung von Patientinnen und Patienten entscheiden.**
- Gesundheitskioske können dabei einen entscheidenden Unterschied machen. Selbst in strukturell schwachen Gebieten sollen alle die Möglichkeit haben, schnell und kompetent in Gesundheitsfragen beraten zu werden und unbürokratisch Hilfe zu erhalten.
- Beratung, Vermittlung und vorbeugende Maßnahmen sind Beispiele für die Lücken im System, die so in benachteiligten Regionen geschlossen werden sollen.

Mentale Gesundheitsversorgung für geflüchtete Minderjährige • Nitschke-Janssen und Terlingen

5

UN Kinderrechtskonvention (Artikel 24 und 39)

- Deutschland hat sich mit der Unterzeichnung der UN-Kinderrechtskonvention dazu verpflichtet,
- **Kindern und Jugendlichen das Recht auf ein erreichbares Höchstmaß auf Gesundheit und Wohlbefinden**
- **sowie die Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen zu gewährleisten (Artikel 24 und 39 KRK).**
- Minderjährige mit Fluchtgeschichte benötigen besonderen Schutz und Unterstützung für eine gesunde Entwicklung.

Mentale Gesundheitsversorgung für geflüchtete Minderjährige • Nitschke-Janssen und Terlingen

6

„Das ist nicht das Leben“

- Rechte brauchen zur Umsetzung Gesetze
- Gesetze brauchen politischen Willen
- Politik folgt der Logik von Mehrheiten und Gewinnorientierung
- Alternativen aufspüren für Versorgung Geflüchteter bis zur
- Normativen Kraft des Faktischen



Mentale Gesundheitsversorgung für geflüchtete Minderjährige • Nitschke-Janssen und Terlingen

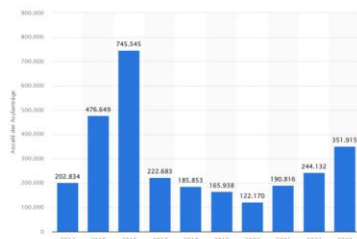
Quelle: UNICEF, Dt. Institut für Menschenrechte (2023),

https://www.unicef.de/_cae/resource/blob/338350/ed7975659d3bfe3247f9afecb4264e09/download-das-ist-nicht-das-leben-data.pdf

7

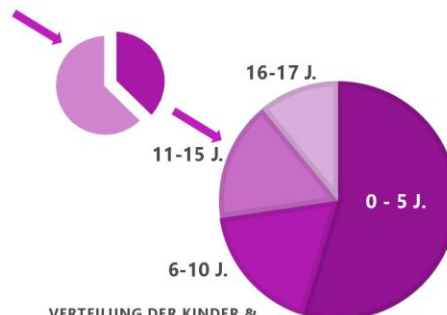
Geflüchtete junge Menschen in Deutschland

- Über 1 Mio. Menschen aus der Ukraine in DE, davon ca. 1/3 unter 18 Jahre
- 2023 über 350 000 Asylanträge in Deutschland
 - 70% unter 30 Jahre; **30 % unter 18 J.**
 - jeder 5. Asylantragsteller in DE < 6 J.



Mentale Gesundheitsversorgung für geflüchtete Minderjährige • Nitschke-Janssen und Terlingen

Quelle: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/76095/umfrage/asylantraege- insgesamt-in-deutschland-seit-1995/>
<https://www.bpb.de/themen/migration-integration/zahlen-zu-asyl/265708/asylantraege-in-deutschland/>

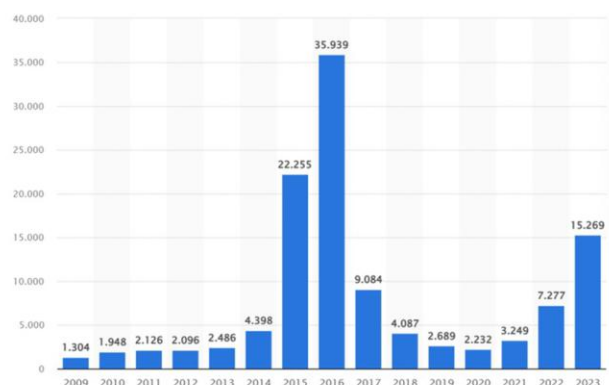


VERTEILUNG DER KINDER & JUGENDLICHEN, ASYLANTRÄGE 2022

8

Unbegleitete Minderjährige Flüchtlinge (UMFs)

- Deutlicher Anstieg seit 2020
- Ca. 4% aller Asylantragssteller 2023
- hohe Schutzquoten BAMF (> 90%)
- Kinderspezifische Fluchtgründe:
 - Zwangsrekrutierung als Kindersoldat
 - geschlechtsspezifische Verfolgung



Mentale Gesundheitsversorgung für geflüchtete Minderjährige • Nitschke-Janssen und Terlingen

Quelle: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/581550/umfrage/unbegleitete-minderjaehrige-asylbewerber-in-deutschland/>

9

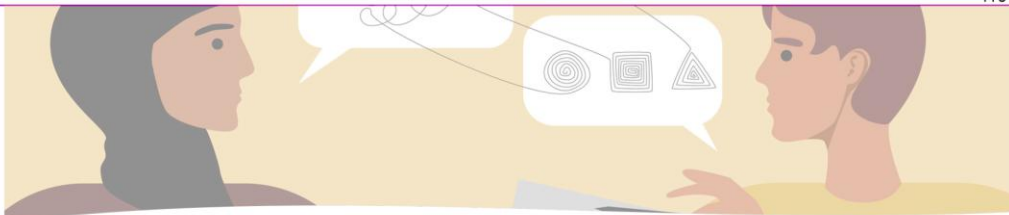
Begleitete vs. unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (BUMFs vs. UMFs)

	BMFs	UMFs
Verhältnis geflücht. Minderjährige in %	90	10
Typisches Alter	Unter 6 Jahre	16-18 Jahre
Schutzquote	unter 50% (abh. von Herkunftsland)	>90 (lt. B-UMF)
Unterbringung	Im Anker/GU	Wohngruppe
Sorgerecht	Eltern(-teil), volljährige Geschwister	Vormund
Prävalenz von PTBS-Symptomatik	25-30%	30-50%
Verhältnis in PSZ in % (Schätzung)	20	80
Krankenversicherung	Meist Krankenscheine	Karte oder JuHi

Mentale Gesundheitsversorgung für geflüchtete Minderjährige • Nitschke-Janssen und Terlingen

10

Hoher Bedarf stößt auf eingeschränkte Versorgung

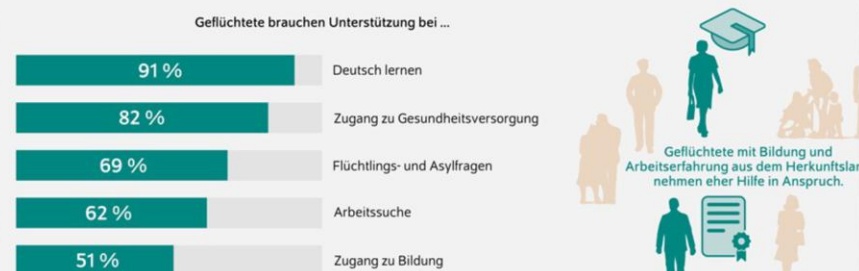


- Ca. 30% der Geflüchteten leiden unter psychischen Belastungen / Erkrankungen
- Zugang zum Gesundheitssystem erschwert, höhere Abbruchraten, schlechteres Outcome
- 4 % der psychisch erkrankten Menschen erhalten professionelle Hilfe
- AsylbLG 2/24: auf 3 Jahre verlängert (bisher 18 Monate) → DIW 2/2024

Mentale Gesundheitsversorgung für geflüchtete Minderjährige • Nitschke-Janssen und Terlingen
Quelle: https://www.diw.de/de/diw_01.c.889483.de/publikationen/wochenberichte/2024_01/heft.html

11

Bedarf an Hilfe bei der Integration ist groß, Inanspruchnahme ist ungleich verteilt



Quellen: IAB-BAMF-SOEP-Befragung von Geflüchteten 2016–2020 (Daten gewichtet); eigene Darstellung.

© DIW Berlin

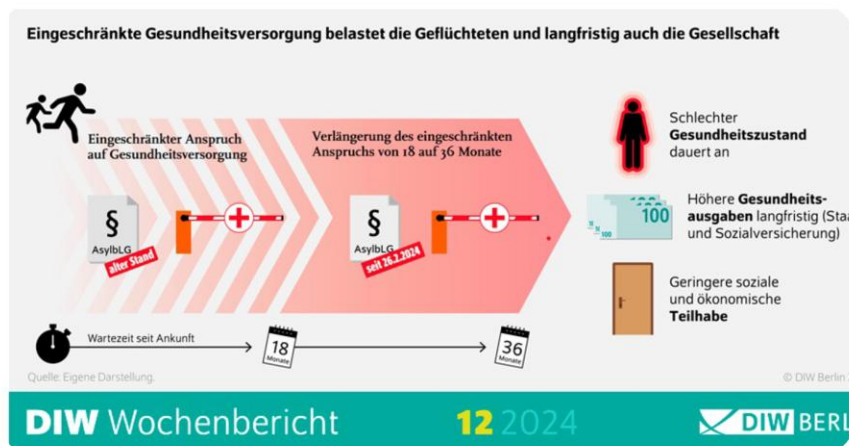
DIW Wochenbericht

12 2024

DIW BERLIN

Mentale Gesundheitsversorgung für geflüchtete Minderjährige • Nitschke-Janssen und Terlingen
Quelle: https://www.diw.de/de/diw_01.c.897128.de/publikationen/wochenberichte/2024_12/heft.html

12



Mentale Gesundheitsversorgung für geflüchtete Minderjährige • Nitschke-Janssen und Terlingen
Quelle: https://www.diw.de/de/diw_01.c.897128.de/publikationen/wochenberichte/2024_12/heft.html

13

„Ich habe immer noch so viel Angst“ - Geflüchtete Kinder und psychische Erkrankungen

Type of distress	Refugee children in Europe (mainly self-report)	Refugee children worldwide (clinical assessment only)	Comparisons
PTSD	19%–53%	23%	Children exposed to trauma: 16%
Depression	10%–33%	14%	Worldwide prevalence in children: 3%
Anxiety	9%–32%	16%	Worldwide prevalence in children: 7%

Mentale Gesundheitsversorgung für geflüchtete Minderjährige • Nitschke-Janssen und Terlingen
Quelle: Dangmann, Cecilie, Ragnhild Dybdahl, and Øivind Solberg. "Mental health in refugee children." *Current Opinion in Psychology* 48 (2022): 101460.

14

Häufige Diagnosen

- Depressive Episoden
- Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)
- Anpassungsstörung
- Anhaltende Trauerstörungen (ICD-11)
- Akute Belastungsreaktion (ukrainische Jugendliche nach Ausbruch des Kriegs)
- Schädlicher Gebrauch von psychotropen Substanzen

Bei Kindern:

- Bindungsstörungen, Ausscheidungsstörungen
- ADHS und Störung des Sozialverhaltens (Differentialdiagnose, komorbide Störung oder Fehldiagnose)

Unterrepräsentiert insgesamt: Angststörungen (z.B. soziale Phobie, Trennungängste)

Fallbeispiel 1

- 16-jähriger Jugendlicher aus Somalia wird angemeldet zum Clearing/Diagnostik
- Nach Eingangsphase und Indikation zu Psychotherapie bei F43.1. nach ICD-10, Beginn der Behandlung, kurze Zeit später Anfrage für eine Stellungnahme für das Klageverfahren nach abgelehntem Asylantrag
- Aufgrund von sichtbaren Folterspuren Vorstellung in der Rechtsmedizin UKE Hamburg zur Dokumentation und Einordnung der Anamnese
- Erstellung einer qualifizierten ärztlichen Stellungnahme
- 2-jährige psychotherapeutisch-psychiatrische Behandlung
- Einbeziehung der Betreuerin der Jugendhilfeeinrichtung
- Alle Termine mit Sprachmittlung

Mentale Gesundheitsversorgung für geflüchtete Minderjährige • Nitschke-Janssen und Terlingen

16

Fallbeispiel 2:

- 6-jähriges Mädchen mit Eltern aus Afghanistan
- Flucht über Griechenland
- Wiedereinnässen, Schlafschwierigkeiten, Albträume
- Konzentrations- und Lernschwierigkeiten
- Findet keine Freunde
- Wird im Erstaufnahmekontext vorgestellt und 3x gesehen
- Behandlungsindikation bei V.a. PTBS wird gestellt
- „Transfer“ in eine andere Unterkunft
- Mutter dekompenziert, geht stationär
- Keine weiteren Vorstellungen erfolgt

Mentale Gesundheitsversorgung für geflüchtete Minderjährige • Nitschke-Janssen und Terlingen

17

„Ich habe immer noch so viel Angst“

Sequentielle Traumatisierung (Keilson)



Herkunftsland

Verfolgung; Grund der Flucht

Verzweifeltes Aufgeben



Flucht

Geprägt durch Angst und Lebensgefahr

Neue Traumatisierung, Verlust



Asylland

Große Unsicherheit; prekäre Wohnsituationen

Langes Warten auf Asylbescheid, Isolation, Angst vor Abschiebung



Positiver Bescheid

Eigentlich sollte alles gut sein, trotzdem können noch starke Belastungen möglich

kPTBS erfordern längerfristige Behandlungen

- Trauma: langanhaltende oder wiederholte Ereignisse, aus denen in Entkommen schwierig oder unmöglich ist, und die mit erheblichem Hilflosigkeitserleben einhergeht
- Symptomcluster: Wie bei PTBS
- Zusätzlich „Disorder of Self-Organisation“ DSO:
 - Schwierigkeiten der Emotionsregulation
 - Verändertes Selbstbild (**anhaltendes negatives Selbstbild** -> Gefühle von Beschädigung und Wertlosigkeit, tiefgreifende und anhaltende Gefühle von Scham, Schuld und Versagen)
 - Interpersonelle Schwierigkeiten

Mentale Gesundheitsversorgung für geflüchtete Minderjährige • Nitschke-Janssen und Terlingen

19

Entwicklungspsychologische Implikationen: Epistemisches Vertrauen

- Wie entstehen DSO?
- Fehlende Entwicklung/Stabilisierung von Persönlichkeitsfunktionen
- diese grundsätzlich protektiv insbesondere bei belastenden Lebensumständen
- Entwicklung der Persönlichkeitsfunktionen in der Kindheit erfolgt über stabile Bindungen und Beziehungen (**diese weichen im Fluchtcontext auf**)
 - Basale Fähigkeiten mit Bezug auf sich selbst (Identitätswahrnehmung, Selbstregulation)
 - basale Fähigkeiten mit Bezug auf andere (Empathie, Intimität)
 - In 4 Domänen:
 1. Wahrnehmung
 2. Regulation
 3. Kommunikation
 4. Bindung

Mentale Gesundheitsversorgung für geflüchtete Minderjährige • Nitschke-Janssen und Terlingen

20

Entwicklungspsychologische Implikationen: Persönlichkeitsfaktoren beeinflussen „Epistemische Haltung“

- Vertrauen in die Authentizität und persönliche Relevanz zwischenmenschlich vermittelten Wissens und damit der Wille einer Person, neues Wissen von anderen als vertrauenswürdig, generalisierbar und für sich selbst relevant anzusehen (Soziales Lernen) (Fonagy et al. 2014 & 2017a)
- Epistemische Vigilanz und Epistemisches Vertrauen fördern die Offenheit gegenüber sozialem Lernen
- **Soziales Lernen zentral für Integration und Akkulturation**

Mentale Gesundheitsversorgung für geflüchtete Minderjährige • Nitschke-Janssen und Terlingen

21

Auswirkung von Krieg auf familiäre Traumatisierung

- Adverse Childhood Experiences (ACEs) stören diese Entwicklungsprozesse mit der Folge der „Hypermentalisation“:
 - Epistemisches Misstrauen
 - Tendenz, jede Informationsquelle als unzuverlässig oder schlecht gemeint zu behandeln
 - Eher ablehnend oder vermeidend
 - epistemische Leichtgläubigkeit
 - Mangel an Wachsamkeit und kritischem Urteilsvermögen
 - Allgemeiner Mangel an Klarheit über die eigene Person
 - Anfälligkeit für Fehlinformationen und ein potenzielles Risiko für Ausbeutung

Mentale Gesundheitsversorgung für geflüchtete Minderjährige • Nitschke-Janssen und Terlingen

22

Risiken von ACEs, in PTBS / kPTBS zu münden

- Prävalenzen in der Allgemeinbevölkerung ACEs
 - 23,8% (1-3 ACEs), 10,9% (4 oder >4 ACEs)
- Risiko für Polytraumatisierung (> 4 ACEs)
 - 7,0 fach erhöht für PTBS-Symptome
 - 14,8 fach erhöht für kPTBS Symptome
- Epistemisches Misstrauen und epistemische Leichtgläubigkeit sind signifikante Prädiktoren für Persönlichkeitsfunktionen
- Daraus erklärt sich die Chronifizierung psychiatrischer Störungsbilder, z. B. Angst, Depression und PTBS zusätzlich zur Verunsicherung durch den Aufenthaltsstatus
- „Ich habe immer noch so viel Angst“

Mentale Gesundheitsversorgung für geflüchtete Minderjährige • Nitschke-Janssen und Terlingen

23

Hindernisse bei der Identifizierung von psychischen Erkrankungen bei Kindern

- Je jünger desto untypischer sind Traumafolgestörungen → diagnostische Kriterien gehen nicht auf Besonderheiten bei Kindern ein
- Erscheinen nicht so krank wie Erwachsene → weniger offensichtlich
- Psychischen Probleme (v.a. Ängste und Depressionen) werden von Eltern und Bezugspersonen unterschätzt
- Hohe Dunkelziffer an psychisch kranken Kindern, insbesondere bei begleiteten Kindern



Mentale Gesundheitsversorgung für geflüchtete Minderjährige • Nitschke-Janssen und Terlingen

24

Frühidentifikation KJP Behandlungsbedarf

- Alle Kinder sind psychisch belastet
- Sind alle Kinder behandlungsbedürftig?
- TRAKS Fragebogen, Refugio Thüringen/iccura-care 2021
- Orientiert am PROTECT Fragebogen für Erwachsene
- Validierungs- Pilot – Studie 2024 (Abdul, Nitschke-Janssen, Zindler 2024, unveröffentlicht)
- N= 38, Unterkünfte für Geflüchtete in HH, Faktorenanalyse:
- 5 Items des 10 Item Fragebogens korrelierten mit dem Kinder DIPS (Depression)
- Hilfreiches, aussichtsreiches Früherkennungsinstrument

Mentale Gesundheitsversorgung für geflüchtete Minderjährige • Nitschke-Janssen und Terlingen

25

Behandlungshindernisse

- Kollektive Trauma-Erfahrungen: man spricht nicht darüber
- Scham und Schuld, v.a. bei sexualisierten Gewalterfahrungen
- Eltern sehr belastet – wollen nicht belasten
- Kein trauma-informiertes/- sensibles Umfeld
- Keine Therapie in Muttersprache
- Postmigrations-Faktoren machen/halten krank
- Früherkennung (nicht vorhandenteils auch adversiv)
- Übergreifende und nachhaltige Mental health-Konzepte für Geflüchtete sind selten/wenig Vernetzung

Mentale Gesundheitsversorgung für geflüchtete Minderjährige • Nitschke-Janssen und Terlingen

26

Zugang zu (mentaler) Gesundheitsversorgung

- Gesetzlich ist das Ausmaß des Anspruchsumfangs von Gesundheitsleistungen an das Asylbewerberleistungsgesetz geknüpft, wobei **in den Bundesländern die Auslegung unterschiedlich gehandhabt wird**, wann eine Gesundheitsleistung über akute Behandlungen hinaus „zur Deckung besonderer Bedürfnisse von Kindern“ geboten oder „für die Sicherung der Gesundheit unerlässlich“ ist (§ 4 AsylbLG).
- § 6 erlaubt die Behandlung von Kindern und Jugendlichen nach besonders schweren Belastungen

Mentale Gesundheitsversorgung für geflüchtete Minderjährige • Nitschke-Janssen und Terlingen

27

Ärztinnen und Ärzte sind verunsichert durch:

- „Kann“-Regelung,
- durch abgelaufene Behandlungsberechtigungsscheine, die bei Ankunft durch die Verwaltung ausgestellt werden,
- durch nicht korrekt beantragte und daher
- am Behandlungszeitpunkt fehlende Krankenversicherungskarten oder allein
- durch die Sprachbarriere bei
- fehlenden Dolmetscherdiensten häufig in dem Maß verunsichert, dass eine Behandlung nicht oder allenfalls im Ansatz zustande kommt.

Mentale Gesundheitsversorgung für geflüchtete Minderjährige • Nitschke-Janssen und Terlingen

28

Zugang zu Behandlung für geflüchtete Kinder – ein steiniger Weg

- Erarbeiten einer **Behandlungsindikation** erforderlich
- Entscheid, ob KJP-Behandlung oder psychotherapeutische Behandlung sowie Prioritätensetzung: Jugendhilfe, Bildungssystem oder medizinisch-therapeutische Intervention prioritär
- Behandlungswiderstände auf Seiten der PatientInnen und Familien
 - Als gesund und patent angesehen werden wollen
 - Instabile Lebenssituation (kein Zuhause)
 - Integrationsanforderungen u.a. Aufgaben an Eltern
- KJP-Praxen sind Wirtschaftsunternehmen
 - Angst vor unzureichender Termineinhaltung und Ausfällen
 - Ängste, in Asylverfahren einbezogen zu werden
 - Ungünstige Startmomente: „Wir brauchen ein schriftliches Attest“
 - Zusatzarbeit für das Sekretariat, sich um Sprachmittlung zu kümmern
 - Finanzierung von Sprachmittlung

Mentale Gesundheitsversorgung für geflüchtete Minderjährige • Nitschke-Janssen und Terlingen

29

1. Vor Ort Sprechstunden in Erstaufnahmecamps

- Im Rahmen der Migrationsbewegung der Jahre 2015/16 Diagnostik, Behandlung, Beratung und Integration in die Regelversorgung erfolgt durch ein etabliertes kinder- und jugendpsychiatrisches Team
- „KV- Zweigstelle“ (2 Zweigstellen und eine über Hausbesuche versorgte Erstaufnahme)
- Anwendung von Screening Verfahren PROTECT und TRAKS
- niederschweligen Elterngruppen
- Einzeltermine
- Akut traumatisierte Patient:innen erhalten kurzfristige stabilisierende therapeutische Sitzungen, z.T. kommen Traumaexpositionsverfahren zur Anwendung

Mentale Gesundheitsversorgung für geflüchtete Minderjährige • Nitschke-Janssen und Terlingen

30

2. Child Health Worker in Erstaufnahmecamps

- Kooperationsprojekt mit der Flüchtlingsambulanz des UKE/Hamburg
- Ausbildung von 2 CHW
- Projektziele:
 - Verbesserung der Früherkennung behandlungsbedürftiger Kinder/Jugendlicher in Flüchtlingsunterkünften
 - Identifizierte Kinder werden in die Regelversorgung angebunden
 - Sensibilisierung, Partizipation, Empowerment Eltern zum Thema „Kindergesundheit nach Flucht“
- Erstes Pilotprojekt 06-12/2023
- Finanzierung durch Stiftung „Hamburg macht Kinder gesund“
- 2. Projektantrag 04.2024 eingereicht: kulturelle & strukturelle Hindernisse

Mentale Gesundheitsversorgung für geflüchtete Minderjährige • Nitschke-Janssen und Terlingen

31

3. Curriculum & kolleg. Fachaustausch

- Online, Fortbildungsakademie der Ärztekammer Hamburg
- „Versorgung Geflüchteter mit psychischen Belastungen“
 - Jährliches Curriculum mit 5 Terminen à 2-3h
 - ErwachsenenbehandlerInnen, KJPs/KindertherapeutInnen
- Kollegialer Fachaustausch zu Themen der mentalen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen nach Flucht und Migration
 - 4 Termine/Jahr
 - Impulsvortrag und Diskussion

Mentale Gesundheitsversorgung für geflüchtete Minderjährige • Nitschke-Janssen und Terlingen

32

4. Psychiatrieplanung der Stadt HH

- Prozess über 1 Jahr, beginnend 2023; Sitzungen alle 6-8 Wochen
- Ein Thema: Gemeindepsychiatrische Verbünde
- Für schwer psychisch Erkrankte
- Aller Altersgruppen!
- Unabhängig vom Aufenthaltstitel!
- Netzwerk aus Jugendhilfe, Kliniken, ambulanten VersorgerInnen, Eingliederungshilfe

Mentale Gesundheitsversorgung für geflüchtete Minderjährige • Nitschke-Janssen und Terlingen

33

5. Lokale Gesundheitszentren

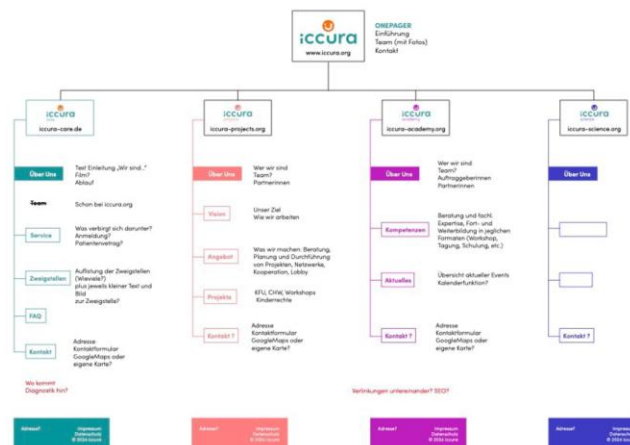
- Förderprojekt der Stadt
- Zur Adressierung von Stadtteilen mit niedrigem Sozialindex
- Ziel: **Zugang zu Gesundheitsversorgung erleichtern**
- Voraussetzung: Zusammenarbeit von BeraterInnen und ÄrztInnen

- Perspektivisch: Gesundheitskiosk-Modell
- Finanzierung durch die Bundesregierung
- Beratungsleistungen für KJ in besonders prekären Lebensverhältnissen z. B. in öffentlich-rechtlicher Unterbringung

Mentale Gesundheitsversorgung für geflüchtete Minderjährige • Nitschke-Janssen und Terlingen

34

Iccura- Zentrum für mentale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im interkulturellen Kontext



Mentale Gesundheitsversorgung für geflüchtete Minderjährige • Nitschke-Janssen und Terlingen

35

Psychosoziale Behandlungszentren (PSZ) & Kinder Baff = Dachverband

- Zentrale Aufgabe: Psychotherapie und Soziale Beratung für traumatisierte Geflüchtete
- Enge Zusammenarbeit mit Sprachmittler:innen
- Ungleiche Verteilung der PSZs in DE
- Nur die Hälfte der PSZs haben KiJu-Therapeut:innen
- KiJu-Therapeut:innen sind Einzelkämpferinnen im Team
- KiJu Bereich "anfälliger", manchmal diskontinuierlich
- Weiterentwicklung des KiJu schleppend (Versorgungskonzepte, Begutachtung etc.)



Mentale Gesundheitsversorgung für geflüchtete Minderjährige • Nitschke-Janssen und Terlingen

36

Fachbereiche von Refugio München

Psychotherapie und soziale Beratung für Erwachsene

Psychotherapie und soziale Beratung für Kinder, Jugendlichen & Familien

MHCU – Mental Health Center Ukraine

Muttersprachliches Elterntraining „Eltern aktiv“

Kunstwerkstatt

Refugio transfer – Fortbildungsakademie

Forschung und Konzeption neuer Therapieinterventionen

Außenstelle Landshut

SoulCaRe – Früherkennung besonders vulnerabler Menschen

Gutachtenstelle

Außenstelle Augsburg



Mentale Gesundheitsversorgung für geflüchtete Minderjährige • Nitschke-Janssen und Terlingen

37

Wie gut ist die mentale Gesundheitsversorgung für geflüchtete Minderjährige?

- Wesentliche Einflussfaktoren:
 - Begleitet oder unbegleitet
 - Aktuellen Lebensbedingungen und Wohnsituation/Integration
 - Vorhandensein von effektiven Früherkennungs-Strukturen
 - Einbettung in die regionale Gesundheitsversorgung
- Versorgungsstrukturen und Zugangsmöglichkeiten
 - sehr heterogen (z.B. Land-Stadt)
 - Ambulante und v.a. stationäre Behandlungen erschwert aufgrund sprachlicher Barrieren und eingeschränkter Leistungen (z.B. keine eGK)
 - Weniger Angebote für Kinder und Jugendliche, auch in PSZs

Mentale Gesundheitsversorgung für geflüchtete Minderjährige • Nitschke-Janssen und Terlingen

38

Fazit: Wie gut ist unsere mentale Gesundheitsversorgung für geflüchtete Minderjährige?

- deutlich schlechter im Vergleich zur deutschen Peergroup
- Insbesondere begleitete Kinder und Jugendliche sind unterversorgt
- Viele Barrieren:
 - fehlende Früherkennung in Erstaufnahmeeinrichtungen
 - Keine systematische Sprachmittlung
 - Bei Fachkräften zu wenig fachspezifische und kultursensible Kenntnisse
 - Bei betroffenen Klient:innen und Familien: mangelnde Kenntnisse über Gesundheitsversorgung und Ängste vor Stigmatisierung

Mentale Gesundheitsversorgung für geflüchtete Minderjährige • Nitschke-Janssen und Terlingen

39

Wir brauchen:

- Ein systematisches Erfassen möglicher kommunaler Spielräume zur Verbesserung der Versorgung behandlungsbedürftiger Kinder und Jugendlicher mit Fluchthintergrund
- Ein validiertes Früherkennungsinstrument incl. „Marketing und Vertrieb“
- Eine Ausweitung der Fortbildungscurricula um die relevanten Themen in der medizinischen Versorgung geflüchteter Kinder- und Jugendlicher und ihrer Familien von Trauma bis Tabu
- Engagierte Professionelle wie Euch, die das Thema weiter tragen und bewegen

Mentale Gesundheitsversorgung für geflüchtete Minderjährige • Nitschke-Janssen und Terlingen

40



 Dr. med. Guido Terlingen

VIELEN DANK!



Dr. med. M. Nitschke-Janssen und Team
 Kroenhorst 9d · 22549 Hamburg
 Fon: 040 398 99 400 · E-Mail: info@iccura-academy.org

iccura - center for intercultural child and adolescent mental health

www.iccura.org

II Workshops

1) Einführung in den Leiter-3 Test - Dr. Diana Ramos Dehn

Die nonverbale und kultursensible Leiter-3-Untersuchung ist ein Individualtest zur Feststellung der allgemeinen Intelligenz und der kognitiven Leistungsfähigkeit. Da er ohne Verwendung gesprochener oder geschriebener Sprache durchgeführt werden kann, eignet sich der Test besonders gut bei der Untersuchung von Migrant*innen und Geflüchteten. Der Leiter-3-Test misst die fluide Intelligenz, die weniger abhängig von der Bildung ist. Der Test kann bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen von 3 bis über 75 Jahren eingesetzt werden. Der Workshop vermittelt sowohl theoretische Hintergründe des Instrumentes als auch die praktische Vorgehensweise bei der Leiter-3-Testung.

Dr. Diana Ramos Dehn ist promovierte Entwicklungspsychologin, Psychotherapeutin, Systemische Familientherapeutin, Soziologin und Sportwissenschaftlerin. Sie hat langjährige Berufserfahrung mit traumatisierten Kindern und Familien und ist Trainerin für Systemische Familientherapie. Dr. Ramos Dehn hat viele Jahre als Dozentin an der Universität der Philippinen in Manila unterrichtet. Seit April 2012 ist sie beim PSZ Düsseldorf für die Therapie und Diagnostik von Kindern und Jugendlichen angestellt.



