
Belastungen von Angehörigen im Kontext psychischer Traumatisierungen

By: Carolyn Rose¹
PD Dr. Peter Zimmermann²

Einleitung

Psychische Erkrankungen haben in der bundesdeutschen Bevölkerung einen hohen Stellenwert und erreichen eine 12-Monatsprävalenz von ca. 30%. Dazu gehören auch posttraumatische Störungsbilder, die durch Einwirkung von Extrembelastungen aus dem beruflichen (wie beispielsweise bei Einsatzkräften) oder privaten Kontext (Raubüberfälle, Vergewaltigung etc.) entstehen können (Wittchen & Jacobi, 2012). In der Bundeswehr ergab eine kürzlich zum Abschluss gebrachte epidemiologische Studie eine 12-Monatsprävalenz psychischer Erkrankungen für Einsatzsoldaten von 21,4% und für Nicht-Einsatzkräfte von 22,5%. Die Posttraumatische Belastungsstörung war mit 2,9% vertreten, Angststörungen mit 10,8%, ebenso wie affektive Störungen, von einer Alkoholerkrankung waren 3,4% betroffen (Wittchen u.a., 2012). Die zunächst überraschend höhere Prävalenzrate in der Gruppe ohne Einsatz ist dabei durch Gesundheitsuntersuchungen der Bundeswehr vor dem Einsatz erklärbar, wodurch in einigen Fällen ein Einsatz zumindest vorübergehend unterbleiben muss, beispielsweise bei laufender Psychotherapie (Wittchen u.a., 2012).

„Das Leben mit einem psychisch erkrankten Menschen kann für die Angehörigen eine starke emotionale Belastung hervorrufen (Manguno-Mire u.a., 2007). Jede psychische Erkrankung greift nicht nur in die gewohnten Abläufe sondern auch in die ungeschriebenen Gesetze einer Partnerschaft ein und löst häufig ein Schwanken

¹ Frau Carolyn Rose, Dipl. SozPäd./Dipl. SozArb'in (FH), arbeitet am Bundeswehrkrankenhaus Berlin, Zentrum für Psychiatrie und Psychotraumatologie

² Oberstarzt PD Dr. med. Peter Zimmermann ist Leitender Arzt des Psychotraumazentrums der Bundeswehr am Bundeswehrkrankenhaus Berlin

zwischen Hoffnung und Enttäuschung, Zuversicht und Resignation aus (Bischkopf, 2010). Auf der anderen Seite scheint familiäre Unterstützung ein protektiver Faktor gegen Langzeitstress zu sein (Stevens u.a. 2013) und den Verlauf posttraumatischer psychischer Erkrankungen positiv zu beeinflussen (Price u.a. 2013)“ (Wesemann u.a., 2015, S. 3)

Die supportive therapeutische Arbeit mit Angehörigen lässt daher positive Effekte sowohl für diese selbst als auch für die originär Erkrankten erwarten.

Belastungen und Betreuung von Angehörigen psychisch Erkrankter

Die Auswirkungen psychischer Erkrankungen sind bei den Angehörigen gut durch wissenschaftliche Studien belegt, von denen einige hier beispielhaft benannt werden sollen. Die Universität Leipzig veröffentlichte 2002 einen Bericht über die „gesundheitlichen und ökonomischen Belastungen von Familien mit psychisch kranken Angehörigen“. Untersucht wurden Angehörige von Patienten mit Depressionen, Angststörungen, Schizophrenien sowie von Zwangsstörungen (Angermeyer u.a., 2002). Die Ergebnisse zeigten, dass die Beeinträchtigungen und Probleme der Angehörigen in Zusammenhang mit der Art der Erkrankung der Patienten standen. Hinsichtlich der gesundheitlichen Belastungen der Angehörigen standen offenbar psychische und psychosomatische Probleme im Vordergrund und es ergab sich eine höhere Prävalenz depressiver Störungen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. Hinsichtlich der am häufigsten Belastungen im Alltag wurden Beeinträchtigungen hinsichtlich des Beziehungs- und Familienalltags genannt.

Interessant sind neben den wissenschaftlichen Ergebnissen, auch die Interview-Ausschnitte von Angehörigen im Studienbericht. Befragt wurden sie zu den Bereichen gesundheitliche Belastungsfolgen, Beeinträchtigung der Lebensqualität, finanzielle Belastungen,

krankheitsbedingte Alltagsbelastungen und beziehungspezifische Belastungen. Es zeigt sich, dass Belastungen in allen Bereichen stark vorhanden sind.

Im Jahr 2005 hat die Fachzeitschrift Neuropsychiatrie ein Themenheft „Angehörige psychisch Kranker: Belastungen, Bedürfnisse und Bedarf“ herausgegeben. Unter dem gleichen Titel formuliert dort Johannes Wancata, dass die Familienangehörigen psychisch Kranker einen wertvollen Beitrag in der Betreuung und zur Gesundung der Erkrankten leisten. In dem Beitrag „Der Bedarf der Angehörigen Schizophrenie-Kranker“ wird eine gleichnamige Studie von Unger u.a. vorgestellt. Auch hier wird festgestellt, dass die Angehörigen zahlreichen Belastungen, die den oben genannten weitgehend entsprechen, ausgesetzt sind. Ziel der Studie war es, den Bedarf an Hilfen und Unterstützung der Angehörigen Schizophrenie-Kranker in unterschiedlichen therapeutischen Einrichtungen in Österreich zu erheben. Im Ergebnis zeigte sich, dass Psychoedukation (individuelle oder in Gruppen), Experten-geleitete Angehörigenrunden, Angehörigen-Selbsthilfe-Gruppen und Familiengespräche für nötig erachtet wurden (Unger u.a., 2005).

