BAfF

Bundesweite Arbeitsgemeinschaft
der psychosozialen Zentren
für Flüchtlinge und Folteropfer

Traumasensibler und empowernder Umgang mit Geflüchteten

Ein Praxisleitfaden

Mit praktischen Übungen, weiterführenden Tipps und Kontaktadressen.

Impressum

Herausgeberin:
Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer – BAfF e.V.
Paulsenstraße 55-56, 12163 Berlin
Tel.: +49 30 - 310 12 461
E-Mail: info@baff-zentren.org
www.baff-zentren.org

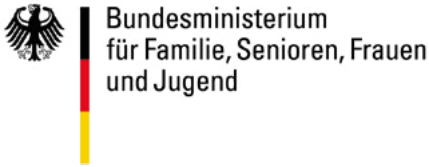
Copyright: BAfF e.V. 2017. Alle Rechte vorbehalten.

Autorin: Lea Flory
Layout: Daniela Krebs

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

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

Gefördert vom:



Traumasensibler und empowernder Umgang mit Geflüchteten

Ein Praxisleitfaden

Über die Publikation

Bei vielen Fachkräften und ehrenamtlich Engagierten bestehen Fragen und Unsicherheiten bezüglich des Umgangs mit traumatisierten Geflüchteten. 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? 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 im Praxisleitfaden „Traumasensibler und empowernder Umgang mit Geflüchteten“ eingegangen. Grundsätzlich gilt: Alle Geflüchteten 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: *http://www.gewaltschutz-gu.de*)

Die vorliegende Publikation wurde im Rahmen der Arbeit der Initiative zum Schutz von geflüchteten Menschen in Flüchtlingsunterkünften initiiert und vom BMFSFJ gefördert. Dieser ergänzende Leitfaden soll Mitarbeitende von Flüchtlingsunterkünften in ihrem Arbeitsalltag mit Opfern 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 empowernde Arbeit mit Geflüchteten zu ermöglichen. Er umfasst Informationen und Handlungsvorschläge zu den Bereichen Trauma und Flucht, strukturelle Bedingungen der Psychotherapie mit Geflüchteten, 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.

Inhalt

Über die Publikation 4

Vorwort 8

1. Was sind psychosoziale Auswirkungen von Gewalt und Flucht? Was ist ein Trauma? Was ist eine Traumafolgestörung? 10

Arten von traumatischen Lebensereignissen 12

Traumafolgestörungen bei Geflüchteten 14

Kritik an der Pathologisierung durch die Diagnose PTSD 15

Verlauf und Auftreten von Traumafolgestörungen 25

Postmigrationsstressoren bei Geflüchteten in Deutschland 28

2. Wer hat Anspruch auf welche Behandlung? Was kann ich mir unter einer Traumatherapie vorstellen? 32

Wer ist wann leistungsberechtigt? 33

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

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? 66

(Un-) Möglichkeit der Hilfe und ihre Folgen 68

Möglichkeiten der Selbstfürsorge 70

Weiterführende Links 78

Literaturverweise 84

Über die BAfF 88

Abbildungsverzeichnis 96

Vorwort

Seit dem „Sommer der Migration“ im Jahr 2015 engagieren sich Menschen in Deutschland wie nie zuvor ehrenamtlich aber auch hauptamtlich für geflüchtete Schutzsuchende. Viele Geflüchtete haben massive Menschenrechtsverletzungen, Krieg und Verfolgung überlebt und sind nach der Flucht Diskriminierung und großer Unsicherheit bezüglich ihrer Zukunft ausgesetzt.

Was ankommende Menschen brauchen, ist vor allem Sicherheit: Sicherheit in der Unterbringung, Sicherheit in der aufenthaltsrechtlichen Situation, Sicherheit für Familie und Freund*innen. Fehlende Sicherheit und die Belastung durch quälende Erinnerungen an traumatische Situationen im Herkunftsland und auf der Flucht, machen es oftmals schwer im Hier und Jetzt anzukommen.

Durch psychosoziale Arbeit können Betroffene stabilisiert werden, Vertrauen (zurück)gewonnen und ein Weg geebnet werden, auf dem die geflüchteten Menschen wieder ins Leben zurückfinden und erneut in die Welt eingebunden werden.

Jedoch mangelt es häufig an Kapazitäten, Netzwerken und Strukturen für Austausch, Aus- und Weiterbildung sowie zur Überwindung von Barrieren und Hürden um für Geflüchtete einen bedarfsgerechten Zugang zur psychosozialen und psychotherapeutischen Versorgung sicherzustellen. Der Zustand des Wartens und das Gefühl von Passivität sind auch in diesem Lebensbereich eine alltägliche Erfahrung vieler Geflüchteter und ihrer Helfer*innen. Viele Fachkräfte berichten vom Gefühl der Ohnmacht und davon an ihre Grenzen zu gehen.

So ist nicht nur Verständnis und Mitgefühl im Kontakt und in der unterstützenden Beziehung wichtig, sondern eben auch die Fähigkeit sich abgrenzen zu können, damit nicht die eigenen Kräfte überbeansprucht werden und sich erschöpfen.

Dabei ist es für Opfer oder Zeug*innen von zerstörerischer Gewalt zweifelsohne enorm wichtig, dass ihre verletzte Integrität wiederhergestellt wird. Jede Wunde muss heilen. Der Heilungsprozess vollzieht sich bei einigen Menschen ohne jegliche professionelle Hilfe, bei andern können durch gezielte soziale oder integrative Unterstützungsprozesse die nötigen Selbstheilungsprozesse aktiviert werden und bei manchen Menschen kann es zu langwierigen psychischen Belastungen kommen, die psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung erforderlich machen.

Doch was ist also wo und wie zu tun? Wie kann stabilisierend gearbeitet werden? Wie können sowohl die Stärken und die Leistungsfähigkeit von Geflüchteten betont werden, die – ob als Individuen oder in Familien – vielleicht Orientierungshilfe und Unterstützung benötigen, aber gleichzeitig als Überlebende und Mitglieder der Gemeinschaft aktiv dazu beitragen können, die Gesellschaft zu gestalten?

Und wie können gleichzeitig Reaktivierungen von traumatischen Situationen vermieden werden und wie kann damit umgegangen werden, wenn eine Person doch dissoziiert? Wo setzt man eigene Grenzen? Wann gehen mir Schicksale zu nah? Und wie kann man sich selbst helfen und wo seine Energie auftanken?

Dieser Praxisleitfaden gibt Antworten auf viele Fragen und praktische Hilfen – denn die Unterstützung von Menschen mit extremen Erfahrungen birgt besondere Herausforderungen. Das Ausmaß und die Unordnung des menschlichen Leids können Gefühle von Hilflosigkeit und Überforderung – und als Reaktion Verleugnung oder Abwehr hervorrufen.

