

Johanna Hofmann

Geflüchtet und traumatisiert – die ersten Monate nach der Ankunft

Sozialarbeiterische Unterstützungsmöglichkeiten
für Menschen mit Fluchterfahrung und
Traumatisierung in Psychosozialen Zentren
für Flüchtlinge und Folteropfer

Johanna Hofmann

Geflüchtet und traumatisiert — die ersten Monate nach der Ankunft

Sozialarbeiterische Unterstützungsmöglichkeiten für
Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung in
Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer



Impressum

CIP-Titelaufnahme der Deutschen Bibliothek:

Johanna Hofmann

**Geflüchtet und traumatisiert — die ersten Monate nach der Ankunft
Sozialarbeiterische Unterstützungsmöglichkeiten für Menschen mit
Fluchterfahrung und Traumatisierung in Psychosozialen Zentren für
Flüchtlinge und Folteropfer**

Höchberg b. Würzburg:

ZKS Verlag für psychosoziale Medien

Alle Rechte vorbehalten

© 2020 Johanna Hofmann

ISBN 978-3-947502-34-9

Technische Redaktion: Meike Kappenstein

Lektorat: Tony Hofmann

Cover-Design: Leon Reicherts / Tony Hofmann

Layout: Hanna Hoos

Herausgeber der „Schriften zur psychosozialen Gesundheit“:

Prof. Dr. Helmut Pauls

Prof. Dr. Frank Como-Zipfel

Dr. Gernot Hahn

Anschrift ZKS Verlag für psychosoziale Medien:

ZKS Verlag für psychosoziale Medien

Albrecht-Dürer-Str. 166

97204 Höchberg

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis.....	
1. Einleitung	1
2. Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung aus bio-psycho-sozialer Sichtweise ..	3
2.1 Lebenssituationen von Menschen mit Fluchterfahrung.....	3
2.1.1 Postmigratorische Belastungsfaktoren und ihre Auswirkungen auf die psychische Gesundheit von Menschen mit Fluchterfahrung	4
2.2 Traumatisierung von Menschen mit Fluchterfahrung.....	10
2.2.1 Entstehung einer Traumatisierung.....	10
2.2.2 Traumafolgeerkrankungen.....	17
3. Sozialarbeiterische Handlungsmöglichkeiten in Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer	21
3.1 Psychosoziale Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer.....	21
3.2 Sozialarbeiterische Haltung im Umgang mit Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung	22
3.3 Handlungsmöglichkeiten der Sozialarbeiter*innen	28
3.3.1 Äußere Stabilisierung	32
3.3.2 Innere Stabilisierung.....	36
3.3.3 Ressourcenorientierung.....	39
4. Fazit	41
Abbildungsverzeichnis.....	47
Literaturverzeichnis	47
Anhang.....	67

Abkürzungsverzeichnis

BAfF	Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer
BPSM	bio-psycho-soziales Modell
bspw.	beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
ebd.	ebenda
etc.	et cetera
GFK	Genfer Flüchtlingskonvention
kPTBS	komplexe posttraumatische Belastungsstörung
o.J.	ohne Jahr
o.S.	ohne Seite
o.V.	ohne Verlagsangabe
PSZ	Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge und Folteropfer
PTBS	posttraumatische Belastungsstörung
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees
vgl.	vergleiche
WHO	World Health Organization/Weltgesundheitsorganisation
z.B.	zum Beispiel

1. Einleitung

Seit 2015 kommt es zu großen Fluchtbewegungen von Menschen aus dem Globalen Süden in den Norden (vgl. Staub-Bernasconi, 2019). Im Jahr 2018 waren weltweit 70,8 Millionen Menschen auf der Flucht, dies ist laut dem UNHCR die höchste Zahl seit den letzten 70 Jahren (vgl. UNHCR, 2019). Nur ein Bruchteil der fliehenden Menschen besitzt die nötigen Ressourcen, um Deutschland zu erreichen (vgl. Wenk-Ansohn, Stammel & Böttche, 2019). So wurden 2019 in Deutschland circa 142.500 Erstanträge auf Asyl gestellt, die meisten von Menschen aus den Kriegs- und Krisengebieten Syrien und dem Irak (vgl. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2019a & b). Parallel zu den veränderten Flüchtlingszahlen ist es in den letzten Jahren weltweit verstärkt dazu gekommen, dass Politiker*innen und Regierungen Menschen mit Fluchterfahrung dafür nutzen, durch Populismus Stimmungen zu schüren und „die Bevölkerung für Wahlkampfszwecke aufzuhetzen“ (Ther, 2018, S. 18 & 19) (vgl. Abdallah-Steinkopff & Soyer, 2013). So ist auch die deutsche Gesellschaft gespalten: populistisches und fremdenfeindliches Auftreten von Pegida und AfD begegnet bürgerschaftlichem Engagement und einer Willkommenskultur (vgl. Schneck, 2017; Schirilla, 2016). In Deutschland hat sich eine aufgeheizte und verstärkt rechtspopulistisch dominierte Stimmung verbreitet, in der Zuwanderung als Bedrohung und Gefahr gesehen wird (vgl. Bröse, Faas & Stauber, 2018; Schirilla, 2016). So kommt es zu Protesten rechtsradikaler Gruppen vor Unterkünften für Menschen mit Fluchterfahrung und zu Brandanschlägen (vgl. Schirilla, 2016). Dies hat zur Folge, dass Menschen mit Fluchterfahrung „zur verletzlichsten und verletzbarsten Gruppe geworden sind und mit der stillen und offenen bis hasserfüllten Ablehnung, den politischen Demonstrationen, den Drohungen sowie Gewalttaten eines Teils der Bevölkerung leben müssen“ (Staub-Bernasconi, 2019, S. 413).

Menschen mit Fluchterfahrung erleben daher sowohl in ihren Herkunftsländern, als auch während der Flucht sowie im Aufnahmeland traumatische Erfahrungen (vgl. Wenk-Ansohn et al., 2019; Schirilla, 2016). Aufgrund dessen ist die Wahrscheinlichkeit der Ausbildung von Traumafolgeerkrankungen bei Menschen mit Fluchterfahrung erhöht (vgl. Wenk-Ansohn et al., 2019). So liegen die Prävalenzraten für die posttraumatische Belastungsstörung bei Menschen mit Fluchterfahrung bei circa 30% (vgl. Steel, Chey, Silove, Marnane, Bryant & van Ommeren, 2009). Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung, die vielfältige physische, psychische und soziale Verletzungen erlebt haben bzw. erleben, benötigen hierfür eine umfassende biopsychosoziale Versorgung und Unterstützung (vgl. Apedjinou, 2011; Gahleitner, Zimmermann & Zito, 2017; Wenk-Ansohn et al., 2019; Engel, 1977). Diese erfolgt idealerweise durch eine interprofessionelle Zusammenarbeit von Ärzt*innen, Psychotherapeut*innen,

Sozialarbeiter*innen, Anwälte*innen etc. (vgl. Soyer, 2006). Eine psychosoziale Unterstützung durch Sozialarbeiter*innen ist für die Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung essenziell (vgl. Bierwirth, 2011). Im Folgenden wird daher der Frage nachgegangen, wie Sozialarbeiter*innen in Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung in den ersten Monaten nach ihrer Ankunft in Deutschland unterstützen können. Die Forschungsfrage hat eine hohe Relevanz für die Soziale Arbeit, da Soziale Arbeit darauf abzielt, Menschen dazu zu befähigen und zu ermutigen die Herausforderungen ihres Lebens zu bewältigen, damit sich ihr Wohlbefinden verbessert (vgl. International Federation of Social Workers, o.J.). In der Sozialen Arbeit mit Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung sollen diese durch psychosoziale Maßnahmen zur Selbsthilfe befähigt werden und so zu einem „handlungsfähigen, gesunden und glücklicheren Mitglied der Gesellschaft werden“ (Pauls, 2013, S. 43). Die sozialarbeiterische Unterstützung sollte sich dabei immer an der Lebenswelt der Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung und den daraus entstehenden Bedarfen orientieren (vgl. Schirilla, 2016; Thiersch, 2006).

Um diese Ziele zu erreichen, wird die Soziale Arbeit in der vorliegenden Bachelorarbeit als Profession mit einem Tripelmandat nach Staub-Bernasconi (2018) verstanden. Somit hat die Soziale Arbeit zum einen ein Mandat für die Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung und ihre Anliegen und zum anderen einen gesellschaftlichen Kontrollauftrag. Als Profession hat in der Sozialen Arbeit jedoch auch wissenschaftsbasiertes Handeln und das Einhalten des Berufskodex Priorität. Das Tripelmandat bietet somit die Möglichkeit einer menschenrechtsbasierten Sozialen Arbeit (vgl. Brandmaier & Friedmann, 2019). In diesem Sinne hat Soziale Arbeit als Menschenrechtsprofession unter anderem die Aufgabe, den Schutz der Menschenrechte von Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung einzufordern (vgl. Scherr, 2018). Denn nach der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte (AEMR) steht jeder Person ein menschenwürdiges Leben zu (vgl. Vereinte Nationen, 1948). Auch in der globalen Definition von Sozialer Arbeit der International Federation of Social Workers (o.J.) heißt es, dass die Menschenrechte, neben den Prinzipien sozialer Gerechtigkeit, gemeinsamer Verantwortung und Achtung der Vielfalt, die Grundlage Sozialer Arbeit bilden.

Im Folgenden werden daher nach einer theoretischen Einführung in das Thema der Traumatisierung von Menschen mit Fluchterfahrung aus bio-psycho-sozialer Sichtweise, sozialarbeiterische Handlungsmöglichkeiten in Psychosozialen Zentren aufgezeigt, die dabei helfen sollen, das Wohlbefinden der Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung zu verbessern.

2. Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung aus bio-psycho-sozialer Sichtweise

2.1 Lebenssituationen von Menschen mit Fluchterfahrung

Das deutsche Asylrecht (§ 3 Abs.1 AsylG) orientiert sich bei der Definition eines Flüchtlings an der Genfer Flüchtlingskonvention (GFK), nach der ein Flüchtling eine Person ist, die

„aus der begründeten Furcht vor Verfolgung wegen ihrer Rasse ^[1], Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen ihrer politischen Überzeugung sich außerhalb des Landes befindet, dessen Staatsangehörigkeit sie besitzt, und den Schutz dieses Landes nicht in Anspruch nehmen kann oder wegen dieser Befürchtungen nicht in Anspruch nehmen will; oder die sich als staatenlose infolge solcher Ereignisse außerhalb des Landes befindet, in welchem sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt hatte, und nicht dorthin zurückkehren kann oder wegen der erwähnten Befürchtungen nicht dorthin zurückkehren will“ (UNHCR, 1951, S. 2).

Die Definition der GFK wird aus verschiedenen Gründen kritisiert, da bspw. Umweltflüchtlinge, Menschen, die aufgrund ihres Geschlechts oder ihrer sexuellen Orientierung fliehen oder Binnenflüchtlinge keine Berücksichtigung finden (vgl. Weeber & Gögercin, 2014; Caroni & Scheiber, 2019). In der vorliegenden Bachelorarbeit wird die Definition von Menschen mit Fluchterfahrung daher breiter verstanden. Demnach werden unter dem Begriff Menschen mit Fluchterfahrung Personen gesehen, die als Schutzsuchende nach Deutschland gekommen sind, unabhängig ihres rechtlichen Status (vgl. Gün, 2018). Unter Menschen mit Fluchterfahrung werden daher sowohl Flüchtlinge nach dem AsylG, als auch Asylsuchende, Asylbewerber*innen, Asylberechtigte und Schutz- und Bleibeberechtigte Menschen (Menschen mit einer Duldung, subsidiär Schutzberechtigte und Personen, bei denen ein Abschiebungsverbot vorliegt) verstanden. Es ist davon auszugehen, dass kein Mensch ohne Not freiwillig fliehen würde, daher wird Flucht im Folgenden als eine „Zwangs- und Notsituation“ (Becker & Weyermann, 2006, S. 68) verstanden (vgl. Wirsching, 2018). Es ist zu betonen, dass Geflüchtete keine homogene Gruppe darstellen. Ihnen ist jedoch gemein, dass sie im Zusammenhang mit Verfolgung und Flucht oft mit diversen extremen Belastungen konfrontiert sind bzw. wurden (siehe 2.1.1) und auf ein sichereres Leben und eine bessere Zukunft hoffen (vgl. Schreiber & Iskenius, 2013; Feldmann, Jr. & Seidler, 2013; Scherr, 2018).

¹ Es handelt sich hierbei um den juristischen Begriff der Rasse, der eine soziale Zuschreibung zu einer bestimmten ethnischen Gruppe darstellt (vgl. Caroni & Scheiber, 2019).

Bei Flucht handelt es sich um eine Form der Zwangsmigration, die nach Zimmermann (2015) durch drei Faktoren geprägt ist. Zum einen durch gezwungenes Verlassen der Heimat, aufgrund bestimmter Fluchtursachen (vgl. ebd.). Zum anderen zeichnet sich Zwangsmigration durch Illegalität und Lebensgefahr aus und ist durch Situationen extremer Abhängigkeit bestimmt (z.B. von Schleppergruppen, Grenzsoldat*innen etc.) (vgl. ebd.). Der prägende Faktor der Zwangsmigration ist die Tatsache, dass sie vorerst mit einer ungesicherten, zeitlich unklaren Aufenthaltssituation im Aufnahmeland endet (vgl. ebd.).

Menschen fliehen aufgrund unterschiedlicher Ursachen, die sehr vielfältig, nicht klar voneinander trennbar und häufig komplex miteinander verwoben sind (vgl. Wirsching, 2018; Gün, 2018). Häufige Fluchtursachen sind Krieg und Folter, da sie die physische und psychische Unversehrtheit bedrohen und materielle, soziale und kulturelle Lebensgrundlagen vernichten (vgl. Maier & Schnyder, 2007). Des Weiteren können bewaffnete Konflikte, familiäre und kulturelle Traditionen, Diskriminierung, Vertreibung ethnischer Minderheiten, Ausbeutung, Kriminalität, Probleme aufgrund politischer Aktivität, religiöse Verfolgung, sexuelle Ausbeutung, Menschenhandel, Homosexualität, Zwang zu Militärdienst, Ressourcenknappheit (z.B. aufgrund des Klimawandels), Armut, Perspektivlosigkeit, Landraub, Naturkatastrophen, Genitalverstümmelung, Blutrache/ sogenannte Ehrenmorde, Korruption, Bandenkriminalität, Maßnahmen autoritärer Systeme, Menschenrechtsverletzungen und die Bedrohung durch Gewalt oder katastrophale Lebensumstände Fluchtursachen darstellen (vgl. Schneck, 2017; Wirsching, 2018; Gün, 2018; Feldmann, Jr. & Seidler, 2013; Oltmer, 2016). Eine Flucht ist oft im Vorfeld nicht gut geplant, sondern findet spontan und plötzlich statt, was zu abrupten Beziehungsabbrüchen, Verlusten und emotionaler Erschütterung führt, da Menschen brutal aus ihrem vertrauten Umfeld (Arbeit, Wohnen, Schule, soziale Kontakte) gelöst werden (vgl. Maier & Schnyder, 2019; Hartwig, Mennen & Schrappner, 2018). Sowohl die Fluchtursachen als auch die Flucht sind durch traumatische Erfahrungen gekennzeichnet (vgl. Erdheim, 2016).

2.1.1 Postmigratorische Belastungsfaktoren und ihre Auswirkungen auf die psychische Gesundheit von Menschen mit Fluchterfahrung

Die soziale Lebenssituation von Menschen mit Fluchterfahrung hat Auswirkungen auf ihre psychische Gesundheit, bspw. auf die Entstehung einer Traumatisierung (vgl. Wälte, 2019). Dies steht in Übereinstimmung zu einem bio-psycho-sozialen Verständnis. Der Psychiater Engel war einer der ersten, der ein bio-psycho-soziales Modell (BPSM) in den 1970er Jahren vorstellte. Demzufolge beeinflussen nicht nur biomedizinische Faktoren die Entstehung von Erkrankungen, sondern auch psychosoziale (vgl. Engel, 1977; Pauls, 2013). Das BPSM beschreibt die Gleichrangigkeit und die Wechselbeziehungen von drei Systemebenen (bio-psycho-sozial) (vgl. Pauls, 2013). Durch das bio-psycho-soziale Verständnis werden „(a) die

biologischen Aspekte (die organisch begründbaren Befunde), (b) die psychischen Dimensionen (Denken, Fühlen, Handeln) und (c) die sozialen wie ökologischen Lebenswelten des Menschen parallel“ (Egger, 2015, S. 54) erfasst (siehe Abbildung 1). Aufgrund der Wechselbeziehungen der drei Ebenen wird deutlich, dass parallel zu den biologischen auch soziale und psychische Faktoren für die Entstehung von Erkrankungen verantwortlich sein können (vgl. Pauls, 2013).

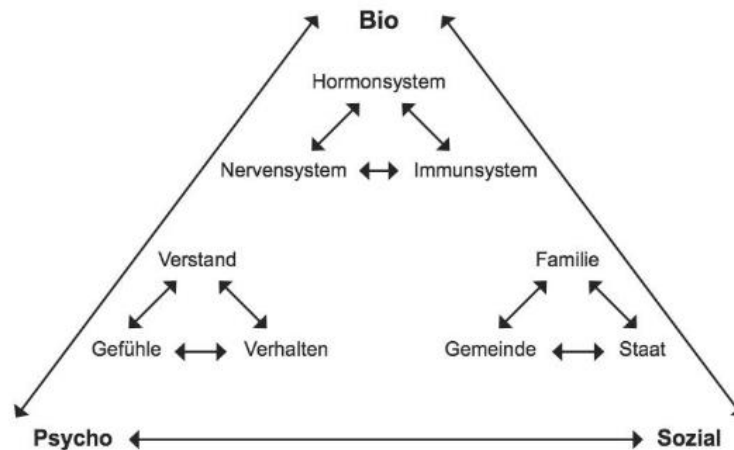


Abbildung 1 Das bio-psycho-soziale Modell (in Anlehnung an Friedrich 2000, zitiert nach Beck & Borg-Laufs, 2010, S. 66)

Dass ein Mensch anfällig für eine Erkrankung ist, ist „aus bio-psycho-sozialer Perspektive das Ergebnis einer Störung des Zusammenspiels von sozialem Zusammenleben (und sozialen Regeln) mit dem individuellen (psychologischen) Erleben und Verhalten und der leiblichen (biologischen) Existenz“ (Pauls, 2013, S. 32). Somit sind der soziale Kontext und soziale Erfahrungen meist elementar für die Genese und den Verlauf einer Erkrankung mitverantwortlich (vgl. Wälte, 2013). Nach dem BPSM bedeutet Gesundheit die Kompetenz des Systems Mensch, pathogene Faktoren (Störungen auf Systemebenen) kontrollieren und bewältigen zu können (vgl. Egger, 2015). Dabei werden Erkrankung und Gesundheit als ein dynamisches Geschehen verstanden (vgl. ebd.). In diesem Zusammenhang stellt die Salutogenese nach Antonovsky (1997), also die Frage, wie Gesundheit entsteht, bzw. erhalten werden kann, einen Baustein des bio-psycho-sozialen Verständnisses dar (vgl. Brückner, 2011). Auch die Gesundheit von Menschen mit Fluchterfahrung wird essenziell durch das Wechselspiel der biologischen, psychischen und sozialen Ebene beeinflusst. Denn nicht nur die Fluchtursachen im Heimatland, sondern auch die oft langwierige und gefährliche Flucht und die Zeit nach der Flucht im Aufnahmeland stellen eine große Herausforderung dar und können mit traumatischen Erfahrungen verbunden sein (vgl. Erdheim, 2016). Im Folgenden werden die Schwierigkeiten, denen Menschen mit Fluchterfahrung in Deutschland begegnen, die auch als postmigratorische Belastungsfaktoren bezeichnet werden, ausgeführt. In Anlehnung an Li, Liddell

und Nickerson (2016) werden sozioökonomische, soziale und interpersonelle sowie das Asylverfahren und aufenthaltsrechtliche Faktoren unterschieden.

