

Lucia Formenti

Die Anwendung von EMDR bei Geflüchteten



Psychotherapie-Wissenschaft
12. Jahrgang, Nr. 2, 2022, Seite 54–60
DOI: 10.30820/1664-9583-2022-2-54
Psychosozial-Verlag

Impressum

Psychotherapie-Wissenschaft
ISSN 1664-9583 (Print-Version)
ISSN 1664-9591 (digitale Version)
12. Jahrgang Heft 2/2022
<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2022-2>
info@psychotherapie-wissenschaft.info
www.psychotherapie-wissenschaft.info

Herausgeber

Schweizer Charta für Psychotherapie in der Assoziation
Schweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten
Geschäftsstelle ASP
Riedtlistr. 8
CH-8006 Zürich
Tel. +41 43 268 93 00
www.psychotherapie.ch

Redaktion

Mara Foppoli, Lugano
Lea-Sophie Richter, Zürich
Mario Schlegel, Zürich
Peter Schulthess, Zürich

Hinweise für AutorInnen befinden
sich auf der Homepage der Zeitschrift:
www.psychotherapie-wissenschaft.info

Verlag

Psychosozial-Verlag GmbH & Co. KG
Walltorstr. 10
D-35390 Gießen
+49 6421 96 99 78 26
info@psychosozial-verlag.de
www.psychosozial-verlag.de

Abo-Verwaltung

Psychosozial-Verlag
bestellung@psychosozial-verlag.de

Bezugsgebühren

Jahresabonnement 44,90 € (zzgl. Versand)
Einzelheft 24,90 € (zzgl. Versand)
Studierende erhalten gegen Nachweis 25 % Rabatt.
Das Abonnement verlängert sich um jeweils ein Jahr, sofern
nicht eine Abbestellung bis acht Wochen vor Ende des Bezugs-
zeitraums erfolgt.
ASP-Mitglieder wenden sich wegen des Abonnements bitte
direkt an die ASP.

Anzeigen

Anfragen zu Anzeigen bitte an den Verlag:
anzeigen@psychosozial-verlag.de
Es gelten die Preise der auf www.psychosozial-verlag.de
einsehbaren Mediadaten.
ASP-Mitglieder wenden sich bitte direkt an
die ASP-Geschäftsstelle: asp@psychotherapie.ch

Digitale Version

Die Zeitschrift Psychotherapie-Wissenschaft ist auch online
einsehbar: www.psychotherapie-wissenschaft.info



Die Beiträge dieser Zeitschrift sind unter der Creative Commons
Attribution-NonCommercial-NoDerivs 3.0 DE Lizenz lizenziert.
Diese Lizenz erlaubt die private Nutzung und unveränderte
Weitergabe, verbietet jedoch die Bearbeitung und kommerzielle
Nutzung. Weitere Informationen finden Sie unter:
creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/de

Die Anwendung von EMDR bei Geflüchteten

Wie hilft man Geflüchteten? Und wie hilft man denen, die ihnen helfen?

Lucia Formenti

Psychotherapie-Wissenschaft 12 (2) 2022 54–60

www.psychotherapie-wissenschaft.info

CC BY-NC-ND

<https://doi.org/10.30820/1664-9583-2022-2-54>

Zusammenfassung: Während in der Ukraine weiterhin Krieg wütet, arbeiten Hilfskräfte in ganz Europa daran, Millionen von Menschen zu unterstützen, die aus ihrer Heimat fliehen mussten. Solche belastenden und andauernden Ereignisse erfordern Massnahmen zur Prävention psychischer Störungen und zur Förderung der mentalen Gesundheit aller Opfer. In diesem Zusammenhang scheint sich EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) als Therapie der Wahl für die Behandlung und Verarbeitung traumatischer Erfahrungen zu erweisen, die sowohl von Geflüchteten als auch von deren Helfer*innen erlebt werden. In diesem Artikel werden nach einer kurzen theoretischen Einführung zu den Phasen des Traumas und des Trauerprozesses die wirksamsten Erste-Hilfe-Massnahmen mittels EMDR zur Unterstützung von Geflüchteten und ihren Helfer*innen erläutert. Bei dieser Art von Notlagen besteht für Hilfskräfte angesichts des Dauerstresses, dem sie ausgesetzt sind, die Gefahr, eine indirekte Traumatisierung zu erleiden. Es ist daher von entscheidender Bedeutung, auch für sie gezielte Unterstützungsmassnahmen zur Stärkung ihre Widerstandsfähigkeit zu entwickeln.

Schlüsselwörter: EMDR, Trauma, Notlage, Geflüchtete, indirekte Traumatisierung, Resilienz, Erste-Hilfe-Massnahmen

Einführung

Angesichts des Konflikts zwischen Russland und der Ukraine, den wir gerade miterleben, kann unserer derzeitige historische Epoche als durchaus komplex beschrieben werden. Diese Situation kann bei uns ein grosses Gefühl der Unsicherheit und der Ohnmacht in Anbetracht bedrohlicher und unvorhersehbarer Ereignisse und somit Hoffnungslosigkeit für die Zukunft auslösen. Solche belastenden und andauernden Ereignisse erfordern sinnvolle Massnahmen zur Vorbeugung psychischer Erkrankungen und die Förderung der emotionalen Gesundheit aller Opfer und exponierten Personen. In diesem Zusammenhang erscheint EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing; Desensibilisierung und Verarbeitung durch Augenbewegung) als die geeignete Behandlungsmethode für die Verarbeitung traumatischer Erlebnisse sowohl bei Geflüchteten als auch bei ihren Helfer*innen.

