

Spracherwerb trotz Trauma?

**Wie Traumatisierungen und das Leben als
Asylsuchende das Lernen bei Geflüchteten
beeinflussen**

Colloquium

Langues & Réfugiés - Sprache & Geächtete

5./6. Dezember 2016

Université de Fribourg

Institut de plurilinguisme - Institut für Mehrsprachigkeit

Dr. med. Oliver Schwald

Überblick

Faktoren und Einflussfaktoren für Schwierigkeiten im Spracherwerb bei traumatisierten Flüchtlingen:

- **Einschränkende Lebensbedingungen und fehlende Lebensperspektiven v.a. in der Zeit des Asylprozesses**
- **Sequentielle Traumatisierung und die Auswirkung auf das Lernen**
- **Folgerungen**



Anna-Sabrina Zürcher

Fumetto 2005

internationales Comixfestival zum Thema Integration

«health migrant effect» vs. Risikogruppe Flüchtlinge und Vertriebene

→ *health migrant effect*: Migranten leiden grundsätzlich nicht häufiger an psychischen Störungen als Menschen ohne Migrationshintergrund (Glaesmer et al., 2009; Lindert et al. 2008). **Annahmen: Es migrieren meist gesunde Menschen, die über ausreichend Ressourcen verfügen (Glaesmer et al., 2009)**

→ **Risikogruppe** = vulnerabler für psychische Störungen durch...

- a) **Prämigrationsstressoren** (lang andauernde & wiederholte interpersonelle (Typ 2) Traumata z.B. Krieg, Verfolgung, Folter (Johnson & Thompson, 2008; Mollica et al., 1997)
- b) **Migrationsakt** z.B. «Schlepper», unsicherer und lebensbedrohlicher Fluchtweg und
- c) **aversive Postmigrationsstressoren** z.B. unsicherer Aufenthalt, lang andauernder Asylprozess (Carswell et al. 2009; Schweitzer et al. 2011, Steel et al., 2011)

→ **Flüchtlinge = erhöhtes Erkrankungsrisiko** durch Erleben kumulativer traumatischer Ereignisse **VOR, WÄHREND** und **NACH** der Migration (Fazel et al. 2005; Porter & Haslam, 2005)

Prävalenzraten Wie häufig sind Flüchtlinge traumatisiert?

ca. 40- 50% aller erwachsenen Flüchtlinge bzw. Asylsuchenden weisen eine **posttraumatische Belastungsstörung (PTSD/PTBS)** auf (BPrK, 2015; u.a. Lersner et al. 2008, Gäbel et al. 2006; Silvove et al., 1997)

Die PTSD (30,6 %) ist neben der Depression (30.8%) eine häufige Folge von Folter- und Kriegserfahrungen (Steel et al., 2009)

Bei bis zu 80% der traumatisierten Flüchtlingen: Komorbidität zw. PTSD und chronischen Schmerzen (Jong et a., 2001, Liedl & Knaevelsrud, 2011)

15 Mal höhere PTBS –Rate bei Flüchtlingskindern als bei in Deutschland geborenen Kindern (Ruf et al. 2010).

40% der erwachsenen traumatisierten Flüchtlinge (Neuner et al. 2009) und rund ein Drittel von Flüchtlingskinder- und Jugendlichen sind oder waren schon einmal suizidal (Ruf et al. 2010).