In diesem Sinne soll der Praxisleitfaden auch zur Reflexion anregen und helfen schützende Räume für Geflüchtete zu öffnen oder offen zu halten.

Elise Bittenbinder

Vorsitzende der 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. Viele erleben schwere Menschenrechtsverletzungen, Folter oder Kriege, erfahren sexualisierte Gewalt oder werden Zeug*in davon, werden verfolgt oder vertrieben. Diese Erlebnisse zwingen viele zur Veränderung ihrer Situation durch Flucht – im Jahr 2016 waren das mehr als 65 Millionen Menschen (*UNHCR, 2017*). 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 Auswirkungen auf die Psyche werden Trauma genannt. Das Wort kommt aus dem Griechischen und heißt „Wunde“. Dieser Begriff schließt also mit ein, dass Gewalterfahrungen für Menschen schwerwiegende psychische Folgen haben können, da diese seelische Wunden zurücklassen. 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 Geflüchtete 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. Zu diesen traumatischen Erfahrungen gehört auch Gewalt gegenüber anderen miterlebt oder Leichen gesehen zu haben.

Kinder und Jugendliche mit Fluchterfahrungen

Kinder und Jugendliche mit Fluchterfahrungen haben meist schon sehr früh Gewalterfahrungen gemacht, was Folgen für ihre psychische Gesundheit und Entwicklung haben kann. Das häufige Erleben von traumatisierenden Situationen wird durch eine Studie aus den Niederlanden deutlich. Diese zeigt, dass etwa 23% der begleiteten Kinder körperlich misshandelt und etwa 8% sexuell missbraucht wurden, wohingegen 63% der unbegleiteten Minderjährigen körperlich und 20% sexuell misshandelt wurden (bei Jungen: 12%, bei Mädchen: 39%) (*Bean, Derluyn, Eurelings-Bontekoe, Broekaert, & Spinhoven, 2007*).

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

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.

man-made disaster

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 ändert sich, sie wird von nun an als feindselig, unberechenbar und chaotisch wahrgenommen. Die Überzeugung, dass die Welt verlässlich ist und das Leben einen Sinn hat, geht verloren und es überwiegen Gefühle der Hilflosigkeit und des Ausgeliefertseins. 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 und während der Flucht verhindern im Ankunftsland den Aufbau eines „normalen“ Lebens. Denn auch wenn die Gefahr und die traumatisierenden Erfahrungen „objektiv“ gesehen weit weg zu sein scheinen, werden viele Personen von den Erinnerungen immer wieder eingeholt. Doch nicht nur das eigene traumatische Erleben, auch die Todesangst um Angehörige, die in den Herkunftsländern und Kriegs- bzw. Verfolgungsgeschehen zurückbleiben mussten, verhindert ein Ankommen. Hinzu kommen prekäre Lebensbedingungen, wie die Unsicherheit über den Ausgang des Asylverfahrens oder über den Nachzug der Angehörigen (siehe *„Postmigrationsstressoren bei Geflüchteten in Deutschland“ auf Seite 28)*.

Traumatische Erfahrungen, wie sie ein großer Teil der Geflüchteten erlitten hat, sind starke Einflussfaktoren für die physische und psychische Gesundheit. Internationale Studien weisen darauf hin, dass die **Rate der Erkrankung** nach einem traumatischen Erlebnis (hier Diagnose PTSD) bei Geflüchteten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung **um etwa das Zehnfache** erhöht sein kann (*Fazel, Wheeler, & Danesh, 2005*).

In Studien sind Zahlen zu Geflüchteten mit Traumafolgestörungen im Mittel zwischen 30 und 50% zu finden (*Bozorgmehr u. a., 2016*). Das heißt 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. Eine häufige psychische Reaktion ist die Entwicklung einer von verschiedenen Traumafolgestörungen. Unter diesem Oberbegriff können mehrere klinische Diagnosen gefasst werden:

Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS bzw. PTSD)

- depressive Störungen
- dissoziative Störungen
- Angststörungen
- emotional instabile Persönlichkeitsstörung (Borderline)
- Suchterkrankungen
- somatoforme Störungen
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen (darunter Herzinfarkt und Schlaganfall)
- immunologische Erkrankungen (Asthma, Gelenkentzündungen, Ekzeme, ...)

Traumafolgestörungen treten häufig zeitgleich auf

Häufig treten auch mehrere Traumafolgestörungen zeitgleich 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*).

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 findet nicht nur im Gehirn statt

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.

Trauma muss im gesellschaftlichen Kontext verstanden werden

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, 2016, 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.

Posttraumatische Belastungsstörung

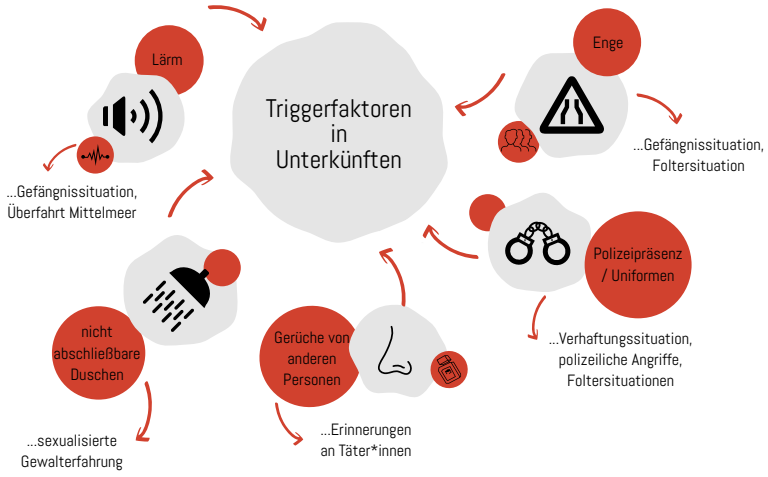
Die Diagnose der posttraumatischen Belastungsstörung wird in Politik und Medien immer häufiger als die Diagnose benutzt, um das Leid von Geflüchteten zu beschreiben.

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 jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würden. Anzeichen dieser Traumafolgestörung sind, wenn Personen 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 womöglich auch zeitweise die Kontrolle über sich und ihre Gefühle verlieren.

Für die Diagnose PTSD gibt es klar definierte Symptome, die sich in drei Bereiche zusammenfassen lassen:

Wiedererleben von traumatischen Situationen

Unerwartetes, intensives Wiedererleben 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.



Triggerfaktoren in Unterkünften

Dissoziationen

Es fühlt sich an wie im Nebel zu sein.

Manchmal da ist mein Kopf nicht da. Ich bin körperlich hier, aber mein Kopf geht irgendwo anders hin.