Sozioökonomische Faktoren

In den ersten drei Monaten nach der Ankunft in Deutschland gilt für Menschen mit Fluchterfahrung ein Beschäftigungsverbot (vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2018). Ab dem vierten Monat dürfen Menschen mit Fluchterfahrung arbeiten, wenn sie die Genehmigung der zuständigen Ausländerbehörde und die Zustimmung der örtlichen Arbeitsagentur vorweisen (vgl. ebd.). Durch das Arbeitsverbot in den ersten drei Monaten fehlt Menschen mit Fluchterfahrung oft eine Tagesstruktur und eine sinnvolle Beschäftigung (vgl. Kahl, 2016). Die erzwungene Passivität und fehlende Erfahrung von Selbstwirksamkeit durch das Arbeitsverbot führen zu einer schlechteren psychischen Gesundheit von Menschen mit Fluchterfahrung im Vergleich zu den Menschen mit Fluchterfahrung, die Zugang zum Arbeitsmarkt haben (vgl. Porter & Haslam, 2005; Schneck, 2017). Bei Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung begünstigt die Untätigkeit außerdem „eine ständige Beschäftigung mit traumabezogenen Inhalten und eine Tendenz zu sozialer Isolation“ (Brandmaier, 2013, S. 18), wodurch sich die Traumasymptome verschlimmern können (vgl. Liedl, 2019). Die Arbeitslosigkeit, das Arbeitsverbot und die Fürsorgeabhängigkeit lassen eine finanzielle Knappheit entstehen, die zu prekären Wohnbedingungen der Menschen mit Fluchterfahrung führt (vgl. Schick, 2019). Menschen mit Fluchterfahrung leben in den ersten Monaten bis Jahren nach ihrer Ankunft häufig in Sammelunterkünften. Dort werden oft mehrere Personen in einem Zimmer untergebracht und bis zu 50 Personen müssen sich die Küche und die sanitären Anlagen teilen (vgl. Liedl, 2019; Brandmeier & Friedmann, 2019). Es herrscht ein hoher Lärmpegel und es gibt kaum Rückzugsmöglichkeiten und Privatsphäre (vgl. Liedl, 2019). Somit entstehen Konflikte untereinander und es ist kaum möglich in der Unterkunft zur Ruhe zu kommen (vgl. Zito & Martin, 2016). Des Weiteren liegen Sammelunterkünfte häufig „isoliert am Rande einer Kommune im Gewerbegebiet oder mitten auf dem Land“ (Schirilla, 2016, S. 31). Das führt dazu, dass die Menschen mit Fluchterfahrung wenige Möglichkeiten haben sich zu beschäftigen oder abzu lenken (vgl. Brandmaier & Friedmann, 2019). Dabei hängt das psychische Wohlbefinden von Menschen mit Fluchterfahrung signifikant mit der Wohnsituation zusammen (vgl. Porter & Haslam, 2005; Brandmaier & Friedmann, 2019). Menschen mit Fluchterfahrung, die einen Zugang zu einer sicheren, privaten Unterkunft haben, weisen eine bessere psychische Gesundheit auf, als Menschen mit Fluchterfahrung, die in temporären und institutionellen Unterbringungen leben (vgl. Porter & Haslam, 2005). Vor allem für Menschen mit Traumafolgeerkrankungen ist das Leben in einer Sammelunterkunft sehr herausfordernd, da ein dauerhaft angespannter Zustand entsteht und posttraumatische Beschwerden wie Schlaflosigkeit, Übererregung, Reizbarkeit und Schreckhaftigkeit verstärkt werden (vgl. Birck & Weber, 2004; Schneck, 2017). Ein

weiterer postmigratorischer Belastungsfaktor ist die chancenungleiche Gesundheitsversorgung in Deutschland (vgl. Schick, 2019). In den ersten 15 Monaten nach ihrer Ankunft in Deutschland sind Menschen mit Fluchterfahrung meist nicht gesetzlich krankenversichert, sondern abhängig vom Staat: Das Sozialamt am Wohnort bezahlt die notwendige Behandlung akuter Erkrankungen nach den Verordnungen des Asylbewerberleistungsgesetzes (vgl. Zito & Martin, 2016). Eine Behandlung wird meist nur bei akuter Erkrankung oder Schmerzzuständen gewährt (§4 AsylbLG). Weitere Leistungen, z.B. eine Psychotherapie, werden nur dann gewährt, wenn sie im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich sind (§6 AsylbLG) (vgl. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer – BAfF e.V., 2019). Jedoch liegt die Bewilligung dieser Leistung im Ermessen der zuständigen Sozialbehörde (vgl. ebd.). Oft kommt es dazu, dass das Sozialamt psychische Erkrankungen nicht als akut einstuft und somit eine psychotherapeutische Behandlung von Menschen mit Fluchterfahrung in den ersten 15 Monaten nach der Ankunft ausbleibt (vgl. BPtK, 2015; Schneck, 2017). Somit ist der Umfang der Gesundheitsleistungen im Vergleich zur regulären Gesundheitsversorgung eingeschränkt. Jedoch stellen nicht nur die gesetzlichen Bedingungen strukturelle Barrieren für eine angemessene Gesundheitsversorgung dar. Darüber hinaus fehlen migrationsspezifische Angebote und bilinguale Fachkräfte, auch eine mangelnde interkulturelle Kompetenz der zur Verfügung stehenden Fachkräfte trägt zu einer chancenungleichen Gesundheitsversorgung bei (vgl. Pfeiffer & Goldbeck, 2019; Gün, 2018). Außerdem existieren Barrieren bei den Menschen mit Fluchterfahrung selbst, z.B. unzureichende Sprachkenntnisse, Fehlen eines subjektiven Krankheitskonzepts, Angst vor Stigmatisierung, mangelnde Kenntnisse über das deutsche Gesundheitssystem und Psychotherapie generell, ein anderes Verständnis von Krankheit, Fehlinformationen und Verunsicherung über Art und Zugang zu vorhandenen Angeboten (vgl. Pfeiffer & Goldbeck, 2019; Spallek & Zeeb, 2010).

Soziale und interpersonelle Faktoren

Soziale und interpersonelle Schwierigkeiten sind bspw. die anhaltende Trennung von der Familie, ein eingeschränktes oder fehlendes soziales Netzwerk und daraus resultierende soziale Isolation (vgl. Li et al., 2016; Pabst, Gerigk & Erdag, 2013). Die Isolation von Menschen mit Fluchterfahrung hängt signifikant mit verstärkten Traumasymptomen und einer schlechteren psychischen Gesundheit zusammen (vgl. Miller et al., 2002). Auch die Sorgen um die Angehörigen im Herkunftsland stellen postmigratorische Belastungsfaktoren dar (vgl. Maier, Morina, Schick & Schnyder, 2019a). Rassismuserfahrungen und Fremdenfeindlichkeit gehören für Menschen mit Fluchterfahrung in Deutschland zum Alltag und können ebenfalls zur Entwicklung psychischer Erkrankungen beitragen (vgl. Velho, 2018; Schirilla, 2016; Spallek & Zeeb, 2010). Diskriminierung geschieht sowohl auf dem Wohnungsmarkt, am Arbeitsplatz, als auch

bei Ämtern und Behörden (z.B. Jobcenter, Ausländerbehörde oder Standesamt) und bei Geschäften und Dienstleistungen (z.B. in Supermärkten, Gaststätten) (vgl. Antidiskriminierungsstelle des Bundes, 2016). Wobei laut Befragungen der Antidiskriminierungsstelle des Bundes (2016) 81% der Befragten berichteten, dass sie die Diskriminierungserfahrungen aufgrund ihres Aufenthaltsstatus und anderer Merkmale (z.B. Hautfarbe, Sprache, Geschlecht, Behinderung) erleben. Benachteiligungserfahrungen führen automatisch zu einem höheren Armutsrisiko, zu größerer Arbeitslosigkeit und zu schlechteren Wohnverhältnissen (vgl. Schirilla, 2016). Eine weitere große Herausforderung, die die Lebenssituation von Menschen mit Fluchterfahrung bestimmt, stellt das Erlernen der deutschen Sprache dar. Denn Sprache ist nicht nur für eine gelingende Arbeitsmarktintegration wichtig, sondern sie stellt auch die Voraussetzung für demokratische Partizipation und lebensweltliche Teilhabe dar (vgl. Gerdes, 2013). Mangelnde Sprachkenntnisse haben auch Auswirkungen auf die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Fluchterfahrung. Denn wenn keine ausreichenden Sprachkenntnisse vorhanden sind, müssen bei Ärzt*innen häufig Angehörige oder Bekannte übersetzen. Dies kann dazu führen, dass wichtige Themen aufgrund der Präsenz der dritten Person nicht erwähnt werden oder dass Kinder eine altersunangemessene Rolle einnehmen müssen (Parentifizierung) (vgl. Schneck, 2017).

