



Psychische Erkrankungen bei Flüchtlingen – Prävalenz, Symptome, Verlauf und Behandlung

Prof. Dr. Christine Knaevelsrud
Freie Universität Berlin

Asyl und Flüchtlingsschutz I

Flüchtlingsschutz

§ 25 I 1 1. Alt AufenthG

§ 3 Abs 1 AsyIVfG

Verfolgung „durch wen auch immer“

3 - jähriger Aufenthaltstitel

Asylrecht

§ 25 I AufenthG

Art. 16a Abs. 1 GG

Staatliche Verfolgung im Falle einer
Rückkehr

3 - jähriger Aufenthaltstitel

Asyl und Flüchtlingsschutz II

Subsidiärer Schutz

§ 25 I 1 2. Alt AufenthG

§ 4 Abs. 1 AsylVfG

Drohung eines ernsthaften Schadens

1 (- 7)- jähriger Aufenthaltstitel

Abschiebungsverbot

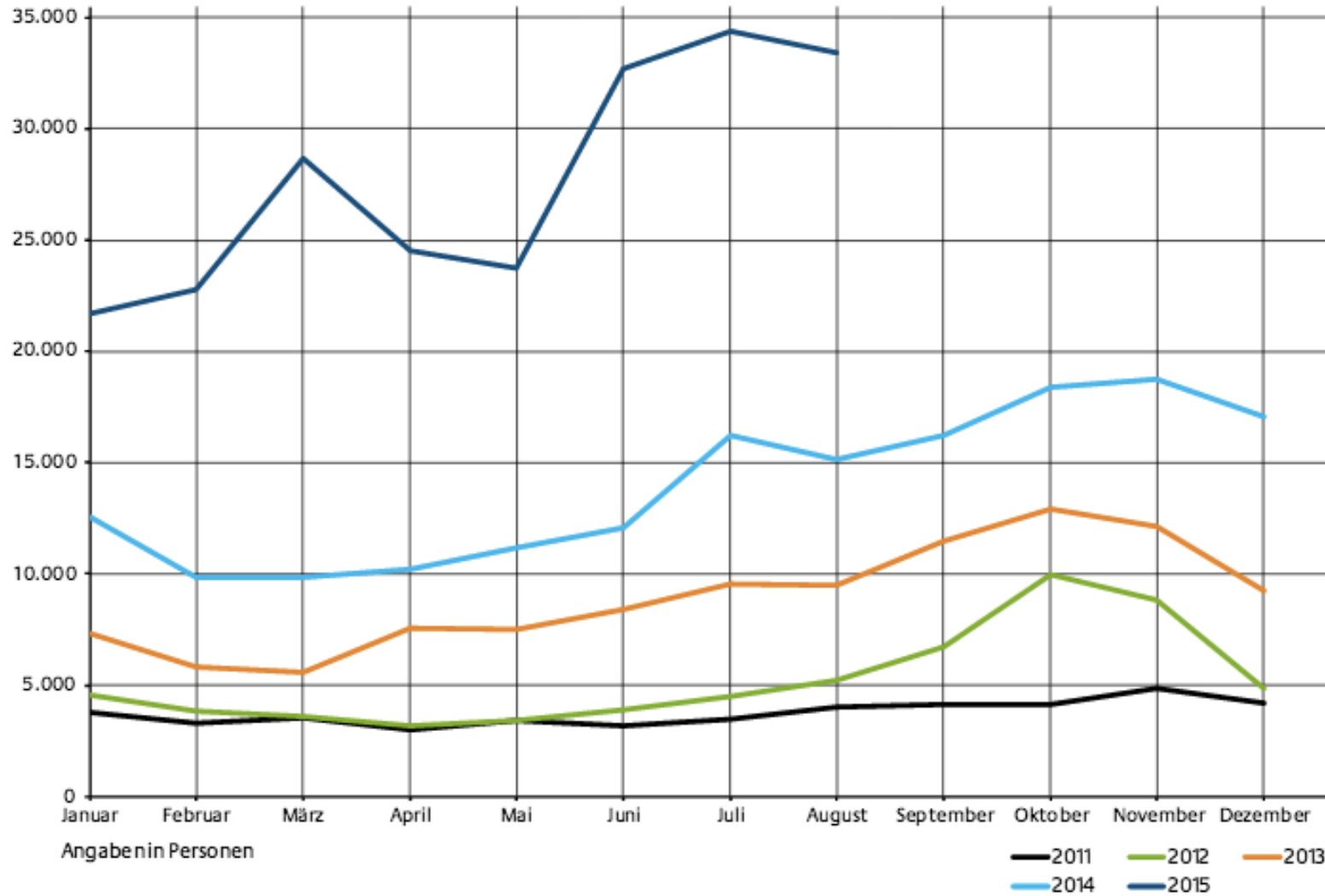
§ 25 III AufenthG

§ 60 Abs. 5 oder 7 AufenthG

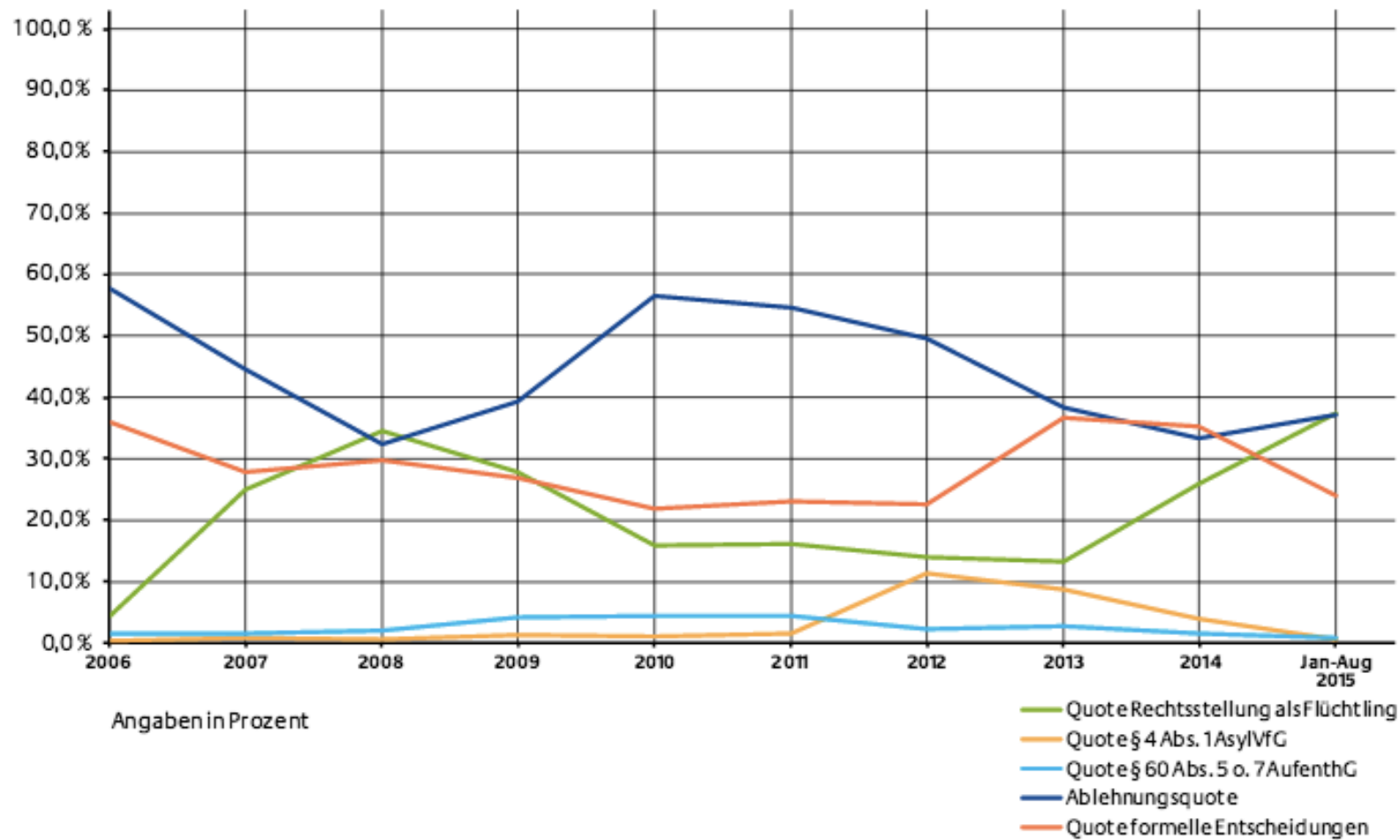
Abschiebung unzulässig

Mind. 1-jähriger Aufenthaltstitel

Asylerstantragszahlen im Jahresvergleich (2011-2015)