Offt chronischer Verlauf der PTSD und der damit assoziierten Traumafolgestörungen bei Kriegs- und Folteropfern (Boehnlein et al. 2004; Marshall et al. 2005)

Risiko- und Schutzfaktoren

Risiko-Faktoren

- **Dosis-Wirkungs-Effekt** (je höher Anzahl traumatischer Ereignisse, desto höher Risiko für PTSD)
- **Politischer Terror innerhalb des Herkunftslands**
- **Foltererfahrung bzw. spezifische Aspekte der Folter** (Steel et al., 2009)
- **Höheres Lebensalter, weibliches Geschlecht**
- **Niedrige Qualität der posttraumatischen Lebensbedingungen: eingeschränkte finanzielle Mittel, erschwerter Zugang zum Arbeitsmarkt, sprachliche Anerkennung**
- **Verzögerung des Asylprozesses, vorläufige Aufnahme**
- **Einsamkeit und Eintönigkeit in Flüchtlingslagern/Lebenssituation** (Johnson & Thompson, 2008)

Schutzfaktoren

- **Vorhersagbarkeit bzw. Vorbereitung auf das traumatische Erlebnis (z.B. wegen politischer Aktivität)**
- **Soziale Unterstützung**
- **Religiosität**

Sequentielle Traumatisierung nach Keilson (1979) und das modifizierte Modell von Becker (2006)

Erweiterung des klassischen Konzepts der Traumatisierung um einen grösseren sozialen und politischen Rahmen und Beschreibung der kumulativen Wirkung der erlebten Belastungen in der jeweiligen Phase.

Der letzten Sequenz die Wiedereingliederungsphase – wird die stärkste kumulative Wirkung des erlebten Traumas zugeschrieben. Die Zeit des Neuanfangs und Rückkehr zur Normalität wird häufig als die schwierigste Zeit beschrieben.

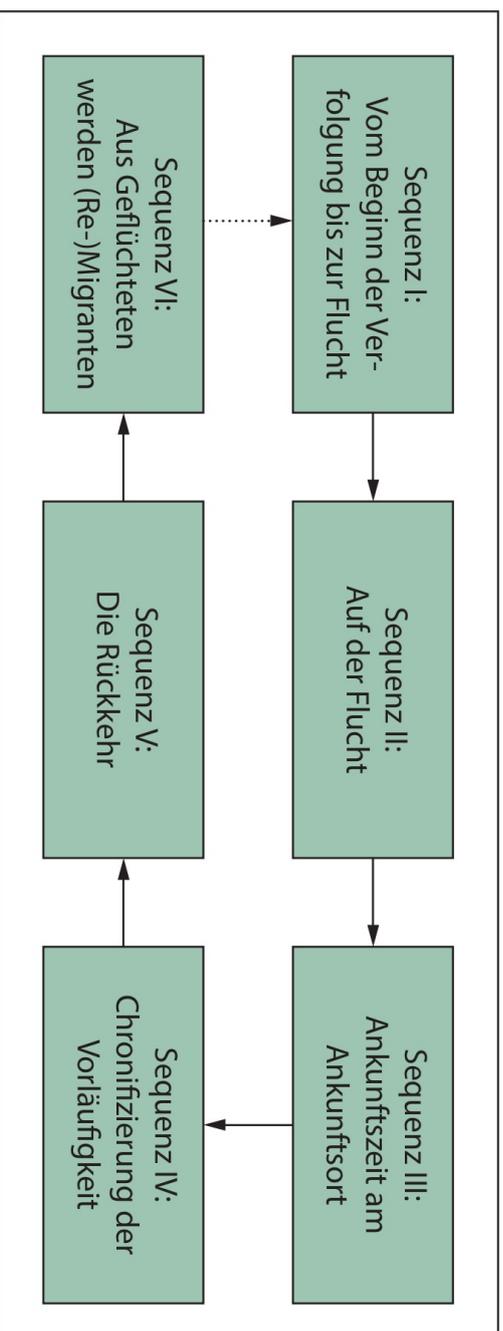


Abbildung 5: Traumatische Sequenzen bei Geflüchteten nach Becker (2006)

4. Sequenz: Chronifizierung der Vorläufigkeit

Zeit in der über den Asylantrag entscheiden wird, Unklarheit über die eigene Zukunft vorherrscht
Ein Ankommen im Aufnahmeland ist strukturell und intrapsychisch kaum möglich, der Bruch mit der Heimat hat schon stattgefunden, d.h. ethnische und kulturelle Zugehörigkeit ist in Frage gestellt, von der Aufnahmegesellschaft ist man noch stigmatisiert bzw. systematisch deprivilegiert.