Hahlweg und Baucom (2008) unterscheiden zusätzlich zwischen objektiven und subjektiven Belastungen der Angehörigen hinsichtlich der Auswirkungen psychischer Erkrankungen. Objektiv beobachtbare Belastungen umfassen z.B. finanzielle Problematiken oder Störungen des Alltags durch Symptome. Neben Krankheitssymptomen wie Halluzinationen und Wahnideen während psychotischer Phasen oder Interessenverlust und Grübeln im Rahmen depressiver Episoden, werden besonders der soziale Rückzug und der damit einhergehende Mangel an sozialer Unterstützung beschrieben. Einschränkungen des familiären Alltags in den Strukturen und Abläufen zählen ebenso dazu.

Die subjektiven Belastungen hingegen sind abhängig von dem Umfang, in dem sich ein Angehöriger tatsächlich durch die Situation beeinträchtigt fühlt. Hierbei spielen die zur

Verfügung stehenden eigenen Ressourcen, die individuelle Konflikt- und Problembewältigung und das subjektive Verantwortungsgefühl hinsichtlich der Einflussnahme auf den Verlauf der Erkrankung eine große Rolle. Insgesamt wird konstatiert, dass die Angehörigen psychisch Erkrankter häufiger unter gesundheitlichen Beeinträchtigungen leiden und Symptome wie Reizbarkeit, innere Unruhe, häufiges Grübeln, Schlafstörungen und Mattigkeit zeigen (Angermeyer, Matschinger & Liebelt, 2001, zitiert von Hahlweg & Baucom, 2008).

Barbara Lischka von der Angehörigenberatung e.V. Nürnberg beschreibt in einem Vortragsmanuskript „Zwischen Psychoedukation und Support Group - Seminare für Angehörige dementiell erkrankter Menschen“ eine neu entwickelte Seminarform für Angehörige.

Die Ziele des Seminars sind:

- Raum schaffen für Gespräch und Reflektion, Informationen zugänglich machen
- Gefühle bearbeiten, Isolation reduzieren, Wissen vermitteln, Handlungskompetenz stärken
- Belastungen reduzieren (Lischka, 2009, S. 3)

Wenn die sozialen Unterstützungssysteme (Freunde, Bekannte u.a.) der Familien aufgrund psychischer Erkrankungen und ihrer Erscheinungsformen wegbrechen, sei es notwendig, diese für die Angehörigen zu kompensieren. Angehörigengruppen seien hierfür eine geeignete Form.

Angehörigenarbeit bei Patienten mit Traumafolgestörungen

Die prominenteste und meist diskutierte psychische Traumafolgestörung ist die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). Eine PTBS ist nach der aktuell gültigen International Classification of Diseases der Weltgesundheitsorganisation (ICD-10) ein

Krankheitsbild, das als psychische Reaktion auf eine außergewöhnliche, katastrophale, lebensbedrohliche Erfahrung entstehen kann. Sie umfasst im Wesentlichen die drei Symptomcluster des ungesteuerten Wiedererlebens der traumatischen Situation (als Flashback oder Alptraum), des Vermeidungsverhaltens sowie einer psychovegetativen Anspannung, Nervosität und Reizbarkeit.

Carlson und Ruzek (2007) beschreiben die Auswirkungen, die eine PTBS auf die Familienmitglieder haben kann wie folgend:

- Die Angehörigen haben Mitleid mit dem Betroffenen, der fürchterliche Dinge erlebt hat, die ihn nachhaltig belasten. Für den Betroffenen kann dieser emotionale Rückhalt zunächst sehr hilfreich sein.

Wenn dieser Rückhalt jedoch dazu führt, dass er von jeglicher Verantwortung und Aufgabenerfüllung dauerhaft befreit wird, kann der Eindruck entstehen, die Folgen des Traumas könnten von dem Betroffenen nicht überwunden und seine Gesundheit nicht wieder hergestellt werden.

- Die Familie kann in einen Zustand tiefer Hoffnungslosigkeit verfallen, wenn die Traumafolgestörungen lange auf den familiären Alltag einwirken. Fehlendes Interesse an den Aktivitäten der Kinder, fehlende Intimität in den Partnerschaften und ein vermindertes Einkommen als Folge einer geminderten Arbeitsfähigkeit über einen nicht absehbaren Zeitraum werfen Zweifel auf, ob das Familienleben wieder werden kann wie es vor dem Trauma war.