Trauma und Trauer

Nach Mitchell (& Black, 1996) «wird ein Ereignis als traumatisch definiert, wenn es plötzlich und unerwartet eintritt, von der betroffenen Person als Bedrohung für das eigene Leben wahrgenommen wird und ein Gefühl von intensiver Angst, Hilflosigkeit, Kontrollverlust und Existenzvernichtung hervorruft». Ein Trauma erschüttert die Annahmen darüber, wie die Welt funktioniert, und bringt sowohl körperliche als auch emotionale Verluste mit sich, was zu einer Trauerreaktion führt. Trauer ist das Gefühl intensiven Leids über den Verlust eines geliebten Menschen.

Der Tod, insbesondere der Tod einer nahestehenden Person, eines Kindes oder eines jungen Menschen, gilt seit jeher als ein Ereignis, das nicht nur einen physischen und realen, sondern auch einen emotionalen und psychologischen Verlust bei den Hinterbliebenen verursacht. Die Reaktion auf einen Trauerfall ist zutiefst individuell und kann von mehreren Faktoren beeinflusst werden: die Umstände, die zum Tod geführt haben, der Grad der Vorhersehbarkeit des Todes, die individuellen Faktoren der Person, die den Trauerfall erlebt (Alter, Rolle in der Familie, Grad der Verwandtschaft, Art der Beziehung, persönliche psychologische Voraussetzungen), die Hilfsmöglichkeiten im Umfeld. Es ist nicht immer und nicht für jede*n möglich, den Trauerprozess auf gesunde Weise abzuschliessen. Manchmal verharrt man lange Zeit in einer emotionalen Sackgasse und ist nicht in der Lage, das Geschehene zu akzeptieren und seinen eigenen Lebensweg fortzusetzen. Ein Fall komplexer Trauer liegt vor, wenn die Erscheinungsformen klassischer Trauer akut und chronisch werden.

Nach dem Modell des Bostoner Trauma Center (Fernandez & Solomon, 2002) gibt es sechs allgemeine Phasen, die Betroffene eines Traumas durchlaufen. Zunächst entzündet sich eine Situation, der Körper wird mit rein physiologischen Reaktionen aktiviert und auch der Verstand wird zur Lösungsfindung angeregt. Es handelt sich dabei um angeborene Überlebensreaktionen, die unbewusst geschehen. Die anschliessende Schockphase ist durch Verwirrung, geistige Desorganisation und Konzentrationsschwäche gekennzeichnet. Die körperlichen Symptome umfassen Zittern, Übelkeit, Kältegefühl und Weinen; es entstehen ein Gefühl der Fassungslosigkeit und Realitätsverlust, was zu Dissoziation oder Vermeidungsverhalten führt. Ausserdem kann

ein Zustand allgemeiner Hyperaktivität mit emotionalen Erscheinungen wie Wut, Angst, Traurigkeit, Gefühlen der Isolation von dem, was um einen herum geschieht, und möglicherweise Euphorie über das Überleben auftreten. Diese physiologischen und emotionalen Reaktionen dauern in der Regel nicht länger als ein paar Tage und klingen allmählich ab. Dann folgt die Phase der emotionalen Verarbeitung, die bis zu ein paar Wochen andauern kann. Dabei ist zu bedenken, dass die emotionale Verarbeitung zu unterschiedlichen Zeitpunkten auftreten kann. In dieser Phase nach dem Schock entsteht das Bewusstsein für das, was geschehen ist. Die häufigsten Reaktionen sind Alpträume, Flashbacks, intrusive Gedanken, Isolation, Depression, Schuldgefühle, Ängste, verstärktes Gefahrempfinden usw. Die Person beginnt, sich von dem belastenden Ereignis zu distanzieren und das Geschehene emotional zu verarbeiten. Mit der Distanzierung beginnt sie auch, über einen Ausweg aus ihrer Situation nachzudenken. Dies ist die Bewältigungsphase, in der man versucht, nach dem Geschehenen ein neues inneres Gleichgewicht zu finden. Der Verstand wird aktiviert, um das Geschehene zu verstehen, dem Ereignis einen Sinn zu geben und es sowohl emotional als auch kognitiv zu verarbeiten. Die Fragen können unterschiedlichster Natur sein: Manche führen zu neuen Lösungen, andere in eine Sackgasse. Fragen wie «Warum ist das passiert?» oder «Hätte ich doch nur ...» verstärken die Angst und blockieren die Fähigkeit zur Aufarbeitung; stattdessen ist es effektiver und hilfreicher zu fragen, was man nun dagegen tun kann. In der Akzeptanz- und Lösungsphase akzeptieren die Betroffenen, dass das Ereignis stattgefunden hat und real ist, dass sie verletztlich, aber nicht machtlos sind: Zwar können sie nicht alles kontrollieren, aber sie können ihre Gefühle, ihr Verhalten und ihre Reaktionen steuern. In der letzten Phase lernt man, mit dem Geschehenen zu leben. Dennoch wird es immer wieder schwierige Momente geben, die an das Ereignis erinnern (Jahrestage, ähnliche Nachrichten ...). Diese Situationen wirken als Auslöser, als Stimuli, die dasselbe Unwohlsein aktivieren: Mit dem Geschehenen leben zu lernen bedeutet zu lernen, mit diesen Situationen umzugehen, ohne vom Schmerz überwältigt zu werden.

