

# Multimodale Behandlung traumatisierter Flüchtlinge

**Traumafolgestörungen sind bei Asylsuchenden und Flüchtlingen häufig und gehen nicht selten mit hoher Komorbidität und komplexen psychosozialen Rahmenbedingungen einher. Patientenbezogene wie strukturelle Zugangsbarrieren verhindern oft eine zeitnahe und adäquate Behandlung, was chronifizierten Verläufen und gescheiterten Integrationsbemühungen Vorschub leistet. Bewährt hat sich ein individualisiertes multimodales und vernetztes Vorgehen, welches traumatische wie auch postmigratorische Aspekte berücksichtigt. Der Einbezug qualifizierter Dolmetscher ist meist unverzichtbar.**



Matthias Schick

von Matthias Schick und Ulrich Schnyder\*

## Ausgangslage

Das Flüchtlingsthema (oder die oft genannte «Flüchtlingskrise») ist eine der grossen Herausforderungen dieser Zeit. Die Anzahl der Vertriebenen weltweit ist in den letzten fünf Jahren um mehr als 50 Prozent auf über 65,3 Millionen angestiegen, während sich die Anzahl der Asylgesuche in der Schweiz im selben Zeitraum fast verdoppelt hat (1).

Flüchtlinge werfen gesellschaftliche, politische und vor allem menschlich-ethische Fragen auf, auf welche keine einfachen Antworten zu finden sind. Gemäss UNHCR (Hochkommissariat der Vereinten Nationen für Flüchtlinge; United Nations High Commissioner for Refugees) sind nur schon seit 2014 unvorstellbare 10 000 Menschen auf der Flucht übers Mittelmeer ertrunken; die Dunkelziffer und die Zahl derjenigen, welche auf dem Weg durch die Sahara oder andernorts ihr Leben liessen, dürfte weit höher liegen. Dabei sind mehr als die Hälfte aller Flüchtlinge Kinder und Jugendliche (1).

## Prävalenz von Traumafolgestörungen

Die Lebensbedingungen und Erfahrungen, welche Menschen dazu zwingen, unter Inkaufnahme hoher Risiken und Zurücklassen ihrer Familien aus ihrer Heimat zu fliehen, haben naturgemäss oft traumatischen Charakter. Entsprechend findet sich bei Flüchtlingen und Asylsuchenden eine stark erhöhte Prävalenz von Traumafolgestörungen. Zwar liegen keine repräsentativen Zahlen aus der Schweiz vor, doch kommt die internationale Literatur zum Schluss, dass rund 30 Prozent aller

Flüchtlinge an einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) und ebenso viele an einer Depression leiden (2). Aufgrund der partiellen Überlappung der beiden Diagnosegruppen muss davon ausgegangen werden, dass rund die Hälfte aller Flüchtlinge an mindestens einer psychiatrischen Erkrankung leidet. Diese Zahlen decken sich mit den Ergebnissen von Pilotstudien, welche in der Schweiz durchgeführt wurden (3, 4). Ein systematischer Review zur psychischen Gesundheit von Flüchtlingen zeigte zudem auf, dass das erhöhte Risiko für die Entwicklung psychischer Erkrankungen während mehrerer Jahre nach der Flucht persistiert, es sich somit um ein chronisches Geschehen handelt (5). Hierzu ist anzumerken, dass eine chronifizierte PTBS selten isoliert auftritt, sondern eine hohe psychische, psychosomatische und somatische Komorbidität aufweist (6). Bei Flüchtlingen ist insbesondere das begleitende Auftreten von Depression und chronischer Schmerzstörung häufig zu sehen. Zusätzlich kann die störungsbedingte latente Vulnerabilität in Verbindung mit der Erfahrung erneuter belastender Ereignisse im Exil oder im Ursprungsland zu einer Reaktivierung beziehungsweise einer Exazerbation der Symptomatik führen (7).

