

Der Krieg in der Ukraine: Bedeutung für die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

(Langfassung des Artikels in PPP 2/2022)

Von Prof. Dr. phil. Beate Leinberger und Prof. Dr. med. Thomas H. Loew

Bereits im ersten Kriegsmonat, zwischen dem 24. Februar und dem 28. März 2022, wurden nach Angaben des Bundesinnenministeriums rund 272.000 Einreisen von Kriegsflüchtlingen aus der Ukraine dokumentiert, etwa die Hälfte davon sollen minderjährig sein, die Anzahl der unbegleiteten Kinder und Jugendlichen war nicht unbekannt¹.

Ressourcen

Vor Kriegsbeginn 2022 lebten schon ca. 330.000 Ukrainer*innen in Deutschland, denn die Besetzung der Krim führte bereits 2014 zu einer Auswanderungsbewegung. Etwa 50 Prozent dieser Migrant*innen haben heute die deutsche Staatsbürgerschaft oder unbefristete Aufenthaltstitel. Sie leben insbesondere in Ballungsräumen, vor allem in Berlin und München². Die Anwesenheit von Verwandten, Bekannten, Freunden oder auch „nur“ von Menschen derselben Staatsangehörigkeit und/oder Kultur stellt nun eine hohe Ressource für die geflüchteten Menschen dar. Deshalb ist es gut, wenn ihnen möglichst unbürokratisch freigestellt wird, dorthin zu reisen, wo Bekannte sich schon aufhalten, gerade allein reisende Minderjährige haben den Auftrag, Verwandte aufzusuchen. Der Bezug zur vertrauten Kultur kann die psychische Belastung, die durch Kriegs- und Fluchterfahrungen entstanden ist, bereits deutlich reduzieren. Ebenso stellt die enorme Hilfsbereitschaft der deutschen Bevölkerung eine Ressource dar, denn Menschen, die sich willkommen fühlen, können positive Beziehungserfahrungen erleben und sich dadurch leichter regulieren. Vielfach wurden schon im März sogenannte „Willkommensklassen“ gebildet, um den Kindern den Einstieg zu erleichtern. Da ukrainische Schul- und Ausbildungsinhalte den westeuropäischen Standards ähneln, kann hier eine vorübergehende oder dauerhafte Integration gut gelingen. In manchen Orten werden auch hybride Unterrichtsprojekte realisiert, über die ukrainische Schüler*innen virtuell heimatlichen Unterricht nutzen können und gleichzeitig am deutschen Schulsystem beteiligt werden. Somit verlieren die Kinder und Jugendlichen nicht den Anschluss an die eigene Kultur, können aber parallel in den hiesigen Alltag integriert werden, die deutsche Sprache leichter erlernen, neue Kontakte knüpfen und Teilhabe an der Gesellschaft erleben. Ukrainer*innen kennen bilinguale Sozialisation (meist ukrainisch und russisch), sie haben Erfahrung darin, kulturübergreifend in Richtung Osten und Westen zu blicken. Auch durch mannigfaltige Arbeitsmigration der Eltern und Großeltern über mehrere

¹ „Ukraine Situation“.

² Bundesamt für Migration und Flüchtlinge und Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat, „Migrationsbericht 2019 der Bundesregierung“.

Landesgrenzen hinweg kennen ukrainische Kinder und Jugendliche interkulturelle Wanderbewegungen. Die meisten Jugendlichen sprechen Englisch oder auch schon Deutsch. Ukrainer*innen gelten als musikalisch, denn viele hatten Gesangs- und Instrumentalunterricht. Die Musik weiter ausüben zu können, stellt, wie die Nutzung aller kreativen Künste, nicht nur eine Ressource, sondern auch eine Möglichkeit dar, das erlebte Trauma verarbeiten zu können.