Entscheidungen (Stand: August 2015)



Quelle: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge

Asylbewerberleistungsgesetz

Grundleistungen für Ernährung, Unterkunft, Heizung, Kleidung, Gesundheitspflege, Gebrauchs- und Verbrauchsgüter

Geldbetrag zur Deckung persönlicher Bedürfnisse des täglichen Lebens

Leistungen bei akuter Erkrankung und Schmerzzuständen, Schwangerschaft und Geburt

Sonstige Leistungen bei besonderen Umständen, die vom Einzelfall abhängen*

Hilfebedarf

Übernahme von Behandlungskosten

bis 15 Monate

möglich, wenn zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich (akute Krankheiten und Schmerzen)

Beantragung beim Sozialamt

nach 15 Monaten

gesetzliche Krankenkasse

jedoch gilt AsylbLG

Gesundheitskarte

§ 2 AsylbLG

nach 15 Monaten Gesundheitskarte

wie Empfänger von Leistungen nach SGB XII (Sozialhilfe)

Direktes Aufsuchen eines Arztes ohne vorherige Beantragung bei der Sozialbehörde

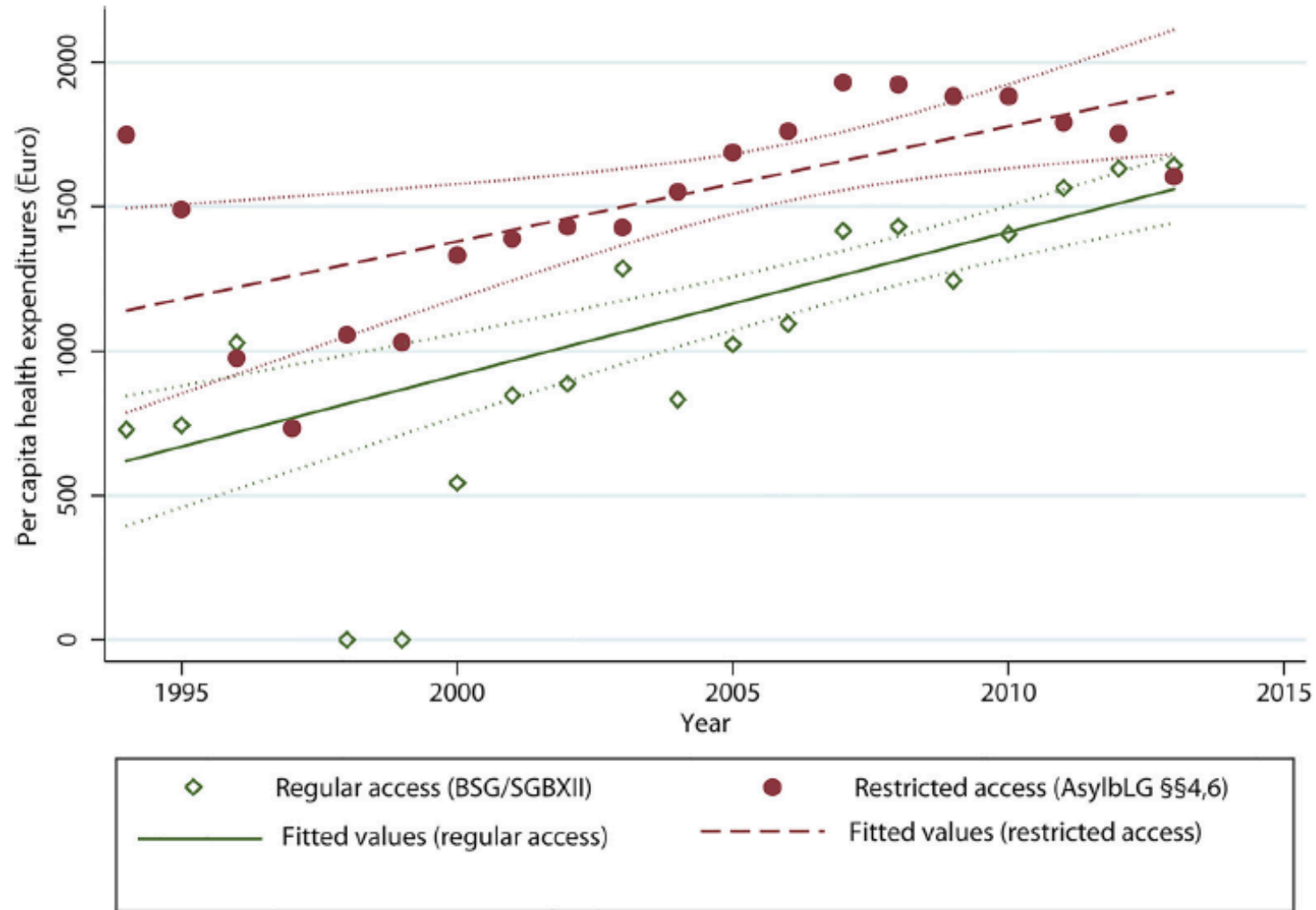
Krankenkasse ist jedoch nicht Kostenträger – Rückerstattung