## Prä- und postmigratorische Einflussfaktoren

Neben prä- und perimigratorischen traumatischen Erfahrungen spielen auch postmigratorische Belastungsfaktoren eine wesentliche Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Erkrankungen. Hierunter sind zum Beispiel Trennung von respektive Sorgen um im Heimatland verbliebene Familienangehörige, lang dauerndes Asylverfahren, unsichere Aufenthaltssituation, prekäre Wohnbedingungen, Diskriminierungserfahrung oder strukturelle Benachteiligung auf dem Arbeitsmarkt zu verstehen, welche über die Herausfor-

\* Prof. Ulrich Schnyder, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Zürich

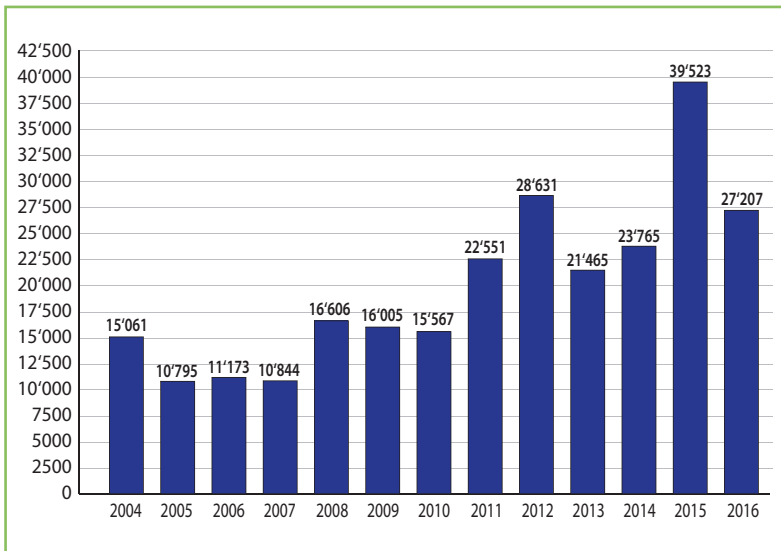


Abbildung: Asylgesuche nach Jahren

**Im Jahr 2016 stellten 27 207 Personen in der Schweiz ein Asylgesuch, 12 316 weniger als im Vorjahr (39 523 Gesuche). Dies entspricht einem Rückgang von 31,2 Prozent. Das Abkommen zwischen der EU und der Türkei, das Ende März 2016 in Kraft trat, unterbrach die Migration aus dem Nahen Osten in Richtung Europa beinahe vollständig.**

**Angesichts der unsicheren Entwicklung in den Konfliktgebieten lasse sich laut Staatssekretariat für Migration SEM nicht sagen, wie sich die Migration entwickeln werde.**

derungen von Spracherwerb und kultureller Adaptation hinaus zur psychischen Gesamtbelastung beitragen (8). Zwar existieren hierzu noch keine longitudinalen Studien, welche abschliessende Aussagen zur Kausalitätsrichtung machen könnten. Es muss jedoch angenommen werden, dass nicht nur postmigratorische Lebensschwierigkeiten zur psychischen Morbidität beitragen, sondern Letztere, zirkulär infolge Funktionalitätseinbussen, wiederum zu vermehrten Lebensschwierigkeiten führt. So konnte ein Zusammenhang zwischen Symptombelastung und Integrationspotenzial nachgewiesen werden: je kränker die Patienten, desto schlechter deren Integration (9). Damit erhält die zeitnahe und adäquate Behandlung psychisch kranker Flüchtlinge nicht nur eine individuelle, sondern auch eine übergeordnete gesellschaftlich-wirtschaftliche Bedeutung. Die negativen Auswirkungen ungünstiger postmigratorischer Rahmenbedingungen werden denn bemerkenswerterweise auch aus Richtung der ökonomischen Forschung belegt (10).