Die Flucht und die Anpassung an ein unbekanntes Umfeld stellen zudem Herausforderungen für die Identität dar (vgl. Tatschl, 2017; Li et al., 2016). Flucht kann als Identitätserschütterung gesehen werden, da viel von dem bis dahin Erlernten (z.B. Sprache, Wertvorstellungen, Verhaltensweisen) in der neuen Umgebung nicht mehr in gleicher Weise zählt und Menschen so vor die „Aufgabe einer psychischen Reorganisation“ (Freise, 2017, S. 50) gestellt werden. Doch eine gelingende Reorganisation ist auch wesentlich von sozialen Erfahrungen abhängig. Somit kann hier von einer psychosozialen Reorganisation gesprochen werden. Mit psychosozialer Reorganisation ist gemeint, dass der Mensch seine eigene Identität in hohem Maße umformen muss (vgl. Schneck, 2017). Wenn ein Mensch sein Verhalten, seine Einstellungen und seine Werte verändert und dabei ein Konflikt zwischen den neu erworbenen Verhaltensweisen und dem alten Verhalten aufkommt, entsteht Stress (vgl. Özkan & Belz, 2013). Dieser sogenannte Akkulturationsstress ist ein weiterer postmigratorischer Belastungsfaktor und erhöht das Risiko für psychische Erkrankungen (vgl. ebd.).

Asylverfahren und aufenthaltsrechtliche Faktoren

Das langwierige und schwer durchschaubare Asylverfahren stellt eine große Belastung und einen weiteren postmigratorischen Stressor für Menschen mit Fluchterfahrung dar (vgl. Maier & Schnyder, 2007; Maier et al., 2019a). Das Asylverfahren und der Aufenthaltsstatus haben außerdem Einfluss auf die anderen postmigratorischen Belastungsfaktoren, z.B. auf die Wohnsituation und die gesundheitliche Versorgung (vgl. Seukwa, 2014; Noack & Riede, 2017;

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2016). Die ständigen Behördengänge erzeugen bei den Menschen mit Fluchterfahrung ein Gefühl fehlender Einfluss- und Handlungsmöglichkeiten, Ohnmacht und Hilflosigkeit (vgl. Brandmaier, 2013). Das Leben von Menschen mit Fluchterfahrung kann im Asylverfahren als „verordnete Passivität“ (Abdallah-Steinkopff & Soyer, 2013, S. 146) beschrieben werden, da die Menschen auf die Entscheidungen von Behörden angewiesen sind. Die starke Abhängigkeit von den Entscheidungsträger*innen in der Unterkunft und auf den Ämtern „steht subjektiv vielfach in einer Kontinuität mit verinnerlichten Erfahrungen der Machtlosigkeit gegenüber politischen Autoritäten, Schleppern und Grenzschutzbehörden“ (Zimmermann, 2015, S. 57). Auch das Warten (auf die Anhörung, Anerkennung etc.) belastet die Asylsuchenden, bestimmt ihren gesamten Tag und macht sie hoffnungsloser (vgl. Schneck, 2017). Ein unsicherer Aufenthaltsstatus und ein langes Asylverfahren verschlechtern den psychischen Gesundheitszustand von Menschen mit Fluchterfahrung und führen so bspw. zu einem Anstieg von Symptomen der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) (vgl. Li et al., 2016; Zito & Martin, 2016; Schick, 2019; Silove et al., 2007). Außerdem wurde herausgefunden, dass bei Menschen, deren Asylantrag abgelehnt wurde, hohe Level von PTBS Symptomen, Depressionen und Angst geblieben sind, verglichen mit Menschen, deren Asylgesuch angenommen wurde, bei denen sich die Symptomschwere verbesserte (vgl. Silove et al., 2007). Auch eine mögliche Abschiebung und die damit verbundene Angst vor der erneuten Konfrontation mit traumatischen Erlebnissen oder der potentiellen Begegnung mit dem*der Täter*in stellt eine ständige Bedrohung und psychische Belastung für die Betroffenen dar (vgl. Brandmaier, 2013). Eine Abschiebung ist laut §60 Abs.7 AufenthG unmöglich, wenn eine lebensbedrohliche oder schwerwiegende Erkrankung vorliegt, die sich durch die Abschiebung wesentlich verschlechtern würde. Eine solche Erkrankung muss durch eine umfangreiche und detaillierte fachärztliche Stellungnahme bestätigt werden. Eine PTBS fällt in manchen Fällen unter den Begriff einer schwerwiegenden und lebensbedrohenden Erkrankung, wegen der eine Abschiebung nicht möglich ist (vgl. Zito & Martin, 2016). Falls eine Anerkennung der Asylberechtigung aufgrund einer psychischen Erkrankung vorliegt, kann dies bedeuten, dass die Menschen eigentlich krank bleiben müssen, damit ihr Aufenthalt weiter besteht (vgl. Hargasser, 2014).

Es ist festzustellen, dass Menschen mit Fluchterfahrung aufgrund der Erlebnisse im Heimatland, der Fluchtursachen (siehe 2.1), -prozesse und der stark belastenden postmigratorischen Lebenssituation in Deutschland und dem somit direkten Erleben traumatischer Ereignisse ein erhöhtes Risiko haben, an einer Traumafolgestörung und anderen psychischen Erkrankungen zu erkranken (vgl. Assion, Bransi & Koussemou, 2015; Geier, Daqieq & Schlüter-Müller, 2012; Feldmann, Jr. & Seidler, 2013). Es muss betont werden, dass traumatische Erfahrungen durch das Verlassen des Herkunftslandes nicht beendet werden, sondern besonders auf der Flucht

und in Deutschland weitere potenziell traumatische Situationen hinzukommen (vgl. Zito & Martin, 2016). Vor allem die Unsicherheit während des Asylverfahrens, die Erwerbslosigkeit, die Abhängigkeit von staatlichen Leistungen, die Unterbringung in Sammelunterkünften und die geringe (psycho-) soziale Unterstützung zählen zu den vielfältigen biopsychosozialen Problemlagen im Leben von Menschen mit Fluchterfahrung (vgl. Brandmaier, 2013). Die Unsicherheit und Instabilität macht Menschen mit Fluchterfahrung noch vulnerabler (vgl. Maier & Schnyder, 2019; Geier et al., 2012). Die postmigratorischen Belastungsfaktoren haben somit „einen entscheidenden Einfluss auf Bewältigung oder Verschlechterung vorbestehender psychischer Traumafolgen“ (Schick, 2019, S. 99). Der starke Einfluss von postmigratorischen Belastungsfaktoren auf die psychische Gesundheit von Menschen mit Fluchterfahrung kann durch die zeitliche Nähe der Stressoren, die mangelnde Kontrollierbarkeit und die Häufigkeit der Belastungsfaktoren erklärt werden, wodurch die normalen Coping-Mechanismen überfordert werden (vgl. Miller & Rasmussen, 2016). Außerdem ist festzustellen, dass sich psychische Erkrankungen und postmigratorische Belastungsfaktoren wechselseitig beeinflussen und somit von einem zirkulären Modell gesprochen werden kann (vgl. Schick, 2019).

2.2 Traumatisierung von Menschen mit Fluchterfahrung

2.2.1 Entstehung einer Traumatisierung

Wird ein Mensch mit einer gefährlichen Situation konfrontiert, verändert das Gehirn sein „neurophysiologisches Gleichgewicht“ (Scherwath & Friedrich, 2016, S. 22). Die Amygdala, die das menschliche Erleben stetig auf Gefahren hin überprüft, schlägt Alarm und es kommt zu einer Notfallreaktion (vgl. Schneck, 2017). Die Herz-, Atemfrequenz und die Muskelspannung steigen an und Hormone wie Adrenalin, Noradrenalin, Dopamin und Cortisol werden vermehrt ausgeschüttet (vgl. Zito & Martin, 2016; Mlodoich, 2017). So wird der Körper darauf vorbereitet, entweder zu fliehen oder zu kämpfen (vgl. Hantke & Görges, 2012). Wenn die bedrohliche Situation durch Flucht oder Kampf bewältigt wurde, so entsteht für gewöhnlich keine Traumatisierung (vgl. Scherwath & Friedrich, 2016). Wenn Flucht oder Kampf jedoch nicht gelingt, gerät der Mensch in eine traumatische Zange, in der das Gehirn Maßnahmen aufruft, „die notwendig sind, um in der aktuellen Situation psychisch überleben zu können“ (ebd., S. 23). Das Gehirn versucht der Situation psychisch zu entfliehen, es kommt zum Freeze und zum Fragment (vgl. Scherwath & Friedrich, 2016; Huber, 2012). Der Freeze Zustand ist eine Lähmungsreaktion, bei der sich der Organismus innerlich vom Geschehen distanziert und sich entfremdet (vgl. Huber, 2012). Gleichzeitig dient der Freeze-Zustand als Überspannungsschutz, bei dem der Körper alle Funktionen soweit wie möglich abschaltet und so die aufgebaute Spannung „einfriert“ (vgl. Hantke & Görges, 2012). Fragment bedeutet, dass die

Erfahrung zersplittert wird, was dazu führt, dass das traumatische Ereignis nicht mehr zusammenhängend wahrgenommen und erinnert werden kann (vgl. Huber, 2012). Dies liegt an folgender Reaktion im Gehirn: Während der Notfallreaktion verändert sich die Aktivität des Hippocampus (vgl. Scherwath & Friedrich, 2016). Der Hippocampus ordnet normalerweise Erlebnisse „örtlich, zeitlich und inhaltlich in den autobiografischen Kontext“ (Zito & Martin, 2016, S. 23) ein (siehe Abbildung 2) (vgl. Scherwath & Friedrich, 2016).

