

**Zweckverband für
psychologische Beratungen und Hilfen**

Schulpsychologischer

Dienst

Iserlohn



Jahresbericht 2015

SCHULPSYCHOLOGISCHER DIENST ISERLOHN (SDI)

Jahresbericht 2015

Wie gewohnt wird vom SDI auch für das Jahr 2015 ein statistisch aufbereiteter Bericht über Fallzahlen, Alters- und Geschlechterverteilung vorgelegt. Innerhalb welcher Schulform wurden die Schülerinnen und Schüler beschult? Wie lange dauerte es von der Anmeldung bis zum ersten Fachkontakt? Wie haben sich die Behandlungszeiten bezogen auf die Anzahl der Termine/Sitzungen verändert? Fanden einzelfallübergreifende Tätigkeiten statt, in welchem Rahmen und mehr.

Allerdings stellte sich im Übergang des Jahres 2015/16 bei der Erarbeitung dieses Berichtes eine Frage, die statistisch zwar keine Relevanz hatte, dennoch für alle mir bekannten Systeme, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten, von erheblicher **Brisanz** ist.

Die Frage lautete: "Kann im Bericht eines schulpsychologischen Dienstes, indem es um die Darstellung der Tätigkeiten des Jahres 2015 im Vergleich zu den Vorjahren geht, auf das **Thema „Flüchtlinge“** verzichtet werden?"

Gemeint sind hier die Menschen, die erst seit jüngster Zeit in Deutschland verweilen, der deutschen Sprache nicht mächtig sind und in ihren Heimatländern Bedingungen vorfinden, die derart desolat sind, dass ihnen die Flucht als einzig sinnvoll erscheinende Handlungsmöglichkeit bleibt.

Da es im Jahr 2015 beim SDI lediglich **eine** Anfrage aus den weiterführenden Iserlohner Schulen gab, die Schüler dieses Personenkreises tangierte, könnte auf die oben gestellte Frage leicht geantwortet werden:

"Das Thema hatte im Jahr 2015 keine Prägnanz und könnte somit als "unerheblich" bezeichnet werden!"

Vor dem Hintergrund der sehr wahrscheinlich auch auf den SDI zukommenden Anfragen, soll im Anschluß an den statistischen Teil des diesjährigen Berichtes für die interessierten Leserinnen und Leser, neben signifikanten Veränderungen im bisherig erhobenen statistischen Gefüge, dennoch auf einige Aspekte im Zusammenhang mit den Flüchtlingskindern- und Jugendlichen der aktuellen Welle eingegangen werden.

Ebenso auf erwähnenswerte Veränderungen hinsichtlich der Fragestellung bei der Kontaktaufnahme (Verhalten vs. Leistung) als auch im Bereich Krisenhilfe/Intervention.

(Siehe Seite 9 folgend)

Doch zunächst zu den, auch in der Vergangenheit dargestellten, einzelfallübergreifenden Aktivitäten und den anschließend dargestellten statistischen Eckwerten um Veränderungen im Gefüge erkennbar zu machen.

Einzelfallübergreifende Aktivitäten 2015

Mitwirkung in:

Arbeitsgruppe Iserlohner Schulsozialarbeiter/Sozialpädagogen

Arbeitsgruppe „Schulpsychologie MK“.

Arbeitskreis nach §8 gemäß der Satzung des *zfb*

Arbeitskreis der Psychologinnen und Psychologen im *zfb*

Kollegiale Intervention in *zfb*

Großteamtag des *zfb* u.a. zur konsensfähigen Fertigstellung diagnostischer und beratungsrelevanter Standards bei Fällen mit Verdacht auf Kindeswohlgefährdung.

Gemeinsame Teambesprechung im Beratungszentrum Iserlohn (BZI) des *zfb*

Steuerungsgruppe "Schulbegleitung +"

Gemeinsame Dienstbesprechung der kommunalen- und landesbediensteten Schulpsychologen im Regierungsbezirk Arnsberg

Externe Intervention

Interkulturelles Elterncafe der Gesamtschule Gerlingsen/Nussberg

Kooperationstreffen mit der DROBS und Streetworking Iserlohn

Fortbildung:

„Psychotherapie mit Flüchtlingen, Risiken und Ressourcen bei der Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen“

(Dr. Ali Kemal Gün, Psychologischer Psychotherapeut und Integrationsbeauftragter.)

