

# **Praxisbericht: Diagnostik, Psychotherapie und psychosoziale Begleitung von Flüchtlingskindern und ihren Familien im Rahmen einer kinder- und jugendpsychiatrischen Institution**

**Birgit Möller und Torsten Lucas**

## **Zusammenfassung**

### **1. Wiederherstellung der „Normalität“:**

Bei Flüchtlingskindern und ihren Familien ist es zunächst notwendig, Sicherheit und Schutz zu gewährleisten und ein verständnisvolles Umfeld herzustellen, das den Kindern ermöglicht, eine neue Orientierung zu finden und die traumatischen Erlebnisse symbolisch zu verarbeiten. Es sollte eine Situation geschaffen werden, in der wieder Normalität und Alltäglichkeit entwickelt werden kann. Für das Kind sowie für die Familie muss ein Raum entstehen, in dem es möglich ist, in Ruhe die in der Extremsituation notwendig gewordenen Überlebensmechanismen zu überprüfen. Trennungen von wichtigen Bezugspersonen sollten vermieden werden und die Eltern sollten soweit gestärkt werden, dass es ihnen wieder möglich wird, elterliche Funktionen wahrzunehmen und eigene Erlebnisse zu bewältigen. Die Familien sollten in ihrer Funktionalität unterstützt werden, damit wieder ein Stück Normalität Einzug halten kann.

### **2. Vernetzung des kindlichen Umfeldes:**

Es ist äußerst wichtig, eine Vernetzung des Umfeldes, mit dem die Kinder/Familien zu tun haben (Lehrer, Sozialarbeiter, Betreuer in den Unterkünften, Mitarbeiter vom Jugendamt, Vormünder etc.) herzustellen, um effektive Hilfe möglich zu machen. Gerade bei schwer traumatisierten Kindern und Jugendlichen, die in ihrer psychischen Struktur fragmentiert sind, ist diese Integration besonders wichtig.

### **3. Diagnostische Phase:**

Viele Kinder, Jugendliche und Familien aus anderen Kulturkreisen können sich unter einem kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungsangebot zunächst nichts vorstellen. Ihnen ist Psychotherapie vielfach vollständig fremd. Einige verlangen zur Behebung ihrer Symptomatik Medikamente oder kommen mit dem Wunsch, durch die Ausstellung eines Attests ihren Aufenthalt zu sichern oder eine größere Wohnung zu erhalten. Wie bereits dargestellt, erklären wir ihnen unser Angebot daher ausführlicher als deutschen Patienten.

Oftmals bedarf es einiger probatorischer Sitzungen, um die bestehende Problematik zu skizzieren und ein erstes Verständnis dessen, was wir anbieten sowie ein Arbeitsbündnis zu erarbeiten.

#### **4. Spannungsfeld Behandlung und ärztliche Stellungnahmen:**

Ein wesentliches Spannungs- bzw. Konfliktfeld ist die Möglichkeit der Abschiebung, die die meisten Behandlungen begleitet. Das Wissen, jede Therapiestunde könnte die letzte sein, prägt das Vorgehen und die entstehende Beziehung nachhaltig. Dies gilt ganz besonders für schwer traumatisierte Patienten, die nach dem Erlebten ohnehin große Schwierigkeiten haben, Beziehung aufzunehmen. Bei dieser Patientengruppe besteht zudem die Gefahr, dass eine Abschiebung mit erzwungener Rückkehr an den Ort der Traumatisierung sich retraumatisierend und destabilisierend auswirken kann – bis hin zu akuter Suizidalität. Das Wissen, dass anderen Erwägungen seitens deutscher Behörden oftmals höhere Priorität eingeräumt wird, als der Gesundheit unserer traumatisierten Patienten entwertet aber auch unsere Arbeit und beschämt uns Therapeuten. Seitens der Patienten oder aber der Behörden besteht häufig die Erwartung, dass Therapeuten Stellungnahmen anfertigen, insbesondere zu Fragen, die aus Sicht der Ausländerbehörde aufenthaltsrelevant sind. Dabei geht es um das Vorliegen einer Traumatisierung, einer Behandlungsnotwendigkeit oder die Frage nach sogenannter „Reisefähigkeit“. Während das Konstatieren einer posttraumatischen Belastungsstörung – soweit die Stellungnahme seitens der Behörden anerkannt wird – einen gewissen Schutz verleihen kann, hat die Feststellung einer Behandlungsnotwendigkeit lediglich aufschiebenden Charakter und schafft somit häufig einen Teufelskreis, aus dem sich Therapeut und Patient kaum noch befreien können, da eine Gesundung die Abschiebung nach sich ziehen würde. „Reisefähigkeit“ ist, da selbst komatöse, beatmete Notfallpatienten transportfähig gemacht werden können, kein medizinisch definierter und damit ein höchst problematischer Begriff, der häufig dazu dient, eine Abschiebung ärztlich zu legitimieren.

