

Traumatisierung durch Folter, Krieg & Flucht

Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen im Ambulatorium für Folter- und Kriegsopfer SRK

Migration, Trauma und professionelle Begleitung

Prof. Dr. med. Dr. phil. Peter Kaiser, Dipl. Trop. Med. & Hygiene Univ. Mahidol Bangkok
Psychiater und Psychotherapeut, Tropenmedizin
Ärztlicher Leiter Ambulatorium SRK
peter.kaiser@redcross.ch

Inhalt und Ziele

- 1) Angebot des Ambulatoriums für Folter- und Kriegsopfer des Schweizerischen Roten Kreuzes kennen lernen
- 2) Traumatisierung durch Krieg, Folter, Flucht: Traumafolgen kennen, speziell Flashbacks & Trigger
- 3) Praktische Kenntnisse zum Umgang mit Traumatisierten

Allgemein:

Sensibilisierung für Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen



1. Ambulatorium für Folter- und Kriegsopfer Sicherheit – Respekt – Kontakt

Erst eine 1990 vom Schweizerischen Roten Kreuz in Auftrag gegebene Studie machte deutlich, wie stark auch in der Schweiz lebende anerkannte Flüchtlinge von systematischer Gewalt betroffen sind. Ca. **25% der Flüchtlinge sind traumatisiert durch Krieg und Folter.** Auf Basis dieser Studie wurde 1995 in Bern das erste Therapiezentrum für Folteropfer (TZFO) in der Schweiz gegründet.

Heute müssen wir davon ausgehen, dass 40- 50% aller Asylsuchenden an einer Traumafolgeerkrankung leiden.

(BPtK, 2015; u.a. Lersner et al. 2008, Gäbel et al. 2006; Silvove et al., 1997)



Schweizerisches Rotes Kreuz
Ambulatorium für Folter- und Kriegsopfer



Verbund „support for torture victims“

a f k

Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer Zürich
Schweizerisches Rotes Kreuz / Universitätsspital Zürich

Zürich: 2003 / 2004

www.torturevictims.ch

Lausanne: 2004

c t g

Consultation pour victimes
de la torture et de la guerre Lausanne
Croix-Rouge suisse / Appartenances Vaud



GRAVITA | SRK ST.GALLEN
Zentrum für
Psychotraumatologie

St. Gallen: 2015

Genf: 2004

c t g

Consultation pour victimes
de torture et de guerre Genève
Croix-Rouge suisse / Hôpitaux Universitaires de Genève



Schweizerisches Rotes Kreuz
Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer



Bern: 1995

Schweizerisches Rotes Kreuz
Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer



Grenze Nordirak-Syrien 2014 10.000 Flüchtlinge



Notunterkunft nahe Iranische Grenze
Irak /Kurdistan 2014



Therapieangebot im Ambulatorium SRK

Integriert psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung für:

- Erwachsene,
- Kinder und Jugendliche
- Familienangehörige

Sozialberatung – Psychotherapie - Psychiatrie

ausserdem:

- Gruppentherapie für Frauen
- Elternkurs SAFE («Sichere Ausbildung für Eltern»)

Krieg, Gewalt, Folter



© Peter Kaiser 2018

Reuters

WER IST DER / DIE FREMDE? WER MIGRIERT / WER FLIEHT?

Schweizerisches Rotes Kreuz
Ambulatorium für Folter- und Kriegsopfer



**„GESETZT DEN FALL, WIR WÜRDEN EINES MORGENS
AUFWACHEN UND FESTSTELLEN,
DASS PLÖTZLICH ALLE MENSCHEN DIE GLEICHE
HAUTFARBE UND DEN GLEICHEN GLAUBEN HABEN,
WIR HÄTTE GARANTIERT BIS MITTAG NEUE
VORURTEILE.“**

(GEORG CHRISTOPH LICHTENBERG (1742-1799))

Schweizerisches Rotes Kreuz
Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer



Was schafft kulturelle Identität?

- Jeder Mensch hat
 - seine eigene Geschichte,
 - sein eigenes Leben,
 - seine eigene Familie
- Über was definiert man sich?
 - Nation
 - Geographie
 - Ethnie
 - Familie
 - Religion
 - Zugehörigkeit zu einer Minderheit
 - Politische Einstellung
 - Geschlecht
 - Alter
 - Schichtzugehörigkeit
 - Beruf
 - Allgemeine ethische und moralische Werte



Relevante Daten

- Geschlecht, Alter, (Mutter)sprachen
- Geburtsland, ethnische Zugehörigkeit
- Ort der maßgeblichen Sozialisation: ländlich, urban
- Schichtzugehörigkeit, Beruf
- Art und Ausprägung des religiösen Glauben
- Grund für Flucht
- Weltbild, Grundüberzeugungen, Wertesystem und Kausalattribution



Wo hört meine Toleranz auf?

Hintergrund

Vom Kopftuch bis zum Ganzkörperschleier

HIDSCHAB



Symbolisiert Religiosität und Weiblichkeit unter muslimischen Frauen. Wird in verschiedenen Farben getragen.

AL-AMIRA



Zweiteiler. Ein Teil umhüllt den Kopf, der andere wird eng um die Schulter gelegt. Wird in verschiedenen Farben getragen.

CHIMAR



Mantelartiger Schleier, der bis zur Taille reicht. Wird in verschiedenen Farben getragen.

TSCHADOR



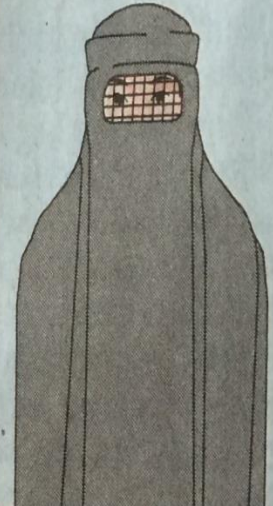
Ganzkörperschleier. Unter ihm wird oft ein kleinerer Schleier getragen. Nur in Schwarz.

NIKAB



Bedeckt vollständig das Gesicht. Wird zusammen mit einem langen Kleid (Abbaja) getragen. Nur in Schwarz.

BURKA



Ganzkörperschleier. Eine Art Gitter ermöglicht das Sehen nur nach vorne.