### Stand der Therapieforschung

Während die Ursachenforschung den Einfluss prä- wie postmigratorischer Faktoren auf die psychische Gesundheit von Asylsuchenden und Flüchtlingen solide nachweisen konnte, hinkt die Therapieforschung diesbezüglich hinterher. Die jeweilige Fokussierung auf entweder Prä- oder Postmigratorium, Trauma oder Lebensschwierigkeiten, zog einen bisweilen heftigen Disput zwischen Vertretern traumakonfrontativer versus multimodal-stabilisierender Behandlungslinien nach sich. Störungsspezifische Verfahren zur Behandlung der PTBS, wie etwa die narrative Expositionstherapie, konnten ihre Anwendbarkeit und Wirksamkeit auch bei

Flüchtlingen und in schwierigen Kontexten wie beispielsweise in Flüchtlingslagern belegen (11). Dieser Wirkungsnachweis gelang bisher nicht oder nur unzureichend in Bezug auf Ansätze, welche rein stabilisierend vorgehen oder ausschliesslich postmigratorische Lebensschwierigkeiten adressieren. Da eine exklusive Ausrichtung auf die PTBS jedoch der klinischen Realität chronisch multimorbider und vielfach belasteter Patienten ohnehin nicht gerecht werden kann, empfiehlt sich in der Praxis ein multimodales Vorgehen unter Einbezug traumafokussierter Ansätze, sofern indiziert und anwendbar.

### Barrieren beim Zugang zum Gesundheitssystem

Ein in der Schweiz nicht zufriedenstellend gelöstes Problem liegt – trotz obligatorischer Krankenversicherung – in der Verfügbarkeit von sowie im Zugang zu angemessener Behandlung. So konnte in eigenen Untersuchungen nachgewiesen werden, dass Asylsuchende und Flüchtlinge zwar häufiger Dienstleistungen des Gesundheitssystems in Anspruch nehmen und damit höhere Kosten generieren als vergleichbare Schweizer, dabei jedoch häufig fehldiagnostiziert und inadäquat behandelt werden (3). Zudem wurde aufgezeigt, dass bei Patienten des Ambulatoriums für Folter- und Kriegsoffer am Universitätsspital Zürich von der Einreise in die Schweiz (mit bestehenden Symptomen) bis zur Zuweisung an unsere Institution im Schnitt knapp 8 Jahre verstrichen (9). Neben Aspekten von Stigma und Vertrauen dürfte eine wesentliche Ursache in den eingeschränkten Kommunikationsmöglichkeiten liegen.

### Das Dolmetscherproblem

Eine Untersuchung des Bundesamts für Gesundheit (BAG) ergab, dass zwei Drittel bis drei Viertel der untersuchten Asylantengruppen nicht in der Lage waren, sich mit ihren Ärzten ausreichend zu verständigen (12). Da die Kostenübernahme für qualifizierte Dolmetschende in den meisten Kantonen nicht ausreichend geregelt ist, behilft man sich in der Praxis oft pragmatisch mit Laiendolmetschern, etwa Angehörigen oder Mitarbeitenden. Laiendolmetscher sind jedoch weder qualifiziert, noch unterstehen sie einem Berufskodex oder der Schweigepflicht. Auch können sie im Falle eines Missverständnisses mit medizinischen Konsequenzen nicht juristisch belangt werden, da die gesetzlich vorgeschriebene Pflicht zu angemessener und verständlicher Aufklärung klar den Gesprächsverantwortlichen zugewiesen ist. Ein vom Staatssekretariat für Migration in Auftrag gegebenes Rechtsgutachten kommt denn auch zum Schluss, dass die ärztliche Aufklärungspflicht den Beizug qualifizierter Dolmetschender impliziert (13). Forschungsergebnisse zeigen zudem, dass der Beizug von Laiendolmetschenden mit einer höheren Komplikationsrate, (im Falle stationärer Behandlung) mit längerer Hospitalisationsdauer und schlechterem Outcome verbunden ist (14). Im Zusammenhang mit traumatischen Erfahrungen ist insbesondere die mit Laiendolmetschern assoziierte verminderte Offenlegung heikler Inhalte hochrelevant (15). Unter Bezugnahme auf die Summe negativer Auswirkungen bilanziert ein BAG-initiiertes Gutachten entsprechend: «Auf den Einsatz von

Ad-hoc-Dolmetschenden ist im psychiatrischen Setting grundsätzlich zu verzichten» (16).