Zahlreiche Studien in der Literatur zeigen, wie traumatische Erlebnisse bei einer grossen Zahl von Menschen erhebliche psychische Beschwerden verursachen können (McFarlane, 2010). Einzelpersonen können bei der Bewältigung solcher Erfahrungen eine Resilienz aufbauen, die sich in subklinischen oder kurzfristigen Stressreaktionen äussert; sie können aber ebenso eine Reihe von psychologischen Problemen entwickeln (Bonanno, 2004). Zu den schädlichsten Auswirkungen gehören mentale Gesundheitsprobleme wie posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS), Depressionen, andere Formen von psychischen Erkrankungen oder eine schlechtere Lebensqualität. Selbst wenn nur subklinische Symptome vorliegen, können PTBS oder andere damit zusammenhängende Störungen erst spät auftreten (Monate oder Jahre später oder nach aufeinanderfolgenden Traumaexpositionen) (Andrews et al., 2007; McFarlane, 2010).

Eine gezielte, frühzeitige Behandlung von Traumaop-

fern ist daher unverzichtbar, vor allem bei von Menschen verursachten traumatischen Ereignissen, die ganze Gemeinden und Bevölkerungsgruppen betreffen. Dies gilt bspw. für den Krieg in der Ukraine, den wir gegenwärtig erleben, und der Millionen von Menschen dazu gezwungen hat, ihre Heimat zu verlassen. Frühzeitige Intervention ist wichtig, um das Auftreten künftiger beeinträchtigender Psychopathologien wie PTBS zu verhindern sowie um den Opfern zu helfen, ihre Symptome zu lindern und so schnell wie möglich wieder die Kontrolle über ihr Leben zu erlangen.

Die Situation der Geflüchteten

Gemeinhin wird davon ausgegangen, dass die psychische Gesundheit von Geflüchteten sowohl durch traumatische als auch aktuelle Stressfaktoren beeinflusst wird (z. B. Miller & Rasmussen, 2010). Für Geflüchtete besteht ein hohes Risiko, vor, während und nach ihrer Flucht traumatische Erlebnisse zu erleben (Silove et al., 1991). Traumatische Erlebnisse vor einer Flucht reichen vom erzwungenen Miterleben von Gräueltaten über Bombardierungen und Vergewaltigungen ziviler Überlebender bis hin zur Verletzung oder zum Tod anderer. Die Flucht selbst kann traumatisierend sein, da Geflüchtete dabei ernsthaften Bedrohungen wie Verletzung, Tod oder Menschenraub ausgesetzt sein können (z. B. Arbel & Brenner, 2013). Schliesslich besteht nach der Flucht die Gefahr, inhaftiert oder abgeschoben zu werden (z. B. Robjant et al., 2009), während Frauen und Kinder besonders von sexuellem Missbrauch oder sexueller Ausbeutung bedroht sind (s. www.unhcr.org). Zusätzlich zu all diesen traumatischen Stressoren wirken sich aktuelle Belastungsfaktoren sowohl im Aufnahme- als auch im Herkunftsland auf die psychische Gesundheit von Erwachsenen und Kindern aus (Fazel et al., 2012; Steel et al., 2009). Aus dieser Anhäufung von Stressfaktoren ergibt sich für Geflüchtete nicht nur ein höheres Risiko, psychische Probleme zu entwickeln, als für die Allgemeinbevölkerung (Bronstein & Montgomery, 2011; Fazel et al., 2005), sondern auch eine erschwerte psychosoziale Erholung. Furcht, Depression, Angst, Wut und Trauer, die aus unverarbeiteten traumatischen Erlebnissen resultieren, haben lähmende Auswirkungen auf das Individuum, die jede Hoffnung auf ein glückliches und sinnvolles Leben zunichtemachen können. Die Forschung hat gezeigt, dass dies schwerwiegende und lebenslange Folgen nicht nur für die psychische, sondern auch physische Gesundheit der Betroffenen nach sich zieht. Darüber hinaus haben unbehandelte Traumata und andere belastende Lebenserfahrungen tiefgreifende individuelle und zwischenmenschliche Auswirkungen (Shapiro, 1995). Der Schmerz der einzelnen Person kann sogar häusliche Gewalt und generationsübergreifende Auswirkungen durch unzureichende emotionale Bindung, Aggression oder Rückzug verursachen.

Aufgrund der Kumulierung von traumatischem und aktuellem Stress, mit dem Geflüchtete konfrontiert sind, bestand die Behandlung für diese Bevölkerungsgruppe lange Zeit aus unterstützenden, multimodalen Interventionen ohne

Struktur und ohne Schwerpunkt auf die Verarbeitung traumatischer Erfahrungen, was nur begrenzt wirksam war (z. B. van Wyk et al., 2012; Carlsson et al., 2005). Es herrscht die allgemeine Überzeugung, dass wir nicht viel gegen Traumata tun können, dass wir sie weder verhindern noch wirksam behandeln können, oder die Auffassung, dass es keine anerkannten wirksamen Traumatherapien gibt, die zudem auch noch kostengünstig und kompakt sind. Ausserdem wird angeführt, dass Überlebende von Krieg und Verfolgung dazu neigen, praktischen Belangen wie Arbeit, Ausbildung und Unterkunft Vorrang vor psychischen Problemen einzuräumen; eine Traumatherapie wäre folglich nicht ihre oberste Priorität. Eine weitere Schwierigkeit besteht darin, eine grosse Zahl von Menschen in kurzer Zeit zu erreichen. Denn Krieg und Verfolgung verursachen hauptsächlich Zerstörung auf der Ebene der Gemeinschaft und nicht auf der Ebene der einzelnen Person. Psychologische Interventionen sollten sich daher in erster Linie an Gruppen, Familien und Gemeinschaften richten und nicht an Einzelpersonen.