- Sowohl der Betroffene als auch die Familienmitglieder können ein Vermeidungsverhalten entwickeln. Der Betroffene hofft, dass das Erlebte und seine Folgen vergehen, wenn nicht darüber gesprochen wird. Die Angst vor Unverständnis oder Verurteilung durch andere ist groß. Die Familie respektiert diesen Wunsch, um weiteres Leid fernzuhalten. Sofern dem Betroffenen die Teilhabe an Aktivitäten in der Öffentlichkeit nicht möglich ist, z.B.

aufgrund von Angst gegenüber Menschenmengen, entwickeln auch hier die Familien Strategien, ihren Angehörigen zu schützen bzw. von diesen Aktivitäten zu befreien. Dieses Vermeidungsverhalten führt zu sozialem Rückzug.

- Traumatisierte Menschen können häufiger Gefühle von Angst aufgrund des Erlebten entwickeln und versuchen dieses zu kompensieren, also ein Gefühl von Sicherheit wieder zu erlangen. Die Maßnahmen, die sie dafür ergreifen, können dazu führen, dass die Familie ein irrationales Gefühl von Unsicherheit und Angst entwickelt. Nicht wegen eines konkreten Ereignisses, sondern aufgrund der „Sicherungsmaßnahmen“, die um sie herum ergriffen werden. Angst erleben Familienmitglieder auch dann, wenn der erkrankte Angehörige für sie unvermutet ärgerlich und aggressiv reagiert. Häufig sind diese Reaktionen für die Familien nicht vorhersehbar, da es für Außenstehende oftmals keinen adäquaten Auslöser gibt.

- Angehörige von traumatisierten Menschen könnten sich verantwortlich fühlen für den Umstand, dass ihr Angehöriger in eine Situation kam, die für ihn traumatisch war. Deshalb bemühen sie sich um das Wohlbefinden des Betroffenen, aber erleben wenige Fortschritte. Erst mit der Aufklärung über psychische Trauma und Traumafolgestörungen wird deutlich, dass nicht der persönliche Einsatz der Angehörigen und des sozialen Umfeldes, sondern das Wesen der Erkrankung für die in der Folge des Traumas entstandenen Beziehungsprobleme ursächlich ist.

- Familien können starke Gefühle von Ärger und Wut hinsichtlich der Folgen des Traumas auf ihr Leben entwickeln. Sie wollen, dass der Betroffene „vergisst“, sie hadern mit ihrem Schicksal, als auch mit sich selbst und der fehlenden Geduld und ihrem Ärgers.

- Manchmal entstehen negative Gefühle dem kranken Angehörigen gegenüber. Die Veränderungen, die das Trauma in der Person auslösen, sind gravierend und führen zu einem Gefühl von Fremdheit. Unternehmungslustige und fröhliche Menschen ziehen sich

in ihre Wohnungen zurück und verbringen die Zeit grübelnd am liebsten alleine. Anpackende, gut strukturierte Menschen haben plötzlich Angst vor Verantwortung und schieben Aufgaben vor sich her. Diese und viele andere mögliche Verhaltensänderungen können Verärgerung auslösen und stellen oftmals die persönlichen Beziehungen infrage.

- Alkohol- und Drogenmissbrauch können Folgen der Belastungen sein, sowohl bei dem Erkrankten als auch bei den Angehörigen, die der belastenden Situation zu „entfliehen“ zu versuchen.

- Schlafstörungen aufgrund von Unruhe und/oder wiederkehrenden Alpträumen können in Zusammenhang mit einem Trauma auftreten. In der Folge verändert sich der Wach-Schlafrhythmus des Betroffenen und kann zu einer Belastung für die Angehörigen in der häuslichen Gemeinschaft werden.

- In der Folge der beschriebenen möglichen Auswirkungen eines Traumas können sich insbesondere psychosomatische Erkrankungen wie z.B. Magen-Darmprobleme, Kopfschmerzen und Muskelverspannungen entwickeln.

Die Autoren empfehlen betroffenen Familien daher, sich über Trauma, PTBS und die Auswirkungen zu informieren. Da die Betroffenen sie nicht unterstützen können, sei es ratsam zu lernen, achtsam mit sich zu sein und Hilfe sowie Beratung zu suchen. Keinesfalls sollte jedoch zu starker Druck auf die Betroffenen ausgeübt werden Hilfe anzunehmen.

Viele der beschriebenen Verhaltensweisen sind nicht nur bei PTBS-Betroffenen zu finden. Es gibt zahlreiche Studien, die die Verhaltensänderungen bzw. - auffälligkeiten bei psychisch Erkrankten im Alltag beschreiben(z.B. Angermeyer u.a., 2002) Für den angloamerikanischen Raum sei hier z.B. auf die „caregiver-burden-studies“ und „HSR&D Studies - United States Department of Veterans affairs“ hingewiesen. Für den deutschsprachigen Raum ist die Studienlage übersichtlicher, hier sei z.B. auf Arbeiten von Prof. Dr. Möller-Leimkühler (2005), Prof. Dr. Angermeyer (2002, 2006) und für den

Bereich Kinder psychisch kranker Eltern, z.B. auf Prof. Lenz (2014) und Prof. Dr. Mattejat (2007) hingewiesen.