Leiter International Performance Scale Third Edition

(Leiter-3)

Nonverbales kultursensibles kognitives Intelligenzverfahren

Tagung in Erfurt, 29.04.2024

Dr. Diana Ramos Dehn

1



Gliederung

- ❖ Kurze Beschreibung der Leiter-3-Testung
- ❖ Gründe für die Entwicklung der Leiter-3 Testung
- ❖ Für welche Personen geeignet
- ❖ Anwendungsbeispiele in der Praxis
- ❖ Wichtige Aspekte bei der Durchführung
- ❖ Phasen/Schritte der Leiter-3 Testung mit Flüchtlingen
- ❖ Phase I: Durchführung
- ❖ Phase II: Evaluierung/Auswertung
- ❖ Phase III: Verschriftlichung/Bericht



Kurze Beschreibung:

- ❖ ein nonverbales kognitives Testverfahren, das individuell durchgeführt wird. Im PSZ wird die Testung mit Hilfe einer Sprch- und Kulturmittler*in durchgeführt
- ❖ erfasst kognitive Funktionen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen im Alter von 3 bis 75+ Jahren
- ❖ misst nonverbale Intelligenz (vorwiegend fluide Intelligenz)
- ❖ Leiter-3 umfasst 10 Subtests (zwei optional):
 - ❖ nur 4 Subtests sind notwendig, um den **Nonverbalen IQ-Wert** zu ermitteln
 - ❖ jeweils zwei Subtests für entweder **Nonverbale Aufmerksamkeit/Gedächtnis** oder **Nonverbale Verarbeitungsgeschwindigkeit**
 - ❖ je nach Zweck der Testung werden einzelnen Testteile eingesetzt
- ❖ kultursensible, jedoch nicht kulturunabhängig
- ❖ 1603 Personen wurden für Normierung getestet (Standardisierung: Durchschnitt 100, Standabweichung 15); demographische Eigenschaften des Landes mitberücksichtigt
- ❖ i.d.R. keine zeitliche Begrenzung, außer bei Geschwindigkeitssubtests

3

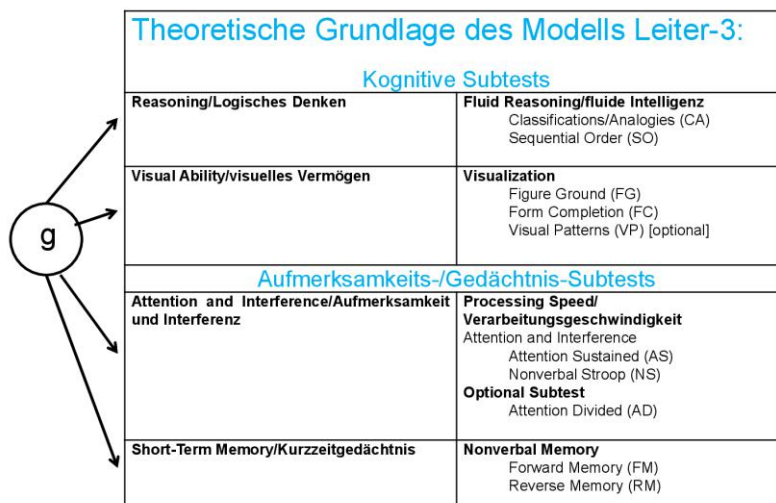


Kurze Beschreibung (Fortsetzung):

Einige begriffliche Erläuterungen:

- ❖ **Nonverbal** bedeutet, dass die Beherrschung der englischen/deutschen Sprache nicht notwendig ist, um die Testung durchzuführen
- ❖ **Def. Intelligenz** (Wechsler, 1956)
„Intelligenz ist die zusammengesetzte oder globale Fähigkeit des Individuums, zweckvoll zu handeln, vernünftig zu denken und sich mit seiner Umgebung wirkungsvoll auseinanderzusetzen.“
- ❖ **Def. Intelligenzquotient/IQ** (Wikipedia)
„Der Intelligenzquotient ist eine durch einen Intelligenztest ermittelte Kenngröße zur Bewertung des intellektuellen Leistungsvermögens im Allgemeinen (...) im Vergleich zu einer Referenzgruppe“
- ❖ Zwei Formen der Intelligenz:
 - ❖ **Fluide Intelligenz** – angeboren, biologisch, kulturunabhängig; hat ihren Höhepunkt im frühen Erwachsenenalter (Plateau), nimmt im Alter ab
 - ❖ **Kristalline Intelligenz** – im Laufe des Lebens durch Wissenserwerb (i.d.R. Bildung) erworben; kumuliert sich im Verlauf des Lebens, kulturabhängig

4



5



Gründe, warum dieser Test entwickelt wurde, sind:

- ❖ Um die Diskriminierung in Testverfahren zu *verringern*, insbesondere für Personen, die Englisch nicht beherrschen (keine Muttersprache)
- ❖ Die Notwendigkeit, eine verlässliche und valide Intelligenzskala zu entwickeln, die weder von der Sprache noch von der Motorik abhängig ist.
- ❖ Früherkennung von kognitiven Entwicklungsstörungen, um die notwendigen Verbesserungsmaßnahmen, bzw. Unterstützungen, frühzeitig einzusetzen
- ❖ Entwicklungsverbesserungen werden sehr gut erfasst und dokumentiert (durch growth scores)

6



Einige Beispiele aus der Praxis, warum Leiter-3 eingesetzt wurden:

- ❖ Frage bei der schulischen Leistung, einschließlich die Frage nach der Schulform
- ❖ Auffälligkeiten im Leistungsniveau des Jugendlichen
- ❖ Feststellung des Intelligenzalters
- ❖ Ergänzung zur Stellungnahmen für Asylanträgen
- ❖ Antrag auf Integrationshelfer*in oder sonderpädagogische Unterstützung in der Schule
- ❖ berufliche Eingliederung beim Jobcenter oder Berufsschulen
- ❖ Antrag auf Familienhelfer*in (insbesondere für Analphabeten und Erwachsene, die wenig Schule besucht haben)
- ❖ Basis für Verlängerung der Jugendhilfe

7



Wichtige Aspekte bei der Durchführung:

- ❖ Einsatz von Sprach- und KulturmittlerIn für Bedeutung der Testung und Instruktionen
- ❖ Kontakt mit Individuum aufbauen (rapport)
- ❖ Individuum motivieren
- ❖ Anwesenheit einer Bezugsperson im Testraum erlauben, falls es die Testperson wünscht
- ❖ Teaching Trials (bis zu drei Versuche)
- ❖ Basal Level - wenn Testperson die Eingangsaltersstufe nicht schafft, gehe zur nächst niedrigen Eingangsaltersstufe
- ❖ nur die Testmaterialien auf dem Tisch haben, die gerade verwendet werden
- ❖ Stoppregel beachten (6 bzw. 7 kumulative Fehler)
- ❖ wenn notwendig oder erwünscht, Pausen zwischen Subtests erlauben (Konzentrationsfähigkeit des Kindes/Jugendlichen beachten)
- ❖ wenn Testperson ihre Antwort verändert, dies erlauben
- ❖ **Manual während des Tests nicht lesen!**

8



Phasen/Schritte der Leiter-3 Testung mit Flüchtlingen:

- ❖ Phase I: Erstkontakt, Abklärung und Durchführung (1-2 Sitzungen)
 - ❖ Erstkontakt mit Auftraggeberin (häufig telefonisch, Email)
 - ❖ Einsatz von Sprachmittler*in für Instruktionen (Sprachmittler*in organisieren)
 - ❖ Durchführung des Tests (1-2 Sitzungen planen; 90 – 180 Minuten)
 - ❖ Vorstellungsrunde
 - ❖ Erläuterung des Tests – welcher Test wird geführt? Warum wird dieser Test gemacht? Warum ist er für die Person gut? Fragen?
 - ❖ Kurz Verlauf erklären, Auftrag klären
 - ❖ Räumliche Atmosphäre
 - ❖ Gesundheitliche Verfassung der Testperson, vor allem **Farben und Formen erkennen**, keine Sehschwäche
- ❖ Phase II: Evaluierung/Auswertung und Interpretation des Tests
- ❖ Phase III: Verschriftlichung
- ❖ Phase IV: Feedback/Rückmeldung an Klient*in/Auftraggeber*in
- ❖ Weitere Vereinbarungen (z.B. Maßnahmen, um evtl. Schwäche zu korrigieren)

9



Raum für Fragen

10



Phase I: Durchführung

A. Nonverbaler IQ

1. Figure Ground


Download






Teaching Item 1 >>

Start Ages 3-5

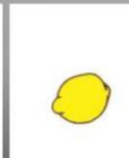
FG-1

12


Download







Teaching Item 2 >>

Start Ages 6-10

FG-3

13


Download







Teaching Item 3 >>

Start Ages 11-75+

FG-5

14



2. Form Completion

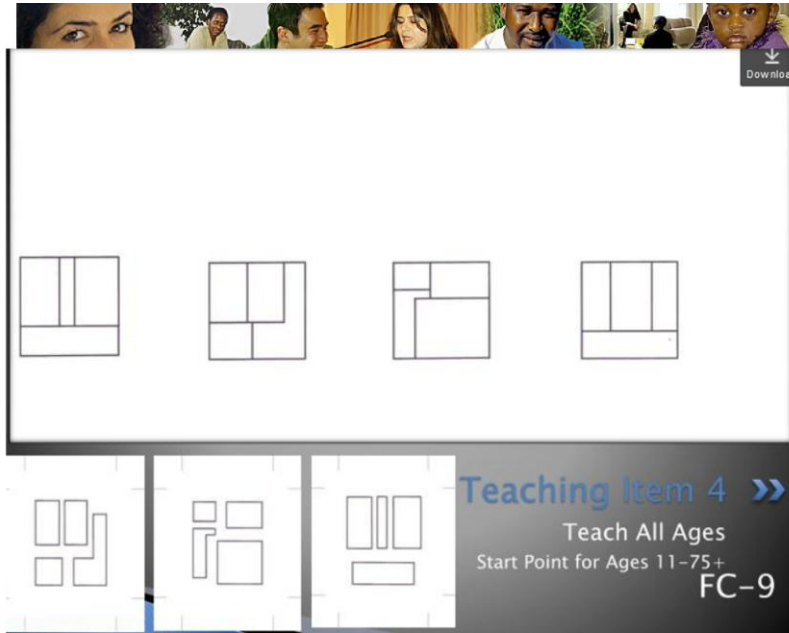
15



16



17



Download

Teaching Item 4 >>

Teach All Ages
Start Point for Ages 11-75+
FC-9

18

3. Classification and Analogies

19



Download

Teaching Item 2 >>

Still Ages 3-5
CA-2

20



Download

CA-3

CA-3 >>

21



Download

Teaching Item 3

Start Ages 6-10

22



Download

Teaching Item 4 >>

Start Ages 11-75+

CA-12

23



4. Sequential Order

24



108

Teaching Item 2 »
Teaching for Ages 3-10
Start Ages 6-10
SO-4

25



108

Teaching Item 3 »
Start Ages 11-75+
SO-7

26



5. Visual Patterns (optional)

27



11485

▲ ■ ● ▲ ■ □

▲ ●

Teaching Item 2 »
Start Ages 6-75+
VP-11

28



PAUSE
(10 Minuten)

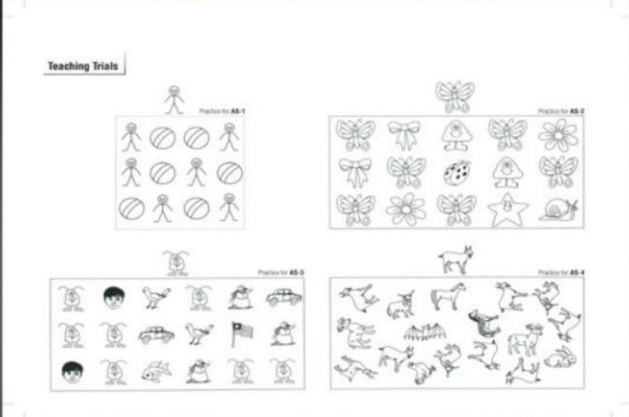
29



B. Nonverbale Aufmerksamkeit

1. Attention sustained

30

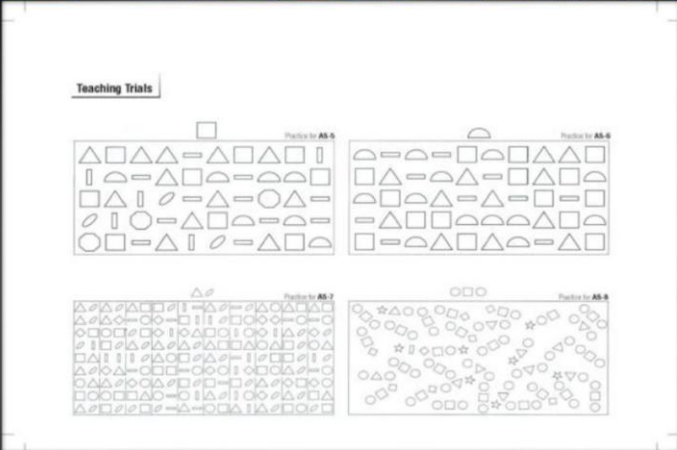


The worksheet titled "Teaching Trials" is divided into four sections for different age groups:

- Practice for AS-1:** A 3x3 grid of stick figures. The middle figure is shaded, and the others are unshaded.
- Practice for AS-2:** A 3x3 grid of various insects (butterflies, bees, ants, etc.). The middle figure is shaded, and the others are unshaded.
- Practice for AS-3:** A 3x3 grid of various animals (birds, fish, etc.). The middle figure is shaded, and the others are unshaded.
- Practice for AS-4:** A 3x3 grid of various animals (birds, fish, etc.). The middle figure is shaded, and the others are unshaded.

Teaching Trials Ages 3-5
Ages 3-4, only administer the first 2 items.
Age 5, administer all 4 items.

31



The worksheet titled "Teaching Trials" is divided into four sections for different age groups:

- Practice for AS-5:** A 3x3 grid of various geometric shapes (triangles, squares, circles, etc.). The middle figure is shaded, and the others are unshaded.
- Practice for AS-6:** A 3x3 grid of various geometric shapes (triangles, squares, circles, etc.). The middle figure is shaded, and the others are unshaded.
- Practice for AS-7:** A 3x3 grid of various geometric shapes (triangles, squares, circles, etc.). The middle figure is shaded, and the others are unshaded.
- Practice for AS-8:** A 3x3 grid of various geometric shapes (triangles, squares, circles, etc.). The middle figure is shaded, and the others are unshaded.

Teaching Trials for Ages 6-75+

32



2. Nonverbal Stroop, Congruent

33

Color Congruent Trial

Leiter-3
Leiter International Performance Scale-Third Edition

SUBTEST 10-Nonverbal Stroop (NS)
Item NS1 (All Ages): 45 Seconds

Teaching Trials

Examples:

--	--	--	--	--

Individual:

34



C. Nonverbales Kurzzeitgedächtnis

1. nonverbal memory, forward

35



0



Teaching Item 4 and 5

Start Ages 6-10

Continue to teach on both Items FM-3A and FM-3B

36



Download



Teaching Item 6, 7, and 8 »

Start Ages 11-75+

Continue to teach on items FM-5A, FM-5B, and FM-5C

37



2. nonverbal memory, reverse



Teaching Items 2 and 3

Start Ages 6-75+
Teach on both RM-3A and RM-3B

39



D. Nonverbale Aufmerksamkeits- Interferenz (einzusetzen, wenn ein Verdacht auf AD/HS vorliegt)

1. Attention divided

40



41



E. Nonverbale Interferenz (wenn ein Verdacht auf eine Lernschwäche vorliegt)

1. Nonverbal Stroop, Incongruent

42

Color Incongruent Trial

Leiter-3
Leiter International Performance Scale Third Edition

SUBTEST 10-Nonverbal Stroop (NS)
Item NS2 (All Ages): 45 Seconds

Teaching Trials

Example:

(red, yellow)	(green, blue)	(red, yellow)	(purple, yellow)	(red, blue)
---------------	---------------	---------------	------------------	-------------

Individual

(red, yellow)	(green, blue)	(red, purple)	(red, yellow)	(red, blue)
(green, blue)	(green, yellow)	(yellow, blue)	(green, blue)	(red, blue)
(red, blue)	(red, yellow)	(purple, yellow)	(purple, yellow)	(red, blue)
(green, blue)	(red, blue)	(red, yellow)	(red, yellow)	(red, blue)

43



Raum für Fragen



Phase II: Evaluierung/Zusammentragen der erreichten Werte

- ❖ Werte für alle Testungen in die Record Form eintragen
- ❖ Ermitteln von n-IQ, n-KD, n-VG
- ❖ Altersäquivalenz
- ❖ Wenn Ergebnisse nicht eindeutig oder sehr unterschiedlich sind, Composite-Differenzen, Span-Diff. (Lernschwäche)

45

Scoring the Leiter-3

46

Supplemental Scores

47



Leiter-3 Examiner Rating Scale

(siehe Record Form)

48



Phase III: Verschriftlichung/Bericht (Beispiel; dauert etwa 60 Minuten)

- ❖ Deckblatt
- ❖ Einleitung
- ❖ Eingesetzter Test
- ❖ Verhaltensbeobachtung
- ❖ Ergebnisse, Interpretation und klin. Einschätzung
- ❖ Klin. Empfehlungen

49



Phase IV: Feedback/Besprechung der Ergebnisse (1 Sitzung)



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Kontakt

Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge in Düsseldorf

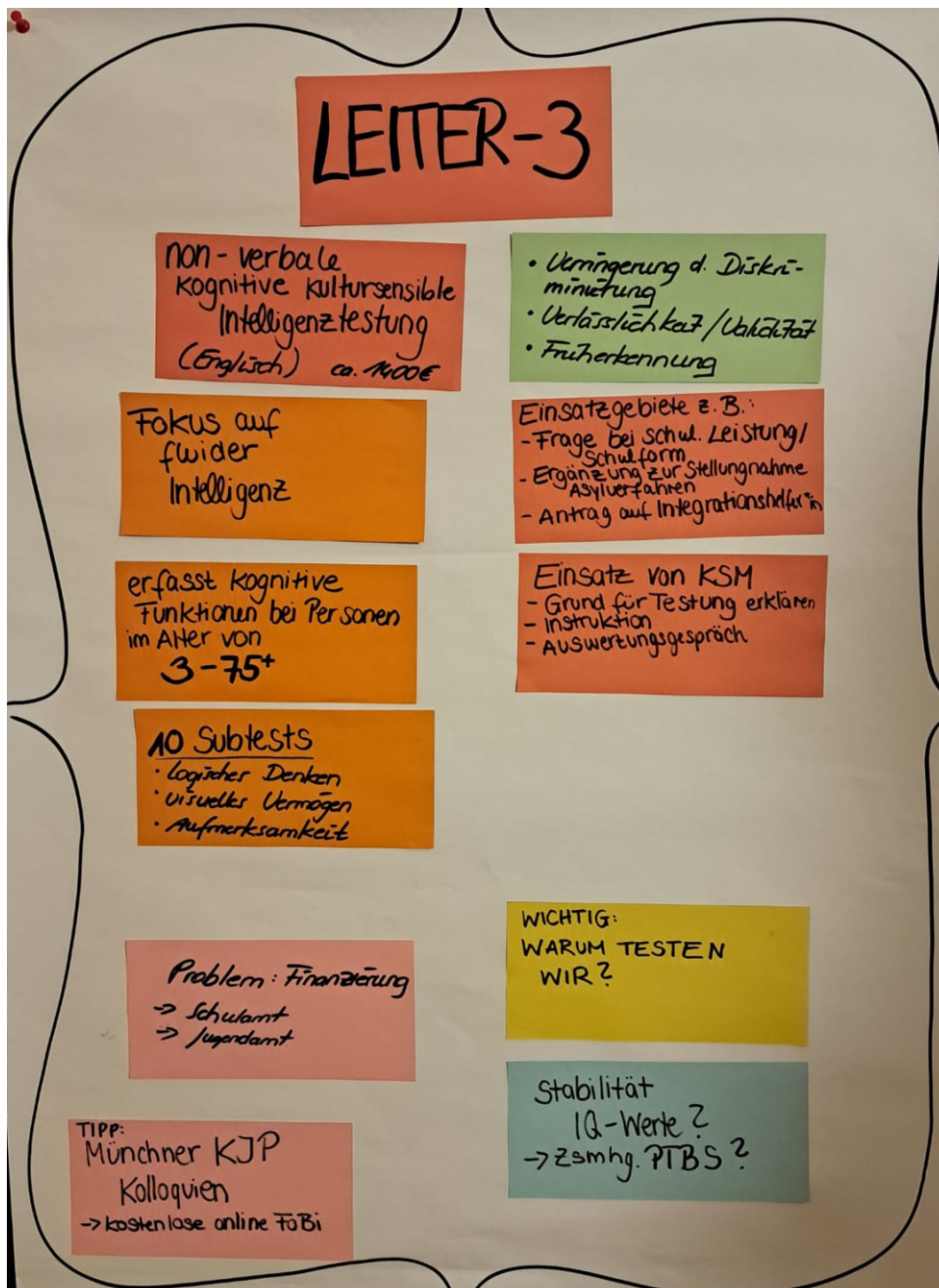
Telefonberatung: Donnerstags, 11 bis 15 Uhr

0211 - 544 173 - 45

info@psz-duesseldorf.de

ramos.dehn@psz-duesseldorf.de

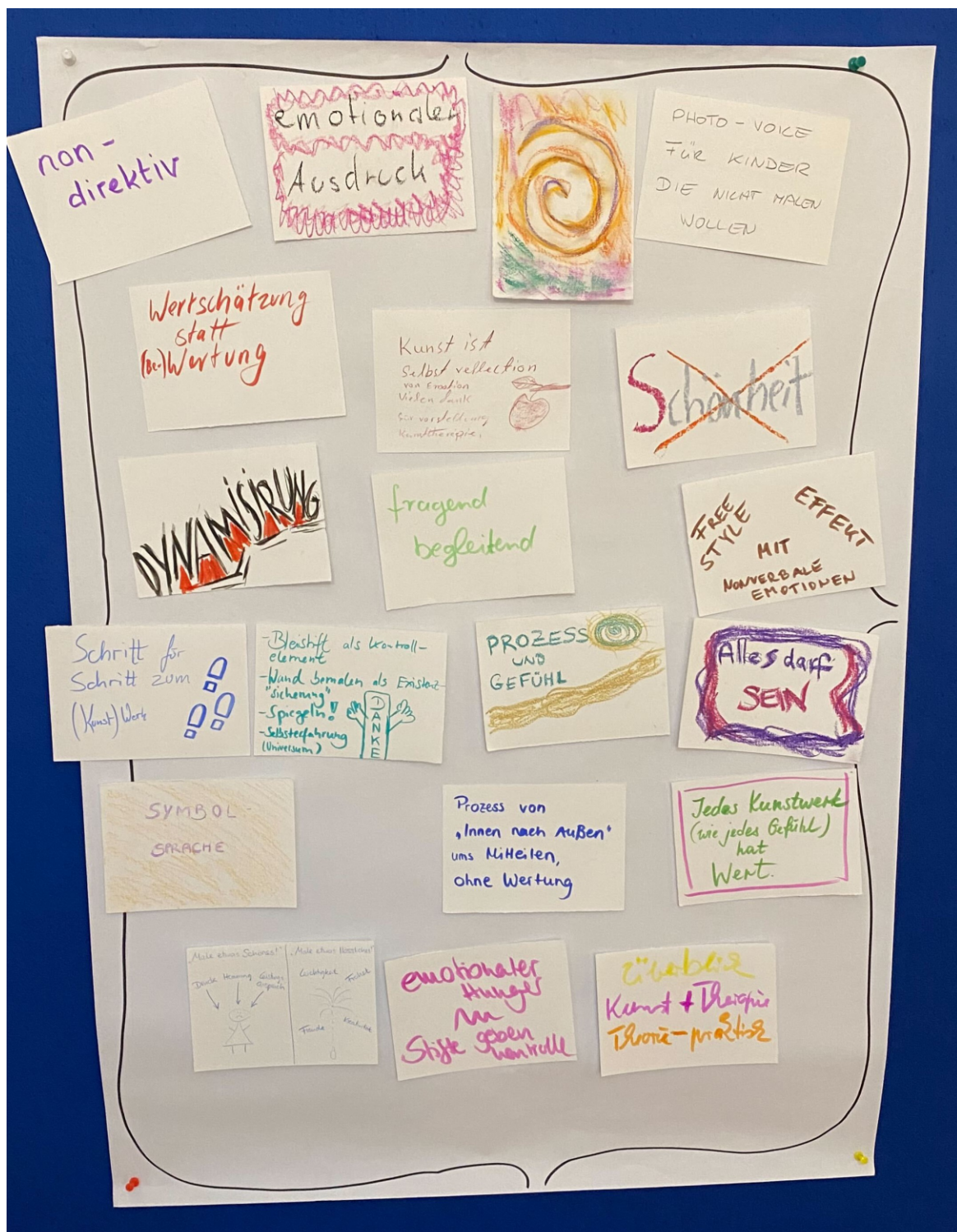
52



2) Kunsttherapeutische Angebote für Kinder mit Fluchterfahrungen - Carolyn Krüger

Der Workshop umfasst theoretische Erläuterungen zum Ansatz der Kunsttherapie sowie kurze Fallbeispiele aus der therapeutischen und psychosozialen Arbeit. Zudem werden die Teilnehmer*innen zu einer kreativen Selbsterfahrung eingeladen, die ihnen die kunsttherapeutische Arbeit auf eine praktische Weise näher bringt. Dabei können eigene Anreize zur Integration von Kunst in der Arbeit mit Kindern und jungen Menschen gesammelt werden.

Carolyn Krüger wurde in Berlin und London zur systemischen Familientherapeutin und Kunsttherapeutin (M.A. Art Psychotherapy) ausgebildet und erhielt ein 'Global Mental Health' Zertifikat der Harvard Medical School. Sie hat viele Jahre im Bereich Menschenrechte, Migration und Flucht gearbeitet und war häufig im internationalen Raum (Nepal, Ghana, Südafrika und England) tätig.



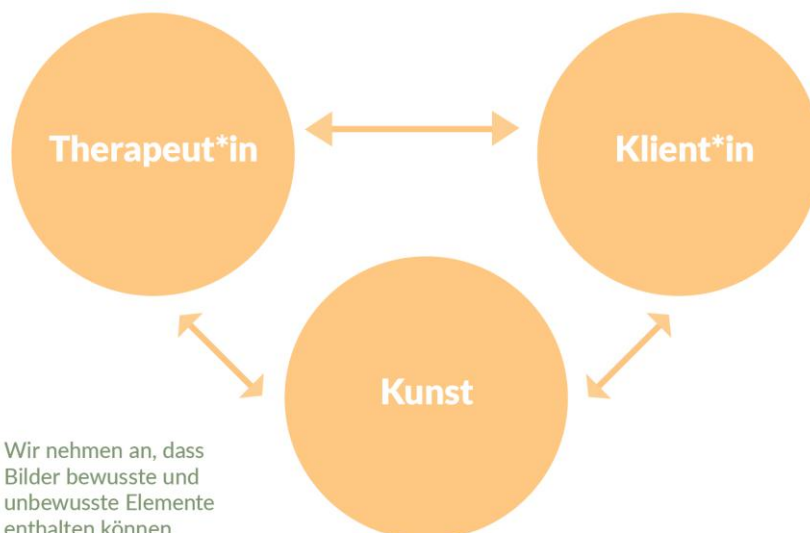
Kunsttherapeutische Angebote für Kinder mit Fluchterfahrungen

Carolyn Krüger, 29.04.2024

Kunsttherapie – ein vielfältiger Ansatz

Kunsttherapeut*innen arbeiten in unterschiedlichen klinischen oder psychosozialen Settings: In Einzeltherapie, in geschlossenen Gruppen oder in offenen Ateliers. Wie in vielen psychotherapeutischen Ansätzen finden die Sitzungen meist wöchentlich (gleicher Ort/Zeit) statt. Manchmal ist eine langfristige Arbeit nicht möglich, dann eignen sich auch Workshops und andere Aktivitäten.

Meist orientieren sich die verschiedenen kunsttherapeutischen Ansätze an psychotherapeutischen Modellen (tiefenpsychologische Psychotherapie, integrative Psychotherapie, Anthroposophie, kunst-zentrierter Ansatz).



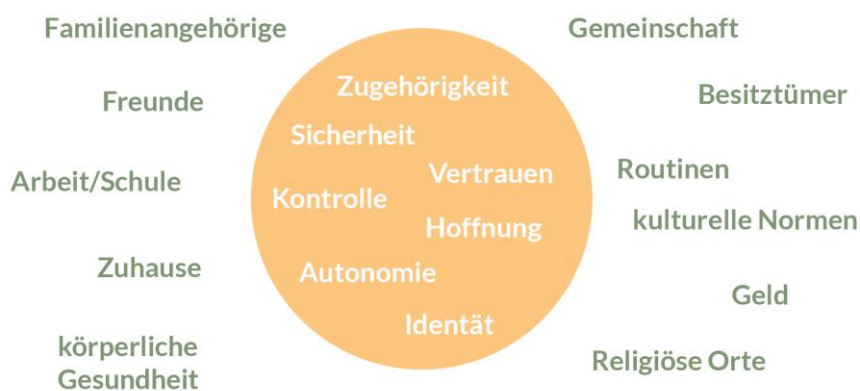
Kunst als Kommunikationsmedium

Wichtig ist in allen Settings die Schaffung eines "sicheren Raums", in dem sich die Klient*innen und ihre Kunstwerke sicher und wertgeschätzt fühlen.

Oft wird mit vertraulichen Mappen gearbeitet, in denen Kunstwerke während der Therapie aufbewahrt werden. So soll der Prozess vor äußeren Einflüssen geschützt werden (Lob, Kritik, Kommentare, Interpretationen, etc.). Abschließend können die Klient*innen ihre Kunstwerke meist mit nach Hause nehmen. Die Wertschätzung der Kunstwerke hat dabei auch einen symbolischen Stellenwert.



Erfahrung von Verlust auf vielen Ebenen:



Navigieren verschiedener Kulturen:



Mögliche traumatische Belastungen:

Vermeidungsverhalten,
Entfremdung, Regression

Flashbacks,
Alpträume,
Wiedererleben

Angst, Nervosität,
Emotionslosigkeit,
Misstrauen

Orientierungslosigkeit,
fehlender Zeitsinn,
Verwirrung

Konzentrationsstörungen,
Hyperaktivität, Schlaflosigkeit,

Stimmungsschwankungen,
Wutanfälle

Selbstvorwürfe,
Scham

Hilflosigkeit,
Hoffnungslosigkeit

repetitives Verhalten
(z.B. im Spiel oder in
der Kunst)



Warum Kunst?

Welche Vorteile haben Kreativität & Kunst?

