Traumasensible und diskriminierungskritische Arbeit mit flüchtenden Menschen

Ein Praxisleitfaden

BAfF
Bundesweite Arbeitsgemeinschaft
der psychosozialen Zentren
für Flüchtlinge und Folteropfer

Traumasensible und diskriminierungskritische Arbeit mit flüchtenden Menschen

Impressum

Herausgeberin:
Bundesweite Arbeitsgemeinschaftder Psychosozialen Zentren
für Flüchtlinge und Folteropfer – BAfF e.V.
Wilhelmstraße 115, 10963 Berlin
Telefon +49 (0) 30 – 31012463
E-Mail: info@baff-zentren.org
Web: www.baff-zentren.org

Copyright: BAfF e. V. 2024 (2. Auflage). Alle Rechte vorbehalten

Autor*innen: Lea Flory, Leo Teigler
Danke an alle Kolleg*innen, die ihre Expertise beigetragen haben.
Gestaltung & Satz: Anis Anaïs Looalian

Die Publikation kann über den Online-Shop der BAfF bestellt werden:
http://www.baff-zentren.org/veroeffentlichungen-der-baff/shop/

Diese Publikation wurde im Rahmen der Arbeit der Bundesinitiative zum Schutz von geflüchteten Menschen in Flüchtlingsunterkünften initiiert und vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) gefördert.

Gefördert vom:

Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

Die Veröffentlichung stellt keine Meinungsäußerung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) dar.

Inhalt

Ein Praxisleitfaden 1
Über die Publikation 4
Vorwort 6
1. Was sind psychosoziale Auswirkungen von Gewalt und Flucht? Was ist ein Trauma? Was ist eine Traumafolgestörung? 8
Arten von traumatischen Lebensereignissen 10
Traumafolgen und die "Übersetzung" in Diagnosen 12
Kritik an der Pathologisierung durch die Diagnose PTSD 16
Komplexe PTSD (CPTSD) 18
Dissoziation 19
Umgang mit Dissoziationen 20
Depressive Störungen 22
Suizidalität 22
Somatoforme (Schmerz-)Störungen 22
Substanzabhängigkeit 23
Verlauf und Auftreten von Traumafolgestörungen 23
Postmigrationsstressoren bei Geflüchteten in Deutschland 26
2. Wer hat Anspruch auf welche Behandlung? Was kann ich mir unter einer Traumatherapie vorstellen? 30
Wer ist wann leistungsberechtigt? 31
Barrieren im Zugang zu psychotherapeutischer Unterstützung 35
Was kann ich mir unter einer Traumatherapie vorstellen? 38
3. Wie kann ich stabilisieren und Reaktivierungen von traumatischen Situationen vermeiden? 42
Sicherheit und Orientierung 44
Haltung und „Kompetenzlosigkeitskompetenz" 47
Umgang mit und (Aus)Halten von traumatischen Inhalten 49
Stabilisieren und Ressourcenorientierung 53
Übungen 54
4. Was tun bei Gewaltvorfällen, Krisen und Suizidalität? 58
Vorgehen bei Gewaltvorfällen 59
Vorgehen bei Krisen 61
Vorgehen bei Suizidalität 63
5. Wie schütze ich mich selbst? 68
(Un-) Möglichkeit der Hilfe und ihre Folgen 71
Möglichkeiten der Selbstfürsorge 72
Balance zwischen Nähe und Distanz 72
Balance zwischen Macht und Ohnmacht 73
Wo sind meine Grenzen? 73
Motivation hinterfragen 75
Ressourcen suchen, finden und nutzen 76
Geteiltes Leid ist halbes Leid?! 76
Weiterführende Links 78
Bundesweite Hilfsangebote bei Krisen und Suizidalität 78
Kontaktadressen bei Krisen und Suizidalität für Kinder und Jugendliche 79
Psychosoziale, psychotherapeutische Angebote 79
Weitere Informationen und Beratungsstellen 80
(Mehrsprachige) Informationen zur psychischen Gesundheit 82
Sprachmittlungsdienste in Deutschland 84
Literaturverweise 86
Über die BAfF 91
Abbildungsverzeichnis 96

Über die Publikation

Bei vielen Fachkräften und ehrenamtlich Engagierten bestehen Fragen und Unsicherheiten bezüglich des Umgangs mit flüchtenden Personen, die potentiell traumatisierendes erlebt haben und erleben. Wie erkenne ich Traumasymptome? Gehört das überhaupt in meinen Aufgabenbereich und entspricht meiner Kompetenz? Darf über das Trauma gesprochen werden? Besteht die Gefahr einer Retraumatisierung? Welche äußeren Bedingungen brauchen traumatisierte und psychisch schwer belastete Geflüchtete? Welche Möglichkeiten der Traumatherapie gibt es für geflüchtete Menschen? Wie kann ich selbst stabilisierend agieren? Was mache ich in gewaltvollen Situationen oder wenn jemand suizidal scheint? Wie kann ich eigene Grenzen erkennen und mich auch um mich selbst kümmern?
Auf diese Fragen und mehr wird in der Neuauflage des Praxisleitfadens „Traumasensibler und empowernder Umgang mit Geflüchteten“ eingegangen.

Wir haben für die Neuauflage nicht nur die Veränderungen in der Gesetzeslage berücksichtigt, sondern haben an einigen Stellen auch inhaltlich und sprachlich nachgebessert. So drückt sich die Entwicklung von sprachlicher Sensibilität auch in dem leicht veränderten Titel der Neuauflage aus: „Traumasensible und diskriminierungskritische Arbeit mit flüchtenden Menschen“. Durch den Austausch des Empowermentbegriffs möchten wir unsere Perspektive als weiße Autor*innen ohne Fluchterfahrung deutlicher machen, eine Positionierung, die momentan noch mehrheitlich im sogenannten Hilfesystem vertreten ist. Wie wir an anderer Stelle ausführlich dargestellt haben (*vgl. Flory, Behrends, Teigler & Atasayi, 2020*), möchten wir den Empowerment-Begriff nur verwenden, wenn es sich um Unterstützung durch Menschen mit ähnlichen Erfahrungen handelt. Bei großen Asymmetrien möchten wir statt “empowernd” von “solidarisch” und “diskriminierungskritisch” sprechen. Der Begriff “flüchtend” soll verdeutlichen, dass für viele Klient*innen der Fluchtprozess und die damit verbundene Gewalt und Unsicherheit noch nicht vorbei ist, wenn sie in Deutschland angekommen sind. In dieser Publikation werden sowohl die Begriffe “flüchtend” als auch “geflüchtet” verwendet.

Grundsätzlich gilt: Alle flüchtenden Menschen haben das Recht auf eine menschenwürdige Unterbringung und Schutz vor Gewalt. Bund und Länder sind dazu verpflichtet, einen angemessenen und wirksamen Schutz sicherzustellen. In den Unterkünften braucht es daher sowohl ein Schutzkonzept vor Gewalt, als auch konkrete Leitlinien für die Mitarbeiter*innen, welche verdeutlichen, wie dieses umzusetzen ist.
Die Mindeststandards zum Schutz von geflüchteten Menschen in Flüchtlingsunterkünften, die in Kooperation des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und UNICEF gemeinsam mit vielen weiteren Partner*innen entstanden sind, gelten als Leitlinien für die Erstellung, Umsetzung und das Monitoring von einrichtungsinternen Schutzkonzepten vor Gewalt. Seit 2017 ist auch die Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e.V. (BAfF) Teil dieser Initiative. Durch die Zusammenarbeit mit weiteren Expert*innen im Bereich Trauma und Flucht konnte im Jahr 2017 ein Annex zur besonders vulnerablen Gruppe der Trauma- und Folteropfer erstellt werden, welcher mit zwei weiteren Annexen zu LSBTIQ*-Geflüchteten und Menschen mit Behinderung die Mindeststandards ergänzen wird. Weiterführende Informationen zur Initiative sind unter folgendem Link zu finden: *https://www.gewaltschutz-gu.de*

Die vorliegende Publikation wurde im Rahmen der Arbeit der Initiative zum Schutz von geflüchteten Menschen in Unterkünften initiiert und vom BMFSFJ gefördert. Dieser ergänzende Leitfaden soll Mitarbeitende von Unterkünften in ihrem Arbeitsalltag mit Überlebenden von Folter und anderen schweren Menschenrechtsverletzungen unterstützen. Das langjährige Fachwissen des Dachverbands BAfF und ihrer psychosozialen Zentren wird in diesem Leitfaden theoretisch fundiert und praxisnah dargestellt, um eine traumasensible und diskriminierungskritische Arbeit mit flüchtenden Menschen zu ermöglichen. Er umfasst Informationen und Handlungsvorschläge zu den Bereichen Trauma und Flucht, strukturelle Bedingungen der Psychotherapie mit geflüchteten Menschen, Umgang mit Traumasymptomen und Stabilisierung in Belastungssituationen, Selbstreflexion bezüglich der eigenen Position und Arbeit, Vorgehen bei Gewaltvorfällen, Krisen und Suizidalität, sowie Selbstfürsorge. Da die Auseinandersetzung mit diesen Themen für sämtliche Fachkräfte und Ehrenamtliche von Relevanz ist, welche mit potentiell traumatisierten Geflüchteten arbeiten, kann dieser Leitfaden auch für Arbeitskontexte außerhalb von Gemeinschaftsunterkünften empfohlen werden.

Vorwort

Unsere Gegenwart ist geprägt von einer Zunahme von Kriegen, staatlicher Repression, organisierter Gewalt wie Folter, Massenmord und anderen Menschenrechtsverletzungen. So viele Menschen, wie nie zuvor, sind zur Flucht aus Angst um ihr Leben gezwungen. Ein kleiner Teil von ihnen sucht Schutz in Europa und Deutschland.
Sie alle haben schwere traumatisierende Erfahrungen machen müssen: im Herkunftskontext, auf der Flucht – aber auch in der Aufnahmegesellschaft, die durch abwehrende Strukturen, Diskriminierung und Rassismus zu weiteren massiven Belastungen für schutzsuchende Menschen in Deutschland führt.
Auch die politische Gegenwart in Deutschland und Europa ist geprägt von einer noch stärkeren Abwehr von geflüchteten Menschen. Seit 2024 ist der massiv eingeschränkte Zugang für Geflüchtete zum Gesundheitssystem von eineinhalb Jahren auf drei Jahre verdoppelt worden. Auch die Abschiebepraxis wurde in den letzten Jahren immer weiter verschärft. Und die von Deutschland mitgetragenen Pläne eines gemeinsamen europäischen Asylsystems werden zu einer weiteren Entrechtung von schutzsuchenden Menschen führen und de facto das Menschenrecht auf Asyl abschaffen.
Die Abwesenheit von Sicherheit, von Gemeinschaft und Anerkennung der traumatisierenden Erfahrungen erschweren es Menschen, im Hier und Jetzt anzukommen.
Gleichzeitig engagieren sich tausende Menschen haupt- und ehrenamtlich für geflüchtete Schutzsuchende. Dieses Engagement ist heute wichtiger denn je, es ist die Grundlage eines guten Ankommens für Menschen, die vor allem Sicherheit, Gemeinschaft und Anerkennung brauchen: in der Unterbringung, in der aufenthaltsrechtlichen Situation, im gesellschaftlichen Alltag, für sich, für ihre Familien oder Freund*innen.
Durch psychosoziale Unterstützung können Betroffene stabilisiert werden, ihr Vertrauen zurückgewinnen und Möglichkeiten geschaffen werden, um sie bei der Rückkehr ins Leben zu unterstützen und gleiche Teilhabemöglichkeiten zu fördern.
Das Ziel ist es, einen Rahmen zu schaffen, in dem verletzte Integrität wiederhergestellt werden kann und sich Entrechtung und Entwürdigung entgegenzustellen. Der Heilungsprozess kann bei einigen Menschen ohne professionelle Hilfe erfolgen, während andere gezielte soziale oder integrative Unterstützung benötigen. Langfristige psychische Belastungen können eine professionelle Behandlung erfordern.
Dem solidarischen Engagement Haupt- und Ehrenamtlicher kommt dabei eine zentrale Rolle zu. Oft mangelt es jedoch an Kapazitäten, Netzwerken und Strukturen, um für flüchtende Menschen einen bedarfsgerechten Zugang zur psychosozialen und psychotherapeutischen Versorgung sicherzustellen.
Die politische Abwehr, die gesellschaftlichen Widerstände und die Gewalt gegen geflüchtete Menschen, die Zustände des Wartens im Asylverfahren, der verordneten Passivität und gleichzeitig abrupter nächtlicher Abschiebungen beschreiben die vielschichtige Realität, mit der viele Geflüchtete und ihre Unterstützer konfrontiert sind. Diese Umstände erzeugen Gefühle der Ohnmacht, Überforderung, Isolation und Hilflosigkeit.
Auch das Ausmaß und die Komplexität des menschlichen Leids können bei Unterstützenden Gefühle von Hilflosigkeit und Überforderung hervorrufen, was oft zu Verleugnung oder Abwehrreaktionen führt.
Es ist daher wichtig, nicht nur Verständnis und Mitgefühl in der Interaktion und in der unterstützenden Beziehung zu zeigen, sondern auch die Fähigkeit zur Abgrenzung zu entwickeln, um die eigenen Kräfte nicht zu überstrapazieren und Erschöpfung vorzubeugen. Aber wie geht man konkret vor? Wie kann stabilisierend und ressourcenorientiert gearbeitet werden? Wie können Reaktivierungen traumatischer Ereignisse vermieden und mit Traumafolgen umgegangen werden? Wo zieht man persönliche Grenzen? Und wie kann man sich selbst helfen und Energie schöpfen?
Dieser Praxisleitfaden bietet Antworten auf diese Fragen und praktische Unterstützung, soll zur Reflexion des eigenen Wirkens anregen und dabei helfen, schützende Räume für flüchtende Menschen zu schaffen oder aufrechtzuerhalten. Danke für Ihr so wichtiges Engagement für eine menschenwürdigere Gegenwart!

Lukas Welz

Geschäftsleitung der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF e. V.)

1.

Was sind psychosoziale Auswirkungen von Gewalt und Flucht?

Was ist ein Trauma?

Was ist eine Trauma-folgestörung?

Weltweit leben Millionen Menschen in Regionen, die von Unsicherheit, Gewalt und Katastrophen geprägt sind. Im Jahr 2023 waren so viele Menschen wie nie zuvor aus Angst um ihr Leben zur Flucht gezwungen, laut UNHCR 114 Millionen. Viele erleben schwere Menschenrechtsverletzungen, Folter oder Kriege, erfahren sexualisierte Gewalt oder werden Zeug*in davon, werden verfolgt oder vertrieben. Die meisten dieser Menschen suchen Schutz im eigenen Land oder in Nachbarländern, die oftmals politisch oder ökonomisch von großer Instabilität geprägt sind. Nur Wenige fliehen in Richtung Europa und noch weniger von ihnen schaffen den gefährlichen Weg.

Die Flucht ist stets verbunden mit dem Verlassen von Familien und sozialen Netzwerken sowie oftmals lebensgefährlichen Fluchtrouten. Viele Menschen bezahlen die Flucht mit ihrem Leben, verlieren Angehörige in der Wüste oder auf dem Mittelmeer. Politische Unterdrückung und kriegerische Handlungen haben häufig Auswirkungen auf die psychische Gesundheit der Überlebenden.

Diese Folgen von Gewalt auf die Psyche werden oftmals unter dem Begriff „Traumatisierung” zusammengefasst. Traumatisierung heißt, dass wir etwas erlebt haben, das uns hilflos und ohnmächtig gemacht hat. Dabei werden traumatische Lebensereignisse nach Dauer, Häufigkeit und Auslöser unterschieden.

Arten von traumatischen Lebensereignissen

Das Leben vieler Geflüchteter ist geprägt von einer ganzen Reihe an lang andauernden Bedrohungssituationen: Verfolgung, Morde und sexualisierte Gewalt gehörten für viele flüchtende Menschen zum Alltag – und sie ereignen sich in einer gesellschaftlichen Atmosphäre, in der nichts mehr sicher ist. Bei Menschen, die **über einen längeren Zeitraum** misshandelt wurden, Kriege miterlebten, mehrmals inhaftiert oder gar gefoltert wurden, umfasst das traumatische Erleben **mehrere Ereignisse, die sich häufen, wiederholen, länger andauern** und damit kumulativ wirksam werden.

Bei diesen Ereignissen, die von Menschen gemachte Gewalt darstellen (man-made disasters), wird von traumatischen Lebensereignissen nach dem Typ-II gesprochen.

man-made disaster

Typ-I-Traumata liegen vor, wenn eine Traumatisierung durch ein einzelnes, zeitlich begrenztes Ereignis ausgelöst wird. Kennzeichen dafür sind das einmalige, unerwartete, plötzliche, das „akzidentielle“ Auftreten, etwa wenn Menschen bei einem Verkehrsunfall nur knapp dem Tod entkommen sind, eine Naturkatastrophe oder auch eine einmalige Vergewaltigung überleben. Menschengemachte und beabsichtigte Gewalt, die darauf ausgerichtet ist, das Gegenüber zu erniedrigen bzw. bei Folter, die Persönlichkeit des Gegenübers zu zerstören, sind deutlich schwieriger zu verarbeiten. Sie bedeuten eine grundlegende Erschütterung des Vertrauens in die Welt und in andere Menschen. **Selbstzweifel, Gefühle der Unsicherheit, der permanenten Bedrohung, der Wertlosigkeit und der Schwäche** können auftauchen. Die Sicht auf die Welt kann sich ändern, so dass sie als feindselig, unberechenbar und chaotisch wahrgenommen wird. Die Überzeugung, dass die Welt verlässlich ist und das Leben einen Sinn hat, kann verloren gehen und es können Gefühle der Hilflosigkeit und des Ausgeliefertseins überwiegen. Die Wahrscheinlichkeit, dass ein traumatisches Ereignis nochmals eintritt, wird von den Betroffenen als hoch eingeschätzt.

Angst und Unsicherheit im Aufnahmeland

All die unmenschlichen und grausamen Erlebnisse vor, während und nach der Flucht verhindern im Ankunftsland den Aufbau eines „normalen“ Lebens. Denn auch wenn die initiale Gefahr und die traumatisierenden Erfahrungen „objektiv“ gesehen weit weg zu sein scheinen, werden viele Personen von den Erinnerungen immer wieder eingeholt. Nicht nur das eigene traumatische Erleben, auch die Todesangst um Angehörige, die in den Herkunftsländern und Kriegs- bzw. Verfolgungsgeschehen zurückbleiben mussten, belasten zusätzlich. Hinzu kommen prekäre Lebensbedingungen, wie die Unsicherheit über den Ausgang des Asylverfahrens oder über den Nachzug der Angehörigen, unsichere Lebensbedingungen und Diskriminierung (siehe „Postmigrationsstressoren bei Geflüchteten in Deutschland“ auf *Seite 26*).

Traumatische Erfahrungen, wie sie ein großer Teil der flüchtenden Menschen erlitten hat, sind starke Einflussfaktoren für die physische und psychische Gesundheit und unterscheiden sich oftmals in der Qualität (Intensität, Schwere und Brutalität) als auch hinsichtlich der Quantität (Wiederholung, Häufung und Dauer) von anderen traumatischen Erfahrungen. Bei einer repräsentativen Befragung in Deutschland gaben 87 % der Geflüchteten an, potenziell traumatisierende Ereignisse wie Krieg, Verfolgung oder Zwangsrekrutierung erlebt zu haben (vgl. Brücker et al., 2019). Internationale Studien weisen darauf hin, dass die **Rate der Erkrankung** nach einem traumatischen Erlebnis (hier Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung, PTSD) bei Geflüchteten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung **um etwa das Zehnfache erhöht** sein kann (Fazel, Wheeler, & Danesh, 2005). Inwiefern und zu welchem Zeitpunkt solche Erlebnisse zu einer Traumafolgestörung führen, hängt stark von den Lebensbedingungen nach der Flucht ab, etwa von der Unterbringungssituation und der sozialen sowie beruflichen Perspektive. Auch die Möglichkeiten einer umfassenden Rehabilitation spielen hier eine bedeutsame Rolle.