keine tatsächliche Mitgliedschaft bei der Krankenkasse

Kostenträger: Sozialbehörde

Kostenübernahme Dolmetscher

Krankenkassen übernehmen keine Kosten



■ Traumafolgestörungen

Arten der Traumatisierung

	Akzidentelles Trauma	Man-made Trauma
Kurzzeitiges Trauma	Verkehrsunfall	Körperlicher oder sexueller Übergriff
Langandauerndes Trauma	Naturkatastrophe	Folter und Krieg

(nach Maercker, 2009)

Folgen der Traumatisierung

Prävalenz

Asylbewerber in Deutschland	40% Posttraumatische Belastungsstörung (Gäbel et al., 2006)	
	33.2% Posttraumatische Belastungsstörung	
	21.9% depressive Erkrankungen (Niklewski et al., 2012)	
Opfer von Folter und Vertreibung	31% Posttraumatische Belastungsstörung	
	31% Depression (Steel et al., 2009)	
	76% chronische Schmerzen (Olsen et al., 2007)	

Migration und Postmigration

Migrationsakt

freiwillig

unfreiwillig

Postmigrationsstressoren

Prädiktoren für Entwicklung psychischer Erkrankungen

Migrationsprozesse



Weitere Einflüsse: Alter, Geschlecht, Bildung, Unterstützung

(Keilson 1979; Van Willigen, Hondius & Van der Ploeg 1995)

Postmigrationsstressoren

Aufenthaltsstatus

Dublin-Verordnung

Asylklageprozess

Eingeschränkter Zugang zu gesundheitlicher Versorgung

Verschlechterung der psychischen Gesundheit

Postmigrationsstressoren

Heimunterbringung

Eingeschränkter Zugang zu Arbeit, Ausbildung und Studium

Inaktivität, Hilflosigkeit

Gesellschaftliche Marginalisierung und fehlende Partizipation

Psychische Belastung als Prädiktor für Postmigrationsstress

Behandlungsansätze

Psychotherapie

S3-Leitlinien (Flatten et al., 2011)

Trauma-adaptierte Psychotherapie soll jedem Patienten mit PTBS angeboten werden

Behandlung

Signifikante Reduktion der PTBS-Symptomatik sowie der Depression und der Angst
(Lambert & Alhassoon, 2015; McFarlane & Kaplan, 2012; Slobodin & de Jong, 2014)

Unzureichende empirische Grundlage zu effektiven Behandlungsansätzen
Wenige Ansätze für mehrfach Traumatisierte

Psychotherapie

Traumafokussierter Ansatz

Fokussiert Psychopathologie
Aufdeckender Ansatz

Stabilisierender Ansatz

Fokussiert psychosoziales Funktionsniveau
Aufbau innerer Struktur

z.B. Imaginationsübungen, Atemübungen,
Skills

Vergleichbarkeit der Ansätze ist eingeschränkt

Überlegenheit traumafokussierter Ansätze (Palic u. Elklit 2011; Nickerson et al. 2011).