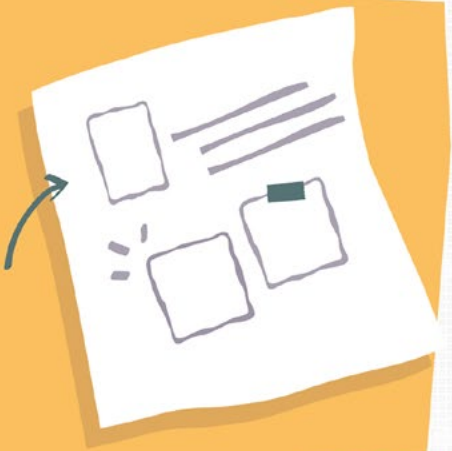
Ich stehe neben mir und schaue mir selbst zu.

Mein Körper macht, was er will.

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.

Auch nach der traumatischen Situation kommt es häufig dazu, dass Betroffene dissoziieren und plötzlich „wegtreten“, ins Leere blicken und nicht mehr auf andere Personen reagieren, wenn sie mit Schlüsselreizen konfrontiert werden.

Umgang mit Dissoziationen



Sie stellen fest, dass Ihr Gegenüber auf Ihre Ansprache nicht mehr reagiert, verstummt und ins Leere blickt, dann sollten Sie die Person unterstützen sich wieder in der Gegenwart zu orientieren und folgendes beachten:

Generell gilt:

- laut und deutlich sprechen
- zurückhaltend im Körperkontakt (ungewollte Berührung kann eine erneute Grenzverletzung sein)
- nicht über die traumatische Situation/Sequenzen sprechen
- Stimuli bereithalten (Igelball o.ä.)

Konkretes Vorgehen während Dissoziation:

- klare, ruhige und mehrmalige Ansprache der Person mit Namen
- Person nach Ort und Tag fragen (leichte Fragen helfen bei der Orientierung im Hier und Jetzt)
- Blickkontakt suchen und Person auffordern, ihn herzustellen
- Person auffordern sich hinzustellen und sich zu bewegen (stampfen, laufen, ausschütteln, gemeinsam den Raum verlassen)
- Person auffordern, tief auszuatmen
- etwas zu trinken anbieten
- starke Reize anbieten: Hände unter kaltes Wasser halten, Igelball kneten, 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“

Was hat ein Trauma mit einem chaotischen Kleiderschrank zu tun?

Oftmals wird ein Kleiderschrank als Bild gewählt, um zu erklären, wie Erinnerungen in einer traumatischen Situation abgespeichert werden, was bei Flashbacks passiert und was eine Traumatherapie leisten kann.

Während der traumatischen Situationen werden die Erinnerungen, in diesem Fall die Kleidungsstücke, in einen chaotischen Kleiderschrank gestopft. Die Tür geht gar nicht mehr richtig zu und wenn sie nur leicht berührt wird (Trigger), fliegt die Schranktür wieder auf und Kleidungsstücke fallen heraus (Flashbacks). Eine gängige Handlung ist dann, alle Kleidungsstücke wieder so schnell wie möglich in den Schrank zu stopfen. Doch das führt dazu, dass die Erinnerungen immer noch chaotisch im Schrank liegen und die Tür sich nicht schließen lässt und bei der kleinsten Berührung wieder aufgeht.

Bei einer Traumatherapie geht es darum, langsam die einzelnen Kleidungsstücke aus dem Schrank zu holen und vorsichtig zu betrachten, danach ordentlich zu falten und an einen gewählten Platz zurückzulegen und so nach und nach den Schrank zu ordnen. So werden Erinnerungen an das traumatische Ereignis an einen gewählten Platz gelegt, können gefunden werden, wenn die Person das möchte, werden aber nicht mehr plötzlich „herausfallen“.

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 einer körperlichen 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 den Personen es erschwert, z.B. in Sprachkursen oder in der Schule den ganzen Tag dem Unterricht zu folgen.

Übererregung bzw. erhöhte körperliche Wachsamkeit

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.

Vermeidung von Reizen, die mit der traumatischen Situation verbunden sind

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 Geflüchteten darstellt. Dies führt dazu, dass Aussagen oftmals nicht vollständig, detailreich, chronologisch und widerspruchsfrei erzählt werden können, was jedoch Kriterien der Glaubwürdigkeit sind.

Somatoforme 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.

Suchterkrankungen

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.

Depressive Störungen

Weltweit leiden mindestens 20 % der geflüchteten Personen unter Depressionen (*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.

Persönlichkeitsstörungen

Borderline als Persönlichkeitsstörung ist gekennzeichnet durch ein *„tiefgreifendes Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie [...] deutliche[...] Impulsivität“* (DSM-V). Viele Persönlichkeitsstörungen entstehen im frühen Erwachsenenalter und beeinflussen die betroffenen Personen langfristig in der Steuerung ihrer Gefühle oder der inneren Anspannung. Zu den Symptomen einer Borderline Persönlichkeitsstörung zählen ausgeprägte Stimmungsausbrüche und ein chronisches Gefühl der Leere. Des Weiteren kann ein impulsives Verhalten, mit dem sich selbst Schaden zugefügt wird (Alkohol- oder Substanzmissbrauch), und suizidale oder selbstverletzende Verhaltensweisen bei der betroffenen Person auftreten. Persönlichkeitsstörungen lassen sich in manchen Fällen auf vorausgegangene traumatische Ereignisse wie schwere körperliche, sexualisierte oder emotionale Gewalt zurückführen.

Verlauf und Auftreten von Traumafolgestörungen

Im Zusammenhang mit der weit verbreiteten Beschreibung von Traumafolgestörungen mit dem Begriff der **Post**traumatischen 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) müssen die Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung 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 als konkreter Stressor

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, 2016*).

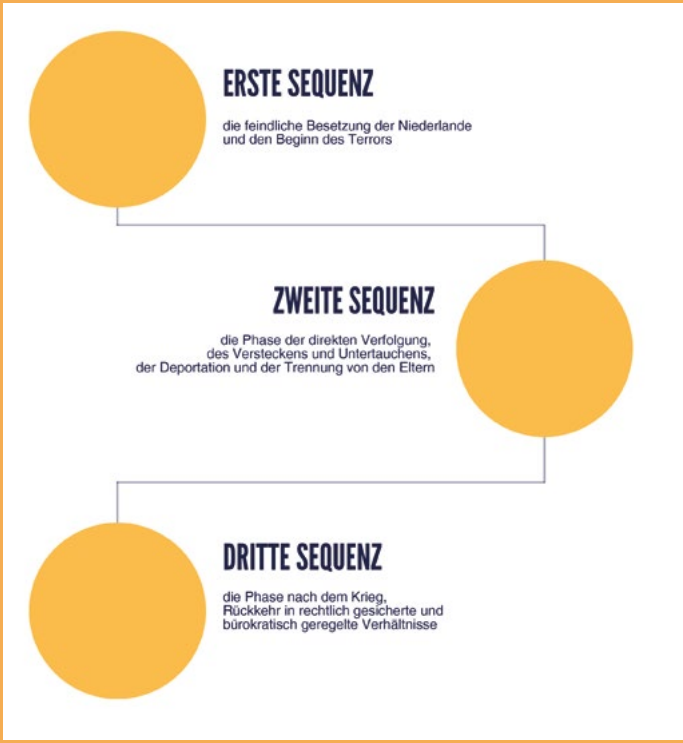
Akute Bedürfnisse haben Vorrang

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. 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*).