Belastungsfaktoren

Was nicht vergessen werden darf: Ukrainer*innen haben geschichtlich bedingte chronische Belastungsfaktoren im Gepäck. Sie kommen aus einem Land, das 1986 einen atomaren Supergau mit allen Konsequenzen verkraften musste³. Hinzu kommt die schon langjährige Ukraine-Russland-Krise, die mit dem *Referendum über die Unabhängigkeit von Russland* im Dezember 1991 offiziell begann. Eines von mehreren schwerwiegenden Ereignissen seither war die gewaltsame Besetzung der Krim durch Russland, die eine starke Fluchtbewegung nicht nur innerhalb des Landes in Gang setzte.

Zu etwa einem Fünftel kommen die Kinder und Jugendlichen aus Regionen, in denen der Krieg bereits seit acht Jahren zum Alltag gehört, das heißt sie haben das Risiko einer komplexen, weil lang andauernden und vielschichtigen Traumatisierung. In der Zusammenschau bringen die Kinder und Jugendlichen mindestens folgende Belastungen mit:

- Erleben von Bombenangriffen und Gefechten
- Ausharren in Kellern, Bunkern unter den Bedingungen von Kälte, Hunger, Angst
- Erleben von schweren Verletzungen, auch eigenen
- Erleben von Tod, schlimmstenfalls dem naher Angehöriger
- Verlust von Bezugspersonen/Haustieren durch die Flucht
- Verlust der Wohnung/des Hauses/Besitztümern
- Peri-Flucht-Erfahrungen
- Zurücklassen von Vater/Großvater/Bruder etc.

Screening

Manche Kinder und Jugendlichen leiden bereits jetzt unter Trauma-Symptomen, manche werden erst im Verlauf Symptome entwickeln, manche werden sich regulieren, ohne jemals Traumasymptome zu zeigen. Symptome können sofort nach dem traumatischen Ereignis auftreten, aber auch erst Jahre später das volle Spektrum einer Posttraumatischen Belastungsstörung ausbilden, wenn mitunter gar nicht mehr damit gerechnet wird. Um Kindern und Jugendlichen zeitnah helfen zu können, wurden von uns im Rahmen der *Flüchtlingskrise 2015* nicht lizenzierte und auf dem Gebiet der Kriegshilfe lange Zeit schon

³ „30 Jahre Leben mit Tschernobyl. 5 Jahre Leben mit Fukushima. Gesundheitliche Folgen der Atomkatastrophen von Tschernobyl und Fukushima.“

bewährte Screening-Instrumente eingesetzt: Impact of Event Scale, Depression Self Rating Scale. Besonders für Betreuer*innen und Eltern kann auch der am Universitätsklinikum Regensburg entwickelte RISC (Regensburg Intercultural Stress Check) genutzt werden. Ältere Kinder und Jugendliche können die Checkliste auch selbst ausfüllen. Alle drei Fragebögen können in vielen Sprachen, u.a. ukrainisch, polnisch und slowakisch kostenfrei unter www.gewiss-ev.de heruntergeladen werden. Insbesondere der RISC berücksichtigt die spezifischen Symptome kleinerer Kinder, die den Symptomen von ADHS sehr ähneln können, aber anders behandelt werden müssen⁴.

Traumaprävention und Traumapsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen im interkulturellen Kontext