Prävalenz bzw. Häufigkeit von Erkrankungen

Studien zur Prävalenz psychischer Folgen von Gewalt und Menschenrechtsverletzungen unter geflüchteten Menschen zufolge sind rund 30 Prozent der geflüchteten Menschen von depressiven Erkrankungen oder einer posttraumatischen Belastungsstörung betroffen (Steel et al., 2009; Lindert et al., 2018; Blackmore et al., 2020). Dabei schwanken die Prävalenzen in den jeweils eingeschlossenen Studien jedoch deutlich. Die durchschnittliche 12-Monats-Prävalenz liegt in der Allgemeinbevölkerung in Deutschland bei zwei bis drei Prozent (Psychenet, 2022). Geflüchtete Kinder und Jugendliche tragen ein besonders hohes Risiko für Traumafolgestörungen. Hier zeigen Studien Prävalenzen für eine PTSD durchschnittlich von 42 Prozent und sogar 56,9 Prozent für afghanische Jugendliche (Solberg et al., 2020).

Die Zahlen zeigen aber auch: **Nicht jede geflüchtete Person ist traumatisiert oder leidet unter einer Traumafolgestörung!** Dies ist nicht nur von der Art, der Schwere und der Häufigkeit der traumatischen Erfahrung abhängig, sondern insbesondere von der Zeit danach, in der eigentlich die Verarbeitung der traumatischen Erfahrungen beginnen könnte.

Traumafolgestörungen bei Geflüchteten

Menschen, die Traumatisches erlebt haben, können sehr unterschiedlich auf diese psychische Belastung reagieren. In der klinischen Sprache wird dies in Form von **Symptomen** beschrieben und diese in einer **Diagnose** zusammengefasst.
Symptome sind Reste des nicht Verarbeiteten. Es sind Gefühle oder Reaktionsweisen, die in einer anderen Situation Sinn gemacht haben. Eine häufige psychische Reaktion auf Trauma ist die Entwicklung einer von verschiedenen Traumafolgestörungen. Unter diesem Oberbegriff können mehrere Symptome und Diagnosen gefasst werden:

- Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS bzw. PTSD)
- Dissoziation
- Depression
- Angst
- Persönlichkeitsveränderungen
- Substanzabhängigkeit
- Somatoforme (Schmerz-)Störungen
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen (darunter Herzinfarkt und Schlaganfall)
- Immunologische Erkrankungen (Asthma, Gelenkentzündungen, Ekzeme, ...)

Traumafolgestörungen treten häufig zeitgleich auf

Häufig treten auch mehrere Traumafolgestörungen gleichzeitig auf (Komorbidität) und überlagern sich. Eine Studie zeigte, dass bei etwa 88% der Patient*innen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung mindestens eine weitere psychische Störung vorliegt, bei 76% mindestens zwei weitere Störungen (Perkonigg, Kessler, Storz, & Wittchen, 2000).

Im nachfolgenden Kapitel wird auf die Kritik der klinischen Sichtweise und Diagnosestellung noch mehr eingegangen (*Seite 33*). Im Alltag in den Unterkünften, in der Schule o.ä. kommt es oftmals nicht dazu, dass Diagnosen gestellt werden können. Daher ist es neben den klinischen Diagnosen vor allem wichtig, die Symptome zu beschreiben und in den Blick zu nehmen.

Posttraumatische Belastungsstörung

Die Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung wird in Politik und Medien immer häufiger als die Diagnose benutzt, um das Leid von geflüchteten Menschen zu beschreiben. Um die Diagnose PTSD zu bekommen, muss die betroffene Person Ereignissen mit außergewöhnlichem oder katastrophenartigem Ausmaß ausgesetzt gewesen sein, die die Fähigkeit eines Menschen, diesen Stress zu bewältigen, übersteigen und bei fast jeder Person eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würden.

Wiedererleben traumatischer Situationen

Anzeichen einer PTSD sind, wenn Personen z.B. aufgrund von wiederkehrenden Erinnerungen an das Trauma nicht mehr oder nur noch schlecht schlafen können, schweißgebadet aus Albträumen aufwachen, sich aus Angst und Misstrauen vor ihren Mitmenschen zurückziehen und den Eindruck haben, ihre Gefühle und Reaktionen

nicht mehr so wie vorher kontrollieren zu können. Es kann zu innerem Chaos kommen und zu einer Überschwemmung mit Gefühlen und Bildern des Erlebten. Für Außenstehende ist dies oftmals gar nicht sichtbar und die Personen wirken in sich zurückgezogen, emotionslos, “roboterhaft” oder es kann zu impulsiven Durchbrüchen kommen. Manchmal können betroffene Personen trotz des traumatischen Erlebens gut durch ihren Alltag kommen und es wird ihnen das Erlebte nicht angemerkt.

Vermeidung von Reizen aus der traumatischen Situation

Gedanken, Gefühle, Orte, Situationen und Gespräche, die die Betroffenen an das traumatische Erlebnis erinnern, werden vermieden. Die traumatisierten Personen gehen all diesen Reizen aus dem Weg, manche ziehen sich zurück und schotten sich ab. Andere wiederum vermeiden es, alleine zu sein oder zur Ruhe zu kommen und versuchen sich abzulenken, um so das Aufkommen der traumatischen Situation zu vermeiden. Häufiges Anzeichen ist auch die sogenannte Gefühlstaubheit, d.h. der Eindruck entsteht, dass die Betroffenen nichts fühlen oder die eigenen Gefühle als unwirklich wahrnehmen und emotionale Abschottung, Freudlosigkeit, Teilnahmslosigkeit bis hin zur Entfremdung gegenüber der eigenen Familie und Freund*innen zeigen. Für Außenstehende wirkt dies oftmals so, als würde die betroffene Person alles „kalt lassen“ und gleichgültig sein.

Übererregung bzw. erhöhte körperliche Wachsamkeit

Traumatisierte Personen zeigen oftmals ein dauerhaft erhöhtes Stress- und Anspannungslevel. Die Erwartung möglicher neuer Gefahren bringt den Körper in einen Modus der ständigen Wachsamkeit und damit verbunden auch sehr starken Schreckhaftigkeit. Dies äußert sich in körperlicher Unruhe und Nervosität. Durch die erhöhte Anspannung schlafen die Personen meist sehr schlecht.
Schlafstörungen verstärken wiederum die erhöhte Reizbarkeit, die sich bei manchen Betroffenen auch in Wutausbrüchen und hoher Konfliktbereitschaft äußern kann. Auch die Konzentrationsfähigkeit ist bei diesen Personen oftmals sehr niedrig, was es den Personen erschwert, z.B. in Sprachkursen oder in der Schule den ganzen Tag dem Unterricht zu folgen.

Auswirkungen im Alltag

Diese Anzeichen haben massive Auswirkungen auf Beziehungen, Ausbildungschancen, aber auch enormen Einfluss auf die Anhörung im Asylverfahren. Trauma führt dazu, dass Erinnerungen nicht chronologisch, geordnet und detailliert im Gedächtnis gespeichert werden. Sie sind meist bruchstückhaft, fragmentiert und teilweise können wichtige Aspekte (Zeitpunkte, Namen oder genaue Daten) gar nicht erinnert werden, insbesondere unter Stresssituationen, wie sie die Anhörung beim Bundesamt für Migration und Flüchtlinge für die meisten Schutzsuchenden darstellt. Dies führt dazu, dass Aussagen oftmals nicht vollständig, detailreich, chronologisch und widerspruchsfrei erzählt werden können, was jedoch Kriterien der Glaubwürdigkeit sind.

Symptome der PTSD lassen sich also meist in drei Gruppen einordnen:

1) Wiedererleben

Unerwartetes, intensives Wiedererleben des/der traumatischen Ereignisse/s in Form von Bildern, filmartigen Szenen oder Albträumen, aber auch Körperempfindungen und Gerüchen (Flashback). Während der traumatischen Situation konnte keine Verarbeitung des Erlebten stattfinden, was im Nachhinein vom Körper immer wieder versucht wird. Häufig finden diese Versuche der Verarbeitung in Situationen statt, in der der Körper zur Ruhe kommt (Einschlafen, Albtraum, Aufwachen), aber auch am Tag können Flashbacks stattfinden oder durch sogenannte „Trigger“ oder auch Schlüsselreize ausgelöst werden, etwa durch Gerüche, Farben, Geräusche oder andere Reize die an die traumatische Situation erinnern. Diese Reize sind oftmals auch nicht bewusst mit der traumatisierenden Situation verbunden. Diese Flashbacks lösen unerwartet extreme Angst oder Dissoziationen aus. Die Erinnerung an das Erlebnis lässt die Personen sich ohnmächtig fühlen, sie können den Eindruck erhalten, das traumatisierende Erlebnis erneut durchleben zu müssen.

2) Vermeidung

Um ein Wiedererleben zu verhindern, werden belastende Erinnerungen, Reize, Aktivitäten, Gedanken oder Gefühle, die mit dem traumatischen Ereignis in Verbindung gebracht werden, bewusst oder unbewusst vermieden.

3) Übererregung

Im Zusammenhang mit dem traumatischen Ereignis manifestieren sich Veränderungen im Grad der Aktivierung (Arousal). Der Körper der betroffenen Personen steht in erhöhter Alarmbereitschaft und es wird ein andauerndes Gefühl vermittelt, in drohender Gefahr zu sein.

Triggerfaktoren in Unterkünften

Kritik an der Pathologisierung durch die Diagnose PTSD

Im Diskurs um Trauma bei Geflüchteten wird oftmals direkt von der „Posttraumatischen Belastungsstörung“ gesprochen. Diese Diagnose birgt jedoch auch Einschränkungen und Missverständnisse, die an dieser Stelle erläutert werden sollen.

Trauma wird zunehmend in der klinisch-naturwissenschaftlichen Perspektive auf die Prozesse im Gehirn reduziert, d.h. innerpsychische, neurobiologische Prozesse. Die Ursachen des Traumas werden als starker Stressreiz bezeichnet, der eine Überflutung durch Stresshormone nach sich zieht, mit denen die betroffene Person in der Situation nicht fertig wird. Mit der psychiatrischen Diagnose PTSD wird der betroffenen Person dann eine „Krankheit“ bzw. „Störung“ bescheinigt.

Was kann diese Sicht für Folgen haben bezüglich unserer Wahrnehmung von traumatischen Situationen und der traumatisierten Person? Gesellschaftliche Umstände, politische Gewalt und auch aktuelle prekäre Lebensumstände werden unsichtbar gemacht, wenn wir sie lediglich als Stressreiz beschreiben. Die geflüchtete, traumatisierte Person wird formal nicht mehr als Überlebende*r von Menschenrechtsverletzungen gesehen, sondern als kranker Mensch, der eine Reihe von Symptomen aufzeigt. Diese Kritik an pathologisierenden Interpretationen lässt sich nicht nur auf die Diagnose PTSD beziehen, wird in diesem Kontext aber besonders dringlich.

Denn mit der Diagnose wird zwar anerkannt, dass die erlittene Gewalt grausame Folgen auf die Psyche der betroffenen Person hat. Die Bearbeitung dieser Folgen – und eben auch ihres Ursprungs – wird jedoch auf das Individuum abgeschoben und gesellschaftliche Missstände werden privatisiert. Eine weitgehend unbenannte „Störung“ liegt in diesem Sinne eher auf der Seite der Täter*innen oder Verhältnisse vor (Bittenbinder & Patel, 2017). „Die Reaktion auf traumatisierende Gewalt ist angemessen, die Verhältnisse, die solche Gewalt zulassen, sind es nicht.“ (Brenssell & Weber, 2014, S.126).

Gleichzeitig sollte nicht außer Acht gelassen werden, dass die Benennung von Reaktionen auf traumatisierende Erlebnisse in klinischen Diagnosen dabei hilft, Ansprüche zur Behandlung oder auf Entschädigung geltend zu machen. Die Diagnose einer Traumafolgestörung kann also – neben der Stigmatisierung und Pathologisierung der Betroffenen – auch zu Entlastung führen, wenn sie dabei unterstützt, dass die betroffenen Personen selbst, aber auch ihre Mitmenschen, die ungewöhnlichen Reaktionen nach dem Trauma einordnen und benennen lernen.

Traumatisierte Personen sind also nicht „gestört“, denn unter Einbezug des traumatisierenden Kontexts wird deutlich, dass diese komplexen Reaktionen der Betroffenen angemessene Reaktionen auf massive Gewalt sind. Daher ist es für den traumasensiblen Umgang mit Geflüchteten unabdingbar, die sozialen und politischen Verhältnisse zu kennen und zu berücksichtigen, und sich nicht allein auf klinische Diagnosen zu beziehen.

Komplexe PTSD (CPTSD)

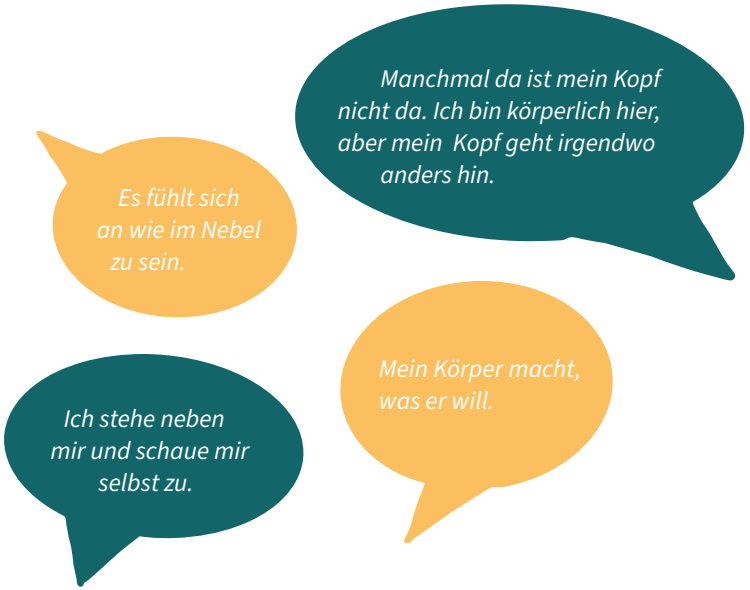
Seit wenigen Jahren gibt es die Neuerung die Diagnose PTSD zu erweitern, da die klinische Erfahrung zeigte, dass insbesondere die Folgen komplexer Traumatisierung im bisherigen Diagnosesystem nicht ausreichend abgebildet wurde.

Die CPTSD ist gekennzeichnet durch das Erleben von besonders schweren, langandauernden und sich wiederholenden traumatischen Ereignissen. Hierunter zählen die sogenannten Typ-II Traumata, z. B.: kriegerische Auseinandersetzungen, Folter oder andere Formen schwerer politischer und organisierter Gewalt (Schäfer et al., 2019). Neben den drei Kernsymptomen der klassischen PTSD (Wiedererinnerung, Vermeidung und Übererregung) umfasst die CPTSD drei weitere Symptomgruppen:

- anhaltende und tiefgreifende Probleme der Emotionsregulation (verstärkte emotionale Reaktivität, Affektverflachung, gewalttätige Durchbrüche),
- ein negatives Selbstkonzept (beeinträchtigte Selbstwahrnehmung wie die Überzeugung, minderwertig, unterlegen oder wertlos zu sein, Schuldgefühle, Schamgefühle)
- sowie Probleme in zwischenmenschlichen Beziehungen (Schwierigkeiten, nahe Beziehungen aufzubauen und aufrecht zu erhalten).

Die andauernden, langanhaltenden und multiplen traumatischen Erfahrungen von Geflüchteten nicht nur vor der Flucht, sondern auch während und nach der Flucht lassen sich nun adäquater diagnostisch abbilden. Ein entscheidender Fortschritt durch die Einführung der CPTSD ist die Berücksichtigung von Kontextfaktoren bei der Entstehung und Aufrechterhaltung einer PTSD. Damit ist es möglich, die von diskriminierenden Strukturen gekennzeichnete Lebenssituation von Geflüchteten – die maßgeblich beteiligt ist an der Aufrechterhaltung und Chronifizierung ihrer psychischen Belastungen – sichtbar und damit für den therapeutischen Prozess nutzbar zu machen. So kann eine individuelle Pathologisierung vermieden und stärker an einer Sensibilisierung für und Veränderung von diskriminierenden Strukturen gearbeitet werden.

Dissoziationen



Dissoziation bedeutet „Trennung“ oder „Auflösung“ der eigentlich zusammenhängenden Funktionen von u.a. Gedächtnis, Wahrnehmung und Motorik. Traumatisierte Menschen können während der belastenden Situation dissoziieren und treten somit aus der unausweichlichen Situation innerlich aus. Bei Dissoziationen als eine Art Schutzmechanismus kommt es u.a. zur Reduktion einströmender Reize, Empfindungslosigkeit sowie verzerrter Zeitwahrnehmung.

Es kann zum Entfremdungserleben oder zur Empfindung des Abgetrenntseins von der Umgebung – „es ist alles so sonderbar, so komisch, so fremd um mich herum“ – (Derealisation) oder des Selbst/ des eigenen Körpers – „ich bin nicht mehr ich“ – (Depersonalisation) kommen.

Betroffene Personen können sich im Nachhinein nur bruchstückhaft an das Erlebte erinnern, Erinnerungen vermischen sich und so kann es Betroffenen auch oft schwer fallen zu unterscheiden, ob Erinnerungen wahr sind oder nicht. Häufig ist auch, dass ein verändertes Zeiterleben (Zeitraffer– oder Zeitlupenphänomen) auftritt.

Nicht nur während sondern oftmals auch nach der traumatischen Situation kommt es dazu, dass Betroffene dissoziieren und plötzlich „wegtreten“, ins Leere blicken und nicht mehr auf andere Personen reagieren, wenn sie mit Schlüsselreizen (Triggern) konfrontiert werden bzw. wenn sie unter starkem Stress stehen (z.B. Anhörung beim BAMF oder anderen Behörden,...).

UMGANG MIT DISSOZIATION

Wenn Sie feststellen, dass Ihr Gegenüber auf Ihre Ansprache nicht mehr reagiert, verstummt und ins Leere blickt, ist es nicht egal, wie Sie reagieren. Unser Körper nimmt auch dann wahr, wenn wir nicht mehr ansprechbar sind. Es ist wichtig, schnell zu reagieren, damit die betroffene Person nicht zu tief in die traumatischen Erinnerungen abtaucht.

GENERELL GILT

Sie sollten die Person unterstützen, sich wieder in der Gegenwart zu orientieren und folgendes beachten:

- ☐ Ruhig, laut und deutlich sprechen
- ☐ Weniger fragend, sondern direktiv Vorgaben zu machen
- ☐ Zurückhaltend im Körperkontakt (ungewollte Berührung kann eine erneute Grenzverletzung sein)
- ☐ Nicht über die traumatische Situation/Sequenzen sprechen
- ☐ Stimuli bereithalten (Igelball o.ä.)
- ☐ Benennen Sie, was Sie selbst tun bzw. vorhaben zu tun

KONKRETES VORGEHEN WÄHREND DISSOZIATION

- ☐ Klare, ruhige und mehrmalige Ansprache der Person mit Namen
- ☐ Blickkontakt suchen und Person auffordern, ihn herzustellen
- ☐ Selbst aufstehen und betroffene Person auffordern, aufzustehen und sich zu bewegen (stampfen, laufen, ausschütteln, gemeinsam den Raum verlassen), z.B. die eigene Wahrnehmung der Füße beim Gehen beschreiben und betroffene Person fragen, wie sie ihre wahrnimmt
- ☐ Person auffordern, tief auszuatmen - selbst laut mitatmen!
- ☐ Person nach Ort und Tag fragen (leichte Fragen helfen bei der Orientierung im Hier und Jetzt)
- ☐ Person beschreiben lassen, was sie sieht, hört, riecht,... (oder für Fortgeschrittene: 5-4-3-2-1 Übung); beachten, dass nicht Wahrnehmungen im Inneren gefragt wird!
- ☐ Etwas zu trinken anbieten
- ☐ Starke Reize anbieten: Hände unter kaltes Wasser halten, Igelball kneten, saures/scharfes Kaugummi/Lutschbonbon anbieten

NACH DER DISSOZIATION

- ☐ Kontakt zur Person halten
- ☐ Orientierung geben
- ☐ Ort bzw. Thema wechseln
- ☐ Ruhe und Sicherheit ausstrahlen, „Hier und Jetzt ist alles in Ordnung“

Depressive Störungen

Weltweit leiden mindestens 20% der geflüchteten Personen unter den Symptomen einer Depression (vgl. Lindert, Ehrenstein, Priebe, Mielck, & Brähler, 2009). Zu Ursachen der depressiven Symptome zählen potenziell traumatische Erfahrungen, Auswegs- und Perspektivlosigkeit, die Unlösbarkeit von Problemen und keine Möglichkeit Trauer und Schmerz angemessen zu verarbeiten. Diese Symptome können insbesondere bei Personen, die ihr Herkunftsland verlassen mussten, während der Flucht und/oder nach der Ankunft in einem neuen Land verstärkt auftreten. Zu den typischen Symptomen einer Depression zählen des Weiteren (vgl. DSM-V): gedrückte Stimmung, Interessenverlust, Freudlosigkeit, Antriebs- und Energielosigkeit, innere Unruhe, erhöhte Ermüdbarkeit, Erschöpfung, Schlafstörungen, Konzentrationsschwierigkeiten, negative bzw. pessimistische Zukunftsperspektiven, vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Schuldgefühle, Wertlosigkeit, verminderter Appetit, und innerhalb einer stark ausgeprägten Depression auch Gedanken an den Tod und Suizidalität.