Wie interpretiert der „Andere“ Lebensereignisse ?

Positive Ereignisse und Zustände:

- „Glück“, „Reichtum“, körperliche und psychische „Gesundheit“...

Negative Ereignisse und Zustände:

- Krankheit, Krieg, Verfolgung, Ablehnung, Flucht...

Interpretiert als:

- Zufall
- Strafe
- Prüfung
- Karma

➤ **Grundsätzliche
Auswirkung auf den
Umgang mit Ereignissen,
Zuständen,
Lebensplanung**



MENTAL HEALTH AND PSYCHOSOCIAL CARE

Schweizerisches Rotes Kreuz
Ambulatorium für Folter- und Kriegsopfer



Migration und Mental Health

1. Prä-Migratorisch:

- Resilienz- und Coping-Faktoren
- Belastungen / Traumata

2. Während der Migration:

- Resilienz- und Coping-Faktoren
- Belastungen / Traumata

3. Post-Migratorisch:

- Resilienz- und Coping-Faktoren
- Belastungen / Traumata



SEQUENTIELLE TRAUMATISIERUNG

Sequentielle Traumatisierung (Keilson 1979) **Sequenzabfolge bei Flucht und Exil** (Becker 2006)

Ausgangsbedingungen

- Kulturelle und soziale Risiko- und Schutzfaktoren
- Individueller psychischer und körperlicher Gesundheitszustand (Prämorbidität)

Vorfluchtphase

- Traumatisierungen durch Krieg und Vertreibung
- Trennungen, Verlusterlebnisse...

Flucht

- Traumatisierung während der Flucht
- Beziehungs-Abbrüche
- Verlust des biografischen Kontinuums...

Exil

- Wohnsituation (Umzüge, Konflikte..)
- Unklarer Aufenthaltsstatus
- Enttäuschung, Irritation / fehlende Orientierung
- Sorge um Familie...

Schweizerisches Rotes Kreuz
Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer



Trauma

Typologie von traumatischen Ereignissen (nach Terr, 1991 etc.)

	Akzidentelle Traumen (technisch / Natur)	Man-made Traumen (zwischenmenschliche Traumen)
Typ-I-Traumen kurzdauernde	<ul style="list-style-type: none"> • Verkehrsunfälle • Berufsbedingte /z.B. Polizei, Feuerwehr, Rettungskräfte) • Arbeitsunfälle • Kurzdauernde Naturkatastrophen (z.B. Wirbelsturm, Blitzeinschlag) 	<ul style="list-style-type: none"> • Körperliche / kriminelle Gewalt • Vergewaltigungen • Zivile Gewalterlebnisse (z.B. Banküberfall) • Verursachung tödlicher Unfälle induziert durch suizidale Personen
Typ-II-Traumen langdauernde/wiederholt	<ul style="list-style-type: none"> • Langandauernde Naturkatastrophen (Flut, Erdbeben) • Technische Katastrophen (z.B. Giftgasunfall, Kernreaktorunfall) 	<ul style="list-style-type: none"> • Sexuelle und körperliche Misshandlung in der Kindheit • Geiselhaf • Kriegserlebnisse • Folter und politische Inhaftierung • Massenvernichtung (KZ-/Vernichtungslagerhaft)

Definition Trauma

- Ein Ereignis, das nahezu bei jedem Menschen Gefühle von Ausgeliefertsein, Hilflosigkeit und Verzweiflung hervorruft

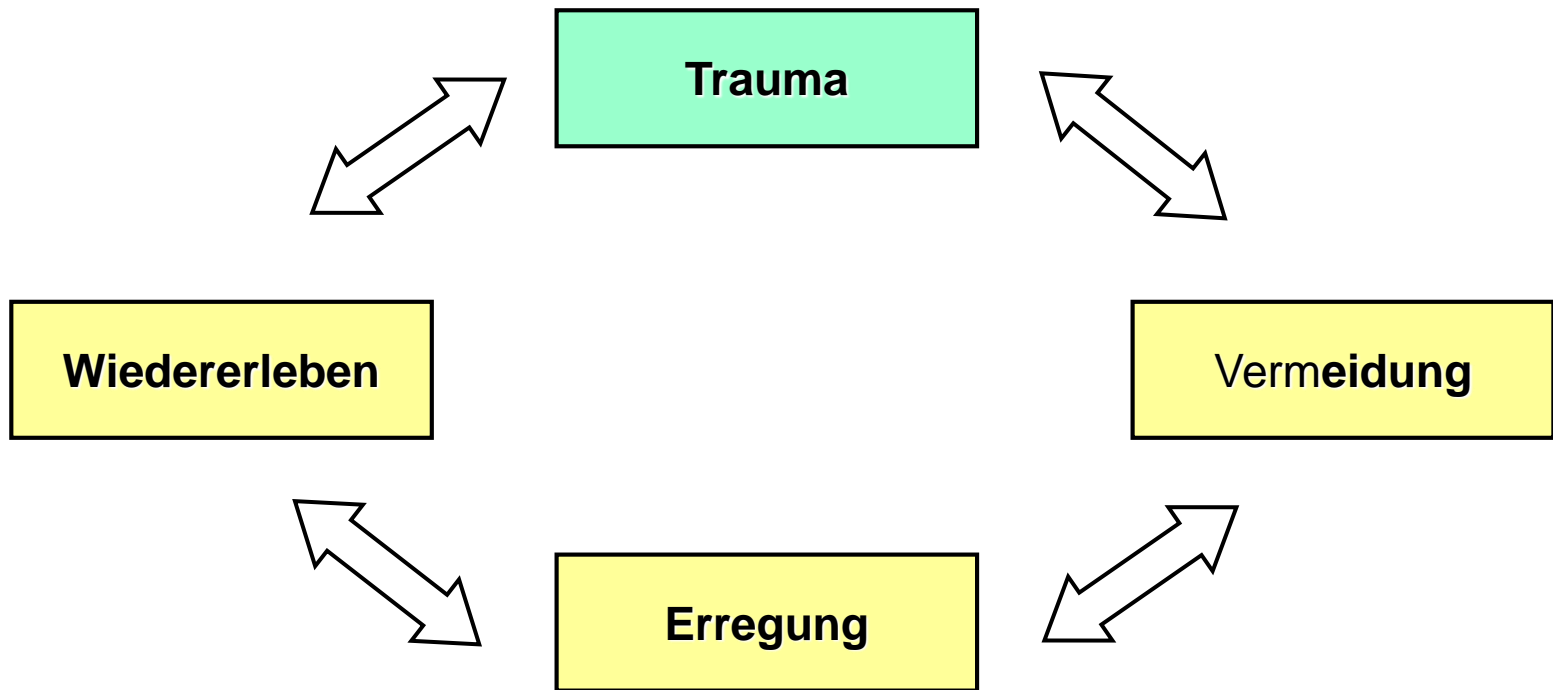
(nach ICD-10)