Derartige Stellungnahmen bringen Patient und Therapeutin in einen massiven Konflikt, da sie eine reale Abhängigkeit herstellen. Die Patienten müssen, um in Deutschland verweilen zu dürfen, krank und behandlungsbedürftig bleiben. Gleichzeitig bedeutet die Abschiebung eine Wiederausstoßung und Vertreibung aus einer Welt, die eigentlich Schutz und Sicherheit bieten sollte. Eine Erfahrung, die die Flüchtlinge schon einmal machen mussten. Zudem sind Flüchtlinge besonders vulnerabel, ihre Realität ist nach belastenden traumatischen Erlebnissen und erfolgreicher Flucht von einer unsicheren Aufenthaltssituation (bis hin zur unmittelbar drohenden Abschiebung) und erheblichen Schwierigkeiten geprägt. Gleichzeitig müssen sie

sich in eine neue kulturelle und sprachliche aber auch juristische und soziale Realität hinein finden, was viele zunächst einmal heillos überfordert. Dies bedingt, anstatt der erhofften und dringend notwendigen Entlastung, Befürchtungen, die errungene Sicherheit wieder entzogen zu bekommen. Es ist daher, wie in der Einleitung bereits dargestellt, notwendig, eine sichere Perspektive zu schaffen, in der eine gewisse Normalität wieder etabliert werden kann.

Das Erstellen einer Stellungnahme seitens des Behandlers/der Behandlerin verändert oder beschädigt jedoch immer auch den psychotherapeutischen Raum, da es dem Patienten insbesondere die Möglichkeit nimmt, auf den Therapeuten wütend zu sein. Wie kann man wütend sein, wenn man so furchtbar dankbar sein muß? Auf den Therapeuten bezogene oder projizierte Enttäuschung und Wut wird im therapeutischen Raum so leicht keinen Platz mehr finden können bzw. mit Schuldgefühlen verbunden sein. Es ist daher in vielen Fällen ratsam, das Schreiben der Stellungnahmen an Kollegen zu delegieren. Zudem können die Patienten, um in Deutschland bleiben zu dürfen, nicht gesund werden.

Soll in anderen Fällen die Abschiebung trotz Attest vollzogen werden, so gewinnt der „Kampf“ um die Aufenthaltsperspektive an Dynamik. Die persönliche Betroffenheit und Verwicklung des Therapeuten nimmt zu. Nur für die Therapie bleibt vor lauter Aktionismus kein Raum mehr. Wenn dagegen Patienten abgeschoben werden, weil sie keine Atteste vorweisen konnten, hilft der unbeschädigt gebliebene therapeutische Raum weder dem Patienten noch uns weiter. In der Gegenübertragung entstehen in diesem Zusammenhang häufig Gefühle der Desorientierung und kompletten Hilflosigkeit oder Rettungs- und Größenphantasien, die von dem Wunsch gekennzeichnet sind, alles besser oder wieder gut machen zu wollen, was oftmals gleichzeitig mit einer Abwehr des unsagbaren Leids, dem Gefühl, es nicht aushalten zu können, einhergeht.

Diese Reaktionen und die daraus resultierenden Handlungen haben erhebliche Auswirkungen und es bedarf in der Arbeit wie auch bei Supervisionen besonderer Sorgfalt, um entstehende Verwicklungen frühzeitig zu erkennen.