Angehörigenarbeit in den psychosozialen Versorgungssystemen der Bundeswehr

Auch in den Bundeswehr-Krankenhäusern (BwKrhs) gewinnt Angehörigenarbeit in Zusammenhang mit psychisch erkrankten Soldaten und ihren Familienangehörigen immer mehr an Bedeutung. Das BwKrhs Berlin, Zentrum für Psychiatrie und Psychotraumatologie -Sektion Forschung- (Psychotraumazentrum) hat im Jahr 2011 gemeinsam mit der evangelischen Militärseelsorge ein Angehörigenseminar konzipiert, das für die Lebenspartnerinnen und Lebenspartner durch einen Auslandseinsatz psychisch erkrankter Soldatinnen und Soldaten ausgerichtet ist. Es hat sich aber gezeigt, dass überwiegend Paare daran teilnehmen, bei denen bei einem Partner die Diagnose der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) gestellt wurde.

In der Regel melden Patienten und Patientinnen, die sich in stationärer oder ambulanter Betreuung befinden, sich und ihre Lebenspartnerin oder Lebenspartner direkt zu diesen Seminaren an, da viele um den Fortbestand der Partnerschaften aufgrund der wahrgenommenen Belastungen der Angehörigen fürchten.

Bei dem Seminarkonzept „Partnerschaft und PTBS“ handelt es sich um ein knapp 3-tägiges Seminarangebot für Paare. Die Teilnehmerzahl ist auf maximal fünf Paare beschränkt. Die Teilnahme erfolgt ohne Kinder und wird an einem Wochenende durchgeführt, um den berufstätigen Angehörigen und den sich in Therapie befindenden Patienten die Teilnahme zu ermöglichen. Die Durchführung ohne Kinder wird von Außenstehenden häufiger kritisiert, aber von den Teilnehmern als notwendig für den eigenen Lernprozess angesehen. Einzige Ausnahme sind die Patientinnen und Patienten, die Eltern von sehr kleinen Kindern sind, die noch nicht durch nahestehende Familienangehörigen oder Freunden

betreut werden können. Die teilnehmenden Paare äußern, dass es hilfreich ist, gemeinsame Zeit als Paar zu verbringen und nicht als Mutter oder Vater gefordert zu sein, was zu einer Zurückstellung der eigenen Bedürfnisse führen könnte.

Der Ablauf sieht vor, dass eine Gruppe aus Patientinnen und Patienten und eine Gruppe aus Angehörigen gebildet werden. Die Gruppe der Angehörigen wird durch einen Psychotherapeuten und eine Sozialarbeiterin, die Gruppe der Patienten durch einen Sozialarbeiter und eine Sozialarbeiterin geleitet. Das Konzept sieht vor, dass in der Gruppe der Angehörigen zu Beginn Informationen zur Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) und zur Behandlung in den Bundeswehr-Krankenhäusern vermittelt werden. Im Anschluss wird nach den Erfahrungen der Angehörigen in ihrem Alltag mit der Erkrankung und den Auswirkungen und Belastungen auf das gemeinsame Leben gefragt und so ein Erfahrungsaustausch initiiert. Hinweise zu psychosomatischen Symptomen und zur Selbstfürsorge unter Nutzung der eigenen Ressourcen bilden den Abschluss. Bevor die Paare wieder in ihren Alltag zurückkehren erhalten sie noch Adressen und weitere Ansprechpartner, die im Unterstützungsprozess hilfreich sein könnten. Diese sind in einer Broschüre des Psychotraumazentrums zusammengefasst, die zusätzlich allgemeine Informationen zu einsatzbezogenen psychischen Belastungen enthält und kostenfrei abgegeben wird.

In der Gruppe der Patienten liegt der Fokus ebenfalls auf der Partnerschaft und den Belastungen, denen diese durch die Erkrankung ausgesetzt ist. Hierfür ist es wichtig, dass die Patientinnen und Patienten in ihrer Therapie soweit fortgeschritten sind, dass sie ihren Blick wieder auf die Partnerschaft richten und ihr krankheitsbedingtes Verhalten reflektieren können.

Der Ablauf des Seminars beinhaltet feste Pausenzeiten, die von den Paaren gemeinsam verbracht werden. Ebenso ist ein gemeinsames Abendessen außerhalb des Durchführungsortes mit der Gesamtgruppe Bestandteil des Konzepts.

Zur Evaluierung des Angebots wurden die Patienten und teilnehmenden Angehörigen (N = 15) vor Beginn des Seminars, sechs Wochen und drei Monate nach Seminarende eingeladen den World Health Organization-Quality of Life-Bref (WHOQOL-BREF), den Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SozU) und den Fragebogen für Angehörige (FBA) auszufüllen.

Die Auswertung der begleitenden Studie zeigte, dass sich die Werte in den sozialen Dimensionen „Reziprozität“ (Achtsamkeit im gegenseitigen Umgang) ($\chi^2 = 15.49, p < .001$) und „Emotionale Unterstützung“ (Mitteilen von Gefühlen, erlebte Anteilnahme) ($\chi^2 = 11.63, p < .01$), im Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SozU) bei den Angehörigen vom Messzeitpunkt eins zum Messzeitpunkt drei signifikant verbessert haben. In den Bereichen psychische und physische Lebensqualität der WHO-Quality-of-Life-Skala (WHOQOL) waren mit $p_{\text{fisher}} < .05$ ebenfalls signifikante Verbesserungen in den Werten festzustellen (Wesemann u.a., 2015).