Psychotherapie-Empfehlung

Traumafokussierter Ansatz + Multimodaler Ansatz

(Integration + Aufenthaltsrecht +
medizinische Maßnahmen)

Symptombezogene Hindernisse bei der Exploration

- u.a. :
- Misstrauen, Rückzugs- und Isolationstendenzen
- Mangelnde Kommunizierbarkeit von traumatischen Erfahrungen
- Scham- und Schuldgefühle
- Vermeidung der Thematisierung traumatischer Erfahrungen aus Furcht vor affektiven Kontrollverlust
- Assoziative Verknüpfung der (gutachterlichen) Exploration mit vergangenen Verhör- und Foltererfahrungen
- Dissoziativ bedingte Gedächtnisstörungen & Einschränkungen des Affekterlebens (Affektisolierung/ -abspaltung/-abstumpfung)
- Konzentrationsstörungen

(Knaevelsrud et al., 2012)

Kulturspezifische Aspekte im therapeutischen Setting

- u.a.:
- Unterschiedliche Definition des Selbst in kollektivistischen und individualistischen Kulturen
- Kommunikationsformen (nonverbal/ verbal)
- Verhaltensweisen gegenüber Fremden/ Autoritäten
- Soziale Folgen für Gewaltopfer auf Grund vorherrschender Tabus
- Vorstellung von Hilfe und Unterstützung
- Heilserwartungen
- Bedeutung von Symbolen und Träumen
- Rolle der Krankheit (sek. Krankheitsgewinn)

Psychoedukation

Kultureller Kontext prägt Krankheitsentwicklung, Krankheits- und Bewältigungsverständnis

Erklärung der Rolle des Therapeuten

Psychoedukation

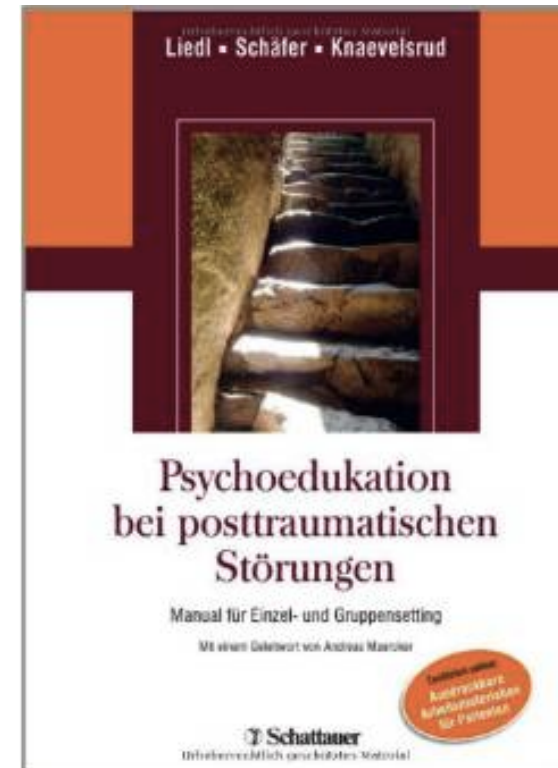
Spezifisch für Flüchtlinge, Kriegs- und Folteropfer
Zielgruppe: therapeutisch Tätige