Statistik im Bereich der Einzelfallarbeit

Für den eiligen Leser

Das statistische Jahr 2015 in Stichworten (Bereich Einzelfallhilfe)

- ☛ *Im Jahr 2015 hat sich die Fallzahl im Vergleich zum Vorjahr nicht wesentlich verändert.
Siehe Grafik 1 (Seite 5)*
- ☛ *Bei der Geschlechterverteilung hat sich der Anteil des weiblichen Klientels von 33,9 % im Jahr 2014 auf nunmehr 38,1 % im Jahr 2015 erhöht.
Siehe Grafik 2 –3 (Seite 6) u. Tabelle 1 (Seite 7/8)*
- ☛ *Bei der Verteilung nach Altersgruppen nahmen die 10-12 jährigen um 6% im Vergleich zum Vorjahr ab, während die Gruppe der 13-15 jährigen um 3 % und die Gruppe der 16-18 jährigen um fast 5% zunahm.
Siehe Grafik 2 - 3 (Seite 5/6) u. Tabelle 1 (Seite 7/8)*
- ☛ *52 % der Fälle (89) mussten in das Jahr 2016 übernommen werden. Vorjahr 56% (96)
Siehe Grafik 4 u. 5 (Seite 6/7)*
- ☛ *Die Wartezeit von der Anmeldung bis zum ersten persönlichen Fachkontakt konnte auch im Jahr 2015 mit 97,6% der Beratungssuchenden im Zeitrahmen bis zu 3 Wochen sehr kurz gehalten werden.
Siehe Tabelle 1 (Seite 7/8)*
- ☛ *Die Wartezeit vom Erstkontakt bis zur weiteren Terminvergabe konnte leicht gesenkt werden. 2015 in 94,2 % der Fälle bei unter drei Wochen. Vorjahr 91,5%
Siehe Tabelle 1 (Seite 7/8)*
- ☛ *Beim Vergleich nach dem im Vordergrund stehenden Beratungsanlass, - Leistungs- vs. Verhaltensproblem, veränderte sich die Relation mit 68 zu 31% weiter “zugunsten“ der Verhaltensauffälligkeiten. Hier haben wir eine massive Veränderung über den Verlauf von 5 Jahren. Lag doch die Relation im Jahr 2011 noch bei 54,1% Leistung und 45,9% Verhalten!
Näheres als Anmerkung hierzu weiter unten nach Tabelle 1
Siehe Grafik 6 (Seite 9) u. Tabelle 1 (Seite 7/8))*
- ☛ *Im Jahr 2015 ergaben sich kaum nennenswerte Veränderungen hinsichtlich der Anzahl der zwingend notwendigen Kontakte, bis ein „Fall“ zunächst abgeschlossen werden konnte.
Siehe Tabelle 1 (Seite 7/8)*
- ☛ *Wie in den Vorjahren bildete die Realschule als Schulform mit 32,7 % die stärkste Gruppe der Beratungssuchenden.
Siehe Tabelle 1 (Seite 7/8)*

Grafiken und Tabellen im Vergleich

Entwicklung der Fallzahlen im Verlauf der letzten 10 Jahre

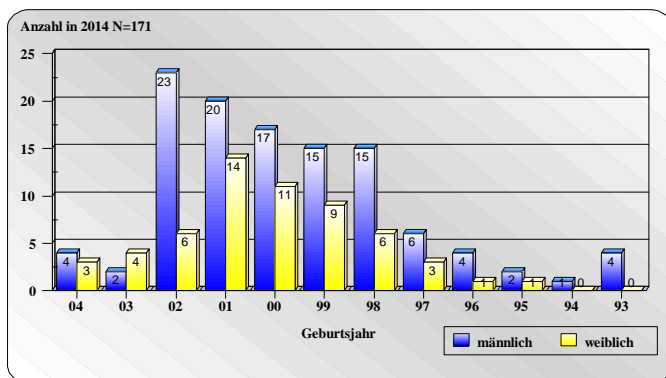
Grafik 1



Alters- und Geschlechterverteilung im Zwei - Jahresvergleich 2014/2015

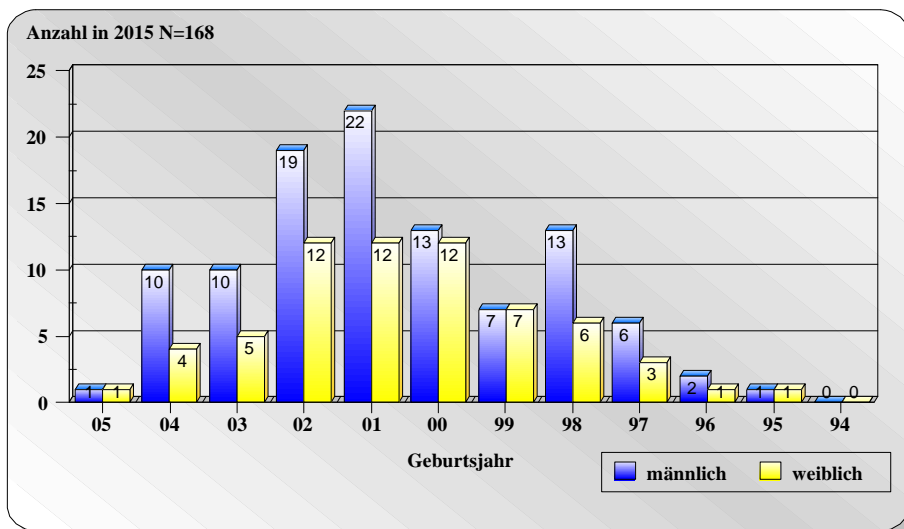
Fallzahl im Jahr 2014 differenziert nach Alter und Geschlecht (171 Beratungsfälle)