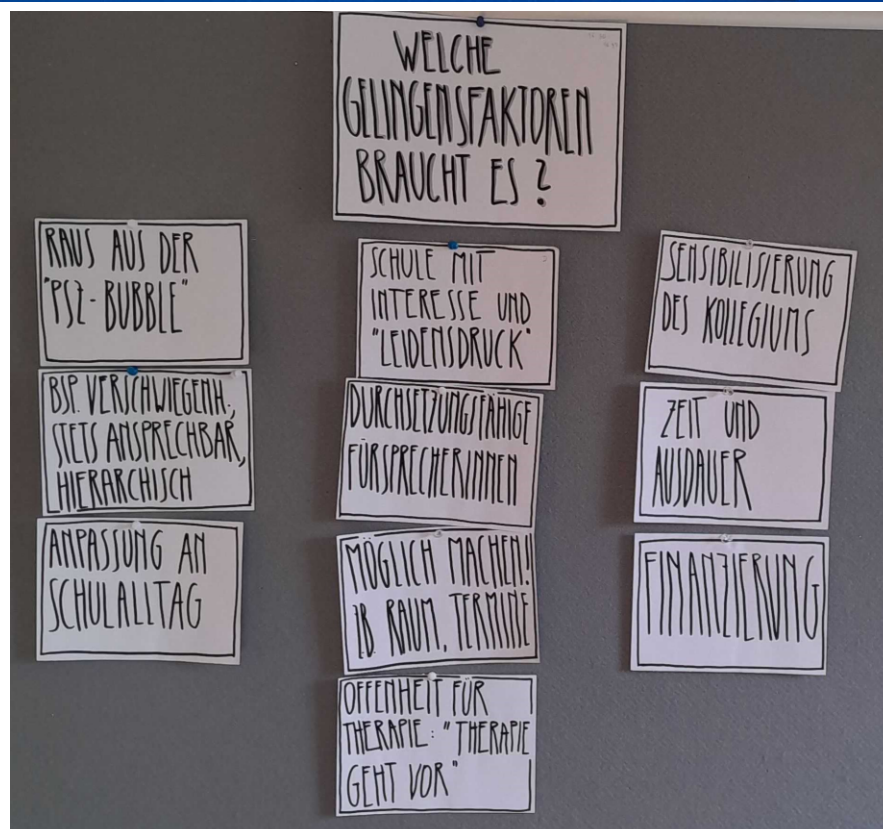
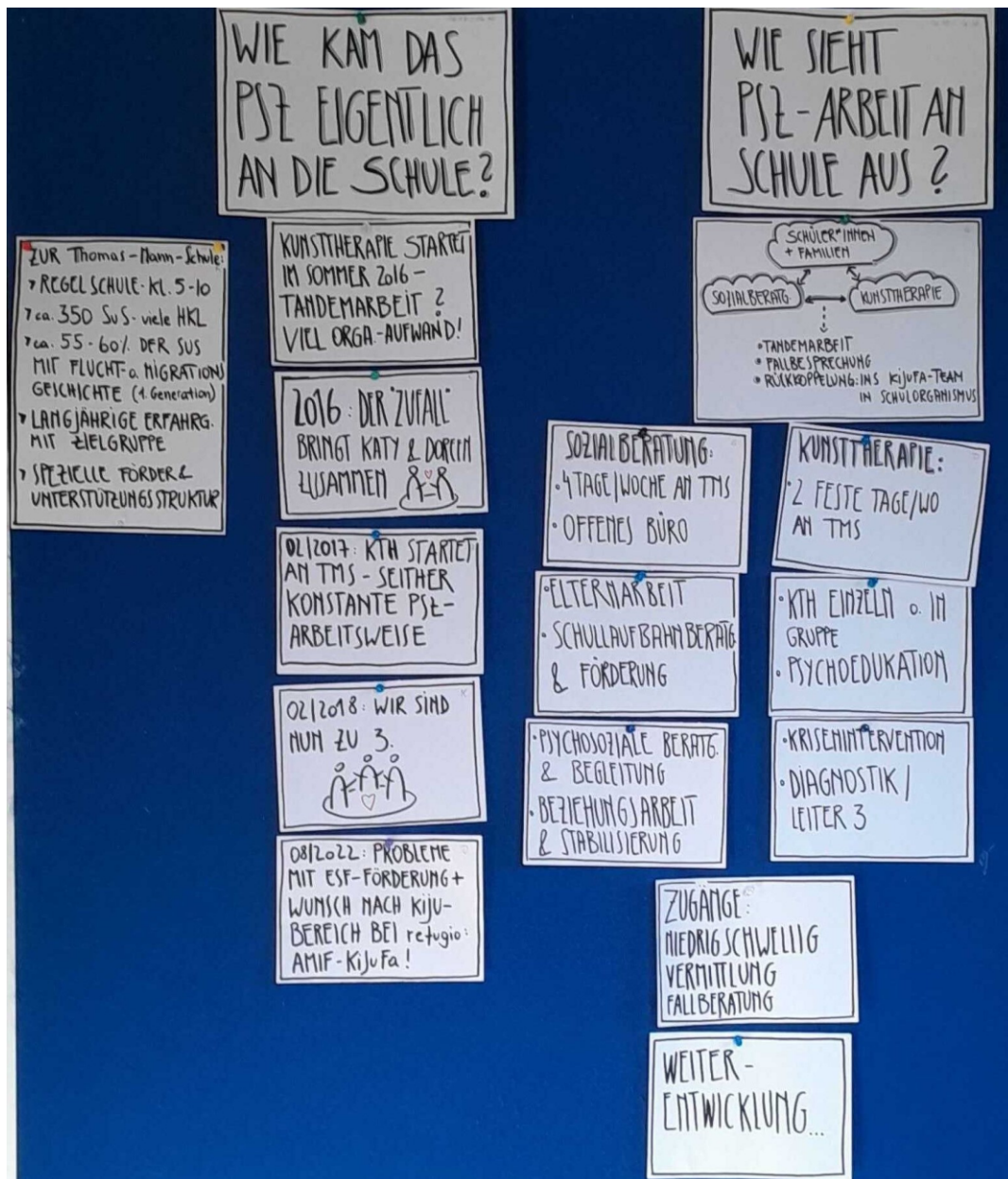
- Kunst stimuliert unsere sinnliche Wahrnehmung und kann beruhigend auf unser Nervensystem wirken
- Oft fällt es Kindern leichter Gefühle non-verbal mitzuteilen (über Sprachbarrieren hinweg)
- Kunst kann die Auseinandersetzung mit verschiedenen Kulturen fördern (z.B. in Bildern, kreativen Ritualen etc.)
- In Bildern können Kinder ihre Vorstellungen visualisieren und ein Gefühl von Handlungsfähigkeit zurück gewinnen
- Kunst kann als alterangemessene, spielerische Aktivität für Kinder entlastend und ressourcenfördernd sein

Kann es gelingen psychosoziale Versorgung an Schule zu etablieren und bewährte Arbeitsweisen aus dem PSZ, in den Schulkontext zu transferieren? An der Thomas-Mann-Schule in Erfurt funktioniert das seit einigen Jahren sehr gut. Wir berichten von unserem Projekt, unseren Erfahrungen und Erkenntnissen. Zudem möchten wir mit den Teilnehmer*innen in einen Austausch darüber kommen, welche Erfahrungen ggf. anderswo gemacht werden, wie ein Erfahrungstransfer stattfinden kann und was es dafür braucht.

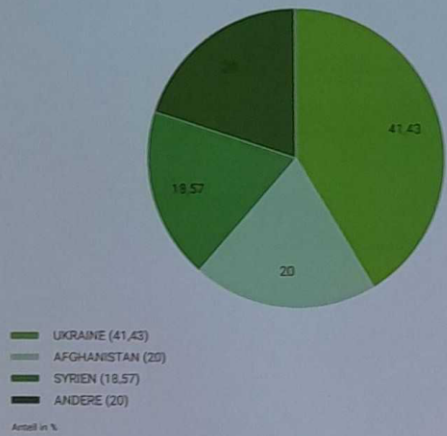
*Katy Pastohr ist Ergotherapeutin und Sozialarbeiterin und begleitet seit 2016 an der Thomas-Mann-Schule in Erfurt zugewanderte Schüler*innen und deren Familien. Seit Sommer 2022 ist sie Mitarbeiterin von refugio thüringen e.V. und baut neben ihrer Tätigkeit an der Thomas-Mann-Schule seit Anfang 2023 den Kinder- und Jugendbereich bei refugio thüringen e.V. mit auf.*

*Guðrun Keißl ist Politikwissenschaftlerin, Friedens- und Konfliktforscherin und Sozialarbeiterin und begleitet seit 2018 zugewanderte Schüler*innen und deren Familien an der Thomas-Mann-Schule in Erfurt. Seit Beginn des Jahres ist sie am Aufbau des neuen Kinder- und Jugendbereichs bei refugio thüringen e.V. als Teil der Interimsleitung beteiligt.*

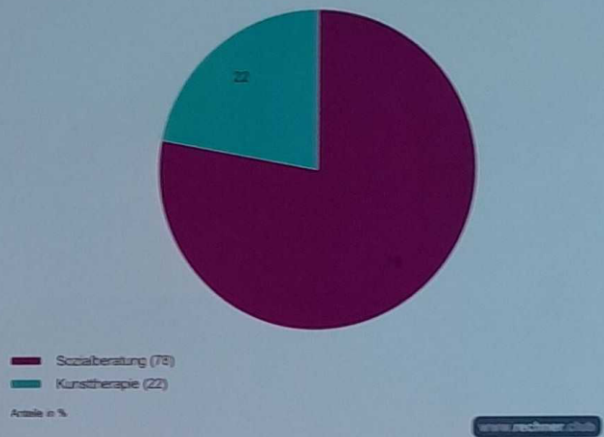




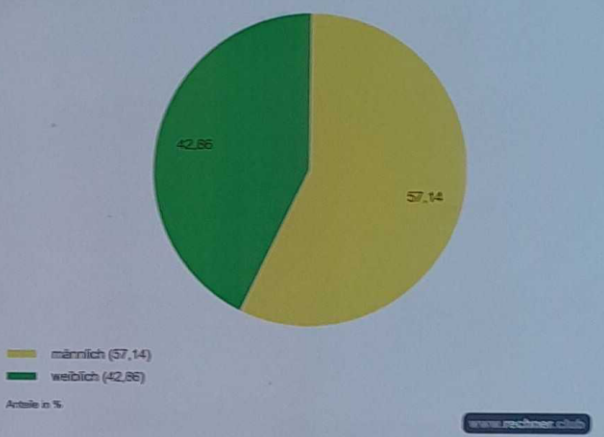
Herkunftsländer



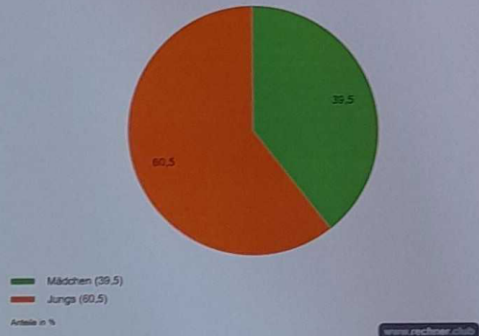
PSZ-Arbeit an Schule



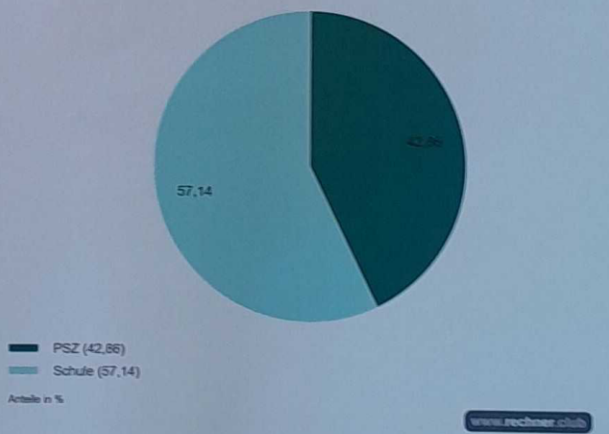
Geschlechterverteilung im Projekt



Geschlechterverteilung an Schule



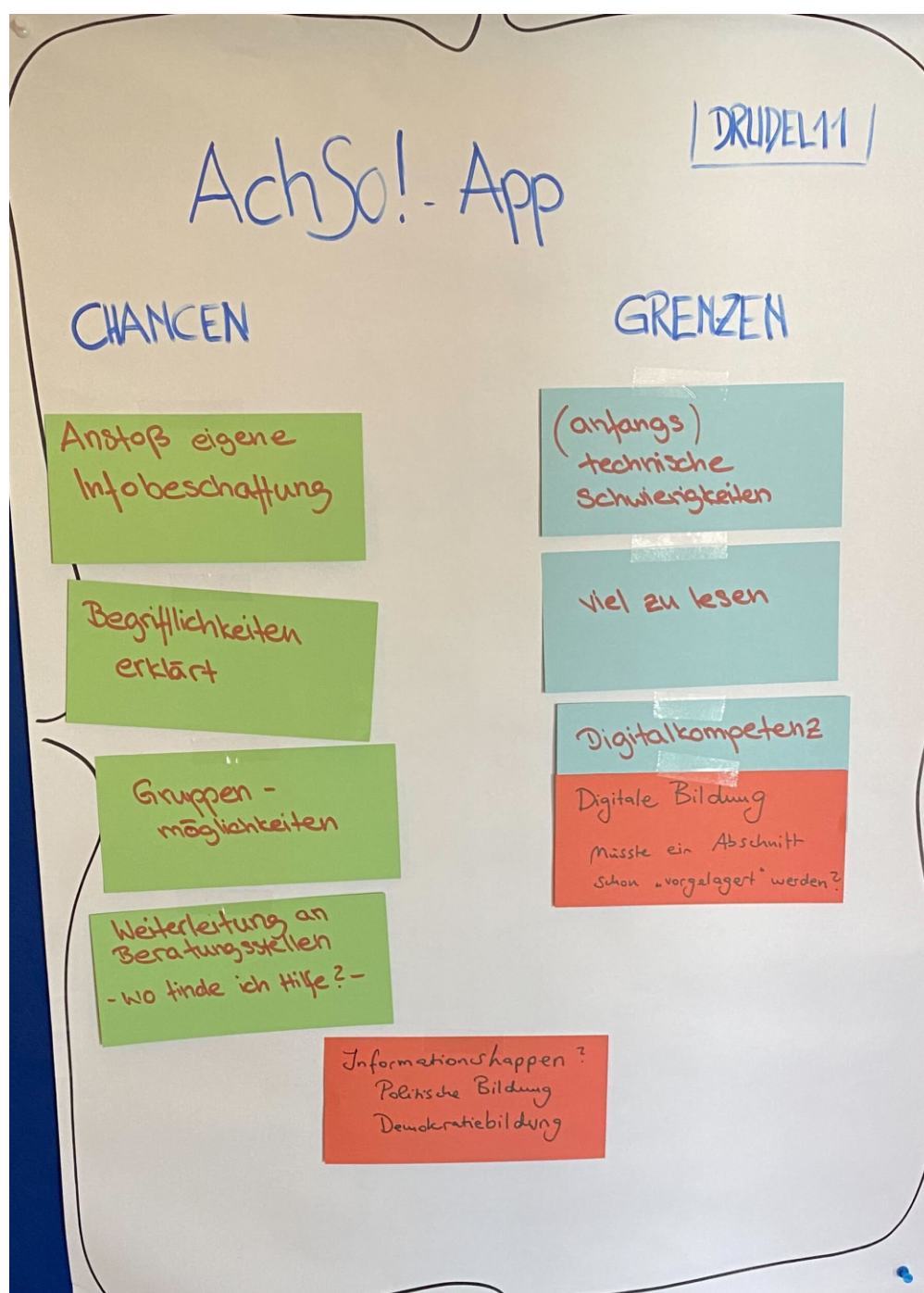
Klient*innenverteilung im Projekt



4) Digitale Ansätze in der Integrationsarbeit - Chancen und Grenzen - Christina Prothmann

Es gibt eine Einführung in die "AchSo!-App". Das ist ein digitales Angebot für Menschen, die neu nach Deutschland gekommen sind, und soll den Nutzer*innen erleichtern, sich schneller, selbstbestimmt und selbstbewusst in unserer Gesellschaft zu bewegen. Themenschwerpunkte der App sind u.a. Kommunikation, Werte und Identität, Ausgrenzung, Leben in einer pluralistischen Gesellschaft sowie Perspektiven und Hindernisse. Die App gibt es auf den Sprachen Arabisch und Persisch sowie bald auf Ukrainisch. Im Workshop berichten wir von unserem Projekt, den Erfahrungen und Erkenntnissen. Zudem möchten wir mit den Workshopteilnehmer*innen in einen Austausch darüber kommen, welche Erfahrungen mit den Möglichkeiten des digitalen Raums in der Integrationsarbeit anderswo gemacht werden, wie ein Erfahrungstransfer stattfinden könnte und was es dafür braucht.

Christina Prothmann ist die Leiterin des Projektes „Thüringer App-Kompass - Praxiseinsatz und Begleitung in der Integrationsarbeit“ bei Drudel 11 e.V. in Jena. Sie führt ein multiprofessionelles Team an aus Fachkräften der Erziehungswissenschaften, Bildungswissenschaften, Psychologie, Kultur- und Regionalwissenschaften sowie Mediendesign.



Digitale Ansätze in der Integrationsarbeit: Chancen und Grenzen

DRUDEL 11 



Herzlich Willkommen



DRUDEL 11 

- 1) Wo arbeiten Sie und was sind Ihre Aufgaben?
- 2) Welches Interesse haben Sie am Thema?

DRUDEL 11 



Ergebnisse



Themen und Ziele

- 15.45 Uhr Vorstellung Drudel 11 e.V. & AchSo! –App
- 16.00 Uhr Praktische Anwendung AchSo!-App mit mobilen Endgeräten
- 16.15 Uhr Diskussion: Chancen und Grenzen digitaler Angebote in der Integrationsarbeit
- 16.45 Uhr Pause
- 17.00 Uhr Warum digitale Angebote wertvoll sind
- 17.15 Uhr Nutzung vorhandener Expertisen: Erfahrungstransfer/Evaluation
- 17.45 Uhr Feedbackrunde
- 18.00 Uhr Ende



Drudel11 als Träger



Tag X



Die AchSo!-App

DRUDEL 11 



Mitarbeitende hinter der AchSo!-App

DRUDEL 11 

- Pädagogisches Team
- Interkulturelles Team
- Mediengestaltung



Ziele der AchSo!-App

DRUDEL 11 



- schnelleres selbstbewusstes Bewegen durch und selbstbestimmtes Handeln in unserer Gesellschaft
- Unterstützung bei psycho-sozialer Entwicklung
- Hilfe bei der Entwicklung einer eigenen Zukunftsperspektive
- Vermittlung interkultureller Kompetenz



Zielgruppe der App

- Junge Migrant:innen zwischen 14 und 25 Jahren
- Angebotene Sprachen: **Deutsch, Persisch, Arabisch, Ukrainisch** (entwickelt wird Tigrin)
- Niedrigschwellige Vermittlung komplexer Inhalte mithilfe eines Gamification-Konzepts
- Um hohe Kultursensibilität zu gewährleisten: Fokus auf einzelne Räume und Zusammenarbeit mit der Zielgruppe



DRUDEL 11



AchSo!

Herangehensweise

- Einbindung der Zielgruppe bereits in Konzeptions- und Entwicklungsprozess
- Rückkopplung mit Multiplikator*innen z.B. mit Erstaufnahmeeinrichtungen, Streetwork, Jugendarbeit, Sprachschulen
- Iteratives Vorgehen zur Entwicklung eines bedarfsgerechten Angebots



DRUDEL 11



AchSo!

App Inhalte

KOMMUNIKATION

- Wahrnehmung
- Non-verbale Komm.
- 4-Seiten-Modell
- Interkulturelle Komm.

WERTE UND ID

- Persönliche Werte
- Sozialisation
- Gesellschaftliche Werte
- Identität

AUSGRENZUNG

- Vorurteile
- Diskriminierung
- Rechtsextremismus
- Umgang mit Rassismus

PERSPEKTIVEN UND HINDERNISSE

- Perspektive entwickeln
- Trauma und Therapie
- Drogengebrauch

DRUDEL 11



DEMOKRATIE UND GESELLSCHAFT

- Geschichte des Holocaust
- Fake News I
- Fake News II
- Geschlechterrollen
- Demokratie
- Deutsche Parteien



PRAKTISCHE TIPPS



AchSo!

DRUDEL 11

Probieren Sie die App selbst aus!



DRUDEL 11

Diskussion:

Chancen und Grenzen digitaler Angebote in der Integrationsarbeit

Aus Ihrer Berufserfahrung:

- 1) Wo sehen Sie die Chancen einer solchen App bzw. digitaler Angebote in der Integrationsarbeit?
- 2) Wo sehen Sie die Grenzen einer solchen App bzw. digitaler Angebote in der Integrationsarbeit?



DRUDEL 11

Warum digitale Angebote wertvoll sind

- Agency
- Viele Medienangebote für Geflüchtete, kaum welche für Fachkräfte
- „Step by Step“: Ein good practice Beispiel
- Hilfe zur Selbsthilfe: Vermittler zwischen den Institutionen



Learning Community und Evaluation

DRUDEL 11 

- Wie können Erfahrungen und Wissen geteilt werden? Was braucht es zu einem Erfahrungstransfer? Welche Ansätze und Umfänge sind realistisch? Welche Bedürfnisse gibt es?
- Learning Community
- Evaluation als Chance um Angebote zu verbessern





-Fachtag 2024

Von Ankunft bis Zukunft.
Digitale Integrationsangebote



15. Mai 2024

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

über digitale Angebote in der Jugend- und Migrationsarbeit möchten wir gemeinsam mit Ihnen ins Gespräch kommen. Spannende Einblicke aus Forschung und Praxis regen zum Nachdenken, Diskutieren und Mitmachen an!

Besuchen Sie unseren 1. AchSo!-Fachtag am **15.05.2024** von **10 Uhr** bis **17 Uhr** im mon ami Weimar. Sie sind herzlich eingeladen!

Bitte melden Sie sich bis zum **19.04.2024** [hier](#) an. Das Programm des Fachtages finden Sie auf unserer Homepage [hier](#).

Die Teilnahme ist für Sie kostenfrei. Für das leibliche Wohl ist gesorgt.

Adresse für die Anreise:
Jugend- und Kulturzentrum mon ami
Goetheplatz 11
99423 Weimar

Kontakt:
stella.kuefeli@drudel11.de
Webseite: www.achsoapp.de

Kommt vorbei!



Gefördert wurde das Projekt „Der App-Kompass – Praxisleitfaden und Begleitung in der Integrationsarbeit“ vom Bundesamt für Migration und Flüchtlinge aus Mitteln des Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds sowie durch das Thüringer Ministerium für Migration, Justiz und Verbraucherschutz.

Finanziert von der Europäischen Union

Europa fördert Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds

Freistaat Thüringen

Ministerium für Migration, Justiz und Verbraucherschutz

DRUDEL 11 

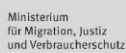
Zeit für Fragen

DRUDEL 11 



Kontakt:
achso@drudel11.de
www.drudel11.de

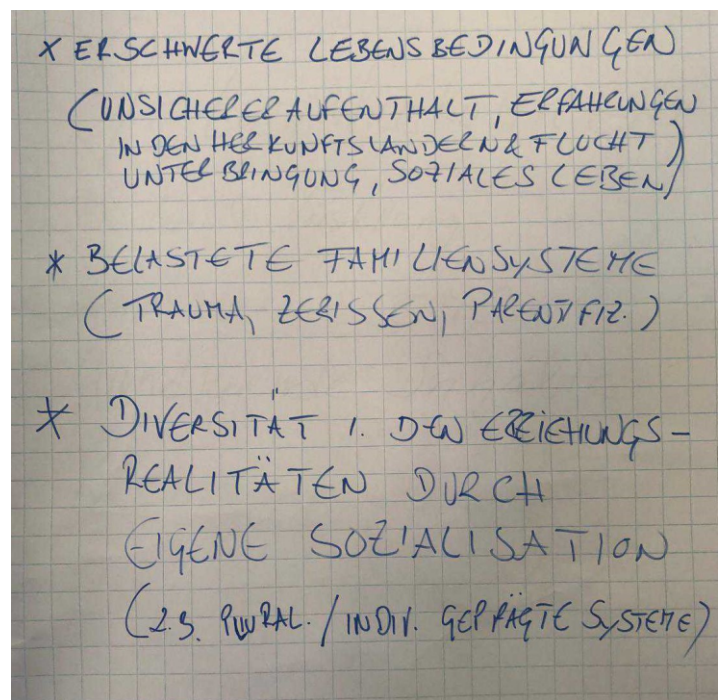
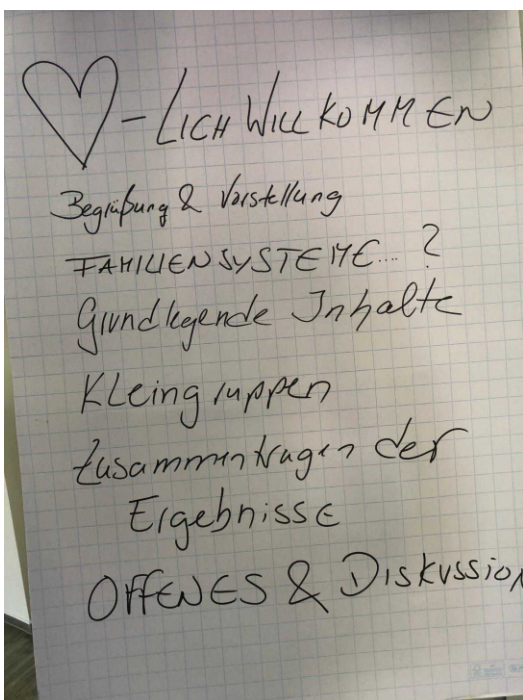
Gefördert wird das Projekt vom Bundesamt für Migration und Flüchtlinge aus Mitteln des Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds sowie durch das Thüringer Ministerium für Migration, Justiz und Verbraucherschutz



5) Internationale Familiensysteme stabilisieren - Sabine Rauch

Internationale Familiensysteme sind aufgrund von Flucht und Migration mit erschwerten Lebensbedingungen konfrontiert. Dies kann zu Herausforderungen in der Versorgung und Erziehung der Kinder führen und den Weg in die Aufnahmegesellschaft aufgrund unterschiedlicher Sozialisation und Voraussetzungen erschweren. Wie eine Verbesserung der Erziehungs- und Lebenssituation betroffener Familien, unter Berücksichtigung von erschwerten Lebensbedingungen gelingen kann, ist Inhalt des Workshops. Der Fokus liegt hierbei auf der Akzeptanz von Vielfalt, der Anerkennung der Menschenrechte, traumapädagogischen Leitlinien und den Prinzipien des Empowerment.

Sabine Rauch ist Dipl. Sozialpädagogin, Traumapädagogin, Diversity und Awareness Trainerin für unterschiedliche Berufsgruppen und Einrichtungen, Lehrbeauftragte. Seit zwanzig Jahren im PSZ Düsseldorf, hier Schwerpunkttätigkeit: Leitung und Koordination HIER, bis 01.08.2023. Aktuell: Familiensystemische Arbeit interdisziplinär und mit KlientInnen, Fortbildung und Supervision..



ERSCHWERT, KOMPLEXE LEBENSBEDINGUNGEN
BELASTETE / ZERBRICHENE FAMILIENSYST.
DIVERSITÄT DER SOZIALISATION U. ERZIEHUNGS-
REALITÄTEN

AKZEPTANZ VON
HILFE

+ Neugierig fragen /
gemeinsam suchen
+ Zeit zum Kennen-
lernen

Schulungen

+ Zeit für eigene
Auseinandersetzung
+ eigene Verantwortung
in verschiedenen
Systemen hinterfragen

Transparenz

+ mehr Offenheit zu
den Themen
+ mehr Offenheit
der Systeme

Diversität im
Team

+ mehr Heterogenität
im Team

TRAUMPAß
LEITLINIEN

Stabilität in
instabilen Systemen?
Welche
Betriebs-/Arbeits-
kultur?

Balance zw.
Arbeitsplatz und
politische Entwicklung

Etablieren
spezifischer
Gruppenangeboten

Multiplikator*innen
ausbilden

thematische Fortbildung
für Lehrkräfte

Sensibilität in
Regelsystemen

Kontinuierlicher
Blick für einen
sicheren Ort/Raum

Mehr machen von
dem was
funktioniert

Fokus auf
Gegenüber

EMPOWERMENT
& PARTIZIPATION

- Im Team über den
Begriff Empowerment
+ Partizipation
n. i.

- Positiv
- Neugier zeigen
- in Reflexion gehen

- Ambiguitäts-toleranz
- Akzeptanz der jetzigen
Realität / Deutung d. Sit.

Sprachmittlung

PSE: Andere Haltung nach
Außen darstellen
- welche Unterstützer mit ins
Boot zu kommen

- Parteiliches Arbeiten
- Unterstützung an Rechte

- Netzwerken
- Räume schaffen

Handlungsspielräume
broaden

- etwas eigenes / Gutes

- Loyalität zur Familie
schätzen
→ Wertschätzung d. Absicht

Stunde: Sensibilisierung
der Fachkräfte
(geschlossenes System)

- Unterstützung bei Wahr-
nehmung der Rechte
- Gemeinsam ab für
einstehen

- Komplexität begreifen
- Multiprofessionelle u.
interdisziplinäre Ansätze
→ Mut dazu entwickeln
- Sozialisation u.
Prägung

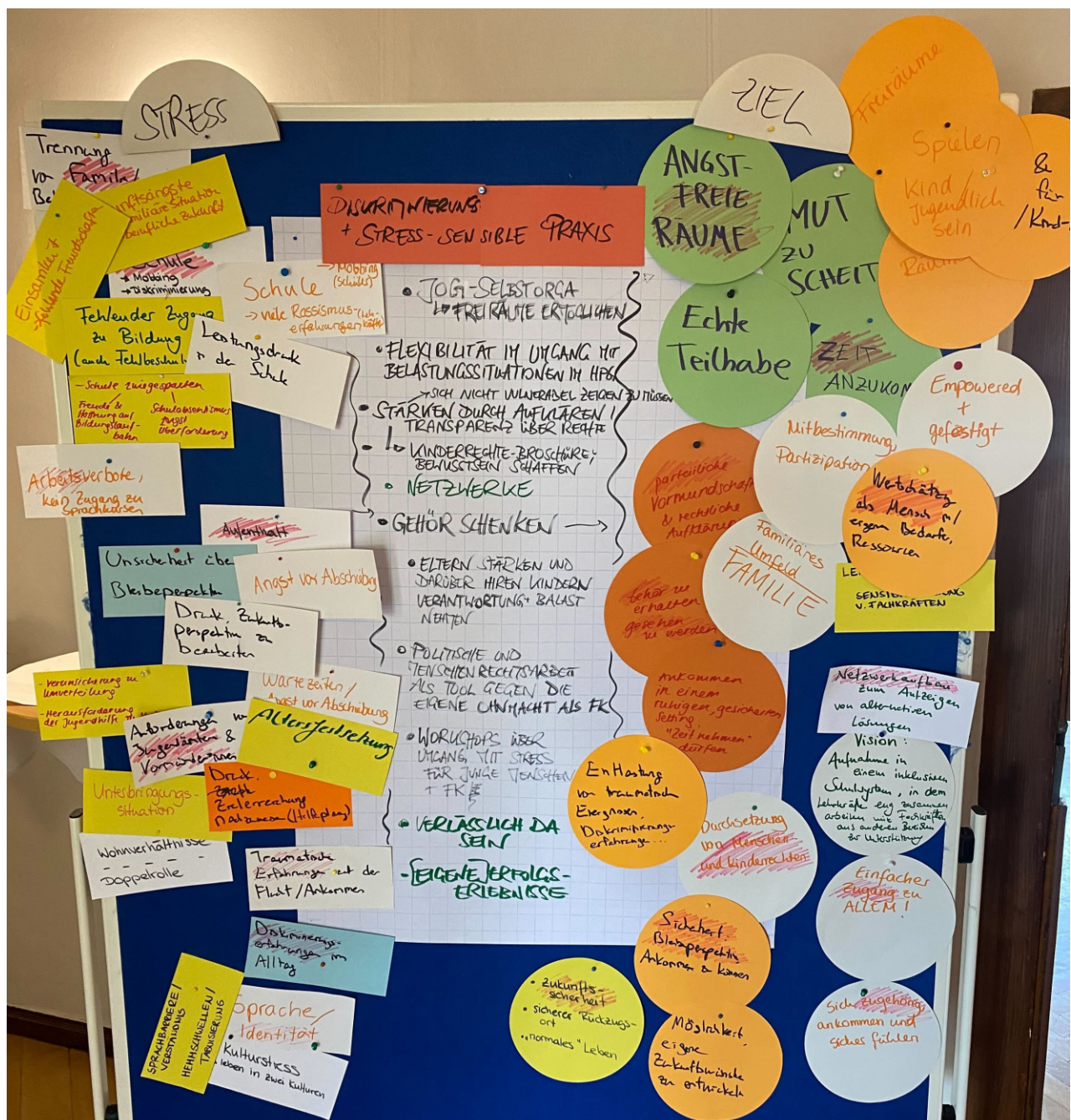
- Deutsche Familie nicht
als „Normfamilie“

6) Diskriminierungssensible (psycho) soziale Arbeit mit jungen geflüchteten Menschen
- Janina Rost und Johanna Karpensteinn

Der Workshop wird zunächst mit einem Input diejenigen rechtlichen, behördlichen und alltäglichen Aspekte der Lebensrealität von jungen Geflüchteten beleuchten, die für eine individuelle Perspektiventwicklung zentral sind. Darauf aufbauend möchten wir uns mit Ergebnissen eines Projektes beschäftigen, welches gemeinsam mit geflüchteten jungen Menschen Momente und Auswirkungen von Traumata und Stress in ihrem Alltag er- und sodann filmisch verarbeitete. Ziel des Workshops ist, im Rahmen eines strukturierten Austausches der Teilnehmenden die Ziele, Problemstellungen aber vor allem die in den verschiedenen Arbeitsbereichen bereits vorhandenen Ressourcen für eine gelingende und stärkende Begleitung der jungen Menschen herauszustellen.