In Anbetracht der weltweit verbreiteten Traumatisierung durch direkte und kulturelle Gewalt liegt die Notwendigkeit einer rechtzeitigen Traumabehandlung auf der Hand. Wie Carriere (2014) darlegt, ist es von entscheidender Bedeutung, genügend Aufmerksamkeit und Ressourcen für die Behandlung der Millionen von Betroffenen weltweit bereitzustellen, können die schädlichen Auswirkungen eines unbehandelten Traumas doch schwerwiegende Folgen für die Gesellschaft als Ganze haben. Obwohl weitere Forschungsarbeiten erforderlich sind, deuten die Erkenntnisse darauf hin, dass eine rechtzeitige und wirksame Traumabehandlung zu Versöhnung, friedlicher Koexistenz und einer gewaltfreien Entwicklung beitragen kann. Es ist daher unerlässlich, traumatischen Stress nicht länger zu ignorieren, sondern anzuerkennen, dass es wirksame Behandlungsmethoden gibt.

Hier kommt EMDR ins Spiel. Nach internationalen Forschungsergebnissen und Leitlinien kann die EMDR-Therapie einen grossen Beitrag zur Vorbeugung psychischer Störungen, zur Verringerung von Risikofaktoren und zur Erleichterung der Integration und Anpassung von Geflüchteten an eine neue Kultur leisten, indem sie die belastenden Erfahrungen, denen diese Bevölkerungsgruppe ausgesetzt war, in konstruktiver Weise nutzt und umwandelt. EMDR-Interventionen sind kurz, wirksam und konzentrieren sich auf Stress und Trauma.

Die EMDR-Behandlung

EMDR ist eine anerkannte Behandlungsmethode für traumatische Erinnerungen und gilt als die beste Behandlung in diesem Bereich. Mehr als 48 randomisierte kontrollierte Studien haben ihre Wirksamkeit bei Traumaopfern nachgewiesen. Laut den kürzlich veröffentlichten WHO-Praxisleitlinien (2013) sind die traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie (KVT) und EMDR die einzigen empfohlenen Therapien für Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit PTBS. Es gibt jedoch wesentliche Unterschiede zwischen den beiden Behandlungsformen: «Im Gegensatz zur traumafokussierten KVT umfasst EMDR

keine (a) detaillierten Beschreibungen des Ereignisses, (b) direkte Infragestellung von Überzeugungen, (c) längere Exposition oder (d) Hausaufgaben» (ebd., S. 1). Diese Faktoren machen EMDR besonders nützlich für den Einsatz in humanitären Notsituationen. Neben den WHO-Leitlinien ist die EMDR-Therapie auch in vielen anderen internationalen Praxisleitlinien für die Behandlung von Traumata enthalten: in Australien, Frankreich, Israel, Nordirland, den Niederlanden, Schweden, dem Vereinigten Königreich und den Vereinigten Staaten. In diesen Behandlungsleitlinien wird EMDR als Ergebnis zahlreicher randomisierter klinischer Studien für die Behandlung von PTBS empfohlen. Darüber hinaus wird EMDR in zwei internationalen Praxisleitlinien für die Anwendung bei Patient*innen mit akuten Belastungsstörungen empfohlen, nämlich von der American Psychiatric Association (2003) und dem Australian Center for Post Traumatic Mental Health (2007).

In Krisensituationen wurde aus verschiedenen Gründen weniger Forschung zu akuten Stressreaktionen betrieben. Einige Gründe sind das Fehlen einer Forschungsinfrastruktur, die mangelnde Unterstützung und die fehlenden Ressourcen in der Bevölkerung während einer Krise sowie die Tatsache, dass Mediziner*innen, die den Opfern helfen, bei Katastrophen naturgemäss nur ungenutzte Daten zusammentragen. In einer solchen Situation geht es vorrangig darum, so schnell wie möglich Hilfe zu leisten und Leid zu lindern. Aus diesen Gründen handelt es sich bei den meisten Untersuchungen zu frühen EMDR-Interventionen um Feld- oder Fallstudien. In einer Feldstudie (Jarero et al., 2011) erwies sich das EMDR-Protokoll für aktuelle schwerwiegende Vorkommnisse (EMDR-PRECI) in einer akuten Stresssituation als wirksam und führte zu einem signifikanten Rückgang der posttraumatischen Symptome nach einer EMDR-Sitzung, der auch bei zwölf wöchentlichen Nachuntersuchungen anhielt. Besonders hervorzuheben ist, dass viele Überlebende nach einem traumatischen Ereignis innerhalb kürzester Zeit geheilt werden können, wenn sie nach einer Sitzung eine so schnelle Besserung erreichen.

Inzwischen liegen mehr und mehr Forschungsergebnisse vor, die den Einsatz von EMDR und modifizierter EMDR-Protokolle für die Behandlung akuter Traumata sowohl in Einzel- als auch Gruppenbehandlungen empfehlen. Immer stärker wachsen Konsens und Anerkennung, dass der beste Weg, Überlebenden eines traumatischen Ereignisses zu helfen, darin besteht, eine psychologische Erstversorgung mit EMDR anzubieten. In einem umfangreichen Buch über frühe EMDR-Interventionen und ihren Nutzen für die psychische Gesundheit zeigt Luber (2015) die Bandbreite und Vielfalt spezialisierter EMDR-Protokolle auf, die immer häufiger nach einer Krise zur Behandlung traumatischer Symptome eingesetzt werden.

