

7. Netzwerkkonferenz
Lokales Netzwerk Kindeswohl und Kindesgesundheit
„In erster Linie Kinder“
Die Situation von Flüchtlingskindern in Deutschland

Handout zum Vortrag:

„Handlungssicherheit im Umgang mit geflüchteten Kindern in Kita und Schule“



„Ich kann nicht sagen,
was passiert ist...
aber so fühle ich mich.“

Es ist nicht immer einfach über traumatische Erlebnisse im Heimatland oder während der Flucht zu sprechen. Besonders Kindern gelingt es jedoch auf vielen Wegen mitzuteilen, was sie fühlen. In der Arbeit mit traumatisierten Kindern, ist es wichtig eine Handlungssicherheit im Umgang mit möglichen traumareaktiven Störungen anbieten zu können. Wichtig ist vor allem die Vermittlung von Sicherheit, Struktur und Normalität.

Angaben der häufigsten traumatischen Erlebnisse von Kindern und Jugendlichen:

- 41 % Gewalt an anderen miterlebt zu haben
- 38 % Kriegserlebnisse
- 25 % Leichen gesehen zu haben
- 15 % selbst Opfer von Gewalt geworden zu sein

Quelle: BPTK-Standpunkt: Psychische Erkrankungen bei Flüchtlingen, September 2015

URL: http://www.bptk.de/uploads/media/20150916_BPTK-Standpunkt_psychische_Erkrankungen_bei_Fluechtlingen.pdf

Besondere Situation von Flüchtlingskindern:

- Eltern sprechen in den verschiedensten Situationen vor ihren Kindern über Verfolgungshandlungen, Flucht ...(Anhörung, Behörden, Ärzte...)
- Auch wenn das Gesagte noch nicht verstanden werden kann, ist der Stress der Eltern für die Kinder spürbar
- Kinder übernehmen oft zu früh Verantwortung (Dolmetschen) = Rollenumkehr

Aktuelle Daten (Angaben der Kultusministerien für 2014/2015)

- 325.000 Flüchtlinge im schulpflichtigen Alter.
- Der Anteil der Flüchtlingskinder an deutschen Schulen liegt bei ca. 2% (1% in RLP).
- Es zeigt sich eine ungleichmäßige Verteilung (RLP: ca. 50% GS, 40% RS, 6% BBS, 5% Gymnasien)
- 12.000 neue Lehrerstellen (RLP: 430 Vollzeitstellen)

Quelle: Angaben der Kultusministerien

<http://www.spiegel.de/schulspiegel/fluechtlingskinder-an-schulen-so-viele-sind-es-wirklich-a-1084033.html> 25.04.2016

Trauma – Traumatisierung – Traumafolgestörung

Ein psychisches Trauma ist ein „viales Diskrepanzerleben zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“.

(Fischer & Riedesser 2003)

Sequentielle Traumatisierung

Traumatisches Ereignis: Gewalt, Krieg, Verfolgung und Bedrohung kommen näher

Flucht: Verfolgung des Einzelnen und der Familie

Ankunft: keine überschaubare Zukunft, Angst abgeschoben zu werden, wieder alles zu verlieren, Diskriminierungserfahrungen, wenig psychischer Halt durch die selbst überforderten Eltern, durch schnelleren Spracherwerb werden sie in die Rolle des Familiendolmetschers gebracht, Hineindrängen in eine überfordernde Erwachsenenrolle, Rollenumkehr, Generationengrenzen werden nicht mehr gewahrt, ...

Psychische Auffälligkeiten bei Kindern nach traumatischen Erfahrungen

- Ein- und Durchschlafprobleme mit Alpträumen
- Konzentrationsschwierigkeiten
- regressives Verhalten: Trennungsängstlichkeit, Einnässen, Babysprache...
- geringe Selbstfürsorge: verändertes Essverhalten, Kälte-Wärmeempfinden...
- Schreckhaftigkeit, Reaktionen ohne erkennbaren Anlass
- Antriebslosigkeit, wenig Spielverhalten, Rückzug
- Blick ins Leere, wenig Reaktion auf Ansprache
- posttraumatisches Spiel (traumatische Erfahrungen werden wiederholt gespielt)

Verarbeitungs- und Heilungsprozess

Jeder Verarbeitungs- und Heilungsprozess nach einem traumatischen Ereignis verläuft individuell.