Grafik 2



Fallzahl im Jahr 2015 differenziert nach Alter und Geschlecht (168 Beratungsfälle)

Grafik 3

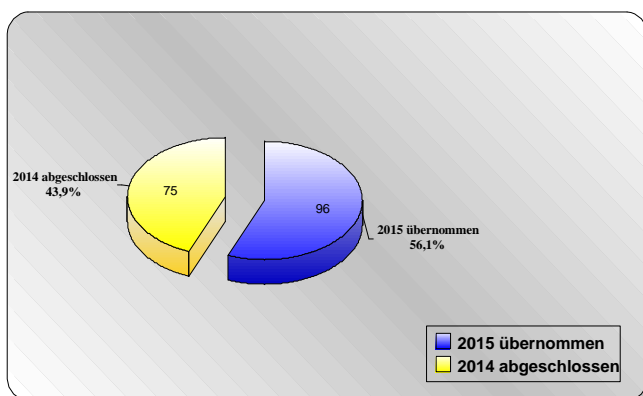


In Verbindung mit Tabelle 1 (Seite 7/8) wird deutlich, dass der Anteil der Schülerinnen und Schüler aus der Altersgruppe 10-12 im Vergleich zum Jahr 2014 um ca. 6% abnahm, während die Anteile aus der Altersgruppe 13-15 um ca 3% und der Altersgruppe 16-18 um ca 5% zunahm.

Fallabschlüsse vs. Übernahmen im Zwei – Jahresvergleich

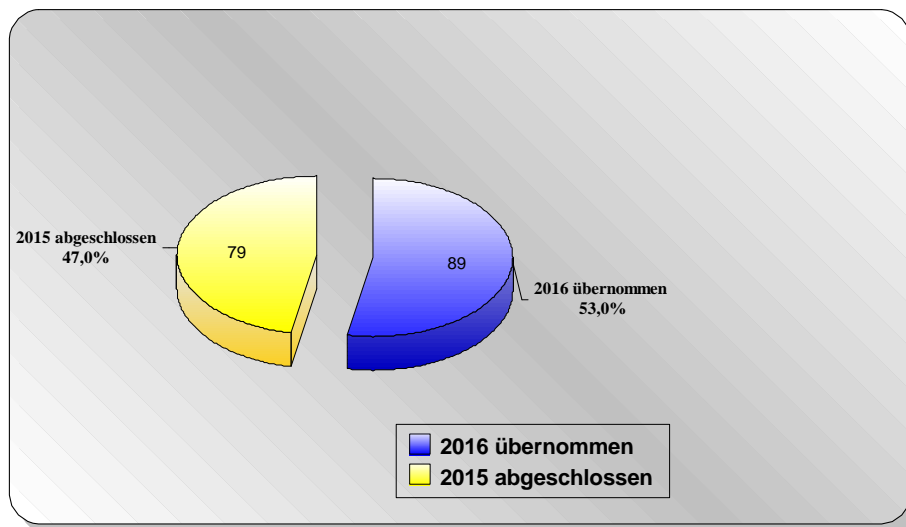
Abgeschlossene vs. in das Folgejahr 2015 übernommene Fälle

Grafik 4



Abgeschlossene vs. in das Folgejahr 2016 übernommene Fälle

Grafik 5



Beim Vergleich der Relation abgeschlossene vs. in das Folgejahr zu übernehmende Fälle ergeben sich im Zwei – Jahresvergleich keine nennenswerten Unterschiede.

Fünf - Jahresvergleich ausgewählter Parameter

In dieser Tabelle sind die gewohnten statistischen Parameter aus der Vergangenheit über fünf Jahre im Vergleich dargestellt.