Janina Rost ist Juristin, Mediatorin, Tänzerin und Aktivistin. Zudem arbeitet sie als freiberufliche Dozentin und ist Mitarbeiterin des International Women Space.

Johanna Karpenstein ist Sozialwissenschaftlerin, Kunsttherapeutin und Dozentin. Sie arbeitet als Referentin beim Bundesfachverband umF e.V.



Workshop

Diskriminierungssensible (psycho)soziale Arbeit mit jungen geflüchteten Menschen

- Stress-sensible Haltung als Zugang -

Janina Rost
Johanna Karpenstein

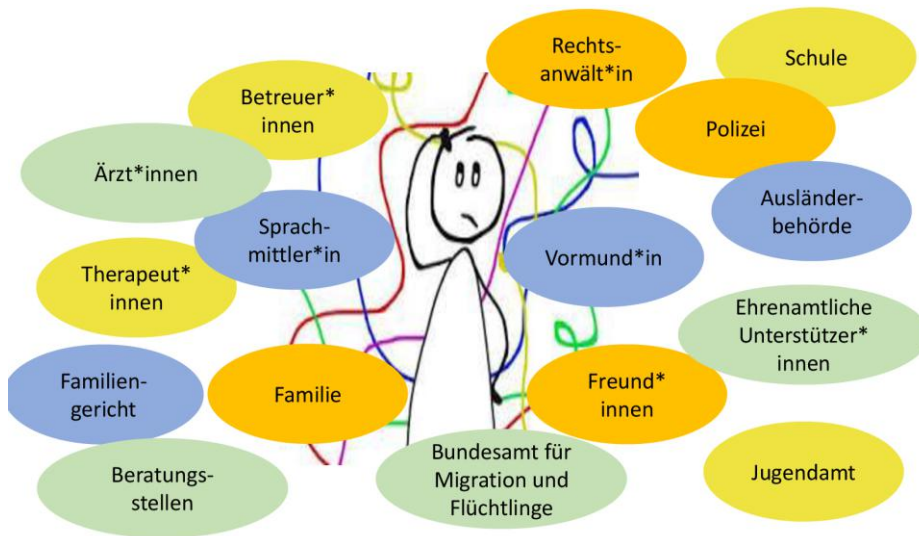
Gliederung

- Einführung & Vorstellung mit kleiner Übung
- Alltagsbelastungen & Perspektive der Jugendlichen
 - Onlineumfrage BumF & Workshop-Ergebnisse
- Unterstützungssystem im rechtlichen Spannungsfeld
 - Jugendhilfe vs. Ordnungsrecht
 - Rechtliche Verschärfungen und ihre narrative Rahmung
- Trauma und Stress im Kontext struktureller Diskriminierung
 - Stress-sensible Haltung als Zugang
- Aktuelle Situation des Ankunfts- und Versorgungssystems
 - Was bedeutet dies für die jungen Menschen?
 - Was bedeutet dies für ihre Unterstützer:innen?
- Austausch: Ressourcen stress-sensiblen Arbeitens

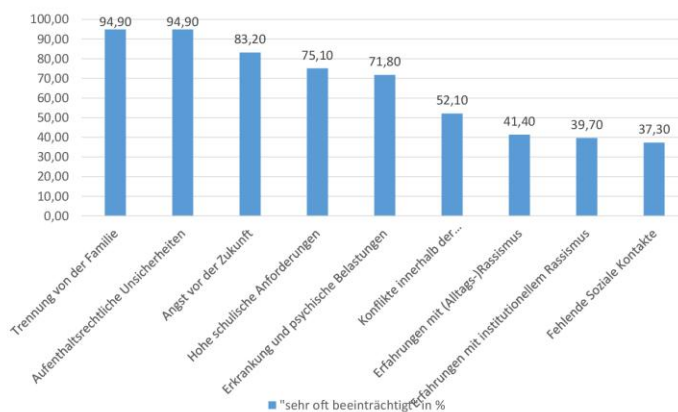
Check in

- Übung zum Einstieg: Achtsamkeitszug
- Kurze Vorstellungsrunde, kurzes Teilen
- Name, Impulse, Fragen für den Workshop und – wer mag – Eindrücke aus dem Achtsamkeitszug

Kontakte der jungen Menschen nach Einreise



Themen und Problemstellungen der jungen Menschen im Alltag (Onlineumfrage BumF e.V. 2021)



5

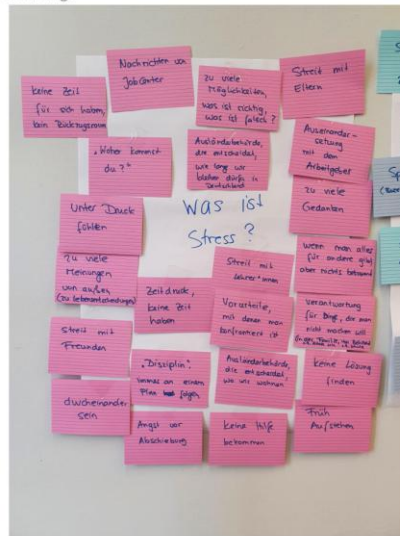
Workshop mit jungen Menschen 2021, Berlin

Projekt "ReflACT- Hilfesysteme im Dialog"

- mit 15 jungen Geflüchteten: zwischen 16 und 22 Jahren, Großteil in Schule, wenige in Ausbildung, 1 Person an der Uni
- Fokus auf das Thema Stress
- Interaktiver Teil: Was ist Stress?, Wo entsteht Stress?, Welche Strategien habt ihr entwickelt?
- Input: Stressfaktoren, Stressmanagement, Entspannungsübungen

– Publikation: "Mächtige Narrative - Was wir uns nicht erzählen – Über den Zusammenhang von Gewalt, Stress und Trauma im Kontext Flucht"

Workshop - Ergebnisse



Workshop - Ergebnisse

- Allgemeine Stressfaktoren (Hausaufgaben, Schule, durcheinander sein)
- Hohe Verantwortung und große Überforderung (keine Unterstützungsstrukturen an entscheidenden Stellen)
- Diskriminierungserfahrungen
- Gefühl von Ohnmacht gegenüber Behörden, besonders Ausländerbehörde
- Verstärkung oder Relativierung (?) von Erfahrungen in Deutschland durch Erfahrungen im Heimatland und auf der Flucht
- Insgesamt: Hoher Bedarf, sich zum Thema auszutauschen, großer Wunsch nach Infos ("Warum lernen wir so etwas nicht in der Schule?")
- Diskrepanz zwischen „Sicherheit und Möglichkeiten“ und konkreten Erfahrungen von Diskriminierung, Gewalt, Unsicherheit und fehlenden Möglichkeiten

Unterstützung im Spannungsfeld; rechtl.-behördliche Rahmenbedingungen

Rechtsbereiche, die die Lebenswirklichkeit junger Geflüchteter prägen:

Jugendhilfe / SGB VIII

- (Dienst) Leistungsrecht
- Individuum
- persönliche Sicherheit + Entwicklung (§ 42 Inobhutnahme, HzE)
- Wohl des Individuums

Ausländerbehörde

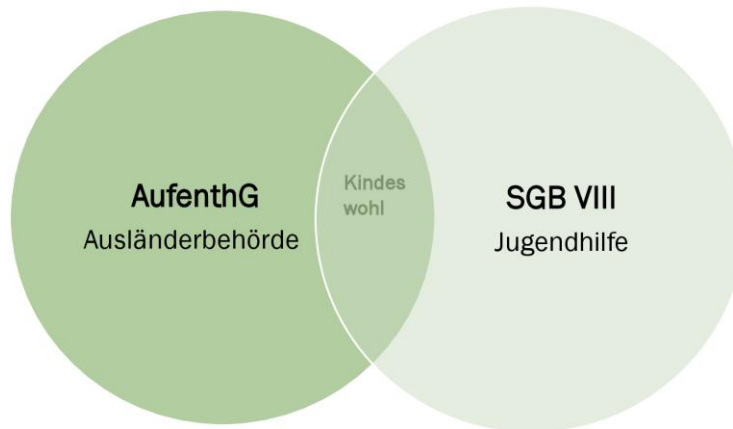
- Ordnungsrecht
- Gesellschaft
- „Sicherheit“ der Gesellschaft (Terrorismus, Schutz des Sozialsystems)
- Wohl der Gesellschaft



BumF

Bundesfachverband
unbegleitete
minderjährige
Flüchtlinge

Schnittstelle Kindeswohl



BumF

Bundesfachverband
unbegleitete
minderjährige
Flüchtlinge

Kindeswohl und Primat der Jugendhilfe

Kinder- und Jugendhilfe

- **diskriminierungsfrei:** Unabhängig vom Aufenthaltstitel, Voraufenthalt, Religion, Sprache etc. & für alle Kinder und Jugendlichen, die sich in Deutschland aufhalten
- **Partizipation und Mitwirkung** verankert
- **Primat** der Kinder – und Jugendhilfe

➤ Für eine starke Jugendhilfe!



BumF

Bundesfachverband
unbegleitete
minderjährige
Flüchtlinge

UmF im SGB VIII

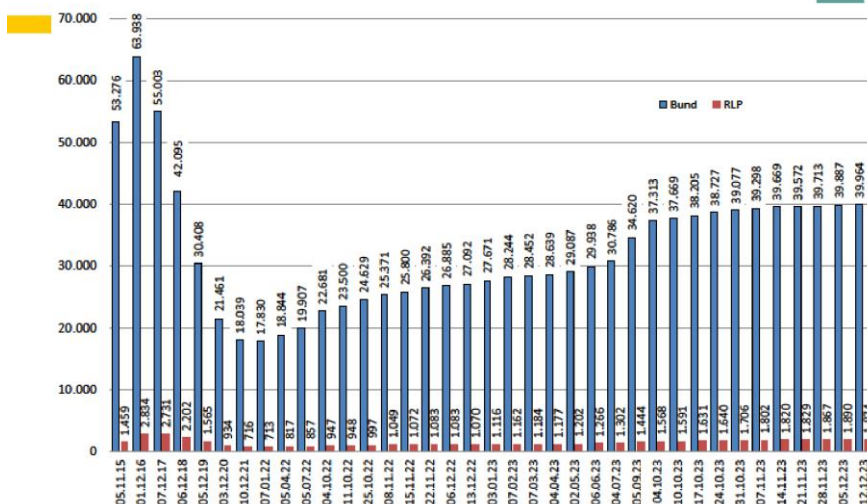
- 2005 „KICK“: umf explizit Zielgruppe SGB VIII, aber bundesweit sehr uneinheitliche Standards in Bezug auf 16-18-jährige
- 2010 Rücknahme Vorbehalt UN-KRK
- 2014 erste Handlungsempfehlungen der BAGLJÄ mit Standards
- 2015 Heraufsetzung asyl- und aufenthaltsrechtliche Handlungsfähigkeit auf 18 (Vgl. § 12 I AsylG & § 80 I AufenthG)
- Verteilgesetz (§42 a SGB VIII) macht Schutzauftrag bei unbegleitet minderjähriger Einreise unmissverständlich klar

→ Seitdem flächendeckend Unterbringung in Kinder- und Jugendhilfe

→ Jetzt „Rolle rückwärts???“

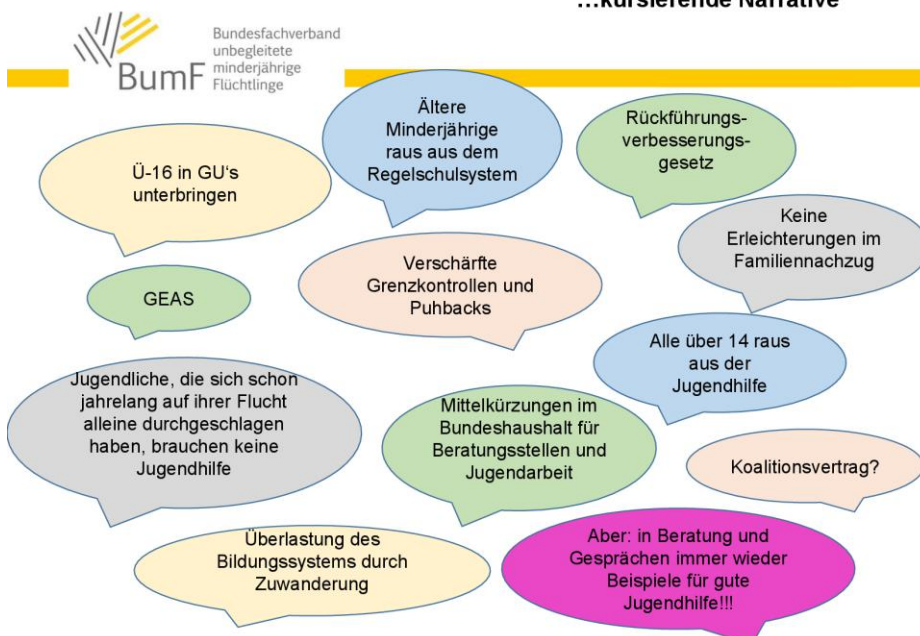
Summe aller jugendhilferechtlichen Zuständigkeiten¹
für uMA im Bund und in Rheinland-Pfalz

ism



¹ Die Summe aller jugendhilferechtlichen Zuständigkeiten beinhaltet die Altverfahren uMA (inkl. j. V.), vorläufige Inobhutnahmen und Inobhutnahmen sowie Anschlussmaßnahmen (inkl. j. V.) uMA

...kursierende Narrative



Junge Geflüchtete zwischen Migrationspolitik und Jugendhilfe

- Koalitionsvertrag, „Paradigmenwechsel“?
- SGB VIII-Reform
- Vormundschaftsrechtsreform
- GEAS-Reform, Rückführungsgesetz, Erweiterungen sicherer Herkunftsländer, Kürzungen im Bundeshaushalt 24...
- Primat der Jugendhilfe – gewachsene Schutzmechanismen - Rolle Rückwärts: Standortabsenkungen, Notversorgung, Ländererlasse...
- Dienstanweisungänderung BAMF



Bundesfachverband
unbegleitete
minderjährige
Flüchtlinge

Legitimierung des Ausschlusses ...

- Rechtspopulistische Diskurse nehmen zu
- Ordnungspolitik beeinflusst Jugendhilfedanken und wird dies wahrscheinlich in Zukunft noch mehr tun (siehe Begründungen Sachsen für Unterbringung in GUs)
- Delegitimierung der Gruppe der umF und Negierung ihrer besonderen Schutzbedürftigkeit → dient als Nährboden für gesetzliche Regelungen/ Verschärfungen
- Generalverdacht: „nicht minderjährig“ weil entweder betrügen sie beim Alter oder sind „nicht so richtig minderjährig“, weil sie bereits Flucht durchlebt haben



Bundesfachverband
unbegleitete
minderjährige
Flüchtlinge

Auswirkungen auf die jungen Menschen

Jugendliche sind nach ihrer Flucht konfrontiert mit einem System, das systematisch diskriminiert und ausschließt, sie erleben strukturellen Rassismus.

Diskriminierungserfahrungen verursachen Stress und können traumatisch sein.

Wer sich eine diskriminierungssensible Soziale Arbeit anschaut, kommt also nicht darum herum, sich mit Stress auseinanderzusetzen.

Trauma – Stress – Stress-sensible Haltung

Struktureller Rassismus – Diskriminierungssensible Haltung



Bundesfachverband
unbegleitete
minderjährige
Flüchtlinge

Definition Diskriminierung

Alltagssprachlich wird unter dem Begriff Diskriminierung ein abwertendes Verhalten/Sprechen oder eine Handlung, die auf negativen Emotionen und Stereotypen basiert, verstanden.

Aus soziologischer Perspektive hingegen handelt es sich bei Diskriminierung nicht um eine isolierte individuelle Handlung, sondern um ein komplexes Zusammenspiel aus sozialen Verhältnissen und Beziehungen, die in ihrer Konsequenz negative Folgen für soziale Gruppen haben.

Quelle: <https://bausteine-antimuslimischer-rassismus.de/von-diskriminierung-zu-antimuslimischem-rassismus/>



Definition Diskriminierung

Diskriminierungsebenen:

- **Zwischenmenschliche Ebene:** das **direkte Verhalten** gegenüber Menschen und Gruppen, sich hinsichtlich eines bestimmten Aspekts oder Merkmals vom jeweils dominanten Standpunkt aus als anders konstruiert werden, verbunden mit der **Bewertung** dieser Differenzierung ("Wo kommst du her?")
- **Institutionelle Ebene:** bezieht sich auf **etablierte Strukturen**, durch die bestimmte Gruppen und Menschen wegen eines (zugeschriebenen) Merkmals **systematisch benachteiligt** werden (z.B. fehlendes Wahlrecht, Residenzpflicht, racial profiling)
- **Gesellschaftlich-kulturelle Ebene:** bezieht sich auf **dominante kulturelle Normen** – Traditionen und Gewohnheiten, also auf das, was von der jeweils dominierenden Kultur als richtig, gut und schön angesehen wird. (z.B. Debatte, ob der Islam zu D gehört; das Feiern von nur christlichen Festen in säkularen Kitas/Schulen)



Stress & Trauma

Studien haben nachgewiesen, dass struktureller Rassismus Stressreaktionen aktiviert.

Stress =

eine psychische, physische und verhaltensbezogene Antwort auf ein Ereignis, das entweder als positiv oder negativ beurteilt wird. Es folgt eine sekundäre Reaktion, die auf Bewältigung und Anpassung fokussiert. Wenn die Anpassung misslingt, intensiviert sich das Stress-Erlebnis. Ein Schaden entsteht, wenn die Stressreaktion lange anhält und/oder der Stress eine Traumatisierung bewirkt.

Quelle: Taylor, S.E., Repetti R.L. & Seemann T (1997) Health psychology: what is an unhealthy environment and how does it get under the skin / aus Amma Yeboah – Rassismus und psychische Gesundheit in Deutschland (Hintergrundbericht)



Stress & Trauma

Wir bauen auf einer kontextualisierten Auffassung von Traumafolgen auf, denn sonst „werden gesellschaftliche Umstände, politische Gewalt und auch aktuelle prekäre Lebensumstände (...) unsichtbar gemacht [und] die geflüchtete, traumatisierte Person (...) formal nicht mehr als Überlebende*r von Menschenrechtsverletzungen gesehen, sondern als kranker Mensch, der eine Reihe von Symptomen aufzeigt.“

Quelle: Praxisleitfaden „Traumasensibler Umgang mit Geflüchteten“, BaFF e.V., S.15

Trauma: Sequentielle Traumatisierung (Hans Keilson)

– aus einer Langzeitstudie über die Entwicklung von jüdischen Kriegswaisen in den Niederlanden

3 Phasen der Traumatisierung: in allen 3 Sequenzen findet Traumatisierung statt (1. feindliche Besatzung, 2. tatsächliche Deportationen der Eltern und Trennung, 3. nach dem Krieg/ Perspektivunsicherheit)

Kernerkenntnis: Für die langfristige psychische Gesundheit ist insbesondere entscheidend, wie die 3. Phase verläuft!

Übertragen auf junge Geflüchtete ist dies die Zeit des Ankommens in Deutschland.

Aktuelle Situation des Ankommens in Deutschland

- Strukturen am Limit: stat. Jugendhilfe, Vormundschaft, Schule & Gesundheitsversorgung ...
- Unterbringung unterhalb abgesenkter Standards (BL-Erlasse)
- Altersfeststellungsverfahren restriktiver; (Steuerung der Fallzahlen?)
- Entlassung aus Jugendhilfe mit Volljährigkeit immer häufiger
- Verteilverfahren funktioniert nicht
- Betreuung durch neue Träger, zu wenig Erfahrungstransfer
- Beratungsstellen – Kürzungen statt Aufstockung
- Politischer Diskurs über pauschale, andere Bedarfe und Generalverdacht ggü. jungen Geflüchteten legitimiert Ausschlüsse

Was bedeutet das für die jungen Menschen?

- Jugendliche in sensibler Phase des Ankommens auf sich gestellt, wenig Orientierung, wenig Regeln
- Deutschland als ein weiterer Ort der Unsicherheit und des Wartens
- Spätere Hilfen („echte Jugendhilfe“) werden erschwert
- Asyl- und Aufenthaltsrechtlich schlechter gestellt (Gefahr Dublin, verzögerter Familiennachzug, anfangs Aufenthalt ohne Titel)
- Psychische Belastungen werden (zu) spät erkannt
- Schulische Integration verlangsamt (Bleiberechtsregelung: Schulbesuch als Teil der Integrationsprognose)
- Vertrauensverlust in das System der Hilfestellung
- Folgeprobleme aus ungenügender Unterbringung und Betreuung

Was bedeutet das für die jungen Menschen und die Arbeit mit ihnen?

- „Einwanderungssituation“ rechtfertigt Standartabsenkungen und Schutz- und Perspektivverwehrung allseits
- Rechtspopulistische Diskurse schlagen sich weiterhin nieder in rechtlichen Entwicklungen
- Erfahrungen von Perspektivlosigkeit und mangelndem Schutz an den Außengrenzen und hier vor Ort nimmt rapide zu
- Restriktionen, Abwehrdiskurs, Rassismus, Ohnmacht werden sich in die Biographien der jungen Menschen stärker denn je einschreiben
- -> was können wir dem entgegensetzen? Haltung, Reflexion, Parteilichkeit, Qualifikation, starke Netzwerke & Allianzen...

Zusammenfassung

1. Angebot: Stress als Zugang wählen
Traumainformiertes Arbeiten ist wichtig, hat aber für viele Fachkräfte auch Grenzen
Ist eine Möglichkeit, die Kommunikationsfähigkeit herzustellen
2. Vorsicht bei Individualisierung/ Viktimisierung/ Entpolitisierung!
3. Rassismus als Stressfaktor mitdenken!

Stressfaktoren bestehen weiter, haben weiterhin Auswirkungen;
Möglicherweise gestaltet man sie im Rahmen eines überlasteten Versorgungssystems mit

Austausch

- Ressourcenorientierter Austausch
- 3-Teilung
 - Stressoren für die Jugendlichen (wie ihr sie in Eurem aktuellen Arbeitsalltag erlebt) (10 Minuten)
 - Ziel: Wie soll es den jungen Menschen ergehen? (10 Minuten)
 - Wie kommen wir dahin? -> Ressourcen (Wo arbeitet ihr bereits stresssensibel?; 20 Minuten alle)



Bundesfachverband
unbegleitete
minderjährige
Flüchtlinge

Leseempfehlungen

- Grada Kilomba – plantation memories
- Women in Exile - Gesundheitsversorgung für alle!
- BafF e.V. - "Mächtige Narrative - Was wir uns nicht erzählen – Über den Zusammenhang von Gewalt, Stress und Trauma im Kontext Flucht"
- Amma Yeboah – Rassismus und psychische Gesundheit in Deutschland (Hintergrundpapier zum Parallelbericht an den UN-Antirassismusausschuss zum 19.-22. Bericht der BRD nach Art. 9 des Internationalen Übereinkommens zur Beseitigung jeder Form von rassistischer Diskriminierung)



Bundesfachverband
unbegleitete
minderjährige
Flüchtlinge

Materialien

- Neue Themenseite <https://b-umf.de/p/das-primat-der-jugendhilfe-gilt/>
- Materialien für die Arbeit mit umF: „Methodenkoffer Beteiligung“: <https://vormundschaft.net/methodenkoffer/broschueren-flyer/#rechteumf>
- <https://b-umf.de/material/das-asylverfahren-bei-unbegleiteten-minderjaehrigen-fluechtlingen/>
- <https://b-umf.de/material/es-ist-5-nach-12-rechtsverletzungen-bei-unbegleiteten-gefluechteten-kindern-und-jugendlichen/>
- <https://b-umf.de/material/arbeitshilfe-checklisten-fuer-den-uebergang-in-die-volljaehrigkeit-und-ausbildung/>
- <https://b-umf.de/material/abschiebung-und-junge-gefluechtete-rechtlicher-rahmen-und-handlungsoptionen-der-kinder-und-jugendhilfe/>



Bundesfachverband
unbegleitete
minderjährige
Flüchtlinge

Angebote Bundesfachverband umF

- ✓ Newsletter <https://b-umf.de/newsletter/>
- ✓ Rechtshilfefonds
<https://b-umf.de/rechtshilfefonds/antrag/>
- ✓ Fachkräfteberatung <https://b-umf.de/beratung/>
Donnerstag 10-12h telefonisch, per Mail immer
- ✓ Grundlagenschulungen und Vertiefungsseminare: <https://b-umf.de/veranstaltungen/>

7) Sprachreduzierte Traumaarbeit mit Geflüchteten - Dr. Ibrahim Özkan

Sprachbarrieren erschweren die Psychotherapie mit Geflüchteten und Migranten erheblich. Der Einsatz von qualifizierten Dolmetscher*innen scheitert in der Praxis häufig am Kostenträger. Die fehlende gemeinsame Sprache verhindert eine adäquate Versorgung der Betroffenen und kann bei Behandler*innen auch Zweifel an den eigenen therapeutischen Kompetenzen auslösen. In diesem Workshop befassen wir uns mit der Befremdetheit im (trans)kulturellen Begegnungssetting der Therapie, insbesondere im traumazentrierten Kontext. Ferner werden praktische Zugänge und Möglichkeiten einer sprachreduzierten Vorgehensweise vorgestellt bei einer stabilisierenden, schonenden sowie ressourcenorientierten (Gruppen-)Arbeit mit Geflüchteten..

Dr. disc. pol. Ibrahim Özkan ist Diplom-Psychologe und psychologischer Psychotherapeut, u.a. in eigener Praxis tätig. Er ist Psychotraumatheapeut (DeGPT), EMDR-Therapeut (EMDRIA), TRUST- Trainer, arbeitet als Trauma- und EMDR Supervisor (BAP/ DPA) und Gastdozent. Er ist Mitbegründer und Vorstandsmitglied des Dachverbandes DTPPP, im Beirat des NTFN (Netzwerk traumatisierter Flüchtlinge in Niedersachsen) sowie Mitglied der Steuerungsgruppe des Projektes refuKey in Niedersachsen.

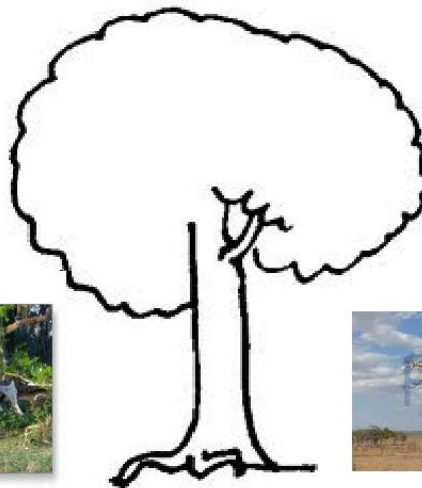




Sprachreduzierte Traumaarbeit mit Geflüchteten

Neudietendorf bei Erfurt, 30.04.2024
Ibrahim Özkan

„Baum“



Ferdinand de Saussure (1857-1913) : **Sprache**: „eine Form, keine Substanz“.



Wanderers Nachtlid

1902 übertrug ein Goethe-Verehrer das berühmte „Wanderers Nachtlid“ ins Japanische.

1911 übertrug ein Verehrer japanischer Lyrik die Verse in der irrigen Meinung, es handle sich um eine japanische Originaldichtung, ins Französische.

Woraus sie schließlich ein deutscher Bewunderer fernöstlicher Lyrik ins Deutsche brachte.

*Über allen Gipfeln ist Ruh,
In allen Wipfeln spürest du
Kaum ein Hauch;
Die Vöglein schweigen im
Walde.
Warte nur, balde
Ruhest du auch.*

*Stille ist im
Pavillon aus Jade.
Krähen fliegen
Stumm zu beschneiten
Kirschbäumen im Mondlicht.
Ich sitze
Und weine.*

Gefunden in Hanswilhelm Haefs:
„Das dritte Handbuch des nutzlosen Wissens: Vom Stoff, aus dem Gedichtet wird“,
DTV, 1994

„Den Geflüchteten“ gibt es nicht!...

...aber:

es gibt unsere Bilder, Stereotypen, Befürchtungen, Interessen... über (die Arbeit mit) „diese(n) Menschen“ auch in unserem Kopf
(und ebenso in dem unserer Patienten)



-> diese beeinflussen unsere Wahrnehmung, unsere Interpretation und somit unsere Behandlung

„Neurobiologie der transk. Begegnung...“



Migration kann auch bedeuten...

- Bedrohung der Identität
- Verlust des sozialen Status
- Neues Sozialisationsprozesse (Akkulturation) im Zielland
- Illusionäre Erwartungen
- Vorurteile und Stigmatisierung durch Bevölkerung im Zielland
- Diskriminierungserfahrungen durch Institutionen und Individuen

(Quelle: Sucht und Migration – ein Zusammenhang von Dietmar Czycholl)

Traum oder Trauma?

Ibrahim Özkan und Gerald Hüther

Migration: Traum oder Trauma?

Traumata bei Patienten mit Migrationshintergrund

In der psychotherapeutischen und psychiatrischen Praxis treten
Behandler immer wieder auf Patienten mit Migrationshintergrund

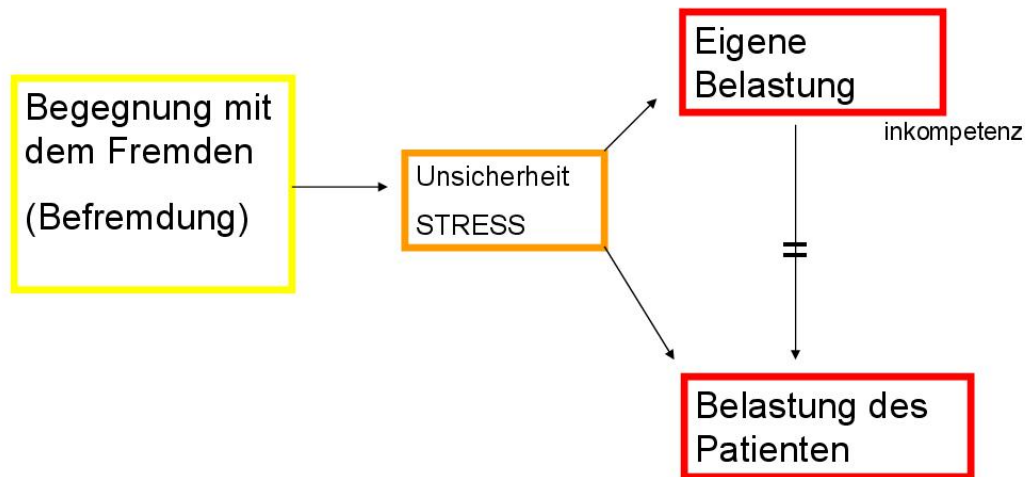


Worauf schauen wir in der Begegnung (?)