Die freie Bewertung der Betreuungswochenenden durch die Teilnehmer fiel insgesamt sehr gut aus, eine auffallend positive Bewertung ergab sich hinsichtlich der Sinnhaftigkeit des Angebots. Das reflektiert offenbar ein besonderes Betreuungsbedürfnis, v.a. bei den Angehörigen (Wesemann u.a., 2015) Nach den Freitext-Beschreibungen reagieren die Angehörigen zunächst zurückhaltend hinsichtlich der Äußerungen über ihr emotionales (Er-)Leben mit der PTSB ihrer Partnerin bzw. ihres Partners. Erst wenn sie sich der wertungsfreien Haltung des anwesenden Fachpersonals und der Erlebnisse der anderen Teilnehmerinnen und Teilnehmer in der Angehörigengruppe sicher sind, öffnen sie sich. Es kann dann über mögliche Gefühle der Hilflosigkeit, Angst, Trauer, Wut, Ärger,

Unverständnis, Ungeduld, Resignation u.ä. innerhalb der Partnerschaft nach dem Trauma berichtet werden.

Radikalisierung, Traumatisierung und Angehörige

In der Zeitschrift Der Spiegel kommen Gezer u.a. (2014) zu dem Schluss: „In einem sind sich Experten wie (Hans-Jürgen)Wirth und (Norbert)Leygraf einig: es gibt keinen klar definierbaren Typus „junger Attentäter, der aus Deutschland in den Krieg zieht, und man kann die bisherigen Taten auch nicht als eine Folge „typischer psychiatrischer Störungen“ betrachten, was ja irgendwie beruhigend wäre“. (S. 67)

Daher findet sich beispielsweise in der öffentlichen Berichterstattung über die „Syrien-Rückkehrer“ eine kontroverse Diskussion über die möglichen gesundheitlichen und gesellschaftlichen Folgeerscheinungen. In verschiedenen Darstellungen wird am Rande der Berichterstattung über die sogenannten „Syrien-Rückkehrer“ angedeutet, dass einige von ihnen möglicherweise traumatisiert sein könnten. Unter der Überschrift „Immer mehr Extremisten reisen nach Syrien“ schrieben Erhardt und von Altenbockum in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung: „Traumatisierte Rückkehrer sind eine potentielle Terrorgefahr“, da laut Meinung einiger (nicht genannter, Anmerkung der Autorin) Fachleute „die Rückkehrer unter schweren Traumata litten und desillusioniert aus dem nahöstlichen Kampfgebiet zurückgekehrt seien“ (S. 1).

Im Generalanzeiger Bonn schrieben Vallender und Franz (2014), das „es aber auch möglich(ist, Ergänzung der Autorin), dass den Rückkehrern mit ihren Kriegstraumata überhaupt nicht mehr der Sinn nach Waffen und Anschlägen steht“ (S. 2).

Flade schreibt zusätzlich, „traumatisiert durch die Kriegserlebnisse leiden einige Syrien-Veteranen an Schlafstörungen und Angstzuständen“ (Flade, 2014, S. 3)

Es ist derzeit nicht abschätzbar, ob die Hinweise auf potentielle Traumatisierungen nur aus populär-publizistischen Gründen genutzt wurden oder ob erste diesbezüglich konkrete Erfahrungen vorhanden sind. Allerdings zeigten fundierte wissenschaftlich Erkenntnisse zu Vietnam-Veteranen, dass Zusammenhänge zwischen Traumatisierungen und der Anwendung von ungerechtfertigter Gewalt bis hin zur Verübung von Kriegsverbrechen vorhanden sind. Zu den kausalen Bindegliedern gehörten das peri-traumatische Hilflosigkeitserleben, das seinen Ausdruck in einem ungezielt aktionistischen Agieren gefunden haben kann. Begünstigend scheinen zudem die Traumatisierung in einem durch jahrelangen Krieg moralisch verrohten Umfeld sowie die mangelnde Stabilisierung durch militärische Vorgesetzte mit Vorbildfunktion gewirkt zu haben (Shepard 2003).

Ausgehend von der Annahme, dass unerkannte und unbehandelte Traumafolgestörungen bei radikalisierten Rückkehrern aus Kriegsgebieten auftreten könnten, würden dann die Angehörigen dieser Betroffenen zunächst in die gleiche Situation wie alle Angehörigen psychisch Erkrankter bzw. Traumatisierter kommen. Zu diesen bereits bekannten Belastungen, würde dann die mit dem Migrantensstatus einhergehende Problematik für die betroffenen Angehörigen hinzukommen. In einem Interview mit dem Magazin Fokus wies Verfassungsschutz-Präsident H.-G. Maaßen auf den Migrationshintergrund der 90% meist männlichen 18-bis 25-jährigen Syrienkämpfer, wovon mindestens die Hälfte einen deutschen Pass besitzt, hin (Bundesamt für den Verfassungsschutz 2014).