Suizidalität

Unter Suizidalität ist der Versuch, einen Suizid zu begehen, und der Gedanke an einen Suizid zu verstehen. In den meisten Fällen ist die Ursache für Suizidalität eine vorangegangene depressive – nicht behandelte – Erkrankung. Die betroffenen Personen können ihre traumatischen Erfahrungen und negativen Gedanken nicht verarbeiten und suchen den Suizid als Ausweg. Häufig fehlen den betroffenen Personen vertrauenswürdige Ansprechpartner*innen und somit soziale Bindungen. Für geflüchtete Personen sind die traumatischen und depressiven Erfahrungen oftmals nicht zu verarbeiten und Vertrauenspersonen in einem neuen Land fehlen, um sich Hilfe zu suchen. Mehr Informationen zum Vorgehen bei Suizidalität in Kapitel 4.

Somatoforme (Schmerz-)Störungen

Somatoforme Störungen sind physische Störungen, die verschiedene körperliche Beschwerden bei den betroffenen Personen auslösen, für die jedoch keine eindeutigen körperlichen Ursachen auszumachen sind. Symptome wie Schmerzen in verschiedenen Körperteilen (bspw. Kopf, Rücken, Schultern), Schwindel, Verdauungsbeschwerden, Herz- und Atemprobleme können ohne eine eindeutige (organ-) medizinische Erklärung bei den Betroffenen auftreten. Die Symptome können als Reaktion einer dauerhaften Anspannung der Muskeln und nicht genügend Blut-, Liquor- oder Plasmafluss im Körper auftreten. Des Weiteren können auch Körpererinnerungen, worunter die physische Verletzung von Schreckenssituationen und ein anhaltendes Schmerzsignal an der betroffenen Körperstelle verstanden wird, als Ursache für somatoforme Störungen dienen.

Substanzabhängigkeit

Eine der verschiedenen Folgeerkrankungen eines Traumas kann die Suchterkrankung sein. Der Versuch, sich selbst durch einen erhöhten Konsum von Alkohol und Substanzen zu betäuben, wird zunächst durch Verdrängung und Nicht-Verarbeitung der traumatischen Ursache als positiv von der betroffenen Person bewertet. Jedoch müssen der betroffenen Person bei einer Suchterkrankung dringend Alternativen zu selbstschädigenden Lösungsversuchen aufgezeigt werden und eine Behandlung wird notwendig, bevor weitere folgende Erkrankungen und Probleme entstehen.

Verlauf und Auftreten von Traumafolgestörungen

Im Zusammenhang mit der weit verbreiteten Beschreibung von Traumafolgestörungen mit dem Begriff der Posttraumatischen Belastungsstörung entsteht häufig der Eindruck, bei Traumatisierungen handele es sich immer um Ereignisse, die in der Vergangenheit liegen, die bei der betroffenen Personen unter Umständen eine psychische Belastungsreaktion auslösen und im Anschluss verarbeitet werden. Nach dem gängigen Diagnosemanual (ICD-10 bzw. ICD-11) müssen die Symptome der PTSD in der Regel innerhalb von sechs Monaten nach dem traumatischen Ereignis oder nach dem Ende einer Belastungsperiode auftreten (ein späterer Beginn ist jedoch möglich) und mindestens vier Wochen anhalten.

Das Trauma wird in der Konzeption der PTSD als einzelnes, herausgelöstes Ereignis – als konkreter Stressor – betrachtet, der einen Anfang und ein Ende hat, auf dessen Ende wiederum eine Reaktion folgt. Für Menschen, die langandauernde Gewalt erfahren haben, die überdies unauflöslich mit komplexen politischen und gesellschaftlichen Machtverhältnissen verwoben sind, erweist sich diese Traumakonzeption häufig als unzureichend (Becker, 2006; Brenssell & Weber, 2014).

In vielen Fällen brechen die Traumafolgestörungen bei Geflüchteten erst lange nach dem traumatischen Erlebnis auf, da andere Bedürfnisse, wie z.B. körperliche Erkrankung, Sicherheitsbedürfnis, sozioökonomische Bedürfnisse, Vorrang haben. Die Lebenssituation der Geflüchteten ist auch im Aufnahmeland noch von massivem akutem Stress gekennzeichnet. Viele wissen monate- bzw. jahrelang nicht, ob sie bleiben können oder wieder in eine Krisenregion zurück müssen, in der sie erneut der gleichen oder ähnlichen traumatisierenden Situationen ausgesetzt werden. Einige haben daher in dieser Situation nicht ausreichend Energie, um sich mit den traumatischen Erfahrungen, die zur Flucht geführt haben, auseinanderzusetzen und diese zu bearbeiten. Es kann daher durchaus sinnvoll sein, das Trauma für den Moment gut weggepackt zu haben und es auch erst mal nicht hervorzuholen. Denn das könnte es für die Betroffenen unmöglich machen, anzukommen, das Asylverfahren zu durchlaufen, die Kinder in der Schule unterzubringen, etc.

Ein wegweisendes Konzept für das Verständnis von Traumatisierungen bei Geflüchteten ist das der „Sequentiellen Traumatisierung“ von Hans Keilson (Keilson, 2005). Darunter wird Trauma nicht als ein einmaliger Vorgang verstanden, sondern als ein langer Prozess mit verschiedenen Phasen oder verschiedenen traumabezogenen Sequenzen.

Sequentielle Traumatisierung nach Keilson

Der Psychiater Hans Keilson (2005) führte eine systematische Langzeitstudie durch, bei der er die Auswirkungen der Verfolgungserfahrungen ehemaliger jüdischer Kriegswaisen aus den Niederlanden, die den Holocaust in Verstecken oder Pflegefamilien überlebt hatten, analysierte. Er identifizierte drei „Sequenzen“, die das Trauma dieser Kinder ausmachten:

Für diese durch man-made disaster zu Waisen gemachten Kinder war nicht nur die direkte Verfolgung, sondern auch die darauffolgende Sequenz der Wiedereingliederung von entscheidender Bedeutung. Diese dritte Sequenz wird von den Befragten als die schwierigste Zeit der extremen Belastungssituation beschrieben. Denn jene Kinder, die in der Nachkriegszeit unter relativ guten Bedingungen aufwuchsen, erwiesen sich als psychisch stabiler bzw. gesünder als diejenigen, die eine schwierige Nachkriegszeit (dritte Sequenz) nach einer (vergleichsweise) weniger schrecklichen zweiten Sequenz erlitten hatten. Die persönliche Belastungssituation der Überlebenden nahm also mit dem Ende der Verfolgungssituation keineswegs ein Ende.

Nach Keilson wird damit „Trauma als Prozess“ gesehen, wonach nicht mehr nur ein einzelnes traumatisches Ereignis, sondern eine Abfolge von Ereignissen betrachtet werden sollte. Für eine Bewältigung der Erlebnisse spielen insbesondere die Lebensbedingungen der Nachkriegszeit, und die damit verbundene Möglichkeit, die Traumatisierungskette zu durchbrechen, eine bedeutsame Rolle.

Postmigrationsstressoren bei Geflüchteten in Deutschland

Überträgt man die Erkenntnisse aus den Studien von Keilson auf die Situation der Geflüchteten, so ist die dritte Sequenz, d.h. in diesem Fall die Ankunft in Deutschland, für die Verarbeitung der traumatisierenden Erlebnisse und für die weitere Entwicklung ausschlaggebend. Es gibt jedoch zahlreiche Belastungs- bzw. Postmigrationsstressoren, die eine Stabilisierung nach Traumatisierungen erschweren. Wirken mehrere Postmigrationsstressoren zusammen, besteht außerdem ein erhöhtes Risiko für die Betroffenen, an einer Traumafolgestörung (z.B. PTSD oder Depression) zu erkranken (Nickerson, Bryant, Silove, & Steel, 2011).

Unsicherer Aufenthalt (meist über Jahre) als Stressfaktor

Unter diese Stressoren fallen zum einen die aufenthaltsrechtliche Unsicherheit oder die Androhung von Abschiebung. Der fehlende Aufenthaltsstatus und ein damit verbundenes Leben in Unsicherheit haben einen deutlichen Einfluss auf den Gesundheitszustand der Klient*innen (Jannesari et al. 2020; Li et al. 2016, Grochtdreis et al. 2020; Walther et al. 2020b). Je länger ein Asylverfahren dauert, desto höher ist auch die Auftretenswahrscheinlichkeit von psychischen Störungen und körperlichen Gesundheitsproblemen (Laban et al. 2004, Comtesse und Rosner 2019, Nutsch und Bozorgmehr 2020; Winkler et al. 2019). Hinzu kommt, dass temporäre Aufenthaltstitel (z.B. Duldung) mit einem erhöhten Risiko posttraumatischer Belastungsstörungen, Depressionen oder Angststörungen verbunden ist (Li et al. 2016; Hajak et al. 2021). Je kürzer der Aufenthaltstitel gilt, desto eher steigt die psychische Belastung (Grochtdreis et al. 2022; Walther et al. 2020a; Walther et al. 2020b).

Termine bei Ämtern als starke Stressoren

Auch der Kontakt zu und Termine bei Ämtern, wie dem Sozialamt oder der Ausländerbehörde und die Anhörung beim Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF), setzen viele Geflüchtete stark unter Stress (Heeren u. a., 2012; Schock, Rosner, & Knaevelsrud, 2015). Ein weiterer großer Einflussfaktor auf die psychische Gesundheit stellt der Zugang zu einer beruflichen Beschäftigung dar (Jannesari et al. 2020; Li et al. 2016; Porter und Haslam 2005). Es konnte eine höhere Wahrscheinlichkeit für eine posttraumatische Belastungsstörung (von Haumeder et al. 2019) und ein bis zu zweifach erhöhtes Risiko einer Depression (Nutsch und Bozorgmehr 2020) mit Arbeitslosigkeit und Unterbeschäftigung in Verbindung gebracht werden. Weitere Postmigrationsstressoren sind Rassismus sowie andere Diskriminierungs- und Gewalterfahrungen oder Probleme bei der Familienzusammenführung und die z.T. damit verbundene Sorge um die Angehörigen und Schuldgefühle, weil sie aus dem Exil nicht ausreichend unterstützt werden können (Laban u. a., 2005).

Mittlerweile können Studien auch deutlich zeigen, dass Rassismuserfahrungen traumatisierenden wirken können (Sequeira, 2015; Paradies et al., 2015). Die Verinnerlichung negativer Zuschreibungen, eine ständige Vorsicht und der eingeschränkte Zugang zu Ressourcen sind gesundheitsschädlich, insbesondere, wenn Menschen bereits durch menschengemachte Gewalt traumatisiert wurden (Kirmes & Barwinski, 2020).

Fehlende Selbstbestimmung führt zu Stress und Belastung

Zudem sind die Lebensbedingungen in den Unterkünften oftmals durch stark beengte Wohnverhältnisse ohne Privatsphäre und wenig Schutz für besonders schutzbedürftige Geflüchtete geprägt, sodass das Gefühl von Sicherheit nicht ausreichend eintreten kann. In mehreren Studien konnte gezeigt werden, dass diese Form der Unterbringung verbunden mit hohem Lärmpegel, Enge und mangelnden Rückzugsmöglichkeiten, einen negativen Einfluss auf die gesundheitliche Situation hat (Gewalt et al. 2019, Mohsenpour et al. 2021, Ziersch und Due, 2018). Auch fehlende Selbstbestimmung und mangelnde Möglichkeiten zur Alltagsstrukturierung, wie das Fehlen von sinnstiftenden Tätigkeiten und Anerkennung, führen zu andauerndem Stress und Belastungen. Ebenso wie die baulichen Bedingungen in den Unterkünften oftmals eher zu erhöhtem Stress führen und eine Verarbeitung des Erlebten erschweren. Für eine Stabilisierung nach dem Erlebten braucht es Ruhe und Privatsphäre. Kleinere bzw. private Unterkünfte sind auch wie Studien zeigen mit einem besseren psychischen Gesundheitszustand verbunden (Porter und Haslam 2005, Dudek et al. 2022).

Die Forderung der BAfF ist daher die Abschaffung von krankheitsfördernder Exkludierung und Isolation von Geflüchteten durch Unterbringung in systematisch abgeschlossenen Einrichtungen während des Asylverfahrens. Die besonderen Bedürfnisse vulnerabler Asylsu-

chender und damit verbunden der freie Zugang zu den Strukturen der gesundheitlichen Versorgung müssen sichergestellt werden und dürfen sich nicht auf die medizinische Versorgung in den Unterkünften beschränken.

Ebenso wie Stress- bzw. Risikofaktoren existieren jedoch auch Schutzfaktoren, wie z.B. angemessene Unterbringung in Wohnungen, familiäre Beziehungen, soziale Unterstützung, Zugang zum Bildungswesen und damit verbunden Zukunftsperspektiven. Bedingungen, die eine Wiederherstellung und Stärkung von Sicherheit, Bindung, Gerechtigkeit und Identität ermöglichen, zählen zu diesen schützenden Einflussfaktoren.

Teilhabe und Inklusion als Schutzfaktoren

Äußere Sicherheit durch einen festen Aufenthaltsstatus und die damit verbundenen Veränderungen in der Lebenssituation haben einen maßgeblichen Einfluss auf die Teilhabe der Menschen in der Aufnahmegesellschaft. Teilhabe und Inklusion schützen vor psychischer Erkrankung. Sie ermöglichen, der Erfahrung von Folter, Gewalt, Verlust und Zerstörung, des Ausgeliefertseins und der Ohnmacht etwas entgegenzusetzen und neue Lebens- und Zukunftsperspektiven zu entwickeln. Die gesellschaftlichen und politischen Verhältnisse, die die Geflüchteten umgeben und die durch unsere Gesellschaft maßgeblich gestaltbar sind, können nicht mehr ausgeklammert werden und spielen eine Schlüsselrolle für die Genesung und das Wohlergehen der Betroffenen.

strukturell-institutionelle Belastungen	individuelle Belastungen	besondere Belastungen für psychisch belastete Geflüchtete
unsicherer Aufenthalt	Fluchtgeschichte	traumatisches Erleben
drohende Abschiebung	Schuldgefühle	sich aufdrängende Erinnerungen an traumatische Erlebnisse
inadäquate Unterbringung (z. B. in Massenunterkünften)	Identitätsdiffusion	anhaltendes Gefühl von Kontrollverlust
soziale Isolation	Leistungsdruck	permanente Anspannung & erhöhte Wachsamkeit
Trennung/Verlust von Freund*innen und Familie, Probleme beim Familiennachzug	Erwartungen/Aufträge der Familie	Konzentrationsschwierigkeiten
Bildungsabbrüche	Sorgen um die Familie	Schlafstörungen
Probleme bei der Arbeitssuche	Zukunftsängste	sozialer Rückzug
Finanzielle Unsicherheit	Sprachprobleme	Schwierigkeiten, Vertrauen aufzubauen und neue Beziehungen zu knüpfen
Diskriminierungserfahrungen		Scham- und Schuldgefühle
Barrieren im Zugang zur Gesundheitsversorgung		Warten auf adäquate Behandlung

Strukturell-institutionelle und individuelle Postmigrationsstressoren

2.

Wer hat Anspruch auf welche Behandlung?

Was kann ich mir unter einer Traumatherapie vorstellen?

Wer ist wann leistungsberechtigt?

Im europäischen Recht findet sich die Verpflichtung Deutschlands, für die Gesundheit von Schutzsuchenden Sorge zu tragen. Die EU-Aufnahmerichtlinie verpflichtet alle Mitgliedsstaaten, zu prüfen, ob Asylsuchende besondere Bedürfnisse haben, aus denen sich Ansprüche auf besondere Unterstützung ergeben.
Zu den besonders schutzbedürftigen Personengruppen gehören nach Art. 21 der Richtlinie u.a. Personen mit „schweren körperlichen Krankheiten" oder „psychischen Erkrankungen" (weitere Informationen siehe Themenblock: Besondere Schutzbedarfe).

Die besonderen Bedürfnisse dieser Personen müssen während der Aufnahme berücksichtigt werden. Dazu zählt die Gewährleistung einer erforderlichen medizinischen Versorgung, einschließlich einer geeigneten psychologischen Betreuung.

Fachverbände wie die BAfF, die Bundespsychotherapeutenkammer oder der Deutsche Ärztetag mahnen jedoch gravierende Mängel in der Umsetzung dieser Verpflichtungen an. Mehr dazu in den Versorgungsberichten der BAfF: *https://www.baff-zentren.org/publikationen/versorgungsberichte-der-baff/*

Innerhalb der ersten 36 Monate des Aufenthaltes in Deutschland erhalten Menschen im Asylverfahren, wie andere Menschen mit prekarisiertem Aufenthaltsstatus, im Gesundheitsbereich lediglich Leistungen nach den §§ 4 und 6 AsylbLG. Ausnahmen von dem Ausschluss könnten nur im Fall einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung (Voraussetzung wäre eine Arbeitserlaubnis), Pflichtversicherung bei betrieblicher Ausbildung oder im Studium sowie über einem Anspruch als Familienangehöriger einer gesetzlich versicherten Person, also in der Familienversicherung, bestehen.

Im Regelfall, also bei einer Versorgung über § 4 AsylbLG, haben Asylsuchende nur einen eingeschränkten Anspruch auf Gesundheitsleistungen. Sie können nur dann einen Kostenübernahmeanspruch bei den Sozialämtern geltend machen, wenn es sich um eine „erforderliche" Behandlung **„akuter Erkrankungen und Schmerzzustände"** handelt.

Darüber hinaus können nach § 6 AsylbLG Leistungen abgerechnet werden, wenn sie „im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhalts

Themenblock: Besondere Schutzbedarfe

Im Gemeinsamen Europäischen Asylsystem (GEAS) wurde durch die Aufnahmerichtlinie (AufnRL) und Verfahrensrichtlinie (VerfRL) das Konzept der besonderen Schutzbedarfe eingeführt. Aufgrund der GEAS-Reform stehen Neuerungen der Gesetzestexte bevor. Für die Umsetzung der AufnRL neue Fassung (n.F.) hat Deutschland 2 Jahre Zeit.

Es wird eine Reihe von Personengruppen benannt, die aufgrund verschiedener Faktoren und Merkmale ein höheres Risiko der Ausgrenzung, der (erneuten) Gewalterfahrung und/oder Beeinträchtigung im Asylverfahren zu erwarten haben. Diese Geflüchteten haben Anspruch auf spezielle Verfahrensgarantien im Asylverfahren, um einen gleichberechtigten Zugang zum Recht sicherzustellen. Außerdem haben sie Anspruch darauf, dass ihre besonderen Bedarfe in Bezug auf Unterbringung, Sozialleistungen und medizinische Versorgung identifiziert und sichergestellt werden.

Als besonders schutzbedürftig werden in der Aufnahmerichtlinie bisher folgende Gruppen explizit aufgeführt:

- (unbegleitete) Minderjährige
- Menschen mit Behinderungen
- ältere Menschen
- Schwangere
- Alleinerziehende mit minderjährigen Kindern
- Betroffene von Menschenhandel
- Personen mit schweren körperlichen Erkrankungen
- Personen mit psychischen Erkrankungen
- Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexualisierter Gewalt überlebt haben, wie zum Beispiel Betroffene von weiblicher Genitalbeschneidung/-verstümmelung (Art. 21 AufnahmeRL bzw. Art. 24 AufnahmeRL n.F.).