Grundlegend hilfreich sind:

- Sicherheit
- Verlässlichkeit
- Kontrollierbarkeit
- Normalität

Durch ein gutes Miteinander im Anschluss an das Ereignis sowie psycho-soziale Unterstützung, kann das Erlebte verarbeitet werden. Es wird als schlimmer Teil der eigenen Geschichte integriert und angenommen, dass die gefährliche Situation vorüber ist.

*Die ersten Jahre des Lebens sind wie die ersten Züge einer Schachpartie,
sie geben den Verlauf und den Charakter einer Partie vor,
aber solange man nicht schachmatt ist,
bleiben noch viele schöne Züge zu spielen.*

Quelle: Anna Freud, ohne weitere Angabe, zitiert nach: C. Ellacheff: Das Kind, das eine Katze sein wollte, München 2013.



Tanos Freiha, Daniela Lempertz, Arne Hofmann

Kinder und Jugendliche auf der Flucht Wann und wie kann eine Traumatherapie helfen?

In Deutschland sind in den letzten Jahren, und vermehrt in den letzten Monaten, viele Flüchtlinge angekommen. Etwa ein Drittel davon sind Kinder und Jugendliche bzw. unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (UMF). Nach einer neueren repräsentativen Untersuchung an minderjährigen Flüchtlingen in einer Erstaufnahmeeinrichtung litten 22,3% der Kinder an einem Vollbild einer posttraumatischen Belastungsstörung. (Mall, 2015). Bei den UMF wird der Anteil, der unter einer PTBS leidet, zwischen 30 bis 60% geschätzt, bei weiblichen UMF bis zu 70% (Fegert, 2015). Das Problem dabei ist, dass eine PTBS mit ihren Folgeproblemen (z.B. Konzentrationsstörungen, Übererregung und vermehrte soziale Probleme) ein großes Hindernis für die Integration dieser jungen Flüchtlinge darstellt. Insofern ist es wichtig, festzuhalten, dass eine frühe Diagnostik und Behandlung der Kinder und jugendlichen Flüchtlinge mit einer PTBS eine wichtige Maßnahme ist, die gesamtgesellschaftlich geboten ist und längerfristig Kosten spart. Dies insbesondere, da es mittlerweile international bewährte Behandlungsmethoden für PTBS gibt.

Wann ist eine Traumatherapie indiziert?

Nicht alle Menschen, die bedroht und aus ihrer Heimat vertrieben wurden, Belastendes erlebt haben oder verletzt wurden, benötigen eine traumaspezifische Psychotherapie. Hier spielen individuelle und auch altersabhängige Faktoren eine Rolle. Ganzheitlich betrachtet, werden Schutzmaßnahmen und die Etablierung von Grundrechten, wie Nahrung, notwendige medizinische Untersuchungen und Versorgung sowie ein sicherer und erträglicher Wohnraum, als essentielle Faktoren der Stabilisierung angesehen. Erst nachdem eine Alltagsfunktionalität – d.h. Ankommen in einer Unterkunft, Entwicklung eines geregelten Tagesablaufes – hergestellt wurde, spätestens nach einem Monat, kann ein Screening auf posttraumatische Belastungsstörung sinnvoll sein, um eine eventuell

notwendige psychotraumatologische Behandlung planen zu können. Dies schließt jedoch nicht aus, dass die Helfer und Betreuer während der Stabilisierungsphase auch kinder- und jugendpsychotherapeutische Hilfe für die Flüchtlinge ermöglichen. In Einzelfällen ist eine medikamentöse Behandlung des Kindes oder Jugendlichen indiziert, um eine psychotherapeutische Behandlung erst möglich zu machen. Dies erfordert die Konsultation eines Kinder- und Jugendpsychiaters. Bei Vorliegen einer Suizidalität (welche zurzeit bei minderjährigen Flüchtlingen leider zunimmt), erfolgt die stationäre Aufnahme in eine Fachklinik.