Im Gegensatz zum Rechtssystem, wo der systematische Einbezug spezifisch qualifizierter Dolmetschender eine unverzichtbare Selbstverständlichkeit ist, besteht im Gesundheitssystem trotz ähnlicher hoher Rechtsgüter keine ausreichende Regelung. Dies hat zur Folge, dass auch in der psychiatrischen Regelversorgung vielerorts auf den Einbezug von Dolmetschenden verzichtet wird, wodurch eine angemessene Behandlung verunmöglicht wird. Dies führt nicht nur zu chronifizierten Krankheitsverläufen und gescheiterten Integrationsbemühungen, sondern auch zu einer völligen Überlastung spezifischer Behandlungsangebote wie beispielsweise der schweizweit fünf Ambulatorien für Folter- und Kriegsoffer (17).

### Überlegungen zur Behandlungsgestaltung

Wie sollte nun ein klinisches Angebot aufgebaut sein, um den genannten Schwierigkeiten gerecht zu werden? In der Praxis hat sich ein zweigleisiges Vorgehen bewährt. Auf der einen Seite steht – ausgehend von einem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell – ein psychiatrisch-psychotherapeutisch-sozialpsychiatrischer Ansatz, wie er in vielen psychiatrischen Ambulatorien der Regelversorgung umgesetzt wird und welcher medikamentöse Behandlung, sozialarbeiterische Beratung sowie verschiedene psychotherapeutische und gegebenenfalls auch körperorientierte und paramedizinische Ansätze umfasst. Hierbei ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass sich ein Trauma immer auch systemisch auswirkt und daher die Situation der Angehörigen, insbesondere der Kinder, stets mitbedacht werden muss. Ergänzend sollten je nach Indikation, Belastungsreserven und Bereitschaft der Patienten störungsspezifische, traumabezogene Methoden verfügbar sein, da sie bei erfolgreicher Umsetzung wesentlich zu Symptomentlastung und Funktionalitätsgewinn beitragen können.

Auf der anderen Seite stehen Angebote zur Integrationsförderung. Solche sind zwar weithin verfügbar, richten sich aber in der Regel an gesunde Flüchtlinge, während traumatisierte Patienten damit häufig überfordert sind. Aufgrund von Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Ängsten oder Misstrauen kommt es oft schon zu Beginn zu Misserfolgslebnissen, welche innerlich an traumatische Erfahrungen anknüpfen, Rückzug und Resignation nach sich ziehen und damit die Integration bereits zu Beginn scheitern lassen. Bewährt haben sich daher medizinisch-soziale Kooperationsprojekte zwecks Spracherwerb oder Arbeitsintegration, welche den kognitiven und interpersonellen Beeinträchtigungen gerecht werden (z.B. [www.sah-zh.ch/ponte](http://www.sah-zh.ch/ponte)). Damit kann einerseits der Integrationsprozess therapeutisch unterstützt und andererseits die Therapie unter konkreter Verankerung im Alltag und Einbezug der Entwicklungsprozesse stimuliert und bereichert werden.

