

# Informationsbroschüre zu traumatisierten geflüchteten Kindern und Jugendlichen

---

*Informationen zu Trauma, Traumafolgestörungen und möglichen Traumatherapiemethoden*

Verfasst von

**Renato Baumann**

an der

Universität Zürich

Psychologisches Institut

Lehrstuhl Entwicklungspsychologie: Säuglings- und Kindesalter

im Rahmen des Seminars

Angewandte Entwicklungspsychologie

Dozierende: Lea Mörsdorf & Larissa Stuber

Herbstsemester 2018

## Inhaltsverzeichnis

<b>HINTERGRUND</b> .....	<b>1</b>
<b>TRAUMA UND TRAUMATHERAPIE</b> .....	<b>2</b>
Was ist ein Trauma? .....	2
Wie äussern sich Traumata? .....	3
Was kann unternommen werden?.....	4
Stress-Traumasympptoms-Arousal-Regulation-Treatment (START) .....	5
Narrative Expositionstherapie (NET).....	6
Limitationen der vorgestellten Interventionsmethoden .....	7
<b>ZUSAMMENFASSUNG</b> .....	<b>8</b>
Das Wichtigste in Kürze.....	9
<b>LITERATURVERZEICHNIS</b> .....	<b>10</b>

## Hintergrund

68.5 Millionen Menschen waren laut der UN Refugee Agency (UNHCR) Ende des Jahres 2017 weltweit auf der Flucht. Damit sind derzeit so viele Menschen von Flucht und Vertreibung betroffen wie seit dem zweiten Weltkrieg nicht mehr. Von den über 25 Millionen Menschen, die vor Konflikten, Verfolgung oder schweren Menschenrechtsverletzungen aus ihrer Heimat flohen sind rund die Hälfte Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren. Der Anteil der unbegleiteten, minderjährigen Asylsuchenden wird immer grösser (UNHCR The UN Refugee Agency Schweiz, o.J.). Viele der geflüchteten Kinder werden vor, während oder auch nach der Flucht traumatisiert. Untersuchungen aus Deutschland haben gezeigt, dass jedes fünfte Flüchtlingskind die Kriterien einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) erfüllt. Damit ist die Auftretenshäufigkeit 15 Mal höher als in der Allgemeinbevölkerung (TUM Technische Universität München, 2015).

Eine erfolgreiche Integration ist bei Kindern mit einer Traumafolgestörung massiv erschwert. Da eine flächendeckende psychotherapeutische Betreuung aufgrund der Anzahl der traumatisierten Flüchtlingskinder nicht möglich scheint, ist es enorm wichtig, dass in den zuständigen öffentlichen Behörden erste Hilfestellungen geleistet werden. Für die Anwendung in der Schule gibt es schon einige pädagogische Handbücher, die den Schulalltag erleichtern und das Wohlbefinden der Kinder verbessern sollen. Ein Beispiel ist das von der UNHCR herausgegebene Traumahandbuch (Siebert, 2016). Der Fokus dieser Broschüre liegt jedoch nicht auf schulpädagogischen Massnahmen. In dieser Broschüre soll das Verständnis gefördert werden, wie eine Traumafolgestörung entstehen kann, wie sich diese symptomatisch manifestiert und was kurz- und mittelfristig dagegen unternommen werden kann. Es werden zwei spezifische Interventionsmethoden vorgestellt. Die erste Methode kann im Kontext der Erstaufnahme angewandt werden und zielt in erster Linie darauf ab, Flüchtlingskinder zu stabilisieren und ihre Selbstwirksamkeit zu fördern. Es handelt sich hierbei um die niedrigschwellige Kurzzeittherapiemethode START (Dixius & Möhler, 2017). Die zweite Methode ist ein Ansatz, der auch sonst in der Traumatherapie angewandt wird. Die Intervention ist im Bereich der gesprächspsychotherapeutischen Methoden anzusiedeln. Sie ist jedoch nicht an ein klassisches therapeutisches Milieu gebunden, sondern kann auch im Feld praktiziert werden. Hierbei handelt es sich um die Narrative Expositionstherapie (NET). Ziel der NET ist, die psychische Gesundheit und emotionale Stabilität der Betroffenen zu verbessern (Schauer, Elbert, & Neuner, 2017).