EMDR-Interventionen bieten sowohl individuell als auch in Gruppen psychologische und psychosoziale Hilfe in allen Traumaphasen, in der ersten Phase der humanitären Krise, nach mehreren Wochen und Monaten und sogar nach mehreren Jahren, wenn Betroffene nicht früher erreicht wurden. Die Ziele der Behandlung reichen von der Reduzierung von Erregungsreaktionen über die Verhinderung der Kumulation von traumatischem Stress und die Reduzierung von

Risikofaktoren für psychische und emotionale Störungen bis hin zur Stärkung von individuellen Hilfsmöglichkeiten und Schutzmechanismen. Die EMDR-Behandlung ist auch mithilfe von Sprachmittler*innen leicht durchzuführen.

Geflüchtete aus der Ukraine

Wie andere Geflüchtete waren auch viele Bewohner*innen der Ukraine gezwungen, ihre Heimat zu verlassen und sich von ihren Liebsten zu trennen, um zu überleben. Sie mussten den Tod anderer Menschen und grausame Taten wie Massenvergewaltigungen miterleben und waren vor, während und nach der Flucht einer Traumatisierung in erheblichem Ausmass ausgesetzt. Wir sprechen daher von mehrfachen Traumata, mehrfachen Trauerfällen und noch andauernden Traumata.

Es gibt jedoch einige Besonderheiten, die diese Gruppe von anderen Geflüchteten unterscheiden. Zunächst einmal war die ukrainische Bevölkerung daran gewöhnt, in einer Konfliktsituation zu leben, aber es handelte sich dabei um interne Konflikte innerhalb ihrer Grenzen, die nach allgemeiner Auffassung unter ihrer Kontrolle standen und keine wirkliche Bedrohung darstellten. Das Trauma des Krieges kam daher für sie völlig unerwartet und unvorhersehbar und störte das, was zum Alltag geworden war. In dieser Routine lebten Ukrainer*innen und Russ*innen zusammen und bildeten gemischte Familien mit unterschiedlichsten verwandtschaftlichen Bindungen. Der Krieg zwang sie, sich zu trennen, den*die andere*n als potenzielle*n Feind*in zu betrachten, an ihr*ihm zu zweifeln oder sich so zu verhalten, als wäre er*sie ein*e Feind*in, um ihr Leben nicht noch stärker zu gefährden. Der Konflikt ist somit auf allen Ebenen in das Leben der Menschen eingedrungen und hat die Gemeinschaft in ihrem Kern getroffen. Diejenigen, die flohen, mussten ihre Angehörigen in der Heimat zurücklassen, insbesondere kämpfende Männer und ältere Menschen, die die Reise nicht bewältigen können. Dies hat bei den Überlebenden neben Schuldgefühlen auch eine tiefe Ambivalenz hervorgerufen: Der Wunsch, sich in einem neuen Land ein neues Leben aufzubauen, trifft auf das Bedürfnis oder das Pflichtgefühl, in die Heimat zurückzukehren, um wieder bei den Lieben zu sein oder diese zu retten. Viele Geflüchtete suchen daher Hilfe im Aufnahmeland und versuchen dann, sobald sie Geld und Lebensmittel haben, in ihre Heimat zurückzukehren. Diejenigen, die sich zum Bleiben entschlossen, neigen einerseits dazu, nicht über das Erlebte zu sprechen, versuchen aber andererseits ständig, mit denen, die noch in der Ukraine sind, in Kontakt zu treten und sich über die Geschehnisse auf dem Laufenden zu halten, wodurch sie sich erneut grausamen und brutalen Bildern aussetzen.

Studien mit Traumaopfern zeigen, dass akute Stressreaktionen nach einer Katastrophe universell sind, während die Kultur der Person bestimmt, wie sich diese Reaktionen manifestieren. Ukrainer*innen sind von ihrer Kultur her verschlossen, zurückhaltend und neigen dazu, ihre Emotionen nicht zu zeigen; sie ziehen es in der Regel vor, Hilfe innerhalb der Gruppe und der Gemeinschaft ihrer Lands-

leute im Aufnahmeland zu suchen, anstatt Unterstützung von aussen in Anspruch zu nehmen; in einigen Fällen greifen sie auf Methoden der Selbstheilung zurück. Diese Haltung wird auch dadurch verstärkt, dass der Krieg noch andauert, sodass die Vermeidung für diesen Opfertypus eine Überlebensstrategie darstellt. Sie müssen stark bleiben, um nicht aufzugeben. Die meisten Menschen stecken daher in der ersten oder zweiten Traumaphase fest. Die Arbeit mit dieser Gruppe Betroffener bedeutet also, dass man es mit Menschen zu tun hat, die ständig akute Stressreaktionen zeigen und in Zeit und Raum verhaftet sind.