- Unerwartete Ereignisse, die die individuellen Fähigkeiten, die Situation zu kontrollieren, übersteigen und zu einer nachhaltigen Erschütterung von zentralen Vorstellungen, Werten und Bedürfnissen führen

(nach McCann & Pearlman, 1990)



Grundmuster posttraumatischer Reaktionen



Veränderte Selbst- und Weltsicht

Vor Trauma	Nach Trauma
Sicherheit	Verletzlichkeit, Angst
Vertrauen (Bindungen)	Misstrauen, Resignation, Trauer
Unabhängigkeit	Abhängigkeit, Hilflosigkeit
Handlungsfähigkeit	Ohnmacht, Passivität
Achtung, Würde, Gerechtigkeit	Verachtung, Frustration, Wut
Intimität	Entfremdung
Identität	Unsicherheit, Verwirrung
Orientierung im Leben (Verstehen und Verständnis, Sinn, Bedeutung)	Verlorenheit (Fehlende Perspektiven und Visionen)





Goma Kongo (former Zaire)
Border to Ruanda 1994
Ethnic conflict Hutu / Tutsi

WER ist **Täter**?
WER ist **Opfer**?

Schweizerisches Rotes Kreuz
Ambulatorium für Folter- und Kriegsopfer





Goma Kongo (former
Zaire)
Border to Ruanda 1994
Ethnic conflict Hutu / Tutsi
IMMER Opfer

Folter

Foltermethoden

(Corvalan, 1989)

1. Körperliche Folter

Methoden, die Schmerzen verursachen und Dysfunktionen verschiedener Körperteile (Schläge, Verbrennung, elektrische Folter, erzwungene Haltung, Aufhängen & anderes)

2. Biologische Gewalt

Deprivation (Schlafunterbruch, Entzug von Nahrung und Wasser, Vorenthalten von medizinischer Versorgung, Ersticken und anderes)

3. Sexuelle Folter

Verbaler Missbrauch und Demütigung, Vergewaltigung und andere

4. Psychologische Folter

Drohung gegen Familienmitglieder, Scheinexekution, erzwungene Zeugenschaft von Folterung anderer, Scheinerschiessung, Isolation, Deprivation von Wahrnehmungen, so dass die Person desorientiert und verwirrt wird



Traumatisierung durch Folter

zielt auf Erschütterung von

- Sicherheitsgefühl
- Gerechtigkeitssinn
- Zugehörigkeitsgefühl
- Selbstwertgefühl
- Lebenssinn



⇒ d.h. zielt auf die Zerstörung der Persönlichkeit
(Persönlichkeitsstruktur)

⇒ Mike Baker, ehem. CIA Agent: „Man bringt jeden dazu, alles zu sagen, aber man kann dem, was diese Personen dann sagen, keinen Glauben schenken“ (Quelle: AI Schweiz)

Schweizerisches Rotes Kreuz
Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer



Definition der Folter (Art. 1 Abs. 1 UNO-Konvention)

Schwere körperliche und geistig-seelische Schmerzen zufügen um

- ein Geständnis zu erzwingen
- für eine Tat zu bestrafen
- einzuschüchtern und zu nötigen
- zu diskriminieren

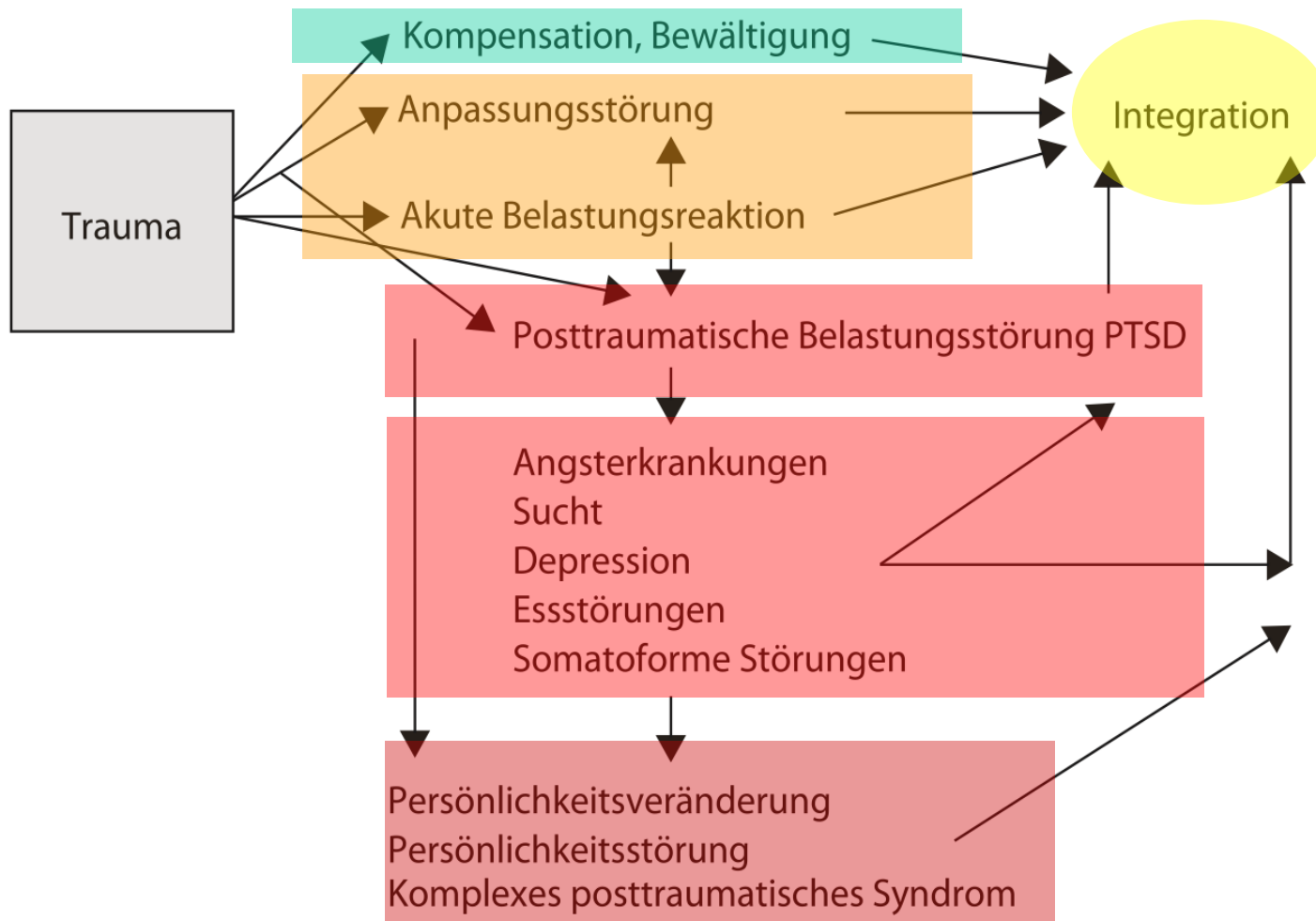
Angehörige des „öffentlichen Dienstes“ :Gebilligt, veranlasst, durchgeführt