### **5. Abschied von Omnipotenzphantasien:**

In der Arbeit mit Flüchtlingskindern ist es notwendig, von eigenen Omnipotenzfantasien Abschied zu nehmen. Bereits im Erstgespräch machen wir die Patienten daher mit unserer Haltung bekannt, dass die politischen Vorgaben fachliche Erkenntnisse und humanitäre Prinzipien unzureichend würdigen und Menschen dadurch häufig Unrecht geschieht. Gleichzeitig bekräftigen wir, dass diese Vorgaben momentan gelten und unser Einfluss nicht ausreicht, um sie zu verändern. Wir weisen darauf hin, dass neben der äußeren Realität eine

innere Welt besteht, die maßgeblich mit unserem Befinden verwoben ist und dass wir im therapeutischen Raum die äußere Welt ausschließlich bewerten, die inneren Welt dagegen gemeinsam bearbeiten und verändern können. Dabei betonen wir die Unabhängigkeit unserer Arbeit von staatlichen Behörden und verweisen wir auf den, unter anderem durch unsere Schweigepflicht, geschützten therapeutischen Raum.

## **6. Überwindung der Sprachbarriere:**

Eine weitere Schwierigkeit in der Behandlung von ausländischen Patienten ist die Sprachbarriere. Die Arbeit mit Dolmetschern kann eine Bereicherung sein, da sie nicht nur Sprachmittler sind, sondern auch Brücke zwischen zwei Kulturen, was die Patienten oft als hilfreich erleben. Gleichzeitig kann ein Dolmetscher, der aus dem gleichen Herkunftsland stammt wie der Patient, aber beispielsweise anderer ethnischer Herkunft ist, als Spion oder Feind erlebt werden, dem nicht vertraut werden kann. Es bedarf eines besonders sensiblen Umgangs und qualifizierten, besonders geschulten Dolmetschern, um mit dieser Problematik adäquat umzugehen. In der therapeutischen Arbeit macht es einen Unterschied, ob mit dem Therapeuten in der Muttersprache oder mit Dolmetscher gearbeitet wird. Ein weiterer wesentlicher Aspekt liegt in der Tatsache, dass durch die DolmetscherInnen zusätzliche Personen in den therapeutischen Prozess einbezogen werden, der therapeutische Raum von einer Dyade zu einer Triade erweitert wird. Dies kann ein kompliziertes Geflecht von Übertragungen und Gegenübertragungen zur Folge haben und eine Dynamik in Gang bringen, die den therapeutischen Prozess entscheidend beeinflusst und ständig reflektiert werden muss. In der Ambulanz für Flüchtlingskinder und ihre Familien werden die Kosten für die Dolmetscher durch Drittmittel finanziert. Es gibt im UKE einen Dolmetscherdienst, der mit eigens für den medizinischen und psychosozialen Bereich ausgebildeten Dolmetschern arbeitet. Die Ambulanz bezieht Sprachmittler, mit denen langjährig zusammengearbeitet wird, über den Dolmetscherdienst.

## **7. Schaffung eines therapeutischen Raumes:**

Nach der Klärung der Behandlungsmotivation, Aufenthaltsperspektive und Erstellung der Indikation für eine Psychotherapie geht es darum, dem Kind im sicheren therapeutischen Raum die Möglichkeit zu geben, sich den traumatisierenden Erinnerungen langsam und in erträglicher Dosis nähern zu können. Diese Annäherung muss der jeweiligen Entwicklungsstufe des Kindes entsprechen.

Es sollte dem Kind sowie der Familie ein Raum zugestanden werden, in dem die schwer zu verarbeitenden Erlebnisse, die Verunsicherungen und Verletzungen, aber auch die Ressourcen und Fähigkeiten ausgedrückt werden dürfen. Es fällt den Kindern häufig schwer, Gefühle der Wut, Trauer und Schuld zu zeigen. Sie wollen ihre Eltern schonen und spüren, dass diese ihre Gefühle aufgrund ihrer eigenen Verletzungen nicht ertragen können. Umgekehrt passiert es, dass in manchen Familien nur getrauert werden darf, Freude als Vergessen der schlimmen Erlebnisse gedeutet und missbilligt wird. Die Suche nach einer neuen Alltäglichkeit bedeutet daher auch, dass Eltern den Kindern wieder erlauben können, ihre Gefühle auszudrücken.