Neben dem realen Schutz und den erwähnten Stabilisierungsmaßnahmen ist ein Kontakt mit der Ursprungsfamilie in dem Heimatland, soweit dies möglich ist, als ein Stabilisierungsbeschleuniger anzuse-

hen. Auch eine Familienzusammenführung mit dem Ziel, Verwandte gemeinsam unterzubringen, führt zu einer Linderung des akuten bzw. chronischen Leidens und zu einer Verringerung der Traumasymptome.

Zu empfehlen ist die Durchführung eines Screenings spätestens drei Monate nach dem Erreichen der äußeren Stabilität. Danach können die Symptome, die eine Beeinträchtigung der Entwicklung der Kinder und Jugendlichen darstellen, erfasst werden. Ein spezielles Augenmerk ist dabei auf die Kinder und Jugendlichen zu richten, die unbegleitet ihren Fluchtweg bestritten haben.

Eine Kooperation der unterstützenden Systeme im Rahmen der regelmäßigen Hilfeplangespräche (hier: MitarbeiterInnen des zuständigen Jugendamtes, SozialarbeiterInnen, ErzieherInnen der Jugendhilfeeinrichtungen, gegebenenfalls Einbeziehung der Schule) ist für die weitere, effektive Hilfeplanung unverzichtbar.

Die Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung oder einer pathologischen Trauer nach Verlusterlebnissen sind bei Vorschulkindern, Schulkindern und Adoleszenten anders als bei Erwachsenen. Im Vorschulalter entwickeln oder haben die Kinder unter Umständen Ängste vor bestimmten Dingen, Geräuschen oder Personen, manche Kinder können sich nur schwer von einer Bezugsperson trennen. Es sind Entwicklungsrückschritte zu beobachten wie das Ver-

lieren bereits erlernter Fertigkeiten – zum Beispiel selbstständig auf die Toilette zu gehen oder zu sprechen. Hinweise zum Denken und Fühlen des Kindes werden über das Spielverhalten sichtbar: sie spielen wiederholt Elemente aus dem erlebten Trauma oder spielen überhaupt nicht. Sie zeigen Rückzugstendenzen oder aggressive Verhaltensweisen. Ängste, Erschrecken bei ungewohnten Tönen oder auch dem Lärm anderer Kinder. Konzentrationsstörungen, Ein- und Durchschlafstörungen, Bauch- oder Kopfschmerzen, Alpträume – der Ausdruck der aktuellen Befindlichkeit und der Themen, die die Kinder belasten, können vielfältig sein und oft auch übersehen werden.

Die Kinder haben Angst, dass die Ereignisse sich wiederholen könnten und wirken zeitweilig beson-

ders wachsam und misstrauisch gegenüber ihrer Umwelt und den Mitmenschen. Adoleszente zeigen Wutausbrüche, beschreiben Intrusionen, Alpträume, Flashbacks, depressive Stimmungen, Schuldgefühle und Scham. Sie sind wenig motiviert, Neues zu probieren, da sie noch so sehr mit dem ‚Alten‘, dem, was sie erlebt haben, beschäftigt sind. Es ist selten, dass Kinder und Jugendliche das Vollbild einer posttraumatischen Störung entwickeln. Trotzdem sind sie durch vereinzelte oder mehrere Symptome im Alltag beeinträchtigt. Aufgrund ihres Alters und ihrer besonderen Vulnerabilität genügt oft ein traumabedingtes Symptom, um ein Kind oder einen Jugendlichen zu destabilisieren und eine Teilhabe am alltäglichen Leben mit anderen Kindern, Schule und Spielen zu erschweren oder zu verhindern.

Traumatherapeutische Interventionen

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2013) empfiehlt in ihrem Richtlinienbericht, dass zur Behandlung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, die an den Folgen von psychischen Traumata leiden, kognitiv behaviorale Therapien und die EMDR-Therapie angewandt werden. Im Vergleich zur kognitiv behavioralen Therapie wird bei EMDR keine ausführliche Beschreibung des belastenden Ereignisses verlangt, es sind keine Expositionen vorgesehen, keine Bildung von schwierigen Kognitionen (bei Kindern) und es werden keine Hausaufgaben verlangt. Ziel ist die Reduktion der subjektiven Belastung und der Zugang zu den eigenen Ressourcen.