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 (*Albers, 2013; Porter & Haslam, 2005*). Je länger ein Asylverfahren dauert, desto höher ist auch die Auftretenswahrscheinlichkeit von psychischen Störungen und körperlichen Gesundheitsproblemen (*Laban, Gernaat, Komproe, van der Tweel, & De Jong, 2005*).

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*). Es wurden weitere Postmigrationsstressoren herausgestellt, wie z.B. Probleme bei der Arbeitssuche, finanzielle Unsicherheit, Diskriminierungserfahrungen oder Probleme bei der Familienzusammenführung und damit verbunden die Sorge um die Angehörigen und Schuldgefühle, weil sie aus dem Exil nicht ausreichend unterstützt werden können (*Laban u. a., 2005*).

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 (*Gavranidou, Niemiec, Magg, & Rosner, 2008; Laban u. a., 2005; Porter & Haslam, 2005*). 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. 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 Asylsuchender 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.

Strukturell-institutionelle und individuelle Postmigrationsstressoren

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.

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.

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, 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. Menschen mit schweren körperlichen Krankheiten oder psychischen Störungen.

Die besonderen Bedürfnisse dieser Personen müssen während der Aufnahme berücksichtigt werden. Dazu zählt auch medizinische Hilfe oder erforderlichenfalls eine geeignete psychologische Betreuung.

Fachverbände wie die BAfF, die Bundespsychotherapeutenkammer und u.a. auch der Deutsche Ärztetag mahnen jedoch gravierende Mängel in der Umsetzung dieser Verpflichtungen an.

Mehr dazu im 3. Versorgungsbericht der BAfF (S. 112ff.): *http://www.baff-zentren.org/veroeffentlichungen-der-baff/versorgungsberichte-der-baff/*

Innerhalb der ersten 15 Monate des Aufenthaltes in Deutschland gelten für Geflüchtete die Leistungen nach den §§ 4 und 6 AsylbLG.

Nach § 4 AsylbLG haben Asylsuchende einen eingeschränkten Anspruch auf Gesundheitsleistungen. Sie haben nur dann einen Kostenübernahmeanspruch bei den Sozialämtern, 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 oder der Gesundheit unerlässlich“* sind (z.B. Brillen, Rollstühle, Hörgeräte aber auch die Gewährung von Psychotherapie). Diese „Kann“-Formulierung bedeutet, dass Asylsuchenden diese Leistungen nicht wie jedem anderen Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zustehen, sondern dass die Bewilligung der Leistungen im **Ermessen** der zuständigen Sozialbehörde liegt.

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

Nach 15 Monaten ihres Aufenthalts besteht auch für Asylbewerber*innen 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.

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

Leistungen vor und nach 15. Monat und nach der Anerkennung

Barrieren im Zugang zu psychotherapeutischer Unterstützung

Geflüchtete, die psychotherapeutische Unterstützung benötigen, treffen auf ihrem Weg zur therapeutischen Behandlung auf eine Reihe von Barrieren. Manche legen einen regelrechten Marathon durch Arztpraxen und Kliniken, zu psychiatrischen Ambulanzen und Psychosozialen Behandlungszentren hin.

Vor allem strukturelle Barrieren behindern die Betroffenen bei der Inanspruchnahme professioneller psychosozialer Unterstützung – etwa die Bewilligungspraxis der Leistungsträger (Sozialamt, Krankenkassen, Jugendamt), begrenzte Behandlungsressourcen sowie die Beschränkungen der Autonomie und Bewegungsfreiheit durch das Asylrecht, wie auch 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 bzw. 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: *http://www.baff-zentren.org/veroeffentlichungen-der-baff/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 Muttersprachen. Wenn Kommunikation in einer gemeinsamen 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 Geflüch-

Sprachliche Barrieren

teten 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. 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.

i

Mehr Informationen zu Sprachmittlung im Anhang oder bei: *Schriefers, S. & Hadzic, E. (Hrsg) (2018): Sprachmittlung in Psychotherapie und Beratung mit geflüchteten Menschen. Wege zur transkulturellen Verständigung.*

Sprachmittler*innen können aber nicht nur bei sprachlichen, sondern auch bei **kulturellen Barrieren** unterstützen und sind oftmals neben Sprach- auch Kulturmittler*innen. Häufig werden aufgrund der unterschiedlichen Vorstellungen von Krankheit und Heilung, Reaktionen auf traumatische Erlebnisse gar nicht als „Krankheitssymptome“ im Sinne einer westlichen Medizin begriffen. Ein Mann, der 20 Jahre die Misshandlungen und Folterungen in einem türkischen Gefängnis erdulden musste, beantwortete die Frage, warum er sich nicht psychotherapeutische Hilfe gesucht hatte, wie folgt: „Ich wusste gar nicht, dass ich an etwas leide, das man behandeln kann“.

Offenheit und „Nicht-Wissen“ in der transkulturellen Begegnung

Diese kulturellen Barrieren (oder also solche interpretierte) lassen sich überwinden, wenn man sich darüber bewusst ist, 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. Denn so kommt man gar nicht erst in die Versuchung 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 47*).

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, 2016*).

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 26*). 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.

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

Eine Übersicht der Behandlungszentren für Geflüchtete unter: *http://www.baff-zentren.org/mitgliedszentren-und-foerdermitglieder/*

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. Darüberhinaus ist eine gute Vernetzung zu Rechtsanwält*innen, Sozialarbeiter*innen und mit Ehrenamtlichen dringend erforderlich.

Der multimodale Ansatz der PSZ berücksichtigt die Lebensumstände der Klient*innen

3.

Wie kann ich stabilisieren und Reaktivierungen von traumatischen Situationen vermeiden?

„Trauma bedeutet immer Verlust, Konfrontation mit Extremen, die unsere Weltsicht nachhaltig verändern, die unser Gefühl von Sicherheit oder die Möglichkeit, Situationen zu kontrollieren, in Frage stellen."