- Preisgabe von Informationen, Geständnissen
- Beeinflussung
- Einschüchterung
- Isolation



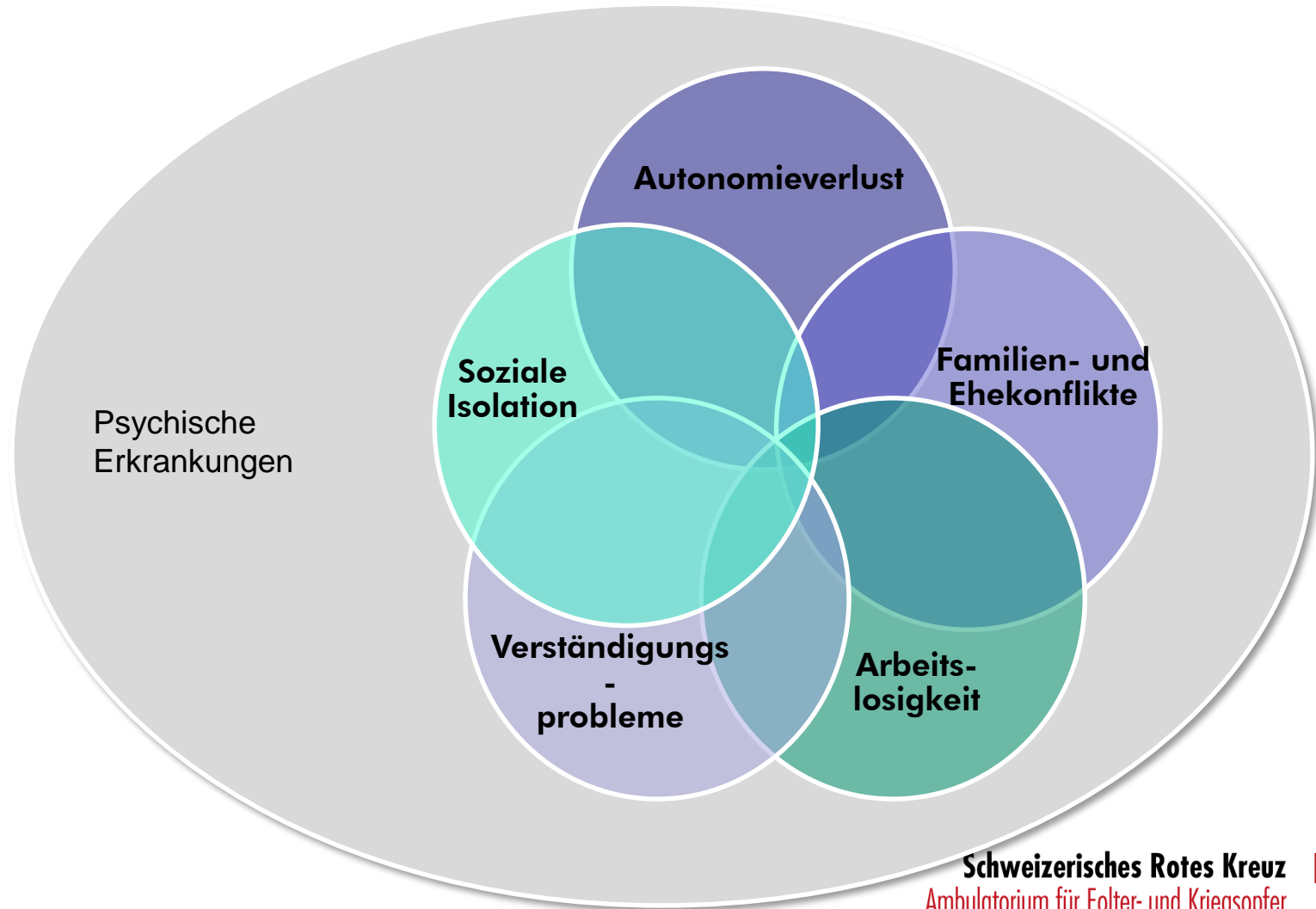
Symptomatik von PTSD und assoziierte Störungen

Psychische Folgestörungen nach Traumata



Psychosoziale Folgeprobleme

Welche Auswirkungen können Folter, Krieg und Flucht haben?