EMDR in der Gruppentherapie für Kinder und Jugendliche

Die Anwendung der EMDR Methode folgt nach einem strukturierten Acht-Phasen-Protokoll. Diese acht Phasen, die ursprünglich für eine individuelle Behandlung bei Erwachsenen entwickelt wurden (Shapiro, 2001), wurden von Jareo et al. (2006) für eine integrative Gruppenbehandlung (EMDR-IGTP) modifiziert. Dabei bleibt die Folge der acht Phasen stabil und die kognitive Arbeit wird durch das Malen ersetzt. Die bilaterale Stimulation (BLS) während der Etablierung der Sicherheit bzw. des sicheren Ortes erfolgt nicht durch Augenbewegung, die von einem Therapeut initiiert wird, sondern durch das Überkreuzen der eigenen Hände und das behutsame Klopfen auf die eigene Schulter (Schmetterlingsumarmung bzw. Butterfly Hug).

Das Protokoll wurde in Mexico als EMDR-IGTP entwickelt und wird in Deutschland auch unter der Bezeichnung „Vier-Felder-Technik“ benutzt. Hier malen die Kinder auf einem Blatt (mit vier Feldern). Auf dem ersten Feld wird die belasten-

war im Gedächtnissystem von Jakomo fragmentiert gespeichert. Er fühlte sich oft unsicher, entwickelte eine Überwachsamkeit, die zu einer ständigen Unruhe führte. Durch die Geschichte, die in einer EMDR-Therapiesitzung mit bilateraler Stimulation in Anwesenheit der Schwester, „prozessiert“ wurde, konnte er die Ereignisse als „Ganzes“ integrieren. Nach dieser Sitzung fühlte er sich sicherer und es war eine signifikante Symptomreduktion zu beobachten. Es erfolgte eine Neuorientierung, welche einen Bogen von der innerhalb der Geschichte entwickelten realen Zukunftsperspektive hin zum Alltag darstellte. Bei Jakomo waren die Symptome einer Belastungsstörung möglicherweise mit einer prolongierten Trauerreaktion kombiniert.

Die Mitarbeit der Schwester, als Cotherapeutin, konnte Jakomo während einer stabilen Lebensphase frühzeitig die Wiederkehr zur spontanen Entwicklung ermöglichen.

Fallbeispiel

Ein Beispiel für eine Traumabehandlung ist der siebenjährige Jakomo, der aus einem afrikanischen Land mit seinen beiden Schwestern, 15 und 4 Jahre alt, geflohen ist, nachdem beide Eltern ermordet wurden. Die Kinder waren monatelang auf der Flucht. Das Jugendamt nahm sie in Obhut und sie lebten in einem Heim in Deutschland. Im Vergleich zu seinen Schwestern, entwickelte er im Alltag eine Unruhe, die seine Integration in der Schule und in der Heimgruppe beeinträchtigte. Die ältere Schwester war während der Therapie, die ein Jahr gedauert hat, immer anwesend. Bei ihm wurde eine weitere neue EMDR Technik für Kinder eingesetzt. In Anlehnung an die EMDR-Geschichten-Erzählmethode nach Joan Lovett (Small Wonders, 2007) wurde eine Geschichte über die erlebten Ereignisse, jedoch über einen „anderen, stellvertretenden Jungen in einem anderen Land“, entwickelt. Das tatsächliche Ereignis

Zu empfehlen ist die Durchführung eines Screenings spätestens drei Monate nach dem Erreichen der äußeren Stabilität. Danach können die Symptome, die eine Beeinträchtigung der Entwicklung der Kinder und Jugendlichen darstellen, erfasst werden.

MEISTERERNST DÜSING MANSTETTEN

Rechtsanwältinnen
Rechtsanwälte

NUMERUS CLAUSUS PROBLEME?

Hohe Erfolgsquoten in
allen Numerus clausus-
Fächern, z.B. im Fach

**Psychologie:
100% Erfolg**

mit unserer Strategie –
auch im Masterstudien-
gang!

Wir haben die
Erfahrung.