Elise Bittenbinder

Traumatisierungen durch Menschenhand sind immer ein Angriff auf die menschliche Würde. Die eigenen Grenzen des Traumaopfers wurden massiv missachtet, das Selbstbild ist nachhaltig erschüttert. Traumasymptome 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 Geflüchtete zu stabilisieren und Hintergründe von „problematischem Verhalten" zu verstehen, ist neben einer traumasensiblen Haltung und Vermittlung von Sicherheit eine Ressourcenorientierung besonders wertvoll.

Sicherheit und Orientierung

Der Vertrauensverlust in andere Personen und die Gesellschaft durch die traumatischen Erfahrungen führt bei den betroffenen Personen zu anhaltenden Anspannungen. 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 Geflüchteten 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. Darüberhinaus 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 miteinbezogen 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 oftmals für die Betroffenen nicht einfach zu bekommen 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 32*) 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 werden, auch wenn sie auf eine unübliche oder befremdliche Art und Weise beschrieben werden. Diese sollten auch nicht hinterfragt oder bewertet werden. Es sollte zunächst mit dem gearbeitet werden, was die betroffene Person mit in das Gespräch bringt.

Dem Gegenüber muss das Gefühl gegeben werden, gesehen, gehört und angenommen zu werden. Das Hinterfragen des eigenen kulturellen Bezugssystems und „Wissen“ über andere Bezugssysteme als gewachsene gesellschaftliche Konstrukte, unterstützt diese offene Haltung. Hierbei hilft vor allem die „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 hin-

terfragen, 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 66*).

- ▷ **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 (2016): Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen. 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 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 Ihrem Mann / Ihrer Frau oder anderen Familienangehörigen darüber spreche, was wir hier besprochen haben. Das gilt auch für Herrn/ Frau XY, 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 19*.

Die Krisenintervention dient meist zu allererst der Stabilisierung und Abwehr weiterer Gefahren. Es sollten konkrete Ziele für die unmittelbare Zukunft zusammen erarbeitet werden. Beispielsweise können

Vereinbarungen immer gemeinsam mit der betroffenen Person formulieren

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.

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 17*).

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. Dabei sollten auch die Öffnungszeiten verzeichnet sein, wie auch die Kapazitäten der ambulanten Dienste beachtet werden, die temporär auch überlastet sein können. Nach Möglichkeit sollte bei den Diensten angerufen werden, bevor die Betroffenen dort eintreffen bzw. dorthin begleitet werden. 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

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.

Risikofaktoren von chronischem Stress

institutionelle Faktoren

- fehlende Wertschätzung
- "ins kalte Wasser geworfen" und allein gelassen werden
- Überlastung
- Erleben der Begrenztheit der eigenen Möglichkeiten
- Wenig Austausch, Supervision
- Arbeit mit sehr belasteter, diskriminierter und ausgegrenzter Gruppe; Erleben von Ungerechtigkeit

...

persönliche Faktoren

- Hoher Ehrgeiz
- überhöhte Erwartungen an sich selbst
- starkes Pflichtgefühl: nicht "Nein" sagen können
- fehlende Stressbewältigungsmöglichkeiten
- fehlende Begrenzung

...

(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: *http://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.

Grenzen setzen schont langfristig Ressourcen und Arbeitsbeziehungen

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.

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 treibt mich an, Unterstützung zu leisten?**
- ▷ **Was will ich damit erreichen?**
- ▷ **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.

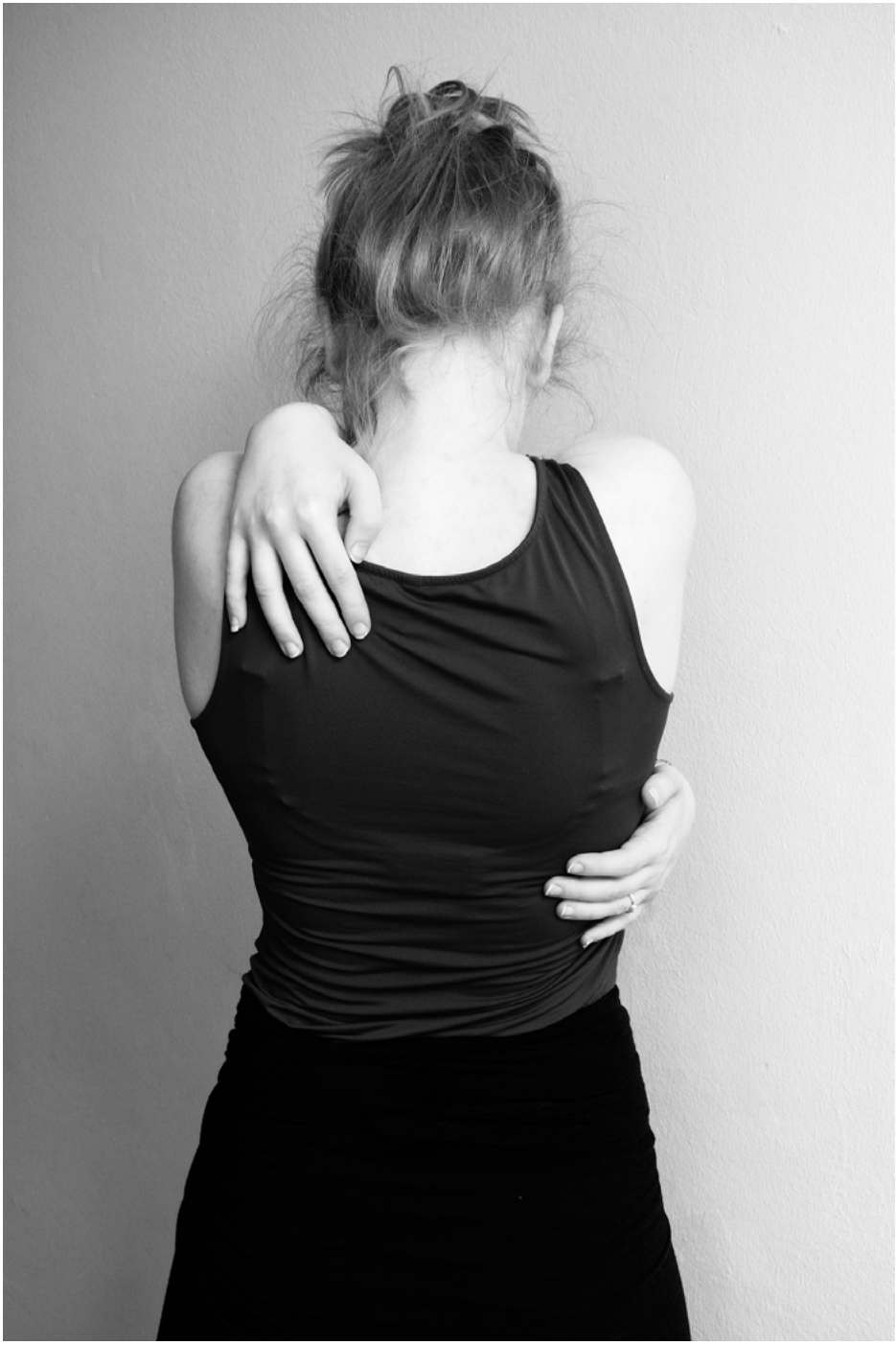
Geteiltes Leid ist halbes Leid?!