Unsicherheit über den künftigen Aufenthalt, langdauernder Asylprozess
Beengte Wohnverhältnisse, fehlen von Privatsphäre, Teilen von sanitären Anlagen und Küche mit anderen Bewohnern aus unterschiedlichen Nationalitäten (Konflikte)
Hohe Fremdbestimmung, eigen gesellschaftliche Rollen können nicht mehr praktiziert werden
Abgeschiedenheit der Zentren – Isolation
Zugangsbarrieren zu medizinischer Versorgung

Sequenz VI Aus Geflüchteten werden Migranten

Phase der Niederlassung

Mit dem anerkannten Asylstatus kann die Brücke zur „regulären“ Migration geschlagen werden. Grundlage für den Prozess der Akkulturation ist geschaffen und vergleichbare Erfahrungen wie andere Migranten, mit „klassischen“ Migrationsbarrieren, wie Erlernen der neuen Sprache, erlebte Diskriminierung, erschwere Arbeitssuche oder Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem

Adaptationsphase:

Bei erfolgreicher Akkulturation gelingen die Integrationsbemühungen des Geflüchteten und der Aufnahmegesellschaft

Posttraumatische Belastungsstörung

4 Symptomcluster

B) **Intrusion** Anhaltende Erinnerung oder Wiederbelebung durch aufdringliche Nachhallerinnerungen, Flashbacks, Träume

(C) **Vermeidung**: von belastenden Gesprächsthemen, Gedanken an Erinnerungen, Orte, Situationen, die an traumatisches erinnern.
Meiden der Nähe von fremden Menschen
Meiden von lauten Orten, Menschenansammlungen

(D) **Negative Veränderungen in Kognition und Stimmung**: andauernde (Selbst-)Beschuldigungen, andauernder negativer emotionaler Zustand, Rücksichtsloses oder destruktives Verhalten
Niedergeschlagenheit, wütende Reaktionen – Gefühl die Kontrolle zu verlieren, nicht mehr normal zu sein

(E) **Überregung**: übersteigerte Wachheit, Schreckhaftigkeit (z.B. Zusammenzucken bei Geräuschen, plötzlichen Bewegungen
hohe Wachsamkeit – es soll nie wieder passieren – was wird als Gefahr bewertet? (Flugzeug)
katastrophisierende Ängste
, Reizbarkeit, Wutausbrüche, Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen

Klinische Subtypen **mit/ohne Dissoziation**

Andere Störungen:

- Komplizierte Trauer
- Angst und Panikstörungen
- Posttraumatische Somatisierungsstörungen
- Depression und Anpassungsstörungen

¹. Januar 2013
Hier steht der Name der Präsentation

Lernhindernisse durch Traumafolgestörungen – Aufmerksamkeit und Konzentration

Bei Depression, Posttraumatischer Belastungsstörung und Schlafstörungen

Depression kann zu Einschränkungen in Konzentration kommen, die das Fokussieren auf eine Tätigkeit schier unmöglich macht.

Entschlussfähigkeit kann eingeschränkt sein, sodass schon alltägliche Entscheidungen schwer zu treffen sind.

Aufmerksamkeits- und Konzentrationseinschränkungen bei der **PTBS**:

Intrusionen sowohl tagsüber wie auch in der Nacht – solche Inhalte von traumatischen Erlebnissen sind, wenn noch nicht verarbeitet, relevanter als die Lerninhalte, es gelingt nicht bei der Sache zu bleiben

Beanspruchung der Aufmerksamkeit für **traumabezogene Reize** (scheinbar harmlose Situationen führen zu Angst und Entsetzen, Erregung)

Zeitweise **geistige Abwesenheit** im Gespräch, Gefühl nichts in den Gesprächen mitzubekommen: dissoziative Zustände – Wahrnehmung an die Umgebung ist eingeschränkt, Grübeln über die Vergangenheit und erlebten Verluste

Lernhindernisse durch Traumafolgestörungen – Aufmerksamkeit und Konzentration

Gestörter Schlaf: verursacht Tagesmüdigkeit und Beeinträchtigung der Aufmerksamkeit – Schlaf spielt auch in Bildung und Verfestigung von Gedächtnisinhalten eine zentrale Rolle.

