



Dienstagmittag-Fortbildung, Abteilung Psychosomatik
Universitätsspital Basel

St. Gallische
Kantonale
Psychiatrische
Dienste
Sektor Nord

Die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung von traumatisierten Flüchtlingen und Asylsuchenden

13.12.2016

PD Dr. med. Thomas Maier



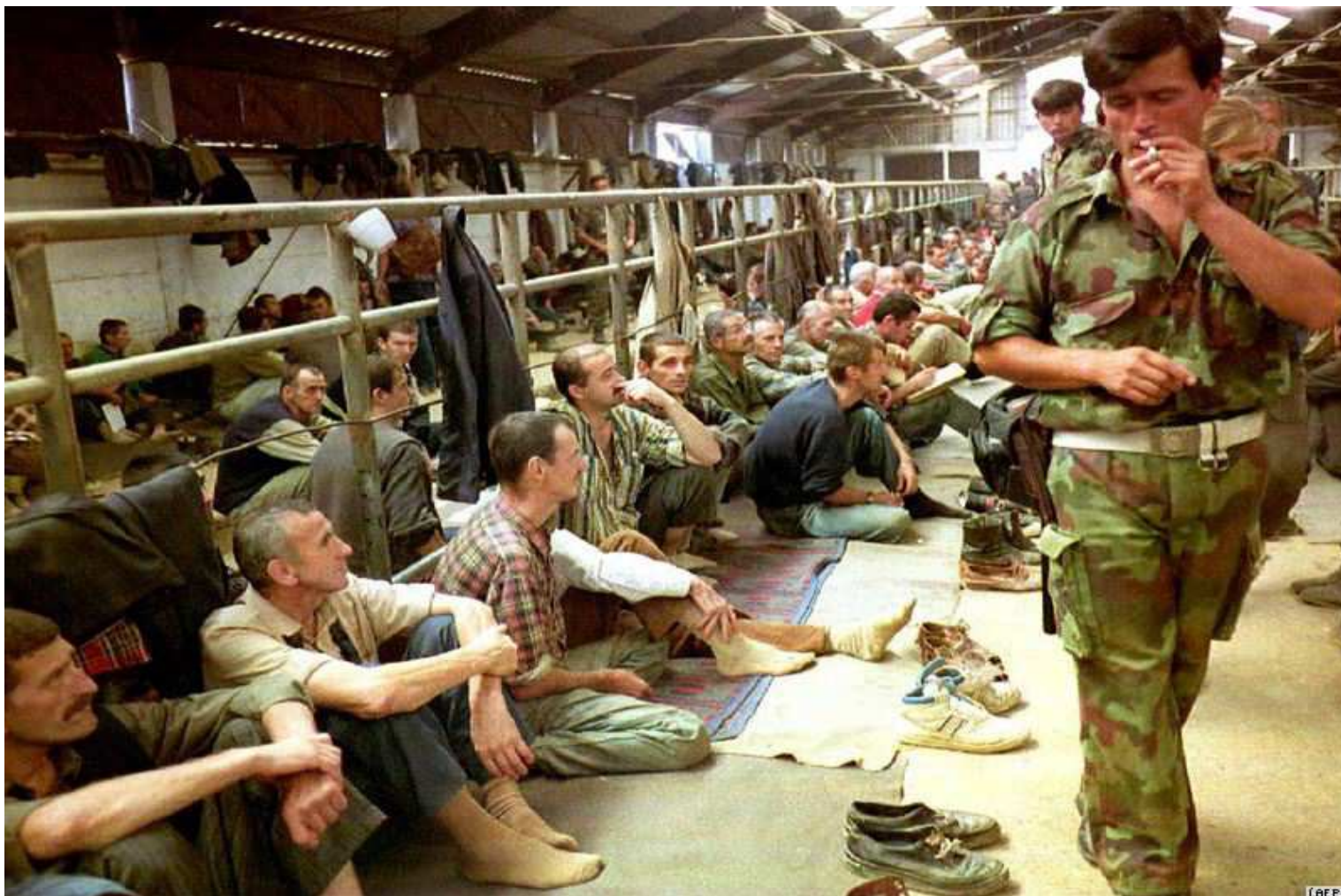


Fallbeispiel, Herr R.

Mann, geb. 1957 in Banja Luka (Bosnien), Automechaniker, macht Militärdienst in der jugoslawischen Armee, treibt Sport, hat viele Freunde und Bekannte, verheiratet, zwei Kinder.

Nach Ausbruch des Kriegs in Bosnien 1992 übernehmen in seiner Heimatstadt rasch die serbischen Einwohner die Führung. Es kommt zu Vertreibungen der moslemischen Mitbürger. Die Frau und die Kinder sowie die Mutter fliehen nach Kroatien.

Im Sommer 1992 wird Herr R. in das serbische Gefangenenlager Manjča verschleppt. Dort wird er schwer misshandelt und unter härtesten Bedingungen 6 Monate gefangen gehalten.







