

# Traumazentrierte Behandlungsperspektiven für Menschen mit Migrationshintergrund

---

Bachelorarbeit

Hochschule Merseburg  
Fachbereich Soziale Arbeit. Medien. Kultur  
Studiengang Soziale Arbeit

Eingereicht von Sophie Hühne  
Matrikelnummer 19199  
am 17.08.2015

Erstprüfer: Prof. Dr. Matthias Ehram  
Zweitprüfer: Prof. Dr. Hardy Geyer

# Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis .....	1
1. Einleitung .....	1
2. Traumatische Ereignisse als Auslöser von Flucht .....	2
2.1 Foltererfahrungen .....	3
2.2 Bürgerkriegserlebnisse .....	5
2.3 Migrationserfahrungen .....	6
3. Häufig auftretende Formen von Traumata bei Flüchtlingen .....	7
3.1 Posttraumatische Belastungsstörung .....	12
3.2 Sequentielle Traumatisierung .....	13
3.3 Extremtraumatisierung .....	15
4. Therapierelevante Belastungen im Exil .....	16
4.1 Wohnbedingte Probleme .....	18
4.2 Familiäre Belastungen .....	19
4.3 Gesellschaftliche Belastungen .....	21
4.4 Schwierigkeiten im Asylverfahren .....	22
5. Erschwerte Bedingungen innerhalb der Therapie .....	24
5.1 Kulturell bedingter Umgang mit psychischen Erkrankungen .....	26
5.2 Die Rolle des Dolmetschers im Therapieverlauf .....	27
6. Ressourcenorientierung als Perspektive .....	30
6.1 Ressourcenorientierter und traumazentrierter Therapieansatz .....	31
6.2 Zielbereiche .....	35
7.1 Hypothese .....	36
7.2 Erläuterung der Methodik .....	37
7.3 Auswertung der Interviews .....	38
7.3.1 Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Interviews .....	39
7.3.2 Besonderheiten der Interviews .....	42
7.3.3 Überprüfung der Hypothese .....	43
8. Zusammenfassung .....	44

## **1. Einleitung**

Laut der UNO-Flüchtlingshilfe befinden sich weltweit circa 44 Millionen Menschen auf der Flucht, davon werden aufgrund völkerrechtlicher Definitionen allerdings nur 15,4 Millionen als Flüchtlinge benannt (vgl. Polat 2015: 37). Zudem gibt es zahlreiche Statistiken darüber, aus welchen Ländern Menschen fliehen, wo sie Zuflucht suchen, wie viele davon Asyl erhalten, geduldet oder in andere EU-Mitgliedsstaaten bzw. in ihre Heimatländer abgeschoben werden.

Somit sind zwar globale Migrationsprozesse nachvollziehbar jedoch birgt diese Betrachtungsweise die Gefahr, dass die gesamte Flüchtlingsproblematik generalisiert und abstrahiert wird.

Was „Flucht“ und „Migration“ im individuellen Kontext und für die psychische Gesundheit der betroffenen Personen bedeutet, erschließt sich aus keiner Statistik.

Aus dem Heimatland zu flüchten „bedeutet den Verlust der gesamten bisherigen Existenz, und auch die neue Existenz im Aufnahmeland ist in der Regel von Unsicherheit, ja manchmal sogar regelrechter Verfolgung, gekennzeichnet. Flüchtlinge erleben im Rahmen eines extremen Verlustprozesses neue Bedrohungen und Verunsicherungen“ (Moser/Nyfelner/Verwey 2001: 24).

Circa 40 Prozent (vgl. Feldmann u. a. 2013: 9) der Asylbewerber und Flüchtlinge in Deutschland machten mehrfach traumatisierende Erfahrungen und durchlitten Folter. Insgesamt geht man davon aus, dass fünf bis sieben von zehn Flüchtlingen an einer Traumafolgestörung leiden (vgl. Wirtgen 2009: o. S.).

So betrachtet, wird die Notwendigkeit deutlich, sich neben der Modifizierung der Exilbedingungen auch der intrapsychischen Verfassung dieser Menschen

zu widmen, um ihnen ein menschenwürdiges Dasein in Deutschland zu ermöglichen.

Wagt man den Versuch einer ganzheitlichen Betrachtungsweise erschließt sich schnell deren Komplexität. Denn „therapeutische Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen heißt, sich auch mit den gesellschaftspolitischen Realitäten unseres Landes, unserer Welt, unserer Kultur auseinanderzusetzen“ (Moser/Nyfeler/Verwey 2001: 8).

In meiner Arbeit möchte ich beleuchten, welche fluchtinitiitierten Erlebnisse zu Traumata führen und in welchen Formen sich diese äußern. Außerdem möchte ich auf Belastungen im Exil in Bezug auf die Therapie und innerhalb der Therapie eingehen. Darauf aufbauend soll es um Inhalte lösungs- und ressourcenorientierter Therapieansätze und deren Zielbereiche gehen.

Mit Hilfe einer empirischen Untersuchung in Form von drei Experteninterviews (Sozialarbeiter, pädagogische Mitarbeiterin, heilpädagogische Kunsttherapeutin) soll erforscht werden, welche äußeren Belastungsfaktoren den Therapieverlauf maßgebend beeinflussen und aufgrund dessen innerhalb der Behandlung berücksichtigt werden müssen.

Es sollen Erkenntnisse darüber gewonnen werden, wie man die psychische und körperliche Salutogenese von Geflüchteten fördern kann. Diese Erkenntnisse erscheinen essenziell wichtig um die Integration und Sozialisation in einer fremden Umgebung zu erleichtern.

## **2. Traumatische Ereignisse als Auslöser von Flucht**

Viele Geflüchtete sind Opfer und/oder Zeugen von Menschenrechtsverletzungen, Verfolgung, Haft, Folter und Misshandlungen geworden. Jeder hat infolgedessen tiefgreifende individuelle Konsequenzen erlitten, die auf sozialpolitische Prozesse und internationale Interventionen ihrer Heimatländer zurückzuführen sind. Berechtigterweise erleben viele Flüchtlinge ihr eigenes gleichsam als kollektives Schicksal ihrer Volks- oder Religionsgruppe (vgl. Bittenbinder u. a. 2006: 24).

Nachfolgend werden Formen von Gewalt beschrieben, die Menschen von anderen Menschen in einem besonderen Kontext angetan wurden. Gewalt ist immer mit destruktiver Aggression verbunden und in Bezug auf Migrationsursachen geprägt von Unterwerfung und Machtausübung durch Zwang (vgl. Ammer 2013: 19).

Es werden nun zwei wesentliche Fluchtgründe näher beschrieben. Diese können miteinander verknüpft sein und sind oftmals Auslöser für Flucht und Migration.

## **2.1 Foltererfahrungen**

Folter zählt zu den stärksten traumatisierenden Situationen, die zu Flucht und Migration führen (vgl. Gröschel 2008: 27).

„Unter Folter [...] ist jede Handlung zu verstehen, durch die einer Person von einem Träger staatlicher Gewalt oder auf dessen Veranlassung hin vorsätzlich starke körperliche oder geistig-seelische Schmerzen oder Leiden zugefügt werden, um von ihr oder einem Dritten eine Aussage oder ein Geständnis zu erzwingen, sie für eine tatsächliche oder mutmaßlich begangene Tat zu bestrafen oder sie oder andere Personen einzuschüchtern“ (ebd.: 27).

Folter ist also weit mehr als ein Mittel der Informationsbeschaffung. Sie dient oftmals dazu, die Persönlichkeit des Subjekts zu brechen und es politisch zu neutralisieren (vgl. Potts/Prasske 1993: 60f.). Außerdem soll sie zur Einschüchterung der gesamten Bevölkerung führen (vgl. Gröschel 2008: 27). Folter wird als ausgeklügeltes System beschrieben, in welchem körperliche Erschöpfungszustände, Schmerzen und psychologische Abläufe dafür genutzt werden, um die Ziele der Folternden zu erreichen (vgl. Potts/Prasske 1993: 60f.).

Man unterscheidet in körperliche und seelische Foltermethoden. Die physische kann von der psychischen Folter nicht klar abgegrenzt werden, da bei beiden Methoden persönlichkeitschwächende und -zerstörende

Techniken angewandt werden (ebd.: 64f.). Die verschiedenen Foltermethoden werden zielgerichtet eingesetzt, miteinander kombiniert und verstärken sich gegenseitig (vgl. Moser 2008: 20).

Bei allen Methoden treten folgende typische Elemente auf:

- *Debility (Schwächung von Körper und Seele)*: Physische und psychische Folter sind untrennbar miteinander verbunden, da jede körperliche Form von Folter auch psychologische Aspekte enthält. Schmerz soll erst durch den psychologischen Zusammenhang seine volle zerstörerische Wirkung entwickeln.
- *Dependency (Abhängigkeit) und Demütigung*: Zu einem typischen Merkmal der Folter gehört die Unentrinnbarkeit. Zusätzlich werden die Opfer unter enormen Druck gesetzt. Die Deklaration von strengen, willkürlichen Regeln „legitimieren“ fast bei jeder Reaktion des Opfers eine Bestrafung. Mit Nötigungen und Drohungen werden Opfer zu erniedrigenden Handlungen gedrängt und gezwungen, sich gegen eigene Überzeugungen und Werte zu entscheiden. Eine hohe Abhängigkeit wird erzeugt, da die Täter die Rolle der „Entscheider“ über Leben und Tod einnehmen, dem das Opfer mit totaler Ohnmacht ausgeliefert ist. Zur Demütigungsstrategie zählen auch schwere Schuld- und Schamgefühle, die beim Opfer unter Folter ausgelöst werden.
- *Dread (Angst und Furcht)*: Das Auslösen intensiver Angst ist ein zentrales Ziel der Folterpraktiken. Wiederholte Scheinhinrichtungen und Todesdrohungen werden als zermürbendes Mittel angewandt um die (Todes-)Angst auch über den Moment der Folter hinweg aufrechtzuerhalten. Auch die Bedrohung von Angehörigen und die Ungewissheit über deren Verbleib intensiviert die Angst der Opfer.
- *Disorientation (Verwirrung)*: Es wird systematische eine Unvorhersagbarkeit der Situation geschaffen. Es werden individuelle Schwächen ausgenutzt, was zum Zusammenbruch des Individuums führen soll. Die Kommunikation wird gezielt manipuliert. Täter

machen Versprechen, die sie direkt wieder brechen, geben Falschinformationen oder verhalten sich alternierend gutmütig und bedrohlich gegenüber dem Opfer. Es werden generell aus der Psychologie bekannte Reiz-Antwort-Techniken angewandt, die das Opfer dazu bringen sollen, gewünschte Verhaltensmuster und Reaktionen zu zeigen.

- *Deprivation (Entzug)*: Es wird systematisch die Befriedigung der (körperlichen) Primärbedürfnisse verweigert. Dies geschieht unter anderem durch den Entzug von Nahrung, Wasser und Schlaf oder das Verbot persönliche Hygiene zu verrichten. Auch medizinische Versorgung und Medikation werden verweigert. Durch Isolationshaft und Abkopplung von der Außenwelt wird sozialer Entzug herbeigeführt. Der Entzug von Sinneseindrücken und Wahrnehmungen wird mithilfe von Isolation, Dunkelhaft oder Überstimulation durch Licht und Lärm erreicht. (Vgl. ebd.: 21f., Herv. i. Orig.).

## 2.2 Bürgerkriegserlebnisse

In Bürgerkriegen geraten ganze Bevölkerungsgruppen zwischen zwei oder mehr organisierte und sich einander bekämpfende Parteien. Zivilpersonen müssen in ständiger Angst leben, verschleppt, versklavt oder umgebracht zu werden.

„Zu traumatisierenden Ereignissen während Bürgerkriegshandlungen zählen insbesondere Bedrohung des eigenen Lebens; Verluste von Angehörigen; Erleben von Gewalt gegen Menschen in unmittelbarer Umgebung; Aufhebung aller geltenden Werte und Normen und die Auflösung der alltäglichen Selbstverständlichkeiten im Leben“ (Gröschel 2008: S. 28f.).