Schweizerisches Rotes Kreuz
Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer



Zusammengefasst handelt es sich bei den Symptomen der posttraumatischen Belastungsstörung prinzipiell um:

- Fortbestehende Bewusstseins- und Gedächtnisveränderungen
- das Vermeiden- und Verdrängen-Wollen
- die ständige Furcht vor Bedrohungen, welche auch körperlich spürbar ist



(einfache) PTSD- Kernsymptome

- ... **Wiedererleben in der Gegenwart (Intrusionen)**, bei dem die Ereignisse nicht nur erinnert werden, sondern sinnlich als noch einmal geschehend erfahren werden im Hier und Jetzt (Flashbacks) oder in Albträumen
- ... **Vermeidung** von Erinnerungs(anlässen), die wahrscheinlich zu einem Wiederleben der traumatischen Erfahrungen in Gedanken / Gefühlen und Situationen führen
- ... **Übererregung/erhöhte Reagibilität** in Form von erhöhter Wachsamkeit oder gesteigerter Schreckreaktion durch die subjektive Wahrnehmung einer anhaltenden Bedrohung



Komplexe posttraumatische Belastungsstörung:

- Affektregulationsstörung
- (negatives) Selbstkonzept
- problematische Beziehungsgestaltung



Traumafolgestörungen

- Posttraumatische Belastungsstörung PTBS
- Dissoziative Zustände
- Ängste
- Depressionen
- Schlafstörungen
- Abhängigkeiten
- Somatoforme Störungen (Schmerzen)



Das bedeutet:

Ein psychisches Trauma hinterlässt Spuren
an/in der Psyche
und
am/im Körper



Zwei psychische Erkrankungsgruppen welche besonders prägnante Folgen von Erwachsenen-oder Kindheitstraumata sind:

1. Dissoziative Störungen
2. Somatische Belastungsstörungen
(körperbezogene Störungen)



Zusammenfassung: Dissoziation

- Veränderte Wahrnehmung von Gefühlen, sich selbst (auch dem Körper) oder dem Handeln
- Unterbrechung der eigenen Bewusstheit, des Gedächtnisses, des Identitätserlebens oder der Wahrnehmung der Umwelt
- Anzeichen für Dissoziation:
 - Kein fokussierter Blick, Blick geht ins Leere
 - Plötzlicher Stopp im Erzählfluss
 - Nicht mehr richtig ansprechbar
 - Schwankende Körperhaltung
 - Patienten wirken unerreichbar



Somatische Belastungsstörungen

(körperbezogene Störungen, früher als Somatisierungsstörung bezeichnet)

- Körperliche Leiden und Beeinträchtigungen, die sich keine adäquaten medizinischen Ursachen nachweisen lassen.
- Typisch sind nicht bestimmte körperliche Symptome (z.B. Unterleibschmerzen, Übelkeit oder Erschöpfung), sondern die Art und Weise, wie die Betroffenen diese darbieten
- Eine psychogene Ursache wird von den Betroffenen abgelehnt.
- Krankheitserklärungsmodell vor dem jeweiligen kulturellen Hintergrund ist zu beachten.



Behandlung von Folter- und Kriegsopfer



© Peter Kaiser 2018

Schweizerisches Rotes Kreuz
Ambulatorium für Folter- und Kriegsopfer

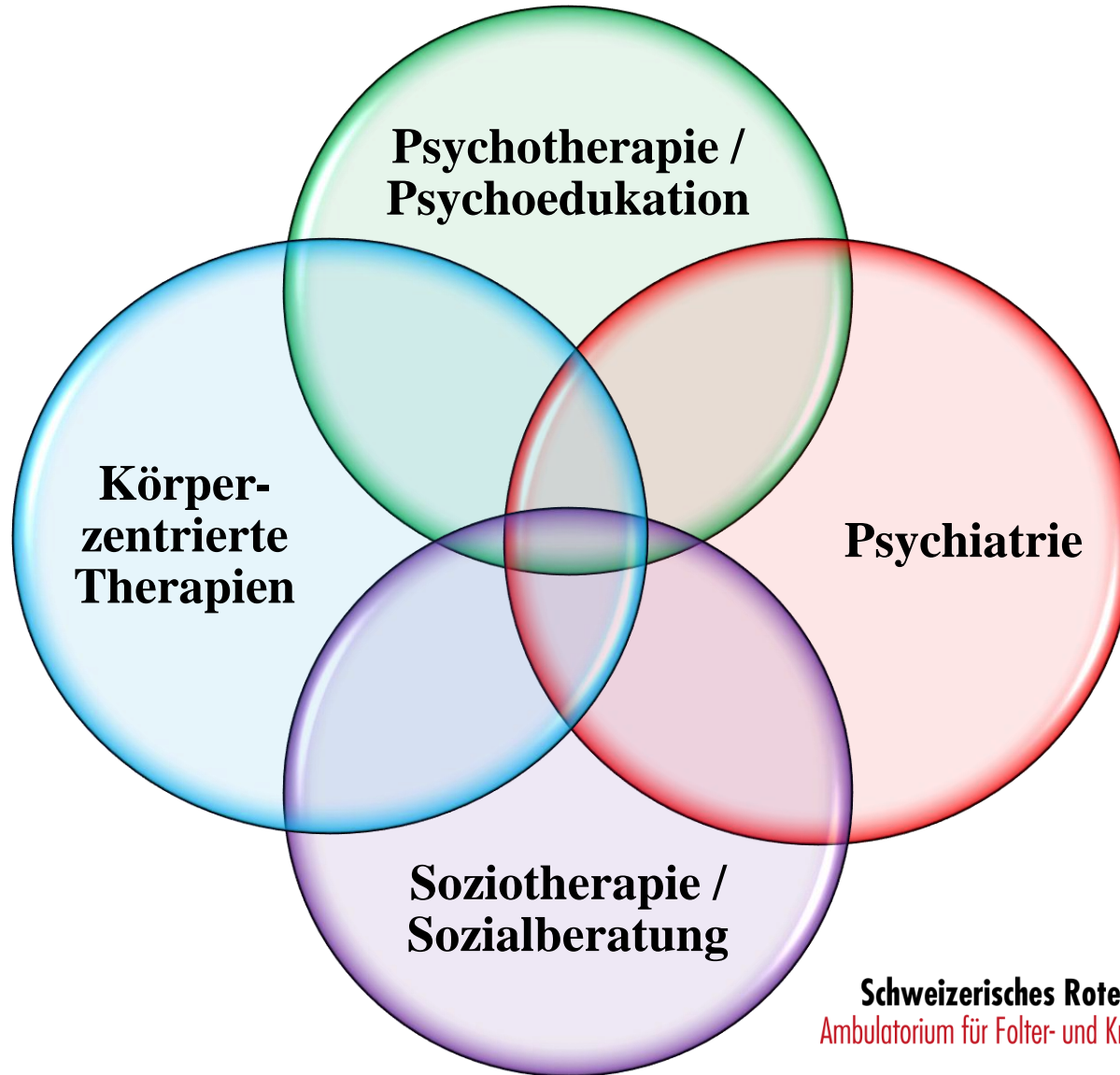


Besonderheiten

- Kulturelle Unterschiede (z.B. andere Krankheits-/Behandlungskonzepte)
- Sprachbarriere und Einsatz von DolmetscherInnen
- Körperliche Beschwerden Hauptsymptome
- Unsicherer Aufenthaltsstatus (N)
- Materiell knappe Verhältnisse