### **8. Verstehen der traumatisierenden Erlebnisse vor ihrem entwicklungspsychologischen und biographischen Hintergrund:**

Um durch Krieg, Verfolgung und Flucht traumatisierte Kinder und Jugendliche verstehen zu können, muss die spezifische traumatisierende Situation in ihrem gesamten Kontext und ihrer subjektiven Bedeutung erfasst und in Zusammenhang gebracht werden. Dazu gehören die Persönlichkeitsentwicklung und Familiendynamik, Krieg und Verfolgung, Migrationsprozeß, Lebenssituation im Aufnahmeland sowie die drohende, erzwungene oder freiwillige Remigration (vgl. Fischer & Riedesser, 1998, S. 291). Besonders wichtig dabei ist das Verstehen von traumatischer Situation und Bedeutungsgebung vor dem Hintergrund der Biographie. Ein Kind beispielsweise, das seit Geburt eine schwierige Beziehung zur Mutter hat und auf die Geburt des jüngeren Geschwisters mit großer Eifersucht und Todeswünschen reagiert, wird den plötzlichen Tod oder die Verletzung seines Geschwisters wahrscheinlich mit schweren Schuldgefühlen verarbeiten. In der Phantasie scheint es ihm, als wären seine Todeswünsche in Erfüllung gegangen. Es kann passieren, dass dieses Kind in einer pathologischen Trauerreaktion stecken bleibt, wenn es keine äußerliche Unterstützung zur Bewältigung dieser Phantasien und Gefühle erhält.

Anna Freud (1987) entwarf das Modell unterschiedlicher Entwicklungslinien, die sich u.a. auf die Ich-, Über-Ich- und Triebentwicklung beziehen. Die kindliche Entwicklung ist keine lineare oder statische, sondern ein dynamisches Wachstum auf verschiedenen Ebenen. Tyson & Tyson (1997) untersuchen das Zusammenwirken von konstitutionellen Faktoren, individuellem Erleben und Reifungsschritten sowie ihre Auswirkungen auf die Bildung intrapsychischer Strukturen und Funktionen. Es können daher keine generellen Aussagen über Traumatisierungen und ihre Auswirkungen auf den Entwicklungsprozess getroffen werden. Sie müssen im therapeutischen Prozess in ihrer individuellen Verschiedenheit verstanden werden.

### **9. Sprachlosigkeit und Symbolisierung:**

Durch Gewalterfahrungen können das Vertrauen in das gute innere Objekt sowie die Fähigkeit zu Symbolisierung und verbalem Ausdruck eingeschränkt oder sogar partiell zerstört werden. Dies kann bei Kindern ein Verlust von Kreativität, Phantasie und Spielfähigkeit bedeuten, der sich entwicklungshemmend auswirken kann. Darüber hinaus kann die Mitteilung des Erlebten beeinträchtigt sein, da das Vertrauen in ein empathisches, schützendes Gegenüber erschüttert ist.

Die Fähigkeit, etwas symbolisch in Bildern oder im Spiel darzustellen, wird durch Gewalterfahrungen oft eingeschränkt. Der sprachliche Ausdruck wird hart und affektlos, was häufig den Versuch, die Affekte von den Schilderungen entfernt zu halten, widerspiegelt. Die Sprache kann nicht mehr spielerisch benutzt werden oder sie spiegelt widersprüchliche Dinge wider. Im interkulturellen Kontext ist es daher hilfreich, sich die Metaphern, die uns gegenüber gebraucht werden, genau anzuschauen, sie zu diskutieren, zu problematisieren, neue Bilder zu suchen sie mit unseren eigenen zu vergleichen. Sie können ebenso wichtig werden wie die Assoziationen unserer Patienten, unsere eigenen Assoziationen in der therapeutischen Gegenübertragung und beiläufige, gleichzeitig ablaufende, Spielszenen während eines Gespräches.

In der Therapie geht es daher weniger um eine gemeinsame Sprache als um Symbolisierung, Verstehen von Bedeutung und Wiederherstellung von Kommunikation, um den Kontakt zu den eigenen Gefühlen, Phantasien und Bedürfnissen sowie zur Familie und Gesellschaft wiederherzustellen und Entwicklung zu ermöglichen.

Viele Flüchtlingskinder mußten die Erfahrung machen, daß die Realität zerstörerischer als ihre Phantasie war. Kam es zu einer Verquickung von Phantasie und Realität sind die Auswirkungen noch dramatischer. Ein kleiner afghanischer Junge, der zu uns in Behandlung kam, mußte in seiner Heimat miterleben, wie seine kleinere Schwester vor ihm die Tür aufmachte und von den Taliban getötet wurde. Phantasierte Todeswünsche, die durch die Eifersucht auf sie genährt wurden, schienen sich in diesem Moment zu verwirklichen, was quälende Schuldgefühle zur Folge hatte. Im Erstkontakt zeigte er sich verfolgt von seiner Angst, bestraft zu werden, sowie außerstande, diese traumatisierenden Erlebnisse irgendwie einzuordnen.