Da Kriegsgewalt heutzutage nicht mehr gegen eine feindliche Armee sondern gegen die gesamte gegnerische Zivilbevölkerung gerichtet ist, sind Zivilpersonen in besonders hohem Maße traumatisierenden Belastungen ausgesetzt (vgl. Moser 2008: 15).

Im ersten Weltkrieg waren rund fünf Prozent der Opfer Zivilisten, bei heutigen Kriegen sind es 80–90 Prozent. Laut United Nations Children's Fund (UNICEF) ging man schon 1993 davon aus, dass im ehemaligen Jugoslawien etwa 1,5 Millionen Kinder infolge von Kriegserlebnissen traumatisiert sind (vgl. Peltzer/Aycha/Bittenbinder 1995: 46).

Die Dritte Welt gilt als hauptsächlicher Kriegsschauplatz unserer Zeit. 95 Prozent der rund 175 Kriege, die seit Ende des 2. Weltkrieges stattfanden, fanden hier als sogenannte Regionalkonflikte bzw. „lokale Kriege“ statt (vgl. Potts/Prasske 1993: 16).

Laut einer in München durchgeführten Studie haben direkte und vor allem indirekte Kriegserlebnisse negative Einflüsse auf die psychische Gesundheit junger Flüchtlinge (vgl. Gavranidou u. a. 2008: 224–231).

### **2.3 Migrationserfahrungen**

„Migration selbst ist ein Einschnitt, manchmal auch ein Bruch in der Lebensgeschichte und bedeutet die Trennung von vertrauten Menschen, vertrauter Umgebung, Sprache, Werten, Traditionen und bekannten Gewohnheiten. Migration bedeutet, sich in einer unbekanntem Umgebung orientieren und Kontakt mit neuen oder anderen sozialen und kulturellen Bezugssystemen aufnehmen zu müssen“ (Krüger 2013: 55f.).

Laut Hettlage-Varjes/Hettlage versteht man Migration als einen langen, individuellen Prozess, welcher nicht zuletzt ein Leben in einer Übergangssituation und deren Verarbeitung verkörpert (vgl. ebd.: 56).

Überlebende von politischer Verfolgung und Folter sind nicht selten über einen längeren Zeitraum mehrfach extremen Stresssituationen ausgesetzt. In ihrem Heimatland haben sie zum Teil Jahre der Verfolgung, einmalige oder mehrere Haftzeiten mit andauernder oder wiederholter Folter erlebt.



Die Traumatisierung endet meist nicht mit dem Verlassen der Heimat, sondern setzt sich auf der Flucht fort. Auch bei der Ankunft im Exil ist die vermeintliche Sicherheit nur relativ. Durch Kulturschock und schwierige Lebensumstände im Exil kann es zu einer Fortsetzung des Traumas bzw. zu einer Retraumatisierung kommen. Flüchtlinge sind also häufig nicht in der „post-traumatischen“ Phase, sondern noch mitten im Trauma (vgl. Koop 2002: 4).

Durch die Herausforderungen einer Neuorientierung und dem Verlust des Vertrauten, werden oftmals Krisen ausgelöst. Diese können bzw. werden von den Betroffenen unterschiedlich verarbeitet.

Durch den kulturellen Zusammenstoß und die mangelnde Bestätigung durch das alte und neue Umfeld wird das Vertrauen in die eigene Identität erschüttert. Eine Migrationskrise wird hier als individuell andauernder Trauerprozess verstanden (vgl. Krüger 2013: 56).

Migration ist per se kein krankmachender Faktor, doch können die Umstände, die zu Migration führen, die Gegebenheiten während der Migration und insbesondere nach der Niederlassung belastend und gesundheitsschädigend wirken (vgl. Moser 2008: 35).

### **3. Häufig auftretende Formen von Traumata bei Flüchtlingen**

Der Begriff „Trauma“ entstammt dem medizinischen Fachwortschatz, bedeutet Wunde oder Verletzung (griech.) (vgl. Gröschel 2008: 19) und wird als Metapher für ein „einschneidendes Ereignis mit heftigen Folgen“ benutzt (vgl. Krueger 2013: 56f.).

„Traumatisierung“ beschreibt darüber hinaus „ein Ereignis im Leben des Subjekts, das definiert wird durch seine Intensität, die Unfähigkeit des Subjekts, adäquat darauf zu antworten, die Erschütterung und die dauerhaften pathogenen Wirkungen, die es in der psychischen Organisation hervorruft“ (Peltzer/Aycha/Bittenbinder 1995: 12). Hierbei liegt der Fokus

auf dem externen Ereignis, welches eine Traumatisierung auslöst (vgl. ebd.: 12).

Des Weiteren bewirkt das Diskrepanzerleben zwischen äußeren Belastungsfaktoren und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht, eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis (vgl. Borde/David 2005: 124).

Voraussetzung dafür, dass ein Trauma entsteht, ist das Erleben einer traumatischen Situation. Eine traumatische Situation lässt sich selten auf ein einmaliges Ereignis und die darauf folgende Reaktion reduzieren, da die subjektive Bewertung und Wirkung von einem „Vorher“ und „Nachher“ abhängig sind (vgl. Krueger 2013: 58).

„Eine traumatische Situation kann verursacht werden durch ein Ereignis oder eine Reihe von Ereignissen, innerhalb derer extreme Gewalt stattfindet, und zwar innerhalb eines gegebenen sozialen Kontextes“ (Moser/Nyfelner/Verwey 2001: 20).

Krieg beispielsweise ist eine derartige traumatische Situation: eine notwendige aber nicht hinreichende Bedingung, damit Trauma stattfindet (vgl. ebd.: 20).

Das Erleben einer solchen traumatischen Situation führt nicht zwangsläufig zu einer Traumatisierung, bietet jedoch die Voraussetzungen dafür.

Liegt ein Trauma vor, unterscheidet man vier wesentliche Kennzeichen:

- „1. Unentrinnbarkeit, das heißt existenzielle Abhängigkeit in der traumatischen Situation;
2. überschwemmt werden von extremen Affekten, wie Angst, Schmerz, Wut, Ohnmacht, Schamgefühl;
3. Versagen bisheriger Abwehr- und Verarbeitungsmechanismen, mittels derer normale Stressreize bewältigt werden;

4. Regression des psychischen Apparates, das heißt Rückentwicklung zu Entwicklungsstufen, die bereits überwunden waren.“ (Borde/David 2005: 124)

Aus psychodynamischer Sichtweise ist ein Trauma mehr als eine körperlich-seelische Reaktion, aber auch mehr als die Tatsache, einem bestimmten Ereignis oder Prozess ausgesetzt zu sein (vgl. Krueger 2013: 59).

„Trauma bedeutet immer den Zusammenbruch von individuellen und/ oder kollektiven Strukturen“ (Moser/Nyfelner/Verwey 2001: 20) und wird als Prozess mit radikalen Konsequenzen beschrieben (vgl. ebd.: 24).

„Folgende Symptome werden im Allgemeinen zum traumatischen Prozess gezählt:

- *Posttraumatische Dissoziationsphänomene*: Dissoziationsphänomene können sich als Erleben von Depersonalisation und Derealisation (Gefühle der Entfremdung vom eigenen Körper oder der Umgebung) äußern, aber auch als Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen oder als Veränderung/ Verlust von Wahrnehmungs- und Bewegungsfunktionen.
- *Intrusionen* sind die sich aufdrängenden, nicht steuerbaren Erinnerungen an das Ereignis. Sie äußern sich als „Flashbacks“ (Wiedererleben der traumatischen Situation im Wachzustand) oder als Alpträume.
- *Vermeidung von Reizen, die an das Trauma erinnern könnten* („Avoidance“)
- *Emotionale Taubheit* („Numbing“): Unfähigkeit, wichtige Aspekte zu erinnern; Interessenverlust und/oder sozialer Rückzug; Gefühle der Entfremdung von anderen; innere Teilnahmslosigkeit; eingeschränkte Bandbreite des Affekts; Gefühl einer eingeschränkten Zukunft.
- *Überregungsphänomene* („Hyperarousal“): Ein- und Durchschlafstörungen; erhöhte Reizbarkeit und Wutausbrüche;

Konzentrationsstörungen; Überwachsamkeit, erhöhte Schreckhaftigkeit.“ (Gröschel 2008: 20f., Herv. i. Orig.)

Spricht man über „Trauma“ in einem konzeptionellen Rahmen, muss eine prozesshafte Definition zugrunde liegen, die den Zusammenhang zwischen sozialem Prozess und individuellem Zusammenbruch adäquat erfassen kann (vgl. Moser/Nyfelner/Verwey 2001: 27).

Grundlegend wird in drei Trauma- Konzepte unterschieden:

- *Trauma als geschlossenes medizinisches Konzept:* wie zum Beispiel die posttraumatische Belastungsstörung. Hierbei ist das Ziel einen annähernd vollständigen Symptom-Katalog einer spezifischen psychischen Krankheit zu erstellen. Komplexe psychische und soziale (prozesshafte) Auswirkungen sowieso der sozialpolitische Hintergrund der Krankheit und ihres Verlaufs bleiben dabei unberücksichtigt. Das auslösende Ereignis bleibt ebenfalls unbeachtet.
- *Trauma als psychodynamischer Prozess:* Das bedeutet, dass der soziale Zusammenhang zwar wichtig ist, der Fokus jedoch auf den individuellen intra- psychischen Prozessen liegt.
- *Trauma als sozialer und politischer Prozess:* Hierbei wird Trauma nicht allein als individueller sondern auch als sozialer Prozess betrachtet, welcher Einfluss auf die gesamte Gesellschaft hat. Des Weiteren wird davon ausgegangen, dass Traumata nur im spezifischen kulturellen und politischen Kontext verstanden werden können. (Vgl. Bittenbinder u. a. 2006: 37, Herv. d. Verf.)

Es können generell chronische und komplexe Traumafolgen auftreten, die in folgende unterschieden werden:

1. *Störung der Affektregulation:* Depressionen, Suizidgedanken, selbstschädigendes Verhalten, unterdrücktes oder übersteigertes Sexualverhalten, explosive oder gehemmte Wut, etc.

2. *Veränderung des Bewusstseins:* dissoziative Störungen, Gedächtnisstörungen und Amnesien
3. *Veränderung der Selbstwahrnehmung:* Scham- und Schuldgefühle, Selbstanklagen, Gefühle von Wertlosigkeit und Stigmatisierung, Veränderung von Selbst und Weltbildern bzw. Wertesystemen, Gefühle von Fremdheit sich selbst und anderen gegenüber etc.
4. *Veränderung der Wahrnehmung des Täters:* ständige Beschäftigung mit dem Täter etwa in Rachedanken, paradoxe Dankbarkeit oder Idealisierung des Täters, Übernahme seiner Rechtfertigung oder Weltanschauung etc.
5. *Veränderung sozialer Beziehungen:* Misstrauen, sozialer Rückzug, Isolation, Probleme der Nähe-Distanz-Regulierung, herabgesetzte Fähigkeit sich selbst zu schützen etc.
6. *Unspezifische somatische Beschwerden:* psychosomatische Schmerzen, gastrointestinale Störungen etc.. (Vgl. Moser 2008: 31, Herv. i. Orig.)

Der Begriff „Trauma“ steht jedoch aufgrund seiner vielseitigen Verwendungsmöglichkeiten immer wieder in der Kritik und wird zunehmend als Sammelbegriff (vgl. Krueger 2013: 58) bezeichnet und in der populärwissenschaftlichen Literatur inflationär genutzt (vgl. Moser/Nyfeler/Verwey 2001: 19).

Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich auf durch menschliche Gewalt verursachte Traumata, so genannte „man made disasters“ (vgl. Koop 2002: 4).

Zu „man made disasters“ zählen unter anderem Verfolgung über Jahre hinweg sowie einmalige oder mehrere Haftzeiten mit andauernder oder wiederholter Folter (vgl. ebd.: 4f.). Diese Traumata sind eng verknüpft mit politischen und gesellschaftlichen Prozessen (vgl. Becker 2002: 2). Des Weiteren sind sie als Ergebnisse einer sozialen Interaktion innerhalb gesellschaftlicher Machtverhältnisse, durch die Individuen oder Gruppen absichtlich geschädigt werden, zu verstehen (vgl. ebd.: 2).