LSBTI* Geflüchtete wurden in dieser (nicht abschließenden) Aufzählung nicht explizit genannt, werden aber nach Auffassung sowohl der Bundesregierung als auch von Nichtregierungsorganisationen und Interessenvertretungen als eine besonders vulnerable Gruppe mit spezifischen Bedarfen im Asylverfahren und in der Unterbringung verstanden. Mit der GEAS-Reform wurden LSBTI* Personen in die Liste mit aufgenommen.

oder der Gesundheit unerlässlich“ sind. Diese „Kann“-Formulierung bedeutet, dass Asylsuchenden diese Leistungen nicht wie allen Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zustehen, sondern dass die Bewilligung der Leistungen im **Ermessen** der zuständigen Sozialbehörde liegt.

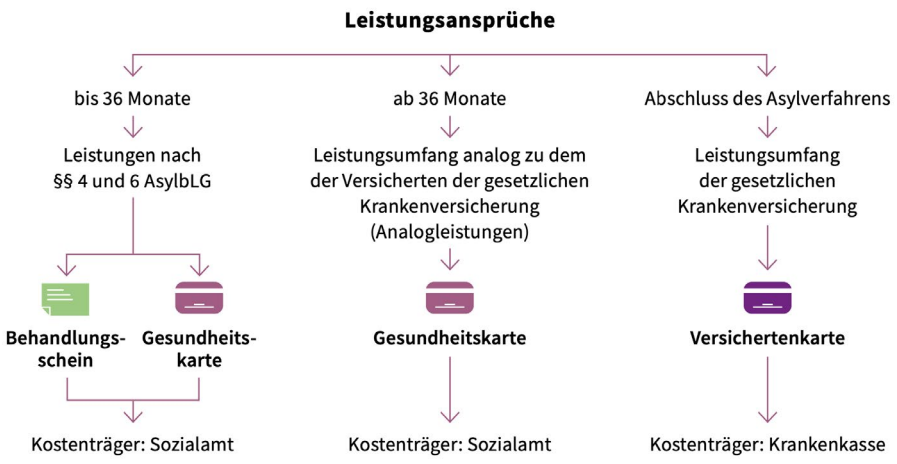
Abhängig von den Vereinbarungen der einzelnen Bundesländer oder auch Kommunen mit Krankenkassen erhalten die betroffenen Personen entweder einen Krankenschein, der meist drei Monate Gültigkeit besitzt, oder eine elektronische Gesundheitskarte.

Auch in den ersten 36 Monaten mit eingeschränkter medizinischer Versorgung haben Schutzsuchende einen Anspruch auf die nötige medizinische und psychotherapeutische Behandlung, wenn sie zur Gruppe der besonders Schutzbedürftigen gehören. Das behördliche Ermessen in § 6 Absatz 1 AsylbLG für die von der Aufnahmerichtlinie erfassten Fallgruppen ist aufgrund europarechtskonformer Auslegung auf Null reduziert. Die Behörde hat also kein Ermessen, psychotherapeutische Behandlungen mit Verweis auf die eingeschränkte Versorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz abzulehnen, wenn es sich um besonders schutzbedürftige Geflüchtete handelt.

Nach 36 Monaten ihres Aufenthalts besteht auch für Menschen im Asylverfahren ein Anspruch auf einen Leistungsumfang entsprechend dem der GKV-Versicherten. Die Abrechnung der Behandlung erfolgt dann nicht mehr über Krankenscheine, sondern mit der elektronischen Gesundheitskarte über die GKV. Die Kosten werden weiterhin vom Sozialamt getragen und die Personen werden nicht Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung.

Mehr dazu unter: *http://gesundheit-gefluechtete.info/*

Für mehr Informationen zum Umgang mit besonderen Schutzbedarfen in Unterkünften siehe Toolbox Besondere Schutzbedarfe unter *https://www.baff-zentren.org/publikationen/toolbox-schutzbedarfe/*



Leistungen vor und nach dem 36. Monat und nach der Anerkennung

Video für Geflüchtete: Das deutsche Gesundheitssystem

In Deutschland können sich alle Menschen unabhängig ihrer Herkunft kostenlos bei Ärzt*innen oder Therapeut*innen behandeln lassen. Mit welchen Erkrankungen sich Geflüchtete behandeln lassen können und welche Behörde dafür bezahlt, hängt vom Aufenthaltsstatus ab. Welche Erkrankungen behandelt werden und welche Behörde dafür bezahlt, hängt jedoch vom Aufenthaltstitel ab. Je nach Bundesland ist der Antrag auf Finanzierung einer Behandlung unterschiedlich geregelt. Die BAfF hat in einem Video für Geflüchtete erklärt, welche Rechte auf Gesundheitsversorgung es gibt und was man tun kann, um eine Psychotherapie bezahlt zu bekommen.

Der Erklärfilm hat Untertitel in Englisch, Französisch, Arabisch, Farsi und Russisch.
Das Video ist abrufbar unter: *http://www.baff-zentren.org/videos/*

Barrieren im Zugang zu psychotherapeutischer Unterstützung

Geflüchtete, die psychotherapeutische Unterstützung benötigen, treffen auf ihrem Weg zur therapeutischen Behandlung auf eine Reihe von Barrieren. Manche müssen einen regelrechten Marathon durch Arzt*innenpraxen und Kliniken, zu psychiatrischen Ambulanzen und Psychosozialen Behandlungszentren laufen.

Vor allem strukturelle Barrieren behindern die Betroffenen bei der Inanspruchnahme professioneller psychosozialer Unterstützung – etwa die Bewilligungspraxis der Leistungsträger (Sozialamt, Krankenkassen, Jugendamt), begrenzte Behandlungsressourcen, Beschränkungen der Autonomie und Bewegungsfreiheit durch migrationsrechtliche Regelungen, sowie die eingeschränkte Erreichbarkeit von Behandlungsangeboten. Für viele erkrankte Geflüchtete bedeutet der eingeschränkte Behandlungsanspruch nach Asylbewerberleistungsgesetz, dass sie bei gesundheitlichen Beschwerden nicht direkt eine*n Ärzt*in konsultieren können. Durch langwierige bürokratische Prüfungsverfahren werden Behandlungen oft verschleppt oder erst sehr verzögert ermöglicht. Psychotherapien werden häufig trotz medizinischer Indikation abgelehnt. Werden notwendige Behandlungen gar nicht bewilligt, kann dies die Chronifizierung von körperlichen wie auch psychischen Krankheiten und nicht wiedergutzumachende Folgeschäden nach sich ziehen.

Aktuelle Zahlen zu strukturellen Barrieren im Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung sind in den jährlichen Versorgungsberichten der BAfF e.V. zu finden: *https://www.baff-zentren.org/publikationen/versorgungsberichte-der-baff/*

Neben den strukturellen Barrieren gibt es auch noch Hürden im Bereich der Kommunikation und Interaktion, die den Zugang zu bedarfsgerechten Angeboten einschränken. In den allermeisten Fällen sprechen geflüchtete Personen und Behandler*innen verschiedene Erstsprachen. Wenn Kommunikation in einer gemeinsamen aber nicht priorisierten Sprache wie Englisch oder Französisch möglich ist, erfolgt sie oft nur sehr rudimentär auf einem insbesondere für

eine Psychotherapie nicht ausreichenden Niveau. Hier braucht es eine Sprachmittlung.

Psychotherapien mit Sprachmittler*innen bei traumatisierten Geflüchteten sind genauso wirksam, wie Psychotherapien, in denen keine Sprachmittlung benötigt wird. In der Praxis sind jedoch häufig keine für das psychotherapeutische Setting geschulte Sprachmittler*innen verfügbar oder die Abrechnung der Sprachmittlungskosten ist nicht möglich. Vor allem im stationären Kontext in Kliniken werden deshalb noch immer häufig ungeschulte Laien- oder Ad-hoc-Sprachmittler*innen zu Hilfe gezogen: fachfremdes Personal oder auch mitgebrachte Bekannte und allzu oft auch die Kinder der Betroffenen (Führer et al., 2020). Dies allerdings erhöht das Risiko für Fehlbehandlungen enorm oder es werden nahestehende (angehörige) Personen durch das Übersetzen sehr belastender Inhalte überfordert und selbst belastet oder auch Details von Traumatisierungen, z.B. sexualisierter Gewaltvorfälle, werden aus Scham nicht erwähnt.

Sprachmittler*innen können aber nicht nur bei sprachlichen, sondern auch bei kulturellen Barrieren unterstützen und sind oftmals neben Sprach- auch Kulturmittler*innen.

Offenheit und „Nicht-Wissen“ in der transkulturellen Begegnung

Diese kulturellen Barrieren (oder als solche interpretierte) lassen sich überwinden durch das Sich-Bewusstmachen, dass das eigene Wissen und die eigene Erfahrung im interkulturellen Kontext nur eingeschränkt tauglich sind. Eine Haltung des „Nicht-Wissens“ und daher „Erfragen-Müssens“ entlastet. So kann vermieden werden, die unerreichbare Rolle des*der Expert*in für Kultur und Sprache anzunehmen. Wissen und Informationen sind hilfreich, können aber auch dazu verleiten, vermeintlich bewährte Kategorien und Vorgehensweisen zu ausschließlich anzuwenden. Durch die Vermittlung von Offenheit, Wertschätzung und Respekt entsteht der Raum für einen gemeinsamen Verstehens- und Heilungsprozess (siehe „Haltung und „Kompetenzlosigkeitskompetenz““ auf *Seite 48*).

Video für Fachkräfte:
Beratung und Therapie mit Geflüchteten.
Arbeit mit Sprachmittlung

Professionelle Sprachmittlung ist für die Arbeit mit Geflüchteten in Beratungsstellen, Krankenhäusern, psychotherapeutischen oder ärztlichen Praxen unerlässlich. Die Arbeit mit Sprachmittlung bringt neben der sprachlichen Verständigung auch weitere Vorteile mit sich.

Die BAfF erklärt in einem Video, welche Regeln beachtet werden müssen, damit eine Therapie zu dritt gut funktioniert.

Das Video ist abrufbar unter: *http://www.baff-zentren.org/videos/*

Sprachmittlung gehört in der Beratung und Therapie in den Psychosozialen Zentren zum Alltag. Die Leitlinien enthalten die Standards, wie Sprachmittlung in den BAfF-Mitgliedszentren praktiziert wird. Darüber hinaus geht es um gemeinsame Mindestanforderungen und orientierende Empfehlungen an Therapeut*innen, Berater*innen und Sprachmittelnde in der dolmetscher-gestützten Beratung und Therapie.

BAfF- Leitlinien für Beratung und Therapie mit qualifizierter Sprachmittlung: *https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2022/11/BAfF-Leitlinien-fuer-SpM-in-den-PSZ_Beschlussversion_abgestimmt_MV2022.pdf*

BAfF-Arbeitshilfe zur Finanzierung von Sprachmittlungskosten für Geflüchtete (Stand 2021) und Musterantrag für die Beantragung zu finden unter: *https://www.baff-zentren.org/themen/therapie-beratung/hintergrund-therapie-beratung/sprachmittlung/*

Weiterführende Literatur: Schriefers, S. & Hadzic, E. (Hrsg.): Sprachmittlung in Psychotherapie und Beratung mit geflüchteten Menschen. Wege zur transkulturellen Verständigung.

Was kann ich mir unter einer Traumatherapie vorstellen?

Wenn Symptome vorliegen, die auf eine Traumafolgestörung hindeuten und auch nach mehreren Wochen nicht rückläufig sind, so sollte eine psychotherapeutische Behandlung in Betracht gezogen werden. Die Behandlung von Traumafolgestörungen ist unerlässlich, damit diese nicht chronisch werden. Psychotherapie bei Traumafolgestörungen gilt als die Behandlungsmethode erster Wahl, eine medikamentöse Behandlung hingegen ist als alleinige Therapie etwa von PTSD nicht wirksam. Sie kann zur Behandlung von z.B. Schlafstörungen und zur Reduktion innerer Anspannung angewandt werden, ersetzt jedoch nicht die traumaspezifische Psychotherapie (Flatten u. a., 2011).

Die Therapie sollte zudem die größtmögliche Selbstbestimmung über den Bearbeitungsprozess einhalten, um eine Wiederholung von Erfahrungen der Fremdbestimmung und Ohnmacht zu verhindern (Brenssell & Weber, 2014).

In der Praxis wird deutlich, dass nicht alles „verarbeitet“ werden kann. Menschenrechtsverletzungen und Folter sind erniedrigende Erfahrungen mit Folgen, die die Zeit nicht heilen kann. Für viele Menschen wird es immer Situationen geben, in denen sie an diese Erlebnisse in einer sie beeinträchtigenden Weise erinnert werden.

- **Traumatherapie besteht in der Regel aus drei Phasen:**
  1) **Abklärung der Stabilität und ggf. Stabilisierung,**
  2) **Traumabearbeitung und**
  3) **Psychosoziale Reintegration.**

Die körperliche, soziale und psychische Stabilisierung der Betroffenen, d.h. die Herstellung von innerer und äußerer Sicherheit, ist ein zentraler Schritt bei der Bearbeitung eines Traumas (Reddemann, 2006). Durch die Stabilisierungs- und Ressourcenarbeit sollen Betroffene für den Umgang mit traumabezogenen Symptomen ihr Handwerkszeug (wieder)erlernen.

Bei der Traumabearbeitung werden die traumatischen Situationen kontrolliert durchlebt und die fragmentierten Erinnerungen, Gefühle, Körperempfindungen und Gedanken zum traumatischen Ereignis zusammengeführt. Eine Traumabearbeitung sollte nur bei ausreichender Stabilität und mit der Einwilligung der Betroffenen durchgeführt werden. Zu frühe Konfrontation mit den traumatischen Ereignissen ohne ausreichende Stabilisierung kann zu Destabilisierung und psychischem Zusammenbruch führen.

Eine Traumabearbeitung ist nicht immer (sofort) sinnvoll

Zur Wiederherstellung von psychischer Stabilität und Integrität und zur Verarbeitung traumatischer Erlebnisse sind die emotionale und gesellschaftliche Unterstützung der Betroffenen von großer Bedeutung (siehe „Sequentielle Traumatisierung nach Keilson“ auf *Seite 25*). In den meisten Fällen, kann ein Trauma nicht vollständig be- oder verarbeitet werden. Mit der dritten Phase der Traumatherapie beginnt daher die Integration des Erlebten in das eigene Leben.

Psychotherapie mit Geflüchteten wird deutlich geprägt durch migrationsspezifische Belastungen. Die persönliche Lebenslage und die möglicherweise nicht vorhandene externe Stabilität und Sicherheit müssen auch in diesem Kontext beachtet werden. Geflüchtete und auch Behandelnde haben im Rahmen der Therapie oftmals nur wenig Einfluss auf diese Bedingungen. Für eine erfolgreiche Behandlung ist ein **multimodaler Ansatz**, wie sie die **Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer** (PSZ) verfolgen, unabdingbar. Das heißt, dass neben Psychotherapie auch psychosoziale Beratung, kreative und soziale Aktivitäten angeboten werden, die die Kultur, die krankmachenden Erfahrungen und den rechtlichen Status der Geflüchteten berücksichtigen. Darüber hinaus ist eine gute Vernetzung zu Rechtsanwält*innen, Sozialarbeiter*innen und mit Ehrenamtlichen dringend erforderlich.

Übersicht der PSZ

Die Psychosozialen Zentren finden sich in allen Bundesländern.*

Die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer in Deutschland (mit Außenstellen).

Eine Übersicht der Behandlungszentren für Geflüchtete unter:
https://www.baff-zentren.org/hilfe-vor-ort/psychosoziale-zentren/

BADEN-WÜRTTEMBERG

1 Nadia Murad Zentrum (Standort Lörrach)
2 Traumanetzwerk Lörrach
3 Verein zur Unterstützung traumatisierter Migranten e. V. Karlsruhe
4 PSZ Nordbaden (Standort Karlsruhe)
5 Refugium Freiburg – Psychosoziale und medizinische Beratung und Koordinierung für Geflüchtete
6 refugio Stuttgart e. V. – Psychosoziales Zentrum für traumatisierte Flüchtlinge
7 PBV Stuttgart – Psychologische Beratungsstelle für politisch Verfolgte und Vertriebene
8 BFU Ulm – Behandlungszentrum für Folteropfer Ulm
9 REFUGIO Villingen-Schwenningen – Kontaktstelle für traumatisierte Flüchtlinge

BAYERN

10 REFUGIO München – Beratungs- und Behandlungszentrum für Flüchtlinge und Folteropfer
11 PSZ Nürnberg – Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge

BERLIN

12 Zentrum Überleben gGmbH
13 XENION Berlin – Psychotherapeutische Beratungsstelle für politisch Verfolgte
14 MeG betreutes Wohnen gGmbH, Psychosoziale Unterstützung und Therapie für Migrant_innen erster Generation
15 Fachstelle für LSBTI*-Geflüchtete

BRANDENBURG

16 PSZ Brandenburg – mit folgenden Standorten in Brandenburg: **16.1** Landkreis Barnim, **16.2** Landkreis Elbe-Elster, **16.3** Landkreis Oberspreewald-Lausitz, **16.4** Landkreis Oder-Spree, **16.5** Landkreis Spree-Neiße, **16.6** Landkreis Teltow-Fläming, **16.7** Cottbus, **16.8** Landkreis Ostprignitz-Ruppin

BREMEN

17 REFUGIO Bremen – Psychosoziales Zentrum für ausländische Flüchtlinge

HAMBURG

18 haveno – Psychotherapie und interkulturelle Kommunikation
19 SEGEMI – Seelische Gesundheit Migration und Flucht e. V.
20 Lichtpunkt. Traumatherapie und Psychosoziales Zentrum
21 PSB Flucht – Psychosoziale Beratung für Flüchtlinge

HESSEN

22 FATRA Frankfurt/M. – Frankfurter Arbeitskreis Trauma und Exil e. V.
23 Ev. Zentrum für Beratung und Therapie Frankfurt/M. – Haus am Weißen Stein – Beratung und Therapie für Flüchtlinge

MECKLENBURG-VORPOMMERN

24 Psychosoziales Zentrum für Migranten in Vorpommern, Greifswald
25 Psychosoziales Zentrum Rostock für Geflüchtete & Migrant_innen

NIEDERSACHSEN

26 Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen e.V., Hildesheim
27 IBIS – Interkulturelle Arbeitsstelle e.V., Oldenburg

NORDRHEIN-WESTFALEN

28 Caritas Therapiezentrum für Menschen nach Folter und Flucht (Standort: Köln)
29 Refugio Münster – Psychosoziale Flüchtlingshilfe
30 PSZ für Flüchtlinge Diakonie Mark-Ruhr
31 Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge Düsseldorf
32 Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge Dortmund
33 PSZ Bielefeld – Psychosoziales Zentrum für Überlebende von Trauma, Flucht und Folter
34 PSZ Aachen – Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge in der Städteregion Aachen (PÄZ Aachen e. V.)
35 MFH Bochum – Medizinische Flüchtlingshilfe e. V.

RHEINLAND-PFALZ

36 PSZ Montabaur
37 Psychosoziales Zentrum für Flucht und Trauma (Standort: Mainz)
38 Psychosoziales Zentrum Pfalz, Ludwigshafen am Rhein
39 Ökumenische Beratungsstelle für Flüchtlinge, Trier
IN TERRA – Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge,
40 Mayen
41 Psychosoziales Zentrum Westpfalz

SAARLAND

42 PSZ Saarbrücken – Psychosoziales Beratungszentrum des Deutschen Roten Kreuzes

SACHSEN

43 Psychosoziales Zentrum – Beratungsstelle Chemnitz
44 Psychosoziales Zentrum Dresden
45 Psychosoziales Zentrum für Geflüchtete Leipzig

SACHSEN-ANHALT

46 Psychosoziales Zentrum für Migrantinnen und Migranten (Standorte in **46.1** Halle (Saale) und **46.2** Magdeburg)

SCHLESWIG-HOLSTEIN

47 Brücke Schleswig-Holstein, Kiel
48 Psychosoziale Anlaufstelle für Geflüchtete (Standort: Neumünster)

THÜRINGEN

49 Refugio Thüringen – Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge (Standorte in **49.1** Jena und **49.2** Erfurt)

3.