## Trauma und Traumatherapie

### Was ist ein Trauma?

Ein Trauma kann entstehen, wenn eine Person einer Situation von lebensbedrohlichem oder katastrophalem Ausmass ausgesetzt ist, die nahezu bei jeder Person tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde. Dabei kann der Mensch selber oder als Zeuge mit dem Ereignis konfrontiert sein. Traumatische Ereignisse sind derart intensiv, dass die körpereigenen Abwehr- und Bewältigungsmechanismen überfordert sind. Der Körper ist dem Ereignis schutzlos ausgeliefert, aktives Handeln ist nicht möglich. Häufig berichten betroffene Personen auch von dissoziativen Zuständen. Dissoziation (Abspaltung) beinhaltet unter anderem das Ausblenden von Sinnesreizen, um das Erlebte aushalten, oder überleben zu können. Manchmal wird sogar von Depersonalisation berichtet, also dem Heraustreten aus dem eigenen Körper. Dabei fühlt sich die Person, als würde sie als passiver Beobachter an der Situation teilnehmen. Traumaspezifische Reaktionen sind eigentlich normale Reaktionen auf nicht normale Ereignisse. Die Reaktion des Körpers ist keine Fehlfunktion, sondern gewissermassen der letzte Ausweg, um die Situation psychisch aushalten zu können. Problematisch an dissoziativen Zuständen ist die Tatsache, dass die Situation nicht verarbeitet werden kann, sondern nur im «emotionalen Gedächtnis» hängenbleibt. Hier liegt auch die Ursache, warum sich viele traumatisierte Personen nicht mehr vollständig an das ihnen Zugestossene erinnern können. Huber (2003, S. 44) beschreibt es anschaulich damit, dass der Körper in einer «nicht zu Ende gebrachten Stressreaktion» stecken bleibt.

	Typ-I-Trauma (einmalig, kurz andauernd)	Typ-II-Trauma (mehrmalig, lang andauernd)
<b>Katastrophen, berufsbedingte Traumatisierung &amp; natural disaster</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Verkehrsunfall</li> <li>◆ Arbeitsunfall</li> <li>◆ Kurz andauernde Naturkatastrophen</li> </ul> <p style="text-align: right;">LEICHT</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Lang andauernde Naturkatastrophen</li> <li>◆ Technische Katastrophen (z.B. Atomunfall)</li> </ul> <p style="text-align: right;">MITTEL</p>
<b>man-made disaster</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Überfall</li> <li>◆ Gewalterleben</li> <li>◆ Vergewaltigung</li> </ul> <p style="text-align: right;">MITTEL</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Misshandlungen und sexueller Missbrauch</li> <li>◆ Geiselnhaft/Folter</li> <li>◆ Politische Verfolgung</li> <li>◆ Massenvernichtung (Völkermord)</li> </ul> <p style="text-align: right;">SCHWER</p>

Abbildung 1. Einteilung traumatischer Ereignisse (Maercker 2009, zitiert nach Siebert, 2016, S. 24)

Traumatische Situationen können gemäss Abbildung 1 nach verschiedenen Kriterien eingeteilt werden. Zum einen ist entscheidend, ob die Situation «man-made», also direkt von Menschen verursacht, oder in der Kategorie einer Natur- oder akzidentellen Katastrophe einzuordnen ist. «Man-made disasters», wie man sie im Englischen

nennt, sind weit schwieriger zu verarbeiten als Naturkatastrophen, da es das Vertrauen in andere Menschen oder gar die gesamte Menschheit erschüttern kann. Besonders bei Kindern kann das schwerwiegende Auswirkungen haben, da sich das Weltbild und das Bild von der Menschheit noch in einem Entwicklungsstadium befindet. Zum anderen ist bei traumatischen Ereignissen die Dauer wichtig und ob sich diese wiederholen. Wiederkehrende, lang andauernde Situationen sind hier wiederum von schlimmerem Ausmass. Situationen, die vom Menschen verursacht sind, sich oft wiederholen und lange andauern sind demzufolge am schwierigsten zu verarbeiten und bergen das grösste Risiko für eine Traumafolgestörung.