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

- ☐ **Telefonseelsorge**
  0800-1110111 oder 0800-1110222
  http://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
  http://mutes.de/home.html
  Bundesweites ehrenamtliches, muslimisches Hilfetelefon an 365 Tagen im Jahr rund um die Uhr.

- ☐ **Sozialpsychiatrische Dienste**
  Meistens bei den Gesundheitsämtern angesiedelt. Kontaktdaten der nächsten Stelle erhält man über die Gemeindeämter.

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

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

Für Kinder und Jugendliche:

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

- ❐ **Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugend- und Eheberatung e.V. (DAJEB)**
  Die DAJEB verzeichnet 12.000 Beratungsangebote
  www.dajeb.de

- ❐ **[u25] Online-Beratung für junge Menschen mit Suizidgedanken**
  www.u25-deutschland.de

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

Behandlungs- bzw. Beratungsstellen für traumatisierte geflüchtete Personen

Es sind vor allem bundesweite Arbeitsgemeinschaften verzeichnet, die lokale Beratungs- und Behandlungsstellen bündeln.

- ❐ **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
  http://www.baff-zentren.org/mitgliedszentren-und-foerdermitglieder/

- ❐ **Traumatherapeut*innen Suche**
  http://www.degpt.de/therapeutinnen-suche

- ❐ **Medibüros**
  Bundesweite Übersicht für medizinische Flüchtlingshilfe und Medinetz-Initiativen
  http://medibueros.m-bient.com/

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

- ☐ **Medizinische Versorgung von Flüchtlingen in den einzelnen Bundesländern**
  Auflistung aller Landesärztekammern
  http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/landesaerztekammern/adressen/
  Weiterführende Links der Bundesärztekammer
  http://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/versorgung/fluechtlinge/

- ☐ **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
  http://www.b-umf.de/de/uber-uns/mitgliedsorganisationen

- ☐ **Dachverband der Migrantinnenorganisationen (DaMigra)**
  http://www.damigra.de/

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

- ☐ **Queer Refugees Deutschland**
  vernetzt, unterstützt und berät deutschlandweit geflüchtete LSBTI und Anlaufstellen für geflüchtete LSBTI
  http://www.queer-refugees.de/

- ☐ **Fluechtlingshelfer.info**
  Vielseitige Informationen für Flüchtlingshelfer*innen
  https://fluechtlingshelfer.info

Informationen zur psychischen Gesundheit

Zur Information über Angebote gibt es Informationsbroschüren und Selbsthilferatgeber, die speziell für Geflüchtete entwickelt und teilweise in verschiedenen Sprachen übersetzt wurde.

- ☐ **Filme für Betroffene und Helfer*innen– Traumafolgen und Behandlungsmöglichkeiten**
  https://www.e-dietrich-stiftung.de/das-filmprojekt.html

- ☐ **Psychoedukation und Förderung der Selbsthilfe in 7 Sprachen**
  https://refugeeum.eu/

- ☐ **Psychoedukation bei PTSD – Informationsblätter zum Ausdrucken für Klient*innen**
  http://www.schattauer.de/de/book/unser-service/fuer-leser/zusatzmaterial/psychoedukation-bei-posttraumatischen-stoerungen-liedl-schaefer-knaevelsrud/zusatzmaterial.html

- ☐ **Mehrsprachige Informationen für Klient*innen zu psychischen Erkrankungen**
  http://www.medical-tribune.de/praxis-und-wirtschaft/patienteninformationen/

- ☐ **Mehrsprachige Trauma-Informationen für Geflüchtete und ihre Ansprechpartner*innen**
  http://www.refugee-trauma.help/

- ☐ **Was ist ein Trauma und wie kann man das Trauma bewältigen? Tipps und Selbsthilfemöglichkeiten**
  http://www.wiki.psz-duesseldorf.de/images/8/88/NAWA_deutsch_PSZ_Duesseldorf.pdf

Sprachmittlungsdienste in Deutschland

Bundesweit gibt es meist kleinere regionale Anbieter von Sprachmittlerdiensten, die Sprachmittler*innen für psychosoziale Beratung vermitteln können

- ☐ **SprInt – Bundesweite Sprach- und Intergrationsmittlung**
  Sprachmittler*innen mit Qualifizierung für u.a. kultursensibles Dolmetschen in der Gesundheitsversorgung
  http://www.sprachundintegrationsmittler.org/vermittlungsservice/

- ☐ **Bundesverband der Dolmetscher und Übersetzer e.V. (BDÜ)**
  Eine Datenbank mit 7500 qualifizierten SprachmittlerInnen für mehr als 80 Sprachen in verschiedenen Fachgebieten
  http://suche.bdue.de/

- ☐ **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/

  Andere regionale Sprachmittlungsdienste müssen regional erfragt werden.

Kostenpflichtige überregionale Dolmetschdienste

- ☐ **LingaTel**
  Telefon-Dolmetsch-Dienst: 089 - 189 279 213
  www.telefondolmetschen-sofort.com

- ☐ **Telefondolmetschen**
  70 verschiedene Sprachen in unterschiedlichen Fachgebieten, spontan und flexibel über das Telefon
  https://www.lingoking.com/de/telefondolmetschen/

- ☐ **Videodolmetschen**
  Ein Pool von über 500 Sprachmittler*innen in verschiedenen Fachgebieten
  www.videodolmetschen.com

In Ausnahmefällen können auch für den ersten Kontakt nonverbale Hilfsmittel herangezogen werden

- ☐ **Piktobuch**
  https://piktobuch.kollektivdesign.com/

- ☐ **Zeigewörterbuch (Mehrsprachig)**
  http://static.apotheken-umschau.de/media/gp/article_506373/bildwoerterbuch.pdf

Literaturverweise

Albers, H. (2013). Lebensbedingungen und psychische Gesundheit der Bewohner der Würzburger Gemeinschaftsunterkunft für Asylbewerber, Living conditions and mental health of residents of the shared accommodation centre for asylum seekers in Würzburg, Germany.

Baron, J., & Flory, L. (2016). Versorgungsbericht – Zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern. 3.aktualisierte Auflage. Berlin: Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e.V.