Wie kann ich stabilisieren und Reaktivierungen von traumatischen Situationen vermeiden?

"no one can face trauma alone"

(zu deutsch: "Niemand kann Trauma alleine begegnen")

Judith Herman,
S. 153; Trauma and Recovery

Traumatisierungen durch Menschenhand sind immer ein Angriff auf die menschliche Würde. Es findet eine Grenzüberschreitung statt, die das Selbstbild von Überlebenden nachhaltig erschüttern kann. Die Folgen von traumatischen Erfahrungen sind individuell sehr unterschiedlich und dienen meist dazu, sich vor weiteren Gefahren zu schützen, bestimmte Situationen zu vermeiden und somit Kontrolle und Handlungssicherheit wiederzuerlangen.

Um traumatisierte Menschen stabilisierend begleiten zu können, braucht es ein Verständnis und eine Sensibilität im Umgang mit Traumafolgen sowie eine Orientierung auf Ressourcen und das Schaffen von Sicherheit.

Sicherheit und Orientierung

Der Vertrauensverlust in andere Personen und die Gesellschaft durch die traumatischen Erfahrungen führt bei den betroffenen Personen zu anhaltenden Spannungen. Das Ziel (trauma)sensibler Begleitung und Beratung von Geflüchteten im Hinblick auf lebenspraktische Fragen sollte daher das Schaffen sicherer Orte sein. Durch diese können Personen erlernen, langsam wieder Vertrauen in andere zu gewinnen. Im Kontakt mit traumatisierten Menschen sollte stets ein Gefühl der Sicherheit, Orientierung und Kontrolle vermittelt werden, sodass Betroffene die Situationen gut einschätzen können und selbst handlungsfähig werden bzw. bleiben. Dies kann dadurch gelingen, dass strukturelle Transparenz in der Einrichtung bzw. Beratung besteht. Für die Betroffenen ist es meist hilfreich, wenn sie wissen, wer wofür zuständig ist und wann welche Angebote erreichbar sind. Darüber hinaus sollte ein Wechsel von Zuständigkeiten zwischen den Beratenden nach Möglichkeit vermieden werden. Im Kontakt mit den Betroffenen sollte über die Rolle und Handlungsmöglichkeiten der Berater*in gesprochen werden. Betroffene sollten in alle Überlegungen einbezogen werden, es soll für sie ein Gefühl von Kontrolle, Handlungsmacht und Wahlmöglichkeiten entstehen. Hierfür muss das Vorgehen in der Beratung transparent gemacht werden und die Einwilligung der betroffenen Person für jeden Schritt eingeholt werden. Die Kommunikation sollte auf Augenhöhe erfolgen und das Angebot zuverlässige Unterstützung beinhalten. Gemeinsame Absprachen, die eingehalten werden, schaffen Vertrauen und Sicherheit.

- **Transparenz bei Zuständigkeiten, Ansprechpartner*innen, Angeboten und Rolle der Beratenden**
- **Kontinuität der Bezugspersonen**
- **Einbeziehen der Betroffenen in Entscheidungen**
- **Kommunikation auf Augenhöhe**
- **Verbindlichkeit von Absprachen**

Zur Herstellung von Sicherheit gehört auch die Vermittlung von unbedingter Gewaltfreiheit. Es gibt unterschiedlichste Formen der Gewalt, darunter physische und sexualisierte Gewalt, aber auch psychische Gewalt in Form von Demütigungen, Vermitteln des Gefühls von Wertlosigkeit, Drohungen und Diskriminierung. Verinnerlichte Rassismen können sich z.B. durch eine abwertende Sprache oder Aberkennung der Mündigkeit des Gegenübers und paternalistischer Bevormundung äußern. Daher ist es wichtig, die eigene Machtposition (z.B. als weiße und helfende Person) zu überdenken. Muster der Gewalt und Machtasymmetrien bei Fachkräften und geflüchteten Personen lassen sich nur durch kontinuierliche reflektierte Arbeit überwinden.

Konflikte und gewaltsame Auseinandersetzungen z.B. in Gemeinschaftsunterkünften machen deutlich, dass sichere Orte vom Engagement der Bewohner*innen und Mitarbeitenden abhängen. Mithilfe von Methoden zur Förderung von Gewaltfreiheit (Gewaltfreie Kommunikation u.v.a.) können Strategien im Umgang mit Gewaltandrohungen oder -vorfällen erlernt werden.

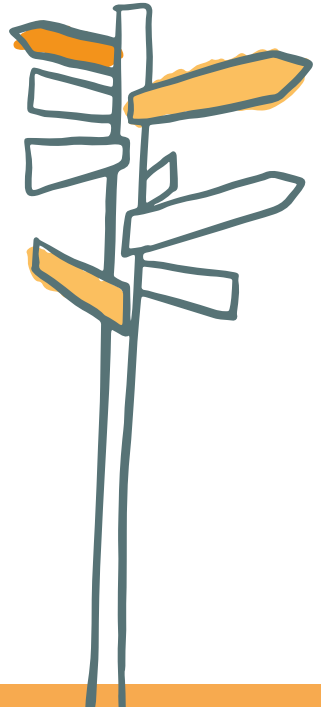
- **Unbedingte Gewaltfreiheit gewähren**
- **Eigene Machtposition überdenken**
- **Gewaltfreie Kommunikation**

Die Vermittlung von Informationen schafft Orientierung. Hilfreiche Informationen über die eigenen Rechte und Ansprüche sind für die Betroffenen nicht einfach zu erhalten und kursierende Falschinformationen verunsichern. Daher ist es wichtig, durch eine gute Vernetzung stets auf dem neuesten Stand z.B. hinsichtlich rechtlicher Änderungen oder auch von Angeboten spezialisierter Einrichtungen zu bleiben. Wenn das Gegenüber hochgradig belastet scheint und Symptome einer Traumafolgestörung genannt werden, sollte sich mit der betroffenen Person über mögliche psychosoziale Versorgungsangebote ausgetauscht werden. Dabei kann der Besuch bei dem*der Hausärzt*in geraten werden, um eine Überweisung zu eine*r Fachärzt*in zu erhalten, oder zu psychosozialen Zentren, psychiatrischen

Institutsambulanzen etc. verwiesen werden. Besteht die Aussicht auf ein psychotherapeutisches Erstgespräch, können mit der belasteten Person bereits Ziele und Vorgehen in der Therapie (siehe Kapitel 2 auf *Seite 31*) vorbesprochen werden, sodass die Person eine realistische Vorstellung der Behandlung und eine Therapiemotivation entwickeln kann.

- **Vermittlung von aktuellen Informationen zu Angeboten spezialisierter Anlaufstellen**

- **Weitervermittlung in spezialisierte Einrichtungen und Netzwerke**



Haltung und „Kompetenzlosigkeits-kompetenz“

Eine respektvolle und wertschätzende Haltung ist in jedem Beratungssetting von grundlegender Bedeutung. Von der beratenden Person sollten Ruhe und Sicherheit ausgehen, wie auch Offenheit und Akzeptanz. Die benannten Probleme der betroffenen Person sollten stets ernst genommen, auch wenn sie von der beratenden Person nicht direkt verstanden werden. Anstatt zu hinterfragen oder zu bewerten, sollte zunächst mit dem gearbeitet werden, was die betroffene Person mit in das Gespräch bringt.

Klient*innen sollte das Gefühl gegeben werden, gesehen, gehört und angenommen zu werden. Unterstützend für eine offene und diskriminierungskritische Haltung sind

- das Hinterfragen des eigenen kulturellen Bezugssystems,
- die Reflektion und Sichtbarmachung der eigenen gesellschaftlichen Positionierung im Vergleich zu Klient*innen (in der Regel sehr asymmetrisch),
- und „Wissen“ über andere Bezugssysteme als gewachsene gesellschaftliche und oftmals rassistisch geprägt Konstrukte.

Um dies auf individueller und struktureller Ebene umsetzen zu können, ist es vor allem in mehrheitlich weiß-positionierten Hilfestrukturen ratsam, sowohl Schulungen im Bereich Anti-Diskriminierung in Anspruch zu nehmen, als auch Prozessbegleitungen auf Ebene der Organisation (*vgl. Teigler & Krebs, 2020*).
Hilfreich ist in diesem Zusammenhang auch das Konzept der "Kompetenzlosigkeitskompetenz".

Konzept der Kompetenzlosigkeitskompetenz

Der Pädagoge Paul Mecheril prägte mit seinem Konzept der „Kompetenzlosigkeitskompetenz“ die pädagogische Arbeit u.a. mit geflüchteten Personen und die Ausrichtung interkultureller Arbeit. Er hinterfragt die Vorstellung von „Wissen und Nicht-Wissen“ im (vermeintlich) interkulturellen Kontakt. Die Verwendung des Begriffs „interkulturelle Kompetenz“ sieht er als eine fragwürdige Bestärkung der gerade im deutschsprachigen Raum dominanten Debatte über die Differenz zwischen der „eigenen“ und der „anderen“ Kultur und Religion.

Dies führe zu Stereotypisierung und Kulturalisierung von Problemen und Personen, die stets als kategorisierbare „Andere“ wahrgenommen werden. Geflüchtete Personen würden so auf eine bestimmte Kultur reduziert werden, ohne kritisch zu hinterfragen, ob sie sich überhaupt dieser Kultur oder nicht (mittlerweile) einer oder mehreren anderen Kulturen zugehörig fühlen. Würde eine Person nur auf eine Kultur (meist orientiert an Nationalstaaten) angesprochen, würden zudem die vielen anderen kulturellen Zugehörigkeiten vernachlässigt, die jede Person aufweist. Der Blick auf bestehende Machtunterschiede und Rassismus würde so oftmals versperrt.

Mecheril versteht daher unter professionellem (pädagogischen) Handeln ein grundlegendes reflexives Verhältnis zum eigenen Handeln, zu dessen Bedingungen und Paradoxien. Er fordert, Machtstrukturen und den Gebrauch kultureller Kategorien zu reflektieren, jedoch nicht, völlig auf solche Kategorien zu verzichten. Stattdessen müsse ein Konsens zwischen „Wissen und Nicht-Wissen“, der eigenen „Kultur“ und der des „Anderen“ gefunden werden (vgl. Lutz & Wenning, 2001).

Das bedeutet für die Praxis mit geflüchteten Klient*innen:

- Neugier und Experimentierfreude statt „Wissen“
- Offenheit und „Unwissenheit“ als Mittel zur Entlastung
- Haltung des Wissens vom eigenen Nicht-Wissen einnehmen
- Informationen erfragen müssen und dürfen
- Beispiel Ramadan: Es ist sicher hilfreich zu wissen, was der Ramadan ist und wann er stattfindet. Sie können davon aber nicht ableiten, ob ihre muslimischen Klient*innen tatsächlich (immer) fasten, ob sie trotzdem Wasser trinken etc.
- Informieren über die Kultur des Gegenübers, jedoch nicht darauf fixieren
- Wissen nicht generalisieren

Umgang mit und (Aus)Halten von traumatischen Inhalten

Für traumatisierte Personen kann es extrem belastend sein, über ihre Erlebnisse zu sprechen, da sie dadurch oftmals von der erlebten Gewalt, damit verbundenen Gefühlen und Schmerzen eingeholt werden. Betroffene haben nicht nur das Recht zu schweigen, es kann auch überlebensnotwendig oder sinnvoll für sie in diesem Lebensabschnitt sein. Das Erinnern und Sprechen über Trauma muss daher die freie Entscheidung der betroffenen Person sein, um ihre Grenzen und Selbstbestimmung zu wahren und nicht die Ohnmacht und das Ausgeliefertsein der traumatischen Situation wiederzuerleben.

Dies ist in retraumatisierenden Situationen nicht der Fall. Bei Retraumatisierungen befinden sich Menschen in einer ausweglosen Situation, in der sie entweder eine Realität und damit verbundene traumatische Inhalte verleugnen oder sich zu Erinnerungen gezwungen sehen, die sie überfluten könnten. Dies kann z.B. in Anhörungssituationen der Fall sein.

Daher gilt in der Arbeit mit traumatisierten Geflüchteten, die Menschen nicht unter Druck zu setzen, über die traumatischen Erlebnisse im Herkunftsland, auf der Flucht oder auch im Exil zu sprechen.

- ▹ **Nicht nachbohren!**
- ▹ **Retraumatisierungen vermeiden!**

In der psychosozialen Arbeit mit traumatisierten Geflüchteten gilt in der Regel, sich auf das Hier und Jetzt und zukünftige Perspektiven zu konzentrieren und sich nicht zu sehr auf das Vergangene und das Trauma zu beziehen. Das Gegenüber sollte außerdem nicht auf traumatische Inhalte reduziert werden, sondern mit all seinen Fähigkeiten und Ressourcen wahrgenommen werden, die für das Gegenwärtige und Zukünftige hilfreich sind (siehe „Stabilisieren und Ressourcenorientierung“ auf *Seite 53*).

- **Fokus auf Gegenwart und Zukunft**

- **Den Menschen mit seinen Fähigkeiten und Ressourcen sehen**

Allerdings kann es sein, dass mit zunehmendem Vertrauen und dem Gefühl einer sicheren Umgebung, Geflüchtete im Beratungskontext von ihren Erfahrungen berichten wollen.

In diesem Moment ist wichtig, auf die eigenen Grenzen und Möglichkeiten zu achten und abzuschätzen, ob es okay ist, die Erzählungen und Gefühle des traumatischen Geschehens zu halten und ihnen Raum zu geben: Habe ich gerade Zeit und Raum dafür? Habe ich gerade selbst ausreichend innere Stabilität?

Falls das Berichten der traumatischen Situation eigene Grenzen überschreiten sollte, muss dies der betroffenen Person einfühlsam transparent gemacht werden. In diesem Fall sollte das Angebot gemacht werden, passende Unterstützung (Psychotherapie, spezialisierte Beratungsstellen) gemeinsam zu suchen.

Im Anhang sind bundesweite Arbeitsgemeinschaften verzeichnet, die lokale Beratungs- und Behandlungsstellen bündeln.

- **Auf eigene Grenzen achten!**

- **Weitervermittlung in spezialisierte Einrichtungen und Netzwerke**

Wenn hingegen ausreichend Ressourcen und Stabilität bestehen, sollte der geflüchteten Person Offenheit und Empathie signalisiert werden und die Person und ihr Bericht ernst genommen werden.

Häufig kann es eine enorm entlastende Wirkung haben, wenn man als Gegenüber einfach da ist, einen Ort schafft, an dem sich die Betroffenen sicher fühlen und ihre Bedürfnisse ernst genommen werden. Oftmals gab es einfach niemanden zuvor, mit dem die betroffene Person das traumatische Erleben hätte besprechen können oder sich traute dies zu tun – häufig aus Vorsicht, die andere Person nicht zu belasten. Beim sogenannten „Containing“ dient die beratende Person als „Behältnis“ und hält in der Gesprächssituation all das, was die betroffene Person häufig seit Monaten und Jahren mit sich herumgetragen hat.

Nicht nur das Sprechen über die traumatischen Inhalte und Folgen daraus können Entlastung bringen, sondern auch das Einordnen des eigenen Verhaltens als mögliche Symptome einer Traumafolgestörung. Für Betroffene ist es hilfreich zu verstehen, dass sie „ganz normal“ auf das Erfahrene reagieren und den Fehler oder die Schuld nicht mehr bei sich, sondern in politischen und gesellschaftlich-sozialen Kontexten sehen. Manchmal ist es den Betroffenen gar nicht bewusst, dass sie unter einer Traumafolgestörung leiden und bemerken nur, dass sie in bestimmten Situationen anders reagieren und sich manchmal vor ihrer eigenen Reaktion erschrecken. Daher kann es helfen, je nach eigener Fachkenntnis den Betroffenen Anzeichen von Traumafolgestörungen zu erklären und vielleicht gemeinsam herauszufinden, was bestimmte Schlüsselreize (Trigger) für diese heftigen Reaktionen sind. Man kann auch erklären, dass viele andere ähnliche Erfahrungen gemacht haben und unter den gleichen Belastungen leiden. Dies führt bei den Betroffenen zu einer deutlichen Entlastung und reduziert das Schamgefühl, über die eigenen Gefühle und Handlungen zu sprechen. So können die Betroffenen Kontrolle zurückerlangen, sowie Situationen und ihre Reaktionen darauf besser einschätzen und willentlich damit umgehen.

Zur Information über weiterführende Angebote gibt es Broschüren und Selbsthilferatgeber, die speziell für Geflüchtete entwickelt und teilweise in verschiedenen Sprachen übersetzt wurden. Eine Übersicht ist im Anhang zu finden.

Aber auch hier gilt es, auf eigene Grenzen zu achten, nicht „heilen“ zu wollen, sondern zu stabilisieren. Bei fachlichen Fragen zu Traumafolgestörungen sollte gemeinsam nach weiteren Ansprechpartner*innen gesucht und nicht in die therapeutische Rolle geschlüpft werden, da Erzählungen und Problemsituationen zu belastend und überfordernd werden könnten (siehe Kapitel 5 auf Seite 70).

- **Offenheit zum Gespräch signalisieren**
- **Zeit einplanen und einen sicheren Raum geben**
- **Zuhören, wertschätzen, ernst nehmen und erklären**
- **Weitervermittlung in spezialisierte Einrichtungen und Netzwerke**

Stabilisieren und Ressourcenorientierung

Der Zustand des Wartens während des Asylverfahrens und das Gefühl von Passivität und geringer Selbstwirksamkeit sind alltägliche Erfahrungen vieler Geflüchteter. Dies hat einen destabilisierenden Einfluss auf ihre Psyche. Hinzu kommt, dass durch Traumafolgesymptome die Menschen oftmals unter dauerhaft erhöhtem Stress stehen.

Das Ziel des Stabilisierens ist es daher, zunächst das Stresslevel der Betroffenen zu senken, aber langfristig durch Ressourcenaufbau Ängste und Unsicherheiten abzubauen und Potentiale zu erkennen, zu mobilisieren und zu erweitern. So kann ein würdevolles Leben nach der Flucht ermöglicht werden. Nach Menschenrechtsverletzungen, die eine Erfahrung von Kontrollverlust und extremer Ohnmacht darstellen, ist die Erfahrung, das eigene Leben gestalten und planen zu können, eine bedeutsame „Ermächtigung“ (Empowerment).

Übungen müssen vorsichtig erlernt werden und sind nicht immer (gleich) hilfreich

Beim Reduzieren von Anspannung und Stress helfen sportliche Aktivitäten wie Joggen oder Übungen zur Beruhigung und Selbstregulation. Je nach Möglichkeit und Kenntnis können den belasteten Personen einzelne Konzentrations-, Entspannungs-, Achtsamkeits- und Bewegungsübungen gezeigt werden, sodass die Personen hilfreiche Strategien zur Bewältigung und Vorbeugung von Anspannung annehmen und damit Kontrolle über das eigene Handeln zurückgewinnen können. Herauszufinden, ob und welche der Übungen als hilfreich empfunden werden, braucht meist etwas Zeit und ist individuell sehr unterschiedlich. So kann es z.B. sein, dass durch Übungen, die die Achtsamkeit auf den Körper richten, die Menschen sich noch stärker auf ihre Schmerzen und Anspannung konzentrieren oder bei Übungen, bei denen die Augen geschlossen werden, Flashbacks erleben und dissoziieren. Daher sollten vor allem Übungen angeboten werden, bei der die Person im Hier und Jetzt bleibt und die eigene Kontrolle nicht verliert.

Übungen

Es werden an dieser Stelle nur einige wenige Übungen aufgezählt. Weitere Übungen und genaue Erläuterungen sind u.a. bei: Zito, D. & E.Martin (2024): Traumasensibler Umgang mit geflüchteten Menschen. Ein Leitfaden für Fachkräfte und Ehrenamtliche zu finden.

Achtsamkeitsübungen

Ziel ist es, gegenwärtig zu sein und die Einzigartigkeit eines Moments wahrzunehmen. So können Ängste, die mit Vergangenheit und Zukunft zu tun haben, die betroffene Person weniger erreichen.

Beispielsweise durch:

- 2 Minuten hören
- Übung 5-4-3-2-1
- Achtsam duschen/ spazieren gehen/ Tee trinken
- Body-Scan

Atem- und Bewegungsübungen

Ziel dabei ist, den Atem zu verlangsamen, tiefer zu atmen und dadurch Anspannung zu reduzieren.