**Der Fokus auf das Fremde verhindert
möglicherweise die reale
Auseinandersetzung mit dem
Individuum**



Wessen „Stress“ in der transkulturellen Behandlung



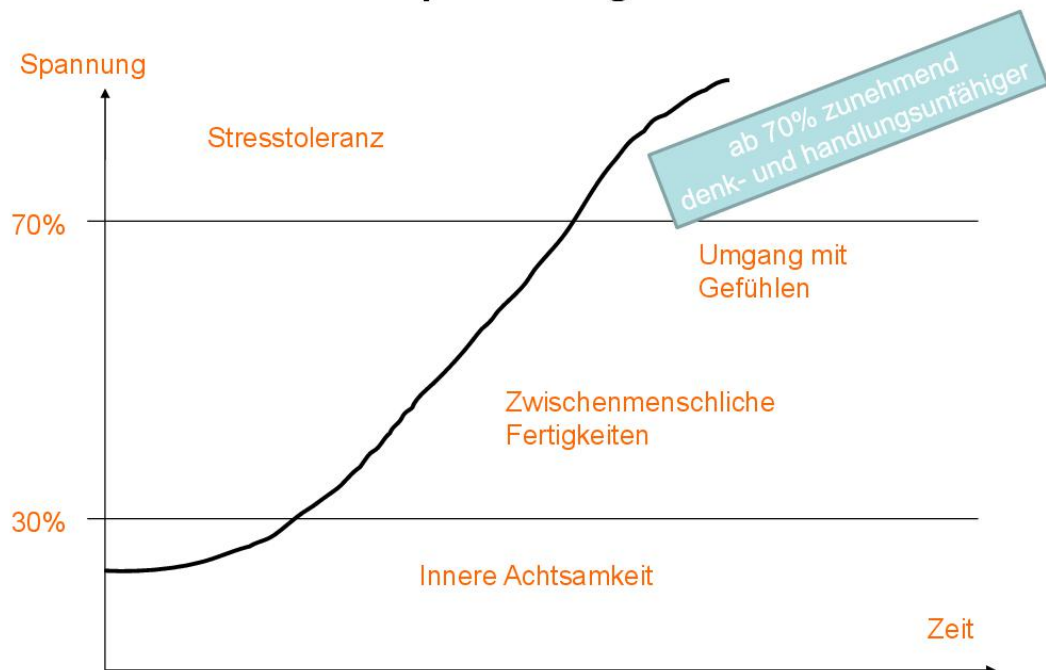
Biologie in der transkulturellen Begegnung

- Unsere Biologie bestimmt unsere **Wahrnehmung**, unser **Denken** und unsere **Bewertungen**
- Wenn wir uns in Kontakt zu einer anderen Kultur begeben, fehlt uns unser gewohntes biologisches Umfeld
- Unsere Wahrnehmung-, Denk- und Bewertungsgewohnheiten sind beeinflusst.

→ „STRESS“ (Unsicherheit, Angst, Bedrohung)

→ Bei uns, aber auch beim Gegenüber!!!

Spannungskurve



- Traumasymptomatik
- Unsicherheit
- Realbelastungen

- ANSPRUCH?!!

- Traumasymptomatik
- Unsicherheit im Kontakt
- Unsicherheit ...
- Realbelastungen
- (Über)forderung



Betroffene(r)



**BeraterIn
BegleiterIn
TherapeutIn**

Unsere „Meinung“ ist Wertung

*„Nicht die Dinge selbst
beunruhigen die Menschen,
sondern ihre Meinungen und
Urteile über die Dinge.“*

Epiktet



Spiegelneurone

Experimente von Rizzolatti (1996 u. ff.)

- Handlungsneurone werden vor einer Handlungs-ausführung aktiviert (Bsp.: Greifen nach einer Nuss)
- Beobachtung eines anderen, der nach der Nuss greift, aktiviert dieselben Neurone beim Beobachtenden!



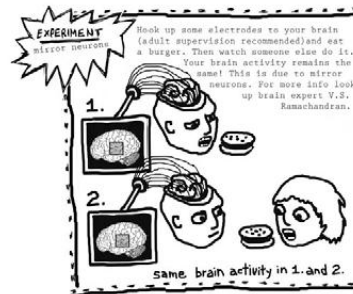
Def. Spiegelneurone: „Nervenzellen, die im eigenen Körper ein bestimmtes Programm realisieren können, die aber **auch dann aktiv** werden, wenn man **beobachtet oder auf andere Weise miterlebt**, wie ein anderes Individuum dieses Programm in die Tat umsetzt“

(Bauer 2006⁹, S. 23)

FIG. 1. Examples of mirroring and imitative actions performed by the experimental subjects. In the top row, the monkey (left) and the human (right) subjects are shown reaching for a nut. In the middle row, the monkey (left) and the human (right) subjects are shown holding the nut in their mouths. In the bottom row, the monkey (left) and the human (right) subjects are shown looking up. The monkey's actions are imitated by the human subjects, and the human subjects' actions are imitated by the monkey subjects. This is the basic principle of the experiment.

Spiegelneurone, -Effekte

- Mit **Sprache** werden **Handlungsvorstellungen** und entsprechende Neurone aktiviert
- Parallel auch die dazugehörigen **Empfindungssequenzen/Körpergefühle**
- **Erwartungen/Vorstellungen** aktivieren identische neuronale Netze wie reale Situationen
- und haben daher **reale Konsequenzen**, wie z.B. Endorphin-Ausschüttung, Unterdrückung der Immunabwehr u.a.m.



Spiegelneurone und Psychotherapie

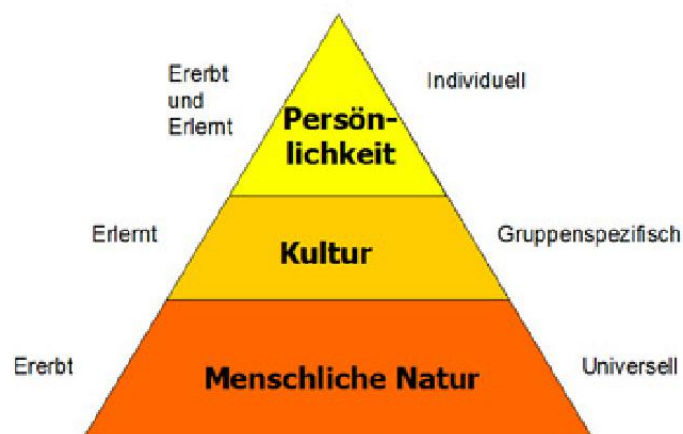
- **Hidden-Condition-Experiment:** auch bei Fehlen einzelner Handlungselemente können Spiegelneurone gesamte Handlungsfolgen aktivieren bzw. „kennen“
- **Konkordante Spiegelung (Resonanz) des Therapeuten:** Verstehen dessen, was dem Patienten bewusstseinsfähig ist
- **Komplementäre Spiegelung:** Verstehen, was Patient nicht fühlen, denken, aussprechen kann



Spiegelneurone bei Emotionen und Schmerz

- **Emotionszentrum** (anteriorer cingulärer Cortex) des Gehirns
- **enthält Spiegelneurone**, d. h. das Nervenzellsystem für Mitgefühl und Empathie
- Ebenso sind in den **Schmerzcentren (pain matrix)** Spiegelneurone, die uns Schmerzen eines Anderen miterleben lassen oder
- bei Beobachtung fühlbar machen

Kulturebenen / Lebenswelt



Die drei Ebenen der Einzigartigkeit in der menschlichen Programmierung. [Hofstede 1997: 5]

„Tools“ / Sicherheit / Kontrolle / Skript /

■ ■ ■

EMDR Protocol

Target issue, memory, or event What is the memory you feel is being working on?
Mixed memory What is part of the memory a feeling you may? What image, experience, or words part of the memory?
Negative cognition What do you think, feel, or believe, which is negative about you, the issue, or the event? What does this cognition say about you?
Positive cognition What do you think, feel, or believe, which is positive about you, the issue, or the event? What does this cognition say about you?
VoC (Validity of Cognition) When you think of this issue, how true do these words (positive or negative) feel to you now? 1 2 3 4 5 6 7 Completely true Completely false
Emotions When you think of this issue, what emotions (negative or positive) do you feel now?
SUDs (Subjective Units of Distress) When you think of this issue, how distressing does it feel to you now? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 No distress at all
Location of body sensation Where do you feel it in your body?

PSYCHOLOGY TOOLS



Befremdungen

Unsere eigene Wahrnehmung lässt das Fremde erst entstehen und verursacht Befremden bei uns und unseren Klienten.

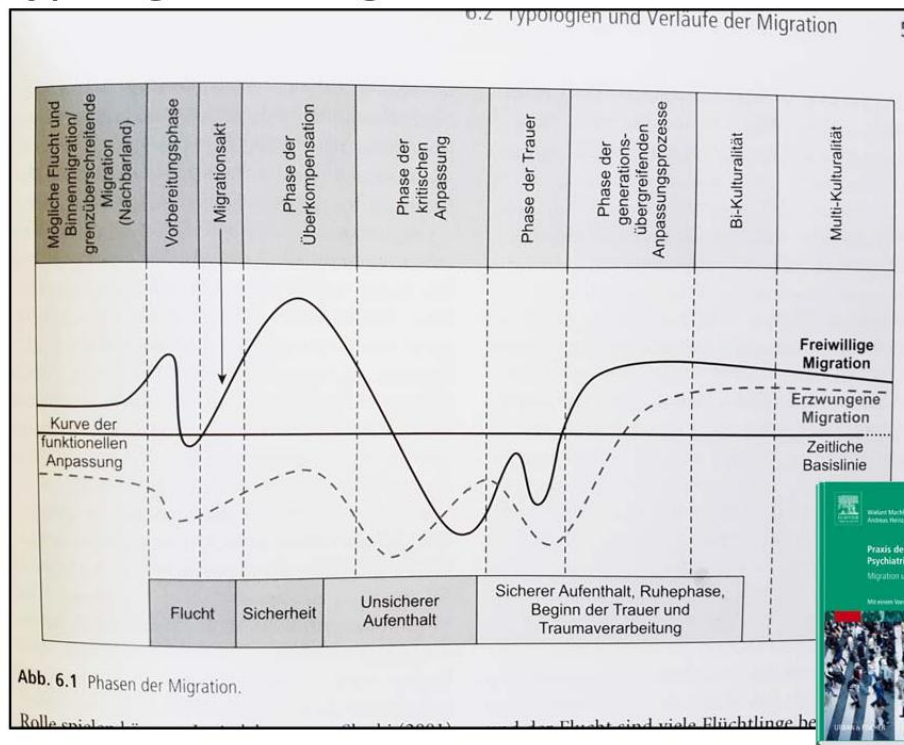
„Gerade die Psychotherapeuten haben doch in ihrer Ausbildung gelernt jeden Klienten als „Fremden“ wahrzunehmen, den sie nicht primär fusionär, wortlos verstehen, sondern den sie immer als Fremden erst kennenlernen müssen [...]“ Sachsse, 2015

Vielfalt



- Unterschiede in Sprache
 - Unterschiedliche Krankheitskonzepte
 - Unterschiedliche Symptomrepräsentationen
 - Unterschiedliche Weltverständnisse
 - Unterschiedliche Rollenerwartung
 -
- ⇒ ein anderes Bedeutungsgewebe, ein andere Kontext, in dem die Welt geordnet wird
- ⇒ eine andere „Kultur“

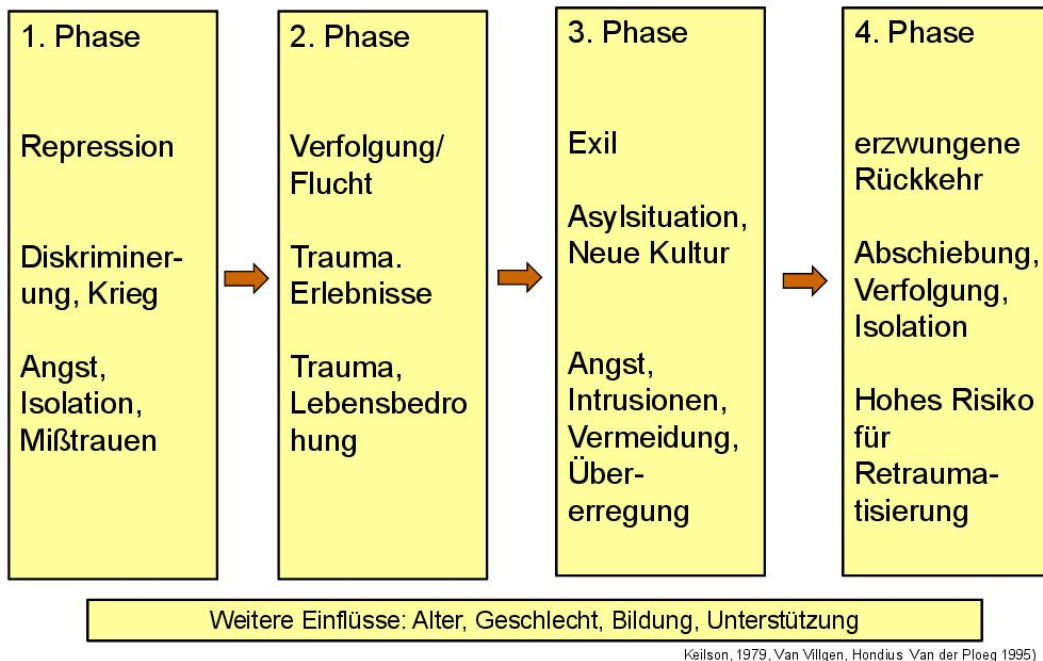
Typologie der Migration (Kizilhan, 2011)



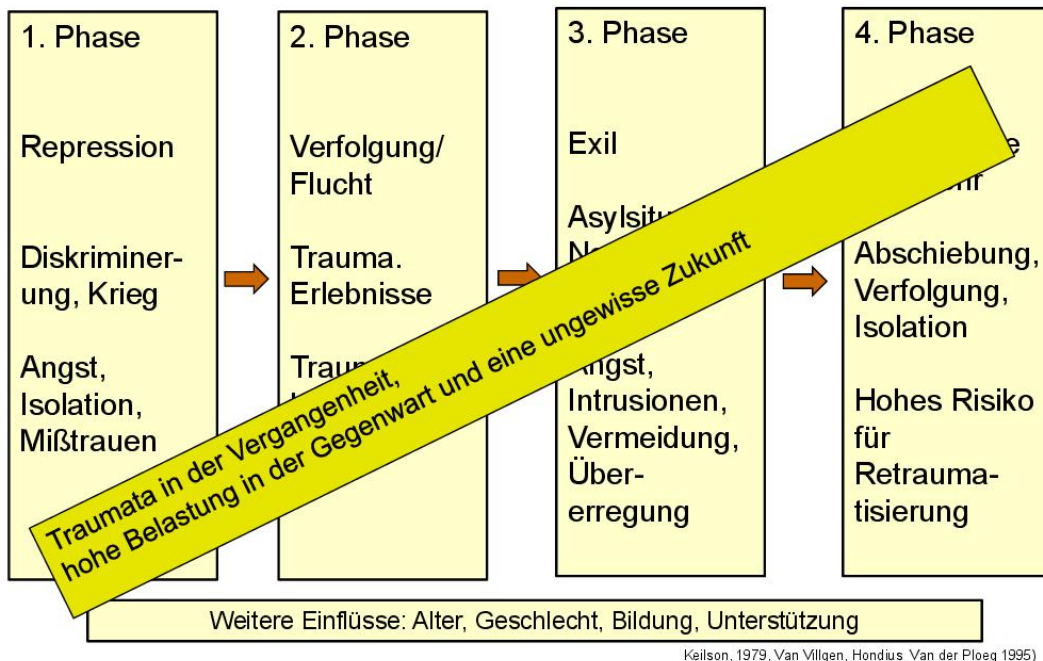
Seite 57



Sequentielle Traumatisierung



Sequentielle Traumatisierung



Folgen der Flucht ...

- Fremdheitserfahrung + Lebenssituation + meist schwere Trauma-/Fluchtgeschichte verursachen potentiell
 - Stress (-> führt zu Kampf, Flucht, Freeze)
 - Hilflosigkeit
 - Überforderung
 - Zweifel an Kompetenz und Zuständigkeit
 - Ablehnung, bzw. Überidentifikation

⇒ Stress verstärkt die Tendenz zur Stereotypisierung (auf beiden Seiten)

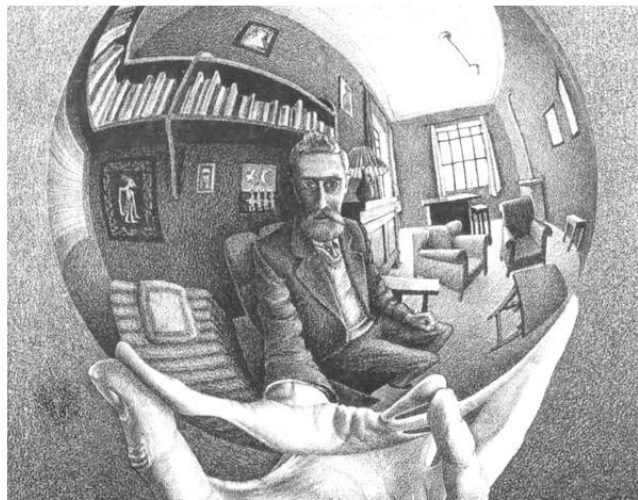
(Transkulturelle) Therapeutische Haltung

- Die transkulturelle Begegnung als Triangulierung des dualen Kulturraumes
 - ⇒ Reflektion der eigenen Kulturellen Eingebundenheit und der eigenen Gruppenzugehörigkeiten möglich
- „Nicht verstehen“ als Haltung
- Nicht-verstehen aushalten
- Ungerechtigkeit und eigene privilegierte Stellung anerkennen und aushalten
- Kreieren eines gemeinsamen (transkulturell verwobenen) Raumes

Transkulturelle psychoth. Haltung

- Transkulturell = alles anders?
 - Traumazentrierte Psychotherapie an sich nicht kulturspezifisch, sollte aber:
 - Kulturspezifische Inhalte und Konzepte sensibel aufgreifen
 - „Kulturkompatible“ Ressourcen im Blick, Lösungswege erarbeiten
 - Informationsvermittlung, Entpathologisierung
- ⇒ Berücksichtigung des **individuellen** Bezugsrahmen

SichtWeise/ Fokus / „Kompetenz“ ...



<http://itemislands.blogspot.com/2014/06/he-mind-a-microcosm-of-macrocosm.html>

Hand with Reflecting Sphere
M. C. Escher, January 1935

Was heißt das konkret?

- Fragen sie nach! Immer wieder! Sie dürfen nichts wissen
- Reflektieren sie ihre eigenen Motivationen, Reaktionen, Interpretationen
- Seien sie offen und Aufmerksam für „Ungewöhnliches“ (Diskriminierungserfahrungen, Gebräuche, Lösungswege, Analphabetismus,...)
- Vertrauen Sie auf ihre Intuition und Ihre Kreativität
- **„Radikale Akzeptanz“:**

Erwarten Sie nicht, das irgendwas so läuft, wie es normaler Weise läuft...

Und lassen Sie sich dadurch nicht „stressen“!

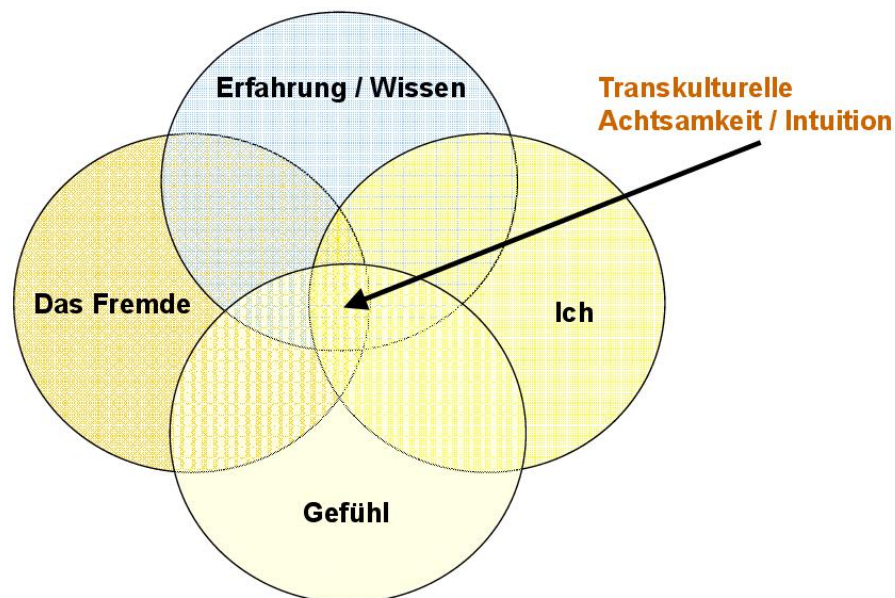
Eine „achtsame“ Haltung!

- ...im Moment
- ...wahrnehmend (bei sich selbst und Umgebung)
- ...akzeptierend (eigene Gefühle; Ambivalenzen; die der anderen)

⇒ „Wise Mind“ (~Intuition) vertrauen (nach Linnehan)



<http://www.bdp-verband.de>



Link:
<http://hdl.handle.net/11858/00-1735-0000-0006-AEF9-5>

nach.: I. Özkan, 2011



Sprachreduzierte Therapie / SRT

Özkan, 2017

Traumasppezifische Behandlung

„...traumasppezifische Behandlungstechniken verfolgen das **Ziel, die traumatische Stress- und Symptombelastung zu reduzieren und die Dissoziation traumatischer Erinnerungen aufzuheben.**

Es können Techniken der traumasppezifischen Stabilisierung und Techniken der Traumabearbeitung zur Anwendung kommen [...] Ein **traumakonfrontatives Vorgehen** ist an strikte Indikationskriterien gebunden.

⇒ **Äußere Sicherheit, psychische Stabilität und eine gestärkte Fähigkeit zur Emotionsregulierung sind unverzichtbare Voraussetzungen.**“ (Wöller, 2006)

Traumatherapie...

„Traumazentrierte Anti-Furcht-Therapie im Rahmen einer Bindungsstabilen Anti-Panik-Therapie“

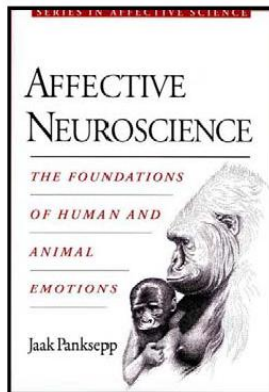
(Sachsse 2004)



Stabilität gebende Traumatherapie sollte nach Reddemann (2004) folgende Elemente beinhalten:

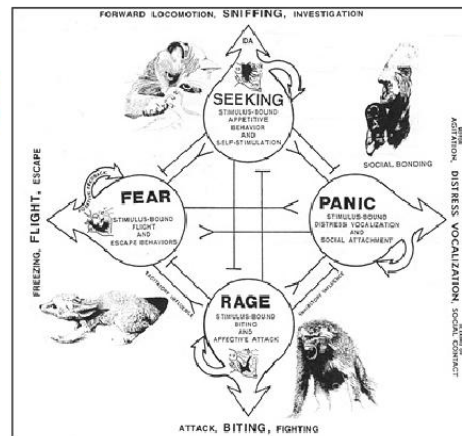
- haltgebende therapeutische Beziehung
- Validierung durch die Therapeut/-innen
 - Auch sehr gut in sehr sprachreduziertem Arbeiten möglich!
- Psychoedukation und Entpathologisierung zu Trauma und Traumafolgen.
- Stressreduzierende Techniken: Achtsamkeit, Stresskurve, Selbstbeobachtung, Ausnahmen von Problemen und Symptomen wahrnehmen lernen, imaginative Techniken,
- Ressourcenaktivierung: vorhandene Ressourcen erkennen und ausbauen, verstärken

Vertraut und Fremd / Neurobiol. Perspektive



**Suche
(Neugier)**

**Furcht
Panik
Wut**

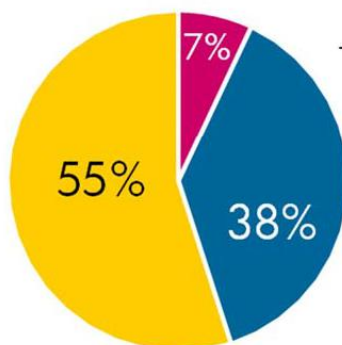
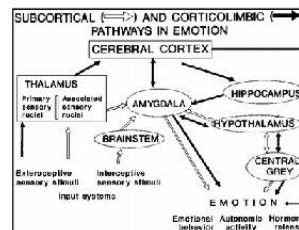


Panksepp, page 53, Figure 3.5, "The Major Emotional Systems."

BASIC EMOTIONAL SYSTEM	MAMMALIAN PROTOTYPE AFFECTIVE STATES	HIGHLY COGNISED HUMAN VARIANTS
SEEKING	Motivation, motor patterns, interest, frustration	Desire to win/succeed, extreme sports, addictions, cravings, obsessions
RAGE	Anger, irritability	Contempt, hatred
FEAR	Anxiety, phobias, panic, psychic trauma	Worry
PANIC	Separation distress, sadness	Guilt, shame, shyness, embarrassment, poor self image
PLAY	Joy, glee, happy playfulness	Laughter, sense of humour
LUST	Erotic feelings	Jealousy
CARE	Nurturance, attraction	Love, romantic attachment, the pain of broken relationships

Table 1: Prototype affective state and their human variants
In humans the basic mammalian prototype affective states become melded with more complex self-images and images of the intentions of others towards us. For example shame, where we feel defective in the eyes of others, is derived from the PANIC system (data from Wratt, 2005 & Panksepp, 2006).

<https://www.youtube.com/watch?v=s0zaFT4eY8>



Dr. Albert Mehrabian's 7-38-55% Rule

Elements of Personal Communication

- 7% spoken words
- 38% voice, tone
- 55% body language

Mythos? -> N=20

https://i2.wp.com/www.righttattitudes.com/wp/wp-content/uploads/2008/10/4_7-38-55_body_language_voice_words.png

Das Gehirn macht aus Begegnungen mit Menschen biologische Prozesse! (Hüther)



„Verbindungsorgan“

„Wir sind nun einmal sozial organisierte Wesen, und genau so ist unser Gehirn beschaffen:
nicht als Organ zum Denken, sondern als Organ, um mit anderen in Verbindung zu treten.“

Das Gehirn ist ein soziales Instrument.“

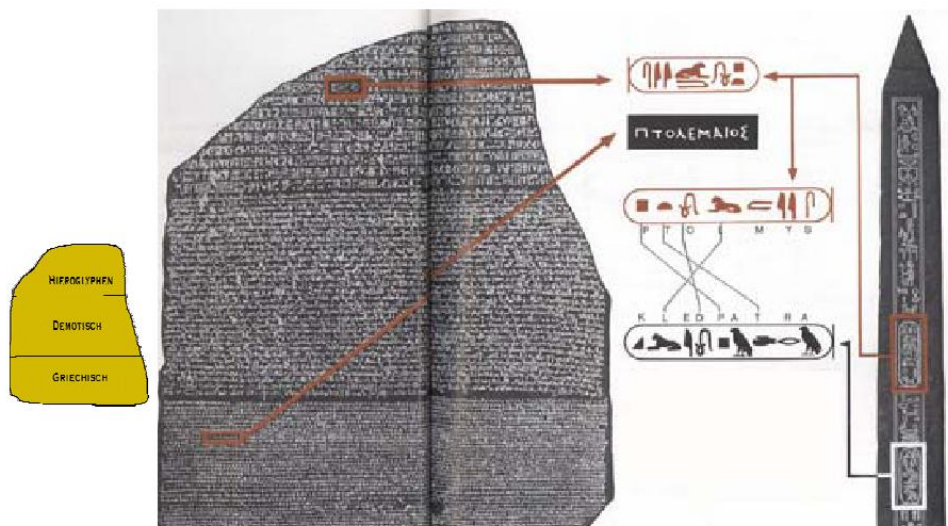
(Gerald Hüther)



Kommunikation ohne Begegnung (?)



„Worte“ können zu „Kulturen“ führen...



Der Stein von Rosette und der Obelisk von Philae
Jean Francois Champollion, 1793 -
1830

Stabilisierung (?)

- Laufendes Asylverfahren oder Duldung bedeuten keine permanente Sicherheit
- Innere Sicherheit nicht herstellbar, wenn keine äußere Sicherheit
- meist „nur“ Stabilisierung möglich
- (Traumasynthese, Traumakonfrontation?)

Schonende Traumatherapie

„Grundlegende Strategien, um die Traumabearbeitung möglichst **schonend** zu gestalten sind:



- Der Einsatz von Techniken, die während der Traumakonfrontation eine gewisse **Distanzierung** von der Erinnerung und damit **Dosierung** der emotionalen Belastung ermöglichen
- Die gezielte Mobilisierung von Bewältigungsressourcen durch **Aktivierung** hilfreicher und unterstützender imaginativer Vorstellungen
- Die **Veränderung** des traumatischen Narrativs in **eine Geschichte mit positivem Ausgang**

Sack, M. (2010): Schonende Traumatherapie - Ressourcenorientierte Behandlung von Traumafolgestörungen. Schattauer, Stuttgart

TRUST- Bauplan



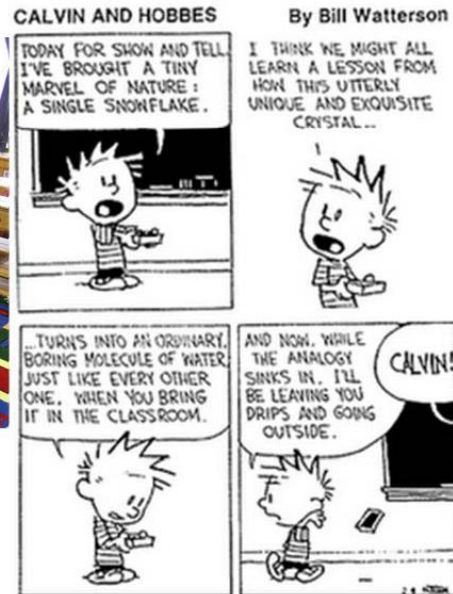
Sense of Coherence Komponenten

- **Verstehbarkeit** (Comprehensibility)
Das Vertrauen einer Person, dass Ereignisse oder Entwicklungen strukturiert, geordnet, erklärbar und vorhersagbar sind (kognitive Repräsentation).
- **Handhabbarkeit** (Manageability)
Einschätzung der Person, dass sie über notwendige personale und soziale Ressourcen verfügt, um die Anforderungen bewältigen zu können (kognitive Repräsentation).
- **Sinnhaftigkeit** (**Meaningfulness**)
Das Ausmaß, in dem eine Person Sinn in ihrem Leben entdecken kann bzw. das eigene Leben als sinnvoll und bedeutsam strukturiert erlebt (emotionale Repräsentation).

Antonovsky "Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit", 1997

Show and Tell

Sense of Coherence Komponenten	
Verstehbarkeit (Comprehensibility)	Das Vorwissen einer Person, das Ereignisse oder Entwicklungen strukturiert, gerahmt, erklärt und vorhersehbar und (negative) Repräsentanten.
Handhabbarkeit (Manageability)	Einschätzung der Person, dass sie über notwendige personale und soziale Ressourcen verfügt, um die Anforderungen bewältigen zu können (positive Repräsentanten).
Bedeutung (Meaningfulness)	Das Ausmaß, in dem eine Person Sinn in ihrem Leben entdeckt (auch Sinn, der eigentlich Leben als sinnvoll und bedeutsam strukturiert) erlebt (emotionale Repräsentanten).



Idiolektik

Sense of Coherence Komponenten	
Verstehbarkeit (Comprehensibility)	Das Vorwissen einer Person, das Ereignisse oder Entwicklungen strukturiert, gerahmt, erklärt und vorhersehbar und (negative) Repräsentanten.
Handhabbarkeit (Manageability)	Einschätzung der Person, dass sie über notwendige personale und soziale Ressourcen verfügt, um die Anforderungen bewältigen zu können (positive Repräsentanten).
Bedeutung (Meaningfulness)	Das Ausmaß, in dem eine Person Sinn in ihrem Leben entdeckt (auch Sinn, der eigentlich Leben als sinnvoll und bedeutsam strukturiert) erlebt (emotionale Repräsentanten).