Es kann angenommen werden, dass dieser genannte Personenkreis der in Deutschland aufgewachsenen jungen Menschen, keine Vorstellungen hat von den konkreten Lebensumständen und dem Krieg, der sie in Syrien erwartet hat. „Glaubst du, eine Kalaschnikow funktioniert so wie der Controller deiner Playstation 4?“ (Gezer u.a., 2014, S. 60).

Somit ist davon auszugehen, dass der spezifische Erfahrungshintergrund der Migration und seiner Folgen in Deutschland sowohl bei den Syrien-Kämpfern selbst, als auch bei deren Angehörigen mit den aktuellen Erlebnissen in Krisengebieten und deren psychischen Folgen interagieren könnte.

In einem Interview mit in der Zeitschrift *Der Spiegel* vermutet der Hamburger Kinder- und Jugendpsychiater A. Krüger hinter der Radikalisierung deutscher IS-Kämpfer frühe, hochkomplexe Traumatisierungen, ausgelöst durch Misshandlungen, Vernachlässigung, Demütigung, Ausgrenzung – in der Familie, der Schule und der Peergroup. Krüger vermutet, „die dauerhafte Erfahrung von traumatischer Ohnmacht ist letztendlich die Essenz, aus der heraus es einem Menschen erst möglich wird, sadistisch gewalttätig zu werden“ (Interview Thimm mit Krüger, 2014, S. 56).

Sollten diese Erfahrungen aus der Praxis auf die Gruppe oder einen Teil der Gruppe junger deutscher Syrien - Kämpfer zutreffend sein, dann müssten hinsichtlich der Unterstützung der Angehörigen und der Rückkehrer neue Konzepte und Lösungsmöglichkeiten im Umgang gefunden werden.

Der Hinweis auf den Migrationshintergrund von Seiten des Verfassungsschutzes könnte darauf hindeuten, dass es innerhalb der Herkunftsfamilien bereits vorher beträchtliche Schwierigkeiten gab. Generell wird von Migration gesprochen, „wenn eine Person ihren Lebensmittelpunkt räumlich verlegt“. Von internationaler Migration spricht man dann, wenn dies über Staatsgrenzen hinweg geschieht“ (Razun & Spallek, 2009). Gemäß Assion, Bransi und Kousse mou (2011) „wechselt ein Individuum für begrenzte Zeit oder dauerhaft in eine andere, womöglich fremde Kultur, was freiwillig oder unfreiwillig geschehen kann“ (S. 528). Motive hierfür können sein: politische Verfolgung, Kriege, Naturkatastrophen, Flucht vor Armut oder die Verbesserung der ökonomischen und sozialen Lebensumstände.

Im Prozess der Migration verlagern Menschen nicht nur ihren Lebensmittelpunkt, sondern sie leben in neuen sozialen und kulturellen (Werte-)Systemen und erfahren veränderte Rollenzuschreibungen. Kinder von Migranten, die im Aufnahmeland geboren wurden, also einen sogenannten Migrationshintergrund haben, sind sozialen Stressoren in Bezug auf ihre kulturelle Identität ausgesetzt (Assion u.a., 2011).

Kizilhan (2011) beschreibt die Phasen des Migrationsprozesses, die in Abhängigkeit von äußeren und inneren Faktoren Einfluss auf die psychische und physische Gesundheit nehmen können. Der Migrationsprozess wird demnach in verschiedene Phasen unterteilt: Zunächst könnte eine Binnenmigration im Herkunftsland erfolgt sein. Anschließend könnten die Vorbereitungen und Planungen für die eigentliche Migration erfolgt sein. In der dritten Phase findet die oftmals belastende Trennung vom Heimatland durch die Verlagerung des Lebensmittelpunktes statt und in der sog. „Post-Migrationsphase“ leben die Betroffenen an einem neuen Ort und müssen sich an die neuen sozialen und kulturellen Gegebenheiten anpassen.

Abhängig von den individuellen äußeren Umständen und des individuellen Erlebens der Verlagerung des Lebensmittelpunktes kann insbesondere die eigentliche Migrationsphase als traumatisch erlebt werden. Erst in der Post-Migrationsphase besteht die Möglichkeit der Verarbeitung.

Gerade vor diesem Zusammenhang und mit Blick auf die „Syrien-Rückkehrern“ und deren Angehörigen ist es hilfreich, den Themenbereich Trauma und Traumafolgestörungen näher zu betrachten. Sowohl in Bezug auf die Erlebnisse der Rückkehrer als auch in Bezug auf ihre Herkunftsfamilien. Unbeachtete und unbehandelte Traumaerlebnisse und ihre Auswirkungen können zu einer gesellschaftlichen und sozialen Isolation der Betroffenen und ihrer Familien führen.

Der „9. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland“ (2012) zeigt, dass u.a. psychische Auffälligkeiten bei der Bevölkerung mit Migrationshintergrund häufiger auftreten als bei der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund (S. 152). Ohne allerdings die Art der psychischen Auffälligkeiten genauer zu spezifizieren.