### **Wie äussern sich Traumata?**

Geflüchtete Kinder haben oft in ihrem Heimatland Gewalt, Krieg, oder sogar Folter mit- oder am eigenen Leib erlebt und sind während ihrer Flucht monatelang Bedrohungen und Ängsten ausgesetzt. Das hinterlässt Spuren. Wie und ob sich eine Traumafolgestörung äussert, hängt neben obengenannten äusseren Umständen auch von der Persönlichkeit und dem Entwicklungsstand eines Kindes ab. Kinder und Jugendliche mit der Fähigkeit zu einer offenen Kommunikation und einer selbstbewussten, optimistischen Haltung zeigen weniger Folgesymptome. Beim Alter gilt grundsätzlich; je jünger ein Kind ist, umso gravierendere Folgen sind zu erwarten. Bei Kindern und Jugendlichen äussern sich die Symptome leicht anders als bei Erwachsenen. Es lassen sich laut UNHCR vier massgebliche Symptomgruppen festmachen (Siebert, 2016).

#### *1. Wiederkehrende, sich aufdrängende Erinnerungen*

Diese sind typisch für viele Traumafolgestörungen. Erinnerungen und Gedanken an das traumatische Ereignis drängen sich unkontrolliert und plötzlich auf und lassen das Kind die Situation wiedererleben. Diese Erinnerungen werden auch Intrusionen oder Flashbacks genannt. Dissoziative Zustände sind während des Auftretens solcher Erinnerungen möglich.

#### *2. Sich ständig wiederholende Verhaltensweisen*

Traumatische Erlebnisse werden von vielen betroffenen Kindern im Spiel reinszeniert. Kommt dieses Verhalten oft vor, spricht man vom posttraumatischen Spielen. Kinder stellen das Erlebte beispielsweise mit Puppen nach. Dabei wirken sie meist teilnahmslos. Es ist für sie ein Versuch, das Erlebte zu verarbeiten.

### 3. Ängste

Kinder mit Traumafolgestörungen können sowohl spezifische als auch generalisierte Ängste entwickeln. Generalisierte Ängste können Trennungsängste (Angst, von der Bezugsperson getrennt zu werden) oder Angst vor fremden Menschen sein. Solche sozialen Ängste können die Eingliederung erschweren. Spezifische Ängste beziehen sich vor allem auf das traumatische Erlebnis. Alle während des Ereignisses anwesenden Sinneseindrücke (Objekte, Personen, Geräusche, Gerüche) können potentiell angstauslösend werden. Man spricht auch von traumaspezifischen Ängsten.

### 4. *Veränderte Einstellung zu Menschen, dem Leben und der Zukunft*

Wie bereits erwähnt, sind Kinder dabei, ihr Bild von der Welt und der Menschheit zu machen. Ein traumatisches Erlebnis kann dabei das kindliche Selbstverständnis zutiefst erschüttern. Kinder und Jugendliche verlieren im Krieg oder auf der Flucht das Vertrauen in andere Menschen. Veränderte Einstellungen zum Leben und der Zukunft zeigen sich darin, dass betroffene Kinder vielfach überzeugt sind, früh sterben zu müssen. Zudem zeigen Kinder, die Familienmitglieder verloren haben, nicht selten eine Überlebensschuld. Sie fühlen sich schuldig, dass sie überlebt haben und ihre Angehörigen nicht.

Weitere häufige Symptome sind *Vermeidung, Hypervigilanz, regressives Verhalten* und *körperliche Symptome*: Vermeidung heisst, dass betroffene Kinder alle Situationen und Orte, die sie an das Trauma erinnern könnten, vermeiden. Dies hilft ihnen, Stressreaktionen, die in entsprechenden Situationen auftreten würden, zu umgehen. Hypervigilanz beschreibt den Zustand von Übererregtheit. Kinder sind, obwohl die Gefahr vorbei ist, in einem ständigen Alarmzustand. Oftmals haben sie Schlaf- und Konzentrationsstörungen. Motorische Unruhe und aggressives Verhalten erschweren die Situation in der Schule zusätzlich. Regressives Verhalten bedeutet, dass Kinder in frühere Entwicklungsstadien zurückfallen (z.B. neuerliches Bettnässen oder Daumenlutschen). Dies zeigen insbesondere jüngere Kinder. Körperliche Symptome sind meist Bauch-, oder Kopfschmerzen sowie Übelkeit und Appetitlosigkeit (Siebert, 2016).