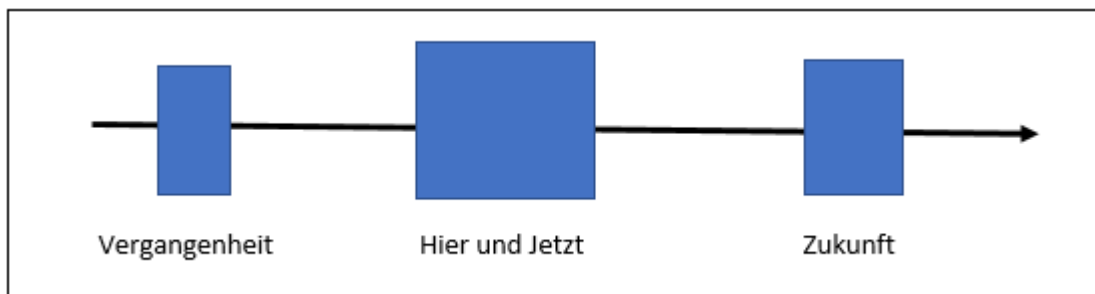


Abbildung 2 Zeitlinie mit eingeordneter Erfahrung (Eigene Darstellung nach Hantke & Görges, 2012, S. 52)

In der Notfallreaktion nimmt der Hippocampus Informationen an, ist jedoch nicht in der Lage, diese an die Verarbeitungsregionen der Großhirnrinde weiterzuleiten (vgl. Hantke & Görges, 2012). Dadurch kommt es dazu, dass die Informationen ungeordnet im impliziten Gedächtnis nach Sinneskategorien, z.B. Tönen, Geräuschen, Gerüchen, Farben etc. und nicht als einheitliches Gesamtereignis gespeichert werden (vgl. Schneck, 2017; Hantke & Görges, 2012). Da das Gehirn die räumliche und zeitliche Einordnung des Geschehens nicht leisten kann, wird das Erleben nicht als Erinnerung gespeichert und scheint bezugslos zu sein (siehe Abbildung 3) (vgl. Hantke & Görges, 2012).

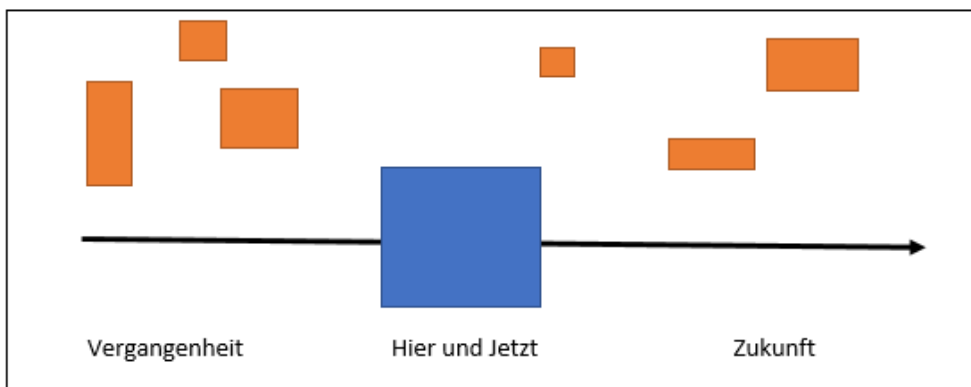


Abbildung 3 Zeitlinie mit nicht eingeordneter zersplitterter Erfahrung (Eigene Darstellung nach Hantke & Görges, 2012, S. 67)

Dieser Vorgang ist ein wichtiger neurobiologischer Schutzmechanismus und wird als peritraumatische Dissoziation bezeichnet (vgl. Schneck, 2017; Zito & Martin, 2016). Dadurch erleben sich Menschen während des Traumas als von sich selbst und anderen entfremdet, was man

als Depersonalisation und Derealisation bezeichnet (vgl. Huber, 2013). Dissoziationen können unterschiedlich in Erscheinung treten, bspw. durch einen vor Spannung bebenden Körper oder Bewegungslosigkeit mit anschließender Amnesie (vgl. Hantke & Görge, 2012). Gerade zu Beginn einer Traumatisierung hilft die Dissoziation den Menschen dabei, die Traumatisierung zu ertragen, ohne dass sie in das Alltagsbewusstsein gelangt (vgl. Ammer, Kronsteiner, Schaffler, Kurz & Kremla, 2013; Gahleitner, Loch & Schulze, 2012). Somit stellt die Dissoziation einen nützlichen Bewältigungsmechanismus dar, der jedoch später zu einem Traumasymptom wird (vgl. Ammer et al., 2013; Gahleitner et al., 2012).

Nach einer traumatischen Erfahrung bildet sich nicht immer eine psychische Traumafolgestörung aus (vgl. Schneck, 2017; Brune & Fischer-Ortman, 2014). Ob sich eine Traumafolgestörung ausbildet oder ob traumatische Erfahrungen erfolgreich verarbeitet werden können, ist vom Zusammenwirken biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren abhängig „die zu unterschiedlichen Zeitpunkten (prä-, peri- und posttraumatisch) und mit unterschiedlicher Dauer einwirken“ (Pielmaier & Maercker, 2015, S. 74) (siehe Abbildung 4).

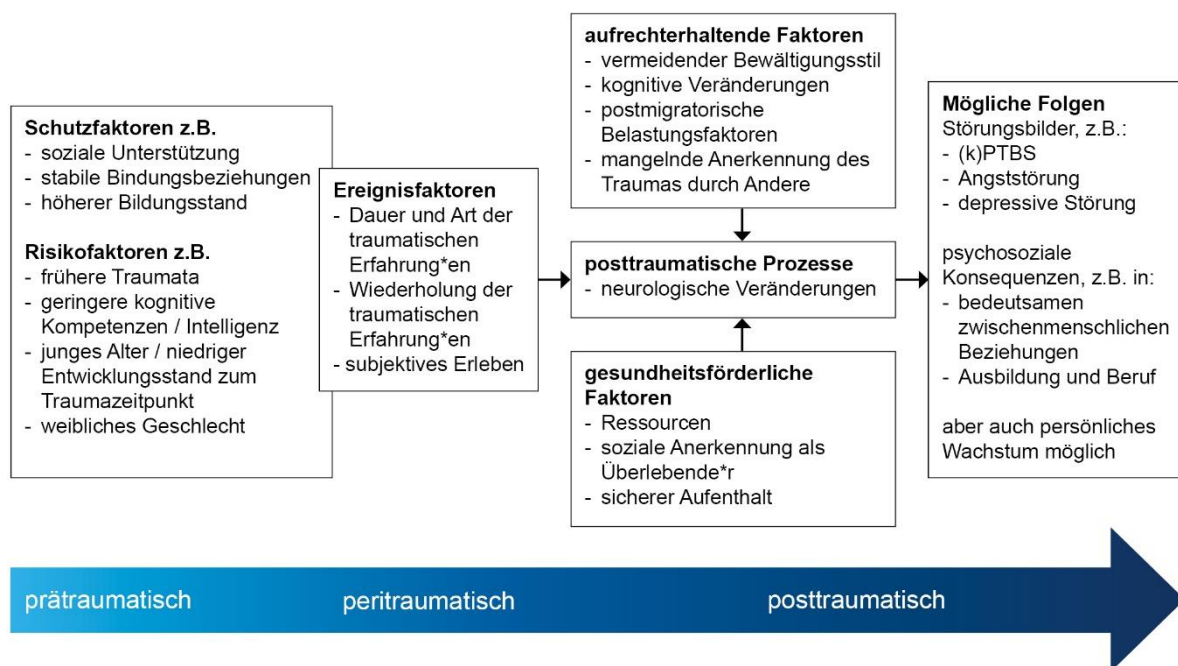


Abbildung 4 Rahmenmodell der Ätiologie von Traumafolgen (Eigene Darstellung nach Maercker & Augsburger, 2019, S. 27)

In Abbildung 4 wird sichtbar, dass Risiko- und Schutzfaktoren die Entstehung einer Traumatisierung beeinflussen. Die wichtigsten Schutzfaktoren gegen die Ausbildung von Traumafolgestörungen sind stabile Bindungsbeziehungen und soziale Unterstützung, z.B. durch Familie, die ethnische Gemeinschaft etc. (vgl. Gahleitner & Cubasch-König, 2017; Maercker & Augsburger, 2019; Brandmaier, 2013; Schweitzer, Melville, Stell & Lacherez, 2006). Weitere Schutzfaktoren von Menschen mit Fluchterfahrung könnten sein: eine gute sprachliche

Ausdrucksfähigkeit, ein höherer Bildungsstand, Zugang zu Freizeitaktivitäten, „ein konstruktiver persönlicher Bewältigungsstil schwieriger Situationen, eine nicht durch Traumatisierung vorbelastete Familien- und Lebensgeschichte“ (Gahleitner et al., 2012, S. 9), Ausübung einer Religion und eines Glaubens und das Nachgehen einer Arbeit (vgl. Geier et al., 2012; Huber, 2012; Zito & Martin, 2016). Ebenso handelt es sich um einen großen protektiven Faktor, wenn die Welt und die soziale Umgebung nach dem traumatischen Erlebnis als freundlich und unterstützend gesehen wird (vgl. Horn & Maercker, 2015).