Säulen der Traumatherapie



Schweizerisches Rotes Kreuz
Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer



Behandlung posttraumatischer Belastungsstörungen

4 Säulen der Therapie

Psychologische Ansätze:

- Spezifische Traumatherapie und Allgemeine Psychotherapie

Psychiatrische Therapie:

- Psychopharmakotherapie

Körperorientierte Therapien:

- Physiotherapie und Massage
- Körperorientierte Verfahren inkl. Entspannungsverfahren

Soziotherapie

- Sozialarbeit, Integrationshilfe
- Juristische Beratung



Basics zur Traumatherapie - 1

- Eine „Bearbeitung“ von Traumata ist nicht möglich
- Besser wäre: Traumafolgestörungs-Behandlung
- Behandlung von Traumafolge-Symptomen in der Gegenwart

- Cave:
 - Traumatherapie hat manchmal sehr wenig mit Vergangenheit zu tun
 - Traumatische Ereignisse sind eigentlich für die Behandlung uninteressant, denn:
 - Traumatische Erinnerungen sind gegenwärtige subjektive Rekonstruktionen
- In der Therapie geht es darum, funktionale Rekonstruktionen zu erreichen



Basics zur Traumatherapie - 2

Psychisches Trauma - Kontrollverlust

- Erleben maximaler Hilflosigkeit und
- Existentieller Bedrohung und einem
- Zustand des Ausgeliefertseins,

Psychische Gesundheit - Stabilität

- Grundgefühl von Überschaubarkeit,
- Handhabbarkeit und
- Sinnhaftigkeit des eigenen Lebens

(Salutogenesekonzept, A. Antonovsky)



Basics zur Traumatherapie - 3

- Stabilisieren oder Konfrontieren: keine Alternative!

Das klassische Phasenmodell der Psychotraumatherapie bestehend aus:

- *Stabilisieren, Stabilisieren, Stabilisieren*
- *Konfrontativer Bearbeitung der Traumafolgesymptomatik*
- *Wiederanknüpfungsphase*

ist inzwischen überholt

Neues Modell:

- Stabilisierung durch Konfrontation
- Konfrontation durch Stabilisierung
- Gute Stabilisierung enthält bereits konfrontative Behandlungselemente (und umgekehrt)



Therapie- und Beratung für Folter – und Kriegsopfer

→ Therapie und Beratung von traumatisierten Geflüchteten sollte in oder vor dem Hintergrund eines *interdisziplinären Settings* erfolgen.

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

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

Bei bestehenden Sprachbarrieren ist zudem der Einsatz von

- Dolmetschende unablässig (Behrens & Calliess, 2008).



Mögliche Hinweise auf eine Traumatisierung (Häufige Auffälligkeiten)

- Schlafstörungen, Alpträume
- hohe Reizbarkeit, Nervosität, Lärmempfindlichkeit, Schreckhaftigkeit
- starke Angst, Panikanfälle
- körperliche Missempfindungen, Taubheit und Gefühllosigkeit
- gedankliche Abwesenheit, Flashbacks
- Konzentrations- und Gedächtnisstörungen
- andauernde Schmerzen (Kopf, Rücken u.a.)
- anhaltende Traurigkeit, Apathie
- sozialer Rückzug, Misstrauen



Voraussetzung im Umgang mit Traumatisierten

- Akzeptierende und die Person respektierende (empathische) Grundeinstellung
- Berücksichtigung kultureller Besonderheiten, Werte und Normen
- Klarheit und Transparenz des eigenen Verhaltens beugen Missverständnissen im Kontakt oft vor
- Falls Übersetzung notwendig: neutrale wenn möglich geschulte Dolmetschende anfordern – nie Angehörige
- Ausreichend Zeit einplanen

Flashbacks und Dissoziationen – was tun?

- In die Realität, ins «Hier und Jetzt» zurückorientieren
- Alltägliches thematisieren (räumlich, situativ)
 - ✓ Andere Sinneswahrnehmungen ansprechen (starke Reize)
 - ✓ Aufmerksamkeit auf äussere Einzelheiten lenken
 - ✓ essen, trinken, bewegen
 - ✓ zum Blickkontakt auffordern
 - ✓ Regie übernehmen, aber Raum lassen
 - ✓ Aktivieren oder beruhigen (oft ≠ Entspannen!)

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Prof. Dr. med. Dr. phil. PETER KAISER
Schweizerisches Rotes Kreuz
Ambulatorium für Folter- und Kriegsopfer, BERN

**Universität Bremen,
Institut für Religionswissenschaft**



www.redcross.ch

peter.kaiser@redcross.ch

<http://www.torturevictims.ch>

<https://www.uni-bremen.de/religionswissenschaft/personen/>



Bali, Island of the Gods 2012

Schweizerisches Rotes Kreuz
Ambulatorium für Folter- und Kriegsopfer 

Supplement

Patient X.Y.