„Da Menschen mit Zwangsmigrationshintergrund häufig soziale Extremerfahrungen machen und das innerpsychische Erleben davon vielfach massiv beeinträchtigt ist, bildet Trauma eine sinnvolle Kategorie zur adäquaten Beschreibung dieses Zusammenhangs“ (Zimmermann 2012: 14).

Nachfolgend werden drei häufig auftretende Formen von Traumata bei Flüchtlingen näher begutachtet.

### **3.1 Posttraumatische Belastungsstörung**

Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) ist eine psychische Erkrankung, die nach dem Erleiden traumatischer Ereignisse auftritt (vgl. Birck 2002: 29).

Die klassifizierende und symptomorientierte Definition der PTBS unterscheidet im Wesentlichen drei Hauptmerkmale:

1. intrusive Phänomene des Wiedererlebens des traumatischen Ereignisses, insbesondere sogenannte Flash-Backs oder auch Albträume;
2. Vermeiden von Reizen, die an das traumatische Ereignis erinnern und emotionale Taubheit;
3. Körperlicher Zustand ständiger Übererregung. (Vgl. Krueger 2013: 57)

Die PTBS wurde konzeptionell maßgeblich von Michael J. Horowitz geprägt. Laut Horowitz verläuft die Reaktion auf ein Trauma in verschiedenen Phasen, wobei es zu einem Alternieren von Phasen der Intrusion und Phasen der Verleugnung bzw. Vermeidung kommt. Dies versteht er als Assimilationsprozess, der eine schrittweise Verarbeitung ermöglicht (vgl. Schriefers 2007: 17).

Die Posttraumatische Belastungsstörung hat eine hohe Komorbidität. Vor allem Angststörungen und Depressionen kommen häufig in Verbindung mit einer PTBS vor, wobei die differentialdiagnostische Abgrenzung schwierig ist (vgl. Moser 2008: 29).

Generell können die Äußerungen des Syndroms stark variieren. Nicht immer treffen alle Bausteine des Symptomkomplexes zu, deshalb wird meist von einer Annäherung gesprochen. Individuelle Faktoren von Gewaltopfern spielen hierbei eine große Rolle (vgl. Peltzer/Aycha/Bittenbinder 1995: 37).

Diagnostische Kriterien für die PTBS zielen hauptsächlich auf Opfer von traumatischen Ereignissen wie Krieg, Katastrophen und Vergewaltigung ab. Doch zeigt sich nach einem lang andauernden, wiederholten Trauma, häufig eine viel komplexere Symptomatik. Tiefgreifende Persönlichkeitsveränderungen, beispielsweise durch lange Gefangenschaft verursacht, werden bei dieser Diagnosenstellung nicht berücksichtigt (vgl. ebd.: 12).

### **3.2 Sequentielle Traumatisierung**

Bei Menschen, die über lange Zeiträume hinweg oder wiederholt traumatischen Ereignissen ausgesetzt waren, reicht die auftretende Symptomatik weit über die der PTBS hinaus (Birck 2002: 32).

„Wenn die Traumatisierung weitergeht, auch wenn die Verfolgung bereits aufgehört hat, spricht Keilson (1979) vom sequentiellen Trauma“ (Peltzer/Aycha/Bittenbinder 1995: 12). In diesem Konzept wird Trauma nicht mehr nur auf ein traumatisches Ereignis zurückgeführt. Es wird als Prozess verstanden, dem eine Abfolge von Ereignissen zu Grunde liegt.

„Das am Beispiel des Holocaust entwickelte Konzept [von Keilson] geht davon aus, dass ein traumatisches Geschehen immer drei traumatische Sequenzen umfasst: [...]

- „Die erste *Sequenz* der Traumatisierung ist die Verfolgung, während der die sicheren Lebensstrukturen schrittweise aufgelöst werden.
- In der *zweiten Phase* finden die akuten traumatischen und lebensbedrohlichen Ereignisse statt wie beispielsweise die Inhaftierung, Folterung, die Trennung von den Angehörigen und die Flucht.
- Die *dritte Sequenz* setzt mit den unmittelbaren Lebensbedrohungen ein und umfasst den Prozess der Wiedereingliederung. Die Phase hat in Bezug auf das Auftreten von Symptomen und auf den Bewältigungsverlauf den höchsten Stellenwert.“ (Moser 2008: 34, Herv. i. Orig.)

Keilson betont vor allem die Bedeutung der Zeit nach der direkten Verfolgung und die Reaktion der Mitmenschen. Von dieser hängt entscheidend ab, ob sich die Kette der Traumatisierungen brechen lässt, oder das Unvermögen zur Hilfestellung bzw. deren Unzulänglichkeit die Gesamttraumatisierung verstärkt (vgl. Zimmermann 2012: 43).

Der Begriff der „traumatischen Situation“ muss an dieser Stelle auf den gesamten traumatischen Prozess bezogen werden (vgl. ebd.: 43) und schließt auch die sich aus der Verfolgung ergebenden Folgen mit ein (vgl. Schriefers 2007: 23).

Die sich verändernde traumatische Situation wird als Rahmen hierfür festgelegt und bildet die Voraussetzung dafür, wie das Trauma zu verstehen ist (vgl. Zimmermann 2012: 42).

Wendet man Keilsons Theorie der sequentiellen Traumatisierung auf Flüchtlinge an, so ist festzustellen, dass die gelungene Flucht eben nicht das Ende des Traumatisierungsprozesses darstellt, sondern nur den Übergang von einer Sequenz zur nächsten (vgl. Moser/Nyfelner/Verwey 2001: 24). Denn Trauma im Zwangsmigrationskontext ist bedingt durch verschiedene, interagierende Belastungssequenzen, die zu schwerwiegenden seelischen Verletzungen führen (vgl. Zimmermann 2012: 14).



Das Konzept der sequentiellen Traumatisierung beinhaltet dabei nicht nur eine Prozesshaftigkeit, sondern auch kommunikative und interaktionelle Aspekte.

Nach der Flucht sind Flüchtlinge häufig neuen Unsicherheiten ausgesetzt und erleben eine „Nicht-Anerkennung“ des sich fortsetzenden Traumatisierungsprozesses (vgl. Krueger 2013: 58f.).

Die Lebensbedingungen im Aufnahmeland haben zentralen Stellenwert und machen chronische Verläufe traumatischer Beschwerdebilder erklärbar.

Somit ist anhand des Konzepts der sequentiellen Traumatisierung eine umfassende Perspektive auf den Leidensdruck von Flüchtlingen möglich (vgl. Moser 2008: 34).

### **3.3 Extremtraumatisierung**

Bruno Bettelheim führte 1943 in einem Artikel über seine KZ-Erfahrungen erstmals den Begriff der Extremsituation ein.

Eine solche Situation ist laut Bettelheim gekennzeichnet durch ihre Unausweichlichkeit, ihre ungewisse Dauer (mit der Aussicht ein ganzes Leben lang zu dauern), die Tatsache, dass nichts an ihr vorhersagbar war, dass das Leben des Betroffenen in jedem Augenblick bedroht war und dass dieser nichts dagegen unternehmen konnte (vgl. Moser/Nyfelner/Verwey 2001: 22).

Zudem ist Extremtraumatisierung als ein Prozess von zeitlicher Dauer, Intensität und der Interaktion zwischen sozialen und psychologischen Strukturen zu verstehen (vgl. Koop 2002: S. 5). „Es ist ein individueller und kollektiver Prozess in Bezug auf und in Abhängigkeit von einem gegebenen sozialen Kontext“ (ebd.: 5).

Der Begriff „Extremtraumatisierung“ integriert somit sowohl politische Prozesse als auch subjektives Leiden und erkennt „Herrschaftsausübung“ als Mittel der Traumatisierung an (vgl. Krueger 2013: 57).

Ein weiteres Kennzeichen ist die Art, Macht in einer Gesellschaft auszuüben, bei der sich die sozialpolitische Struktur auf die Zerstörung und Auslöschung einiger Mitglieder dieser Gesellschaft durch andere Mitglieder derselben gründet (vgl. Schriefers 2007: 29).

Extremtraumatisierung ist also immer beides: individuelle Zerstörung – auf leiblicher und Identitätsebene – und soziopolitischer Prozess“ (Koop 2002: 5).

Bei diesem Konzept bestimmt der gesellschaftliche Prozess die Pathologie. Er wird nicht nur als auslösender Faktor sondern als dauerhaftes Element dieser Pathologie miteinbezogen (vgl. Schriefers 2007: 29).

Auch wenn bewusst keine neue „Diagnosekategorie“ geschaffen werden soll, ist es notwendig, über die „Posttraumatische Belastungsstörung“ hinaus mit dem Konzept der Extremtraumatisierung den diagnostischen Blick auf Geflüchtete zu erweitern (vgl. Koop 2002: 4).

#### **4. Therapierelevante Belastungen im Exil**

Flüchtlinge und Asylsuchende unterliegen fluchtbedingten Faktoren und Einwanderungsprozeduren, durch die sie in einem hohen Maße entrechtet und fremdbestimmt werden. Im Zuge dessen spiegeln sich auch die gegebenen Machtverhältnisse wider (vgl. Krueger 2013: 54).

Die Erlebnisse im Exil werden im Rahmen des Modells der sequentiellen Traumatisierung als weitere Phasen der Verfolgung angesehen.

Die Möglichkeit traumatische Erfahrungen zu be- und verarbeiten hängt demnach maßgeblich davon ab, wie die Aufnahme der Betroffenen im Exil verläuft (vgl. Krüger 2013: 61). Die Probleme im Exil belasten Flüchtlinge nachweislich stärker als die eigentlichen Kriegs- und Fluchterfahrungen (vgl. Gavranidou u. a. 2008: 224–231).

Speziell bei traumatisierten Flüchtlingen und Folterüberlebenden erweisen sich gängige Traumadiagnostik- und Traumatherapiemodelle nur als begrenzt tauglich, da sie den spezifischen Lebenskontext nicht berücksichtigen.

Die Erfahrungen im Heimatland und die realen gegenwärtigen Lebensbedingungen im Exil beeinflussen den Verlauf jedoch maßgeblich (vgl. Koop 2002: 4).

Folgen von Folter, Krieg und organisierter Gewalt sind höchst komplex und verlangen eine ebenso komplexe sowie umfassende Herangehensweise. Der alleinige Fokus auf somatische Aspekte führt zu einer Pathologisierung des Problems. Individualpsychologische Ansätze müssen mit kollektiven Einflussfaktoren verknüpft werden, das heißt politische und ökonomische mit sozialen und intersubjektiven (vgl. Krueger 2013: 57).

Versuchen Flüchtlinge ihre Lebensprobleme eigenständig zu bewältigen, wird dies häufig von den realen Lebensbedingungen verhindert. Grundlegende Bedürfnisse wie Arbeits- und Lernmöglichkeiten, eine Sicherheit vermittelnde Umwelt, angemessene Wohnverhältnisse, Bewegungs- und Reisemöglichkeiten können aufgrund objektiver Vorschriftenstrukturen nicht befriedigt werden. Unter anderem Arbeits- und Ausbildungsverbot, ungesicherter Aufenthalt und Abschiebegefahr, schlechte Unterbringung, Residenzpflicht, mangelnde psychosoziale und medizinische Versorgung führen zu massiven Einschränkungen der Lebensqualität und der individuellen Bewältigungsstrategien (vgl. Potts/Prasske 1993: 84f.).

Zu betonen ist, dass nicht Traumatisierung und Symptomatik verlaufsentscheidend sind, sondern Faktoren wie soziale Unterstützung und Integration, sinnstiftende Tätigkeit, Sicherheit, familiärer Zusammenhalt, sowie Freunde und Mitglieder der eigenen Ethnie (Moser/Nyfeler/Verwey 2001: 8).

„Es sollte auch berücksichtigt werden, dass die Sprach- und Zugangsbarriere zusätzlich zur Verringerung der Chancengleichheit im Bildungsbereich

beiträgt und die Möglichkeiten der Inanspruchnahme gesundheitsbezogener Leistungen verkleinert“ (Polat 2015: 24).