Durch Traumatisierungen wird der symbolische Raum beschädigt oder gar zerstört. Fonagy (1995) unterscheidet zwischen einem präreflexiven und einem psychologischen Selbst. Das präreflexive Selbst nimmt die unmittelbare Erfahrung, die mentale Vorgänge nicht in

Vorstellungen erfassen kann, auf, während das psychologische Selbst als innerer Beobachter des seelischen Lebens fungiert (Streek-Fischer, 1998). Durch Traumatisierungen geht der äußere und innere Spiel- bzw. Übergangsraum verloren. Die Realität war zerstörerischer als die Phantasien, in denen auch aggressive, destruktive oder sexuelle Inhalte zugelassen werden können. Die Unterscheidung zwischen Realität und Phantasie geht verloren (Ehlert & Lorke, 1988), archaische Todes- und Vernichtungängste sowie das Gefühl, vollkommen hilflos, ausgeliefert und ohnmächtig zu sein, überschwemmen das Individuum. Je früher und anhaltender der Übergangsraum angegriffen und zerstört wird, desto tiefgehender und weitreichender ist der Verlust der Symbolisierungsfähigkeit. Dieser Verlust wirkt sich auch auf die therapeutische Arbeit aus, da das Durcharbeiten der traumatisierenden Erfahrungen Symbolisierung voraussetzt und somit eine andere Arbeitsweise und –technik notwendig macht. Schwer traumatisierte Kinder sind in ihrem Denken und ihrer Sprache z.T. konkretistisch und nur begrenzt oder gar nicht in der Lage, im Bereich des Traumas zu denken (Garland, 1998). Trauma wird erlebt als ein Fremdkörper, ein Loch in der Seele (Kinston & Cohen, 1986), zu dem keine Verbindung besteht. Folge ist, dass das Trauma wiederholt oder an ihm, beispielsweise durch Identifizierung, festgehalten wird (vgl. Herman, 1993; Reemtsma, 1998). So entstehen z.B. pathologische Trauerprozesse, die den Betroffenen gefangen halten. Garland (1998) versteht vor diesem Hintergrund die „Flash Backs“ als einen gefühlten Verlust des Containers (Bion, 1997), ein konkretistische Erinnern. Die Möglichkeit, über etwas nachzudenken, anstatt es wiederzuerleben bzw. zu inszenieren, sowie die Unterscheidungsfähigkeit zwischen dem Ich und dem Ereignis geht verloren. Das Ich ist nicht mehr in der Lage, zwischen Signalangst und automatischer Angst bzw. Signifikanten und Signifikant (Küchenhoff, 1998) zu differenzieren. Können Erfahrungen nicht gedacht werden, entstehen isolierte Repräsentanzen, die entweder dem Ich als nicht zugehörig (dissoziiert) oder als bedrohlich erlebt und nach Außen projiziert werden.

In der Therapie geht es darum, unerträgliche Gefühle, Phantasien etc. des Patienten als Container aufzunehmen und in etwas umzuwandeln, das erinnert und über das nachgedacht werden kann. Wie die Mutter in frühen Jahren muss der Therapeut in der Behandlung wieder Zugang zu der symbolischen Welt schaffen (Kirshner, 1994). Durch eine vertrauensvolle und sichere Beziehung, innerhalb derer klare Grenzen geschaffen werden, kann langsam wieder eine Unterscheidung zwischen Phantasie und Realität getroffen werden. Küchenhoff schreibt, dass es in Lebenskrisen immer wieder einen personifizierten Repräsentanten geben muss, in diesem Fall der Therapeut, der die Repräsentationsstruktur aufbaut. Der Patient kann diese in

die eigene Struktur übernehmen und entpersonalisieren. Durch die Triangulierung ergibt sich die Möglichkeit zum Denken und zur Neuinterpretation von Erfahrungen.