Risikofaktoren sind Lebensumstände „die einzeln oder in ihrem Zusammenwirken“ (Fischer & Riedesser, 2009, S. 161) die Entstehung einer Traumafolgeerkrankung begünstigen. Im Leben von Menschen mit Fluchterfahrung sind dies bspw. eine unsichere Bindung, geringe soziale Unterstützung, „Schicksalsschläge“, Armut der Eltern, vorherige Misshandlung in der Kindheit, dysfunktionale Familienstrukturen, familial-genetische Geschichte psychischer Störungen, Introversion oder extrem gehemmtes Verhalten, das weibliche Geschlecht, schlechte körperliche Gesundheit, vorherige psychische Erkrankungen, fortgesetzte negative Lebensereignisse und geringe kognitive Kompetenzen (vgl. Huber, 2012; Scherwath & Friedrich, 2016; Pielmaier & Maercker, 2015). Auch ein durch Migration entstandenes Trennungs- und Entwurzelungserlebnis, Gefühle der Enttäuschung wegen nichterfüllter Wunschvorstellungen in Deutschland, Druck aufgrund der Erwartungshaltung der Familien im Herkunftsland, familiäre Belastungssituationen, „Zerfall familiärer und sozialer Lebenszusammenhänge“ (Gün, 2018, S. 129), Normen- und Rollenkonflikte innerhalb der Gesellschaft oder Familie, „Verlust der haltgebenden kulturellen, ethnischen und religiösen Werte und Sinnorientierung“ (ebd.), eine ungewisse Zukunftorientierung, ein Gefühl der Unsicherheit und „kulturelle Verständigungsprobleme“ (ebd., S. 130) zählen zu den Risikofaktoren.

Des Weiteren beeinflussen die peritraumatischen Ereignisfaktoren die Entstehung einer Traumatisierung (siehe Abbildung 4). Hierunter werden die Dauer und Art der traumatischen Erfahrung*en, die Wiederholungen dieser und das subjektive Erleben verstanden. Dabei verursachen eine lange Dauer, häufige Wiederholungen und Gewalt durch andere Menschen besonders große Schäden und führen dazu, dass es schwieriger ist die traumatische*n Erfahrung*en zu bewältigen (vgl. Huber, 2012; Gahleitner et al., 2012). Auch posttraumatische Aufrechterhaltungsfaktoren (z.B. kognitive Veränderungen, mangelnde Anerkennung des Traumas durch Andere, postmigratorische Belastungsfaktoren) und gesundheitsfördernde Faktoren (z.B. Ressourcen, soziale Anerkennung als Überlebende*r, sicherer Aufenthalt) und posttraumatische Prozesse (z.B. neurologische Veränderungen) haben Einfluss auf die Entstehung einer Traumatisierung (vgl. Maercker & Augsburger, 2019). Es ist festzustellen, dass die Ausbildung einer Traumatisierung das Ergebnis komplexer Interaktionen der biologischen, psychischen und sozialen Ebenen ist (vgl. Pauls, 2013).

Aufbauend auf den bisherigen Ausführungen kann eine Traumatisierung als ein „vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten [beschrieben werden], das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“ (Fischer & Riedesser, 2009, S. 84). Eine Traumatisierung ist „als Folge einer normalen Reaktion auf eine außerordentliche unnormale Situation in der externen Umgebung“ (Becker, 2014, S. 107 & 108) zu verstehen. Außerdem handelt es sich bei einer Traumatisierung um einen sozialen und individuellen Prozess, der in einem sozialen Kontext stattfindet (vgl. ebd.).

Im Allgemeinen können zwei Trauma-Typen unterschieden werden. Ein Typ-1-Trauma ist ein einmaliges überwältigendes Ereignis, z.B. ein Unfall oder eine Naturkatastrophe, das durch akute Lebensgefahr und Plötzlichkeit gekennzeichnet ist (vgl. Zito & Martin, 2016; Fischer & Riedesser, 2009; Maercker & Augsburger, 2019). Typ-2-Traumata sind langanhaltende und sich wiederholende Erlebnisse, z.B. Leben im Kriegsgebiet, die meist schwerer zu verarbeiten sind (vgl. Pfeiffer & Goldbeck, 2019; Zito & Martin, 2016; Fischer & Riedesser, 2009). Außerdem können von Menschen verursachte (man-made) und zufällige Traumata unterschieden werden (vgl. Maercker & Augsburger, 2019). Bei Betroffenen von man-made Traumata ist das Vertrauen in die Menschheit grundlegend erschüttert (vgl. Schneck, 2017). Dies wirkt sich auf die Fähigkeit der Personen aus, sich bei Menschen sicher zu fühlen und ohne Angst soziale Kontakte einzugehen (vgl. ebd.). Man-made Traumata und Typ-2-Traumata führen „zu stärker beeinträchtigenden, komplexen Symptomen und chronischeren psychischen Folgen“ (Maercker & Augsburger, 2019, S. 18) als andere Traumaformen. Bei vielen Menschen mit Fluchterfahrung sind beide Traumaformen vorzufinden, wobei Geflüchtete, die Krieg und Folter erlebt haben, meist man-made und Typ-2-Traumata erlebt haben (vgl. Schneck, 2017; Maercker & Augsburger, 2019; Zito & Martin, 2016). Durch die Fluchtursachen, die Flucht und den Aufenthalt in Deutschland mit den postmigratorischen Belastungsfaktoren (siehe 2.1) haben Menschen mit Fluchterfahrung mehrere potenziell traumatische Situationen über einen langen Zeitraum erlebt (vgl. Zito & Martin, 2016). Diese Erfahrungen können nach Khan (1963) als kumulatives Trauma bezeichnet werden. Der Begriff kumulative Traumatisierung beschreibt eine Folge von Ereignissen, die einzeln gesehen nicht zwangsläufig traumatisch sein müssen, in ihrer Summe jedoch „das Ich so sehr schwächen, dass insgesamt eine oft sogar schwer traumatische Verlaufsgestalt entsteht“ (Fischer & Riedesser, 2009, S. 151).

Eine Traumaverständnis mit Hilfe dessen der Effekt von massiven kumulativen Traumata auf das Leben von Menschen mit Fluchterfahrung beschrieben werden kann, ist die sequentielle Traumatisierung. Dieses Verständnis wurde maßgeblich durch Keilson (2005) in einer Studie über jüdische Kriegswaisen in den Niederlanden, die den Holocaust überlebten, entwickelt. In

der Studie hat Keilson „das Verfolgungsgeschehen in seinen Sequenzen und Konsequenzen, in den individuell- und sozial-psychologischen Faktoren“ (ebd., S. 3) erfasst. Dabei werden drei verschiedene Sequenzen unterschieden, die alle traumatische Ereignisse enthalten können (vgl. ebd.). Die erste Sequenz geht mit einer erzwungenen Isolierung und der plötzlichen Auflösung der vertrauten Umgebung und dem Beginn der Verfolgung einher (vgl. ebd.). Die zweite Sequenz ist gekennzeichnet durch direkte Lebensbedrohung, Rechtlosigkeit und einem Ausgeliefertsein an die feindliche Umgebung (vgl. ebd.). Die dritte Sequenz kennzeichnet das Ende der Lebensbedrohung und die „Rückkehr aus der Rechtlosigkeit in rechtlich gesicherte und bürokratisch geordnete Zustände“ (ebd., S. 58), in der die Aufarbeitung der erlittenen Schäden stattfindet. Die Kinder beschrieben die dritte und letzte Sequenz als Schmerzhafte (vgl. ebd.). Aufgrund der dritten Sequenz wird sichtbar, dass die Traumatisierung auch nach dem Ende der aktiven Verfolgung anhält (vgl. Becker, 2014). Die dritte Sequenz hat laut Keilson (2005) eine besondere Bedeutung, da hier sowohl eine Verstärkung als auch eine Verminderung der Traumatisierung entstehen kann (vgl. Geier et al., 2012). Demnach können Belastungen im Exil einen größeren Einfluss auf den Schweregrad der psychischen Erkrankung haben als das*die traumatische*n Erlebnis*se vor der Migration (vgl. Brandmaier, 2013; Maier & Schnyder, 2007). In Bezug auf Menschen mit Fluchterfahrung bedeutet dies, dass die prekären Lebensbedingungen nach der Flucht (siehe Kapitel 2.1.1) einen großen Einfluss auf das Entstehen einer Traumafolgestörung haben (vgl. Ahnd & Kruse, 2017).

Becker und Weyermann (2006) haben die drei traumatischen Sequenzen von Keilson auf sechs traumatische Sequenzen in Bezug auf Flucht erweitert (siehe Abbildung 5).