Tabelle 1

		2011	2012	2013	2014	2015
Fallzahl (N)		170	164	196	171	168
Angaben in %						
Geschlecht	männl.	64,7	65,2	64,8	66,1	61,9
	weibl.	35,3	34,8	35,2	33,9	38,1
Altersgruppen	10-12	21,3	25,6	20,4	24,6	18,5
	13-15	54,1	53,0	54,1	50,3	53,5
	16-18	22,2	17,1	21,9	20,4	25,0
	19-21	1,8	4,3	3,4	4,7	3,0
	22+	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Wartezeit zwischen Anmeldung und erstem Fachkontakt in Wochen/Monaten						
Bis zu	3 W.	97,1	98,2	99,5	93,0	97,6
	2 Mon.	2,9	1,8	0,5	7,0	2,4
	5 Mon.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	8 Mon.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Wartezeit zwischen erstem Fachkontakt und Weiterbehandlung in Wochen/Monaten						
Bis zu	3 W.	90,6	96,6	91,2	91,5	94,2
	2 Mon.	8,7	3,4	8,8	8,5	5,8
	5 Mon.	0,6	0,6	0,6	0,6	0,0
	8.Mon.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Im Vordergrund stehende Problematik bei Anmeldung						
	Leistung	54,1	59,8	44,9	33,9	31,5
	Verhalten	45,9	40,2	55,1	66,1	68,5
Anzahl der Sitzungen pro abgeschlossenem Behandlungsfall						
		48% N =81	54% N =89	49% N =95	44% N =75	47% N =79
	1-10	65,3	66,3	71,6	64,0	65,8
	11-20	30,9	29,2	27,3	30,7	27,8
	21-40	2,5	2,3	0,0	5,3	5,1
	41-60+	1,2	2,3	1,1	0,0	1,3
Einteilung nach Schulform						
	HS	21,2	17,7	15,8	10,5	10,7
	RS	32,3	31,1	34,2	34,5	32,7
	Gymn.	22,3	22,0	23,0	24,0	25,0
	Ges. S	22,3	25,0	22,4	27,5	26,8
	Förder S	1,8	2,4	1,5	0,6	1,2
	Berufsb.S	0,0	1,8	3,1	2,9	3,6

Um dem interessierten Leser die Möglichkeit zu liefern die, prozentuale Verteilung der Beratungssuchenden nach Schulform mit der prozentualen Verteilung aller Iserlohner Schüler nach Schulform zu vergleichen, sehen Sie hier die Schülerzahlen im Jahr 2014/2015 absolut und in Prozent.

Schüler 2014 insgesamt 6755

Schülerzahlen 10/2014	
Hauptschulen:	734
Realschulen:	1814
Gymnasien:	2666
Gesamtschule:	1371
Förderschulen:	170

Zahlen 10/2014 in %	
Hauptschulen:	10,7
Realschulen:	26,8
Gymnasien:	39,5
Gesamtschule:	20,3
Förderschulen:	2,5

Schüler 2015 insgesamt 6785

Schülerzahlen 10/2015	
Hauptschulen:	634
Realschulen:	1702
Gymnasien:	2696
Gesamtschulen	1491
Förderschulen:	262

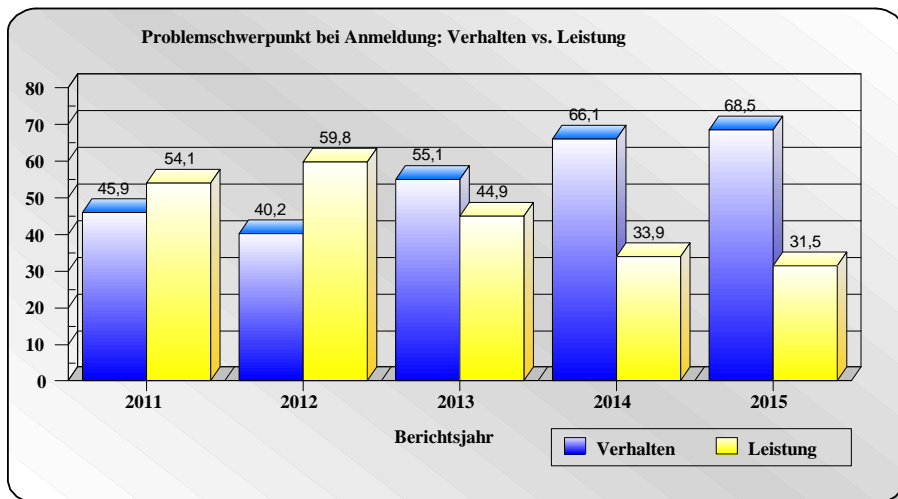
Zahlen 10/2015 in %	
Hauptschulen:	9,3
Realschulen:	25,1
Gymnasien:	39,7
Gesamtschulen:	22,0
Förderschulen:	3,9

Ergänzungen und Ausblick

Wie zu Beginn bereits erwähnt, sollen signifikante Veränderungen im bisherigen Datengefüge hervorgehoben und kommentiert werden.

Verhalten vs. Leistung im Fünf – Jahresvergleich. (Siehe auch Tabelle 1, Seite 7/8)

Grafik 6



Anmerkung: „Anstieg der Verhaltensauffälligkeiten“

In diesem Zusammenhang ist festzustellen, dass nicht nur die expressiven Verhaltensauffälligkeiten im Rahmen der Anmeldegründe zunehmen (aggressives Verhalten, „Regelverstöße“, Impulsdurchbrüche), sondern auch depressive Entwicklungen. (Prüfungsangst, psychosomatische Symptome, Ausgrenzung) also die „stillen“ Verhaltensauffälligkeiten.

Diese stillen Auffälligkeiten sind überdurchschnittlich oft bei Schülerinnen und Schülern zu beobachten die ein Gymnasium besuchen.