Das Hauptziel psychologischer Interventionen in der akuten Phase eines Traumas für Einzelpersonen, Familien und Gruppen besteht laut WHO (2013) darin, a) Entlastung und Anteilnahme zu vermitteln, um den Zustand der Hypervigilanz zu bekämpfen (Schaffung eines sicheren Umfelds) und b) allen Beteiligten sichere Informationen zur Verfügung zu stellen. Bei der Arbeit mit diesen Betroffenen ist es wichtig, zunächst kurz, aber deutlich zu sagen, was eine Therapie bieten kann. In den ersten Tagen ist es wichtig, Grundbedürfnisse zu befriedigen (Nahrung, Trinken, Schlaf, Hygiene, Stille und Frieden), ihnen die Gewissheit zu geben, dass sie sich ausruhen können, dass sie in Sicherheit sind und genug Zeit haben, um über das weitere Handeln nachzudenken. Dabei sollte man es nicht mit schnellen Lösungen überstürzen oder sie mit zu vielen Informationen überfordern. Wie bereits erwähnt können einige Menschen in einer Art Schockstarre verharren und daher nicht erzählen, was sie erlebt haben; andere wiederum können, sobald sie sich sicher fühlen, ihre Emotionen durch starkes Weinen zum Ausdruck bringen und Traurigkeit, Angst oder Wut zeigen. In diesen Fällen ist es zunächst wichtig, sich als stille*r Zuhörer*in zu positionieren, indem man Anwesenheit zusichert und den Blickkontakt aufrechterhält, ohne Fragen zu stellen oder gar nach Details der Geschichte zu fragen. Es ist besser, allgemein über die Familie und die bisherige Tätigkeit zu sprechen, über das, was der Person in der Vergangenheit geholfen hat, und sich auf ihre Möglichkeiten und Bewältigungsstrategien zu konzentrieren. Es ist wichtig, die Gruppe als zusätzliche Hilfe zu nutzen.

Hier setzt die Intervention mit EMDR an: Nach einer anfänglichen Stabilisierungs- und Vorbereitungsphase bietet das EMDR-Gruppenprotokoll eine schnelle und wirksame Möglichkeit zur Verarbeitung der erlebten traumatischen Erfahrungen. Bei dieser Art von Intervention werden die Menschen nicht gezwungen, über das Erlebte zu sprechen oder es preiszugeben. Jede*r Teilnehmer*in kann selbst entscheiden, woran sie*er arbeiten möchte, und sich gleichzeitig als Teil einer Gruppe fühlen. So besteht die Möglichkeit, in kurzer Zeit eine grosse Zahl von Menschen zu erreichen und eine Linderung der posttraumatischen Symptome zu erreichen, wie die Forschung zeigt.

Intervention bei Hilfskräften

Bei dieser Art von Notsituationen, bei denen der Bedarf an Unterstützung konstant ist und tendenziell zunimmt,

darf eine zweite Gruppe von Betroffenen nicht vergessen werden: die Hilfskräfte. Nach der von Taylor und Frazer (1981) beschriebenen Opfertypologie fällt das Hilfspersonal in die dritte Opferkategorie. Obwohl Rettungskräfte, die täglich mit extremem Leid in Berührung kommen, dazu neigen, eine relativ hohe Toleranzschwelle gegenüber traumatischen Ereignissen zu entwickeln, können sie dennoch unter kurz- oder langfristigen psychopathologischen Störungen durch eine indirekte Traumatisierung leiden. Der Begriff besagt, dass Helfer*innen bei ihrer Arbeit auch Traumata erfahren können, nicht durch direkte Exposition, sondern durch den Kontakt mit traumatisierten Personen. Die Beziehung zu Opfern kann Helfer*innen auf sekundäre und indirekte Weise mit demselben Trauma belasten. Es handelt sich um einen physiologischen Prozess: Empathie entsteht durch eine Art körperliche Nachahmung des Leidens einer anderen Person, wodurch bei Nachahmenden die gleichen Gefühle hervorgerufen werden (Titchener, 1909). Spiegelneuronen sind Gehirnzellen, die in der Lage sind, Reaktionen auf die Handlungen und Absichten unserer Mitmenschen hervorzurufen. Diese Neuronen versetzen uns in die Lage, eine Emotion, eine Empfindung oder eine Handlung, die gerade stattfindet, mit unserem Körper und in unserem Geist nachzuahmen (Rizzolatti & Craighero, 2004). Einschneidende Ereignisse, die Helfer*innen beeinflussen können, sind Vorfälle, in die Kinder verwickelt sind, Tod oder schwere Verletzungen im Dienst, Selbstmord von oder Mord an einer helfenden Person, Unfälle mit vielen Opfern, Fälle, in denen das Opfer ein*e Verwandte*r oder Bekannte*r ist, Versagen bei der Erledigung der eigenen Aufgabe trotz erheblicher Anstrengungen, schwere Verletzungen, Verstümmelungen oder Verunstaltungen des Körpers eines Opfers, übermässiges Medieninteresse, verletzt, angegriffen oder getötet zu werden, die Notwendigkeit, im Rahmen der eigenen Tätigkeit schwierige und/oder unangemessene Entscheidungen zu treffen, sehr schnell wichtige Entscheidungen zu treffen. Faktoren, die die Reaktion auf solche Ereignisse beeinflussen können, sind der Grad der Beteiligung, das Gefühl der Kontrolle über das Geschehen, der Grad der Bedrohung oder des Verlusts, die Absurdität des Ereignisses und der Umfang der Vorwarnung, die physische und psychologische Nähe zum Opfer, die Unterstützung durch Kolleg*innen und Freund*innen sowie der Grad des Stress im Leben einer helfenden Person. Stress entsteht, wenn Menschen ein Ungleichgewicht wahrnehmen zwischen den Anforderungen, die an sie gestellt werden, und den Mitteln, die ihnen zur Erfüllung dieser Anforderungen zur Verfügung stehen. Obwohl die Wahrnehmung von Stress psychologisch ist, kann Stress auch die körperliche Gesundheit beeinträchtigen: Everly (et al., 1989) definiert Stress als eine Reaktion, die durch erhöhte körperliche und psychische Erregung gekennzeichnet ist. Stress im Rettungswesen durchläuft die Phasen des Allgemeinen Anpassungssyndroms (AAS) von Selye (1936): Alarm-, Widerstands-, Erschöpfungsphase.