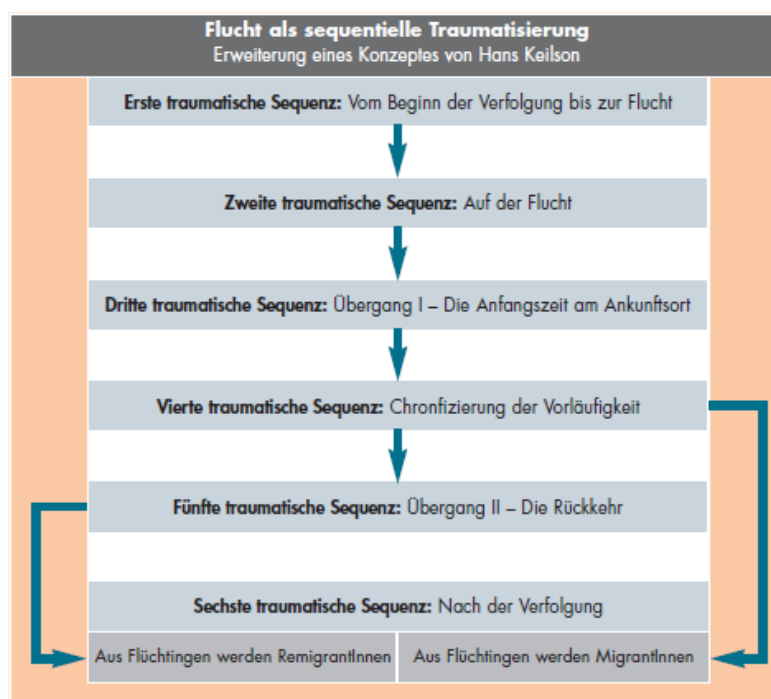


Abbildung 5 Flucht als sequentielle Traumatisierung (Becker & Weyermann, 2006, S. 69)

Die erste Sequenz reicht vom Verfolgungsbeginn bis zur Flucht (vgl. Becker & Weyermann, 2006). Die zweite Sequenz wird während der oft langandauernden Flucht durchlebt, bei der häufig Lebensgefahr und überwältigende Angst besteht und bei der die Menschen neuen traumatischen Erfahrungen ausgesetzt sind (vgl. ebd.). Die dritte Sequenz beschreibt die Anfangszeit am Ankunftsort, in der meist keine wirkliche Sicherheit gegeben ist (vgl. ebd.). In dieser Sequenz stehen die Menschen vor vielfältigen postmigratorischen Belastungssituationen (siehe 2.1.1), die sie oftmals überfordern (vgl. ebd.). Außerdem haben die Menschen nun erstmals Zeit „bewusst die erlittenen psychischen Verletzungen wahrzunehmen“ (ebd., S. 71). In der dritten Sequenz sind folgende Schlüsselthemen für Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung von besonderer Bedeutung: Sicherheit (z.B. Existenzsicherheit wie Bleiberecht, Unterkunftsregelung etc.), Autonomie (im Gegensatz zu Fremdbestimmungen und Ohnmachtserfahrungen) und Integration (um das Gefühl der Fremdheit zu mildern) (vgl. ebd.). Die vierte Sequenz kann als Chronifizierung der Vorläufigkeit beschrieben werden, die auf zwei unterschiedliche Weisen ablaufen kann (vgl. ebd.): Zum einen können die Menschen die gegebene Situation als vorläufig ansehen, sich an sie anpassen, jedoch weiterhin Bindungen an das Heimatland aufrechterhalten und die bisherige Identität verteidigen, was allerdings die Integration erschwert (vgl. ebd.). Zum anderen kann die gegebene Situation als dauerhaft akzeptiert werden, was die Integration vereinfacht, jedoch mit einem stärkeren Identitätsbruch einhergeht (vgl. ebd.). Dies führt dazu, dass alte Bindungen nur erschwert aufrechterhalten werden können (vgl. ebd.). Schlüsselthemen der vierten Sequenz sind bspw. Unsicherheit, Retraumatisierungen (z.B. durch Diskriminierung, Komplikationen mit den Behörden etc.) und Identitätskonflikte (z.B. Loyalität zum Herkunftsland versus Identifikation mit dem Aufnahme-land) (vgl. ebd.). Nach der vierten Sequenz kann es entweder dazu kommen, dass der Mensch mit Fluchterfahrung als Migrant*in in Deutschland bleibt oder dass die fünfte Sequenz stattfindet. Die fünfte Sequenz, die Rückkehr, „umfasst die Zeit von der (un-)freiwilligen Entscheidung zur Rückkehr, über die Rückreise bis zur Anfangszeit im Heimatland“ (ebd., S. 73). Dies geht normalerweise mit einer schweren Retraumatisierung und Krise einher (vgl. ebd.). Die sechste Sequenz beschreibt die Zeit nach der Verfolgung. Bei Menschen mit Fluchterfahrung, die in Deutschland geblieben sind, findet nun meist eine Integration statt (vgl. ebd.).

Die sequentielle Traumatisierung macht „die spezifische Ausnahmesituation von Flüchtlingen im Exil greifbar und nachvollziehbar“ (Weeber & Gögercin, 2014, S. 40), da dabei Trauma nicht als einzelnes Erlebnis „sondern als Aufeinanderfolge unterschiedlicher traumatischer Sequenzen“ (Hargasser, 2014, S. 27) unter der Integration des sozialen und politischen Kontextes gesehen wird. In Bezug auf Menschen mit Fluchterfahrung wird somit deutlich, dass die postmigratorischen Belastungsfaktoren (z.B. das Asylverfahren) den Traumatisierungsprozess

fortführen und dadurch in erheblichem Ausmaß verantwortlich für die psychischen Belastungen sind, unter denen die Menschen leiden (vgl. ebd.).

2.2.2 Traumafolgeerkrankungen

Häufige Traumafolgeerkrankungen von Kriegs- und Folterüberlebenden sind die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) und die komplexe posttraumatische Belastungsstörung (kPTBS). Jedoch können auch Depression, Suizidalität, Substanzmissbrauch, somatoforme Störungen, Angst- und Zwangsstörungen und soziale Phobien Traumafolgeerkrankungen darstellen (vgl. Maier et al., 2019a; Schneck, 2017; Wenk-Ansohn et al., 2019). Außerdem sind Numbing (emotionale Stumpfheit, Teilnahmslosigkeit), Interessenlosigkeit und Pessimismus bei Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung oft vorzufinden (vgl. Maier & Schnyder, 2019). Des Weiteren kann es nach einer Traumatisierung zu einer fundamentalen „Erschütterung grundlegender Überzeugungen“ (Gahleitner et al., 2012, S. 29) kommen, den shattered assumptions. Eine positive Folge von Traumatisierungen kann die posttraumatische Reifung sein, da traumatische Erfahrungen zu Ressourcen werden können, wenn sie gut überwunden und in die Lebensgeschichte integriert wurden (vgl. Schneck, 2017; Maercker & Augsburger, 2019).

Studien unter Menschen mit Fluchterfahrung ergaben Prävalenzraten von 30,6% (vgl. Steel et al., 2009) oder auch 37,2% (vgl. Slewa-Younan, Uribe Guajardo, Hersieanu & Hasan, 2015) für die PTBS. Im Vergleich dazu: circa 2 % der Deutschen sind an einer PTBS erkrankt (vgl. Plag, Rahn & Ströhle, 2017). Die hohen Prävalenzraten der PTBS bei Menschen mit Fluchterfahrung lassen darauf schließen, dass die PTBS stark unter diesen verbreitet ist. Die PTBS ist weltweit die häufigste Art und Weise, wie Trauma erfasst wird (vgl. Becker, 2014; Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer, 2006). Die PTBS wird in internationalen Klassifikationssystemen wie dem DSM-5 der American Psychiatric Association (APA) bzw. im ICD-11 der Weltgesundheitsorganisation (WHO) beschrieben (vgl. Maercker & Augsburger, 2019). Beide Definitionen haben gemeinsam, dass bei einer PTBS ein Trauma erlebt wurde, durch das bestimmte Symptome über einen längeren Zeitraum aufgetreten sind (Intrusionen, Hyperarousal, Konstriktion) die zu bedeutsamen Funktionseinschränkungen führen (vgl. ebd.). Die PTBS wird jedoch aus verschiedenen Gründen kritisiert. So beschreibt Becker (2014) die PTBS als das nutzloseste Traumakonzept um man-made-disaster zu verstehen und mit ihnen umzugehen. Denn die PTBS beachtet weder den sozialen noch den politischen Kontext, der für die Traumatisierung mitverantwortlich ist (vgl. ebd.). So werden gesellschaftliche Probleme in psychopathologische umgewandelt und es findet nur eine Anerkennung des psychischen Leids und nicht des sozialen statt (vgl. ebd.). Eine weitere

Kritik ist, dass bei der PTBS verschiedene traumatische Erfahrungen miteinander gleichgestellt werden und nicht zwischen zufälligen und man-made Traumata unterschieden wird (vgl. Hargasser, 2014). Des Weiteren suggeriere die Bezeichnung posttraumatisch, dass das Trauma abgeschlossen sei und sich der Mensch wieder in sicherer Umgebung befinde, wonach der sequentielle Charakter der Traumatisierung unbeachtet bleibt (vgl. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer, 2006; Fischer & Riedesser, 2009). Darüber hinaus wird das ICD 11 kritisiert, da es sich lediglich an Symptomen orientiere und so die Gefahr entstehe, dass wesentliche Zusammenhänge des Krankheitsbildes übersehen werden würden (vgl. Fischer & Riedesser, 2009).

Traumasympptome bedeuten „für die betroffene Person eine massive Einschränkung ihrer emotionalen Lebensqualität und bringen gleichermaßen eine Menge Folgeschwierigkeiten für das soziale Miteinander mit sich“ (Scherwath & Friedrich, 2016, S. 14). Die drei Hauptkennzeichen einer PTBS sind Intrusion, Hyperarousel und Konstriktion, die im Folgenden näher beschrieben werden (vgl. Krueger, 2018).

Das Symptom der Intrusion bezeichnet „das vollständige oder teilweise Wiederleben der traumatischen Situation“ (Scherwath & Friedrich, 2016, S. 28), das häufig durch einen unkontrollierbaren Auslösereiz, einen sogenannten Trigger, verursacht wird (vgl. Krueger, 2018). Der Trigger erinnert (un)bewusst an die traumatische Situation und dies führt dazu, dass die Notfallreaktion erneut mobilisiert wird (siehe 2.2.1) (vgl. Hantke & Görges, 2012). So kommt es dazu, dass sich die „unverarbeitete[n] Informationssplitter“ (Korittko & Pleyer, 2016, S. 36) aus der traumatischen Situation über das Erleben in der Gegenwart stülpen (siehe Abbildung 6) (vgl. Hantke & Görges, 2012; Schneck, 2017). Dies fühlt sich für die Betroffenen so an, als ob sie die traumatische Situation erneut durchleben würden (vgl. Hantke & Görges, 2012; Schneck, 2017; Maercker & Augsburger, 2019; Tagay, 2017).