Selbststabilisierungstechniken, die wissenschaftlich fundiert sind, wie bewusste Atemregulation (Slow Paced Breathing) und bilaterale Stimulation (Tapping, liegende Acht) können quasi als Erste Hilfe-Maßnahme für die Seele vermittelt werden. Diese haben sich im Rahmen der Behandlung geflüchteter Kinder etabliert, oft wurden sie schon von geschulten Traumahelfer*innen vermittelt⁵. Diese Techniken eignen sich für die Erstversorgung, den Notfall (Panikattacken, Flashback, Intrusion) systematisch als Selbstregulationsstrategie und präventiv als alltägliche Praxis in Schule, Kita, Aufnahmeeinrichtung, aber auch Psychotherapie. Die von uns konzipierte, auch nonverbal nutzbare Psychotraumatheorie ist eine effektive und inzwischen gut beforschte Kombination aus Narration (Darstellung im Sandspiel oder als Lifeline) und oben erwähnten Selbstregulationstechniken, um emotionale Übererregung, provoziert durch Konfrontation im Narrativ, zu überwinden. So kann es gelingen, das traumatische Erlebnis mit den dazugehörigen Facetten emotional und kognitiv als Teil der Biografie zu integrieren. In der Einzeltherapie – face to face – ist das Konzept des Sandspiels oder der „Lifeline“ vielen Kolleg*innen schon vertraut. Im Gruppensetting - zur Bewältigung der Behandlung einer Vielzahl von Patient*innen - erscheint es trotz signifikanter Ergebnisse noch befremdlich, denn – um den traumatisierten Kindern und Jugendlichen in ihrer spezifischen Bedürftigkeit gerecht zu werden – kommen zusätzlich Laienhelfer*innen zum Einsatz, die jeweils ein Kind in der Gruppe kontinuierlich als Co-Therapeut*innen mitbegleiten.

Geschulte Laienhelfer*innen, die in der Regel medizinische oder pädagogische Vorkenntnisse haben, können eine sinnvolle Multiplikatorenwirkung entfalten. Laienhilfe hat sich als psychische Ersthilfemaßnahme beispielsweise schon 1988 nach dem Grubenunglück in Borken und 1998 nach dem Zugunglück in Eschede bewährt. Im internationalen Kontext wird Laienhilfe oftmals in Kriegs- und Krisenregionen angewandt. Ohne ihren Einsatz wäre es nicht möglich, der Vielzahl traumatisierter Betroffener und Angehöriger angemessen zu begegnen. Die Versorgung einer sehr großen Anzahl betroffener Menschen ist das

⁴ Leinberger, „Beate Leinberger, M.A. in Sand Play Reprocessing Integrating Nonverbal TraumaInterventions and Self-Stabilization for Victimized Children - Conceptualization and a Prospective Controlled Pilot-Study“.

⁵ Leinberger.

Einsatzfeld der laienunterstützten Psychotherapie und könnte auch in dieser Situation komplikationsfrei genutzt werden.

Wie auch immer, ob im klassischem psychotherapeutischem Setting oder in Form von laienunterstützter Gruppenpsychotherapie: Jede freundliche Stimme und jede Hand, die berührt und hält, wird in der seelischen Not als nährendes Beziehungsangebot wahrgenommen. Die positive Beziehung ist als einer der stärksten Wirkfaktoren in der Psychotherapie, Medizin und Pädagogik ist von unschätzbarem Wert. Insbesondere gilt dies für allein reisende Minderjährige, aber auch für begleitete Kinder, deren Mütter und/oder Väter noch im Krieg sind. Alle diese Kinder erleben Ängste, Trauer, Wut und haben Traumata, sie benötigen jetzt offene und beschützende Arme.

Die Autor*innen:

Dr. phil. Beate Leinberger, Professorin für Sozialwissenschaften an der IU Internationale Hochschule, Psychologin, Sozialpädagogin, Kulturwissenschaftlerin und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Universitätsklinikum Regensburg, Abt. Psychosomatische Medizin. Forschungsschwerpunkte: Stressbelastung, Traumatisierung, Bindung, Schmerzerkrankungen bei Kindern und Jugendlichen, Post-/Long-Covid-Syndrom im Jugend- und jungen Erwachsenenalter. Konzeptentwicklung der laienunterstützten Traumatherapie für Kinder und Jugendliche.

Dr. med. Thomas H. Loew, Professor für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Universitätsklinikum Regensburg, seit Jahrzehnten engagiert in der Kinder-, Jugendlichen und Familienpsychosomatik, Forschungsschwerpunkt: klinische Bedeutung der Selbstregulation.