Die Bewältigung eines Migrationsprozesses unterliegt somit unterschiedlichen belastenden Faktoren (vgl. Krueger 2013: 56). Deren Gesamtheit muss in die Behandlungsmöglichkeiten und -methoden einbezogen werden (vgl. Potts/Prasske 1993: 85).

Dennoch ist Migration auch immer auch als Chance zu werten und nicht per se als krankmachender Faktor (vgl. Krueger 2013: 56).

In den nächsten vier Abschnitten wird auf wichtige Einflussfaktoren des Migrationsprozesses näher eingegangen.

#### **4.1 Wohnbedingte Probleme**

Die Unterbringung in Wohnheimen ist eine wichtige sozio-politische Bedingung, die die Erlebniswelt von zwangsmigrierten Menschen nachweislich prägt (vgl. Zimmermann 2012: 57).

Das schwierige Zusammenleben verschiedener Flüchtlinge auf engem Raum ruft nicht selten primitive Abwehrstrategien der Verleugnung oder Spaltung hervor. Dort wo Menschen aus Bevölkerungsgruppen zusammenleben, die im Herkunftsland in kriegerische Auseinandersetzungen verwickelt waren, reaktiviert die Enge in den Heimen massive Ängste (vgl. ebd.: 58).

Flüchtlinge und Asylsuchende werden nach ihrer Ankunft im Normalfall in Erstaufnahmeeinrichtungen untergebracht. Die Aufenthaltsdauer ist vom Gesetzgeber auf maximal drei Monate begrenzt. Dieser Zeitraum wird jedoch oft massiv überschritten bzw. werden Asylbewerber in die Erstaufnahmeeinrichtung zurück verlegt. Familien leben meist in Gemeinschaftsunterkünften. Die Möglichkeit in einer eigenen Wohnung zu wohnen besteht und ist gesetzlich geregelt, unterliegt allerdings den Bedingungen des jeweiligen Wohnungsmarktes (vgl. ebd.: 57).

„Rund 70 % aller in Leipzig lebenden Flüchtlinge haben Probleme bei der Wohnungssuche. Leider gibt es keine NGOs [Nichtregierungsorganisationen], die den Menschen hierbei zur Seite stehen“ (Al- Ayyoobi 2015: 8) – berichtet ein junger Syrier aus Leipzig. „Wenn man dann eine Wohnung gefunden hat, dauert es trotzdem zwei Wochen, bis das Jobcenter die Finanzierung bestätigt. Bis dahin hat sich meist jemand anderes als Mieter gefunden“ (ebd.: 8).

Das Wiedererlangen von physischer und psychischer Sicherheit hat für Geflüchtete zentrale Bedeutung. Dies setzt voraus, dass die äußeren Bedingungen von Ruhe und Ordnung geprägt sind und staatliche Strukturen ein maximales Maß an Sicherheit vermitteln (vgl. Moser 2008: 47).

Dieser notwendige Raum, auf dem schwierige Vorerfahrungen verarbeitet werden können, wird den Asylsuchenden aufgrund der gegebenen Wohnverhältnisse weitestgehend verweigert (Zimmermann 2012: 58).

## **4.2 Familiäre Belastungen**

Ausländische Familie unterliegen der hohen Grundanforderung die Balance zwischen dem „Eigenem“ und dem „Fremden“ zu halten.

Einerseits soll über die Differenz zur neuen Kultur die eigene Identität gewahrt bleiben, andererseits muss sich um Partizipation bemüht werden und das „Fremde“ somit ein Stück weit übernommen werden. Die Integration nach innen und die Öffnung nach außen stellen sich somit als teilweise widersprüchliche aber notwendige Anforderungen dar (vgl. Borde/David 2005: 66).

Teil des Traumas ist oftmals auch die gestörte familiäre Interaktionssituation. Der Verlust der Heimat, existenzielle Ängste und die meist gänzlich unsichere Lebenssituation führen dazu, dass viele Eltern ihren Kindern nicht in adäquater Weise Halt geben können (vgl. Zimmermann 2012: 14f.).

Unter Beachtung individueller Erfahrungen lassen sich häufig wiederkehrende Erlebnisbereiche zwangsmigrierter Kinder und Jugendlicher wie folgt einteilen:

- *Verlusterfahrungen* beziehen sich auf den Verlust bzw. die Trennung von primären Bezugspersonen (z.B. Eltern). Sie sind gekennzeichnet durch Aufspaltung der Familie unter dem Aspekt der Zwangsmigration, was nicht selten plötzlich geschieht und ohne, dass eine Veränderung der Beziehung vorausgeht. Oftmals zieht dies Beziehungs- und Bindungsstörungen nach sich.
- *Familiäre Interaktionsstörungen und Rollendiffusion*, aufgrund von „Identitätsverlust“ und „Sprachentwurzelung“. Familiäre Interaktionen sind geprägt von ehemaligen Fluchterfahrungen und angstausslösenden, gegenwärtigen Problemen. Viele Interaktionsaspekte bleiben in den Familien unausgesprochen, da beide Sprachen nicht mehr affektiv-sprachlich besetzt werden können. Jugendliche stehen zwischen der Herkunfts- und Residenzkultur und schwanken zwischen Entwertung und Idealisierung der beiden Bezugssysteme. Die generelle Familiendynamik verändert sich im Aufnahmeland gravierend. Nicht zuletzt verlieren Eltern ihre Vorbildfunktion und werden aufgrund von Integration- und Sozialisationschwierigkeiten von ihren Kindern als schwach empfunden. Dieser Faktor führt bei den Eltern zu Prozessen der Scham, Minderwertigkeit und Entwurzelung und bedeutet nicht zuletzt einen weiteren Rückzug.
- *Transgenerationale Aspekte*, wodurch Kinder aufgrund des Verschweigens lebensgeschichtlicher Erfahrungen ihrer Eltern maßgeblich mitgeprägt werden. Kinder nehmen die unausgesprochenen Erfahrungen ihrer Eltern in sich auf, es kommt zu einer Übertragung der traumatischen Lebenswelt auf die nächste Generation. Diese Verhaltensmuster nehmen nachweislich starken Einfluss auf die Erfahrungs- und Erlebensmuster der Seins- und

Handlungswelt der Nachkommen. (Vgl. Zimmermann 2012: 60ff.,  
Herv. i. Orig.)

Trotz alledem stellt das familiäre System auch eine Ressource dar. Beispielweise helfen Lebenspartner mit, die Therapiemotivation zu fördern, und sie unterstützen die Traumatisierten bei der Bewältigung von Krisen und im Alltag. Traumatisierte Eltern sehen in ihren Kindern Hoffnungsträger und einen wichtigen Lebenssinn, für welchen es sich lohnt, Einsatz und Unterstützung zu leisten (vgl. Moser 2008: 68).

### **4.3 Gesellschaftliche Belastungen**

Generell liegen viele einflussreiche Aspekte des traumatischen Prozesses nicht beim Individuum selbst, sondern in der umgebenden Welt (vgl. Becker 2002: 2). Eine mangelnde Integration beispielsweise begünstigt die Entstehung von psychischen Erkrankungen (vgl. Feldmann u. a. 2013: 10).

Besteht eine Verknüpfung zwischen extremem individuellem Leid und gesellschaftlichen Prozessen ist Traumatisierung als ein ständiger Prozess der Interaktion zwischen den gegebenen gesellschaftlichen Verhältnissen und den Betroffenen zu verstehen (vgl. Becker 2002: 2).

Die Dimension dieser Problematik wird jedoch noch nicht deutlich genug gesehen. Kernprobleme unserer Gesellschaft, wie zum Beispiel die allgemeine soziale Situation, die Folgen der deutschen Einigung, die demographische Entwicklung und die steigende Gewaltbereitschaft Jugendlicher nehmen einen unmittelbaren Einfluss auf unser Verhältnis zu AusländerInnen und haben einen enormen politischen und gesellschaftlichen Schlüsselwert (vgl. Peltzer/Aycha/Bittenbinder 1995: 227).

So werden MigrantInnen auf der Suche nach würdigen Lebensbedingungen in der Europäischen Union zunehmend als Bedrohung gesehen (vgl. Hemmerling 2013: 9f.).

Genauer gesagt befindet sich unsere Gesellschaft in einer tiefgreifenden Umbruchsituation und wird von einem Großteil der Bevölkerung als unübersichtlich und nicht mehr greifbar empfunden.

Nicht vorhersehbare politische Entwicklungen und gesellschaftliche Umbrüche, sowie zunehmender Werteverfall bewirken Orientierungslosigkeit und Unsicherheit. Dies hat zur Folge, dass die Angst vor dem Fremden wächst, was sich vor allem in der Abwehr gegenüber der ausländischen Bevölkerung widerspiegelt (vgl. Peltzer/Aycha/Bittenbinder: 227).

Aufgrund dessen ist eine „sicheren Identität“ gefragt, die Menschen vermeintlich in den Grundprinzipien des Nationalismus' finden. Hierbei wird, nicht zuletzt durch Rechtsextreme, das Nationale in den Vordergrund gestellt und die Abwertung von anderen Menschen und Kulturen gerechtfertigt (vgl. ebd.: 231).

Die Konfrontation mit Fremdenfeindlichkeit in ihren verschiedenen Ausdrucksformen gilt als ein begünstigend krankmachender Faktor, der das Wahrnehmen einer Sicherheit vermittelnden Umwelt negativ beeinflusst (vgl. Potts/Prasske 1995: 85).

Die Sensibilisierung für die Situation von Asylsuchenden muss daher nach wie vor gefördert werden. Darüber hinaus sollte der Prozess des Bewusstwerdens dessen, was Betroffene erlebt haben, stets reaktiviert werden (vgl. Moser/Nyfelner/Verwey 2001: 11).

#### **4.4 Schwierigkeiten im Asylverfahren**

Empirische Studien über die therapeutische Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen belegen, dass sie meisten Befragten unter der unsicheren Situation im Aufnahmeland leiden.

Insbesondere der unsichere Aufenthaltsstatus und die dauerpräsenste Angst vor einer Abschiebung können zu weiteren psychischen Leiden führen und bereits vorhandene Angstsymptome verstärken (vgl. Krueger 2013: 61).



Hinzu kommt die Tendenz, Asyl als gesellschaftliche und im Grundgesetz verankerte Aufgabe zunehmend einzuschränken. Dadurch werden die Leiden traumatisierter Asylsuchender immer mehr pathologisiert (vgl. Bittenbinder u. a. 2006: 30).

Die Erinnerungen an erlittene Folter bergen die Gefahr eines Überwältigtwerdens von Gefühlen. Dies würde einer Reizüberflutung gleichkommen und wird daher von der Psyche vermieden.

Oftmals ist somit eine zusammenhängende Erzählung nicht möglich. Im Asylverfahren sind „sprachlose“ Opfer von Gewalt jedoch stark benachteiligt, da sie den Anforderungen der Behörde nicht gerecht werden können (vgl. Ammer 2013: 47).

Ihre Angaben werden angezweifelt und als Missbrauch deklariert.

Gutachtern wird die Aufgabe gestellt, die Störungen quasi zu beweisen und generell erhöhen sich die Anforderungen an diese Gutachten (vgl. Bittenbinder u. a. 2006: 30).

Des Weiteren stellen die aufenthaltsrechtlichen Bestimmungen in der Bundesrepublik Deutschland eine eigene Komponente sequentieller Traumatisierung dar (Zimmermann 2012: 56).

„Schon bei der Ankunft in der Empfangsstelle werden den Asyl Suchenden ihre Pässe, Identitätskarten oder andere Papiere, die ihre Identität belegen, abgenommen. Ihr Geld wird eingezogen, ihre Bewegungsfreiheit eingeschränkt, und sie werden mit einem Arbeitsverbot belegt“ (Moser/Nyfelner/Verwey 2001: 111).

Vor allem eine negative Entscheidung im Asylverfahren oder die Belastung, in Angst vor einer Abschiebung leben zu müssen, wiegen für Geflüchtete schwer (Ammer 2013: 48).