Der Übergang von normalem positivem Stress zu negativem Stress verläuft fließend: Dem überlebensorientierten Anpassungsverhalten mit der Aktivierung des gesamten

Organismus, bei dem das Subjekt die Gefahr einschätzt, Emotionen und Aggressionen kontrolliert und erlernte Verhaltensweisen in der erforderlichen Weise ausführt, um effektiv zu handeln, schliesst sich eine Phase an, in der der anhaltende Alarmzustand aufgrund des Fortbestehens der Gefahr die Helfer*innen überwältigt. In diesem Zustand können bei Helfer*innen Symptome auf kognitiver, emotionaler und sensorisch-körperlicher Ebene sowie im Verhalten auftreten. Zu den häufigsten Symptomen gehören: Konzentrations- und Gedächtnisschwierigkeiten, verminderte Problemlösungskompetenz, negative Gedanken über sich selbst, die Welt und die Zukunft, geringes Selbstwertgefühl, mangelnde Wahrnehmung der persönlichen Leistungsfähigkeit, Reizbarkeit, Depressionen, Angstzustände, emotionale Instabilität oder abgeflachte Emotionalität, Wut, Erschöpfung, familiäre und partnerschaftliche Probleme. Auf körperlicher Ebene kann es zu Magen-Darm-Störungen, Schwindel, Schlafstörungen, Muskelzittern, Immunschwäche, Bluthochdruck und Rückenproblemen kommen. Auf Ebene des Verhaltens können Betroffene in der Folge Flucht- oder Vermeidungsverhalten zeigen, aggressiv werden, sich durch Drogen-, Alkohol- oder Tabakmissbrauch selbst therapieren, eine drastische Verhaltensänderung durchlaufen, selbst- oder fremdzerstörerisches Verhalten zeigen. In all diesen Fällen kann die EMDR-Therapie durch gezielte und wirksame Interventionen wertvolle Unterstützung bieten. Die Fülle der verschiedenen EMDR-Protokolle ermöglicht es, in den verschiedenen Phasen einer Krisensituation Soforthilfe zu leisten.

Der Begriff Resilienz bezieht sich auf die Fähigkeit eines Menschen, ein traumatisches Ereignis positiv zu bewältigen und sein Leben neu zu ordnen, indem er seine normale Entwicklung fortsetzt und sich nach dem betreffenden Ereignis gestärkt fühlt. Es geht dabei um die Aufrechterhaltung von Flexibilität und innerem Gleichgewicht bei der Bewältigung von belastenden Situationen und traumatischen Ereignissen und setzt voraus, dass es Verhaltensweisen, Gedanken und Handlungen gibt, die gelernt oder entwickelt werden können. Hier kann EMDR sehr viel bewirken, entweder durch die Aufarbeitung belastender Erlebnisse oder durch den Aufbau von Kompetenzen. Im ersten Fall kann man während einer EMDR-Sitzung eine Veränderung in der Denkstruktur, im Verhalten, in den Emotionen und Gefühlen der Person feststellen, und folglich auch eine Veränderung des Selbstwertgefühls und Selbstvertrauens. Beim Aufbau von Kompetenzen hingegen wird an positiven Netzwerken gearbeitet, indem die internen, beziehungsbezogenen oder symbolischen Fähigkeiten, über die Helfer*innen bereits verfügen, ausgebaut werden.

Konkret geht es bei EMDR-Interventionen darum, vor dem Eintritt eines Ereignisses die Resilienz und die funktionale Anpassungsfähigkeit an Krisensituationen zu verbessern. Die verwendeten Protokolle helfen Helfer*innen, ein Gefühl der Eigenständigkeit zu entwickeln, die Fähigkeit zur Affektkontrolle zu erlangen und angesichts von Schwierigkeiten Ruhe zu bewahren. Unmittelbar nach einem belastenden Ereignis zielen Erste-Hilfe-Massnahmen mittels EMDR darauf ab, eine Sensibilisierung und die Anhäufung negativer Erinnerungen

zu verhindern oder Hindernisse für den spontanen adaptiven Aufarbeitungsprozess, den jeder Mensch durchlaufen kann, zu eliminieren und so die psychische Gesundheit der helfenden Person zu fördern. Mittel- bis langfristig kann EMDR genutzt werden, um traumatische Erinnerungen aufzuarbeiten und/oder die Empfindung von Erfolgserlebnissen bei Helfer*innen zu verstärken. Wie bei Geflüchteten ist es auch bei Helfer*innen möglich, ja sogar empfehlenswert, in Gruppen zu arbeiten, um in kurzer Zeit möglichst viele Menschen zu erreichen und die Kräfte des Kollektivs zu nutzen.

Schlussbetrachtung

EMDR kann tiefgreifend auf die Folgen der Traumatisierung sowie auf die Auswirkungen von extremem Stress einwirken und es Menschen ermöglichen, die Vergangenheit auf eine funktionale Weise zu akzeptieren, die Gegenwart besser zu erleben und sich auf die Zukunft vorzubereiten. In einer Zeit, die so viel Leid mit sich bringt, bietet EMDR Anlass zur Hoffnung: Wir können nicht ändern, was geschehen ist, aber wir können Menschen helfen, es auf eine andere und sinnvollere Weise für sich selbst zu überstehen, und gleichzeitig können wir denjenigen helfen, die helfen.