Beispielsweise durch:

- Bauchatmung
- 10-0 Atem- und Konzentrationsübung
- Progressive Muskelrelaxation

Imaginationsübungen

Ziel ist es hierbei, bestimmte hilfreiche innere Bilder herbeizuführen mit sensorischen, motorischen, kognitiven und affektiven Komponenten. So können Empfindungen ausgelöst werden, die Zustände der Entspannung erzeugen. Diese können später selbstständig angewandt werden.

Beispielsweise durch:

- Sicherer Ort
- Innerer Beobachter

Langfristig ist es das Ziel, die zerstörerischen Bilder des Traumas und das negative Selbstbild durch das Integrieren (neuer) positiver Bilder, das Suchen von Auswegen und möglichen Handlungsfeldern abzubauen. Es geht um einen Perspektivenwandel, der ermöglicht zu sehen, was im Leben geschafft wurde und dass man die Fähigkeit besitzt, unter widrigsten Bedingungen zu überleben.

Diese Sicht kann dabei helfen, das zu akzeptieren, was nicht mehr zu verändern ist. Dabei soll das Leid nicht verleugnet oder heruntergespielt werden, sondern der Fokus auf das Erleben von Selbstwirksamkeit und eigenen Ressourcen liegen.

Ressourcenorientierung im psychosozialen Kontext wird folgendermaßen charakterisiert (angelehnt an Hantke 2015):

- eine alltägliche Orientierung an dem, was die Person kann und den Umständen, in denen die Fähigkeiten und Stärke umgesetzt werden können,
- die Aktivierung von neuen Fähigkeiten, die die Person braucht und selbst mobilisieren lernt, um auch unter Belastung das eigene Leben angenehmer gestalten zu können,
  ein systemisches Wissen zum Einbezug der Kontexte und zum Umgang mit den Menschen, die für das Gegenüber wichtig sind (Hilfsangebote oder auch familiäre Ressourcen),

- die Förderung der Kontrollerfahrung und des positiven Selbsterlebens.

Oftmals liegen Ressourcen auf vielen verschiedenen Ebenen vor: Bewegung und sportliche Aktivitäten, besondere Kenntnisse, künstlerischer Ausdruck, soziale Bindungen, u.v.m. Diese Fähigkeiten sollen im Alltag am besten regelmäßig eingebaut bzw. zu Ritualen werden. Bei der Suche nach Ressourcen kann an frühere Fähigkeiten, soziale Kontakte und Netzwerke angeknüpft und diese mobilisiert werden.

Gemeinsam können Möglichkeiten gesucht werden, wie diese Potentiale ausgelebt werden können, sei es alleine oder z.B. in Sportvereinen bzw. Musikgruppen. Auch hier gilt es die Person nicht zur Wahrnehmung dieser Angebote zu drängen, sondern lediglich Informationen über mögliche Aktivitäten anzubieten. Das gilt auch, wenn Zukunftspläne geschmiedet werden. Ein Ziel zu haben, auf das hingearbeitet werden kann, wird oftmals auch als hilfreich wahrgenommen. Ob es nun eine Ausbildung, ein Studium, das Erlernen von Sprachen oder das Aufnehmen von Lohnarbeit ist, es gilt, die Person dabei auf dem Weg zu begleiten und zu motivieren, realistische (Zwischen-)Ziele zu finden, bürokratische Hürden transparent zu machen und keine falschen Hoffnungen zu wecken.

Äußere Sicherheit durch einen festen Aufenthaltsstatus und die damit einhergehenden Veränderungen in der Lebenssituation haben einen maßgeblichen Einfluss auf die Teilhabe der Menschen in der Aufnahmegesellschaft. Teilhabe und Inklusion schützen vor psychischer Erkrankung. Sie ermöglichen, der Erfahrung von Folter, Gewalt, Verlust und Zerstörung, des Ausgeliefertseins und der Ohnmacht etwas entgegenzusetzen und neue Lebens- und Zukunftsperspektiven zu entwickeln.

4.

Was tun bei Gewaltvorfällen, Krisen und Suizidalität?

Bereits psychisch belastete Personen sind vermehrt gefährdet, erneut unterschiedliche Formen von Gewalt zu erfahren und in Situationen von Hilflosigkeit Probleme selbst gewaltsam zu lösen. Gewalt kann bei getriggertem traumatischen Stress als Schutzfunktion dienen, als auch ein Versuch sein, eigene Gewalterfahrungen zu verarbeiten. Methoden aus der gewaltfreien Kommunikation oder auch Gruppenangebote mit Elementen aus Anti-Aggressionstrainings können hilfreich sein, um individuelle Strategien im Umgang mit Gewaltimpulsen entwickeln zu können.

Darüber hinaus besteht das erhöhte Risiko bei psychisch belasteten Personen, Gewalt gegen die eigene Person zu richten (autoaggressives Verhalten) bis hin zu Suizidversuchen und Suizid

Vorgehen bei Gewaltvorfällen

Es gibt unterschiedlichste Formen der Gewalt, die berücksichtigt werden müssen: physische und psychische Gewalt (Demütigung, Zurückweisung, Isolieren des Menschen, Schikanierung, Erpressung,...), geschlechtsspezifische Gewalt (sexualisierte Gewalt, häusliche Gewalt,...), Zwangsheirat, weibliche Genitalverstümmelung, Menschenhandel, Vernachlässigung von Kindern, Nachstellung bzw. Stalking,...

Nach Gewaltvorfällen muss unmittelbar ein sicheres und angstfreies Umfeld wiederhergestellt werden. Betroffene müssen darüber informiert werden, dass sie ein Anrecht auf ein vertrauliches Gespräch haben, dass Hilfen auch anonym in Anspruch genommen werden können und was Schweigepflicht bedeutet. Es muss eindeutig darauf hingewiesen werden, dass auch die Sprachmittler*innen sich an die Schweigepflicht halten müssen, um eine vertrauensvolle Atmosphäre zu schaffen.

*Alles, was hier im Raum gesagt wird, unterliegt der Schweigepflicht. Das bedeutet, dass nichts ohne Ihre Zustimmung diesen Raum verlässt. Das heißt auch, dass ich nicht mit ihren Familienangehörigen oder Behörden darüber spreche, was wir hier besprochen haben. Das gilt auch für den*die Dolmetscher*in. Das Weitergeben von Informationen ohne Ihre Zustimmung ist für uns verboten.*

Geflüchtete mit Traumafolgestörungen können aufgrund von Folter oder Verfolgungssituationen vor, während oder nach der Flucht, schlechte bis hin zu traumatisierende Erfahrungen mit der Polizei gemacht haben. Daher sollte die Polizei nur nach Abstimmung mit der betroffenen Person hinzugezogen werden.

Hilfreich ist eine frühzeitige Hinzuziehung von Fachberatungsstellen und Anwält*innen, damit Betroffene eine stabilisierende Begleitung erhalten können und über die Folgen von Anzeigen und eventuelle Strafverfahren informiert sind.

Vorgehen bei Krisen

Seelische Krisen bedeuten einen Verlust des seelischen Gleichgewichts. Werden Menschen mit Ereignissen und Lebensumständen konfrontiert, die sie im Moment nicht bewältigen können, kann dies eine seelische Krise auslösen. Insbesondere ist dies der Fall, wenn die Ereignisse in Art und Ausmaß die eigenen Fähigkeiten und erprobte Hilfsmittel überfordern, die durch frühere Erfahrungen erlernt wurden und den Personen bisher helfen konnten, wichtige Lebensziele zu erreichen und Situationen zu bewältigen (siehe Sonneck, 2000).

Auslöser dieser psychischen Krisensituationen bei Geflüchteten können äußere Faktoren sein, wie Androhung von Abschiebung, rassistisch motivierte Gewalt, Tod der im Herkunftsland zurückgebliebenen Angehörigen oder auch Kontaktabbruch zu Familie oder Freund*innen aufgrund von Kriegs- oder Fluchtsituation. In einem Krisengespräch sollte besprochen werden, was aktuell zur Krise beigetragen hat. Man muss hier unterscheiden zwischen Krise und akuter Suizidalität. Daher sollte im Gespräch herausgefunden werden, ob die betroffene Person konkrete Suizidabsichten hat bzw. sich davon glaubhaft distanzieren kann (siehe „Vorgehen bei Suizidalität“ auf *Seite 63*).

Ruhige und verständnisvolle Gesprächshaltung

Die Art und Weise, wie bei der Krisenintervention kommuniziert wird, ist dabei sehr wichtig. Das Gegenüber kann in der Krise aufgebracht, aber auch ängstlich oder verwirrt sein. Hilfreich kann es daher sein, ruhig zu bleiben, Verständnis zu signalisieren und der Person das Gefühl zu geben, sich sicher, respektiert, verstanden und gut versorgt zu fühlen. Es sollten Gefühle und Handlungen des Gegenübers auf keinen Fall be- bzw. verurteilt werden (wie etwa durch Sätze wie „Sie sollten sich besser nicht so schuldig fühlen“ oder „Sie sollten froh sein, dass sie überlebt haben“).

Bei traumatisierten Geflüchteten kann ein Grund für die akute Krise das Erleben von Schlüsselreizen der traumatischen Situation (Trigger) und dadurch ausgelösten Flashbacks oder Dissoziationen sein. Für den Dissoziationsstopp gilt das Vorgehen wie auf *Seite 22*.

Die Krisenintervention dient meist zunächst der Stabilisierung und Abwehr weiterer Gefahren. Es sollten konkrete Ziele für die unmittel-

Vereinbarungen immer gemeinsam mit der betroffenen Person formulieren

bare Zukunft zusammen erarbeitet werden. Beispielsweise können kleinteilige Schritte für die nächsten Tage geplant werden, die der Stabilisierung dienen. Es müssen klare Vereinbarungen getroffen und sichergestellt werden, dass diesen auch die betroffene Person zustimmt. In *Kapitel 3* sind stabilisierende und ressourcenorientierte Übungen zusammengefasst, die unter Umständen auch in Krisensituationen hilfreich sein können. Es geht nicht darum, für die betroffene Person die Probleme zu lösen, sondern sie in ihrer Stärke zu unterstützen, für sich selbst zu sorgen.

Auch hier gilt wieder: **Auf eigene Grenzen achten!**
Kann und will ich helfen?

Falls nicht: **Weitervermitteln in spezialisierte Einrichtungen und Netzwerke**

- Kliniken
- Krisendienst/ Sozialpsychiatrischer Dienst
- Psychotherapeutische Behandlung z.B. bei einem psychosozialen Zentrum
- helfende, beratende oder anders unterstützende Akteure/Einrichtungen oder andere Professionelle

Vorgehen bei Suizidalität

Traumatische Erfahrungen bedeuten auch immer eine Erschütterung des Selbstbilds, der Weltsicht und des Glaubens an die Sinnhaftigkeit und den Wert des Lebens. Bei traumatisierten Geflüchteten besteht daher auch ein erhöhtes Risiko für Suizide und Suizidversuche.

Suizidgedanken und die indirekten wie auch direkten Äußerungen von Suizidabsichten sollten immer ernst genommen und prioritär behandelt werden. Sie sollten nicht bewertet oder heruntergespielt werden. Häufig sind Suizidankündigungen einer Person für das Umfeld überfordernd. Eine immer wieder auftretende Abwehrstrategie zum Umgang mit der Überforderung ist es, die Gefahr herunterzuspielen (“Der macht das ja eh nicht” oder “Das ist nur Erpressung”). Wenn man diese Reaktionen als Ausdruck der Hilflosigkeit des Umfelds versteht, wird deutlich wie wichtig klare Handlungsanweisungen zum Umgang mit Suizidalität sind (siehe Notfallplan).

Es ist NICHT gefährlich, einen Menschen nach Suizidabsichten zu fragen. Durch die Frage danach wird niemand auf den Gedanken gebracht, sondern einer Person wird damit signalisiert, dass sie mit ihrer Verzweiflung nicht allein ist und es eine Ansprechperson gibt, die ihr helfen möchte. Die meisten Menschen sprechen vor einem Suizid diese Gedanken an. Manchmal tun sie es nicht direkt, sondern über Aussagen wie "Es macht keinen Sinn mehr". Wichtig ist daher nachzufragen. Es kann darüber hinaus auch Verständnis für die Suizidalität vor dem Hintergrund des Erlebten und der aktuellen Lebenssituation gezeigt werden: „Bei all dem, was Sie gerade berichtet haben, kann ich es gut verstehen, dass Ihnen der Gedanke durch den Kopf geht, dass das Leben so für Sie keinen Sinn mehr macht“. Dadurch kann Entlastung geschaffen werden, wie auch durch das Aufzeigen, dass viele Menschen in dieser Situation ebenfalls solche Gedanken haben.

Besonders wichtig ist es, im Gespräch zu bleiben, sich Zeit zu nehmen, Zuwendung und Anteilnahme zu vermitteln. Dabei sollte man möglichst ruhig bleiben und Struktur und Sicherheit vermitteln.

Sie können Hoffnungen und Wünsche, wie auch Gründe erfragen, was die Person bis jetzt am Leben erhalten hat. Hieraus lassen sich möglicherweise Alternativen zum Suizid ableiten und der Handlungsraum erweitern. Durch den Blick auf Alternativen und Ressourcen lassen

sich erste Lösungsmöglichkeiten herausarbeiten. Wichtig dabei ist, nicht zu schnell nach positiven Änderungsmöglichkeiten zu suchen, da sich die Person sonst nicht ernst genommen fühlen könnte.

In Kapitel 3 finden Sie eine Sammlung von stabilisierenden und ressourcenorientierten Übungen, die unter Umständen zur Entspannung der Situation beitragen können. Es ist allerdings wichtig zu akzeptieren, dass die betroffene Person die Übungen eventuell nicht als Unterstützung oder sogar als irritierend wahrnimmt. Grundsätzlich ist es hilfreich, wenn Übungen in einer nicht krisenhaften Situation „erlernt“ werden.

Bevor das Gespräch endet, sollte eingeschätzt werden, ob die Person sich glaubhaft von Suizidgedanken und -absichten distanzieren kann und man selbst weiterhelfen kann und will.

Auch hier gilt wieder: Auf eigene Grenzen achten! Sich nicht überfordern und keine falschen Versprechungen machen! Sie sind als Helfer*in nicht allein. Es gibt ein Netz weiterer Hilfsangebote bei Suizidalität. Die betroffene Person in diesen Fällen nicht allein lassen und beim Aufsuchen professioneller Hilfe begleiten. Auch Angehörige von Menschen mit Suizidabsichten brauchen oftmals Unterstützung.

Mögliche Anlaufstellen sind:

- Kriseninterventionsstationen von Kliniken,
  Einweisung auch über Hausärzt*innen möglich
- Krisendienst/ Sozialpsychiatrischer Dienst
- Psychotherapeutische Behandlung z.B. bei einem
  Psychosozialen Zentrum
- bei akuter Gefährdung: Notärzt*in und Rettungsdienst

Auffinden einer Person nach einem Suizidversuch: Notärzt*in und Rettungsdienst und Polizei (Vorsicht: möglicher Triggerfaktor, siehe „Triggerfaktoren in Unterkünften“ auf *Seite 16*).

Weitere Adressen zu bundesweiten Hilfsangebote bei Krisen und Suizidalität sind im Anhang verzeichnet.

Damit die Anlaufstellen möglichst schnell erreicht werden, muss eine Notfallliste mit Namen und Kontaktdaten erstellt werden und griffbereit sein. Sie sollte von Mitarbeitenden und Einrichtungsleitung gemeinsam besprochen, ausgefüllt und gut sichtbar in der Einrichtung überall dort aufgehängt werden, wo sich Mitarbeitende aufhalten (Pforte/Rezeption, Beratungsräume, Teamraum und Infopoint des Sozialdienstes, Räume des Sanitätsdienstes, Aufenthaltsräume für Gruppenangebote und Freizeitaktivitäten der Bewohner*innen). Dabei sollten auch die Öffnungszeiten verzeichnet und beschrieben sein, zu welchen Uhrzeiten man sich an welche Stelle wenden kann. Nach Möglichkeit sollte bei den Diensten angerufen werden, bevor die Betroffenen dort eintreffen bzw. dorthin begleitet werden. Wenn eine Person akut suizidal ist, darf man sie nicht alleine lassen, sondern muss sie begleiten oder vom RTW holen lassen. Häufig wird nach dem Versicherungsstatus der Person gefragt. Hier gilt: Jede Person muss eine Notfallbehandlung bekommen, unabhängig von ihrem Versicherungsstatus.

Muster für einen Notfallplan

	Kontaktdaten	**Bereitschaftszeiten/Öffnungszeiten**
Notärzt*in und Rettungsdienst	112	immer
Ärztlicher Bereitschaftsdienst	116 117	immer
Notaufnahme Psychiatrische Klinik		Aufnahme 24 h/d möglich
Sozialpsychiatrischer Dienst		
Krisendienst		
Ambulante Fachärzt*in für Psychiatrie oder Allgemeinmedizin		

deutschlandweite Rufnummern // regionale Telefonnummern

WAS TUN BEI PSYCHISCHEN KRISEN UND SUIZIDALITÄT?

Bewohner*in hat sich bereits verletzt oder plant selbstverletzende oder suizidale Handlungen?

Ist medizinisch/therapeutisches Fachpersonal anwesend? (siehe Wochenplan)

JA

Begleiten Sie die suizidale Person zu der zuständigen Fachkraft oder rufen Sie die Fachkraft hinzu.

NEIN

Kontaktieren Sie die notärztliche Bereitschaft unter 112

Fachkraft/Notärzt*in beurteilt die Suizidalität/Absprachefähigkeit und legt nächste Schritte fest.

Bei akuter Suizidalität:

Keine Suizidalität:

Suizidale Person (bzw. bei Minderjährigen: die sorgeberechtigte Person) verweigert freiwillige Einweisung:

Kontaktieren Sie:
1. den Sozialpsychiatrischen Dienst
Arbeitszeiten:

.....

.....

Telefonnummer:

.....

2. Außerhalb der Arbeitszeiten:
Ordnungsamt:
Arbeitszeiten:

.....

.....

Telefonnummer:

.....

Suizidale Person (bzw. bei Minderjährigen: die sorgeberechtigte Person) stimmt psychiatrischer Einweisung zu:

Fachkraft organisiert freiwillige Aufnahme & Transport in die Psychiatrie.

Fachkraft teilt Sozialdienst mit, welche nächsten Schritte zur psychischen Stabilisierung durchzuführen sind.
(z. B. Check-in an den Folgetagen, ggfs. Beratungsangebot vermitteln)

Nach Bewertung der Suizidalität in der psychiatrischen Klinik: Aufnahme in der Psychiatrie

Der Vorfall wird bei der nächsten Teamsitzung nachbesprochen und den beteiligten Mitarbeitenden Entlastung/Unterstützung/Supervision angeboten. Eine angemessene Betreuung der betroffenen Person bei Rückkehr aus der Klinik wird besprochen und Zuständigkeiten festgelegt.

BAfF

5.

Wie schütze ich mich selbst?

Durch die Arbeit mit Menschen mit Fluchterfahrung wird man mit der Unsicherheit des Aufenthalts, bürokratischen Hürden, restriktiven Vorgaben und traumatischen Erlebnisberichten konfrontiert. Hinzu kommen in diesem Arbeitsbereich das Erleben einer großen Verantwortung, hohe Fallzahlen und das Erleben der Begrenztheit der Möglichkeiten.

Dimensionen der kontextualisierten Traumarbeit
(vgl. https://kontextualisierte-traumaarbeit.de)

(Un-) Möglichkeit der Hilfe und ihre Folgen

Diese Bedingungen in der Arbeit mit Geflüchteten können Gefühle der Hilflosigkeit, Ratlosigkeit und Ohnmacht auslösen. Es kann aber auch zu weiteren Anzeichen einer Überlastung und Überforderung kommen, wie z.B. Erschöpfungssymptome, Gefühle des Ausgelaugtseins, Unfähigkeit sich in der eigenen Freizeit zu entspannen und Schlafstörungen. Darüber hinaus kann es auch sein, dass man sich innerlich zunehmend von den Personen und ihrer Lebenssituation distanziert, Frustration und Verbitterung gegenüber den Bedingungen empfindet. Es kann so weit gehen, dass die eigene Arbeit abgewertet wird und ungern gemacht wird, was dann wieder zu Schuldgefühlen führt.