Außerdem wird Asylsuchenden der Zugang zum Arbeitsmarkt im ersten Jahr durch ein Arbeitsverbot verwehrt und in den Folgejahren durch die sogenannte „Vorrangsprüfung“ beschränkt (vgl. Feldmann u. a. 2013: 18).

Die Erwerbstätigkeit ist nicht zuletzt deshalb so zentral, weil sie in der Regel mit Erfahrungen von Anerkennung und Wertschätzung sowie sozialer Teilhabe verbunden ist, zu denen erwerbslose Asylsuchende kaum Zugang erhalten (ebd.: 18).

Asylbewerber erwarten im Asylverfahren Gerechtigkeit in Übereinstimmung mit menschenrechtlichen Standards und international geltenden Normen.

Wird bei der Glaubwürdigkeitsfrage seitens der Behörden auf „unglaubwürdig“ plädiert, bedeutet dies für die Betroffenen, dass das Unrecht, was ihnen angetan wurde, nicht anerkannt wird. Die Täter bleiben somit im symbolischen Sinne straflos (vgl. Ammer 2013: 48).

Hier spielen nicht zuletzt der Verlust von Kontroll- und Handlungsfähigkeit und die deprivilegierende Behandlung seitens der Behörden eine Rolle (vgl. Krueger 2013: 61) „[...] Ein vernünftiger Umgang seitens der Behörden und Ämter ist immer von der Willkür der zuständigen Mitarbeiter abhängig.“ erklärt ein junger Geflüchteter aus Syrien (vgl. Al-Ayyoobi 2015: 8).

Besteht jedoch eine gute Therapeuten-Patienten-Beziehung innerhalb eines Therapiekontextes, so kann dies helfen, den BeamtInnen im Asylverfahren einen zusammenhängenden Bericht darzubieten und die Chance auf ein erfolgreiches Asylverfahren erhöhen (vgl. Ammer 2013: 49).

## **5. Erschwerte Bedingungen innerhalb der Therapie**

„Wir können Heilung nicht „machen“, sondern nur dabei helfen, die Schwierigkeiten aus dem Weg zu räumen, die eine Heilung blockieren“ (Bittenbinder u. a. 2006: 23).

Viele psychiatrische Patienten mit Migrationshintergrund leiden unter Krankheiten, die man als Traumafolgestörung verstehen kann.

Ursächlich dafür sind der Verlust wichtiger Bezugspersonen und der kulturellen Identität als direkte Folge von Migration. Hinzu kommen

Ereignisse, die mit Misshandlungen, Krieg, Flucht, sexualisierter Gewalt etc. einhergehen können (vgl. Feldmann 2013: 193).

Unter therapeutischer Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen versteht man, sich auch mit den gesellschaftspolitischen Realitäten unseres Landes, unserer Welt, unserer Kultur auseinanderzusetzen (vgl. Moser/Nyfelner/Verwey 2001: 8).

Wenn ein Trauma innerhalb eines bestimmten sozialen Kontextes stattfindet, sind das subjektive Erleben und die Bewertung von Ereignissen direkt an diesen Kontext gebunden.

Es sollte genau beachtet werden, wie die Individuen ihre Symptome interpretieren und das Verständnis des Traumas sollte sich entsprechend primär an den Bedürfnissen und dem Erleben der Betroffenen orientieren (vgl. Krueger 2013: 59).

Während ihrer traumatischen Erlebnisse, auf der Flucht und auch im Exil, erleben sich Geflüchtete häufig als fremdbestimmt und ausgeliefert (Feldmann 2013: 25).

Eine Möglichkeit der Erfahrung von Handlungsfähigkeit kann in therapeutischen Beschäftigungsangeboten bestehen, die das subjektive Befinden durch Ablenkung, Kompetenzerleben, Tagesstrukturierung und soziale Einbindung verbessern können (vgl. ebd.: 26).

Allerdings gestaltet sich die therapeutische Arbeit mit Flüchtlingen weitaus vielschichtiger als die herkömmliche Traumatherapie. Es müssen zusätzlich spezifische Faktoren berücksichtigt werden, welche im Migrationskontext begründet liegen.

In den nachfolgenden zwei Abschnitten werden zwei wichtige Punkte beleuchtet, die den Therapieverlauf maßgeblich beeinflussen können.

## **5.1 Kulturell bedingter Umgang mit psychischen Erkrankungen**

Ein wichtiger Aspekt innerhalb der Therapie ist, dass Flüchtlinge aus den unterschiedlichsten Kulturen kommen, zu denen jeweils ein Zugang gefunden werden muss.

Dies gilt für die persönliche Begegnung wie für die kulturellen Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit, für das kulturelle Verständnis von Sinnlosigkeit und Sinn des Erlebten, von Hoffnung und Lebensperspektive (vgl. Koop 2002: 4).

„Kranksein“ ist eine Grunderfahrung, die beinahe alle Menschen im Laufe ihres Lebens mehrfach erleiden. Jede Kultur verfügt über kollektive Erfahrungen von Krankheit und medizinischer Fürsorge.

Dementsprechend existieren in allen menschlichen Gemeinschaften umfangreiche Systeme der Klassifikation von Krankheit und Gesundheit.

Die ethnische Identität von Menschen, d.h. ihre Zugehörigkeit zu einem bestimmten Kulturkreis, beeinflusst wesentlich alle Lebenserfahrungen und –bereiche, entsprechend auch die Erfahrung des Krankseins“ (Potts/Prasske 1993: 81).

Doch der kulturelle Hintergrund von Geflüchteten birgt noch weitere Schwierigkeiten als nur die Diskrepanz zwischen Gesundheits- und Krankheitsverständnis.

Bestimmte nicht einordbare Verhaltensweisen können dem Therapeuten den Zugang zum Klienten erschweren. „Zum Beispiel: Wie zeigt man Interesse und Sympathie gegenüber einem Klienten, in dessen Kultur man sich nicht in die Augen schaut?

Hinzu kommt: Wie bewahrt man professionellen Abstand? Verhaltensweisen, die Objektivität ausdrücken sollen, können von einer Person mit unterschiedlichem kulturellen Hintergrund, als ein Zeichen des Desinteresses und der Verachtung des Therapeuten interpretiert werden“ (Peltzer/Aycha/Bittenbinder 1995: 83).

Wie in den meisten europäischen Ländern, so liegen auch in Deutschland nur bruchstückenhafte Kenntnisse über die gesundheitliche Lage und die Gesundheitsbedürfnisse der Bevölkerung mit Migrationshintergrund vor (vgl. Borde/David 2005: 268).

„Oft sind es Kulturen, in denen verbaler Ausdruck von seelischen Prozessen und Gefühlen unüblich ist, wo sich die Seele ihren Ausdruck v.a. über den Körper in psychosomatischer Form sucht. Gerade hier sind nonverbale Beobachtungen, Gesten und Interventionen von großer Bedeutung“ (Koop 2002: 4).

Somit sind die Klienten selbst oftmals die einzige zugängliche Quelle für detaillierte und alltägliche Informationen über ihren kulturellen Hintergrund (vgl. Peltzer/Aycha/Bittenbinder 1995: 84f.) und dahingehend eine Ressource für eine erfolgreiche Therapie, die nicht zu unterschätzen ist.

Wie häufig psychosoziale Angebote von Migranten genutzt werden, äußert sich zudem darin wie medizinisches und psychosoziales Fachpersonal und die dazu gehörigen Praxen und Einrichtungen bewertet werden (vgl. Gröschel 2008: 84).

## **5.2 Die Rolle des Dolmetschers im Therapieverlauf**

„Sich auszudrücken, sich zu vermitteln, verstanden zu werden und in einer Begegnung mit anderen Menschen zusammen zu treffen, kann als ein grundlegendes menschliches Bedürfnis verstanden werden“ (Peltzer/Aycha/Bittenbinder: 178).

Doch die Sprache stellt nicht selten ein Hindernis in der stabilisierungs- und traumaverarbeitenden Phase dar (vgl. Feldmann u. a. 2013: 193).

Viele Flüchtlinge haben aus verschiedensten Gründen Schwierigkeiten, die Sprache im Aufnahmeland zu erlernen. Die Lernfähigkeit wird unter anderem aufgrund von Konzentrationsschwierigkeiten – oft als Folge einer Traumatisierung – vermindert (vgl. Moser 2008: 65).

Laut eines Forschungsprojekts zu „schichtenspezifischen Versorgungsproblemen im Gesundheitswesen“ im Jahre 1986 ergab die statistische Auswertung von 165 Sprechstundengesprächen „einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Gesprächsdauer und dem Sozialstatus des Patienten.“

Die Gespräche mit türkischen Patienten waren tendenziell am kürzesten, die Hälfte davon dauerte weniger als fünf Minuten. ForscherInnen stellten fest, dass bei sehr kurzen Sprechstundengesprächen überwiegend die patientenbestimmten Inhalte wegfallen/fielen.

Sichtweisen und Erklärungen der PatientInnen über die Krankheitsentstehung und die Beschwerden der Krankheit bleiben weitestgehend unberücksichtigt. Hierbei wurde ein Zusammenhang zu der Art der sprachlichen Darstellung der Beschwerden festgestellt (vgl. Potts/Prasske 1993: 87).

Somit ergeben sich Konflikte und Fehlentscheidungen bei der Diagnose und Therapie fast zwangsläufig, wenn das persönliche Erleben, Empfinden und die Ansprüche des Patienten nicht mit den Reaktionen der ExpertInnen des medizinischen Systems im Einklang stehen (vgl. ebd.: 87).

Aufgrund dessen sollten professionelle Übersetzungspersonen bestenfalls von Anfang an in den therapeutischen Prozess mit einbezogen werden. Somit soll es den MigrantInnen erleichtert werden, ihre emotionalen Zustände präzise zu beschreiben (vgl. Gröschel 2008: 86).

Das institutionalisierte und qualifizierte Übersetzen vermittelt ein Gefühl von Sicherheit in der Behandlung und bildet die Voraussetzung dafür, dass der Klient sich in der Behandlungssituation ernst genommen fühlt (vgl. Moser 2008: 65).

Hierbei gehört die kulturelle Vermittlung explizit zu der Arbeit eines Dolmetschers im Therapiekontext (vgl. ebd.: 67).

Selbst das größte Wohlwollen und die besten Absichten können sonst an sprachlichen Barrieren scheitern und zu einer unüberwindbaren Mauer werden (vgl. Peltzer/Aycha/Bittenbinder 1995: 178).

Deshalb müssen folgende Aspekte bei der erfolgreichen therapeutischen Arbeit mit einem Übersetzer mit einbezogen werden:

- *Unabhängigkeit:* Es sollte sich vergewissert werden, dass zwischen der Patientin oder dem Patienten und der übersetzenden Person kein Verwandtschafts- Freundschafts- oder Kollegenverhältnis besteht. Da Angehörige nicht über die nötige Distanz verfügen, geraten diese oftmals in Loyalitätskonflikte und die Privat- und Intimsphäre der Patienten kann nicht geschützt werden.
- *Professionalität:* Die Zusammenarbeit mit ungeschulten, zufällig disponiblen Übersetzungsgruppen sollte vermieden werden.
- *Vorbereitung:* Das Gespräch sollte mit der Übersetzungsperson vorbereitet werden.
- *Rollenklärung:* Die Übersetzungsperson muss dem Patienten vorgestellt werden und die Rollen aller Gesprächsbeteiligten (inkl. Berufsgeheimnis) geklärt.
- *Einverständnis:* Das Einverständnis des Patienten zur Wahl der Person, die übersetzt und vermittelt, sollte eingeholt werden. Auch der Übersetzungsperson sollte die Möglichkeit gegeben sein, die Mitarbeit in einer bestimmten Situation abzulehnen.
- *Patientenkontakt:* Die Patienten sollten immer direkt angesprochen werden und der Augenkontakt sollte ebenfalls gehalten werden.
- *Sprache:* Es sollte eine einfache, verständliche Sprache mit kurzen Sätzen, konkreten Formulierungen und wenigen Fachbegriffen verwendet werden.
- *Zeitfaktor:* Es muss sich Zeit genommen werden. Für eine gute Übersetzung und Vermittlung braucht es Nachfragen und zusätzliche Erläuterungen.
- *Nachbereitung:* Es sollte ein Nachgespräch mit der Übersetzungsperson durchgeführt werden. In diesem können Unklarheiten beseitigt, belastende Gefühle mitgeteilt und der Gesprächskontext besprochen werden. In diesem Teil kann die

Übersetzungsperson zusätzliche Beobachtungen und Interpretationen aus ihrer Perspektive einbringen. (Vgl. Moser 2008: 67, Herv. i. Orig.)