Aufgrund der grossen Variabilität der Störungsbilder wie auch der Begleitumstände empfiehlt sich ein möglichst individualisiertes und phasisches Vorgehen. Initial werden die im Vordergrund stehenden Beschwerden und Belastungsfaktoren, deren biografische und soziokulturelle Kontextualisierung sowie ihre individuelle Bedeu-

tungszuschreibung erarbeitet. Fast immer sind nur schon für ein approximatives Verständnis mehrere Konsultationen erforderlich, welche gleichzeitig dem Erarbeiten einer hinreichenden Vertrauensbasis dienen. Auch die Exploration sozialer Brandherde und die Erhebung einer kursorischen Traumaanamnese fallen in diese Assessmentphase. Ausgehend von dieser ersten situativen Übersicht wird mit den Patienten ein gemeinsames Krankheitsverständnis sowie eine Hierarchisierung der vorliegenden Probleme erarbeitet, aus welchen sich mögliche Behandlungsansätze ableiten und im Sinne eines Shared Decision Making initiieren lassen. Dieser Erstbeurteilung ist stets mit Vorsicht zu begegnen, da sowohl die Offenlegung besonders heikler (und damit relevanter) Inhalte wie auch ein vertieftes transkulturelles Verständnis oft erst im Verlauf eines längeren Beziehungs- und Vertrauensaufbaus möglich sind. Zudem verändern sich Problemprioritäten meist im Therapieverlauf, sodass eine regelmässige Überprüfung der Arbeitshypothesen erfolgen sollte. Die Entscheidung für oder gegen bestimmte Therapie- oder Integrationsansätze erfolgt je nach im Vordergrund stehenden Symptomen, Präferenzen und Bereitschaft der Patienten sowie psychosozialen Rahmenbedingungen. Meist können nicht alle Aspekte selbst abgedeckt werden, weshalb eine möglichst frühzeitige Vernetzung mit relevanten Kooperationspartnern erfolgen sollte, so etwa mit Rechtsberatungsstellen, Hausärzten oder Gemeindesozialämtern. Da der Beizug qualifizierter Dolmetscher für spezifische Therapiearbeit oft unverzichtbar ist, sollten deren Verwendung respektive die damit verbundenen Herausforderungen sorgsam berücksichtigt und geschult werden. Die triadische Therapiearbeit auch mit gut ausgebildeten Dolmetschenden ist keineswegs trivial. Typische Problemfelder ergeben sich neben sprachlich-semantischen Hürden nicht selten hinsichtlich Rollenverständnis, emotionaler Belastung/Sekundärtraumatisierung und privater Abgrenzung. Eine klare Auftragserteilung und klärende Vor- und Nachgespräche, welche auch dem Austausch hinsichtlich transkultureller Besonderheiten dienen können, sind zu empfehlen (18, 19).

#### Merkpunkte:

- Die Prävalenz von Traumafolgestörungen bei Flüchtlingen und Asylsuchenden ist hoch.
- Die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen erfolgt initial oft wegen psychischer und physischer Begleiterkrankungen, sodass ein traumatischer Hintergrund nicht selten unerkannt bleibt.
- Neben traumatischen muss auch postmigratorischen Belastungsfaktoren Rechnung getragen werden.
- Aufgrund von hoher Komorbidität und oft komplexen Rahmenbedingungen empfehlen sich ein multimodales, interdisziplinäres Vorgehen und ein frühes Vernetzen von Mitakteuren.
- Dem Beizug von Laiendolmetschern ist mit grosser Vorsicht zu begegnen.

**Fazit**

Die therapeutische Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen kann sehr herausfordernd sein. Schwere, chronifizierte Krankheitsbilder, komplexe und belastende, oft therapeutisch unbeeinflussbare Rahmenbedingungen, Sprachbarrieren und kulturelle Differenzen machen die Arbeit anspruchsvoll und gehen bei Patienten wie Therapeuten nicht selten mit Ohnmachtsgefühlen einher, was nicht zuletzt auch in Teambildung, Supervisionsmöglichkeiten und Führungsstil Berücksichtigung finden muss. Gleichzeitig erlaubt die Arbeit mit Flüchtlingen den Einblick in eine Vielzahl kultureller und gesellschaftlicher Kontexte und die Begegnung mit aussergewöhnlichen Menschen. Die Auseinandersetzung mit eigenen und fremden Wertvorstellungen und Erfahrungen relativiert vieles, was uns als wichtig und selbstverständlich erscheint, und hinterlässt eine tiefe Wertschätzung für die Privilegien unseres Lebens in der Schweiz.