Leistungsdruck, angenommene Perspektivlosigkeit ohne Abitur (die gesellschaftlich massiv befördert wird!), wenn es aus unterschiedlichen Gründen nicht so laufen sollte wie es scheinbar müsste. Eine Konzentration des subjektiv empfundenen Selbstwertes in Abhängigkeit von Zensuren, Finanzstatus der Eltern und damit in Verbindung stehende materielle Güter, die in der Schule präsentiert werden. Je kostspieliger, desto „cooler“, so scheint es zumindest.

Interkulturelle Unterschiede sorgen insbesondere bei jugendlichen Mädchen für einen zum Teil erheblichen Belastungsdruck bis hin zur Suizidalität. Sie leben stellenweise in werteorientierten Parallelwelten, die nicht kompatibel sind.

Das Klassenklima wird zudem oft unabhängig vom schulischen Leistungsstand (Zeugnisse) von Konkurrenzgedanken geprägt und wer da, vor dem Hintergrund häufig wechselnder Trends nicht mitziehen kann ist „raus“.

Gruppendynamische Prozesse, können sich ohne Erfassung und Begleitung im Laufe relativ kurzer Zeit derart verfestigen, dass sich daraus Mobbingstrukturen entwickeln, die nur mit großer Mühe bearbeitet werden können.

Von daher ist es sehr zu begrüßen, dass seit Beginn des Schuljahres 2015/16 Schulsozialarbeit auch an den drei Iserlohner Gymnasien Einzug gehalten hat!

Denn Schulsozialarbeit kann nicht nur einzelfallorientierte Unterstützung, sondern auch einen wichtigen Beitrag zur einzelfallübergreifenden Schulentwicklung leisten. Das funktioniert allerdings nur gut, wenn das jeweilige Kollegium den Beitrag der Schulsozialarbeit als Bereicherung erlebt, bereit ist diesen zu reflektieren und in bisheriges Denken und Handeln zu implementieren.

Krisenhilfe

Seit 2012 wurden vom SDI Zahlen erhoben, um Entwicklungen zu beobachten, die in den Bereich „akute Krise“ einzuordnen sind.

Suizidäußerungen von Schülern, depressive Entwicklungen, selbstverletzendes Verhalten, Schulabsentismus unklarer Ursache, aggressive Impulsdurchbrüche, psychosomatische Beschwerden, die den Schulbesuch stark beeinträchtigen, Folgen durch Mobbing, insbesondere Cybermobbing und Folgen von "Sexting".

Ab 2012 wurden die Kontakte erhoben, bei denen die Anfragen aus Institutionen erfolgen Schule, Lehrer, Schulsozialarbeiter, Kinderärzte, und andere Beratungsdienste.

Im Jahr 2015 wurden auch die Kontakte erhoben, die nicht institutioneller Natur waren, sondern direkt durch die Eltern erfolgten.

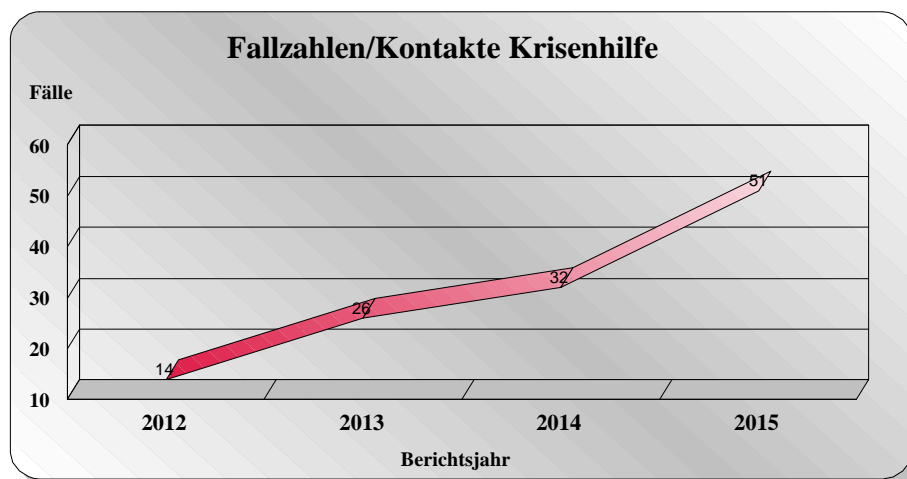
Daher die scheinbar exorbitante Entwicklung dieser Anzahl.

Es handelt sich hierbei nicht um Krisen bei denen die RSB (Regionale Schulberatungsstelle des Kreises MK) der dezidierte Ansprechpartner ist, (Todesfälle, Unglücke, punktuell unerwartet auftretende sehr belastende Ereignisse).

Meist wird bei der Anamnese deutlich, dass es sich hier um die krisenhafte Zuspitzung einer Entwicklung handelt, die nun derart eskaliert, dass ggf. als drastische Maßnahmen empfundene Intervention angemessen erscheinen. Schulwechsel, Wohnortwechsel, stationärer Aufenthalt, Fremdunterbringung. Oft ist das nicht zwingend der Fall, doch derartige Ideen stehen im Raum. Daher „Krise“.