Auch bei Menschen, die schon einige Zeit im Ausland leben und eine Fremdsprache gut beherrschen, kann nicht automatisch davon ausgegangen werden, dass ihre fremdsprachlichen Kenntnisse zum differenzierten Ausdruck eigener Befindlichkeiten und Gefühlen ausreicht (vgl. Brick 2002: 21).

„Es bleibt festzuhalten, daß zahlreiche Verständigungsbarrieren einerseits den Zugang zum bundesdeutschen Gesundheitswesen erschweren und zudem die Diagnose und Therapie stark beeinflussen. Sprachliche, schichtspezifische und gesellschaftsspezifische Verständigungsbarrieren sind Faktoren, die die Möglichkeiten der Partizipation, Krankheitsfindung und –behandlung entscheidend bestimmen“ (Peltzer/Aycha/Bittenbinder 1995: 88f.).

## **6. Ressourcenorientierung als Perspektive**

Neben der Berücksichtigung von Belastungen und Ausgrenzung, mit denen Flüchtlinge und Asylsuchende konfrontiert sind, ist es wichtig, sie nicht per se auf den Status eines handlungsunfähigen Opfers festzuschreiben (Krueger 2013: 54).

Eine therapeutische Betreuung kann den hochkomplexen Auswirkungen von Folter und Krieg nur gerecht werden, wenn sie neben den physischen und psychischen Beschwerden auch die vorhandenen Ressourcen mit einbezieht (vgl. Moser 2008: 40f.).

Der Begriff „Ressource“ wird meist als Synonym zu Bezeichnungen wie „Stärken“ und „Potenzialen“ verwendet und in den Kontrast gesetzt zu Problemen, Belastungen und Vulnerabilitäten einer Person (vgl. Schriefers 2007: 34).



Die Behandlung und Betreuung stellen oftmals hohe Anforderungen an den Therapeuten. Traumaspezifische Kompetenz, Diagnostik und Fähigkeit zur achtsamen Empathie bilden hier die Basis der Behandlung (vgl. Feldmann u. a. 2013: 193).

Innerhalb der Therapie gilt das primäre Interesse der Wiederherstellung der psychischen und physischen Gesundheit der MigrantInnen. Dabei stellt die psychische Verarbeitung eines aus einem politischen Kontext heraus verursachten extremen Traumas die größte Schwierigkeit an die therapeutische Arbeit dar (vgl. Bittenbinder u. a. 2006: 14).

Die psychotherapeutische Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen und Folterüberlebenden ist in vielerlei Hinsicht vor besondere Herausforderungen gestellt. Beispielsweise ist auf Grundlage des Asylbewerberleistungsgesetzes die medizinische Versorgung auf die Behandlung von akuten Schmerzzuständen und Krankheiten reduziert. Therapieanträge und die Übernahme der Dolmetscherkosten durch das Sozialamt sind jedoch grundsätzlich möglich (vgl. Feldmann u. a. 2013: 24).

Eine Behandlungsmöglichkeit besteht für Menschen mit Migrationshintergrund allerdings nur dann, wenn sie überhaupt Zugang zu einer mit öffentlichen Mitteln geförderten, spezialisierten Beratungsstelle haben. Psychosoziale Beratungsangebote werden jedoch fast ausschließlich in großen Städten angeboten. Da Asylbewerber ihren Aufenthaltsort nicht frei wählen können, hängt es im Wesentlichen vom Zufall ab, ob ein behandlungsbedürftiger, traumatisierter Flüchtling ein therapeutisches Angebot wahrnehmen kann oder nicht (vgl. Gröschel 2008: 83).

### **6.1 Ressourcenorientierter und traumazentrierter Therapieansatz**

Die Basis für einen stressfreien Behandlungsrahmen zwischen Patienten und Therapeuten sollte die Schaffung einer „transkulturellen“ Begegnung sein (vgl. Feldmann u. a. 2013: 196).

Sensibilität für kulturelle Unterschiede und Konflikte sollten als Kernkompetenz bei der Arbeit mit Flüchtlingen Voraussetzung sein (vgl. Gröschel 2008: 89). Weitere „Fremdheitserfahrungen“ sind durch den Behandelnden zu vermeiden und ein persönlich-interaktioneller Umgang muss gegeben sein (vgl. Feldmann u. a.: 196).

Bei Überlebender wiederholter, extremer Gewalt ist das Gefühl von Sicherheit, Geborgenheit und Sinnhaftigkeit zerstört (vgl. ebd.: 91).

Die Wiedergewinnung dieser Attribute ist an die Reaktivierung von Ressourcen gekoppelt. Persönliche Ressourcen haben einen zentralen Stellenwert für die Bewältigung alltäglicher und besonderer Anforderungen bzw. Lebensaufgaben. Somit sind auch die psychische und physische Gesundheit sowieso das eigene Wohlbefinden davon abhängig, ob man auf die eigenen Ressourcen zurückgreifen kann (vgl. Schriefers 2007: 31).

Wenn jemand „blockiert“ ist, hat er momentan keinen Zugang zu seinen Ressourcen. Prinzipiell besitzt allerdings jeder alle Kräfte, um seine Schwierigkeiten zu bewältigen (vgl. Peltzer/Aycha/Bittenbinder: 129).

Der Kohärenzsinn bildet die Voraussetzung für die Wahrnehmung individueller Ressourcen (vgl. Schriefers 2007: 47). Er beschreibt ein Grundgefühl, das sich aus persönlichen Erfahrungen und kollektivem Wissen und den Normen und Werten einer Gesellschaft zusammensetzt.

Der Kohärenzsinn ist als dynamische Grundorientierung zu verstehen, welche geprägt ist von Vertrauen in sich selbst und die Umwelt.

Das Kohärenzgefühl setzt sich aus folgenden drei Komponenten zusammen:

- *Verstehbarkeit*: Ereignisse im Leben folgen einer äußeren und inneren Struktur, sind vorhersehbar, können eingeordnet und erklärt werden.
- *Handhabbarkeit*: Es sind genug Ressourcen vorhanden um die Anforderungen im Leben aus eigener Kraft zu meistern (Kompetenzerfahrung).

- *Bedeutsamkeit*: Die Ereignisse im Leben haben eine Sinnhaftigkeit (Sinnerfahrung). (Vgl. Moser 2008: 40, Herv. d. Verf.)

Ein gesundes Kohärenzgefühl fördert die Ressourcenorientierung bzw. Ressourcenaktivierung. Hierbei soll zum einem das Erkennen und Stützen der bereits vorhandenen positiven Seiten und Fähigkeiten des Patienten gefördert werden. Zum anderen sollen die vorhandenen Möglichkeiten durch gezielte Vermittlung von neuen Informationen und Bewältigungsstrategien verdichtet und erweitert werden (vgl. Feldmann u. a. 2013: 201).

Durch Folter und Erlebnisse im Krieg ist der Kohärenzsinn allerdings stark angegriffen, denn die erlebten Ereignisse laufen dem eigentlichen Grundgefühl diametral entgegen. Diese Geschehnisse sind aufgrund ihrer Willkür, Irrationalität und Unvermitteltheit nicht zu verstehen und folgen keiner Logik.

Somit läuft die Bewältigung der Traumatisierung parallel mit dem Bemühen den Kohärenzsinn wiederherzustellen (vgl. Moser 2008: 40).

Innerhalb der Therapie wird demnach sowohl traumazentriert als auch ressourcenorientiert gearbeitet. Die Traumabewältigung soll auf folgende Weise mit der Förderung der einzelnen Komponenten des Kohärenzsinnns verknüpft werden:

1. Das Erlebte verstehen und in die eigene Biographie integrieren.
2. Bedeutung und Sinn im Leben wieder herstellen.
3. Die eigene Handlungsfähigkeit zurückgewinnen. (Vgl. ebd.: 40)

Nachstehend werden im Konzept von Sachsse (2004) zur „Traumazentrierten Psychotherapie“ einige Grundprinzipien der traumazentrierten Arbeit näher erklärt:

Die Therapeuten-Patienten-Beziehung findet auf Augenhöhe statt, sodass der Patient jederzeit die Kontrolle darüber hat, was innerhalb der Therapie

passiert. Es werden auf regressionsfördernde Vorgehensweisen zur Nachreifung verzichtet, wohingegen ein besserer Umgang bei Erwachsenen mit sich selbst durch die Arbeit mit dem inneren Kind angestrebt wird.

Das Behandlungskonzept beinhaltet drei Phasen, die nicht aufeinander folgen sondern sich einander dynamisch ergänzen.

Das Phasenmodell der sogenannten imaginativen traumazentrierten Psychotherapie besteht aus der Stabilisierung, Traumasynthese, Trauer und Neuorientierung.

Es werden neuropsychologische Erkenntnisse aus der Stress- und Lernforschung einbezogen (vgl. Feldmann u. a. 2013: 202f.).

Das Stressverarbeitungssystem ist durch schwere Traumatisierungen neuropsychologisch verändert. Die Reizschwelle für Triggerreize ist herabgesetzt, die physiologische Erregung bei Stress führt schnell zu Übererregung und die Regulierung des erhöhten Hormonausstoßes ist erschwert (vgl. Koop 2002: 5).

Übungen zur Schulung des Körperbezugs, der „Inneres-Kind“-Arbeit und der Imagination werden ritualisiert und automatisiert mit dem Ziel, Symptome wie selbstverletzendes Verhalten oder Dissoziation überflüssig zu machen.

Diese Elemente der Stabilisierung werden als wertvolle Methoden der Ressourcenaktivierung erachtet. Eine Anpassung an die individuellen Voraussetzungen sind in jedem Fall erforderlich und können beispielsweise durch den Einsatz vereinfachter Sprache oder eines Dolmetschers geleistet werden (vgl. Feldmann u. a. 2013: 202f.).

Grundsätzlich wird die Resilienz (Widerstandsfähigkeit) nach einem Trauma durch flexible Anwendung von verschiedenen Bewältigungsstrategien erhöht. Zu diesen Bewältigungsformen zählen:

1. Die Annerkennung des Leids und die Benennung des Unrechts;
2. Soziale Unterstützung, Geborgenheit und Beziehungsaufbau;
3. Selbstbestimmung und -verantwortung, Ressourcenaktivierung;
4. Zukunfts- und Lebensperspektive schaffen, Vergangenheit integrieren;

## 5. Psychische, physische und emotionale Sicherheit; Integrität und Vertrauen herstellen

Der Therapeut übernimmt die Aufgabe, den Bewältigungsprozess bestmöglich zu begleiten und zu unterstützen. (Vgl. Moser 2008: 46f.)

Dies verlangt von ihm eine parteiische Haltung, wodurch politische Realitäten als solche anerkannt und gedeutet werden.

Scheinbar privates Leid wird in öffentliches übersetzt, es wird weder „Innen“ noch „Außen“ verleugnet. Somit ist die therapeutische Behandlung von Extremtraumatisierten grundsätzlich als ein erster Schritt der Resozialisierung, nicht zuletzt auch des erlittenen Leides, zu verstehen (vgl. Peltzer/Aycha/Bittenbinder 1995: 99).

## 6.2 Zielbereiche

Ein zentrales Ziel psychosozialer und psychotherapeutischer Interventionen ist die Wiederherstellung eines Gefühls der Selbstbestimmung und Kontrolle über das eigene Leben und den eigenen Körper (Feldmann u. a. 2013: 25). Des Weiteren sollen soziale Ressourcen erschlossen und soziale Netzwerke und Unterstützung gefördert werden (vgl. ebd.: 26).