Im aktuellen Bericht von 2014 wird festgehalten, dass ein „Mangel an repräsentativen Daten zur gesundheitlichen Situation von Migrantinnen und Migranten“ besteht. Studien wie z.B. der Kinder- und Jugendsurvey (KiGSS) und das Gesundheitsforschungsprojekt „Nationale Kohorte“ erfassen die Daten von Menschen mit Migrationshintergrund eher unsystematisch über Zufallsstichproben. (S. 256 f.)

Um sinnvolle Konzepte zur Unterstützung der Familien, zur Reintegration der sog. „Syrien-Rückkehrer“ und vor allem für die Prävention zu erstellen, wäre es hilfreich, zunächst die Herkunftsfamilien unter der Fragestellung nach einem gelungenen Migrationsprozess und einer gelungenen Integration zu betrachten. Es muss zunächst der Frage nachgegangen werden, wie Eltern(teile), die den Migrationsprozess durchlaufen haben, diesen erlebt und verarbeitet haben. Ob traumatische Erfahrungen gemacht und wie diese in der Folge verarbeitet wurden, könnte Aufschluss darüber geben, welche innerfamiliären Belastungen auf die Angehörigen, insbesondere die Kinder, eingewirkt haben. Es sollte dabei das Vorliegen einer Traumafolgestörung untersucht und der Frage nachgegangen werden, ob bei den Angehörigen eine transgenerationale Sekundärtraumatisierung eingetreten ist.

Assion u.a. (2011) weisen mit Bezug auf Bhugra & Jones, 2011, und Cantor-Graee & Selten, 2005, darauf hin, dass „gerade diese Kinder (mit wenigstens einem Elternteil, der sich dem Migrationsprozess unterzogen hat, Anm. d. Autorin), sozialen Stressoren in Bezug auf die kulturelle Identität ausgesetzt“ sind. Eine weitere wissenschaftliche Untersuchung vor dem Hintergrund dieser Aussage könnte möglicherweise Hinweise dazu geben wie sich

der Übergang von einer Opfer in eine Täterrolle (im Sinne der Radikalisierung) als Teil eines kulturellen Maladaptionsprozesses vollziehen könnte.

Zusammengefasst wurde im Rahmen dieser Darstellung verdeutlicht, dass Angehörige psychisch erkrankter und traumatisierter Menschen unter erheblicher Belastung stehen, die aber durch psychosoziale Unterstützungsmaßnahmen abgemildert werden können. Dabei bieten sich zielgruppenspezifische Interventionen an, die die jeweiligen kulturellen, berufsspezifischen und ggfs. traumabezogenen Besonderheiten berücksichtigen.

Literatur

- Angermeyer, M., Bischof, J., Jungbauer, J., Liebelt, P., Mory, C., Trosbach, J., Wilms, H.-U. & Wittmund, B. (2002): *Abschlussbericht zum Teilprojekt C3, Gesundheitliche und ökonomische Belastungen von Familien mit psychisch kranken Angehörigen*. Universität Leipzig, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie
- Angermeyer, M., Bull, N., Heider, D., Mory, C., Schomerus, G., Wilms, HU, Wittmund, B., (2006): *Abschlussbericht zum Teilprojekt B 8 – belastungsbezogene Interventionen für Partner psychisch kranker Menschen- Optimierung von Kontextfaktoren in der Rehabilitation*. Universität Leipzig, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie
- Assion, H.-J., Bransi, A. & Kousssemou, J.-M. (2011). *Migration und Posttraumatische Belastungsstörung*. In Seidler, G., Freyberger, H. & Maercker, A. (Hrsg.), *Handbuch der Psychotraumatologie, Trauma und Gewalt*, Klett-Cotta,
- Bischof, J. (2010) *So nah und doch so fern- Mit depressiv erkrankten Menschen leben*. Bonn: Balance Buch + Medien- Verlag
- Bhugra, D., Jones, P. (2001). Migration and mental illness. *Advances in Psychiatric Treatment*, 7, 216-222
- Bundesamt für den Verfassungsschutz: *Focus vom 28.04.2014. „Gefahr für unser Land“ Verfassungsschutzpräsident Hans-Georg Maaßen über deutsche Syrien-Kämpfer und die künftige Kooperation mit den US-Geheimdiensten*. Interview: Elflein, C., Splicker, A.
Abgerufen am 24.10.2014. Verfügbar unter
<http://www.verfassungsschutz.de/de/oeffentlichkeitsarbeit/interviews/int-20140428-focus>
- Cantor-Graee, E., Selten, J.P. (2005). Schizophrenia and migration: A meta-analysis and review. *American Journal of Psychiatry*, 162, 12-24
- Carlson, E., Ruzek, J. (2007). PTSD and the Family – how does PTSD affect family members? *United States Department of Veterans Affairs, National Center of PTSD*
- Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2012): *9. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland*. Berlin
- Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration (2014): *10. Bericht der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration über die Lage der Ausländerinnen und Ausländer in Deutschland*. Berlin
- Erhardt, Ch., von Altenbockum, J. (24. Oktober 2014). *Islamismus: Immer mehr Extremisten reisen nach Syrien*. Frankfurter Allgemeine F.A.Z.-E-Paper abgerufen

unter: <http://www.fat.net/aktuell/politik/inland/islamismus-immer-mehr-extremisten-reisen-nach-syrien-12816845.html>