### **Was kann unternommen werden?**

Viele der traumatisierten Flüchtlingskinder sind auf Hilfe angewiesen. Das Leid, das einige in ihrem Heimatland oder auf der Flucht erlebt haben, ist für uns fast unvor-

stellbar. Erschwerend kommt hinzu, dass die Situation im Ankunftsland speziell zu Beginn sehr herausfordernd und belastend sein kann. Unsicherheit, Schuldgefühle und Gefühle der Isolation prägen das Denken vieler Geflüchteten (Siebert, 2016). Wo irgendwie möglich, sollten den jungen geflohenen Menschen Hilfestellungen geboten werden. Nachfolgend werden zwei Interventionsmethoden vorgestellt, die sich auch für Flüchtlinge eignen, die erst vor Kurzem im neuen Land angekommen sind. Sie sollen eine Grundlage bieten, dass sich die geflüchteten Kinder und Jugendlichen altersgemäss entwickeln und möglichst gut in die neue Gesellschaft integriert werden können.

### **Stress-Traumasympptoms-Arousal-Regulation-Treatment (START)**

Die START-Methode von Dixius und Möhler (2017) wurde im Rahmen der praktischen Arbeit mit unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen in Deutschland entwickelt. Sie findet im Gruppensetting statt und kann bereits im Kontext der Erstaufnahme eingesetzt werden. Eine START-Gruppe wird in der Regel von zwei Therapeuten geleitet und umfasst zwischen acht und zehn Kinder. Die therapeutische Grundhaltung ist dabei wertschätzend und ressourcenaktivierend. Die in der Behandlung erlernten «Skills» (Fertigkeiten) sollen die Kinder und Jugendlichen stabilisieren und ihnen in der Regulation der Übererregung (Hypervigilanz) helfen, um Krisen und leidvolle Situationen durchstehen zu können. Die Förderung der Selbstwirksamkeit und von Schutzfaktoren wird in einem zweiten Schritt angestrebt. START enthält Elemente der Stressregulation, Achtsamkeit, Emotionswahrnehmung sowie Entspannungs- und Stabilisierungstechniken. Ausserdem bietet sie Hilfen im Umgang mit Alpträumen.

In der konkreten Anwendung von START wird zusammen mit den Kindern eine persönliche Skill-Liste erarbeitet. Sie erinnert die Kinder im Alltag daran, welche Skills in den verschiedenen Anspannungssituationen Unterstützung bieten können. Durch das aktive Anwenden dieser Liste sollen zudem die Selbstwirksamkeit und die wahrgenommene Kontrolle über das eigene Verhalten gestärkt werden. Das Gruppensetting hilft den Kindern aus unterschiedlichen kulturellen Kontexten, wichtige zwischenmenschliche Erfahrungen zu sammeln. Ausserdem gibt es ihnen das Gefühl, nicht allein mit den belastenden Erfahrungen zu sein. Wichtig für traumatisierte geflüchtete Kinder ist ein strukturierter Sitzungsablauf. So können sich die Kinder auf die Sitzung einlassen und sich aktiv einbringen. Unvorhersehbare Änderungen sind für traumatisierte Flüchtlingskinder meist stressig. Aktive Mitgestaltung fördert wiederum das selbstwirksame Handeln und Erleben. Die Intervention wird in fünf Module aufgeteilt. Die ersten vier Mo-

dule legen den Schwerpunkt auf das Vermitteln von Achtsamkeits- und Selbstberuhigungsübungen sowie Fertigkeiten zur Regulierung von Stress und Überaktivierung. In den ersten beiden Modulen werden dabei insbesondere «Hochstressskills» vermittelt. Dazu zählen Reorientierungstechniken wie das Erleben starker Sinnes- oder Kältereize, die die Kinder wieder ins Hier und Jetzt zurückholen sollen. Im dritten Modul steht die Erarbeitung der «persönlichen Skill-Liste» im Vordergrund und im vierten Wissensvermittlung zum Thema Krise. Das fünfte Modul ist fakultativ. In diesem Modul werden expositionsbasierte, also konfrontierende Methoden für das Aufarbeiten von Albträumen verwendet. Albträume verursachen bei den Betroffenen meist einen enormen Leidensdruck. Durch das Erzählen des Albtraums und der empfundenen Wahrnehmungen kann der Leidensdruck langsam reduziert werden (Dixius & Möhler, 2017).