Unter Berücksichtigung dieser Kontakte ergibt sich die folgende Steigerungsrate:

Grafik 7



Bei 19 dieser Anfragen zeigte sich, dass der der SDI die „richtige Adresse“ ist und somit schnellstmöglich diagnostisch/beraterisch/therapeutisch tätig wurde. Diese sind auch in den dargestellten Fallzahlen aufgeführt.

Bei 32 der Anfragen wurde nach Klärung der Problemlage klar, dass zunächst vorrangig andere Ansprechpartner präferiert werden sollten. Diese Anfragen wurden in der Statistik der Fallzahlen nicht erfasst.

Möglicherweise hat sich herumgesprochen, dass der SDI ein Dienst ist, der vergleichsweise schnell verfügbar ist und sich die Zeit nimmt, eine hinreichende Voreinschätzung zum weiteren Vorgehen vorzunehmen oder die Menschen kontaktieren viele Stellen, von denen sie sich Hilfe versprechen u.a. auch den SDI.

Anfragen im Zusammenhang mit selbstverletzendem Verhalten und „Sexting“ gingen beim SDI im Vergleich zu den Vorjahren zurück, während (psycho)somatische Beschwerden zunahmen.

Möglicherweise wirken präventive Ansätze im Zusammenhang mit verantwortungsvoller Nutzung der sozialen Netzwerke. Vielleicht wirken auch die Warnungen der "Stars u. Sternchen", dass Fans das lieber nicht nachmachen sollten, da es zu erheblichen Problemen führen kann oder weil der SDI aus unbekanntem Gründen damit nicht mehr konfrontiert wurde.

Unterstützungssysteme im Zusammenhang mit Flüchtlingen

Wie zu Beginn bereits erwähnt, soll abschließend darauf eingegangen werden, wie Helfersysteme mit den Herausforderungen umgehen können, die durch die aktuelle Flüchtlingswelle in absehbarer Zeit auf sie zukommen wird.

Als schulpyschologischer Dienst richtet sich der Blick natürlich auf die Unterstützung des Systems Schule, doch einige grundlegende Aspekte sind sicher System- und Institutionsübergreifend.

Obwohl es im Jahr 2015 so gut wie keine Anfrage zum Thema gab, sollen schon jetzt einige Gedanken geäußert werden, da es nur eine Frage der Zeit sein dürfte, bis sich Anfragen zu Schülerinnen und Schülern aus der Gruppe der "Akutflüchtlinge" spürbar mehren.

Diese dann wahrscheinlich „Verhaltensauffälligkeiten“ genannten Beobachtungen werden mit einiger Wahrscheinlichkeit zunehmend aus dem Bereich Schule kommen, denn die Schule ist einer der ersten inländischen Sozialisationsräume, der von Akutflüchtlingskindern- und Jugendlichen regelmäßig besucht werden wird.

Hier werden die Kinder und Jugendlichen auf in Deutschland sozialisierte Kinder und Jugendliche, Lehrerinnen und Lehrer treffen. Sie werden mit Anforderungen, Werten und Normen konfrontiert, die ihnen zum großen Teil fremd sind und sie werden mehrheitlich, so gut es ihnen möglich ist, versuchen, in diesem Setting klarzukommen.

Dennoch wird es für alle Beteiligten kein leichter Weg werden und es dürfte allgemein gelten: "Je älter die Schülerinnen und Schüler sind, desto facettenreicher die Fragestellungen!"

Lehrerinnen und Lehrer werden Beobachtungen machen, die ihnen fremd sind oder bei denen sie nicht wissen wie sie damit umgehen sollen.

In diesem Zusammenhang ist das Thema „Trauma“ in aller Munde.

Dazu kommt, dass der Begriff (gemeint ist in der Regel psychisches Trauma) ähnlich inflationär benutzt zu werden droht, wie „Mobbing“ oder „Burn Out“ in den letzten Jahren.

Sehr viele dieser Kinder um die es hier geht, haben allerdings Situationen erlebt, die potenziell traumatisierend wirken können. Einiges davon liegt derart außerhalb unserer Vorstellungsebene, dass uns allein die Schilderungen der Vorkommnisse sprachlos machen.

Da sollte es uns nicht wundern, dass viele Kinder auch nicht darüber sprechen.

Wie die Kinder dieses Erlebte bereits verarbeitet haben? Wir wissen wir nicht!

Im hiesigen Sozialisationsraum wird/ist der Ruf nach Traumatherapie demzufolge sehr laut. Es wird weniger gefragt unter welchen Bedingungen Traumatherapie überhaupt sinnvoll ist. Meistens ist dies zum jetzigen Zeitpunkt nicht der Fall!

Denn für diese Menschen stehen „greifbarere“ Themen zunächst im Vordergrund z.B.