Außerdem wird in der Salutogenese der Fokus auf die gesundheitlichen Ressourcen gelegt, die dem Individuum helfen, Gesundheit zu entwickeln, zu erhalten und mit Belastungen erfolgreich umzugehen (vgl. Moser 2008: 39).

Politische Sicherheit und psychische Stabilisierung stehen in einem direkten Zusammenhang (vgl. Ammer 2013: 48).

Die Gewährleistung der inneren und äußeren Sicherheit sowie die vollständige Integration des Traumas sind zentrale Ziele innerhalb der Therapie.

Des Weiteren sind folgende Therapieziele erstrebenswert:

- Reduktion der posttraumatischen Symptome auf ein für den Klienten erträgliches Maß;

- Aushalten der starken Gefühle, die mit der Erinnerung an das Trauma verbunden sind;
- eigene Kontrolle der Erinnerungen ist möglich;
- die Erinnerung ist konsistent, kohärent und modalitätskonform;
- Wiederherstellung des Selbstwertgefühls des Klienten;
- Entwicklung eines kohärenten Bedeutungs- und Übersetzungssystems um das Trauma;
- Aufhebung der sozialen Isolation des Klienten. (Vgl. Gröschel 2008: 92)

Generell gilt es daran zu erinnern, dass auch ein traumatisierter Mensch im Lebenskontinuum steht, in dem es eine Zeit vor und eine Zeit nach dem Trauma gibt (vgl. Koop 2002: 5).

## **7. Empirische Untersuchung in Form von Experteninterviews**

### **7.1 Hypothese**

Die Hypothese lautet:

„Die multiplen Belastungen im Exil beeinflussen den Krankheitsverlauf traumatisierter Flüchtlinge maßgeblich und müssen deshalb stärker in die jeweiligen Therapiekonzepte einbezogen werden.“

Diese Hypothese soll in der Praxis überprüft werden, indem qualitative, leitfadengestützte Experteninterviews mit drei Personen durchgeführt werden, die in der Praxis mit traumatisierten Asylsuchenden arbeiten. Bewusst wurden Mitarbeiter ausgewählt, die Flüchtlinge ganzheitlich-pädagogisch begleiten um die therapeutische Grundsituation differenzierter und von außen beleuchten zu können. Diese Interviews werden anschließend analysiert und verglichen um die oben genannte Hypothese zu überprüfen.

## 7.2 Erläuterung der Methodik

Die Interviews werden leitfadengestützt und persönlich durchgeführt, damit eventuell spontan auftretende Fragen miteinbezogen werden können. Somit ist es möglich, bei unklaren Aussagen direkt nachzufragen bzw. spezifischere Informationen zu erhalten.

Zudem bietet das leitfadengestützte Interview den Partnern die Möglichkeit, ihre Gedanken uneingeschränkt zu äußern, da diese nicht wie bei einem Fragebogen durch bestimmte Antwortmöglichkeiten begrenzt sind.

Aufgrund des geringen Zeitumfangs der Bachelorarbeit ist es nicht möglich eine groß angelegte, repräsentative Umfrage mit vielen TeilnehmerInnen durchzuführen. Deshalb sind die drei Experteninterviews als exemplarisch zu verstehen. Bewusst wurden keine praktizierenden Therapeuten bzw. Psychologen für die Interviews ausgewählt. Dies ist damit zu begründen, dass Mitarbeiter aus dem pädagogischen Bereich einen genaueren Einblick in die tatsächliche Lebenswelt und die damit einhergehenden Belastungen der Klienten haben.

Durch die alltägliche Begleitung entsteht ein vielschichtiger Blick, der aufgrund von genauen Beobachtungen und individuellen Gesprächssituationen gewisse Verhaltensweise besser einzuordnen vermag. Innerhalb der Therapie ist dies aufgrund der ausgewählten, meist einseitigen Berichtserstattung des Klienten nur bedingt möglich und wird zusätzlich dadurch beschränkt, dass die Klienten-Therapeuten-Gespräche nur ein bestimmtes Zeitfenster umfassen.

Aufgrund dessen sind die durchgeführten Interviews mit einem Sozialarbeiter, einer pädagogischen Mitarbeiterin und einer ehrenamtlich tätigen, angehenden heilpädagogischen Kunsttherapeutin als differenzierter und somit repräsentativer zu erachten.

Martin Hoffmann arbeitet seit dreieinhalb Jahren als Sozialarbeiter in einer Wohngruppe für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (UMF) in Eschwege.

Er vermittelte den Kontakt zu Lisa Wascholowski, die in derselben Einrichtung seit zweieinhalb Jahren als pädagogische Mitarbeiterin tätig ist. Die Jugendlichen sind offiziell zwischen 12 und 18 Jahren alt, wobei das genaue Alter aufgrund fehlender Papiere nur selten sicher bestimmt werden kann.

Der Kontakt zu Elisabeth Norwood entstand durch Internetrecherchen zum Thema „Engagiert für Flüchtlinge in Leipzig“.

Sie leitet zur Zeit ein zweimonatiges kunstpädagogisches Projekt in Kilis an der türkisch-syrischen Grenze und arbeitet dort mit Kindern unter zwölf Jahren.

Die Interviewpartner sind zwischen 27 und 31 Jahre alt. Auf die Anonymisierung der Daten verzichteten alle der drei Befragten.

Aufgrund einer längeren Kontaktphase vor den Interviews war zur Zeit der Durchführung ein vertrauensvolles, ehrliches Verhältnis gegeben.

Die Interviewpartner waren über die Inhalte der Bachelorarbeit informiert und haben mit viel Interesse über ihre Erfahrungen und Standpunkte berichtet. Die Atmosphäre währenddessen war mit allen Befragten ausgeglichen, entspannt und offen.

Die Analyse der drei Interviews orientiert sich an dem vom Siegfried Lamnek erklärten methodischen Vorgehen. Dieses beinhaltet nach der Transkription die Einzelanalyse, danach die generalisierte Analyse und zuletzt die Kontrollphase (vgl. Lamnek 2010: 367ff.). Somit werden Gemeinsamkeiten, Unterschiede, Besonderheiten und Grundtendenzen herausgearbeitet.

Die entnommen Informationen sind nachfolgend in Klammern mit den jeweiligen Zeilenangaben des Interviews gekennzeichnet.

### **7.3 Auswertung der Interviews**

Nachfolgend wird die Auswertung der Interviews in Gemeinsamkeiten und Unterschiede sowie Besonderheiten aufgeschlüsselt. Dadurch sollen



Erkenntnisse deutlicher herausgearbeitet werden bzw. eine Vereinheitlichung im Hinblick auf die Praxis entstehen.

### **7.3.1 Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Interviews**

Alle der drei Interviewpartner haben vielschichtige exilbedingte Belastungen genannt, die vor allem den behördlichen, gesamtgesellschaftlichen und wohnbedingten Bereich betreffen.

Behördliche Hürden wie „die lange Prozessdauer“ (Lisa, Z. 38) und „dass sie solange im Ungewissen bleiben, wie ihr Asylverfahren ausgeht“ (Martin, Z. 52–53) beeinflussen die Salutogenese von Geflüchteten vermeintlich negativ. „Man kann beispielsweise schon zehn Jahre in Deutschland sein und hat trotzdem nur eine Duldung, die man immer wieder verlängern muss“ (Lisa, Z. 39–41).

Des Weiteren wird die Vorgehensweise während der Anhörungen stark bemängelt: „Generell fehlt eine psychologisch sensibilisierte Betreuung“ (Elisabeth, Z. 46) und „dann stehen sie aber unter dem Druck der Glaubwürdigkeit“ (Martin, Z. 58–59). Im Verhör werden „Daten und Details erfragt, die teilweise gar nicht mehr rekonstruiert werden können“ (Martin, Z. 57–58) und gleichzeitig wird den Befragten „das Gefühl vermittelt, dass es an ihnen und ihrer Aussage hängt, wie das Asylverfahren ausgeht“ (Lisa, Z. 43–44).

„Das Gefühl von gesamtgesellschaftlicher Ablehnung“ (Elisabeth, Z. 24–25) oder dass Asylbewerber „häufig in Schlägereien geraten und angepöbelt werden“ (Martin, Z. 23–24) prägt zusätzlich die gesellschaftliche Situation von Flüchtlingen.

Diese körperlichen und verbalen Übergriffe geschehen nicht selten aus „rassistischen Motivationen heraus“ (Lisa, Z. 19–20).

„Der Gesellschaft wird durch Stereotypen eine diffuse Xenophobie vermittelt, die eine offene Integration extrem erschwert“ (Elisabeth, Z. 32–34). Diese Stigmatisierungen werden durch öffentliche Diskriminierungen weiter

verschärft, zum Beispiel dadurch „dass Farbige bei jedem zweiten Einkauf im Lidl kontrolliert werden, ob sie was geklaut haben“ (Martin, Z. 21–22).

Auch „fehlen die kulturellen Gemeinsamkeiten“ (Lisa, Z. 29), wodurch sich die Kluft zwischen einheimischer und „Migrationskulturen“ vergrößert und wenig kultureller Austausch stattfindet.

Nicht zuletzt bringt die Sprachbarriere „Unsicherheiten mit sich, die das Selbstbewusstsein schwächen“ (Lisa, Z. 35), was oftmals mit einem persönlichen Rückzug der Geflüchteten einhergeht.

„Die Umverlegung auf andere Heime“ (Lisa, Z. 21) und der „forcierte Ortswechsel“ (Elisabeth, Z. 28) können auf Asylsuchende retraumatisierend wirken.

Durch eine „seperierte Unterbringung“ (Elisabeth, Z. 35) wird „ein Kontakt zur Bevölkerung und damit ein Abbau von Vorurteilen“ (Elisabeth, Z. 36–37) von vornherein unterbunden.

Die zentrale Unterbringung und die damit in Zusammenhang stehende „geballte Armut auf einem Fleck führt natürlich zu Kriminalisierung“ (Martin, Z. 37). Schon bei den Erstaufnahmestellen wird davon gesprochen, dass dort oft „unzumutbare Zustände herrschen“ (Martin, Z. 29).

Die Aussagen aller Befragten bestätigten, dass sich die Exilsituation entscheidend auf den Genesungsprozess auswirkt. Neben den realen Belastungen plagen die Geflüchteten Gefühle „der Verlorenheit, der Fremdbestimmung und der Hilflosigkeit“ (Elisabeth, Z. 16–17).

Ein wesentlicher Unterschied ist, dass Lisa und Martin mit unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen (UMF) in Deutschland arbeiten, was ihren allumfassenden Blick auf die Problematik etwas einschränkt.

UMF werden zumindest auf behördlicher Ebene gesondert behandelt und sind beispielsweise „ganz normal über die Jugendhilfe krankenversichert“ (Martin, Z. 67), was den Zugang zu einer Therapie deutlich erleichtert.

Oftmals ist von den „Jugendlichen“ (Martin, Z. 23) die Rede, wohingegen Elisabeth allgemein von „Geflüchteten“ (Elisabeth, Z. 15) spricht.

Generell hat jeder der Interviewten einen sehr differenzierten und persönlichen Blick auf seine Arbeit, was dazu führt dass in der Beantwortung der Fragen die persönliche Gewichtung der Belastungen unterschiedlich ist.

So bringt Elisabeth ihre Aussagen in einen gesamtgesellschaftlichen Kontext und bemängelt unter anderem die „populistische[n] Agitation von fremdenfeindlichen Vorurteilen durch die Medien und die Politik“ (Elisabeth, Z. 31–32).

Martin hingegen nennt viele spezielle Beispiele um seine Aussagen zu untermauern. „Zum Beispiel hat ein Jugendlicher neulich erfahren, dass sein Vater in Kasachstan erschossen wurde“ (Martin, Z. 14–15), womit verdeutlicht werden soll, dass auch im Aufnahmeland noch Retraumatisierungen durch indirekte Kriegserlebnisse stattfinden.