Hilfreiches liegt auf dem Weg – Ressourcen und Resilienz in der Eigensprache

Tilman Rentel

*Schläft ein Lied in allen Dingen
Die da träumen fort und fort
Und die Welt hebt an zu singen,
triffst Du nur das Zauberwort*
Joseph von Eichendorff

Schlüsselwörter

Kommunikation, Ressource, Resilienz, Eigensprache, Idiolektik, polyvalente Theorie, Sprachentwicklung.

Abstract

Finding help on the way - resources and resilience in the idiolect

Zusammenfassung

Therapeutische Prozesse können sehr wirksam durch das Wahrnehmen und Verstärken bereits vorhandener Ressourcen der Patienten und ihrer Resilienz unterstützt werden. Im therapeutischen Gespräch liegen diese hilfreichen Kräfte in Form der individuellen Ausprägung.

A therapeutic process can be effectively enhanced by sensing and reinforcing the present resources and the resilience of the patient. In the therapeutic dialogue, a therapist can find helpful ideas in the individual aspects of the patient's language and its inner and outer association. The mindful perception of these verbal and nonverbal cues



Verstehbarkeit



- **Psychoedukation**
- **Erklärung des eigenen Weltbildes** (gemeinsames Verstehen schaffen)
- **Sprachliche Anpassung** mit Dolmetscher oder
- **Sprachreduziertes arbeiten:**
 - wichtige Inhalte notieren und mit Symbolen versehen (wichtig bei Analphabeten),
 - Gebrauch von Metaphern oder bildlichen Vergleichen zur Illustration komplexer Inhalte,
 - Materialien zum „be-greifbar“-machen komplexer Inhalte
 - direktes Ausprobieren vorgeschlagener Techniken.

Handhabbarkeit und...



- Stabilisierungstechniken, Umgang mit Traumasymptomatik
- Überforderung in den Stunden vermeiden

...Sinnhaftigkeit

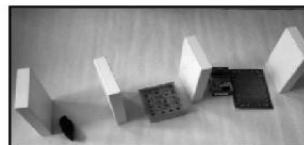
- Ressourcenaktivierung
- Individuelle Erklärung/ Sinngebung für Ereignisse
- Sinnhaftigkeit der Therapiemethoden für Pat. überprüfen

Umsetzung

- Alle Übungen, Aktivitäten, Vorstellungen möglichst konkret und eher einfach (z.B. Achtsamkeitsübung: Sachen zum anfassen geben: wie fühlt sich das an? Tresorübung tatsächlich mit verschleißbarer Truhe oder aufmalen lassen)
- Oft besser Übungen oder Vorstellungen mit einem gewissen Grad an körperlicher Aktivität zu nehmen
⇒ Ruhe ist teilweise nicht auszuhalten, bzw. neg. Gedanken setzen wieder ein
- Klein anfangen! (Eine Übung, 5 Minuten bis halbe Stunde tägl., Alltagsaktivitäten nutzen)
- Erwartungshaltung/ eigene Ansprüche reduzieren!
➤ Selbst wenn „nichts“ erarbeitet -> Beziehungsarbeit, Handhabbarkeit der Situation (containment), Aktivierung.....

Psychoedukation (Verstehbarkeit)

Sense of Coherence Komponenten	
• Verstehbarkeit (Comprehensibility)	Das Vertrauen einer Person, dass Ereignisse oder Situationen strukturiert, geordnet, erklärbar und vorhersehbar sind (positive Repräsentation).
• Handhabbarkeit (Manageability)	Bewertung der Person, dass sie über notwendige personale und soziale Ressourcen verfügt, um die Anforderungen bewältigen zu können (positive Repräsentation).
• Sinnhaftigkeit (Meaningfulness)	Das Ausmaß, in dem eine Person Sinn in ihrem Leben erblickt, kann sein, das eigene Leben als sinnvoll und bedeutsam strukturiert wird (positive Repräsentation).



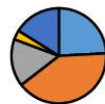
Triggerkette



Zeitstrahl,

Traumagedächtnis

Gedächtnisleistung



- Erinnerung
- Sorge um Aufenthalt
- Alles neu
- Konzentrationskapazitäten
- Alarmsystem



Hyperarousal



Traumatherapie,...

Sense of Coherence Komponenten	
• Verstehbarkeit (Comprehensibility)	Das Verstehen einer Person, dass Ereignisse oder Entwicklungen strukturiert, gemeint, erklärbar und vorhersehbar sind (positive Repräsentation).
• Handhabbarkeit (Manageability)	Einschätzung der Person, dass sie über notwendige personale und soziale Ressourcen verfügt, um die Anforderungen bewältigen zu können (positive Repräsentation).
• Sinnhaftigkeit (Meaningfulness)	Das Ausmaß, in dem eine Person Sinn in ihrem Leben entdeckt (auch das, was negativ, lästig, ungewollt und bedrohlich strukturiert bleibt) (umfassende Repräsentation).

Abbildung: "Sinnhaftigkeit: zur Entzifferung der Bewusstheit", 1987



René Magritte. 1929. 59 × 65 cm großes Ölbild. County Museum Los Angeles

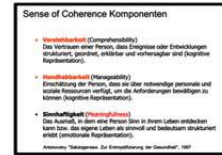
-Folie von Prof. U. Sachsse-

...dass wir nicht an der Realsituation arbeiten

- sondern an den „Bildern“ (Gedanken davon, Gefühle darüber...) davon
- Der Umgang mit der Situation kann verändert werden, nicht die Situation selbst-> Anerkennung des Schreckens der Aktualität
- ⇒ verdeutlichen durch fragen welche Gedanken bisher beim Überleben geholfen
- Beispiel Zitronen Imagination
- finden Sie Erklärungen, den die Patienten verstehen können
- Fragen Sie nach den Erklärungen ihrer Patienten
 - Markieren, dass unser Erklärungsmodell nur ein mögliches ist
 - Wenn möglich Erklärungsmodell der Patienten mit einbeziehen und explorieren, was darin helfen könnte

Stressreduktionstechniken (Handhabbarkeit)

- Hochstressskills (DBT)
- Ablenkungsfertigkeiten
- Achtsamkeitsübungen (5x3 Übung, im „hier und jetzt festhalten“)
- Distanzierungstechniken z.B. Bildschirm-, bzw. Beobachtermethode
- Imaginationsübungen (innerer sicherer Ort, Tresorübung)
- Innere Kindarbeit, innere Helfer
- Entspannungstechniken
- Wahrnehmung der Situation verändern (innere Sätze)



Symptombezogene Stabilisierungstechniken

- Wiedererleben:
 - Skills zum Flashback-Stop
 - Skills zum Ablenken
 - Atemtechniken
- Hyperarousal:
 - Entspannungstechniken
 - Finden von entspannenden Aktivitäten
 - Umgang mit Wut und Reizbarkeit
- Vermeidung:
 - Aktivitätsaufbau
 - Umgang mit Fragen nach der eigenen Vergangenheit



Abänderung der Übungen

- Oft zu abstrakt und zu sprachgebunden
- Machen Sie alles ganz konkret:
 - Malen, aufschreiben (statt vorstellen)
 - Kollagen basteln (z.B. zum stützen der Imaginationsübungen)
 - echten „Tresor“ benutzen
 - „Stopptaste“ basteln
 - Symbolisieren mit Gegenständen (z.B. innere Helfer)
 - Viel direkt ausprobieren

Imaginationsübungen

- Wohlfühlort



- **Tresorübung**



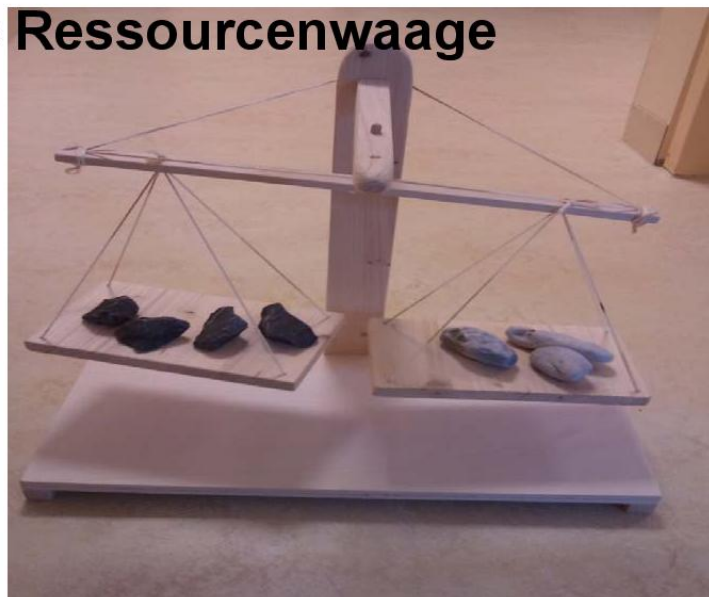
http://lin.edi.s.i.op24direcde.in.edi.ca/catalog/prod/ctbaci/e/14/image/171821742file127142dca9de82b58b1a1a6c1a7b1e-a-s-i-otr_70904.jpg

Ressourcenaktivierung (Sinnhaftigkeit)



- Die meisten verfügen über sehr starke Ressourcen, die sie aber als solche gar nicht identifizieren können
- Versuchen „alte“ Ressourcen wieder zu aktivieren (teilw. als unpassend erlebt in der „neuen Heimat“, z.B. Schamanische Riten, Religion, Bräuche)
- ⇒ Musik mitbringen lassen
- ⇒ Geschichten erzählen (und erzählen lassen)
- ⇒ Versuchen Stunden selbst ressourcenaktivierend zu gestalten (=Spaß haben)

Die Ressourcenwaage



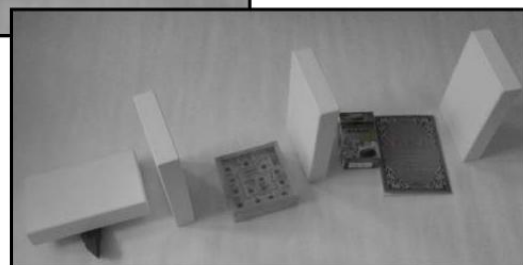
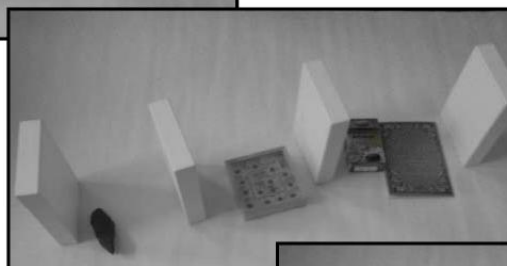
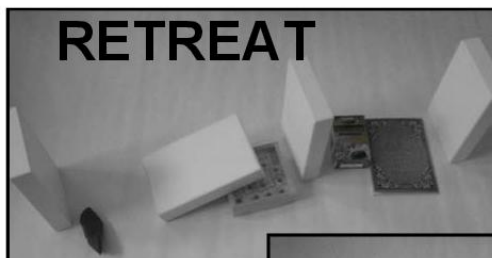
in Anlehnung an Lazarus & Folkman, 1984

Erst negative Dinge benennen lassen (Stress, Probleme, Symptome).

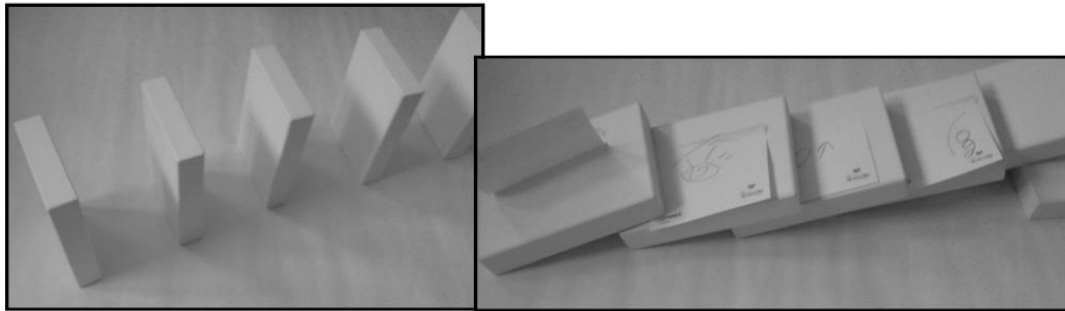
Dann Positive Sachen, Ereignisse finden, die es „aushaltbar“ machen

Lebenslinie

Mit Steinen (Belastungen) und Blumen
(Ressourcen) (nach: Narrative Expositionstherapie)



RETREAT



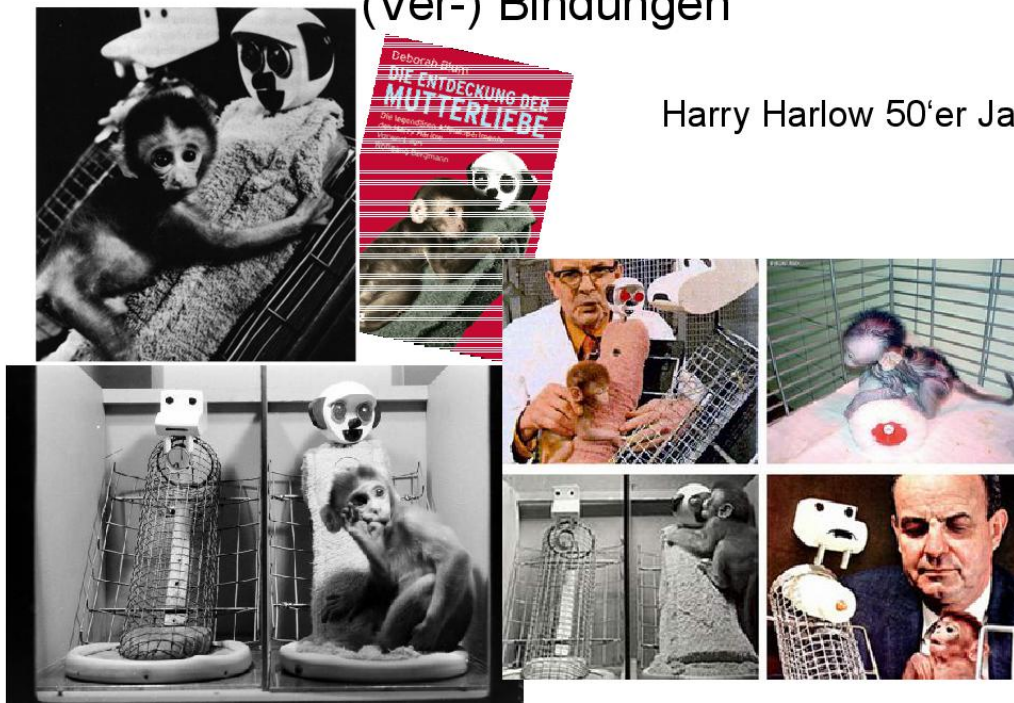
VWB Verlag Berlin, Das transkulturelle Psychoforum, Bd. 16, „Jeder ist weltweit ein Fremder“, 2009, ISBN: 978-3-86135-188-7

Sprachreduzierte Methoden

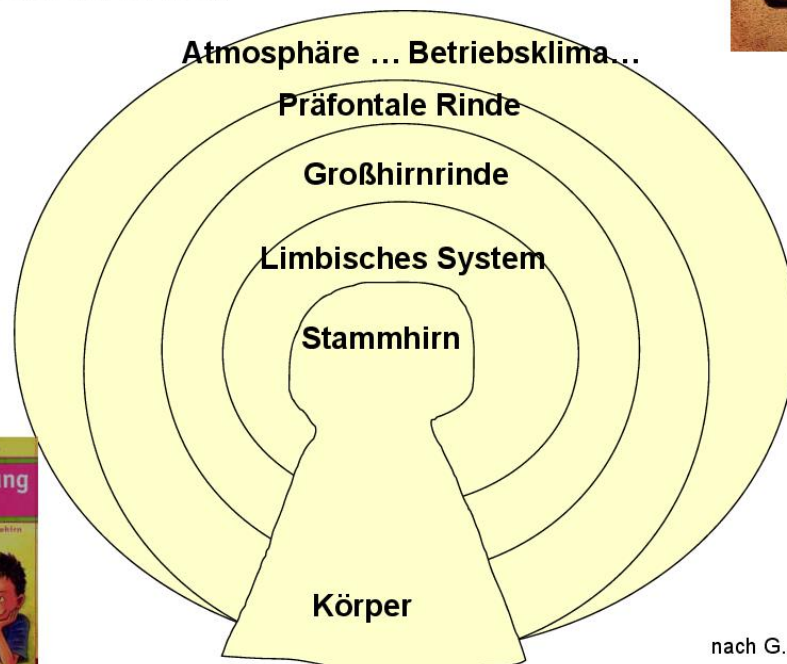
- **Einfache Sprache**: langsam, keine Fremdwörter, einfacher Satzbau, kleine Sinneinheiten
 - Verständnis abfragen
 - bei Bedarf wiederholen
 - verstärkter Gebrauch von Mimik und Gestik
 - Metaphern/ bildlichen Vergleichen
 - Materialien zum „begreifbar“-machen
 - direktes Ausprobieren vorgeschlagener Techniken
-
- Biographieberücksichtigung: individuelle und biografisch angepasste Bildung und Wissensvermittlung
„Pädagogik der Vielfalt“ mit ihren Zielen wie **Selbstachtung** und **Anerkennung** der anderen, vor allem aber auch **Neugier für das Andere** (Auernheimer, 2008)

(Ver-) Bindungen

Harry Harlow 50'er Jahre



„Zwiebelmodell“



nach G. Huether

Selbstwirksamkeit

Die subjektiv wahrgenommene **Selbstwirksamkeit** wirkt sich auf die **Motivation**, das **Lernverhalten** und die **angewendete Anstrengung** aus.

Menschen mit hoher Selbstwirksamkeit arbeiten länger und intensiver.

Sie geben nicht so schnell auf, auch bei Lernzielen, die schwierig sind.

Misserfolge werden nicht als Lernhemmung interpretiert, wenn die Person im Sinne einer hohen Selbstwirksamkeit annimmt, dass sie zu einer Verbesserung fähig ist.

(RUSTEMEYER 2007: 26-27)

Zusammenhang Stress und Lernen

These:

Akkulturationsstress wirkt sich derartig blockierend aus, dass ein formelles Lernen nicht möglich ist und somit andere Möglichkeiten des Lernens eröffnet werden müssen.

Dies kann Beispielsweise geschehen durch informelles Lernen in der sicheren Gruppe/Herde und dabei unter *angenehmen* Bedingungen.

(Özkan, 2011)

⇒ Abbruch-/Erfolgsstatistik Deutsch- / Integrationskurse

Anwendung in Gruppen



Ausgangslage: Therapie in Gruppen

Wie kann eine Gruppe gegen Stress wirken?



- Herde = Schutz = Überleben
- Mensch = Herdentier (Sachsse, 2004)
- Gruppe → Wohlbefinden und subj. Geschütztheit (Boeree, 2007)
- Herdenverhalten durch die gleichen Zentren und Stoffe hervorgerufen, die auch für Mutterbindung und den Schutz des Säuglings verantwortlich (Panksepp, 1998)
- Bindung → Wohlbefinden↑ / Angst + Anspannung↓
- Soz. Unterstützung → hormonelle Stressreaktion↓ (Sapolsky, 1994)
- neg. Effekt von Stress auf das Wohlbefinden↓ (Chao, 2011)
- Austausch über eigene Probleme + Konflikte mit ähnlich Betroffenen = „Ventil für Frustration“ (Sapolsky, 1994)

Wirkfaktoren der Gruppe (Yalom)

Chart 1 – Therapeutic factors described by Yalom and Lezczysz⁽³⁾

Therapeutic factors	Description
Instillation of hope	Hope for cure or that things can be different, present from living with people who experience a similar situation.
Universality	Strongly related to instillation of hope, allows the members of the group to realize that they are not the only ones to experience a problem.
Imparting of information	Includes all the technical information and orientation provided by the coordination of the group.
Altruism	Regards the fact of sharing a part of oneself with the other members of the group.
Corrective recapitulation of the primary family group	Since the group is formed by people who can be seen as siblings and by the leader, who can be seen as a father figure, the members can start to interact with each other of with the leader in the same way they interact with their primary family group in some moment of life, by reviewing previous family experiences.
Development of socializing techniques	The skill of relating directly, honestly and intimately with other people from the group may be a secondary achievement.
Imitative behavior	In the group, both the leader and the other members become role models of newer and healthier behaviors. Imitation can be the first step for the internalization of new behaviors and values.
Interpersonal learning	Opportunities to experience similar situations, within and outside the group promote changes in personal behavior, clarifying difficulties, finding alternatives to face problems and experimenting new behaviors.
Group Cohesiveness	Member relations with the coordinator, other participants and the group as a whole. Described as the result of all the strengths acting on each participant for him or her to remain in the group.
Catharsis	Expression of the emotions, linked to other processes in the group, particularly to universality and cohesiveness. By itself, rarely produces lasting changes for the patient, although it can promote a feeling of relief.
Existential factors	Elements in the group process that help dealing with the precepts of human existence: death, isolation, freedom, lack of meaning.

Ausgangslage: Gruppenangebote

- Gruppenangebote oft nicht geeignet für PatientInnen mit wenig Deutschkenntnissen
- Muttersprachliche oder dolmetschergestützte Gruppen
 - Erleichtern Zugang
 - Abhängig von Personalsituation
 - Erneute Segregation
 - Erhöhter logistischer Aufwand

Ausgangslage: Therapie in Gruppen

spezifische Nutzen in Gruppen mit Patienten mit Migrationshintergrund

- Identitätsbildung als Migrant/in
- Sprache: Stressreduktion durch weniger Leistungsdruck
- Akkulturationsstress: weniger Anpassungsdruck durch Wertschätzung von Unterschieden

LernAtmosphäre (Auernheimer, 2007)

Inzwischen hat sich – genauso wie in Großbritannien – weitgehend die Einsicht durchgesetzt, dass es eines ganzheitlichen Ansatzes bedarf, d.h. dass eine **Atmosphäre von Vertrauen und Akzeptanz geschaffen werden muss**, damit Lernwiderstände überwunden werden und die Lernenden offen für Argumente sind. Exemplarisch dafür kann Bärbel Kampmanns (1999) vorgestelltes Konzept stehen, in dem sie betont, wie entscheidend es ist, dass die Lernenden vor allem in der ersten Phase ihre Erwartungen, Ängste und Sorgen **artikulieren können, und dass es ihnen möglich sein müsse, mit Vorurteilen und Stereotypen** herauszurücken. Erst schrittweise sei ein mehr kognitiver Zugang möglich.

(AUERNHEIMER 2007: 156)

Struktureller Rahmen

- 12 Sitzungen, 1x wöchentlich, 60 Min.
- Zwei TherapeutInnen
- Stuhlkreis, Skillmaterialien zur freien Verfügung
- Ablauf jeder Sitzung:
 - Achtsamkeitsübung oder Ressourcenaktivierung
 - Psychoedukation
 - symptombezogener Stabilisierungstechniken
 - Imaginationsübung

Elemente des Curriculums

- Psychoedukation
 - Z.B. Krankheits-Bewältigungs-Modell
- Symptombezogene Stabilisierungstechniken
 - **Wiedererleben:** z.B. Skills zum Flashback-Stop
 - **Hyperarousal:** z.B. Entspannungstechniken, Umgang mit Wut und Reizbarkeit
 - **Vermeidung:** z.B. Aktivitätsaufbau, Umgang mit Fragen nach der eigenen Vergangenheit
- Allgemeine Stabilisierungstechniken
 - z.B. Imaginationsübungen, innere Achtsamkeit



Auszug aus dem Manual

Modul 1				
Nr.	Inhalt	Hinweis	Zeit (Min.)	Material
1	Begrüßung Hallo und herzlich Willkommen zu unserer Gruppe. Wir freuen uns, dass Sie hier sind. Damit Sie wissen, wer wir sind, möchten wir uns kurz vorstellen: - Wer bin ich? - Was mache ich hier in der Ambulanz? - Wo und wie lebe ich? - Woher komme ich? - Was mache ich gerne?	Stellen Sie sich zuerst lediglich selber vor. Die Vorstellung der Teilnehmer folgt später. So haben die Patienten Zeit, in der Gruppe anzukommen und mögliche Anspannung zu reduzieren.	5	
2	Vorstellung der Teilnehmer Uns haben Sie ja jetzt bereits kennengelernt. Jetzt möchten wir Sie und Sie sich untereinander bestimmt auch kennenlernen. Wir haben ein paar Fragen vorbereitet, mit denen sich jedes von Ihnen kurz vorstellen kann: • Wer bin ich? ☺ • Aus welchem Land komme ich? 🌍 • Seit wann lebe ich in Deutschland? (Schwarz-Rot-Gold) 🇩🇪 • Was mache ich gerne? 📖 Außerdem haben wir hier eine Weltkarte. Wir möchten Sie bitten, dass Sie, wenn Sie da sind, einen Punkt darin kreiden, wo Sie herkommen.	Schreien Sie die Fragen groß und deutlich an. Vermitteln Sie die Fragen mit Symbolen. Ermuntern Sie zurückhaltende Teilnehmer durch höfliches Nachfragen, mehr von sich zu erzählen. Weisen Sie Patienten, die in ihrer Vorstellung viel über ihre Krankheit erzählen, auf die Fragen hin und kündigen Sie an, dass über Symptome ein anderes Mal gesprochen wird. Bedanken Sie sich für jede Vorstellung.		Flipchart, Marker, Weltkarte (bestenfalls laminiert), Klebepunkte
3	Einführung: Was soll in dieser Gruppe passieren? Zuerst möchten wir Ihnen erklären, was hier in der Gruppe passieren soll. Diese Gruppe ist für Patienten, die in Therapie sind, weil sie Ihnen immer mal etwas Schlimmes passiert ist und es Ihnen heute deswegen schlecht geht. Keine Angst, wir sprechen nicht darüber, was Ihnen passiert ist, sondern was Sie tun können, damit es Ihnen heute besser geht.	Verstehen Sie sich, dass die Teilnehmer Sie verstehen. Passen Sie ggf. Ihr Sprechtempo oder Ihr Wortwahl an die Sprachkenntnisse Ihrer Teilnehmer an. Hilfreich	5	

Manual in 2018
Anfrage nach Verlag
oder Eintrag für Infomailliste
beim Autor

Erfahrungen

- Klinisch gute Erfolge
- Entlastung durch
 - Mehr Verständnis der Erkrankung
 - Direktes Erleben der Übungen
 - Austausch mit anderen Teilnehmenden
 - Imaginationsübung
- Größere Bereitschaft deutsch zu sprechen
- Einsatz in multimodalen Behandlungskonzepten
- Bereicherung für Einzelsetting
- Organisatorischer Aufwand



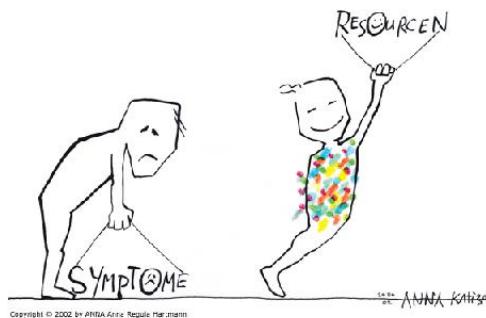
Psychoedukation

Förderung des Krankheitsverständnisses
und selbständigen Umgang mit der
Krankheit

- ⇒ aktive Rolle
- ⇒ erhöhte Compliance

Ressourcenaktivierung

- Eigene Ressourcen (wieder-)entdecken
→ Erhöhung der Selbstwirksamkeit
- Gruppe als Ideenpool
- Wertschätzung kulturgebundener Ressourcen



Akkulturationsstress

= Stress, der mit herkunftsbezogener Ablehnung durch das soziale Umfeld der Mehrheitsgesellschaft verbunden ist

- _ Reduzierung von Anpassungsdruck und Ablehnungserfahrungen
- _ Austausch über Erfahrungen der Migration
- _ Wertschätzung kulturbezogener Ressourcen
- _ Kommunikation an geringe Deutschkenntnisse angepasst

Allgemeine Stabilisierungstechniken

- Imaginationsübungen



- Innere Achtsamkeit

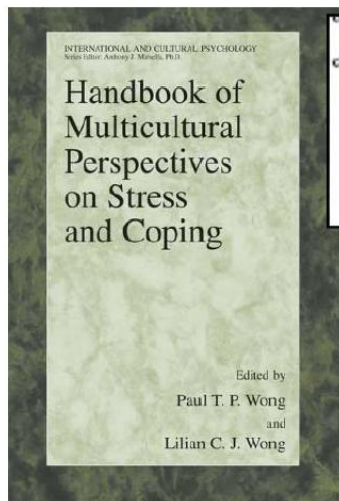


Symptombezogene Stabilisierungstechniken

- Wiedererleben:
 - Skills zum Flashback-Stop
 - Skills zum Ablenken
 - Atemtechniken
- Hyperarousal:
 - Atemtechniken
 - Finden von entspannenden Aktivitäten
 - Umgang mit Wut und Reizbarkeit
- Vermeidung:
 - Aktivitätsaufbau
 - Umgang mit Fragen nach der eigenen Vergangenheit



True in the One...



Springer, 2006

that they are not.
Fast forward to 1990 and we find a similar sentiment expressed by the cultural psychologist Richard Shweder:
(What) is truly true (beautiful, good) within one intentional world – is not necessarily true (beautiful, good) in every intentional world; and what is true (beautiful, good) in every intentional world may be truly true (beautiful, good) in this one or that one.
Humans in other words, have been curious about differences among and between

7. COPING STRATEGIES AND CULTURALLY INFLUENCED BELIEFS ABOUT THE WORLD.....	133
Roger G. Tweed and Lucian G. Conway III	
8. PERSONALITY SYSTEMS AND A BIOSOCIOEXISTENTIAL MODEL OF POSTTRAUMATIC RESPONSES BASED ON A KOREAN SAMPLE.....	155
Hong Sook Lee	
SECTION 2. METHODOLOGICAL ISSUES	
9. FREQUENTLY IGNORED METHODOLOGICAL ISSUES IN CROSS-CULTURAL STRESS RESEARCH.....	187
Juan I. Sanchez, Paul E. Spertus, and Cary L. Cooper	
10. PROBLEMS AND STRATEGIES WHEN USING RATING SCALES IN CROSS-CULTURAL COPING RESEARCH.....	203
Roger G. Tweed and Anita DeLongis	
11. A RESOURCE-CONGRUENCE MODEL OF COPING AND THE DEVELOPMENT OF THE COPING SCHEMA INVENTORY.....	223
Paul T. P. Wong, Cary T. Reker, and Edward J. Pascoe	
SECTION 3. ACCULTURATIVE STRESS	
12. ACCULTURATIVE STRESS.....	287
John W. Berry	

i.oezkan@asklepios.com

Lernsituation (Flehsig & Haller, 1975)

Als didaktisches Element

- breites Spektrum von Lebenssituationen als organisierte Lernsituationen
 - Lernen durch Tun,
 - Lernen durch Simulation und Spiel,
 - Lernen durch Erkunden und Forschen,
 - Lernen durch Lehren,
 - Lernen mit audiovisuellen Medien,
 - Lernen durch Vortrag, Gespräch und Diskussion,
 - Lernen mit gedruckten Texten.

- Diegelmann, Christa



- **CIPBS:** Conflict Imagination Painting Bilateral Stimulation (2002)
- **TRUST:** Techniken ressourcenfokussierter und symbolhafter Traumabearbeitung (2009, 2. Aufl.)



CIPBS

Conflict Imagination Painting Bilateral Stimulation



15 Krisenintervention und Traumaexposition mit CIPBS (Conflict Imagination, Painting and Bilateral Stimulation)

Christa Diegelmann

Krisenintervention und Traumaexposition mit CIPBS, S. 264, 2006

Einführung

Eine erste intensive Erfahrung, innere Prozesse malen zu lassen, machte ich Anfang der 80er Jahre als Psychologiepraktikantin einer Rehaklinik in der Arbeit mit einer Schlaganfallpatientin, die nicht mehr sprechen konnte. Ich sollte mit Hilfe eines Intelligenztests die kognitive Leistungsfähigkeit der Patientin ermitteln. Ich spürte jedoch die Verzweiflung der Patientin bei der Aufgabe, auf Bildern Alltagsgegenstände, wie Tasse, Messer, Gabel etc. zu erkennen und zu benennen. Daraufhin gab ich der Patientin spontan einen Zeichenblock und Buntstifte mit der Aufforderung, hier könne sie darstellen, womit sie innerlich beschäftigt sei. Die Patientin malte...