Diagnosen

- Komplexe posttraumatische Belastungsstörung mit dissoziativen Symptomen und Insomnie (ICD-10: F43.1)
- Erfahrung von Inhaftierung, Folter und Krieg (ICD-10: Z 65.1, Z65.4, Z65.5)
- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10: F33.1)
- Z.n. H.p. assoziierter Antrumgastritis 06/2016 und nachfolgender Eradikationstherapie, rezidivierende gastritische Beschwerden
- Differentialdiagnose: Somatoforme autonome Funktionsstörung des oberen Verdauungssystems (ICD-10: F45.31)
- Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak: Abhängigkeitssyndrom (ICD-10: F17.2), bis ca. 30 Zig./Tag seit 18. LJ

«Abilify ist das erste Medikament welches mir geholfen hat, bin nun konzentrierter und bin insgesamt wacher. Ich schaffe es, mich auf die nächste Zukunft zu konzentrieren. Deshalb ist auch der Deutschkurs sehr wichtig für mich, da die deutsche Sprache für mich ein wichtiger Schritt ist. Die früheren (Anm. neuroleptischen) Medikamente haben mich müde gemacht.

Ohne Medikament sind die Erinnerungen (Anm. Flashbacks) und angstbesetzte Alpträume regelmässig aufgetreten!»



Patient X.Y.

Traumasppezifische Symptome:

- Intrusionen, in Form von Flashbacks oder Albträumen werden, zum Teil unklare Trigger
- Vermeidung von Gedanken und Kontakt mit Familie
- Hinweis auf traumabedingte (partielle) Amnesie
- Anamnestic auf gesteigerte Schreckhaftigkeit (Hyperarousal)
- Teilweise berichtet der Patient schnell wütend zu werden und sich aufzuregen
- Kein Hinweis auf Numbing (emotionale Abstumpfung), oder Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen.
- Sozialer Rückzug
- Selbstkonzept negativ geprägt

Zusammengefasst erfüllt der Pat. mehrere Symptome der Depression

Dauermedikation

- Escitalopram 10 mg (1-0-0-0)
- PANTOPRAZOL 40 mg (1-0-0-0)
- ABILIFY Tabl 10 mg (1-0-0-0)
- Sertralin 100mg (2-0-0-0)



Patient B.D.

- Geb. 1972 in der Türkei als Kurde
- In der Schweiz seit 2004
- 2.10.2009 erster Kontakt mit Ambulatorium
- Kinder: Sohn geboren 1998, Tochter geboren 2002
- Beschwerden bei Aufnahme: klagt über Schmerzen, stark verminderten Antrieb. depressive Symptomatik. Patient leidet auch unter der aktuellen familiären Problematik (Scheidung von Ehefrau)
- Vegetative Symptomatik: Appetitmangel und starker Nikotinabusus (2DP)

Trauma-Spezifische Symptomatik:

- Intrusionen: Albträume (schreiend aufgewacht, habe auf einen Mitpatienten einschlagen wollen), Flashbacks
- Vermeidung der Gedanken an die Vergangenheit
- Übererregbarkeit
- Affektive Regulationsstörungen: Wut, Gewalt, Aggression
- Selbstwert: Gefühl der Wertlosigkeit in der Schweiz, Abhängigkeit von Hilfeleistungen
- Beziehungsstörungen: mit sozialer Umgebung, Ehefrau (Domestic Violence)

Wunsch an die Therapie:

- keine konkrete Erwartungen, Wünsche, wieder das Gefühl von Freude empfinden zu können und nicht mehr stets «wie betäubt» durch die Welt gehen zu müssen.



Patient Patient B.D.

Sozialanamnese:

- Fünf Geschwister, in einem Städtchen aufgewachsen, Familie habe Ackerbau und Schafzucht betrieben. Vater als Pat. sieben Jahre alt war, bei einem Traktor-Unfall verstorben –danach noch engere Beziehung zu Mutter.
- Wohl kein Schulbesuch, wegen der Unterdrückung des kurdischen Volkes im türkischen Schulsystem (Verbot kurdisch zu sprechen). In dieser Zeit Kontakt mit der kurdischen Kampf-Bewegung, ab 15 Jahre Teilnahme an Demonstrationen und Trauerfeiern.
- Mit 20 Jahren aktive größere Demonstrationen (bis 10.000 Teilnehmende) organisiert. Vom Staat erpresst worden entweder weg zu gehen oder mit diesem zusammen zu arbeiten. Zusammen mit den Brüdern nach Merzin geflohen.
- 1995 sei er dort verhaftet worden und beschuldigt einen Bomben-Anschlag beteiligt gewesen zu sein. Er habe jedoch nur Aktivitäten ohne Gewalt ausgeübt. Trotzdem sei er nach der Untersuchungshaft mit Folterungen zu insgesamt 13 Jahren Haft verurteilt worden.
- Das Schlimmste sei für ihn dabei der psychische Terror gewesen, durch das spezielle ausgebildete und geschulte Gefängnispersonal. Aufgrund einer Gesetzesänderung in der Türkei sei er im Alter von 30 Jahren vorzeitig aus der Haft entlassen worden (neun Jahre, vier Monate).
- Anschließend habe er sich dann acht Monate vor dem Geheimdienst verstecken müssen. Mithilfe seiner Familie konnte an die für Schweiz flüchten, wo bereits seine Schwester in Bern lebte.

Obwohl das ganze schon lange vorbei sein, würde es ihm je länger, je schlechter gehen, seelisch wie auch körperlich.

Probleme:

- Inhaftierung aufgrund falsche Anschuldigungen, keine Schulbildung, kein normales Erwachsen werden.
- Schwierigkeiten wegen Affektregulation (täglichen Übergriffe gegenüber Ehefrau, bezeichnet sich selbst als aggressiver Typ)
- Reduzierte Selbstwert (gibt an, dass er in der Türkei viel Wertschätzung für seine Zeit im Gefängnis erhalten, in der Schweiz jedoch nicht.)

Therapie:

Am 13.8.2010 Imagination Übung sicher Ort:

- Im Alter von 14 Jahren habe er als Schafhirte bei einer Familie gearbeitet, damals miterleben müssen, wie private Polizisten in Guerrilla- Kleidung eine Vielzahl von Bewohnern umgebracht hätten und später die Polizei die verbleibenden Personen festgenommen haben.
- Die Bilder der verletzten Menschen und den aufgereihten Leichen habe er in lebhafter Erinnerung, es sei danach wieder zurück zu seinen Eltern gegangen, da habe er über das Erlebte sprechen können.