Ein zentraler Vorteil der START-Methode ist, dass sie in einem nicht-klinischen Kontext durchgeführt werden kann. Die Stigmatisierung der Kinder und Jugendlichen entfällt somit, ebenso die Belastung durch Arztkontakte. Die Durchführung im Gruppen setting macht die Methode praktikabler, obwohl sie theoretisch auch im Einzelsetting durchführbar ist. Erste Studien zur Wirksamkeit der START-Methode zeigen signifikante Verbesserungen in den Bereichen «Emotionskontrolle», «soziale Unterstützung» und eine Verringerung von «Selbstabwertung» und «Perseveration». Perseveration bezeichnet das krankhafte Haftenbleiben oder Nachwirken der psychischen Eindrücke während eines traumatischen Erlebnisses. Zusätzliche Evaluationsergebnisse sind bei START angekündigt, da sich die Methode noch in der Startphase befindet (Dixius & Möhler, 2017).

### **Narrative Expositionstherapie (NET)**

Die Narrative Expositionstherapie von Schauer und Kollegen (2017) stellt einen biografisch-traumaaufarbeitenden Ansatz dar, der sowohl für Jugendliche als auch für Erwachsene geeignet ist. Ziel ist es, den traumatisierten Personen wieder ein Gefühl der Kontrolle über ihre eigene Lebensgeschichte zu geben. Die Therapie findet im Einzelsetting statt, meist in der Anwesenheit eines Übersetzers. Die Lebensgeschichte wird in Form einer Geschichte niedergeschrieben. Dabei nähert man sich stark belastenden Abschnitten mittels imaginativer Exposition, also der Auseinandersetzung in der Vorstellung, an. Die in der Therapie niedergeschriebene Geschichte kann der traumatisierten Person auch in Zukunft bei der Bewältigung der Vergangenheit helfen. Ausserdem hat sich das entstandene Büchlein auch schon als nützlich im Asylverfahren erwiesen.

Die NET lässt sich in drei Schritte unterteilen. Im ersten Schritt werden kritische Lebensereignisse abgefragt und erfasst. Daran anknüpfend folgt eine Aufklärung darüber, dass es normal ist, nach traumatischen Erlebnissen die berichteten Symptome zu empfinden. Im zweiten Schritt werden die spezifischen Lebensereignisse entlang der Zeitachse eingeordnet. Dabei werden sowohl negative als auch positive Erlebnisse berücksichtigt. Es wird noch nicht genauer auf die einzelnen Ereignisse eingegangen. Im dritten Schritt, dem Kern der NET, werden nun die relevanten Lebensereignisse chronologisch erzählt. Der Therapeut nimmt dabei die Rolle eines einfühlsamen Zuhörers ein und verlangsamt die Erzählung an kritischen, möglicherweise traumatisierenden Stellen. Dabei soll nicht nur die Situation beschrieben werden, sondern auch alle wahrgenommenen Sinnesreize, Kognitionen und Bewertungen. Durch Kontrastieren, dem gezielten Lenken des Fokus von der Gegenwart zur Geschichte und wieder zurück und dem Hervorheben von Unterschieden zwischen den beiden Ebenen, wird der behandelten Person dabei geholfen, in der Realität zu bleiben und die Traumaebene von damals vom Erzählen im Hier und Jetzt zu trennen (Schauer et al., 2017).

Die Effektivität der NET zur Verringerung von traumabedingtem psychischen Leid wurde in mehreren systematischen Studien für Kinder und Erwachsene nachgewiesen. Die NET wird als gut wirksam für Geflüchtete eingestuft. Ein bedeutender Vorteil der NET besteht darin, dass der Ansatz gut geeignet ist zur Schulung von und Weitergabe an lokale Helfer in ressourcenarmen Umgebungen. So ist es vorstellbar, dass die Methode von entsprechend geschulten Traumaberatern bereits in Auffangzentren oder gar in Flüchtlingslagern Verwendung findet (Schauer et al., 2017).