Oststraße 2
48145 Münster
Tel. 0251/5 20 91-0
Fax 0251/5 20 91-52
duesing@meisterernst.de
www.numerus-clausus.info

Eine Vernetzung von traumatherapeutisch Zusatzqualifizierten Kolleginnen und Kollegen, wie die von EMDRIA, kann dabei zu einer effektiven und schnellen Versorgung führen.

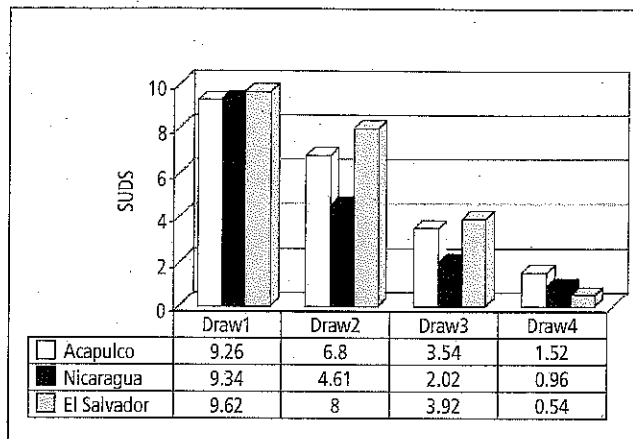


Abbildung 1

Die Reduktion der Belastung durch EMDR-IGTP in Interventionen an drei Orten – gemessen durch die subjective units of disturbance (SUD, 1-10), von Bild 1 bis Bild 4 (Jarero et al., 2006)

de Situation gemalt und der Grad der Belastung darauf dokumentiert. Dann folgt ein Satz von bilateraler Stimulation und das Malen von weiteren Bildern und weitere Stimulationen usw. bis zur Wiederherstellung eines subjektiven Wohlbefindens (siehe Abbildung 1).

Die EMDR-Methode wird in Deutschland von approbierten psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die nach internationalen Standards von der Fachgesellschaft EMDRIA Deutschland (EMDR International Association) zertifiziert sind, angewandt.

werden. Traumatherapeutisch ausgebildete Psychotherapeuten können in Kooperation mit Sozialarbeitern, Pädagogen, Einrichtungen der Jugendhilfe sowie Dolmetschern in den Gruppeninterventionen zusammenarbeiten. (Dabei sollten Dolmetscher durch die Kassen bezahlt werden). Erzieher, Lehrer und professionelle Betreuer sollten an traumaspezifischen Schulungen teilnehmen, um traumatisierte Kinder früh zu erkennen und eingreifen zu können.

Eine Vernetzung von traumatherapeutisch Zusatzqualifizierten Kolleginnen und Kollegen im Kinder- und Jugendlichen-Bereich und den an der Versorgung beteiligten Strukturen (wie sie z.B. derzeit von EMDRIA unternommen wird) kann dabei zu einer effektiven und schnellen Versorgung führen.

Ziel ist dabei, die Sicherstellung der Versorgung und Gesundheit aller traumatisierten Kinder in Deutschland, solcher mit und ohne Fluchthintergrund, in unserem Versorgungssystem.



Dr. Tanos Freiha

Diplom-Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut, spezielle Psychotraumatologie DeGPT, EMDR-Supervisor und Facilitator für Erwachsene, Kinder und Jugendliche. An der Universitätskinderklinik in Köln und in Privatpraxis tätig.



Daniela Lempertz

Diplom-Sozialpädagogin, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin in eigener Praxis in Neuwied/Rheinland-Pfalz. Ausbildung in Gestalttherapie, Verhaltenstherapie und EMDR. Tätig als EMDR-Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und EMDR-Supervisorin.



Dr. Arne Hofmann

Facharzt für Psychosomatische und Innere Medizin und Leiter des EMDR-Instituts Deutschland. Mitgründer der deutschsprachigen Fachgesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT), der Fachgesellschaft EMDR-Europa und Mitglied der deutschen Leitlinienkommission zur Behandlung der PTBS.