Bestehen stark ablenkende Themenbereiche, ist es für Betroffene schwierig neue Informationen zu verarbeiten. Gerade Menschen, die aus Kriegsregionen geflüchtet sind und deren nahe Angehörige oder ihre Kinder noch im Kriegsgebiet leben oder auf der Flucht verloren gegangen sind, sind häufig sehr beschäftigt und es gelingt ihnen nur schwer, die Aufmerksamkeit auf die Aufgaben in der aktuellen Lebenssituation zu lenken.

Handlungsempfehlungen

¹ Januar 2013
Hier steht der Name der Präsentation

Therapie und Beratung für psychisch belastete Asylsuchende

→ «Gute» migrationsspezifische Beratung bzw. Behandlung von Flüchtlingen sollte in oder vor dem Hintergrund eines *interdisziplinären Setting* erfolgen.

→ Essenziell um einen alle Lebensbereiche umfassenden Behandlungserfolg bei Flüchtlingen zu erzielen ist eine enge Zusammenarbeit von...

- Sozialarbeitern,
- Psychotherapeuten,
- Mediziner*innen (z.B. Hausärzten, Spezialärzten)
- Physiotherapeuten und
- Juristen nötig (Knaevelsrud, Stammel, Boettche, 2012).

Bei bestehenden Sprachbarrieren ist zudem der Einsatz von

- Dolmetschern unablässig (Behrens & Calliess, 2008).

Axel Honneth - Spähren der Anerkennung

Liebe – physische und psychische Misshandlung können das Grundvertrauen in sich und die Welt massgeblich schwächen. Das Vertrauen in eine sichere soziale Umgebung bei traumatisierten Flüchtlingen gelingt nur durch parteiisches wertschätzendes Beziehungsangebot. Es braucht Zeit und Geduld, wiederholte psychische Einbrüche müssen akzeptiert werden.

Recht – Entwicklung von Selbstachtung basiert auf Gewährung gleicher Rechte in gesellschaftlichen Zusammenhängen. Asylsuchenden (und psychisch kranken Menschen) werden spezifische Rechte kurz oder langfristig verweigert, mit Ausschluss gesellschaftlicher Partizipation.

Solidarität – soziale Wertschätzung heisst, dass eine Person sich auf eigene Leistungen und Eigenschaften positiv beziehen kann und aufgrund eigener Talente und Fähigkeiten von der zugehörigen Gruppe geschätzt wird. Findet man keine soziale Wertschätzung in der Aufnahmegesellschaft, kann man sich seiner Fähigkeiten kaum gewiss werden und sich als geachtetes Subjekt fühlen.

Empfehlungen

Atmosphäre der Verlässlichkeit und Verbindlichkeit, Orientierung über Abläufe und Ziele

Basiswissen über Traumatisierung und Folgen:

was in einer Situation z.B. einem Zusammenbruch, Angstattacke oder Dissoziation zu tun ist, was unterstützend und was schädlich sein kann.

Notfalllisten für individuelle Kriseninterventionen – in Unterrichtssituation sollte der Stabilität der Gruppe immer der Vorrang gegeben werden, vor der Auseinandersetzung mit einer einzelnen Person

Bei biographischer Arbeit ist Vorsicht geboten: es sollte jedem Teilnehmer offen stehen, was in der Gruppen veröffentlicht wird.