Lisa wiederum legt ihren Fokus mehr auf psychosoziale Abläufe und hebt die Bedeutung zwischenmenschlicher Beziehungen hervor, was an Aussagen wie „Wenn das [Stabilität und Persönlichkeitsfindung] von den Eltern gefördert wurde, sind die meistens Jugendlichen sowieso stark und selbstbewusst“ (Lisa, Z. 71–72) zu erkennen ist.

„Ressourcenorientierte Arbeit“ verstehen alle drei als selbstbestimmte Therapiearbeit, bei der die Klienten wieder „für sich selbst herausfinden, was sie gut können und sich wieder neu kennenlernen“ (Lisa, Z. 66–67).

Durch „ausprobieren und auch Fragen, was sie gerne machen“ (Martin, Z. 90) werden vorhandene Ressourcen gefördert und Talente ausgebaut.

Wichtig ist dabei die „therapeutische Haltung des Leiters“ (Elisabeth, Z. 74) der den Klient als Mitwirkenden „im eigenen Heilungsprozess und damit selbstbestimmt“ (Elisabeth, Z. 75) integriert.

Nicht zuletzt soll gefördert werden, dass die Patienten „Gefühle ausdrücken, definieren und nachempfinden können“ (Lisa, Z. 76–77) und sich die therapeutische Arbeit „positiv auf das Kohärenzgefühl“ (Elisabeth, Z. 76)

auswirkt. Lisa betont abschließend: „Und ganz wichtig: Immer bestärken und bestätigen“ (Lisa, Z. 78).

### **7.3.2 Besonderheiten der Interviews**

Aufgrund von individuellen Erfahrungswerten und Blickrichtungen wurden die Fragen teilweise auf unterschiedliche Weisen verstanden, was dazu führt, dass sich die getroffenen Aussagen nur schlecht vergleichen lassen.

Beispielweise wurde die Aussage „dass die Gegebenheiten im Exil den Gesundheitszustand traumatisierter Flüchtlinge stärker beeinflussen als die Kriegserfahrungen und Fluchterlebnisse selbst“ sehr unterschiedlich aufgefasst.

Lisa interpretierte das „beeinflussen“ als positiv und berichtete darüber, dass Geflüchtete „erstmal froh über die medizinische Versorgung“ (Lisa, Z. 10) seien. „Ihre Leiden werden ernster genommen und so werden die Flüchtlinge auch selbst sensibler dafür“ (Lisa, Z. 11–12).

Martin verstand die Aussage so, dass durch „neuen Informationsfluss“ (Martin, Z. 13) zu dem was in der Heimat passiert, „Traumata wieder verschlimmert“ (Martin, Z. 13) werden können und bezieht sich somit nicht auf die aktuellen exilbedingten Gegebenheiten.

Elisabeth wiederum sieht „die Erfahrung von Vertreibung oder extremer Gewalt“ (Elisabeth, Z. 11) als auslösenden Faktor für psychische Beeinträchtigungen und bezieht die Exilsituation als „ganz entscheidend“ (Elisabeth, Z.13) in den Genesungsprozess mit ein.

Martin betont zudem immer wieder fortschrittliche Entwicklungen im Umgang mit Asylbewerbern.

Er erwähnt zum Beispiel mehrmals dass Jugendliche aus seiner Wohngruppe „Fussball im städtischen Fussballverein“ (Martin, Z. 43) spielen und außerdem „Gruppenleiter bei den Ferienspielen in Eschwege sein können“ (Martin, Z. 43–44).

Zudem berichtet er von einem Programm im Göttingen, welches „einen Gesprächskreis für Flüchtlinge“ (Martin, Z. 83) umfasst und darüber, dass einige Städte das zentrale Wohnen „auch schon aufweichen“ (Martin, Z. 36).

Insgesamt fiel besonders positiv auf, dass alle Interviewten großen Wert darauf legten, vielseitige und detaillierte Informationen zu liefern und ihre Aussagen gut zu veranschaulichen.

Durch ihr persönliches Engagement wird sich bemüht Außenstehende für die Thematik zu sensibilisieren und weitläufige Zusammenhänge zu veranschaulichen.

### **7.3.3 Überprüfung der Hypothese**

Die oben getroffene Aussage, dass die multiplen Belastungen im Exil den Krankheitsverlauf traumatisierter Flüchtlinge maßgeblich beeinflussen und deshalb in Therapiekonzepte einbezogen werden müssen, wurde im Verlauf der letzten Kapitel immer wieder bestätigt.

Vor allem gesellschaftliche Ablehnung und Diskriminierung, verbale und körperlich gewalttätige Übergriffe sowie lang andauernde behördliche Prozeduren und unzumutbare Wohnsituationen beeinträchtigen die Salutogenese traumatisierter Geflüchteter deutlich.

Diese Aspekte führen nicht selten zu Retraumatisierungen und mindern das Kohärenzgefühl der Betroffenen. Auch die Sprachbarriere und der vorausgehende Mangel an Sprach- und Bildungsangeboten isoliert Asylbewerber und begünstigt psychische Beeinträchtigungen.

Aufgrund der Vielzahl an genannten Exilbelastungen, welche die Genesungsprozesse von Asylbewerbern maßgeblich beeinflussen, wird deutlich dass diese stärker in angewandte Therapiekonzepte einbezogen werden müssen um diese ganzheitlicher und effektiver zu gestalten.

## 8. Zusammenfassung

Die untersuchten Aspekte in Hinblick auf die individuellen Erfahrungen, politisch-rechtliche Rahmenbedingungen sowie die psychosozialen Versorgungsvoraussetzungen im Aufnahmeland sind für den Genesungsprozess von Geflüchteten von zentraler Bedeutung.

Es zeichnet sich eine prägnante Diskrepanz zwischen traumatherapeutischer Intervention generell und dem bisherigen Stand der Forschung zu Interventionen mit traumatisierten Flüchtlingen ab. Dies geht sowohl aus der verwendeten Literatur als auch aus der durchgeführten empirischen Erhebung hervor.

Allgemein gültige Therapiekonzepte zur Behandlung von Traumata müssen demnach modifiziert und auf die speziellen Bedürfnisse von Menschen mit Migrationshintergrund angepasst werden.

Im Verlauf der Behandlung sollte das Engagement des Therapeuten über die Grenzen des „normalerweise Benötigten“ hinausgehen.

Der Behandelnde sollte offensichtlich Partei für den Klienten ergreifen und mit den kulturellen Hintergründen vertraut sein. Auf dieser Basis wird ein Schutzraum innerhalb der Therapie geschaffen, der durch die äußeren Umstände in der Regel nur unzureichend gegeben ist. Dieser sichere Bereich bildet die Grundlage dafür, dass eine Traumakurierung stattfinden kann.

Generell ist die Traumabehandlung von Asylsuchenden als Teil eines gesamtgesellschaftlichen Gefüges zu verstehen, in dem soziale und politische Dimensionen eine tragende Rolle spielen.

Die in Deutschland praktizierte Asylpolitik und die daraus resultierenden universellen Folgen prägen „den Weg“ zur Therapie, die Therapie selbst und deren Nachhaltigkeit für Geflüchtete maßgeblich.

Bringt man diese Erkenntnis in den Kontext des sozialen Arbeitsfeldes so ergeben sich folgende Schlussfolgerungen: Aufgabe der Sozialen Arbeit ist es, die therapierlevanten Besonderheiten im Umgang mit traumatisierten Asylsuchenden zu erfassen, zu kommunizieren und dabei zu unterstützen diese sinnvoll und konstruktiv in den Therapieverlauf einzubinden.

Der/die Sozialarbeiter/in agiert als „Sprachrohr“ für den Klienten und bildet somit die Brücke zwischen dem Klienten, dem Therapeuten und den zuständigen Ämtern.

Im Prozess, die persönlichen Ressourcen des Betroffenen zu reaktivieren und damit einhergehend Traumatisches zu verarbeiten, sollte sich der/die Sozialarbeiter/in als Mittler verstehen.

Die, durch das staatlich gelenkte Asylverfahren, auftretenden Probleme können durch die Soziale Arbeit allein nicht gelöst, jedoch gezielt integriert werden.

Perspektivisch können so effektive Therapiekonzepte entstehen, die aus der Kompetenz Sozialer Arbeit ganzheitlich zu arbeiten schöpfen können.

## Literaturverzeichnis

- Al-Ayyoobi, Aziz (2015): Nach dem Terror Assads der Terror der Isolation. Integrationshemmnis Deutschland? In: Leipziger Zeitung (LZ) 1. Jg., H. 1, S. 8.
- Ammer, Margit (2013): Krieg und Folter im Asylverfahren. Eine psychotherapeutische und juristische Studie. Wien: Neuer Wissenschaftlicher Verlag.
- Becker, David (2002): Flüchtlinge und Trauma. Interview mit David Becker.
- Bittenbinder, Elise/Kammerland, Anni/Rössel-Cunovic, Marie u. a. (2006): Begutachtung traumatisierter Flüchtlinge. Eine kritische Reflexion der Praxis. Karlsruhe: Loeper Literaturverlag.
- Borde Theda / David, Matthias (Hrsg.) (2005): Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund. Lebenswelten, Gesundheit und Krankheit. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag GmbH.
- Brick, Angelika (2003): Traumatisierte Flüchtlinge. Wie glaubhaft sind ihre Aussagen?. 3. Auflage. Heidelberg: Asanger Verlag.
- Feldmann, Robert Enrico u. a. (Hrsg.) (2013): Traum(a) und Migration. Aktuelle Konzepte zur Therapie traumatisierter Flüchtlinge und Folteropfer. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Gavrandiou, Maria / Niemiec, Babara / Magg, Birgit u. a. (2008): Traumatische Erfahrungen, aktuelle Lebensbedingungen im Exil und psychische Belastungen junger Flüchtlinge. In: Kindheit und Entwicklung, 17. Jg., H. 4, S. 224–231.
- Gröschel, Christian (2008): Traumatisierung durch Krieg, Flucht und Migration. Der Stellenwert der Psychologie im Umgang mit Betroffenen. Stuttgart: Ibidem-Verlag.
- Hemmerling, Ulrike (2003): Von der Schwierigkeit, mit dem Begriff „Flüchtling“ zu operieren. Verwaltet, entrechtet, abgestempelt– wo bleiben die Menschen?. Online im Internet unter <http://userpage.fu->



berlin.de/wolfseif/verwaltet-entrechtet-

abgestempelt/texte/hemmerling\_fluechtlingsbegriff.pdf (10.06.2015).

- Koop, Ingeborg (2002): Das Leibparadigma in der Traumatherapie. Erfahrungen aus der Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen und Gefolterten. In: Integrative Bewegungstherapie Nr. 1, S. 4ff.
- Krueger, Antje (2013): Flucht- Räume. Neue Ansätze in der Betreuung von psychisch belasteten Asylsuchenden. Frankfurt am Main: Campus-Verlag.
- Lamnek, Siegfried (2010): Qualitative Sozialforschung. 5., überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Moser, Catherine (2008): Folter und Trauma. Folgen und therapeutische Möglichkeiten. Eine Informationsschrift. Bern: Schweizerisches Rotes Kreuz.
- Moser, Catherine/Nyfelner, Doris/Verwey, Martine (Hrsg.) (2001): Traumatisierungen von Flüchtlingen und Asyl Suchenden. Einfluss des politischen, sozialen und medizinischen Kontextes. Zürich: Seismo Verlag.
- Peltzer, Karl/Aycha, Abduljawad/Bittenbinder, Elise (1995): Gewalt und Trauma. Psychopathologie und Behandlung im Kontext von Flüchtlingen und Opfern organisierter Gewalt. Frankfurt am Main: IKO-Verlag.
- Potts Lydia/ Prasske Brunhilde (1993): Frauen- Flucht- Asyl. Eine Studie zu Hintergründen, Problemlagen und Hilfen. Materialien zur Frauenforschung, Band 16. Bielefeld: Kleine Verlag GmbH.
- Wirtgen, Waltraut (2009): Traumatisierte Flüchtlinge: Psychische Probleme bleiben meist unerkannt. Online im Internet unter <http://www.aerzteblatt.de/archiv/66991/Traumatisierte-Fluechtlinge-Psychische-Probleme-bleiben-meist-unerkannt> (10.06.2015).

## Anhang