### **10. Gegenübertragung:**

Die Behandlung von traumatisierten Flüchtlingskindern kann heftige Gegenübertragungsgefühle auslösen, die therapeutisches Handeln schwierig machen. Diepold (1998) beschreibt in diesem Zusammenhang Gefühle der inneren Leere, Überlastung, Müdigkeit, Verzweiflung, Angst, Verwirrung, Wut und Wünsche, das Kind loszuwerden. Ferner können Zweifel an der therapeutischen Identität, Schuldgefühle, Mitleid und der Wunsch, dem Kind eine korrigierende emotionale Erfahrung zu ermöglichen, entstehen. Die Anstrengung im therapeutischen Prozess besteht nach Diepold darin, das Leid des Kindes zu erfassen und durch die Sicherung eines klaren Rahmens einen Spielraum zu erschaffen, in dem u.a. mit Hilfe projektiver Identifizierungen das traumatische Geschehen wiederbelebt und in der Übertragungsbeziehung bearbeitet d.h. wieder gefühlt werden kann.

### **11. Kulturelle Fremdheit:**

In der Behandlung von Flüchtlingskindern und ihren Familien ist im Rahmen der erforderlichen transkulturellen Arbeitsweise von Bedeutung, sich Wissen über das Herkunftsland, die Kultur und politische Situation sowie spezifische Entwicklungslinien, Sozialisationsformen und Bewältigungsmuster anzueignen und in die Arbeit zu integrieren. Eine kritische Distanz zur eigenen Kultur, die Bereitschaft, sich auf eine fremde Kultur einzulassen, sowie die Berücksichtigung des Ineinanderwirkens von Heimat- und Exilkultur sind dafür Voraussetzung. Kulturspezifische Heilungs- oder Trauerrituale können die psychotherapeutische Arbeit sinnvoll unterstützen (Melzak, 1995). Der Psychologe Boia aus Mosambik (zit. nach Walter, 1995, S. 9) beschreibt einen Kindersoldaten, „der seine eigenen Eltern, gezwungen durch die Renamo, töten musste. Ein traditioneller Heiler nahm Kontakt mit den Eltern im Jenseits auf, die ihm Bußarbeiten auftrugen, um seine Schuld von sich zu werfen und die Vorfahren mit ihm zu versöhnen. Erst dann wurde der Junge wieder in seine Dorfgemeinschaft aufgenommen“. Deutlich wird an diesem Beispiel der Versuch, zu abgespaltenen Gefühlen wieder Zugang zu bekommen, die psychischen Verletzungen und Schuldgefühle ansatzweise zu reintegrieren und eine Wiedereingliederung in die Gesellschaft zu ermöglichen. Die Gemeinschaft spielt dabei nicht nur in der Heimat, sondern gerade auch im Exil eine entscheidende Rolle. Gerade minderjährige unbegleitete Flüchtlinge brauchen

den Halt und das Aufgehobensein in der „Peergroup“ sowie bei Erwachsenen, die aus der gleichen Kultur stammen.

In der Behandlung versuchen wir, kulturspezifische Ressourcen und Verarbeitungsmöglichkeiten soweit wie möglich einzubeziehen. Da das Eingebundensein in die Familie oder meistens sogar Großfamilie sehr stark ist, arbeiten wir häufig im familientherapeutischen Setting oder führen begleitende (Groß-) Familiengespräche.

Transkulturelles therapeutisches Arbeiten sollte nicht bedeuten, Experten für sämtliche Kulturen sein zu wollen. Wer mehrere aus dem gleichen Kulturkreis stammenden Patienten betreut, gewinnt aber zumeist rasch die Motivation, diesen tiefgreifender zu verstehen. Die meisten unserer Hamburger Patienten stammen derzeit aus Afghanistan, bzw, Iran, Ex-Jugoslawien und Westafrika. Bedeutsam ist eine ausreichende Klarheit und Bewusstheit bezüglich der eigenen kulturellen und religiösen Prägung und Identität sowie das eigene Wertesystem, verbunden mit der Fähigkeit diese im Sinne von Offenheit und Toleranz zu relativieren. Authentische Begegnung kann stattfinden, wenn die Bereitschaft zu gegenseitiger Wertschätzung mit Neugier und der Bereitschaft verbunden ist von- und miteinander zu lernen. Weiterhin ist transkulturelle Sensibilität und Symbolisierungsfähigkeit erforderlich, um eine Verständigung jenseits sprachlicher und kultureller Barrieren zu ermöglichen. Neben Mimik, Gestik und anderen non-verbalen Äußerungen ist dabei die Nutzung innerer Bilder sowie von Märchen und Mythen, Spiel, Gestaltungen und anderen nicht sprachlichen Ausdrucksformen hilfreich.