1 Was ist CIPBS?

CIPBS (Conflict Imagination, Painting and Bilateral Stimulation) ist eine schonende, ressourcenorientierte Technik der Konflikt- und Traumaexposition für die Einzeltherapie, die Elemente von EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing; Shapiro 1998), KiP (Katathym imaginative Psychotherapie; Leuner 1982) und Maltherapie (Riedel 1992) integriert. Kernelement ist ein Prozess auf der Bildebene, bei dem die belastende Situation in symbolischer Form dargestellt und dann in einem strukturierten, schrittweisen Malprozess, unterbrochen von alternierender bilateraler taktile Stimulation (Tapping), bearbeitet wird.

Empfehlung:

Christa Diegelmann: Trauma und Krise bewältigen. Psychotherapie mit TRUST. Klett-Cotta Verlag (Stuttgart) 2007. 256 Seiten

CIPBS

Conflict Imagination Painting Bilateral Stimulation

Eine ressourcenorientierte Technik der Konflikt- und Traumaexposition,

- die Elemente von EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing),
- KiP (Katathym imaginative Psychotherapie) und
- Maltherapie einbezieht.

Symbolisierung und bildnerische Darstellung, verbunden mit bilateraler taktiler Stimulierung, regen eine beschleunigte Informationsverarbeitung an und erleichtern die Integration emotionaler und kognitiver Prozesse.

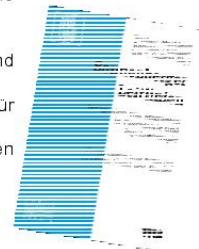
Grundprinzipien der **Salutogenese** und Positiven Psychologie sind außerdem Kernelemente von CIPBS. (Diegelmann 2002)

Identität

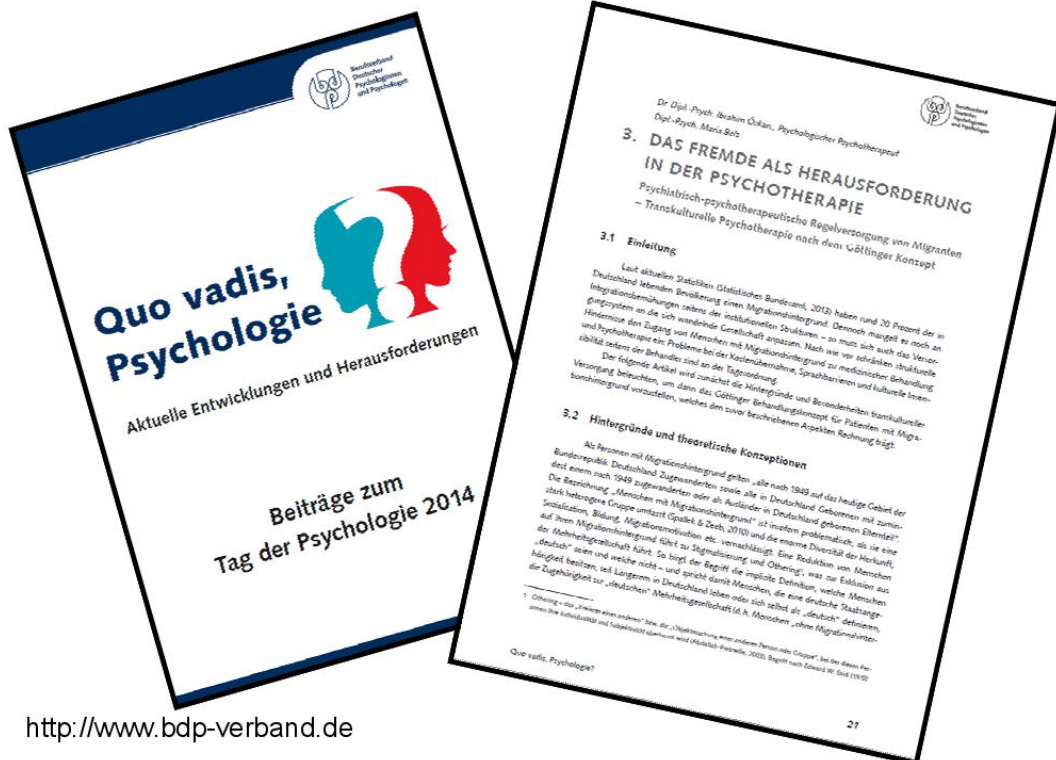
- notwendiger Prozess zur Heranbildung einer eigenen Persönlichkeit, aber es bleibt stets **ein Element der Fremdbestimmung und Zuschreibung**
- in unterschiedlichen Umgebungen mit seiner „alten Heimat“ oder mit seiner „aktuellen Heimat“ stärkere Identifikation, und ggf. von anderen stärker mit der einen oder anderen Gruppe identifiziert
- Verlust = psychische Isolation → mögl. Dekompensation

Sonnenberger Leitlinien, 2002

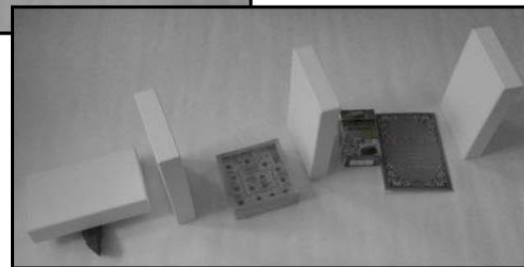
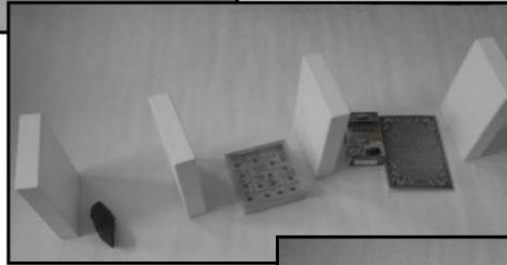
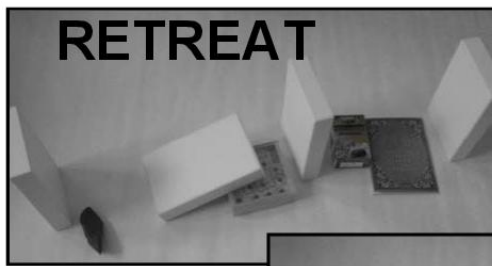
1. Erleichterung des Zugangs zur der psychiatrisch-psychotherapeutischen und allgemeinmedizinischen Regelversorgung durch Niederschwelligkeit, Kultursensitivität und Kulturkompetenz
2. Bildung multikultureller Behandlungsteams aus allen in der Psychiatrie und Psychotherapie tätigen Berufsgruppen unter bevorzugter Einstellung von MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund und zusätzlicher Sprachkompetenz
3. Organisation und Einsatz psychologisch geschulter FachdolmetscherInnen als zertifizierte Übersetzer und Kulturmediatoren „Face-to-Face“ oder als TelefondolmetscherInnen
4. Kooperation der Dienste der Regelversorgung im gemeindepsychiatrischen Verbund und der Allgemeinmediziner mit den Migrations-, Sozial- und sonstigen Fachdiensten sowie mit Schlüsselpersonen der unterschiedlichen Migrantengruppen, -organisationen und -verbänden. Spezielle Behandlungsanforderungen können Spezialleistungen notwendig machen.
5. Beteiligung der Betroffenen und ihrer Angehörigen an der Planung und Ausgestaltung der versorgenden Institutionen
6. Verbesserung der Informationen durch muttersprachliche Medien und Multiplikatoren über das regionale gemeindepsychiatrische klinische und ambulante Versorgungsangebot und über die niedergelassenen PsychiaterInnen und PsychotherapeutInnen sowie Allgemeinärztinnen/ärzte
7. Aus-, Fort- und Weiterbildung für in der Psychiatrie und Psychotherapie und in der Allgemeinmedizin tätige MitarbeiterInnen unterschiedlicher Berufsgruppen in transkultureller Psychiatrie und Psychotherapie unter Einschluß von Sprachfortbildungen
8. Entwicklung und Umsetzung familienbasierter primär und sekundär präventiver Strategien für die seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aus Migrantenfamilien
9. Unterstützung der Bildung von Selbsthilfegruppen mit oder ohne professionelle Begleitung
10. Sicherung der Qualitätsstandards für die Begutachtung von Migranten im Straf-, Zivil- (Asyl-) und Sozialrecht
11. Aufnahme der transkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie in die Curricula des Unterrichts für Studierende an Hochschulen
12. Initiierung von Forschungsprojekten zur seelischen Gesundheit von MigrantInnen und deren Behandlung



Sonnenberger Leitlinien, Integration von Migranten in Psychiatrie und Psychotherapie, Erfahrungen und Konzepte in Deutschland und Europa, Wielant Machleidt, Ramazan Salm an & Iris T. Callies (Hg.), (Forum Migration Gesundheit Integration, Bd. 4), VVB Verlag 2007



<http://www.bdp-verband.de>



Was sehen wir? ...von wann?



„Herkunft“ (-zeit)
Krankheitskonzept



Belastungen
Angst
Trauer, Sinn
Krisen, Verluste
(von Beziehungen,...)

Heutige
BPS Wahrnehmung



Dankeschön !



Wortart: **Substantiv, Neutrum**

Häufigkeit:

[→ Zum Wörterbucheintrag *Dankeschön*](#)

Grammatik

Deklination

Kasus	Singular
Nominativ	das Dankeschön
Akkusativ	das Dankeschön
Dativ	dem Dankeschön
Genitiv	des Dankeschöns



Fragen / Anmerkungen / Beiträge / Kontakt

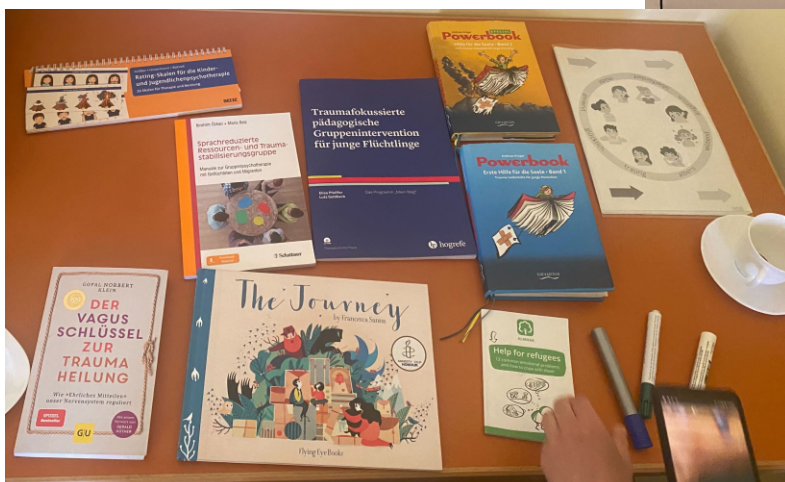
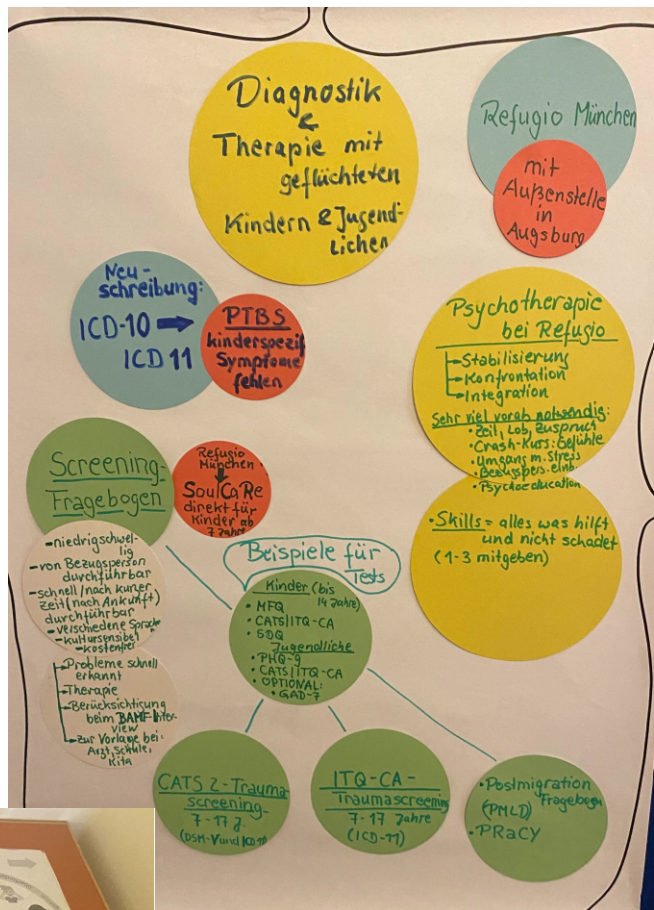
Ibrahim Özkan

ibrahim@ibrahim.info

8) Diagnostik und Traumatherapie mit Kindern und Jugendlichen - Dr. med. Guido Terlinden

Die therapeutische Arbeit mit geflüchteten Kindern und Jugendlichen im Psychosozialen Zentrum und anderswo erfordert spezielle Fachkenntnisse und ein kultur- und kontextsensibles Vorgehen. Im ersten Teil des Workshops werden verschiedene Diagnostikinstrumente vorgestellt, die sich in der Praxis bewährt haben. Der Einsatz von testpsychologischen Untersuchungen kann zur klinischen Diagnose und zum Behandlungserfolg beitragen. Zum anderen sind die testpsychologischen Befunde Bestandteil von qualifizierten Stellungnahmen für das BAMF und das Verwaltungsgericht. Im zweiten Teil des Workshops wird auf Besonderheiten in der Trauma-therapeutischen Behandlung von geflüchteten Kindern und Jugendlichen eingegangen. Verschiedene Behandlungsansätze werden diskutiert.

Dr. med. Guido Terlinden ist Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Traumatherapeut (DeGPT). Nach seiner Tätigkeit als Oberarzt in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, arbeitet er bei Refugio München psychotherapeutisch mit Kindern und Jugendlichen mit Flucht- und Kriegserfahrungen. Neben seiner Expertise im Bereich Diagnostik und Therapie verfügt er über umfangreiche Kenntnisse in der Suizidprävention. Herr Terlinden hält Vorträge zu verschiedenen psychiatrischen Krankheitsbildern und ist Gutachter in aufenthaltsrechtlichen Verfahren (SBPM).



Workshop: Diagnostik und Therapie mit geflüchteten Kindern und Jugendlichen

30.04.2024

Dr. med. Guido Terlinden

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie
Spezielle Traumapsychotherapie für Kinder und Jugendliche (DeGPT)

Baff-Kindertagung_2024_G. Terlinden

1



Refugio München

- Interdisziplinäre Fallarbeit (Psychotherapeut*innen und Sozialpädagog*innen im Tandem an einem Fall)
- Feste Sprach- und Kulturmittler*innen
- Insg. Ca. 100 Festangestellte
- Im Kiju Team 10 Mitarbeiter*innen (eine Erwachsenentherapeutin für Eltern)
- über 1.000 Klient*innen zur Beratung, Therapie oder ärztlichen Untersuchung, davon ca. 700 Erwachsene und 300 Kinder und Jugendliche

Baff-Kindertagung_2024_G. Terlinden

2



Fachbereiche von Refugio München

Psychotherapie und soziale Beratung für Erwachsene

Psychotherapie und soziale Beratung für Kinder, Jugendlichen und Familien

MHCU – Mental Health Center Ukraine

Muttersprachliches Elterntraining „Eltern aktiv“

Kunstwerkstatt

Refugio transfer – Fortbildungsakademie

Forschung und Konzeption neuer Therapieinterventionen

Außenstelle Landshut

SoulCaRe – Früherkennung besonders vulnerabler Menschen

Gutachtenstelle

Außenstelle Augsburg

Baff-Kindertagung_2024_G. Terlinden

3

Refugio München – Außenstelle Augsburg

- Start im April 2024 mit Kindern und Jugendlichen
- Zimmer im Grandhotel Cosmopolis, neue Räumlichkeiten in Aussicht
- Ausbau Zentrum und Früherkennung in Anker-Einrichtungen
- Ziel: Team von ca. 10 Kolleg*innen

Baff-Kindertagung_2024_G. Terlinden



SUIZIDPRÄVENTION SUIZIDALITÄT JUGENDGEWALT PROJEKTE ÜBER UNS

Leben kann Leben retten!

Lebenskrise? Suizidgedanken? Lass dir helfen!

40TH

Suizidalität ist ein Tabuthema

Um Suizidprävention?

SUIZIDPRÄVENTION für Jugendliche und junge Erwachsene in Augsburg

Suizidprävention für junge Menschen in Augsburg

Baff-Kindertagung_2024_G. Terlinden

5

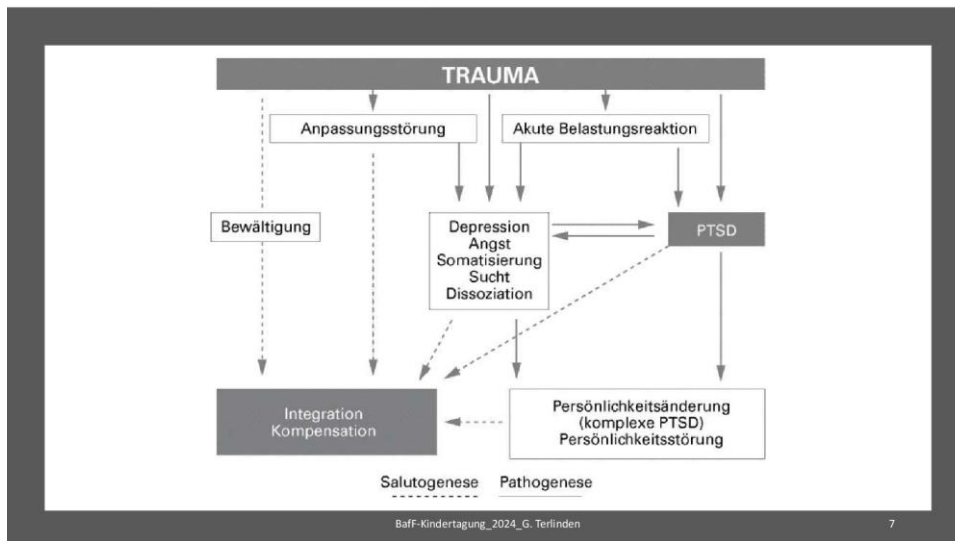
Workshop: Diagnostik und Therapie

Agenda:

- Was ändert sich im ICD-11
- Screenings und ausgesuchte diagnostische Tests und
- Therapie mit Kindern und Jugendlichen

Baff-Kindertagung_2024_G. Terlinden

6



ICD-11: aus F wird 6

- Psychische Erkrankungen: F-Diagnosen > **Kategorie 6**
- 6B4.X : Störungen, die spezifisch Stress-assoziiert sind
- 6B6.x: Dissoziative Störungen

Veränderungen:

- Akute Belastungsreaktion > keine psychische Störung im ICD 11
- Anpassungsstörungen: innerhalb von 4 Wochen, max. 6 Monate
- Unter 6B4.X: Anhaltende Trauerstörung (neu), komplexe PTBS (neu) und Bindungsstörungen
- PTBS: strengere Kriterien

[BfArM - ICD-11 in Deutsch - Entwurfsversion](#)

- 01 Bestimmte infektiöse oder parasitäre Krankheiten
- 02 Neubildungen
- 03 Krankheiten des Blutes oder der blutbildenden Organe
- 04 Krankheiten des Immunsystems
- 05 Endokrine, Ernährungs- oder Stoffwechselkrankheiten
- 06 Psychische Störungen, Verhaltensstörungen oder neuronale Entwicklungsstörungen
- 07 Schlaf-Wach-Störungen
- 08 Krankheiten des Nervensystems
- 09 Krankheiten des visuellen Systems
- 10 Krankheiten des Ohrs oder des Warzenfortsatzes
- 11 Krankheiten des Kreislaufsystems
- 12 Krankheiten des Atmungssystems
- 13 Krankheiten des Verdauungssystems
- 14 Krankheiten der Haut
- 15 Krankheiten des Muskel-Skelettsystems oder des Bindegewebes

- 16 Krankheiten des Urogenitalsystems
- 17 Zustände mit Bezug zur sexuellen Gesundheit
- 18 Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett
- 19 Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben
- 20 Entwicklungsanomalien
- 21 Symptome oder klinische Befunde, anderenorts nicht klassifiziert
- 22 Verletzungen, Vergiftungen oder Intoxikationen

keine ,F-Diagnosen' mehr

Psy. und Verhaltens-Symptome keine Diagnose

Akute Belastungsreaktion

Baff-Kindertagung_2024_G_Terlinden 8

ICD-11: aus F wird 6

- Psychische Erkrankungen: F-Diagnosen > **Kategorie 6**
- 6B4.X : Störungen, die spezifisch Stress-assoziiert sind
- 6B6.x: Dissoziative Störungen

Veränderungen:

- Akute Belastungsreaktion > keine psychische Störung im ICD 11
- Anpassungsstörungen: innerhalb von 4 Wochen, max. 6 Monate
- Neu unter 6B4.X:
 - Anhaltende Trauerstörung
 - komplexe PTBS
 - Bindungsstörungen
- PTBS: strengere Kriterien

- Psychische Störungen, Verhaltensstörungen oder neuronale Entwicklungsstörungen
- Neuronale Entwicklungsstörungen
- Schizophrenie oder andere primäre psychotische Störungen
- Katatonie
- Affektive Störungen
- Angst- oder furchtbezogene Störungen
- Zwangsstörung oder verwandte Störungen
- Störungen, die spezifisch Stress-assoziiert sind
- Dissoziative Störungen
- Fütter- oder Essstörungen
- Ausscheidungsstörungen
- Störung der körperlichen Belastung oder des körperlichen Erlebens
- Störungen durch Substanzgebrauch oder Verhaltenssuchte
- Störungen der Impulskontrolle
- Disruptives Verhalten oder dissoziale Störungen
- Persönlichkeitsstörungen und zugehörige Persönlichkeitsmerkmale
- Paraphile Störungen
- Artifizielle Störungen

- 6B40 Posttraumatische Belastungsstörung
- 6B41 Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung
- 6B42 Anhaltende Trauerstörung
- 6B43 Anpassungsstörung
- 6B44 Reaktive Bindungsstörung
- 6B45 Störung der sozialen Bindung mit enthemmttem Verhalten
- 6B4Y Sonstige näher bezeichnete Störungen, die spezifisch Stress-assoziiert sind
- 6B4Z Störungen, die spezifisch Stress-assoziiert sind, nicht näher bezeichnet
- 6B60 Dissoziative Störung mit neurologischen Symptomen
- 6B61 Dissoziative Amnesie
- 6B62 Trance-Störung
- 6B63 Besessenheits-Trance-Störung
- 6B64 Dissoziative Identitätsstörung
- 6B65 Partielle dissoziative Identitätsstörung
- 6B66 Depersonalisations- oder Derealisationsstörung
- 6B6Y Sonstige näher bezeichnete Dissoziative Störungen

Baff-Kindertagung_2024_G_Terlinden 9

ICD-10 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43.x)	ICD-11 Störungen, die spezifisch Stress assoziiert sind (6B4x)
F43.0 Akute Belastungsstörung	QE 84 > keine psychische Störung mehr
F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung	6B40 Posttraumatische Belastungsstörung
F43.2 Anpassungsstörung Trauerreaktion	6B43 Anpassungsstörung 6B42 Anhaltende Trauerstörung (neu)
F43.8 Sonstige Reaktionen auf schwere Belastungen	6B4Y Sonstige näher bezeichnete Störungen, die spezifisch Stress-assoziiert sind
F43.9 Reaktion auf schwere Belastung, nicht näher bezeichnet, z.B. wenn PTBS-Kriterien nicht alle erfüllt sind	6B4Z Störungen, die spezifisch Stress-assoziiert sind, nicht näher bezeichnet, Trauma und Stressfolgestörung
F62.0 Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung	6B41 Komplexe PTBS (neue Diagnose; nicht wirklich analog zu F62.0)
F94.1 Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters	6B44 Reaktive Bindungsstörung
F94.2 Bindungsstörung mit Enthemmung	6B45 Enthemmte Sozialverhaltensstörung

Diagnose-Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-11)

PTBS nach WHO ICD-11 Kriterien	
Traumakonfrontation	Konfrontation mit einem extrem bedrohlichen oder furchterregenden Ereignis oder Situation (kurz- oder langdauernd)
Symptomatik (aus jedem Bereich mind. 1 Symptom)	1. <u>Wiedererleben</u> in der Gegenwart in Form von lebhaften intrusiven Erinnerungen, Flashbacks oder Alpträumen – dabei starke emotionale oder vegetative Symptome 2. <u>Vermeidung</u> von Gedanken und Erinnerungen an traumatische Ereignisse oder Vermeidung von Aktivitäten, Menschen oder Situationen, die damit verknüpft sind 3. <u>Persistierende Wahrnehmung von gegenwärtiger Gefahr</u> (z.B. Hypervigilanz, erhöhte Schreckhaftigkeit)
Dauer	Die Symptome müssen mindestens über mehrere Wochen auftreten
Funktionseinschränkungen	Die Symptomatik geht mit wesentlichen Einschränkungen der Funktionsfähigkeit des Individuums in mindestens einem wichtigen Lebensbereich einher

BaFf-Kindertagung_2024_G_Terlinden

11

A-Kriterium

ICD-10	DSM-5	ICD-11
„Einem Geschehen von außergewöhnlicher Belastung oder mit katastrophalem Ausmaß ausgesetzt, das nahezu bei jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde“. Kommentar: Nur direkt betroffen ODER Zeuge! NICHT: Hören von Trauma!	Person konfrontiert mit tatsächlichem oder drohenden Tod, ernsthafter Verletzung oder sexueller Gewalt auf mindestens eine der folgenden Arten: 1. Direkt ausgesetzt 2. Als Augenzeuge 3. Indirekt; erfahren, dass ein naher Verwandter oder ein Freund einem traumatischen Ereignis ausgesetzt war. Falls Todesfall/tödliche Bedrohung, dann MUSS diese/r Folge von Gewalt oder eines Unfalles gewesen sein. 4. Konfrontation mit Details von traumatischen Ereignissen (z. B. als Ersthelfer, Polizist ...), auch als berufsbedingte Konfrontation durch elektronische Medien (Cave: Keine privaten Filme, Spiele, Medien).	Konfrontation mit einem Ereignis oder einer Situation (ob kurz- oder langfristig) extrem bedrohlicher oder schrecklicher Natur. Zu solchen Ereignissen gehören unter anderem das direkte Erleben von Naturkatastrophen oder von Menschen verursachten Katastrophen, Kampfhandlungen, schweren Unfällen, Folter, sexueller Gewalt, Terrorismus, Übergriffen oder akuten lebensbedrohlichen Krankheiten (z. B. einem Herzinfarkt); Zeuge der drohenden oder tatsächlichen Verletzung oder des Todes anderer auf plötzliche, unerwartete oder gewaltsame Weise werden; und vom plötzlichen, unerwarteten oder gewaltsamen Tod eines geliebten Menschen erfahren.

BaFf-Kindertagung_2024_G_Terlinden

12

B-Kriterium: Wiedererleben/Intrusionen

ICD-10	DSM-5	ICD-11
Anhaltende Erinnerungen oder Wiedererleben der Belastung durch aufdringliche Nachhall-erinnerungen (Flashbacks), lebendige Erinnerungen, sich wiederholende Träume oder durch innere Bedrängnis in Situationen, die der Belastung ähneln oder mit ihr in Zusammenhang stehen.	Wiedererleben: Das traumatische Ereignis wird wiederkehrend wiedererlebt und zwar in einer der nachfolgenden Weisen (mindestens eine): 1. Wiederkehrende, unfreiwillige und eindringliche belastende Erinnerungen (Kinder älter als 6 Jahre können diese potentiell in repetitivem Spiel ausdrücken). 2. Traumatische Alpträume (Kinder können Alpträume haben, ohne dass sich der Inhalt direkt auf das traumatische Ereignis bezieht). 3. Dissoziative Reaktionen (z. B. Flashbacks), in Dauer variierend von einer kurzen Episode bis zum Verlust des Bewusstseins (Kinder können das traumatische Erlebnis im Spiel nachstellen). 4. Intensiver oder langanhaltender Stress, nachdem die Person an das traumatische Erlebnis erinnert wurde (unabhängig von der Ursache für die Erinnerung). 5. Markante physiologische Reaktion, nachdem die Person einem Reiz ausgesetzt war, der einen Bezug zum traumatischen Erlebnis hat.	Wiedererleben des traumatischen Ereignisses in der Gegenwart, in dem das/die Ereignis(e) nicht nur erinnert, sondern als im Hier und Jetzt wieder auftretend erlebt wird. Dies geschieht in der Regel in Form von lebhaften, aufdringlichen Erinnerungen oder Bildern; Flashbacks, die von mild (es gibt ein vorübergehendes Gefühl, dass das Ereignis in der Gegenwart wieder auftritt) bis hin zu schwerwiegend (es kommt zu einem vollständigen Verlust des Bewusstseins für die gegenwärtige Umgebung) oder sich wiederholende Träume oder Alpträume variieren können, die thematisch mit dem/den traumatischen Ereignis(en) zusammenhängen. Das Wiedererleben wird typischerweise von starken oder überwältigenden Emotionen wie Angst oder Entsetzen und starken körperlichen Empfindungen begleitet. Das Wiedererleben in der Gegenwart kann auch Gefühle der Überwältigung oder des Eintauchens in die gleichen intensiven Emotionen beinhalten, die während des traumatischen Ereignisses erlebt wurden, ohne einen ausgeprägten kognitiven Aspekt, und kann als Reaktion auf Erinnerungen an das Ereignis auftreten. Das Nachdenken oder Grübeln über das/die Ereignis(e) und die Erinnerung an die Gefühle, die man zu diesem Zeitpunkt erlebt hat, reichen nicht aus, um das Erfordernis des erneuten Erlebens zu erfüllen.

BaF-Kindertagung_2024_G_Terlinden

13

C-Kriterium: Vermeidung

ICD-10	DSM-5	ICD-11
Umstände, die der Belastung ähneln oder mit ihr in Zusammenhang stehen, werden tatsächlich oder möglichst vermieden. Dieses Verhalten bestand nicht vor dem belastenden Erlebnis.	Vermeiden: Anhaltendes starkes Vermeidungsverhalten von traumaassoziierten Reizen nach dem traumatischen Erlebnis (mindestens eines): • Traumaassoziierte Gedanken oder Gefühle • Traumaassoziierte externe Reize (z. B. Menschen, Orte, Unterhaltungen, Tätigkeiten, Objekte oder Situationen).	Bewusste Vermeidung von Erinnerungen, die dazu führen könnten, dass traumatische Ereignisse noch einmal erlebt werden. Dies kann entweder • die Form einer aktiven inneren Vermeidung von Gedanken und Erinnerungen im Zusammenhang mit dem/den Ereignis(en) oder • der äußeren Vermeidung von Menschen, Gesprächen, Aktivitäten oder Situationen annehmen, die an das/die Ereignis(e) erinnern. • In extremen Fällen kann die Person ihre Umgebung ändern (z. B. in eine andere Stadt ziehen oder den Arbeitsplatz wechseln), um Erinnerungen zu vermeiden.