*Korrespondenzadresse:*

*Dr. med. Matthis Schick*

*Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie*

*Universitätsspital Zürich*

*Culmannstrasse 8*

*8091 Zürich*

*E-Mail: matthis.schick@usz.ch*

Referenzen:

1. UNHCR, UNHCR Global Trends 2015. 2015. <http://www.unhcr.org/statistics/unhcrstats/576408cd7/unhcr-global-trends-2015.html>
2. Steel, Z., et al.: Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 2009. 302(5): p. 537–549.
3. Maier, T., M. Schmidt, and J. Mueller: Mental health and healthcare utilisation in adult asylum seekers. *Swiss Medical Weekly*, 2010. 140: p. w13110.
4. Heeren, M., et al.: Psychopathology and resident status – comparing asylum seekers, refugees, illegal migrants, labor migrants, and residents. *Comprehensive Psychiatry*, 2014. 55(4): p. 818–825.
5. Bogic, M., A. Njoku, and S. Priebe: Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC International Health and Human Rights*, 2015. 15(1): p. 29.
6. Kessler, R.C., et al.: Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 1995. 52(12): p. 1048.
7. Schock, K., et al.: Impact of new traumatic or stressful life events on pre-existing PTSD in traumatized refugees: results of a longitudinal study. *European Journal of Psychotraumatology*, 2016. 7.
8. Li, S.S., B.J. Liddell, and A. Nickerson: The Relationship Between Post-Migration Stress and Psychological Disorders in Refugees and Asylum Seekers. *Current Psychiatry Reports*, 2016. 18(9): p. 82.
9. Schick, M., et al.: Challenging future, challenging past: The relationship of social integration and psychological impairment in traumatized refugees. *European Journal of Psychotraumatology*, 2016. 7.
10. Dustmann, C. and J.-S. Görlach: The economics of temporary migrations. *Journal of Economic Literature*, 2016. 54(1): p. 98–136.
11. Neuner, F., et al.: A comparison of narrative exposure therapy, supportive counseling, and psychoeducation for treating posttraumatic stress disorder in an African refugee settlement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2004. 72(4): p. 579.
12. Guggisberg, J., et al.: Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM) in der Schweiz: Schlussbericht. 2011.
13. Achermann, A., Künzli J.: Übersetzen im Gesundheitsbereich: Ansprüche und Kostentragung: Gutachten zuhanden des Bundesamts für Gesundheit, Direktionsbereich Gesundheitspolitik, Fachbereich Migration und Gesundheit. 2008.
14. Flores, G.: The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review. *Medical Care Research and Review*, 2005. 62(3): p. 255–299.
15. Bischoff, A., et al.: Language barriers between nurses and asylum seekers: their impact on symptom reporting and referral. *Social Science & Medicine*, 2003. 57: p. 503–512.
16. Gehrig, M., Graf I.: Kosten und Nutzen des interkulturellen Übersetzens im Gesundheitswesen. Studie im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit. 2009.
17. Bundesamt für Migration, Ist-Analyse von psychosozialen Behandlungs- und Betreuungsangeboten für traumatisierte Personen im Asyl- und Flüchtlingsbereich. 2013.
18. Morina, N., Maier T., Schmid Mast M.: Lost in translation? Psychotherapy using interpreters. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 2010. 60(3-4): p. 104–10.
19. Sleptsova, M., et al.: What do Interpreters Understand as their Role in a Medical Consultation and How do they Carry it out in Reality? *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 2015. 65(9-10):363-9. doi: 10.1055/s-0035-1554691.