Flade, F (22.06.2014). *Wie gefährlich sind die deutschen Isis-Islamisten?* DIE WELT abgerufen von: <http://www.welt.de/politik/deutschland/article129339230/Wie-gefaehrlich-sind-die-deutschen-Isis-Islamisten.html>

Gezer, Ö., Gorris, L., Leick, R., Rapp, T. & Schmitter, E. (2014). Bruder, Kämpfer, Dschihadist *DER SPIEGEL* 47, 58-68

Hahlweg, K., Baucom D.H. (2008). *Partnerschaft und psychische Störung*. Göttingen: Hogrefe-Verlag

Kizilhan, J.I. (2011). Psychologie der Migration. In: Machleidt, W. & Heinz, A. (Hrsg.). *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie*. München: Elsevier, Urban Fischer, 55-62

Lenz, A. (2014). *Kinder psychisch kranker Eltern*. Göttingen: Hogrefe-Verlag

Lischka, B. (2009). *Zwischen Psychoedukation und Support Group. Seminare für Angehörige dementiell erkrankter Menschen*. Vortragsmanuskript. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und – psychotherapie e.V., Berlin

Mangurno- Mire, G., Sautter, F., Lyons, J., Myers, L., Perry, D., Sherman, M., Gynn, S. & Sullivan, G. (2007). Psychological distress and burdens among female partners of combat veterans with PTSD. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 144-151

Mattejat, F. (2007). *Kinder psychisch kranker Eltern – Auswirkungen der elterlichen Erkrankung auf die Entwicklung in den verschiedenen Altersstufen*. Vortragsmanuskript. Kinderschutzbund Marburg und Arbeitskreis „Kinder psychisch kranker Eltern“, Marburg

Möller – Leimkühler AM (2005): Burden of relatives an predictors of burden. Baseline results from the Munich 5-year-follow-up study on relatives of first hospitalized patients with schizophrenia or depression. *EurArch Psychiatry Clin Neurosci*. 2005 Aug; 255(4):223-231

Price, M., Gros, D.F., Strachan, M., Ruggerio, K.J. & Acierno, R. (2013). The Role of Social Support in Exposure Therapy of Operation Iraqi Freedom/ Operation Enduring Freedom Veterans: A Preliminary Investigation. *Psychological Trauma*, 5, 93-100

- Radzun, O., Spallek, J. (2009). Definition von Migration und von der Zielgruppe „Migranten“. Abgerufen am 30.10.2014. Verfügbar unter <http://www.bpb.de/gesellschaft/migration/kurzdossiers/57302/definition>
- Shepard, B. (2003). *War of Nerves- Soldiers and Psychiatrists 1914 – 1944*. London: Random House
- Stevens, G.J., Dunsmore, J.C., Agho, K.E., Taylor, M.R., Jones, A.L., van Ritten, J.J. & Raphael, B. (2013). Long-term Health and Wellbeing of People Affected by the 2002 Bali Bombing. *Med J Aust*, 198, 273 – 277
- Thimm, K.(2014). Biografien der Vorhölle . *DER SPIEGEL* 49, 56
- Unger, A., Krautgartner, M.,Freidl, M., Stelzig-Schöler, R., Rittmannsberger, H., Simhandl, C.,“ ...“ Wancanta, J.(2005). Der Bedarf der Angehörigen Schizophrenie-Kranker. *Neuropsychiatrie, Band 19, Nr. 4,141-147*
- Vallender, F., Rüdiger, F.(21.02.2014). *Syrien- Dschihadisten: Sicherheitsbehörden haben Islamisten im Visier*, General Anzeiger Bonn, verfügbar unter: <http://www.general-anzeiger-bonn.de/bonn/bonn/bonn-zentrum/sicherheitsbehörden-haben-bonner-islamisten-im-visier-article1272615.html>
- Wancanta, J.(2005). Angehörige psychisch Kranker: Belastungen, Bedürfnisse und Bedarf . *Neuropsychiatrie, Band 19, Nr. 4, 131-133*
- Wesemann, U., Jensen, S, Kowalski, J., Gewandt, A., Zimmermann, P.(2015). Einsatzbedingte posttraumatische Belastungsstörungen bei Soldaten- Pilotstudie zur Entwicklung und Evaluierung eines Angehörigenseminars. *Trauma und Gewalt (in press)*
- Wittchen, HU., Schönfeld, S., Kirschbaum, C., Thurau, C., Trautmann, S. , Steudte, S., “ ...“ Zimmermann, P. (2012). Traumatische Ereignisse und posttraumatische Belastungsstörungen bei im Ausland eingesetzten Soldaten: wie hoch ist die Dunkelziffer? *Deutsches Ärzteblatt, Int2012; 109(35-36):559-568*
- Wittchen, HU., Jacobi, F. (2012): *Was sind die häufigsten psychischen Störungen in Deutschland? DEGS – Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland*. Verfügbar unter Internetadresse:
-

https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/degs_w!/Symposium/degs_pschische_stoerungen.pdf?_blob=publicationFile