BaF-Kindertagung_2024_G_Terlinden

14

D-Kriterium: Übererregung (Hyperarousal)

ICD-10	DSM-5	ICD-11
Entweder 1 oder 2.: 1. Teilweise oder vollständige Unfähigkeit, einige wichtige Aspekte der Belastung zu erinnern. 2. Anhaltende Symptome einer erhöhten psychischen Sensitivität und Erregung (nicht vorhanden vor der Belastung) mit zwei der folgenden Merkmale: a. Ein- und Durchschlafstörungen b. Reizbarkeit oder Wutausbrüche c. Konzentrationsschwierigkeiten d. Hypervigilanz e. Erhöhte Schreckhaftigkeit.	E. Veränderung in Erregung und Reaktionsfähigkeit: Traumaassoziierte Veränderungen in Erregung und Reaktionsfähigkeit, die nach dem traumatischen Erlebnis begonnen oder sich danach verschlechtert haben (mind. zwei): • Gereiztes oder aggressives Verhalten • Selbstverletzendes oder leichtfertiges Verhalten • Erhöhte Vigilanz • Übermäßige Schreckreaktion • Konzentrationsschwierigkeiten • Schlafstörungen	• Anhaltende Wahrnehmung einer erhöhten aktuellen Bedrohung, beispielsweise durch Hypervigilanz oder • eine verstärkte Schreckreaktion auf Reize wie unerwartete Geräusche. Hypervigilante Personen hüten sich ständig vor Gefahren und fühlen sich oder andere in ihrem Umfeld in bestimmten Situationen oder allgemeiner unmittelbar bedroht. Sie können sich neue Verhaltensweisen aneignen, um die Sicherheit zu gewährleisten (z. B. nicht mit dem Rücken zur Tür sitzen, wiederholt in die Rückspiegel von Fahrzeugen schauen).

BaF-Kindertagung_2024_G_Terlinden

15

Negative Veränderung von Gedanken und Stimmung (DSM-V)

ICD-10	DSM-5	ICD-11
-	Negative Veränderungen von Gedanken und Stimmung: Die negativen Veränderungen von Gedanken und Stimmung begannen oder verschlechterten sich nach dem traumatischen Erlebnis (mindestens zwei): 1. Unfähigkeit, sich an wichtige Merkmale des traumatischen Erlebnisses zu erinnern (normalerweise dissoziative Amnesie; nicht aufgrund einer Kopfverletzung, Alkohol oder anderen Drogen) 2. Andauernde (und oft verzerrte) negative Annahmen von sich selbst oder der Welt (z. B. „Ich bin schlecht“, „Die ganze Welt ist gefährlich“) 3. Andauernde verzerrte Vorwürfe gegen sich selbst oder gegen andere, am traumatischen Erlebnis oder seinen negativen Folgen schuld zu sein 4. Andauernde negative traumaassoziierte Emotionen (z. B. Angst, Wut, Schuld oder Scham) 5. Markant vermindertes Interesse an wichtigen (nicht traumaassoziierten) Tätigkeiten 6. Das Gefühl, anderen fremd zu sein (z. B. Distanziertheit oder Entfremdung) 7. Eingeschränkter Affekt: andauernde Unfähigkeit, positive Emotionen zu empfinden	- (Anmerkung: Kriterien 2 – 7 ähneln den kPTBS Kriterien des ICD-11!)

BaFF-Kindertagung_2024_G_Terlinden

16

F62.0: Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung

- A. Nachweis einer eindeutigen und anhaltenden Änderung in der Wahrnehmung in der Beziehung und im Denken der Betroffenen in Bezug auf ihre Umgebung und sich selbst nach einer Extrembelastung (Konzentrationslager, Folter, Katastrophen, anhaltende lebensbedrohliche Situationen).
- B. Persönlichkeitsänderung sollte ausgeprägt sein, ein unflexibles und unangepasstes Verhalten zeigen (zwei von folgenden fünf Symptomen):
1. Andauernde feindliche oder misstrauische Haltung.
 2. Sozialer Rückzug.
 3. Andauerndes Gefühl von Leere und Hoffnungslosigkeit (das ggf. mit einer gesteigerten Abhängigkeit von anderen, der Unfähigkeit, negative oder aggressive Gefühle zu äußern, oder anhaltenden depressiven Symptomen einhergehen kann).
 4. Andauerndes Gefühl von Nervosität oder von Bedrohung ohne äußere Ursache (das ggf. zu Gereiztheit oder Substanzmissbrauch führen kann).
 5. Andauerndes Gefühl der Entfremdung (anders als die anderen zu sein), ggf. verbunden mit dem Gefühl emotionaler Betäubung.
- C. Klinisch relevanter Leidensdruck oder Funktionsbeeinträchtigung.
- D. Symptomatik kausal nach Extrembelastung aufgetreten. Ausschluss: Persönlichkeitsstörung/-akzentuierung.
- E. Mindestens 2 Jahre Dauer; Ausschluss: Andere psychische Störung (außer PTBS), Körperkrankheit.
- F. Dauer mindestens 2 Jahre bzw. weitere 2 Jahre nach 2-jähriger PTBS.

BaFF-Kindertagung_2024_G_Terlinden

17

Kriterien PTBS und KPTBS nach ICD-11

PTBS		Komplexe PTBS (KPTBS)
Ein oder mehrere traumatische Ereignisse	+	Häufig länger anhaltende traumatische Ereignisse aus denen Flucht schwierig ist (Folter, Sklaverei, Genozid-Kampagnen, fortgesetzte häusliche Gewalt, wiederholter sexueller oder physischer Missbrauch in der Kindheit)
Wiedererleben		Schwierigkeiten der Emotionsregulation:
Vermeidung		1. Erhöhte Reizbarkeit/Wut 2. Numbing, Dissoziation
Übererregung		Verändertes Selbstbild
Beeinträchtigung in soz., fam. oder anderen Bereichen		1. Anhaltendes negatives Selbstbild/Wertlosigkeit 2. Anhaltende Gefühle von Scham, Schuld u. Versagen
		Interpersonelle Schwierigkeiten
		Anhaltende Schwierigkeiten: 1. Beziehungen aufrecht zu erhalten 2. Sich anderen nahe zu fühlen

Eiters, R., & Rosner, R. (2021). Die einfache und komplexe Posttraumatische Belastungsstörung in der Praxis. *Kindheit und Entwicklung*.
Maercker, A. (2019). Komplexe PTBS. In *Traumafolgestörungen* (pp. 47-60). Springer, Berlin, Heidelberg.

BaFF-Kindertagung_2024_G_Terlinden

18

Screenings zur Früherkennung

- TRAKS – trauma- und kultursensibel für junge Geflüchtete:

[FB Früherkennung_Deu.pdf \(psz-duesseldorf.de\)](#)

download in verschiedenen Sprachen

1.	Hat Ihr Kind Schwermutswellen (z.B. übermäßige Tränen, Wutausbrüche)?	
2.	Ist Ihr Kind häufig stark oder hat es körperliche Beschwerden? (z.B. Bauchweh, Kopfschmerzen)	
3.	Hat Ihr Kind stark an Gewicht zugenommen oder abgenommen?	
4.	Erfahren Sie Ihr Kind häufig mit negativen Gefühlen? (z.B. Angst, Traurigkeit, Wut)	
5.	Haben Sie den Eindruck, Ihr Kind leidet unter schlimmen Erinnerungen oder steht oft an schlimmen Gedanken?	
6.	Hat Ihr Kind häufig Schwermutswellen, wie zum Beispiel: weinen, Tränen, Wutausbrüche?	
7.	Erfahren Sie Ihr Kind häufig? (z.B. hat Ihr Kind die Freude an Dingen verloren, die es früher gerne gemacht hat?)	
8.	Haben Sie den Eindruck, dass Ihr Kind nicht oder häufig erschrickt?	
9.	Zeigt Ihr Kind Rückschritte im Verhalten, in seinen Fähigkeiten? (z.B. wieder auftretendes Enuresis oder Enkopresis, Verlust von Sprachfähigkeiten)	
10.	Gibt es den Dingen, die Ihnen Kind Spaß machen? (z.B. Begegnungen mit anderen Kindern, Spielen, Essen)	
Wie lange bestehen die Beschwerden? (z.B. weniger als 1 Monat, 1-3 Monate, 3-6 Monate, länger als 6 Monate)		
Anzahl der angemarkten grauen Felder (Gesamt)		Gesamt



BaFF-Kindertagung_2024_G. Terlinden

19

SoulCaRe

Screening Fragen an die Eltern:

	Die Antworten sollen sich auf die vergangenen zwei Wochen beziehen	Ja	nein
1.	Hat Ihr Kind häufig Probleme beim Einschlafen?		
2.	Wacht es nachts oft auf und hat schlecht geträumt?		
3.	Reagiert es schnell genervt oder hat es häufig extreme Wutausbrüche?		
4.	Hat Ihr Kind sehr viel Angst und wirkt übervorsichtig und schreckhaft?		
5.	Wird es belastet, weil es vielleicht an schlimme Ereignisse von früher denkt? Oder spielt es schlimme Ereignisse von früher immer wieder nach?		
6.	Ist Ihr Kind sehr unaufmerksam und unkonzentriert?		
7.	Wird Ihr Kind oft lustlos und gelangweilt?		
8.	Hat es häufig Bauchschmerzen oder andere körperliche Schmerzen?		
9.	Hat es Rückschritte in der Entwicklung gemacht, z.B. nässt wieder ein, spricht nicht mehr, hat anfangen zu stottern?		
10.	Ist Ihr Kind häufig traurig und weint viel?		
	Summe:		

Screening-Fragen bei SoulCaRe, München

BaFF-Kindertagung_2024_G. Terlinden

20

	Die Antworten sollen sich auf die vergangenen zwei Wochen beziehen	Ja	nein
1.	Fällt es Dir schwer einzuschlafen?		
2.	Hast Du häufig Angst-machende Träume?		
3.	Wirst du schnell wütend oder bist ständig genervt?		
4.	Hast Du häufig Angst?		
5.	Denkst du häufig an schlimme Dinge, die dir passiert sind?		
6.	Bist du sehr vergesslich geworden?		
7.	Hast Du beim Spielen schnell keine Lust mehr und langweilst Dich?		
8.	Hast du häufig Bauchschmerzen oder andere Schmerzen?		
9.	Erschrickst Du oft wegen Kleinigkeiten?		
10.	Bist Du häufig traurig oder weinst viel?		
	Summe:		

Screening-Fragen bei SoulCaRe, München: Selbstauskunft Kinder ab 7 Jahre

Summe der Punkte bei Kinder- oder Elternfragen:		
1-3	4-7	8-10
Geringe Wahrscheinlichkeit	Mittlere Wahrscheinlichkeit	Hohe Wahrscheinlichkeit
Zunächst Beobachtung, bei Bedarf/Verschlechterung Wiedervorstellung	Weitere Abklärung kann sinnvoll sein, ggfs. auch zunächst beobachten	Weitere Abklärung muss stattfinden

BaFF-Kindertagung_2024_G. Terlinden

21

Ein Test sollte...

- Schnell durchführbar sein, wenige Fragen haben
- Nicht so kompliziert
- Sehr sensibel und spezifisch
- In verschiedenen Sprachen erhältlich
- Wissenschaftlich verwendbar und validiert sein
- Kultursensibel
- Kostenfrei
-

>>>> der Test muss noch erfunden werden!

BaFF-Kindertagung_2024_G_Terlinden

22

Testauswahl bei Refugio München

- Forschungsabteilung
 - enge Kooperation mit Lehrstuhl für Klinische Psychologie/Psychotherapie Prof Ehling
 - Abstimmung mit KiJu-Abteilung Zentrum Überleben
- Kontakte zur KJPP Ulm/KU Eichstätt
- Insgesamt sehr reduzierter Einsatz
- Ergebnis nicht gleich Diagnose, Testpsychologie ist Baustein und sinnvolle ergänzung zu
- Ausführliche Eigen- und Fremdanamnese

BaFF-Kindertagung_2024_G_Terlinden

23

Ausgesuchte Tests

Name	Selbst- oder Fremdauskunft	Target	Alter	Übersetzungen	Bezug
TRAK PROTECT	FA SA	Screening Screening	Bis 17 J. 18+	vorhanden	PSZ Düsseldorf PROTECT - Zentrum ÜBERLEBEN (ueberleben.org)
Soul-CaRe Kinder-Screening RHS-15	FA und SA SA	Screening Screening	SB ab 8 J. Ab 14 J.	Intern vorhanden für arabisch, dari	Guido.terlinden@refugio-muenchen.de refugeehealthta.org
SDQ 11-17/18+	SA	Orientierend (ADHS)	11-17/ +18	Viele	Sdqinfo.org
SDQ 2-4/4-17	FA	Orientierend (ADHS)	2-4/4-17	Viele	Sdqinfo.org
ETI (KJ)	SA	Traumaliste	18 (ab 12)		Uni DUE
CATS (-2)	SA/FA	Traumaliste	Ab 7/ab 2	Für Cats	Seite: CATS Questionnaire (ulmer-onlineklinik.de)
CATS (-2)	SA/FA	PTBS-Symptomatik	7-17 und 3-6 J. (nur FA)		Seite: CATS Questionnaire (ulmer-onlineklinik.de)
ITQ (-CA)	SA	PTBS-Symptomatik	18+ (7-17)	vorhanden	ITQ Child & Adolescent The International Trauma Consortium (traumameasuresglobal.com)

BaFF-Kindertagung_2024_G_Terlinden

24

Name	Selbst- oder Fremdauskunft	Target	Alter	Übersetzungen	Bezug
MFQ	SA/FA	Depression	6-17	Vorhanden	
PHQ-9	SA	Depression	Ab 14	Vorhanden	phqscreeners.com
GAD-7	SA	GAD	Ab 14	Vorhanden	phqscreeners.com
SCAS	SA	Angststörungen	8-15	Vorhanden	Scas.com
RCADS	SA	Dep+Angs	8-18		
PMLD	SA	Postmigrationsprobleme	(ab 14J)		
EDS	SA	Diskriminierung	+18 J.		
PRaCY	SA	Rassismus	ab 8J		

BaFF-Kindertagung_2024_G_Terlinden

25



Standarddiagnostik Kinder und Jugendliche bei Refugio München

- CATS-2 und ETI für Trauma
- RCADS für Angst/Depression
- SDQ für orientierende Diagnostik
- PMLD für Postmigrationsstressoren
- PRACY für Diskriminierungserfahrungen

BaFF-Kindertagung_2024_G_Terlinden

26



Empfehlung Basisuntersuchung: Depression und PTBS

- Kinder (bis 14 J)
 - MFQ
 - CATS/ITQ-CA (oder CATS-2): Selbst- und Fremdauskunft
 - SDQ: Selbst- und Fremdauskunft (bei ADHS Symptomatik)
- Jugendliche:
 - PHQ-9
 - CATS/ITQ-CA (oder CATS-2)
 - Optional: GAD-7

BaFF-Kindertagung_2024_G_Terlinden

27

Postmigration living difficulties PMLD

	Kein Problem	Ein kleines Problem	Einigermaßen großes Problem	Ziemlich großes Problem	Schwerwiegendes Problem
1. Diskriminierung	☐	☐	☐	☐	☐
2. Sorge um die Familie im Heimatland	☐	☐	☐	☐	☐
3. Probleme mit Arbeit (z.B. Arbeitserlaubnis, Arbeitsbedingungen) oder Schule (z.B. Zugang zur Schule)	☐	☐	☐	☐	☐
4. Angst abgeschoben zu werden	☐	☐	☐	☐	☐
5. Nicht genug Geld haben (zum Decken der Grundbedürfnisse wie Essen, Kleidung, Miete)	☐	☐	☐	☐	☐
6. Einsamkeit, Langeweile	☐	☐	☐	☐	☐
7. Schlechte Wohnverhältnisse (zu wenig Platz/ Privatsphäre, Lautstärke, auferlegte Einschränkungen etc.)	☐	☐	☐	☐	☐
8. Kommunikations- und Sprachproblemen	☐	☐	☐	☐	☐
9. Heimweh	☐	☐	☐	☐	☐
10. Druck oder Erwartungen von der Familie, die nicht erfüllt werden können	☐	☐	☐	☐	☐
11. Verzögerungen bei der Bearbeitung von Asylträgen	☐	☐	☐	☐	☐
12. Schwierigkeiten beim Verständnis bürokratischer Prozesse in Deutschland	☐	☐	☐	☐	☐

BaF-Kindertagung_2024_G_Terlinden

31

Perceptions of Racism in Children and Youth (PRaCY)



1. Wurdest du in einem Geschäft oder Einkaufszentrum genau beobachtet oder von Sicherheitskräften oder Ladenangestellten verfolgt?
5. Wurdest du von einem Polizisten unfair behandelt?
6. Wurdest du in der Schule für etwas beschuldigt, das du nicht getan hast?
9. Wurdest du von einem Lehrer schlecht oder unfair behandelt?
12. Hastest du das Gefühl, dass jemand vor dir Angst hatte?
13. Hat dich jemand beleidigt?
15. Hat jemand eine schlechte oder beleidigende Bemerkung über deine Hautfarbe, Ethnizität oder Sprache gemacht?
17. War jemand unfreundlich zu dir?
18. Die Leute nehmen an, dass du nicht klug oder intelligent bist?
23. Hast du jemals gesehen, dass deine Eltern oder andere Familienmitglieder aufgrund ihrer Hautfarbe, Sprache, Akzents oder weil sie aus einem anderen Land oder einer anderen Kultur kommen, unfair oder schlecht behandelt wurden?

BaF-Kindertagung_2024_G_Terlinden

32

Perceptions of Racism in Children and Youth (PRaCY)



Wie oft ist dies passiert (einmal, zweimal, etwa einmal im Jahr; etwa einmal im Monat; wöchentlich)?

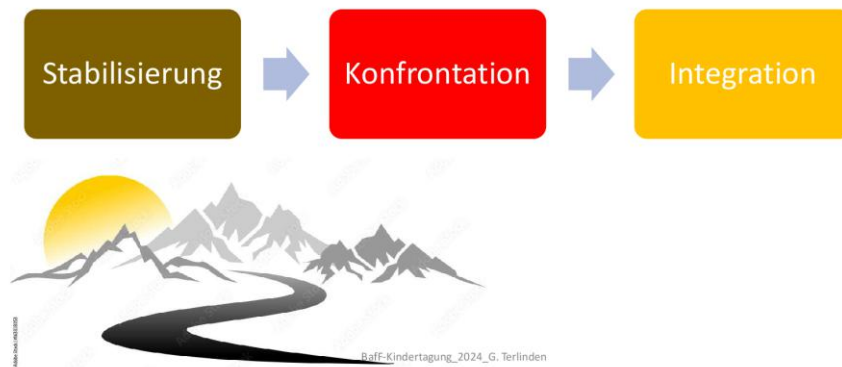
Warum denken Sie, dass es passiert ist (die Farbe meiner Haut, meine Ethnizität oder Kultur, meine Sprache, mein Akzent, mein Alter, mein Geschlecht, die Kleidung, die ich trage, die Musik, die ich höre, ein anderer Grund - bitte beschreiben)?

Wie hat es dich fühlen lassen (wütend, sauer, verletzt, frustriert, traurig, depressiv, hoffnungslos, machtlos, beschämt, gestärkt, ein anderer Grund - bitte beschreiben)?

Wie sind Sie damit umgegangen (ignoriert, akzeptiert, sich geäußert, für sich behalten, das Interesse an Dingen verloren, gebetet, versucht, Dinge zu ändern, jemanden/etwas geschlagen, versucht, es zu vergessen, hart gearbeitet, um zu beweisen, dass sie falsch liegen, ein anderer Grund - bitte beschreiben)?

BaF-Kindertagung_2024_G_Terlinden

33



34

Besonderheiten in der Psychotraumatherapie mit Kindern und Jugendlichen

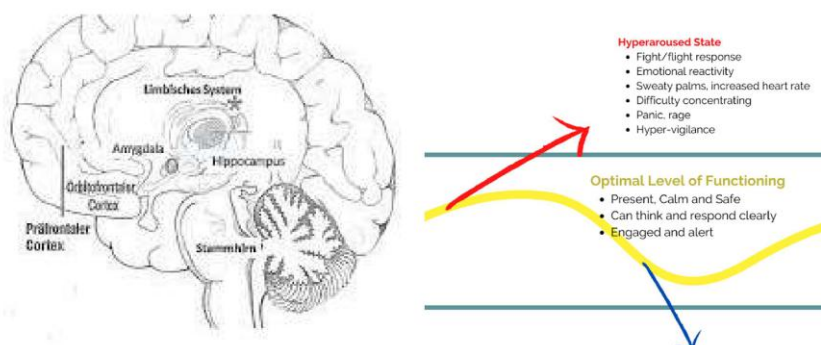
- Sehr viel „Vorarbeit“ notwendig:
 - Vertrauen aufbauen, Motivationsarbeit...
- Brauchen sehr viel Zuspruch, Lob und schöne Aktivitäten (Spielen)
- Arbeiten mit Büchern und Puppen/Figuren
- Crash-Kurs Gefühle, Gedanken und Verhalten
- Erstmal Umgang mit Stress und intensiven Gefühlen üben (inkl. Vermeidungsverhalten abbauen), Ressourcen aktivieren
 - 5-4-3-2-1
 - Atemübung, Sicherer Ort, Innere Helfer
- Enger Einbezug Bezugspersonen*innen
- Psychoedukation



BaFF-Kindertagung_2024_G_Terlinden

35

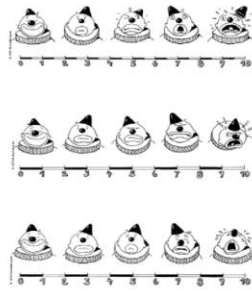
Window of tolerance



36

...nützliche Arbeitsblätter

SUD-Gesichter Skalen (Angst, Wut, Trauer)



<https://www.kindertraumainstitut.de/de/materialien/34-sud->

Stressbarometer (MASTR)



<https://www.kindertraumainstitut.de/de/Materialien/38-Stressbarometer>

BaFF-Kindertagung_2024_G_Terlinden

37

Skills = alles was hilft und nicht schadet!

Sinnesmodalität	Skill: Beispiele
Sehen	Bilder anschauen, Tetris
Riechen	Pefferminzöl, Lavendel, Ammoniak
Hören	Laute Musik, Klicker
Schmecken	Zitrone, Brause, Chili-schote, Center-Shock
Spüren	Kopf unter Wasser, Eiswürfel, Igelball, Massagering, Gummiband
Aktiv werden	Liegestützen, Wandsitz, Treppe rauf und runter

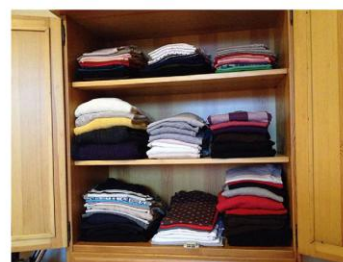


BaFF-Kindertagung_2024_G_Terlinden

38

...und dann steht's an: die Konfrontation/Exposition

REFUGIO
MÜNCHEN



BaFF-Kindertagung_2024_G_Terlinden

39

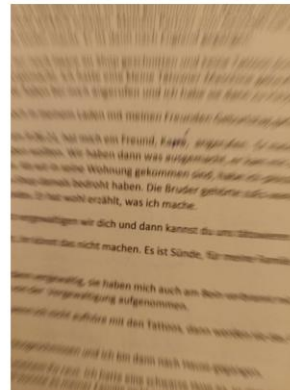


Indikationen und
Kontraindikationen einer
Trauma-Konfrontation
beachten!
Nur durch
Psychotherapeut*innen und
Ärzt*innen

Spezifische Ansätze in der KiJu-Psychotraumatherapie

- Tf-KVT
- EMDR
- KID-NET
- KID-PITT

Von der
WHO
empfohlen



Literatur

- Siebert, G. (2016) Flucht und Trauma im Kontext Schule: Handbuch für Pädagoginnen. UNHCR Deutschland. Abgerufen unter: https://www.unhcr.org/dach/wp-content/uploads/sites/27/2017/04/Traumahandbuch_UNHCR_DE.pdf
- Ruf, B. (2016). Flucht-Trauma-Pädagogik. Ein Handbuch zum pädagogischen Umgang mit minderjährigen Flüchtlingen unter Traumaaspekten. Abgerufen unter: https://www.freunde-waldorf.de/fileadmin/user_upload/documents/Notfallpaedagogik/Hintergrund/Publicationen/25_02_2016_Handbuch_Fluechtlinge_D_online.pdf.
- Zentralinstitut für Seelische Gesundheit (2020) MHFA Ersthelfer, Kurse für psychische Gesundheit, Handbuch, 1. Aufl.
- Korittko, A. (2016) Posttraumatische Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Störungen systemisch behandeln. Ratgeber für Eltern (2014) Posttraumatische Belastungsstörung, Hogrefe
- Landolt, M. (2021) Psychotraumatologie des Kindesalters, 3. Aufl., Hogrefe
- Ukrainische Flüchtlinge | Flucht & Asyl | Zahlen und Fakten | MEDIENDIENST INTEGRATION (mediendienst-integration.de)
- Vorlesungs-Skripte: Dr. Mestel; Neuerungen im ICD-11

Vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit!

Dr. med. Guido Terlinden
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie
Spezielle Psychotraumathepie für Kinder und Jugendliche (DeGPT)
guido.terlinden@refugio-muenchen.de

SCHULDIG **von Robina Karimi**

Welt, du weißt, dass du in meiner Schuld stehst?
Du schuldest mir eine Heimat.
Eine Heimat,
In der meine Kindheit war und meine Jugend.
Und möglicherweise meine Jugend und mein Alter
Hätten sein können.

Du hast mir den Frieden
Und die Sicherheit der Zeit meiner Jugend genommen.
Das Lächeln von den Lippen genommen.
Die Umarmung meiner Familie entrissen.
Die Freunde meiner Kindheit entzogen.
Das alles schuldest du mir.

Heimat, auch du schuldest mir.
Ich gelangte dorthin, wo Sicherheit herrschte,
Aber du warst nicht da.
Ich fand ein Dach über dem Kopf,
Aber in einem leeren Haus.
Ich fand Bücher und Bildung und Schulkameraden,
Aber keine Freunde.

Ein Nest und eine Zukunft
Haben mir die neue Heimat gegeben.
Aber nicht Erfüllung.

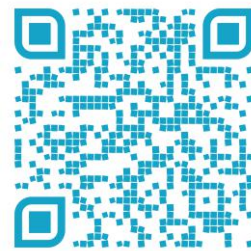
Heimat, du warst mir die Erfüllung,
Und hast sie mir doch genommen.
Du gabst mir einen Namen,
Aber den Platz hast du mir verwehrt.

Hier gab man mir einen Platz,
Und vielleicht bekomme ich hier irgendwann
Auch einen Namen.

Jetzt sage ich dir,
Welt,
Du hast mir meine Welt geraubt.



Videolink zum gelesenen Gedicht
(hier klicken oder QR-Code scannen)



Liebe Teilnehmer*innen unserer Fachtagung,

die Fertigstellung der vorliegenden Dokumentation fällt in eine Zeit der sich erneut verschärfenden migrationsfeindlichen Diskurse und einem Erstarken der Rechten in den Parlamenten in Thüringen, Sachsen, Brandenburg und Europa. Demokrat*innen und Demokratiefeinde überschlagen sich in ihren rassistischen Verlautbarungen und Politiken.

"Also was tun?" bleibt eine Frage, die uns immer wieder umtreibt. Die uns, Freund*innen, Kinder, Jugendliche und deren Familien im Alltag, auf der Straße oder in unserer Arbeit mit alten und neuen Sorgen, Ängsten und Unsicherheiten konfrontiert. Mit unserer Fachtagung und der vorliegende Dokumentation wollten wir Ihnen und Dir ein paar Antworten bieten.

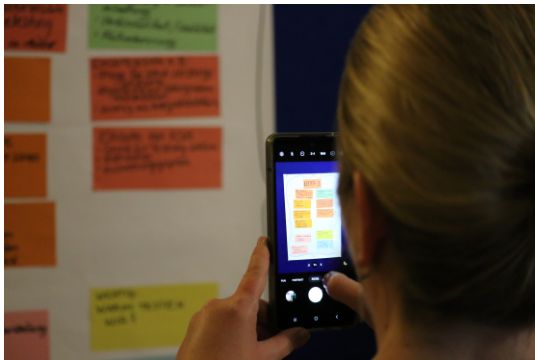
Im Kleinen wie im Großen, wir brauchen Orte und Räume des Zusammenkommens, der gemeinsamen Begegnung, des Austausches und der Vernetzung auch über die fachliche Ebene hinaus. Um Erfahrungen und Wissen zu teilen oder neue Strategien und Vorgehensweisen zu entwickeln. Aber auch, um uns gemeinsam in unserem Handeln und in unserer Arbeit zu bestärken. Um Kraft zu sammeln und dranzubleiben.

Für uns steht fest: Wir machen weiter. Wir streiten weiter für die Rechte von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. Für eine gerechte Welt, in der alle leben, sich frei bewegen und atmen können. Wir stellen uns gegen die Brutalisierung unserer Gesellschaft. Entgegen einer allzu oft auf der Flucht oder im Ankommen verloren gegangenen Kindheit & Jugend und wir kämpfen für eine Zukunft in Sicherheit und Gesundheit.

Wir sind nicht bereit, diese unsere gemeinsame Zukunft aufzugeben und treten ein für Solidarität und psychosoziale Unterstützung, die den Autonomien und Bedarfen von Kindern, Jugendlichen und deren Familien folgt.

Erfurt & Jena, den 23.09.2024





Weiterführende Quellen zur Diskussion "Strukturelle Machtkritik im Kontext von Rassismus, Adultismus, Gender- und Klassenverhältnissen" mit Zeynep Demir, Deborah Darabi und Hoa Mai Trần:

Kinderbuch aus Kindersicht, Rassismus & Adultismus:

- Kinderbuch der Cool Kids aus dem (Flüchtlings-)Heim:
<https://www.vielundmehr.de/wir-kinder-aus-dem-fluechtlingsheim/> und pädagogische
- Begleitmaterial zum Kinderbuch:
<https://situationsansatz.de/publikationen/wir-gehoren-dazu-paedagogisches-begleitmaterial-zum-kinderbuch/>
- Lesung der Cool Kids zu Kapitel 5 aus dem Kinderbuch:
https://www.youtube.com/watch?v=pfDRgvMjcPU&ab_channel=FachstelleKinderwelten und Projektwebsite der Cool Kids gegen Mobbing im Netz: <https://baustellen.kinderwelten.net/cool-kids/>
- Hoa Mai Trần und Tahmina Zarif: „Ich werde, was ich bin und ich bin vieles“ – Rassismuskritische Impulse für die pädagogische Arbeit mit Kindern und Familien mit Fluchtbiografien, in: Seyran Bostancı / Emra Ilgün-Birhimeoğlu (Hrsg.): Elementarpädagogik in der postmigrantischen Gesellschaft, S. 167-188 (2024):
https://www.beltz.de/fachmedien/sozialpaedagogik_soziale_arbeit/produkte/details/51952-elementarpaedagogik-in-der-postmigrantischen-gesellschaft.html
- Hoa Mai Trần (im Erscheinen), in: Charlotte Röhner, Jessica Schwittek, Antoanneta Potsi (Hrsg.): Transmigration und Place-Making junger Geflüchteter:
<https://shop.budrich.de/produkt/transmigration-und-place-making-gefluechteter-kinder-und-jugendlicher/> (Open Access)

Genderverhältnisse & Flucht:

- Zeynep Demir, Co-Host v Wissenschaftspodcast: <https://www.researchingdiversity.com>
- Zeynep Demir, Co-Editor von „Betrifft Mädchen“, Ausgabe: „Migration, Flucht, Mädchenarbeit“:
https://www.beltz.de/fachmedien/sozialpaedagogiksoziale_arbeit/zeitschriften/betrifft_maedchen/51344-betrifft-maedchen-3-2023.html

Marxismus & Rassismus:

- Marxismus und Intersektionalität, von Eleonora Roldán Mendívil, 14.12.22:
<https://diefreiheitsliebe.de/politik/marxismus-und-intersektionalitaet/>
- Rassismus: „Der Kampf für eine Schwarze Professur ist für uns kein Antirassismus“, von Eleonora Roldán Mendívil, 04.10.23: <https://podcast.dissenspodcast.de/230-rassismus>
- Zur Kritik des Intersektionalismus, von John Lütten, Christin Bernhold, Felix Eckert, Juni 2021:
<https://www.zeitschrift-marxistische-erneuerung.de/de/article/3841.zur-kritik-des-intersektionalismus.html>