Bean, T., Derluyn, I., Eurelings-Bontekoe, E., Broekaert, E., & Spinhoven, P. (2007). Comparing psychological distress, traumatic stress reactions, and experiences of unaccompanied refugee minors with experiences of adolescents accompanied by parents. The Journal of Nervous and Mental Disease, 195(4), 288–297.

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.

Bozorgmehr, D. med Ms. K., Mohsenpour, A., Saure, D., Stock, C., Loerbroks, A., Joos, S., & Schneider, C. (2016). Systematische Übersicht und „Mapping“ empirischer Studien des Gesundheitszustands und der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in Deutschland (1990–2014). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 59(5), 599–620.

Brenssell, A., & Weber, K. (Hrsg.). (2016). Störungen (3. Aufl.). Hamburg: Argument Verlag.

Fazel, M., Wheeler, J., & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. The Lancet, 365(9467), 1309–1314.

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

Gavranidou, M., Niemiec, B., Magg, B., & Rosner, R. (2008). Traumatische Erfahrungen, aktuelle Lebensbedingungen im Exil und psychische Belastung junger Flüchtlinge. Kindheit und Entwicklung, 17(4), 224–231.

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. Weinheim/Basel: 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.

Helm, L., & Wenning, N. (2001). Differenzen über Differenz – Einführung in die Debatten. In Unterschiedlich verschieden. (S. 11–24). Opladen: Leske & Budrich.

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

Laban, C. J., Gernaat, H. B. P. E., Komproe, I. H., van der Tweel, I., & De Jong, J. T. V. M. (2005). Postmigration living problems and common psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. The Journal of Nervous and Mental Disease, 193(12), 825–832.

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.

Lutz, H., & Wenning, N. (Hrsg.). (2001). Unterschiedlich verschieden. Differenz in der Erziehungswissenschaft. Opladen: Leske und Budrich.

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.

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.

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.

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

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).

Schriefers, S., & Hadzic, E. (Hrsg.). (2018). Sprachmittlung in Psychotherapie und Beratung mit geflüchteten Menschen. Wege zur transkulturellen Verständigung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

UNHCR. (2017). Global Trends. Forced Displacement 2016. Geneva: UNHCR. Abgerufen von http://www.unhcr.org/dach/wp-content/uploads/sites/27/2017/06/GlobalTrends2016.pdf

Zito, D., & Martin, E. (2016). Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen. Ein Leitfaden für Fachkräfte und Ehrenamtliche. Weinheim: Beltz.

Über die BAfF

Die Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF e.V.) ist der Dachverband der Behandlungszentren für Flüchtlinge und Folteropfer in Deutschland. Wir setzen uns dafür ein, dass das soziale Menschenrecht auf Gesundheit einschließlich der notwendigen psychosozialen Begleitung und Behandlung auch für Geflüchtete umgesetzt wird. Um Geflüchtete beim Aufbau eines gesunden, menschenwürdigen Lebens im Exil zu unterstützen, engagieren wir uns bundesweit für eine bedarfsorientierte flächendeckende psychosoziale und gesundheitliche Versorgung.

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 37 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 37 Mitgliedszentren vertreten (nach Bundesländern sortiert):

Baden-Württemberg

- ☐ **BFU Ulm – Behandlungszentrum für Folteropfer Ulm**
  Innere Wallstr. 6, 89077 Ulm
  www.bfu-ulm.de

- ☐ **PBV Stuttgart – Psychologische Beratungsstelle für politisch Verfolgte und Vertriebene**
  Schloßstraße 76, 70176 Stuttgart
  http://www.eva-stuttgart.de/unsere-angebote/angebot/psychologische-beratungsstelle-pbv/

- ☐ **Refugio Stuttgart e.V. – Psychosoziales Zentrum für traumatisierte Flüchtlinge**
  Weißenburgstr.13, 70180 Stuttgart
  www.refugio-stuttgart.de

- ☐ **Refugio Villingen-Schwenningen – Kontaktstelle für traumatisierte Flüchtlinge e.V.**
  Schwedendammstraße 6, 78050 Villingen-Schwenningen
  www.refugio-vs.de

- ☐ **Traumanetzwerk Lörrach**
  Caritasverband Landkreis Lörrach
  Haagener Strasse 15 A, 79539 Lörrach
  www.traumanetz-loe.de

Bayern

- ☐ **PSZ Nürnberg – Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge**
  St.-Johannis-Mühlgasse 5, 90419 Nürnberg
  http://migration.rummelsberger-diakonie.de/beratung/psychosoziales-zentrum/

- ☐ **REFUGIO München – Beratungs- und Behandlungszentrum für Flüchtlinge und Folteropfer e.V.**
  Rosenheimer Straße 38, 81669 München
  www.refugio-muenchen.de

Berlin

- ☐ **Zentrum Überleben gGmbH**
  Turmstraße 21, 10559 Berlin
  www.ueberleben.org

- ☐ **XENION Berlin – Psychosoziale Hilfen für politisch Verfolgte**
  Paulsenstraße 55/56, 12163 Berlin
  www.xenion.org

Brandenburg

- ☐ **Behandlungsstelle für traumatisierte Flüchtlinge, Fürstenwalde**
  c/o KommMit e.V., Turmstraße 21, 10559 Berlin
  http://www.bbzberlin.de/projekte/kommmit-brandenburg.html

- ☐ **FaZIT – Fachberatungsdienst Zuwanderung, Integration und Toleranz**
  Zum Jagenstein 3, 14478 Potsdam
  https://fazit-brb.de/

Bremen

- ☐ **REFUGIO Bremen – Psychosoziales Zentrum für ausländische Flüchtlinge e.V.**
  Außer der Schleifmühle 53, 28203 Bremen
  www.refugio-bremen.de

Hamburg

- ☐ **haveno**
  Gesundheitszentrum St. Pauli, Seewarterstraße 10, 20459 Hamburg
  www.haveno.de

- ☐ **SEGEMI -Seelische Gesundheit Migration und Flucht e.V.**
  Adenauerallee 10, 20097 Hamburg
  http://www.segemi.org/

Hessen

- ☐ **Ev. Zentrum für Beratung und Therapie am Weißen Stein**
  Olof-Palme-Straße 17, 60439 Frankfurt/Main
  https://evangelischesfrankfurt.de/dokumente/198/Flyer_Haus_am_Wei%C3%9Fen_Stein_web.pdf

- ☐ **FATRA Frankfurt/M. – Frankfurter Arbeitskreis Trauma und Exil e.V.**
  Lindleystr. 15, 60314 Frankfurt/Main
  www.fatra-ev.de