Literatur

- Andrews, B. et al. (2007). Delayed-onset posttraumatic stress disorder: a systematic review of the evidence. *American Journal of Psychiatry*, 164(9), 1319–1326.
- APA (2003). *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder*. Arlington: APA Practice Guidelines.
- Arbel, E. & Brenner, A. (2013). *Bordering on failure: Canada-U.S. border policy and the politics of refugee exclusion*. Cambridge/MA: Harvard Immigration and Refugee Law Clinical Program.
- Australian Center for Post traumatic Mental Health (2007). Guidelines for the treatment of adults with acute stress disorder and post-traumatic stress disorder. *Aust N Z J Psychiatry*, 41(8), 637–648.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59(1), 20–28.
- Bronstein, I. & Montgomery, P. (2011). Psychological Distress in Refugee Children: A Systematic Review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14, 44–56.
- Carlsson, J. M., Mortensen, E. L. & Kastrup, M. (2005). A follow-up study of mental health and health-related quality of life in tortured refugees in multidisciplinary treatment. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 193, 651–657.
- Carriere, R. (2014). Scaling Up What Works: Using EMDR to Help Confront the World's Burden of Traumatic Stress. *Journal of Emdr Practice and Research*.
- Everly, G. S., Sherman, M. & Smith, K. J. (1989). The Development of a Scale to Assess Behavioral Health Factors: The Everly Stress and Symptom Inventory. In R. H. L. Feldman & J. Humphrey (Hg.), *Health Education: Current Selected Research II*. New York: AMS Press.
- Fazel, M. et al. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *The Lancet*, 365(9467), 1309–1314.
- Fazel, M. et al. (2012). Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors. *The Lancet*, 379(9812), 266–282.
- Fernandez, I. & Solomon, R. (2002). *Corso di formazione sul Debriefing e tecniche di gestione dello stress*. Milano.
- Jarero, I. N., Artigas, L. & Luber, M. (2011). The EMDR Protocol for Recent Critical Incidents: Application in a Disaster Mental Health Continuum of Care Context. *Journal of EMDR Practice and Research*, 5(3), 82–94.
- Luber, M. (2015). *I protocolli terapeutici dell'EMDR. condizioni di base e specifiche*. Giovanni Fioriti Editore.
- McFarlane, A. C. (2010). The long-term costs of traumatic stress: intertwined physical and psychological consequences. *World Psychiatry*, (9), 3–10.
- Miller, K. E. & Rasmussen, A. (2010). War exposure, daily stressors, and mental health in conflict and post-conflict settings: bridging the divide between trauma-focused and psychosocial frameworks. *Social Science and Medicine*, 70, 7–16.
- Mitchell, S. A. & Black, M. (1996). *L'esperienza della psicoanalisi. Storia del pensiero psicoanalitico moderno*. Ed. Bollati Boringhieri.
- Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) (2013). Guidelines for the management of conditions that are specifically related to stress. Geneva: WHO. <https://emdr.it/wp-content/uploads/2014/07/assessment-e-stress.pdf>
- Rizzolatti, G. & Craighero, L. (2004). The mirror-neuron system. *Annual Review of Neuroscience*, 27, 169–192.
- Robjant, K., Hassan, R. & Katona, C. (2009). Mental health implications of detaining asylum seekers: systematic review. *Br J Psychiatry*, 194(4), 306–312.
- Selye, H. (1936) A Syndrome Produced by Diverse Nocuous Agents. *Nature*, 138, 32.
- Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures*. New York: Guilford.
- Silove, D. et al. (1991). Psychosocial Needs of Torture Survivors. *Aust N Z J Psychiatry*, 25(4), 481–490.
- Steel, Z. et al. (2009). 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. *JAMA*, 302(5), 537–549.
- Taylor, A. J. W. & Frazer, A. G. (1981). Psychological sequelae of operator overdue following the DC10 air crash in Antarctica. *Psychology*, 27, 72.
- Titchener, E. B. (1909). *Lectures on the experimental psychology of the thought-processes*. New York: Macmillan.
- van Wyk, S. et al. (2012). A longitudinal study of mental health in refugees from Burma: The impact of therapeutic interventions. *Aust N Z J Psychiatry*, 46(10), 995–1003.

The use of EMDR with refugees

How can refugees be helped? How can those supporting them be helped?

Abstract: While the war in Ukraine rages, aid workers across Europe are working to support millions of people forced to flee their homes. Such distressing and prolonged experiences require measures to prevent the development of psychological disorders and promote the mental health of all victims. In this context, EMDR appears to be the therapy of choice for treating and dealing with the traumatic experiences of both refugees and those providing support. In this article, after a short theoretical introduction looking at the phases of trauma and the grieving process, the author explains the most effective first-aid measures using EMDR to support refugees and those helping them. In this type of emergency, aid workers are at risk of suffering indirect traumatization from the constant stress to which they are subjected. Therefore, it is of vital importance that targeted supportive measures are developed to strengthen the resilience of those providing support.

Keywords: EMDR, trauma, emergency, refugees, indirect traumatization, resilience, first-aid measures

Die Autorin

Lucia Formenti ist Psychologin, Psychotherapeutin, EMDR-Beraterin, Expertin für Notfallpsychologie und Katastrophenmanagement. Sie ist in CISM & Debriefing ausgebildet und war von 2015 bis 2021 die Vertreterin

von EMDR Europe im Ständigen Ausschuss für Krisen-, Katastrophen- und Traumapsychologie der EFPA (European Federation of Psychological Associations) und in der Victim Support Europe Organisation. Sie ist Mitglied des EU Center of Expertise for Victims of Terrorism.

Kontakt

lucia.formenti@gmail.com