Modularer Aufbau

Leitfaden-Charakter bzw. Kompetenzerweiterung

Informations- und Übungsblätter

Einzel- und Gruppensetting



Narrative Expositionstherapie

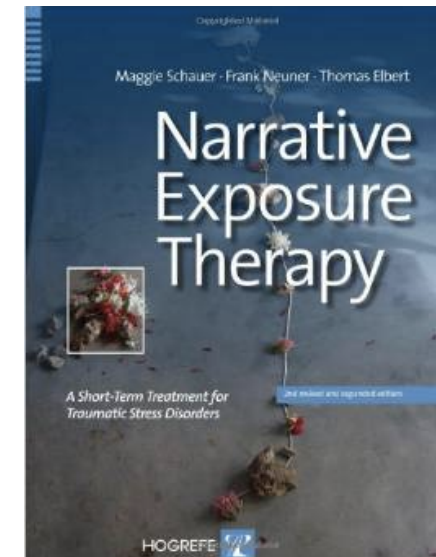
Kurzzeitintervention

Inhalt

Psychoedukation

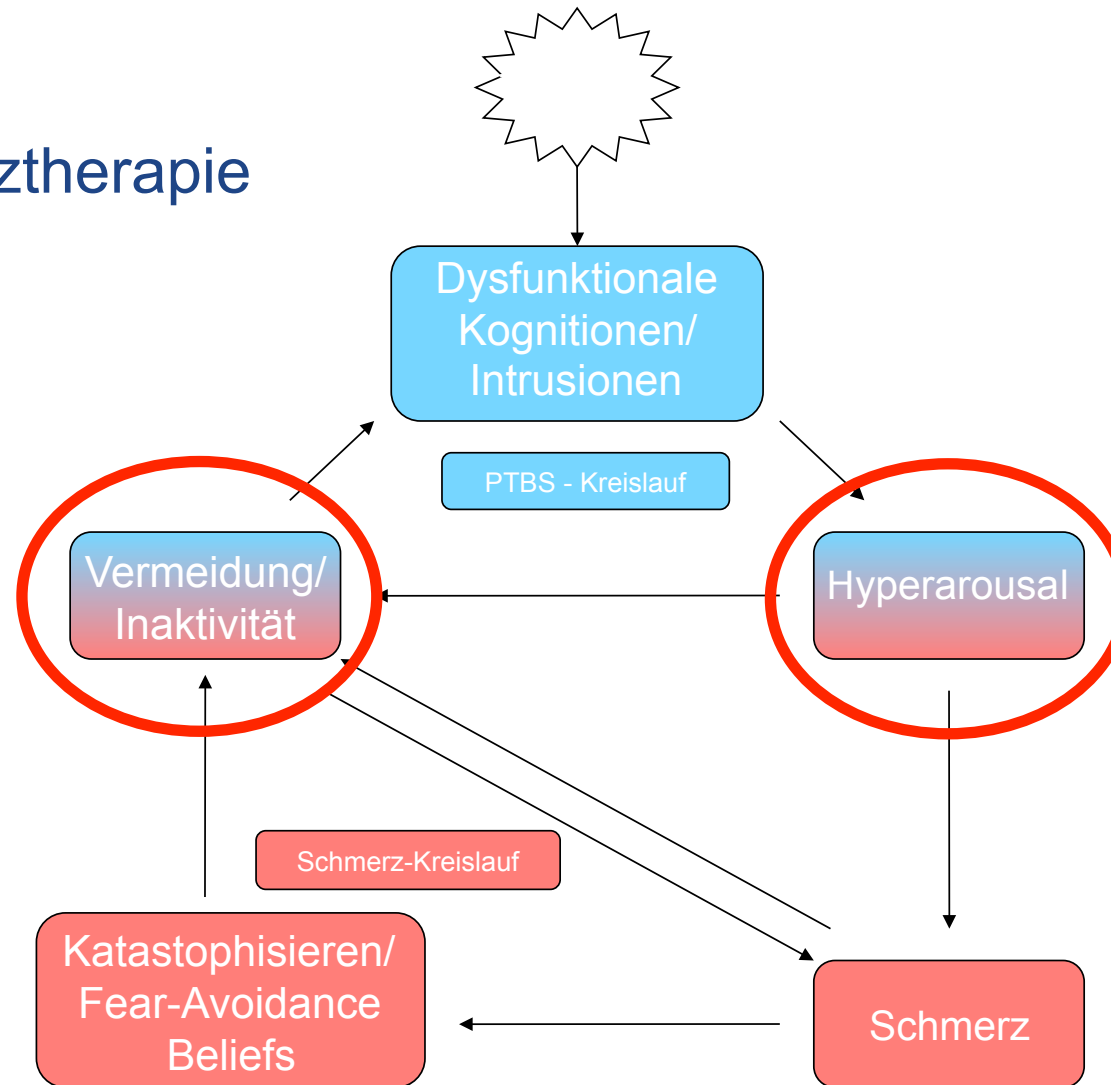
Konfrontation in sensu

Integration der traumatischen Erfahrungen in Biografie



Wirksamer Ansatz (Nickerson et al. 2011; Neuner et al. 2010; Neuner et al. 2004; Robjant u. Fazel 2010)

Schmerztherapie



Perpetual Avoidance Model (Liedl et al., 2008)

Schmerztherapie

Ablauf der Sitzungen (1 x Woche à 90 min)

Phase 1 (Sitzung 1 - 2):