Um eine psychotherapeutische Behandlung von Kindern und Jugendlichen unter psychotraumatologischen Gesichtspunkten und mit Einsatz von EMDR durchführen zu können, ist eine fundierte Ausbildung erforderlich. Gerade bei der Arbeit mit dieser Patientengruppe müssen entwicklungspezifische Kenntnisse und Fähigkeiten vorhanden sein – wie zum Beispiel das Wissen, dass Kinder unter 10/11 Jahren kaum Kognitionen, d.h. positive oder negative Selbstüberzeugungen in der Therapie benennen können. Ab ca. 11/12 Jahren ähnelt das Vorgehen in der psychotherapeutischen Behandlung – hier das Prozessieren der Traumata – dem bei Erwachsenen und es kann das Standard EMDR-Ablaufschema angewendet werden.

Angesichts der aktuellen Lage sollten gruppentherapeutische aber auch andere EMDR-Interventionen (siehe Grafik oben) unbedingt weiter erforscht und dann angewandt

Literaturhinweise

Das umfangreiche Literaturverzeichnis finden Sie im Internet unter www.dptv.de.

Überprüfung des Alltages des Kindes

© Daniela Lempertz (Text), Fred Fuchs (Illustration) 2015, Kontakt: www.daniela-lempertz.de

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

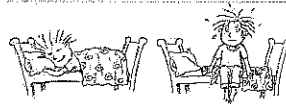
oft selten nie

Ist ihr Kind in einer sicheren Umgebung, in Sicherheit?



Wie verläuft der Alltag?

Erholsamer Schlaf des Kindes?
(Einschlafen, Durchschlafen, Alpträume?)





Angemessene Körperpflege/Selbstfürsorge

Ausreichende Ernährung und guter Appetit?



Ausreichende Bewegung/Sport,
altersangemessenes Spielverhalten?



Beziehungen

Familie oder enge Bezugspersonen vorhanden?
Freunde, Gleichaltrige?



Besucht ihr Kind einen Kindergarten
oder eine Schule?



**Beschreiben Sie den emotionalen Zustand
ihres Kindes:**

oft selten nie



ausgeglichen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
unruhig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ängstlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
traurig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
angespannt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fröhlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
aggressiv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Zeigt ihr Kind ein ungewöhnliches Verhalten?
Entwicklungsrückschritte ?**



Hat es zum Beispiel Fähigkeiten verlernt, die es vorher konnte - wie z.B. Sprechen,
eigenständiger Toilettengang? Bitte beschreiben:

Wie gehen Sie damit um?



Vor Ihrem 18. Geburtstag:

1. Hat ein Elternteil oder ein anderer Erwachsener in Ihrem Haushalt Sie **oft** oder **sehr oft**...
...beschimpft, beleidigt, erniedrigt oder gedemütigt?
oder
...so gehandelt, dass Sie Angst hatten, Sie könnten körperlich verletzt werden? Ja Nein
2. Hat ein Elternteil oder ein anderer Erwachsener in Ihrem Haushalt Sie **oft** oder **sehr oft**...
...gestoßen, gepackt, geschlagen oder etwas nach Ihnen geworfen?
oder
...Sie **jemals** so stark geschlagen, dass Sie Spuren davon aufwiesen oder verletzt wurden? Ja Nein
3. Hat ein Erwachsener oder eine Person, die mindestens 5 Jahre älter war Sie **jemals**...
...auf sexuelle Art und Weise angefasst oder gestreichelt oder Sie veranlasst deren
Körper in sexueller Art und Weise zu berühren?
oder
...oralen, analen oder vaginalen Geschlechtsverkehr versucht mit Ihnen zu haben oder
tatsächlich gehabt? Ja Nein
4. Haben Sie **oft** oder **sehr oft** empfunden, dass ...
...niemand in Ihrer Familie Sie liebte oder dachte, Sie seien wichtig oder etwas
Besonderes?
oder
...Ihre Familienangehörigen nicht aufeinander aufpassten, sich einander nicht nahe fühlten
oder sich gegenseitig nicht unterstützten? Ja Nein
5. Haben Sie **oft** oder **sehr oft** empfunden, dass ...
...Sie nicht genug zu essen hatten, Sie schmutzige Kleidung tragen mussten und niemanden
hatten, der Sie beschützte?
oder
...Ihre Eltern zu betrunken oder "high" waren, um sich um Sie zu kümmern oder Sie zum
Arzt zu bringen, wenn Sie es benötigten? Ja Nein
6. Verloren Sie **jemals** ein biologisches Elternteil durch Scheidung, dadurch, dass es Sie
verlassen hat, oder aus anderen Gründen? Ja Nein
7. Wurde Ihre Mutter oder Stiefmutter...
...**oft** oder **sehr oft** gestoßen, gepackt, geschlagen oder wurde etwas nach ihr geworfen?
oder
...**manchmal, oft** oder **sehr oft** getreten, gebissen, mit der Faust oder mit einem harten
Gegenstand geschlagen?
oder
...**jemals** über mindestens einige Minuten wiederholt geschlagen oder mit einer Pistole
oder einem Messer bedroht? Ja Nein
8. Haben Sie mit jemandem zusammengelebt, der Alkoholprobleme hatte, alkoholabhängig
war oder Drogen konsumierte? Ja Nein
9. War ein Mitglied Ihres Haushalts depressiv oder psychisch krank oder hat ein Mitglied
Ihres Haushalts einen Selbstmordversuch unternommen? Ja Nein
10. War ein Mitglied Ihres Haushalts im Gefängnis? Ja Nein