Fallbeispiel, Herr R.

Ende 1992 kommt er durch einen Gefangenenaustausch frei und kann via Kroatien als Kontingentsflüchtling in die Schweiz kommen. Auch seine Frau, die Kinder und die Mutter können in die Schweiz kommen.

Herr R. erholt sich körperlich, erhält von der Flüchtlingshilfe Unterstützung bei der Integration, macht Deutschkurse, Beschäftigungsprogramme.

Ab 1994 arbeitet er bei der Post in einem Pensum von 20 bis 50%, aktuell 23%.



Fallbeispiel, Herr R.

Aktuelle Symptome:

- Schmerzen in Knien, Schultern, Rücken
- Gefühl allgemeiner Schwäche, Müdigkeit, schlechter Schlaf
- friert immer, bewegt sich langsam, spricht leise
- Angst vor körperlichen Erkrankungen (Krebs, Hirnschlag, Demenz, TB)
- wirkt ängstlich, ist nervös, reizbar
- spricht mit der Frau nur sehr wenig, ist missgelaunt, erträgt die Kinder schlecht
- allgemein pessimistisch, negativistisch, nihilistisch
- unterhält nur sehr wenige Kontakte, wenig Aktivitäten
- in der Therapie oft sehr traurig, weinerlich, zugleich sehr freundlich, zugewandt



Wer/was sind «traumatisierte Flüchtlinge und Asylsuchende»?

Betroffene verwenden für sich selbst solche Kategorisierungen selten.

Viele treten im Gesundheitswesen nicht als Patienten in Erscheinung, auch wenn sie psychische und/oder somatische Symptome haben.

Vorsichtig geschätzt leben in der Schweiz 100'000 – 150'000 kriegs- und foltertraumatisierte Menschen (1 - 1.5% der Bevölkerung)

Für viele stehen subjektiv psychosoziale und sozioökonomische Schwierigkeiten im Vordergrund: Aufenthaltsrechtliche Probleme, soziale Isolation, Entwurzelung, Arbeitslosigkeit, fehlende ökonomische Perspektive.



Zugangshürden zur Behandlung

- fehlende Information
- Stigma, Vorurteile, falsche Vorstellungen
- Vermeidung
- Sprachbarriere, Dolmetscherkosten werden nicht bezahlt
- fehlende Kapazitäten des Versorgungssystems (Ärztmangel, Unterfinanzierung der Psychiatrie und Psychotherapie, Mangel an ausgebildeten Fachpersonen)





andere Schwachpunkte der Versorgung

- Unterbringung von Asylsuchenden oft sehr prekär, Ghettoisierung
- lange Verfahrensdauer, keine Sicherheit, keine Perspektive, gesellschaftliche Marginalisierung
- wenig Anreize zur Selbsthilfe, zur Ohnmacht „verdammte“

→ pathogene Lebensbedingungen, Resilienz wird verhindert, Symptome verstärkt



Empfehlungen für die Praxis

1. Bei bestimmten Herkunftsländern und Biographien an die Möglichkeit von Kriegs- oder Foltertraumatisierung denken.

mögliche Einstiegsfragen:

„Ich weiss von anderen Patienten aus ihrem Heimatland, dass damals im Krieg schlimme Dinge passiert sind. Haben sie auch solche erlebt?“

oder

„Ich habe gehört, dass in Ihrem Heimatland die Polizei sehr brutal gegen die Menschen vorgeht. Ist Ihnen das auch passiert?“



Empfehlungen für die Praxis

2. Erzählen lassen, nicht ausfragen.

„Möchten Sie über diese Zeit sprechen?“

„Können Sie mir erzählen, wie es damals war?“

3. Die Lebensgeschichte würdigen, wertschätzen. Nicht relativieren, verharmlosen, in Frage stellen oder bezweifeln. Verstehen, dass diese Menschen Dinge erlebt haben, die unfassbar sind.

Lebensgeschichte ist nicht das, was objektiv geschah, sondern was subjektiv erlebt wurde.



Empfehlungen für die Praxis

4. Symptome ernst nehmen, genau explorieren, seriös abklären, vernünftige Zusatzuntersuchungen veranlassen. Kein Aktionismus, heroische Taten vermeiden, nicht nach der raschen, totalen Problemlösung suchen.

5. Mit dem Patienten zusammen nach einem gemeinsamen Erklärungsmodell für die Beschwerden suchen. Das Erklärungsmodell soll für den Patienten verständlich und akzeptabel sein. Sich Zeit nehmen, Geduld haben.



Empfehlungen für die Praxis

6. Beziehung anbieten und aufrecht erhalten.
Verlässlich und authentisch sein.

7. Reale Lebenssituation nicht ausser Acht lassen:
sozioökonomisch, Aufenthaltsrechtlich, familiär,
beruflich, kulturell, religiös.





Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