- Was erwartet mich in dem Land, das ich erreicht habe?
- Wie, wo und mit wem werde ich leben?
- Wie sind die Menschen dort?
- Was sind die Regeln des Miteinanders?
- Wie lerne ich möglichst schnell, mich zu verständigen?
- Wie finde ich meine Familie oder Menschen wieder, von denen ich getrennt wurde?
- Wie komme ich dorthin?

Was auf emotionaler und gedanklicher Ebene zwar auch immer präsent ist z.B:

- Die Angst
- Die Bilder im Kopf
- Die Verlusterfahrungen
- Die Wut
- Die Unsicherheit
- Die eigenen Erlebnisse

wird in den Kulturen aus denen die Akutflüchtlinge stammen allerdings deutlich mehr im Familien- oder Freundeskontext thematisiert als institutionell, denn dort hat die Familie in der Regel einen deutlich höheren Stellenwert als z.B. in Deutschland.

Und selbst der Deutsche an sich (den es differenziert natürlich genausowenig gibt wie den Syrer, Briten oder den Schweizer) geht weitaus selbstverständlicher zum Arzt als zum approbierten Psychotherapeuten.

Nun sind es aber letztlich die Verhaltensweisen, die innerhalb einer Gesellschaft für Aufmerksamkeit und gegebenenfalls Aktion, Reaktion, Anpassungen sorgen.

Bei einer minimierten Trias der psychologischen Unterteilung des menschlichen Daseins in: "Gedanken, Gefühle und Verhalten" ist das Verhalten nun mal die am ehesten beobachtbare und beschreibbare Komponente.

Bis sich aber das Verarbeitungsergebnis von Gedanken und Gefühlen auf der Verhaltensebene beobachtbar darstellt, dauert es oft lange und ist maßgeblich von den bisherigen Lebenserfahrungen, den anerzogenen Bewertungsmustern, dem jeweiligen Alter („Entwicklungsauftrag“) und sicher auch von einer genetischen bedingten Verarbeitungsprädisposition abhängig.

Was erwartet uns in der Arbeit im Zusammenhang mit „Akutflüchtlingskindern“, was sollten wir berücksichtigen, worauf müssen wir achten, wie können wir Beobachtbares einordnen und—was können wir Sinnvolles tun bzw. sollten Unsinniges lassen?

In unseren Köpfen entstand in den letzten Monaten ein Bild von einem „Akutflüchtling“.

Wenige haben direkten Kontakt zu diesen Menschen.

Die Mehrheit setzt ihr Bild von einem Flüchtling zusammen aus medialer Berichterstattung, Vorurteilen, Mutmaßungen, Erzählungen anderer, die ggf. negative Erfahrungen mit erwachsenen männlichen Flüchtlingen gemacht haben und hat dennoch nie mit einem der Akutflüchtlinge persönlichen Kontakt gehabt.

An dieser Stelle geht es um die Kinder von Menschen, die aus der Not heraus alles verlassen haben was ihnen lieb und wert war.

„Flüchtlingskinder“?

Schon an dieser Stelle sollten wir innehalten, denn dieser Terminus, der ein Kind in seinem ganzen Sein auf eine Handlung reduziert.- die Flucht, lässt in unserem Köpfen teilweise unbewusst blitzschnelle Assoziationsketten entstehen die das Gesunde im Kind nicht mehr berücksichtigen.

Zum Beispiel:

Flüchtlingskind = Krieg, Bomben, Hilflosigkeit, Blut, Hunger/Durst, Tote, Gewalt, sexuelle Übergriffe, Tötung nächster Verwandter etc., traumatisiert, ist psychisch krank, braucht professionelle Behandlung, Traumatherapie, ich kann da nichts machen weil ich nicht über die entsprechenden Kompetenzen verfüge und nichts falsch machen will.....

Am Ende dieser exemplarischen Kette kann ein Gefühl der Ohnmacht stehen, das zur Lähmung oder Verleugnung der eigenen Möglichkeiten führen kann. Um diesen unangenehmen Gefühlen zu entkommen, kann es sogar zur Vermeidung des Kontaktes kommen.

Nun gibt es aber DAS Flüchtlingskind gar nicht!

Auch wenn wir noch so sehr zur Kategorisierung neigen, um die Welt und die Informationsflut um uns herum einzuordnen, damit wir uns in dem relativen Chaos zurechtzufinden und uns positionieren können.

Flüchtlingskinder sind zunächst einmal Kinder!

Unterschiedliche Hautfarben, unterschiedliche Geschlechter, Spaßvögel, Schüchterne, Mutige, Bewegungsfreudige, Wissbegierige, Träge, Lesende, Analphabeten, Ängstliche Jesiden, Sunniten, Schiiten, Aleviten, Christen, Atheisten, ländlich geprägt oder in einer Großstadt aufgewachsen. In Wohlstand sozialisiert oder in ärmlichen Verhältnissen aufgewachsen. Mit beiden Elternteilen irgendwo gestrandet oder angekommen. Aber auch mit nur einem Elternteil oder einem der Geschwister, einem Onkel/Tante oder gänzlich ohne zentrale Bezugsperson aus der Zeit in ihrer Heimat.