Informationen zum Thema „Flüchtlinge“

Die Verwaltungen von Stadt und die Kreis Neuwied halten umfangreiche Informationen zum Thema Flüchtlinge und zu den vielfältigen Hilfsangeboten auf den jeweiligen Homepages bereit:

www.neuwied.de , Stichwort „Flüchtlinge in Neuwied“

www.kreis-neuwied.de , über Aktuelles „Flüchtlinge“

Darüber hinaus finden Sie hier hilfreiche Links zu verschiedenen Themen in Zusammenhang mit dem aktuellen Flüchtlingsstrom:

Informationen der Landesregierung Rheinland-Pfalz:

Fragen und Antworten zum Thema Flüchtlinge

<https://mffjiv.rlp.de/de/startseite>

Bundesministerium für Gesundheit: Ratgeber Gesundheit für Asylsuchende

www.bmg.bund.de

Kindergesundheit-Info: Fachliche Angebote für die Arbeit mit Flüchtlingskindern

www.kindergesundheit-info.de

Bundesamt für Migration und Integration: Migration nach Deutschland (Infos zu Einreisebestimmungen, Asylrecht, Leistungen, unbegleitete Minderjährige etc.)

www.bamf.de

Informationen zum Thema „Flüchtlinge“

Nationales Zentrum Frühe Hilfen:

Umfangreiche Linksammlung zu verschiedenen Themen

<http://www.fruehehilfen.de>

BzGA: Medien der BzGA im Migrationsbereich

www.infodienst.bzga.de

Robert Koch Institut: Asylsuchende und Gesundheit

www.rki.de

Literaturempfehlungen

- **Traumapädagogik: Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis**, von Jacob Bäusum und Lutz-Ulrich Besser, 2013.
- **Erste Hilfe für traumatisierte Kinder**, von Andreas Krüger, 2013.
- **Ich weine und ich lache Tränen: Von Lebensräumen und Lebensträumen traumatisierter Kinder**, von Gunda Fleischhauer, 2011.
- **Wie Pippa wieder lachen lernte: Fachliche Hilfe für traumatisierte Kinder**, von R. Lackner, 2006.
- **Der Junge, der wie ein Hund gehalten wurde: Was traumatisierte Kinder uns über Leid, Liebe und Heilung lehren können**, von B.D. Perry u.a., 2008.
- **Philip sucht sein Ich: Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen**, von Wilma Weiß, 2013.
- **Den Drachen überwinden: Vorschläge zur Traumaheilung**, von Christiane u. Alexander Sautter, 2013.
- **Migration und Trauma: Pädagogisches Verstehen und Handeln in der Arbeit mit jungen Flüchtlingen (Psychoanalytische Pädagogik)**, von David Zimmermann, 2012.
- **Wie Traumata in die nächste Generation wirken: Untersuchungen, Erfahrungen, therapeutische Hilfen**, von U. Baer, Gabriele Frick-Baer, 2010.
- **Sonnige Traurigtage: Illustriertes Kinderfachbuch für Kinder psychisch kranker Eltern und deren Bezugspersonen**, von Schirin Homeier, 2014.
- **Annikas andere Welt - Hilfe für Kinder psychisch kranker Eltern**, von S. Eder, 2013.
- **Das Kind, das eine Katze sein wollte**, von Caroline Eliacheff, 2013.
- **Irgendwie Anders**, von Kathryn Cave und Chris Riddell, 1994.
- **Eine Reise von 1000 Meilen beginnt mit dem ersten Schritt: Seelische Kräfte entwickeln und fördern**, von Luise Reddemann, 2015.
- **Verletzte Helfer: Umgang mit dem Trauma: Risiken und Möglichkeiten sich zu schützen**, von Christian Pross, 2009.
- **Der innere Garten: Ein achtsamer Weg zur persönlichen Veränderung**, von Michaela Huber 2010.
- **Über das Meer: Mit Syrern auf der Flucht nach Europa**, von Wolfgang Bauer, 2014.
- **Diversity: Transkulturelle Kompetenz in klinischen und sozialen Arbeitsfeldern**, von Ghaderi van Keuk, David Joksimovic (Hrsg.), Stuttgart 2011.
- **Sprache ohne Worte: Wie unser Körper Trauma verarbeitet und uns in die innere Balance zurückführt**, von Peter A. Levine, Katrin Petersen, 2011.
- **Trauma und Posttraumatische Belastungsstörung: Informationen für Betroffene und Angehörige**, von Thomas Ehrig, Anke Ehlers, 2012.

Literaturempfehlungen

- *Der Junge, der wie ein Hund gehalten wurde: Was traumatisierte Kinder uns über Leid, Liebe und Heilung lehren können*, von B.D. Perry u.a., 2008.
- *Es soll dir gut gehen! 50 Workshops für die sozialtherapeutische Arbeit mit traumatisierten Kindern und Erwachsenen*, von V. Ognjenovic, 2005.
- *Transkulturelle Psychiatrie: Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen*, von Thomas Hegemann, Ramazan Salman, 2001.
- *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie für Kinder und Jugendliche. PITT-KJ: Das Manual*, von Andreas Krüger, Luise Reddemann, 2010.
- *Verletzte Helfer: Umgang mit dem Trauma: Risiken und Möglichkeiten sich zu schützen*, von Christian Pross, 2009.
- *Herausforderung Trauma: Diagnosen, Interventionen und Kooperationen der Erziehungsberatung*, von M. Krist u.a., 2014.
- *Diversity: Transkulturelle Kompetenz in klinischen und sozialen Arbeitsfeldern*, von Ghaderi van Keuk, David Joksimovic (Hrsg.), Stuttgart 2011.
- *Über das Meer: Mit Syrern auf der Flucht nach Europa*, von Wolfgang Bauer, 2014.
- *Migration und Trauma: Pädagogisches Verstehen und Handeln in der Arbeit mit jungen Flüchtlingen (Psychoanalytische Pädagogik)*, von David Zimmermann, 2012.
- *Zwischen Autonomiebestreben und Hilfebedarf: Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge in der Jugendhilfe (Soziale Arbeit Aktuell)*, von Katharina Detemple, 2013.
- *Traumatisierte minderjährige Flüchtlinge in der Jugendhilfe: Ein interkulturell- und ressourcenorientiertes Handlungsmodell (Perspektiven Sozialer Arbeit in Theorie und Praxis)*, von Vera Maria Weeber, 2015.
- *Sprache ohne Worte: Wie unser Körper Trauma verarbeitet und uns in die innere Balance zurückführt*, von Peter A. Levine, Katrin Petersen, 2011.
- *Traumapädagogik: Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis*, von Jacob Bausum und Lutz-Ulrich Besser, 2013.
- *Philip sucht sein Ich: Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen*, von Wilma Weiß, 2013.
- *Eine Reise von 1000 Meilen beginnt mit dem ersten Schritt: Seelische Kräfte entwickeln und fördern*, von Luise Reddemann, 2007.