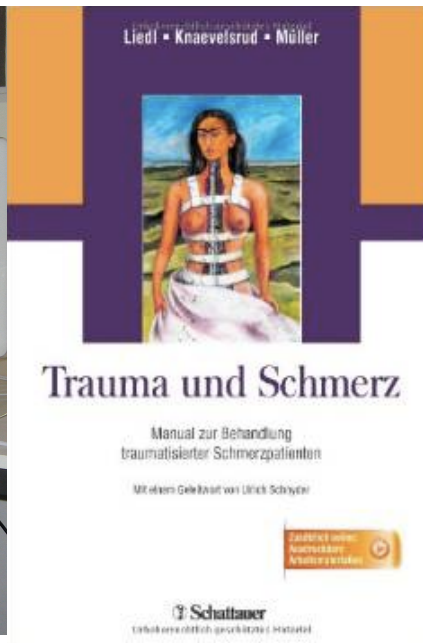
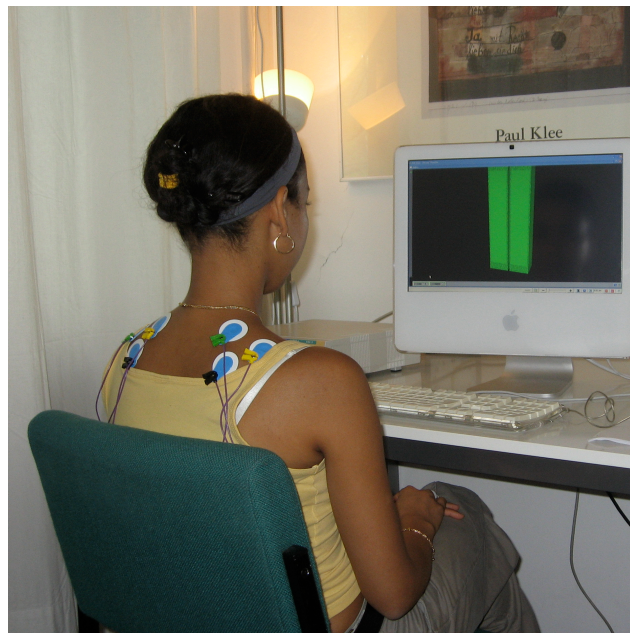
Psychoedukation und Entwicklung eines individuellen Störungsmodells,
Ableitung eines individuellen Behandlungsrationalis

Phase 2 (Sitzung 3 - 6):

Individuelle Entspannungsverfahren, biofeedback-gestützte Übungen,
Spannungs- /Schmerz- und Entspannungssituationen;
Hausaufgaben mit Entspannungsübungen

Phase 3 (Sitzung 7 - 10):

Kognitive Restrukturierung bzgl. dysfunktionaler Gedanken,
Verhaltensmuster und/oder Inaktivität, Evaluation erlernter Methoden



Medikation

Rein medikamentöse Behandlung nicht ausreichend (Flatten et al., 2011)

Umgang

Abklärung bisheriger Medikamenteneinnahme

Erklärung von Einnahme- und Dosierungsanleitung

Aufklärung hinsichtlich der Wirkung (Crux: Passivität in Psychotherapie)

Konklusion

Multimodale Therapieansätze

- Psychotherapeutische Versorgung
- Medizinische Versorgung
- Aufenthaltsrechtliche Beratung
- Psychosoziale Integration

Qualifizierte Begutachtung

Zeitnahe Entscheidung

Ermächtigung von Psychotherapeuten in Psychosozialen Zentren und
Privatpraxen

Dolmetscher

Christine Knaevelsrud^{1,2} · Nadine Stammel^{1,2} · Maria Boettche^{1,2}

¹Klinische Psychologie und Psychotherapie, Freie Universität Berlin

²Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin e.V., Berlin

Posttraumatische Belastungsstörungen bei Folter- und Kriegsopfern

Diagnose und Behandlung

Zusammenfassung

Die posttraumatische Belastungsstörung ist eine häufige Folge von Folter- und Kriegserfahrungen. Zusätzlich zu der traumatischen Exposition wird das Erkrankungsrisiko durch Migrationsstressoren wie den Migrationsakt selbst und spezifische Postmigrationsstressoren erhöht. Die besonderen strukturellen Merkmale (Sprachbarrieren, interkulturell divergierende Krankheits- und Behandlungskonzepte, Aufenthaltsrechtliche Unsicherheiten) bedürfen bei der Diagnostik und der psychotherapeutischen Behandlung expliziter Aufmerksamkeit. In diesem Beitrag wird das Störungsbild der (komplexen) posttraumatischen Belastungsstörung bei Kriegs- und Folteropfern beschrieben, übersetzte und validierte diagnostische Verfahren werden vorgestellt und auf besondere Aspekte psychotherapeutischer Behandlungsmöglichkeiten wird eingegangen.

Schlüsselwörter

Migration · Kommunikationsbarrieren · Psychische Gesundheit · Chronischer Schmerz · Kulturelle Unterschiedlichkeit