### **Limitationen der vorgestellten Interventionsmethoden**

Limitationen für die vorgestellten Methoden finden sich zunächst in der Verfügbarkeit. Trotz dem Potenzial zur Überführbarkeit auf ressourcenarme Kontexte und der Praktizierung im Gruppensetting können nicht alle traumatisierten geflüchteten Kinder und Jugendlichen erreicht werden, die eine Behandlung nötig hätten. Es gilt, weitere Behandlungsmöglichkeiten mit hohem Potenzial zur Überführbarkeit und guter Anwendbarkeit im Gruppensetting ausfindig und für die Traumatherapie mit jungen Flüchtlingen geeignet zu machen. Die Wichtigkeit von traumapädagogischen Massnahmen im schulischen Kontext ist in diesem Zusammenhang nochmals zu betonen, da mit diesen eine viel grössere Reichweite erzielt werden kann. Die Interventionen sind ausserdem darin limitiert, dass sie Betroffene zwar auf ein einigermaßen normales

Funktionsniveau bringen können, jedoch nicht zu einer eigentlichen Gesundheit führen. Sie dienen als kurz- und höchstens mittelfristige Massnahmen, um das Leben der traumatisierten Kinder erträglicher zu machen und zu stabilisieren. Für eine vollständige Genesung bedarf es weiterer, umfassenderer Methoden (Dixius & Möhler, 2017).

## **Zusammenfassung**

Viele geflüchtete Kinder und Jugendliche werden in Ihrem Herkunftsland, auf der Flucht oder im Ankunftsland traumatisiert. Traumata können entstehen, wenn eine Person einer Situation von lebensbedrohlichem oder katastrophalem Ausmass schutzlos ausgeliefert ist. Bei Kindern und Jugendlichen können vier zentrale Symptomgruppen festgemacht werden: wiederkehrende Erinnerungen (Intrusionen), repetitive Verhaltensweisen (entseeltes Spielen), Ängste und veränderte Einstellungen zu Menschen, Leben und Zukunft. Vermeidung und Hypervigilanz sind weitere typische Symptome bei Traumafolgestörungen. Betroffene Kinder sind in ihrem Funktionsniveau, der Entwicklung und der schulischen sowie sozialen Kompetenzen eingeschränkt (Siebert, 2016). Eine Behandlung ist bei vielen traumatisierten Flüchtlingskindern angezeigt, kann jedoch aufgrund der vorhandenen Kapazitäten nicht immer durchgeführt werden. Es wurden zwei spezifische Interventionsmethoden (START und NET) vorgestellt. Die START-Methode (Dixius & Möhler, 2017) ist eine Kurzzeittherapiemethode im Gruppensetting. Speziell hervorzuheben ist die stigmatisierungsfreie Durchführung und die Tatsache, dass automatisch sozialer Austausch und kulturell integrative Prozesse ablaufen. Die NET-Intervention (Schauer et al., 2017) ist ein gesprächstherapeutischer expositionsbasierter Ansatz, der den Kindern und Jugendlichen dabei helfen soll, belastende Lebensereignisse aufzuarbeiten und chronologisch in der eigenen Lebensgeschichte anzuordnen. Entscheidende Vorteile von NET sind die schlichte Durchführung und die Überführbarkeit auf ressourcenarme Kontexte und lokale Hilfskräfte als Traumberater. Beide Methoden haben sich laut ersten Untersuchungen als wirksam erwiesen. Sie führen nachweislich zu einer Stabilisierung der betroffenen Kinder und Jugendlichen und fördern deren Emotionsregulationsmechanismen.

## Das Wichtigste in Kürze

- ◆ Weltweit gibt es so viele Flüchtlinge wie seit dem zweiten Weltkrieg nicht mehr. Der Anteil der minderjährigen unbegleiteten Flüchtlinge wird immer grösser und stellt die zuständigen Behörden vor grosse Probleme. Viele der geflüchteten Kinder sind in ihrem Heimatland oder auf der Flucht traumatisiert worden (UNHCR, o.J.).
- ◆ Traumata entstehen in Situationen, die existentielle Bedrohungen beinhalten und die körperlichen Bewältigungsmechanismen überfordern. Gewalt, Krieg, Misshandlung und Verfolgung beschreiben solche Situationen.
- ◆ Traumata bei geflüchteten Kindern und Jugendlichen können behandelt werden, zum Beispiel mit der START- oder der NET-Methode.
- ◆ START (Dixius & Möhler, 2017) ist ein Kurzzeit-Therapieverfahren, mit dem Ziel, die Stressregulation zu verbessern und die Selbstwirksamkeit von traumatisierten Kindern und Jugendlichen zu erhöhen.
- ◆ NET (Schauer et al., 2017) ist ein traumaaufarbeitendes gesprächspsychotherapeutisches Verfahren, das die erlebten belastenden Ereignisse in den lebensgeschichtlichen Kontext einordnet.