Dies sind Merkmale des Phänomens „**Burnout**“, das seit Mitte der 70er aus der Arbeits- und Organisationspsychologie immer mehr als Beschreibung der Folgen von chronischem Stress herangezogen wird. Dieses „Ausgebranntsein“ bezeichnet einen andauernden und schweren emotionalen Erschöpfungszustand mit reduzierter Leistungsfähigkeit infolge einer chronischen Stressreaktion mit körperlichen als auch seelischen Beschwerden (z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, erhöhtes Schlaganfallrisiko, Magen-Darmerkrankungen, psychische Erkrankungen).

Die Kritik am Phänomen „Burnout“ ist jedoch, dass die Verantwortung im Umgang mit chronischem Stress auf die Person abgewälzt und sie selbst in ihrer mangelnden Stressbewältigungsfähigkeit als das Problem gesehen wird.

Die Folgen chronischen Stresses werden somit entkontextualisiert und die gesamtgesellschaftliche Dimension des Phänomens ausgeblendet. Stress und Belastungen werden bei Burnout vor allem auf der individuellen Ebene in den Fokus genommen. Dabei liegen Gründe für Burnout jedoch häufiger in institutionellen und/ oder sozio-politischen Problemen, wie z.B. wenig kollegialer Austausch, Arbeitsüberlastung, wenig Entscheidungsmöglichkeiten, unklare Hierarchien und Abläufe, …

Deswegen ist es wichtig, neben den persönlichen Faktoren, v.a. auch die umgebenden Faktoren zu berücksichtigen. Hierfür müssen die notwendigen Rahmenbedingungen der eigenen Arbeit eingefordert und hergestellt, sowie Missstände aufgedeckt und kritisiert werden. Unterstützend können dabei Standards der sozialen Arbeit in Gemeinschaftsunterkünften sein: *https://www.fluechtlingssozialarbeit.de/Positionspapier_Soziale_Arbeit_mit_Gefl%C3%BCchteten.pdf*

Sekundäre Traumatisierung – Auswirkungen von Trauma auf Helfer*innensysteme

Schilderungen von traumatisierten Geflüchteten können sehr belastend für die Helfer*innen sein. In der Arbeit mit traumatisierten Personen besteht daher das Risiko, dass sich bei Helfenden ohne direkten Kontakt mit einer traumatischen Situation, sehr plötzlich ähnliche Symptome des Wiedererlebens, der Übererregung und der Vermeidung zeigen.

Sekundären Traumatisierungen können auftreten und sollten mit Ernsthaftigkeit behandelt werden.

Kritisiert wird am Gebrauch des Begriffs der Sekundären Traumatisierung, dass es den Anschein gibt, in den Auswirkungen vergleichbar mit einer Primären Traumatisierung (also dem tatsächlichen Erleben von Folter oder anderen Menschenrechtsverletzungen) zu sein. Die Folgeerscheinung einer Sekundären Traumatisierung sind jedoch nicht vergleichbar mit der Komplexität eines Traumas und den traumatischen Folgen von z.B. Folter.

Möglichkeiten der Selbstfürsorge

Zum Schutz vor schneller Erschöpfung, emotionaler Überflutung und Sekundärer Traumatisierung dienen Elemente der Selbstfürsorge.

Verantwortungsvoll zu unterstützen, heißt auf die eigene Sicherheit, Gesundheit und sein Wohlbefinden zu achten.

Von großer Bedeutung ist es, eigene Gefühle wahrzunehmen und zu reflektieren. Durch die Arbeit mit Traumatisierten können private Belastungen (wieder)aufkommen, die bewusst gemacht werden müssen und separat oder situativ versorgt werden müssen (Supervision, Beratung, Therapie,...).

In der Arbeit mit psychisch belasteten Menschen hilft das Vergegenwärtigen und Würdigen kleiner Erfolgserlebnisse, um nicht angesichts sozialer und rechtlicher Eingrenzungen zu erstarren.

Balance zwischen Nähe und Distanz

Damit diese Folgen abgewendet werden können, ist es unabdingbar die eigenen Grenzen zu achten, um sich vor Überlastung zu schützen. Es kommt darauf an, die richtige Nähe und Distanz zu finden, um nicht überidentifiziert oder ohne den nötigen Kontakt mit den Betroffenen zu sein. Man muss auf der einen Seite empathisch auf die Person zugehen und Vertrauen aufbauen (**Nähe**). Jedoch kann es passieren, dass man sich dadurch schnell überidentifiziert und dann evtl. nicht mehr in der Lage ist, der anderen Person zu helfen. Man verliert den Überblick, geht emotional zu sehr mit, ist sehr besorgt und das Phänomen der stellvertretenden Traumatisierung kann eintreten. Diese Nähe führt schnell zu emotionaler Erschöpfung und Überflutung. In diesem Fall kann es sein, dass nur durch professionelle Hilfe (Supervision, Intervision) es gelingen kann, die nötige Distanz zur Lebenssituation der Person wieder herzustellen.

Bei zu großer **Distanz** findet eine Vermeidung der traumatischen Inhalte, der Gefühle des Gegenübers statt und man nimmt eine rigide, verschlossene Haltung ein, mit der man die Betroffenen nicht mehr erreichen kann. Die Regulierung von Nähe und Distanz ist schwierig – es ist beides erforderlich.

Balance zwischen Macht und Ohnmacht

Es geht nicht nur um das Finden einer Balance zwischen Nähe und Distanz, sondern auch darum, eine Balance zwischen **Macht** und **Ohnmacht** zu finden. In der Unterstützung steht man zwischen dem Erleben von Macht („Ich kann helfen, vielleicht sogar anderen Helfer*innen helfen“) und Ohnmacht („Ich kann eh nichts ausrichten“ u.a. aufgrund des Systems, das die Bedürfnisse der Betroffenen nach Sicherheit und Ruhe nicht erfüllt).

Gegenüber den Betroffenen ist es eine Gratwanderung, die eigene Ohnmacht nicht zu zeigen, sich als handlungsmächtig, wissend und kompetent zu zeigen, um Hoffnung und Orientierung zu geben und zu stabilisieren – aber zugleich realistisch die Grenzen der eigenen Handlungsmächtigkeit transparent zu vermitteln, um sich selbst nicht unter massiven Druck zu setzen. Ohnmacht ist keine Schwäche. Es gilt, die Ohnmacht offen zu thematisieren und darüber zu sprechen, z.B. in Supervision.

Wo sind meine Grenzen?

In dem beschriebenen Spannungsfeld zwischen Nähe und Distanz, wie auch zwischen Macht und Ohnmacht, müssen die eigenen Grenzen immer wieder neu ausgemacht und erkannt werden. Grenzen zu setzen ist in den sozialen Berufen eine der großen Herausforderungen. Es gibt immer mehr zu tun, als es die eigene Rolle, die zeitlichen Kapazitäten zulassen.

Persönliche Grenzen sind individuell sehr unterschiedlich und objektiv oft nicht begründbar.

Diese Grenzen müssen deutlich gemacht werden. Für einen Vertrauensaufbau und Bindung zwischen Fachkraft und betroffener Person braucht es eine klare Rollenklärung, die hilft, Enttäuschungen vorzubeugen und die Handlungskompetenzen für das Gegenüber besser einschätzen zu können.

Für die Arbeit mit traumatisierten Geflüchteten ist es vor allem wichtig, zu wissen, an welcher Stelle in andere Fach- und Beratungsstellen weitervermittelt werden sollte, so zum Beispiel bei asylrechtlichen Themen in die Asylverfahrensberatung oder bei psychotherapeutischen Themen in Psychosoziale Zentren oder Psychiatrische Institutsambulanzen. Es geht aber auch nicht nur darum, die eigene Rolle und die Grenzen gegenüber der Betroffenen transparent und klar zu machen, sondern auch gegenüber Kolleg*innen und Vorgesetzten.

Grenzen setzen schont langfristig Ressourcen und Arbeitsbeziehungen

Die Klarheit der eigenen Grenzen und ein wertschätzendes „Nein“ ist notwendig für ein „gesundes“ Helfen. Erfüllt man immer nur die Belange der anderen, brennt man unweigerlich aus und ist dann keinem eine Hilfe mehr. Insofern ist es vor allem vorausschauend und strategisch, „Nein“ sagen zu können.

Hilfreich ist es, sich immer wieder einen Moment Zeit zu nehmen, um die Situation kurz zu reflektieren:

- **Was soll ich tun? Was ist mein Auftrag?**
- **Wie viel Kraft, Zeit und Ressourcen habe ich das zu tun?**
- **Wer bittet mich darum? In welchem Verhältnis stehen wir zueinander?**
- **Was fällt möglicherweise hinten runter, wenn ich den Auftrag annehme?**

Videotipp: Selbstfürsorge – Brenne für Deine Arbeit ohne zu verbrennen

Erklärvideo zum Thema Selbstfürsorge von Psychotherapeut Stefan Junker: *https://www.youtube.com/watch?v=GueGN3nRn9g&feature=youtu.be*

Motivation hinterfragen

Die eigene Motivation ist ein wichtiger Antrieb für die Arbeit, allerdings auch mit dem Risiko behaftet, dass man die eigenen Grenzen nicht (so gut) wahrnimmt oder hinnehmen will und daher überschreitet.

Insofern ist es zur Grenzziehung auch wichtig, zu wissen, warum man diese Arbeit überhaupt macht. Dafür helfen die folgenden Fragen:

- **Warum helfe ich überhaupt?**
- **Was will ich damit erreichen?**
- **Was treibt mich an, Unterstützung zu leisten?**
- **Welche Werte stehen dahinter?**

Ressourcen suchen, finden und nutzen

Neben der Reflexion von Gefühlen, Beziehungsaspekten (Nähe – Distanz, Macht – Ohnmacht) und Grenzen ist es für Fachkräfte wie auch für Betroffene wichtig, sich der eigenen Ressourcen und „Kraftquellen“ bewusst zu werden und diese nutzen zu können. Dabei helfen Fragen wie:

- **Was kann ich gut? Welche Stärken würden andere bei mir sehen?**
- **Was mag ich an mir? Was mögen andere an mir?**
- **Was schätze ich an mir? Was schätzen andere an mir?**
- **Was tut mir gut? Was macht mich glücklich? Was begeistert mich?**

Es sind für jede*n individuell andere Methoden und Lebensbereiche, in denen die eigenen Ressourcen besonders deutlich werden. Sie reichen von soziale Kontakte pflegen, sich künstlerisch betätigen, Sport treiben, über alleine sein und gar nichts tun zu so oft wie möglich in den Urlaub fahren.

Geteiltes Leid ist halbes Leid?!

Neben der persönlichen Selbstfürsorge ist es wichtig, sich Unterstützung innerhalb des Teams zu suchen, um einen guten Umgang mit hoher Arbeitsbelastung zu finden. Regelmäßige Supervision kann dabei helfen, Gefühlen der Ohnmacht, Hilflosigkeit, Zweifel, Schuld und Schwäche einen Raum zu geben und gemeinsam nach Möglichkeiten zu suchen, um sich gegenseitig zu entlasten. Es hilft, sich mit anderen zusammenzutun und nicht als Einzelkämpfer*in die Arbeit durchzustehen.

Selbstfürsorge – nur wie?

?

- **Kleine Erfolge sehen**
- **Auf eigene Bedürfnisse und Grenzen achten!**
- **Nähe-Distanz ausgleichen**
- **Eigene Motivation für Engagement klären**
- **Sich gut um sich selbst kümmern! Eigene Ressourcen nutzen!**
- **Unterstützung (Netzwerke) mobilisieren**
- **Austausch mit anderen, Möglichkeiten zur Reflexion, Intervision, Supervision**

Weiterführende Links

Bundesweite Hilfsangebote bei Krisen und Suizidalität

- ☐ **Notruf 112**
  Bei akuten Suizidgedanken/ im (medizinischen) Notfall. Alternativ: Kontakt zur nächsten psychiatrischen Klinik aufnehmen → mehr Infos siehe Kapitel "Vorgehen bei Suizidalität"

- ☐ **Bundesweite Krisendienste und Sozialpsychiatrische Dienste**
  Umkreissuche: *https://www.deutsche-depressionshilfe.de/*

- ☐ **Telefonseelsorge**
  0800-1110111 oder 0800-1110222
  https://www.telefonseelsorge.de/
  Eine vorwiegend ehrenamtlich betriebene, christliche Hilfseinrichtung zur telefonischen Beratung von Menschen mit Sorgen, Nöten und Krisen, rund um die Uhr erreichbar.

- ☐ **Hilfetelefon „Gewalt gegen Frauen"**
  0800-0116 0116
  https://www.hilfetelefon.de/
  Bundesweites Hilfetelefon an 365 Tagen im Jahr rund um die Uhr für von Gewalt betroffene Frauen, Angehörige und Freunde sowie Fachkräfte. Die Beratung erfolgt anonym, kostenlos und barrierefrei.

- ☐ **Muslimisches Sorgentelefon**
  030-443509821
  https://www.mutes.de/
  Bundesweites ehrenamtliches, muslimisches Hilfetelefon an 365 Tagen im Jahr rund um die Uhr.

- ☐ **Suizidprophylaxe**
  Verzeichnis von Kontaktadressen bei Krisen und Suizidalität nach Bundesländern
  https://www.suizidprophylaxe.de/hilfsangebote/adressen/

Kontaktadressen bei Krisen und Suizidalität für Kinder und Jugendliche:

- ☐ **Krisenchat**
  Junge Menschen unter 25 können sich an den Krisenchat wenden. Diese bieten individuelle Beratung per WhatsApp oder SMS an und sind rund um die Uhr kostenlos erreichbar.
  https://krisenchat.de/

- ☐ **Jugendnotmail**
  Kinder und Jugendliche bis 19 Jahren können sich an *jugendnotmail.de* wenden. Dort gibt es eine Online-Beratung und verschiedene Chat-Angebote.

- ☐ **Nummer gegen Kummer**
  0800-1110333
  https://www.nummergegenkummer.de/
  Kostenfreies telefonisches Beratungsangebot für Kinder, Jugendliche und Eltern

- ☐ **[u25]**
  Online-Suizidprävention ist eine kostenlose und vertrauliche Mailberatung für unter 25-Jährige in (suizidalen) Krisen
  www.u25-deutschland.de

- ☐ **neuhland**
  Online-Beratung im Chat für suizidgefährdete junge Menschen
  http://beratungsstelle.neuhland.net/startseite.html

Psychosoziale, psychotherapeutische Angebote

- ☐ **Psychosoziale Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer**
  Die Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF e.V.) listet die Kontakte zu den regionalen Psychosozialen Zentren (PSZ)
  https://www.baff-zentren.org/hilfe-vor-ort/psychosoziale-zentren/
  Erklärvideos zur Arbeit der PSZ in 6 Sprachen:
  https://www.youtube.com/watch?v=27LzfJo1e-g&t=3s

- ☐ **MUT-ATLAS – bundesweiter Wegweiser und Suchportal für Hilfs- und Präventionsangebote**
  Umkreissuche: *www.mut-atlas.de*

- ☐ **Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS)**
  Informationen über Selbsthilfegruppen 030-8914019
  https://www.nakos.de/

- ☐ **Therapeutensuche in der Regelversorgung**
  Die Suche nach eine*r Psychotherapeut*in für geflüchtete Menschen ist mit vielen (strukturellen) Herausforderungen verbunden, dennoch sind im Folgenden die Möglichkeiten der Therapeut*innensuche verzeichnet:

- ☐ **Kassenärztlichen Vereinigung**
  Terminservicestelle der KV
  Tel: 116117
  Website: *www.eterminservice.de/terminservice*

- ☐ **Bundestherapeutenkammer**
  www.bptk.de/service/therapeutensuche

- ☐ **Deutsche PsychotherapeutenVereinigung**
  www.dptv.de/psychotherapie/psychotherapeutensuche

- ☐ **Traumatherapeut*innen Suche**
  https://www.degpt.de/hilfe-fuer-betroffene/therapeut-innen-in-ihrer-naehe-finden/

- ☐ **Online-Therapeutensuche**
  www.therapie.de/therapeutensuche

Weitere Informationen und Beratungsstellen

- ☐ **Medibüros**
  Bundesweite Übersicht für medizinische Flüchtlingshilfe und Medinetz-Initiativen
  https://medibueros.org/

- ☐ **Informationsportal** zur gesundheitlichen Versorgung von Geflüchteten
  Ansprüche, Politische Entwicklungen in den einzelnen Bundesländern
  http://gesundheit-gefluechtete.info/

- ☐ **Bundesverband Frauenberatungsstellen und Frauennotrufe (bff)**
  Der bff verzeichnet rund 170 Beratungsstellen
  https://www.frauen-gegen-gewalt.de/organisationen.html

- ☐ **Bundesweiter Koordinierungskreis gegen Menschenhandel e.V. (KOK)**
  Fachberatungsstellen für Betroffene von Menschenhandel und weitere Organisationen, die zu Menschenhandel, Ausbeutung und Gewalt an Migrantinnen arbeiten
  https://www.kok-gegen-menschenhandel.de/mitgliedsorganisationen-fachberatungsstellen/

- ☐ **Bundesverband unabhängiger Beratungsstellen für Betroffene rechter, rassistischer und antisemitischer Gewalt in Deutschland (VBRG e.V)**
  http://verband-brg.de/

- ☐ **Bundesfachverband unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (BumF)**
  Mehr als 400 Träger von Jugendhilfeeinrichtungen und Einzelpersonen, die mit geflüchteten Kindern und Jugendlichen arbeiten
  https://b-umf.de/

- ☐ **Pena.ger, die bundesweite Online-Beratungsstelle für Geflüchtete**
  Instagram: pena.ger

- ☐ **Bundesverband für körper- und mehrfachbehinderte Menschen e.V.**
  http://bvkm.de/unsere-themen/migration-integration/

- ☐ **Queer Refugees Deutschland**
  Angebote, die sich speziell an schwule, lesbische, bisexuelle, trans*, und inter* (LSBTI*) Geflüchtete richten
  http://www.queer-refugees.de/

- ☐ **Fluechtlingshelfer.info**
  Vielseitige Informationen für Flüchtlingshelfer*innen
  https://fluechtlingshelfer.info
  https://basiswissen.asyl.net/wissen-kompakt/gesundheit-und-sozialleistungen#

Mehrsprachige Informationen zur psychischen Gesundheit

In den psychosozialen Zentren finden schwer belastete Geflüchtete einen sicheren Ort und sichere Beziehungen, die nach massiven Stresserfahrungen und Traumatisierungen stabilisierend und heilend wirken können. In der Online-Therapie und -Beratung sowie in der Verwendung von Apps oder anderen Selbsthilfe-Angeboten können diese wichtigen Erfahrungen in der Regel nicht in dem notwendigen Ausmaß gemacht werden. Nichtsdestotrotz stellen sie gerade in Situationen von Krise und Isolation eine häufig hilfreiche Ressource dar. Die folgenden Apps und unterstützenden Materialien wurden von der BAfF gesichtet und als hilfreiche zusätzliche Unterstützung eingeschätzt. Diese Liste stellt jedoch keine abschließende Aufzählung und Einschätzung dar.