Schweizerisches Rotes Kreuz
Ambulatorium für Folter- und Kriegsopfer



The global burden of mental disorders (Kessler et al. 2009)

Lifetime-Prävalenz

	Any anxiety disorder % (se)	Any mood disorder % (se)	Any externalizing disorder % (se)	Any substance Disorder % (se)	Any disorder % (se)
I. WHO Region: Pan American Health Organization (PAHO)					
Colombia	25.3 (1.4)	14.6 (0.7)	9.6 (0.8)	9.6 (0.6)	39.1 (1.3)
Mexico	14.3 (0.9)	9.2 (0.5)	5.7 (0.6)	7.8 (0.5)	26.1 (1.4)
United States	31.0 (1.0)	21.4 (0.6)	25.0 (1.1)	14.6 (0.6)	47.4 (1.1)
II. WHO Region: African Regional Office (AFRO)					
Nigeria	6.5 (0.9)	3.3 (0.3)	0.3 (0.1)	3.7 (0.4)	12.0 (1.0)
South Africa	15.8 (0.8)	9.8 (0.7)	-- --	13.3 (0.9)	30.3 (1.1)
III. WHO Region: Eastern Mediterranean Regional Office (EMRO)					
Lebanon	16.7 (1.6)	12.6 (0.9)	4.4 (0.9)	2.2 (0.8)	25.8 (1.9)
IV. WHO Region: European Regional Office (EURO)					
Belgium	13.1 (1.9)	14.1 (1.0)	5.2 (1.4)	8.3 (0.9)	29.1 (2.3)
France	22.3 (1.4)	21.0 (1.1)	7.6 (1.3)	7.1 (0.5)	37.9 (1.7)
Germany	14.6 (1.5)	9.9 (0.6)	3.1 (0.8)	6.5 (0.6)	25.2 (1.9)
Israel	5.2 (0.3)	10.7 (0.5)	-- --	5.3 (0.3)	17.6 (0.6)
Italy	11.0 (0.9)	9.9 (0.5)	1.7 (0.4)	1.3 (0.2)	18.1 (1.1)
Netherlands	15.9 (1.1)	17.9 (1.0)	4.7 (1.1)	8.9 (0.9)	31.7 (2.0)
Spain	9.9 (1.1)	10.6 (0.5)	2.3 (0.8)	3.6 (0.4)	19.4 (1.4)
Ukraine	10.9 (0.8)	15.8 (0.8)	8.7 (1.1)	15.0 (1.3)	36.1 (1.5)
V. WHO Region: Western Pacific Regional Office (WPRO)					
PRC	4.8 (0.7)	3.6 (0.4)	4.3 (0.9)	4.9 (0.7)	13.2 (1.3)
Japan	6.9 (0.6)	7.6 (0.5)	2.8 (1.0)	4.8 (0.5)	18.0 (1.1)
New Zealand	24.6 (0.7)	20.4 (0.5)	-- --	12.4 (0.4)	39.3 (0.9)

Vermeidung



Alles vergessen
wollen,
was mit den
schlimmen
Erlebnissen
zusammen-
hängt

Vermeidung traumabezogener Reize, führt zu emotionaler Stumpfheit, Gleichgültigkeit, Gefühl von Betäubung

Schweizerisches Rotes Kreuz
Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer



Vier psychologische Grundbedürfnisse

(Epstein, 1990)

- **Bindungsbedürfnis**
(Vorhandensein / Nähe von Bezugspersonen, Informationsaustausch, Vertrauen, Wunsch nach Partnerschaft)
- **Orientierung und Kontrolle**
(Sinn von Tätigkeiten, wissen, wie was abläuft, Kontrolle über sein Leben haben, selbst bestimmen können)
- **Lustgewinn und Unlustvermeidung**
(Positive Erfahrungen, Erfolg und Spass erleben, Vermeidung von unangenehmen Erfahrungen)
- **Selbstwerterhöhung**
(Erfahrung dass ich etwas kann und einen Wert habe, positives Feedback, Lob, Perspektiven, persönliche Weiterentwicklung)



Übererregung und Anspannung (Hyperarousal)



*Übersteigerte Wachheit, Schreckhaftigkeit, Schlaflosigkeit,
Nervosität, Reizbarkeit, Wutausbrüche,
Konzentrationsstörungen*

Schweizerisches Rotes Kreuz 
Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer

Wiedererinnern



Nicht vergessen können, was passiert ist.
→ *Intrusionen* in Form von sich aufdrängenden
Erinnerungen, Flashbacks, Alpträume

Schweizerisches Rotes Kreuz
Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer



Flashbacks = Erinnerungsattacken

- Flashback meint die spontane Wiederholung von traumatischen Erlebnissen und auch die innere Reaktion auf diese, so dass sich jemand gänzlich in die vergangene Situation zurückversetzt fühlt.
- Flashbacks können durch sog. **TRIGGER (Schlüsselreize)** wie bestimmte Wörter, Bilder, Geräusche, Gerüche, Empfindungen oder Begegnungen ausgelöst werden.

Dissoziative Störungen: Elementare Phänomene

(bei Kindern und Jugendlichen eher physiologisch, bei Erwachsenen hauptsächlich als Folge von Stress und Trauma):

- **Depersonalisation:** Erleben der eigenen Person (Körper, Persönlichkeit, Erinnerungen, Sprechen, Handeln und ähnliches) als fremd, verändert, fern oder unwirklich
- **Derealisation:** Erleben der Umgebung als fremd, leblos oder unwirklich
- **Psychogene Amnesien:** Psychisch bedingter Gedächtnisverlust im Sinne einer (zeitweise vollständigen) Blockade des Abrufs von Erinnerungen



Dissoziative Störungen:

Komplexe dissoziative Störungen

- **Dissoziative Identitätsstörung:** (sog. „Multiple Persönlichkeitsstörung“) - mindestens zwei dieser Persönlichkeitszustände übernehmen phasenweise die Kontrolle über das Denken, Fühlen und Verhalten
- **Dissoziative Sinnesstörungen** (korrekt: dissoziative Sinneswahrnehmungsstörungen): beispielsweise Psychogene Taubheit oder Blindheit, fehlende Wahrnehmung der eigenen Geschlechtsorgane
- **Dissoziative psychomotorische Störungen** (dissoziative Bewegungsstörungen): Blockaden der willentlichen Ausführung von Bewegungen trotz intakter Nervenfunktion (z. B. Ataxie, Apraxie, Mutismus, Lähmungen)