## Literaturverzeichnis

- Deutsches Komitee für UNICEF (2016). Zur Situation der Flüchtlingskinder in Deutschland.  
Abgerufen unter:  
<https://www.unicef.de/blob/115186/de54a5d3a8b6ea03337b489816eeaa08/zur-situation-der-fluechtlingskinder-in-deutschland-data.pdf>
- Dixius, A. & Möhler, E. (2017). Ein neues Therapie-Konzept validiert die besonderen Bedürfnisse geflüchteter Kinder und Jugendlicher: START. *Psychotherapie Forum*, 22, 76-85.  
doi:10.1007/s00729-017-0095-x
- Huber, M. (2003). *Trauma und die Folgen: Trauma und Traumabehandlung, Teil 1*. Paderborn, DE: Junfermann.
- Ruf, B. (2016). *Flucht-Trauma-Pädagogik. Ein Handbuch zum pädagogischen Umgang mit minderjährigen Flüchtlingen unter Traumaaspekten*. Abgerufen unter:  
[https://www.freunde-waldorf.de/fileadmin/user\\_upload/documents/Notfallpaedagogik/Hintergrund/Publicationen/25\\_02\\_2016\\_Handbuch\\_Fluechtlinge\\_D\\_online.pdf](https://www.freunde-waldorf.de/fileadmin/user_upload/documents/Notfallpaedagogik/Hintergrund/Publicationen/25_02_2016_Handbuch_Fluechtlinge_D_online.pdf).
- Siebert, G. (2016) *Flucht und Trauma im Kontext Schule: Handbuch für Pädagoginnen*. UNHCR Deutschland. Abgerufen unter: [https://www.unhcr.org/dach/wp-content/uploads/sites/27/2017/04/Traumahandbuch\\_UNHCR\\_DE.pdf](https://www.unhcr.org/dach/wp-content/uploads/sites/27/2017/04/Traumahandbuch_UNHCR_DE.pdf).
- Schauer, M., Elbert, T., & Neuner, F. (2017). Narrative Expositionstherapie (NET) für Menschen nach Gewalt und Flucht: Ein Einblick in das Verfahren. *Psychotherapeut*, 62, 306-313.  
doi:10.1007/s00278-017-0212-x
- Schweizerisches Rotes Kreuz (SRK, o.J.). *Traumatisierte junge Geflüchtete: Informationen für Fach- und Begleitpersonen*. Abgerufen am 18. Dez. 2018, unter:  
<http://traumatisierung.migesplus.ch>
- Technische Universität München (TUM, 2015). *Mehrzahl der syrischen Flüchtlingskinder ist krank*. Abgerufen am 18. Dez. 2018, unter: <https://www.tum.de/die-tum/aktuelles/pressemitteilungen/detail/article/32590/>
- UNHCR The UN Refugee Agency Schweiz (o.J.). *Statistiken*. Abgerufen am 19. Dezember 2018, unter: <https://www.unhcr.org/dach/ch-de/publikationen/statistiken>
- Zürcher Arbeitsgruppe Kind und Trauma (ZAKT, o.J.). *Flucht und Trauma. Umgang mit geflüchteten, traumatisierten Kindern & Jugendlichen in sozialpädagogischen Institutionen & Pflegefamilien*. Abgerufen unter:  
[https://www.integras.ch/images/\\_pdf/servicemenu/aktuelles\\_newsletter\\_thema/Brosch%C3%BCre\\_FluchtTrauma.pdf](https://www.integras.ch/images/_pdf/servicemenu/aktuelles_newsletter_thema/Brosch%C3%BCre_FluchtTrauma.pdf).