In all dieser Verschiedenheit begegnen sie uns.

Wie sie das Erlebte weiter verarbeiten werden, ist zum allergrößten Teil von den persönlichen Ressourcen und den Rahmenbedingungen abhängig, die sie dort vorfinden wo sie sich in der Zukunft aufhalten werden.

In allen neueren Untersuchungen zum Thema „psychisches Trauma“ und Verarbeitung ist der Begriff der **„Resilienz“** nicht mehr wegzudenken.

Im allgemeinen wird unter diesem Begriff „psychologische Widerstandsfähigkeit“ verstanden. Nun muß die Verarbeitung von Extremereignissen allerdings als Prozess verstanden werden.

Das Ereignis prallt nicht einfach ab, wenn die Resilienz hoch ist, sondern wird je nach Grad der Widerstandsfähigkeit mehr oder weniger starke intrapsychische Erschütterungen hervorrufen.

An dieser Stelle setzen „Selbstheilungskräfte“ ein, die jedem Kind (und Erwachsenen) in unterschiedlicher Ausprägung innewohnen.

Hier ist nicht „Traumatherapie“ bei einem externen Fachmenschen indiziert, sondern Mitwirkung daran, dass Selbstheilungskräfte ihre Wirkung entfalten können!

Es sollten also Möglichkeiten geschaffen werden die es Kinder erlaubt ihre Erlebnisse so verarbeiten zu können, dass möglichst wenig Spätschäden entstehen. Gänzlich vermeiden lässt sich das sicher nicht!

Die erste wichtigste Ebene ist das Gefühl von **Sicherheit.**
Wenn das erreicht ist, braucht das Kind verlässliche **Strukturen.**

Psychotherapie ist im Zusammenhang mit traumatisierten Menschen insofern nachrangig, als dass zuerst diese Basis aufgebaut werden muss, damit ein psychotherapeutisches Angebot hinreichend wirken kann.

Und selbst dann dürfte es schwieriger als gewohnt werden im klassisch psychotherapeutischen Sinn hilfreich zu sein. Denn die gewohnten diagnostischen Materialien sind kaum verwertbar. Nicht nur wegen der sprachlichen Divergenz bei Leistungstests und den interkulturellen Unterschieden, z.B. in der Persönlichkeitsdiagnostik, welche die Validität der Ergebnisse stark in Frage stellt. Auch eines der wichtigsten „Werkzeuge“ des Psychotherapeuten, - die Kommunikation, ist stark beeinträchtigt.

Wir dürfen in diesem Zusammenhang nicht vergessen, dass noch nicht einmal die wichtigste Strukturvariable in der Mehrheit der Fälle gesichert ist. Denn solange ein Mensch nicht weiß wo er sich morgen oder in den nächsten Wochen aufhalten wird, ob er ggf. „abgeschoben“ wird, kann sich ein Gefühl von Sicherheit nicht aufbauen.

Im Weiteren sollte nicht vergessen werden, dass der Ruf nach Psychotherapie auch aus anderen Gründen ggf. nicht angemessen ist.

In den Regionen aus denen der überwiegende Teil der Kinder stammt um die es hier geht, ist ein „psychodynamisches Krankheitsverständnis“, wie es hier zum großen Teil Einzug gehalten hat, nicht vorzufinden.

Wenn ein Unfall geschehen ist, es einen hinreichend bekannten Infekt gibt oder ein anderes von außen beobachtbares Leid vorliegt, geht man zum Arzt.

Wenn etwas mit Gefühlen, Gedanken oder Verhalten besorgniserregend erscheint, wird nach langer Verhandlung in der Großfamilie eventuell der Imam konsultiert.

Wir finden keine psychotherapeutische Tradition, die eine entsprechende „Behandlungsbereitschaft“ unterfüttern könnte.

Doch selbst, wenn die Mindestgrundlagen: Sicherheit, Stabilität, Verständigung und Mitarbeitsbereitschaft, gegeben wären, können wir in absehbarer Zeit niemals derart viele Traumatherapeuten vorhalten, wie es vermeindlich nötig erscheint.

Die bereits etablierten Fachleute können und sollten zunächst vor allem multiplikatorisch daran mitwirken die Voraussetzung für eine erfolgreiche Selbstheilung zu schaffen.

Darauf bereiten sich die Helfersysteme vor und das wird es zunächst wohl auch sein was sinnvoll und zum Teil leistbar ist.

Michael Siebert
(Dipl.-Psych.)
(Psychologischer Psychotherapeut)

Tel. 02371/968138
Fax 02371/968133
Email: m.siebert@zfb-iserlohn.de
Schulpsychologischer Dienst Iserlohn
Corunnastraße 2, 58636 Iserlohn