Mecklenburg-Vorpommern

- ☐ **Psychosoziales Zentrum für Asylsuchende und MigrantInnen in Vorpommern**
  im Kreisdiakonischen Werk Greifswald e.V.
  Kapaunenstraße 10, 17489 Greifswald
  www.psz-greifswald.de

Niedersachsen

- ☐ **IBIS – Interkulturelle Arbeitsstelle e.V.**
  Klävemannstraße 16, 26122 Oldenburg
  www.ibis-ev.de

- ☐ **Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen e.V.**
  Marienstraße 28, 30171 Hannover
  http://www.ntfn.de/

Nordrhein-Westfalen

- ☐ **MFH Bochum – Medizinische Flüchtlingshilfe e.V.**
  Glockengarten 1, 44803 Bochum
  www.mfh-bochum.de

- ☐ **PSZ Aachen- Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge in der Städteregion Aachen (PÄZ Aachen e.V.)**
  Mariahilfstraße 16, 52062 Aachen
  http://www.paez-aachen.de/psz.html

- ☐ **PSZ Bielefeld – Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge**
  (Ev. Krankenhaus Bielefeld gGmbH und AK Asyl e.V.)
  Friedenstr. 4-8, 33602 Bielefeld
  http://www.psz-bielefeld.de/

- ☐ **Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge Dortmund**
  Lange Straße 44, 44137 Dortmund

- ☐ **Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge Düsseldorf**
  Benrather Straße 7, 40213 Düsseldorf
  www.psz-duesseldorf.de

- ☐ **PSZ für Flüchtlinge Diakonie Mark-Ruhr**
  Bergstraße 121, 58095 Hagen
  https://www.diakonie-mark-ruhr.de/unterstuetzung-und-beratung/migration-und-flucht/zuwanderungsberatung-hagen-en-kreis/

- ☐ **Refugio Münster – Psychosoziale Flüchtlingshilfe**
  Hafenstr. 3-5, 48153 Münster
  www.refugio-muenster.de

- ☐ **Therapiezentrum für Folteropfer des Caritasverbandes für die Stadt Köln e.V.**
  Spiesergasse 12, 50670 Köln
  http://caritas.erzbistum-koeln.de/koeln-cv/fluechtlinge_einwandernde/fluechtlinge/fluechtlingsberatung/therapiezentrum_fuer_folteropfer_fluechtlingsberatung/

Rheinland-Pfalz

- ☐ **IN TERRA – Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge, Mayen**
  Caritasverband für die Region Rhein-Mosel-Ahr e.V.
  St. Veit-Straße 14, 56727 Mayen
  http://migration.caritas-rhein-mosel-ahr.de/psz.htm

- ☐ **Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge, Altenkirchen**
  Diakonisches Werk Altenkirchen – Fachdienst für Flüchtlinge und Migranten
  Stadthallenweg 16, 57610 Altenkirchen
  http://diakonie-altenkirchen.de/psz

- ☐ **Ökumenische Beratungsstelle für Flüchtlinge, Trier**
  Dasbachstraße 21, 54292 Trier
  http://www.jmd-trier.de/ökumenische-beratungsstelle-für-flüchtlinge/

- ☐ **Psychosoziales Zentrum Pfalz, Ludwigshafen**
  Diakonie Pfalz
  Wredestr. 17, 67059 Ludwigshafen
  https://www.diakonie-pfalz.de/aktuelles/nachrichten/detail/psychosoziales-zentrum-fuer-fluechtlinge-in-ludwigshafen.html

- ☐ **Psychosoziales Zentrum für Flucht und Trauma, Mainz**
  Caritasverband Mainz e.V.
  Rheinallee 3a, 55116 Mainz
  http://www.caritas-mainz.de/caritas-vor-ort/mainz/cbjz-st.-nikolaus/psychosoziale-zentrum-fuer-flucht-und-trauma

Saarland

- ☐ **PSZ Saarbrücken**
  Psychosoziales Beratungszentrum des Deutschen Roten Kreuzes
  Vollweidstraße 2, 66115 Saarbrücken
  https://www.lv-saarland.drk.de/angebote/migration-und-integration/hilfen-fuer-traumatisierte-fluechtlinge/psychosoziales-zentrum-psz.html

Sachsen

- ☐ **Psychosoziales Zentrum für Geflüchtete Leipzig**
  Mosaik Leipzig – Kompetenzzentrum für transkulturelle Dialoge e.V.
  Peterssteinweg 3, 04107 Leipzig
  www.mosaik-leipzig.de

- ☐ **Psychosoziales Zentrum Dresden**
  CALM Sachsen (das Boot gGmbH)
  Friedrichstrasse 28a, 01067 Dresden
  http://www.calm-sachsen.de/de/psz-dresden

Sachsen-Anhalt

- ☐ **Psychosoziales Zentrum für Migrantinnen und Migranten Sachsen-Anhalt**
  Standort Halle (Saale):
  Charlottenstraße 7, 06108 Halle (Saale)

  Standort Magdeburg:
  Liebknechtstraße 55, 39114 Magdeburg
  www.psz-sachsen-anhalt.de

Schleswig-Holstein

- ☐ **Psychosoziale Anlaufstelle für Geflüchtete**
  Am Alten Kirchhof 12, 24534 Neumünster
  https://www.diakonie-altholstein.de/de/Beratungszentrum-Mittelholstein

Thüringen

- ☐ **refugio thüringen – Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge e.V.**
  Standort Jena:
  Lassallestraße 8, 07743 Jena

  Standort Erfurt:
  Schillerstraße 44, 99096 Erfurt
  www.refugio-thueringen.de

Abbildungsverzeichnis

- Titelbild: Foto von Free-Photos (CC0 / pixabay.com)
- S. 12: Foto von Tama66 (CC0 / pixabay.com)
- S. 15: Eigene Darstelllung, © BAfF e.V.
- S. 19, S. 21: Foto von StockSnap (CC0 / pixabay.com)
- S. 24: Eigene Darstellung © BAfF e.V.
- S. 26: Foto von noa_artist (CC0 / pixabay.com)
- S. 28: Foto von pixel2013 (CC0 / pixabay.com)
- S. 32: Eigene Darstellung © BAfF e.V.
- S. 34: Foto von fzofklenz (CC0 / pixabay.com)
- S. 37: Foto von whoismargot (CC0 / pixabay.com)
- S. 38: Eigene Darstellung © BAfF e.V.
- S. 43: Foto von fsHH (CC0 / pixabay.com)
- S. 44: Foto von TheAndrasBarta (CC0 / pixabay.com)
- S. 54, S. 65: Eigene Darstellung © BAfF e.V.
- S. 69: Foto von auricadina75 (CC0 / pixabay.com)
- S. 73: Foto von geralt (CC0 / pixabay.com)
- S. 75: Foto von Anemone123 (CC0 / pixabay.com)