Erklärvideos der BAfF zur Arbeit der Psychosozialen Zentren in Deutsch, Englisch, Arabisch, Russisch, Französisch, Persisch: *https://www.youtube.com/watch?v=27LzfJo1e-g&t=3s*

NAWA – "der Ort der Geborgenheit" (kurdisch) Informationen und Übungen für traumatisierte Menschen (Albanisch, Arabisch, Deutsch, Englisch, Französisch, Kurdisch, Farsi, Russisch, Serbo-kroatisch, Tamil, Türkisch), die helfen besser zu verstehen, was bei einem Psychotrauma passiert und welches Verhalten hilfreich ist. Es wird zu Anfang erläutert, dass die Beschwerden „normale Reaktionen auf unnormale Umstände" sind. Die Psychoedukation wird von einem empowernden Ansatz begleitet. Anhand von Geschichten der Klient*innen werden Trauma und Symptome beschrieben und dadurch gesellschaftlich und politisch kontextualisiert. Traumafolgen werden nicht abstrakt, sondern in Alltagssituationen eines Paares mit Kindern erklärt. Es werden weiterführende Informationen und Übungen zur Selbsthilfe gegeben. Entwickelt durch das BAfF-Mitgliedszentrum PSZ Düsseldorf *https://psz-duesseldorf.de/wir-fuer-sie/nawa/*

Die Website **www.refugee-trauma.help** (Deutsch, Englisch, Tigrinisch, Farsi) informiert über Trauma und seine Folgen. Sie bietet Übungen zum Download mit denen traumatisierte geflüchtete Kinder und Erwachsene ihre Kräfte zur Selbstheilung aktivieren können. Die Audio-Übungen gibt es in folgenden Sprachen: Albanisch, Arabisch, Serbisch/Bosnisch, Deutsch, Englisch, Französisch, Kurdisch, Russisch, Tamil und sind jene aus dem Projekt NAWA vom PSZ Düsseldorf (siehe oben). Es werden außerdem Informationen für Unterstützer*innen gegeben. Entwickelt von Dr. Birgit Kracke, Fachärztin für Psychiatrie/Psychotherapie und Team. *https://www.refugee-trauma.help/*

Selbsthilfe-App **„ALMHAR"** – Durch Psychoedukation den Körper besser verstehen (Englisch, Arabisch, Farsi): Die App für Android erklärt die häufigsten emotionalen Probleme von traumatisierten Menschen. Der niedrigschwellige, psychoedukative Ansatz wird in 12 Modulen mit Übungen umgesetzt. Ein anonymisierter Fragebogen wurde zu Forschungszwecken hinterlegt. Es wird erklärt, dass eine App keine Psychotherapie ersetzt und dass es sein kann, dass nicht alle Informationen und Übungen allen Menschen gleich helfen. Die Beschwerden werden als „normale Reaktion auf unnormale Umstände" beschrieben. Entwickelt durch das BAfF-Mitgliedszentrum Zentrum Überleben. *https://www.ueberleben.org/unsere-arbeit/abteilungen/forschung/almhar-app-for-refugees/*

Die Website **www.refugeeum.eu** (Albanisch, Arabisch, Dari/Farsi, Englisch, Deutsch, Französisch, Serbisch/Bosnisch) wurde von Psychologie-Studierenden entwickelt. Es werden Belastungsreaktionen erklärt, die nach einer Traumafolgestörung auftreten können und Übungen bereitgestellt, die Betroffene selbst ausprobieren können. Die Informationen und Übungen sind textbasiert. Reaktionen sind normal. Entwickelt von Psychologie-Studierenden mit der Unterstützung von BAfF-Mitgliedszentrum Segemi und Menschen mit Fluchterfahrung. *https://refugeeum.eu/*

Die Website **www.selfhelpfortrauma.org** stellt eine Methode (Trauma Tapping Technique) vor, die zur Stressreduktion angewendet werden kann (Arabisch, Dari/Farsi, Englisch, Spanisch, Deutsch, Französisch, Somali, Tigrinisch). Die Methode ist als App und als PDF erhältlich. Vorsicht: Auf der Webseite wird trotz der Klarstellung, dass es sich um eine Methode zur momentanen Beruhigung des Nervensystems handelt und keine Psychotherapie ersetzt, an anderen Stellen von „Heilung" gesprochen. Innerhalb der Methode wird diese irreführende Beschreibung nicht verwendet. Entwickelt von Gunilla

Hamne und Ulf Sandström, Gründer*innen von „Peaceful Heart Network“ (aus dem Kontext Entwicklungszusammenarbeit, vergeben Zertifikate an Trainer*innen).
https://www.selfhelpfortrauma.org/

Psychoedukatives Material **„Seelenkompass. Wenn die Seele schmerzt…“** in verschiedenen Sprachen (Arabisch, Deutsch, Englisch, Farsi, Russisch) von BAfF-Mitgliedszentrum KommMit e.V. erstellt.

- ☐ *Arabisch*
- ☐ *Deutsch*
- ☐ *Englisch*
- ☐ *Farsi*
- ☐ *Russisch*

Psychoedukatives Material zur **Unterstützung von geflüchteten Eltern** in den Sprachen (Arabisch, Deutsch, Englisch, Kurdisch, Persisch) als pdf zum Download. Zusammengestellt im Jahr 2016 durch die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK).
https://www.bptk.de/ratgeber/elternratgeber-fluechtlinge/

Mehrsprachige Informationen für Klient*innen zu physischen und psychischen Erkrankungen:
http://www.medical-tribune.de/praxis-und-wirtschaft/patienteninformationen/
Informationen zu Stressbewältigung und Selbstfürsorge, Tipps und Beispiele zu Stabilisierung und Traumaverarbeitung für Menschen, die Geflüchtete unterstützen
https://www.be-here-now.eu/de

Sprachmittlungsdienste in Deutschland

Bundesweit gibt es meist kleinere regionale Anbieter von Sprachmittlerdiensten, die Sprachmittler*innen für psychosoziale Beratung vermitteln können.
In den meisten Modellen der Video-Sprachmittlung wird eine monatliche Grundgebühr erhoben und zusätzlich ein Betrag pro in Anspruch genommener Minute berechnet. Weitere Kosten, die entstehen können, sind einmalige Anschluss- oder Vermittlungsgebühren.

SprInt – Bundesweite Sprach- und Intergrationsmittlung
Sprachmittler*innen mit Qualifizierung für u.a. kultursensibles Dolmetschen in der Gesundheitsversorgung auch für Video-Sprachmittlung
https://www.sprachundintegrationsmittler.org/buchungsservice/

SAVD
Die SAVD Videodolmetschen GmbH bietet Videodolmetschen und Audiodolmetschen mit den Schwerpunkten Soziales, Gesundheit, Verwaltung und Recht an. Den Anwenderinnen und Anwendern steht ein Sprachpool von über 60 Sprachen zur Verfügung. Davon sind 17 Sprachen innerhalb von 120 Sekunden direkt erreichbar, über 45 weitere Sprachen können als Termin-Dolmetschungen gebucht werden.
https://www.savd.at/

Regionale Sprachmittlungspools
Regionale Sprachmittlungspools ermöglichen die Vermittlung und Finanzierung von qualifizierten Sprachmittler:innen für die psychotherapeutische und psychiatrische Versorgung von geflüchteten Menschen. Die Nutzung ist für kooperierende Praxen kostenlos.

- Für Bremen & Bremerhaven: *https://www.refugio-bremen.de/sprachmittlung/*
- Für Hamburg: *https://www.segemi.org/dolmetschpool*
- Für Thüringen: *https://www.kv-thueringen.de/mitglieder/themen-a-z/d/dolmetschen-landesprogramm-in-thueringen*
- Für Sachsen-Anhalt: *https://www.lamsa.de/*
- Für Brandenburg: *https://msgiv.brandenburg.de/msgiv/de/themen/integration/dolmetschertool/#*

bikup (NRW)
Vermittlung von qualifizierten kultursensiblen medizinischen Sprach- und Integrationsmittler*innen in über 90 Sprachen in Nordrhein-Westfalen
http://www.bikup.de/

Gemeindedolmetschdienste
http://gemeindedolmetschdienst-berlin.de/

Literaturverweise

Becker, D. (2006). Die Erfindung des Traumas—Verflochtene Geschichten. Edition Freitag.

Bittenbinder, E., & Patel, N. (2017). Systemische Praxis in globalen Zusammenhängen—Zwischen Solidarität und Abwehr. Familiendynamik, 42(1), 18–26.

Blackmore, R., Boyle, J. A., Fazel, M., Ranasinha, S., Gray, K. M., Fitzgerald, G., Misso, M., & Gibson-Helm, M. (2020). The prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. PLOS Medicine, 17(9), e1003337. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003337

Brenssell, A. (2014). Traumaverstehen. In A. Brenssell & K. Weber (Hrsg.), Störungen: Texte kritische psychologie 04. Argument Verlag mit Ariadne.

Brenssell, A., & Weber, K. (Hrsg.). (2014). Störungen: Texte kritische psychologie 04. Argument Verlag.

Brücker, H., Croisier, J., Kosyakova, Y., Kröger, H., Pietrantuono, G., Rother, N., & Schupp, J. (2019). Zweite Welle der IAB-BAMF-SOEP-Befragung. Geflüchtete machen Fortschritte bei Sprache und Beschäftigung. (01/2019; Kurzanalysen des Forschungszentrums Migration, Integration und Asyl des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge). https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Kurzanalysen/kurzanalyse1-2019-fortschritte-sprache-beschaeftigung.pdf?__blob=publicationFile

Comtesse, H., & Rosner, R. (2019). Prolonged grief disorder among asylum seekers in Germany: The influence of losses and residence status. European Journal of Psychotraumatology, 10(1). https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1591330

Dudek, V., Razum, O., & Sauzet, O. (2022). Association between housing and health of refugees and asylum seekers in Germany: Explorative cluster and mixed model analysis. BMC Public Health, 22(1), 48. https://doi.org/10.1186/s12889-021-12458-1

Fazel, M., Wheeler, J., & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: A systematic review. Lancet (London, England), 365(9467), 1309–1314. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)61027-6

Flatten, G., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, C., Lampe, A., Liebermann, P., Maercker, A., Reddemann, L., & Wöller, W. (2011). S3 Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. Trauma & Gewalt 3, 202–210.

Flory, L., Teigler, L., Behrends, M., & Atasayi, S. (2020). Trauma, Empowerment und Solidarität. Wie können wir zu einem verantwortungsvollen und ermächtigenden Umgang mit Trauma beitragen? Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e.V. http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2020/06/BAfF_Trauma-Empowerment-Solidaritaet.pdf

Gewalt, S. C., Berger, S., Szecsenyi, J., & Bozorgmehr, K. (2019). "If you can, change this system". Pregnant asylum seekers' perceptions on social determinants and material circumstances affecting their health whilst living in state-provided accommodation in Germany—A prospective, qualitative case study. BMC Public Health, 19(1). https://pub.uni-bielefeld.de/record/2935292

Grochtdreis, T., König, H.-H., Riedel-Heller, S. G., & Dams, J. (2022). Health-Related Quality of Life of Asylum Seekers and Refugees in Germany: A Cross-Sectional Study with Data from the German Socio-Economic Panel. Applied Research in Quality of Life, 17(1), 109–127. https://doi.org/10.1007/s11482-020-09877-4

Hajak, V. L., Sardana, S., Verdeli, H., & Grimm, S. (2021). A Systematic Review of Factors Affecting Mental Health and Well-Being of Asylum Seekers and Refugees in Germany. Frontiers in Psychiatry, 12. https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyt.2021.643704

Hantke, L. (2015). Traumakompetenz in psychosozialen Handlungsfeldern. In S. Gahleitner, C. Frank, & A. Leitner (Hrsg.), Ein Trauma ist mehr als ein Trauma. Biopsychosoziale Traumakonzepte in Psychotherapie, Beratung, Supervision und Traumapädagogik. Beltz Juventa.

Heeren, M., Mueller, J., Ehlert, U., Schnyder, U., Copiery, N., & Maier, T. (2012). Mental health of asylum seekers: A cross-sectional study of psychiatric disorders. BMC Psychiatry, 12, 114. https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-114

Herman, J. L. (1997). Trauma and Recovery. Basic Books.

Jannesari, S., Hatch, S., Prina, M., & Oram, S. (2020). Post-migration Social-Environmental Factors Associated with Mental Health Problems Among Asylum Seekers: A Systematic Review. Journal of Immigrant and Minority Health, 22(5), 1055–1064. https://doi.org/10.1007/s10903-020-01025-2

Keilson, H. (1979). Sequentielle Traumatisierung bei Kindern (1.). Enke.

Keilson, H. (2005). Sequentielle Traumatisierung bei Kindern: Untersuchung zum Schicksal jüdischer Kriegswaisen (1.). Psychosozial-Verlag.

Kirmes, M., & Barwinski, R. (2020). Schwerpunktheft: Opfer rechter Gewalt. Trau- ma-Zeitschrift für Psychotraumatologie und ihre Anwendung, 18(1).

Laban, C. J., Gernaat, H. B. P. E., Komproe, I. H., Schreuders, B. A., & De Jong, J. T. V. M. (2004). Impact of a long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in The Netherlands. The Journal of Nervous and Mental Disease, 192(12), 843–851.

Li, S. S. Y., Liddell, B. J., & Nickerson, A. (2016). The Relationship Between Post-Migration Stress and Psychological Disorders in Refugees and Asylum Seekers. Current Psychiatry Reports, 18(9), 82. https://doi.org/10.1007/s11920-016-0723-0

Lindert, J., Ehrenstein, O. S. von, Priebe, S., Mielck, A., & Brähler, E. (2009). Depression and anxiety in labor migrants and refugees – A systematic review and meta-analysis. Social Science & Medicine, 69(2), 246–257. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.04.032

Lindert, J., Ehrenstein, O. S. von, Wehrwein, A., Brähler, E., & Schäfer, I. (2018). Angst, Depressionen und posttraumatische Belastungsstörungen bei Flüchtlingen – eine Bestandsaufnahme. PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie, 68(01), 22–29. https://doi.org/10.1055/s-0043-103344

Mohsenpour, A., Biddle, L. R., Krug, K., & Bozorgmehr, K. (2021). Measuring deterioration of small-area housing environment: Construction of a multi-dimensional assessment index and validation in shared refugee accommodation. SSM - Population Health, 13. https://pub.uni-bielefeld.de/record/2949857

Nickerson, A., Bryant, R. A., Silove, D., & Steel, Z. (2011). A critical review of psychological treatments of posttraumatic stress disorder in refugees. Clinical Psychology Review, 31(3), 399–417. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.10.004

Nutsch, N., & Bozorgmehr, K. (2020). Der Einfluss postmigratorischer Stressoren auf die Prävalenz depressiver Symptome bei Geflüchteten in Deutschland. Analyse anhand der IAB-BAMF-SOEP-Befragung 2016. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 63(12), 1470–1482. https://doi.org/10.1007/s00103-020-03238-0

Paradies, Y., Ben, J., Denson, N., Elias, A., Priest, N., Pieterse, A., Gupta, A., Kelaher, M., & Gee, G. (2015). Racism as a Determinant of Health: A Systematic Review and Meta-Analysis. PLOS ONE, 10(9), e0138511. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0138511

Perkonigg, A., Kessler, R. C., Storz, S., & Wittchen, H.-U. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: Prevalence, risk factors and comorbidity. Acta Psychiatrica Scandinavica, 101(1), 46–59. https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.101001046.x

Porter, M., & Haslam, N. (2005). Predisplacement and Postdisplacement Factors Associated With Mental Health of Refugees and Internally Displaced Persons: A Meta-analysis. JAMA: The Journal of the American Medical Association, 294(5), 602–612. https://doi.org/10.1001/jama.294.5.602

Reddemann, L. (2006). Psychotraumata: Primärärztliche Versorgung des seelisch erschütterten Patienten (1. Aufl.). Deutscher Ärzte-Verlag.

Schäfer, I., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, C., Lampe, A., Liebermann, P., Lotzin, A., Maercker, A., Rosner, R., & Wöller, W. (Hrsg.). (2019). S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. Springer-Verlag. https://doi.org/10.1007/978-3-662-59783-5

Schock, K., Rosner, R., & Knaevelsrud, C. (2015). Impact of asylum interviews on the mental health of traumatized asylum seekers. European Journal of Psychotraumatology, 6(0). http://www.ejpt.net/index.php/ejpt/article/view/26286

Sequeira, D. F. (2015). Gefangen in der Gesellschaft – Alltagsrassismus in Deutschland: Rassismuskritisches Denken und Handeln in der Psychologie (1. Aufl.). Tectum Wissenschaftsverlag.

Solberg, Ø., Vaez, M., Johnson-Singh, C. M., & Saboonchi, F. (2020). Asylum-seekers' psychosocial situation: A diathesis for post-migratory stress and mental health disorders? Journal of Psychosomatic Research, 130, 109914. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2019.109914

Sonneck, G. (2000). Krisenintervention und Suizidverhütung. Facultas.

Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R. A., & van Ommeren, M. (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: The Journal of the American Medical Association, 302(5), 537–549. https://doi.org/10.1001/jama.2009.1132

Teigler, L., & Krebs, D. (2020). „Wir müssen reden“ – Rassismus thematisieren in Beratungs- und Therapiestrukturen. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e.V.

Walther, L., Fuchs, L. M., Schupp, J., & von Scheve, C. (2020). Living Conditions and the Mental Health and Well-being of Refugees: Evidence from a Large-Scale German Survey. Journal of Immigrant and Minority Health, 22(5), 903–913. https://doi.org/10.1007/s10903-019-00968-5

Walther, L., Kröger, H., Tibubos, A. N., Ta, T. M. T., von Scheve, C., Schupp, J., Hahn, E., & Bajbouj, M. (2020). Psychological distress among refugees in Germany: A cross-sectional analysis of individual and contextual risk factors and potential consequences for integration using a nationally representative survey. BMJ Open, 10(8), e033658. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033658

Winkler, J., Brandl, E., Bretz, H., Heinz, A., & Schouler-Ocak, M. (2019). Psychische Symptombelastung bei Asylsuchenden in Abhängigkeit vom Aufenthaltsstatus. Psychiatrische Praxis, 46(04), 191–199. https://doi.org/10.1055/a-0806-3568

Ziersch, A., & Due, C. (2018). A mixed methods systematic review of studies examining the relationship between housing and health for people from refugee and asylum seeking backgrounds. Social Science & Medicine (1982), 213, 199–219. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.07.04

Über die BAfF

Die Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e.V. (BAfF) ist der Dachverband der derzeit 48 Psychosozialen Zentren, Einrichtungen und Initiativen, die sich die psychosoziale und therapeutische Versorgung von Geflüchteten in Deutschland zur Aufgabe gemacht haben. Seit über 25 Jahren setzen wir uns gegen Diskriminierung und Menschrechtsverletzungen im Kontext Flucht ein. Die Psychosozialen Zentren haben sich zu zentralen Akteurinnen in der psychosozialen Versorgung geflüchteter Menschen entwickelt. Sie bieten psychosoziale, psychotherapeutische, rechtliche, soziale und oftmals medizinische Unterstützung für geflüchtete Menschen an, unabhängig von Nationalität, Aufenthaltsstatus, Genderidentität, sexueller Orientierung, politischen, ethnischen, religiösen oder sonstigen Zugehörigkeiten.

Während die traditionellen Gesundheitsversorgungssysteme bislang nur zögerlich Angebote für die komplexe Problemlage Geflüchteter entwickelt haben, bauten in den letzten 40 Jahren Bürgerinitiativen, Kirchen und Wohlfahrtsverbände Angebote der gesundheitlichen – insbesondere der psychosozialen und psychotherapeutischen – Versorgung auf. Diese inzwischen 48 Psychosozialen und/oder Behandlungszentren und Initiativen, werden seit 1996 durch die BAfF als ihren Dachverband vernetzt. Die BAfF koordiniert den Austausch von Erfahrung, Wissen und Information zwischen AkteurInnen, die sich im Flüchtlingsschutz engagieren, veranstaltet Fortbildungen, Sensibilisierungstrainings und Expertenrunden, sucht das Gespräch mit EntscheidungsträgerInnen des Gesundheits- und Sozialsystems und setzt sich für den Abbau von Barrieren ein, die Geflüchtete am Zugang zu Gesundheitsfürsorge und sozialen Sicherheitssystemen behindert.

Wir engagieren uns für den Abbau von Vorbehalten und eine Öffnung des Gesundheitssystems für Geflüchtete und setzen Impulse im öffentlichen ebenso wie im wissenschaftlichen Diskurs. Dabei verfolgen unsere Aktivitäten das Ziel, die öffentliche und auch die professionelle Wahrnehmung für die Folgen organisierter Gewalt und unfreiwilligen Exils zu sensibilisieren und dabei auch Geflüchteten selbst über die Dokumentation von Zeitzeugnissen eine Stimme im öffentlichen Raum zu geben.

In der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer sind derzeit folgende 48 Mitgliedszentren vertreten (nach Bundesländern sortiert):

https://www.baff-zentren.org/hilfe-vor-ort/psychosoziale-zentren/

Abbildungsverzeichnis

S.69 © 2022 Ariane Brenssell
Alle weiteren Illustrationen und Schaugrafiken © BAfF e.V.