Körperarbeit und Entspannungsübungen können eingebaut werden, können entlastend wirken. Auch Aktivierungsübungen am Morgen (Schlafstörungen) od bei Leistungsabfall

Gedächtnistraining

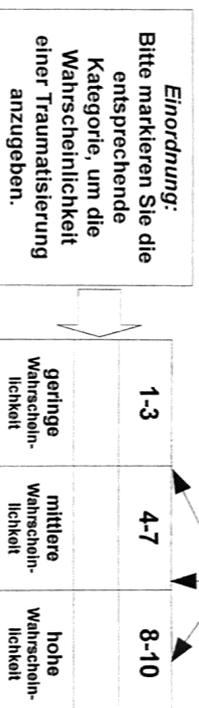
Massnahmen zur Psychohygiene und Supervisionsmöglichkeit der Lehrkräfte

Fragebogen und Beobachtungen zur Früherkennung von Asylsuchenden mit traumatischen Erlebnissen

Dieser Fragebogen eignet sich nicht, den rechtlichen Status des Asylsuchenden zu bestimmen oder Ansprüche und Rechte der Person in weiteren Verfahren zu beschränken.

Die Antworten sollen sich auf die vergangenen zwei Wochen beziehen		Ja	Nein
1.	Haben Sie häufig Schwierigkeiten einzuschlafen?		
2.	Haben Sie häufig Alpträume?		
3.	Leiden Sie häufig unter Kopfschmerzen?		
4.	Leiden Sie häufig unter anderen körperlichen Schmerzen?		
5.	Werden Sie schnell wütend?		
6.	Haben Sie häufig Erinnerungen an schmerzhaftere Ereignisse?		
7.	Haben Sie häufig Angst?		
8.	Vergessen Sie häufig Dinge im Alltag?		
9.	Haben Sie das Interesse an ihrer Umwelt verloren?		
10.	Haben Sie häufig Probleme sich zu konzentrieren?		

Anzahl der mit „ja“ beantworteten Fragen ▶



PROTECT Process of Recognition and Orientation of Torture victims in
European Countries to facilitate Care and Treatment

Bitte überweisen Sie den Asylsuchenden im Falle einer „mittleren“ oder „hohen“ Wahrscheinlichkeit zur weiteren Untersuchung an eine psychologische oder medizinische Fachstelle!

Weitere Beobachtungen:

Name des Asylsuchenden:

Herkunftsland:

Bitte geben Sie eine Kopie des ausgefüllten Fragebogens an den Asylsuchenden mit dem Hinweis, dieses Dokument bei der Konsultation von Ärzten, Psychologen oder Behördenmitarbeiter/innen vorzulegen.

Datum:

Organisation
(Stempel) 1. Januar 2013
Hier steht der Name der Präsentation

Unterschrift

Wo erhalten traumatisierte Flüchtlinge Hilfe? Welche Organisationen gibt es?

- **«Support for Torture Victims»** Zusammenschluss der fünf Ambulatorien in der Schweiz (Bern, Zürich, St. Gallen, Lausanne, Genf), die auf Traumatherapie bei Kriegs- und Folteropfern spezialisiert sind: www.torturevictims.ch.
- **www.migesplus.ch**, bietet viele Publikationen, Wegweiser, Dienstleistungen usw. zu Migration und Gesundheit, in bis zu 18 Sprachen. Hier auch: Trauma-Broschüre des SRK «Wenn das Vergessen nicht gelingt» (in zahlreichen Sprachen)
- **regionale nicht-medizinische Anlaufstellen** für Migrantinnen und Migranten. Informationen zu den entsprechenden Stellen erhalten Sie über die zuständigen Sozialdienste.
- **unentgeltliche Rechtsberatung** für Asylsuchende und vorläufig Aufgenommene finden sie je nach Region entweder über die Hilfswerke oder gemeinnützige Vereine.
- Der **Suchdienst SRK** kann Migrantinnen und Migranten dabei unterstützen, im Heimatland vermisste oder auf der Flucht verlorene Familienangehörige zu suchen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