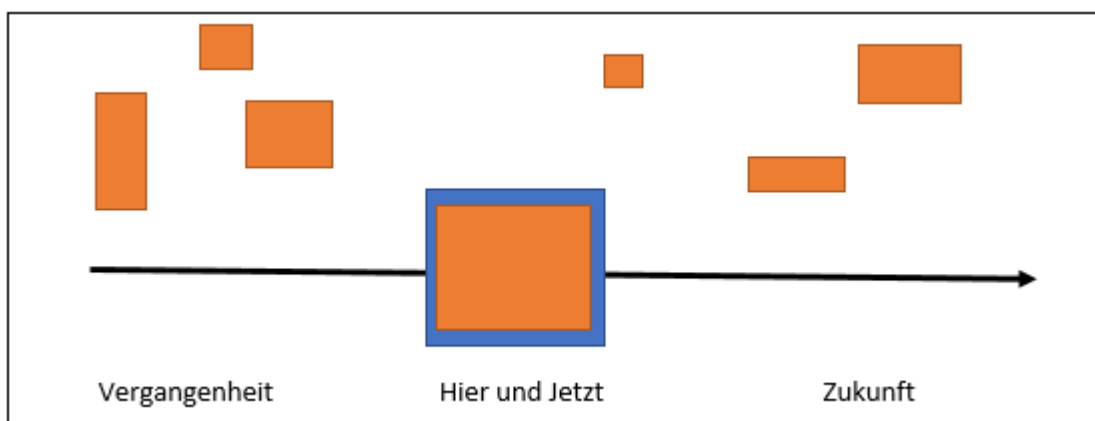


Abbildung 6 Intrusion (Eigene Darstellung nach Hantke & Görges, 2012, S. 68)

Die Intrusionen können in Form von Flashbacks oder Alpträumen auftreten. Die Flashbacks überdecken durch ihre Intensität das aktuelle Wahrnehmen und es entsteht teilweise ein komplettes „Wegtreten in die Erinnerung“ (Huber, 2012, S. 74). In komplexen Flashbacksituationen wirken die Menschen stark dissoziiert und sind „körperlich in hoher Erregung (Zittern, Schwitzen) oder völliger Erstarrung (wie unter Schock)“ (Scherwath & Friedrich, 2016, S. 167) oder sie zeigen Verhaltensweisen, wie z.B. „wildes Um-sich-Schlagen, sich unter einem Tisch verstecken, hysterisches Schreien und Rufen oder zur Salzsäule erstarren“ (ebd., S. 167). Flashbacks können nicht willentlich beeinflusst werden, die Betroffenen fühlen sich ihnen ausgeliefert, und so entsteht ein Gefühl von Unsicherheit und/ oder persönlicher Handlungsunfähigkeit (vgl. ebd.). Intrusionen stellen eigentlich Heilungsversuche des Organismus dar, in dem sich die während der Notfallreaktion nicht eingeordneten zersplitterten Erfahrungen (2.2.1) in die bewusste Wahrnehmung drängen, damit sie korrekt integriert werden können (vgl. ebd.).

Das Hyperarousal kann als „körperlicher Zustand einer ständigen Übererregung“ (Krueger, 2018, S. 451) bezeichnet werden, bei der der Körper permanent auf Flucht oder Verteidigung ausgerichtet ist. Das Symptom der Übererregung ist gekennzeichnet durch Konzentrations- und Leistungsschwächen, allgemeine Unruhe, Schlafstörungen und Impulsdurchbrüche (z.B. übertriebene Aggressivität und Reizbarkeit), Kopf- und Rückenschmerzen, Essstörungen, Verdauungsprobleme, Schreckhaftigkeit/Angst, Herzrhythmusstörungen, Verspannungen und Bluthochdruck (vgl. Krueger, 2018; Tagay, 2017; Schneck, 2017; Hantke & Görges, 2012). Psychische Symptome wie Konzentrationsstörungen, Leistungsschwächen und starke Vergesslichkeit haben bei Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung soziale Folgen, da sie bspw. das Erlernen der deutschen Sprache erschweren (vgl. Zito & Martin, 2016; Schneck, 2017; Huber, 2012).

Unter Konstriktion wird die „Vermeidung von Reizen, die an das traumatische Ereignis erinnern“ (Krueger, 2018, S. 451) verstanden. Die Betroffenen vermeiden Orte, Menschen, Gespräche oder Erinnerungen, die sie an das traumatische Erlebnis erinnern, weil eine Begegnung mit ihnen „meist zu einer intensiven psychischen und körperlichen Belastung führt“ (Pfeiffer & Goldbeck, 2019, S. 13). Die Vermeidung kann willkürlich geschehen und hat eine „Eingengung in der eigenen Lebensgestaltung“ (Scherwath & Friedrich, 2016, S. 31) zur Folge. Die Vermeidung kann aber auch unwillkürlich in Form einer reflexartigen Veränderung des Bewusstseins in einen dissoziativen Zustand geschehen, bei dem sich die Menschen als abgespalten von sich und der stattfindenden Situation wahrnehmen (vgl. ebd.). Die Person „fühlt sich der Gemeinschaft anderer Menschen nicht zugehörig und unfähig, starke Emotionen (z.B. Liebe) zu empfinden. Auch die Zukunftsplanung verändert sich im Sinne einer Hilf- und Hoffnungslosigkeit“ (Tagay, 2017, S. 129). Symptome aus der Konstriktion sind das

Vernachlässigen sozialer Kontakte, „Lähmungserscheinungen, Bewegungsstörungen, Depression, Antriebslosigkeit, Ohnmachtsanfälle, plötzliches Einschlafen“ (Hantke & Görge, 2012, S. 88).

Weitere Symptome einer Traumatisierung, die im ICD 11 nicht erwähnt werden, können „Amnesien/Hyperamnesien (Erinnerungsstörungen/ überdeutliche Erinnerung), Empfindungslosigkeit [...], Schmerzunempfindlichkeit, Konzentrationsstörungen, Verzerrung der Wahrnehmung von Zeit und Raum“ (ebd., S. 89) sein. Bei vielen Menschen mit Fluchterfahrung zeigt sich eine ausgebildete PTBS oft nicht während der Flucht, sondern mit verzögertem Beginn (delayed onset) nach ihrer Ankunft in Deutschland (vgl. Wenk-Ansohn et al., 2019; Maier & Schnyder, 2007). Dies könnte darauf zurückzuführen sein, „dass die Symptome aufgrund des noch anhaltenden (Überlebens-)Stresses vorher unterdrückt oder auch noch nicht wahrgenommen werden“ (Wenk-Ansohn et al., 2019, S. 485).

Auch die komplexe posttraumatische Belastungsstörung (kPTBS), die über die klassische PTBS hinausgeht, tritt häufig unter Menschen mit Fluchterfahrung auf (vgl. Bierwirth, 2011; Wenk-Ansohn et al., 2019). Da die kPTBS jedoch erst 2019 in den ICD 11 der WHO aufgenommen wurde, sind Daten zu der Auftretenswahrscheinlichkeit bei Menschen mit Fluchterfahrung sehr gering (vgl. Wenk-Ansohn et al., 2019; DIMDI, o.J.). Aktuelle Prävalenzraten der kPTBS Diagnose nach ICD-11 schwanken von 3% (vgl. Silove, Tay, Kareth & Rees, 2017; Tay, Rees, Chen, Kareth & Silove, 2015) bis 32,8% (vgl. Nickerson, Cloitre, Bryant, Schnyder, Morina & Schick, 2016). Das Konzept der kPTBS bzw. der Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified (DESNOS) entwickelte Herman (1992) als ein Konzept für Überlebende von anhaltenden, sich wiederholenden traumatischen Erlebnissen. Insbesondere man-made Traumata können auslösend für die kPTBS sein (vgl. Maercker, 2019). Außerdem können postmigratorische Belastungsfaktoren (siehe 2.1.1) die Entstehung einer kPTBS begünstigen (vgl. ebd.). Nach dem ICD 11 liegt eine kPTBS dann vor, wenn sowohl die Kriterien der PTBS (Intrusion, Hyperarousal, Konstriktion) erfüllt sind und zusätzlich weitere Symptome aus drei verschiedenen Bereichen vorliegen (vgl. DIMDI, o.J.). Diese zusätzlichen Bereiche sind zum einen Probleme im affektiven Bereich, im Sinne von Störungen der Emotionsregulation „zum Beispiel erhöhte emotionale Reaktionen (=Hyperaktivierung), oder emotionale Betäubung oder Dissoziation (=Deaktivierung) bei geringfügigen Belastungen oder Schwierigkeiten, Gefühle zu benennen und zu beschreiben“ (Maier & Schnyder, 2019, S. 82) (vgl. Reddemann & Wöller, 2017). Außerdem ist ein zusätzliches Symptom „ein gestörtes Selbstgefühl bzw. negatives Selbstkonzept, was sich zum Beispiel in anhaltenden Vorstellungen äußert, herabgesetzt, abgelehnt oder wertlos zu sein, oder in tiefen und allgegenwärtigen Gefühlen von Scham, Schuld oder Versagen“ (Maier & Schnyder, 2019, S. 82). Ein weiterer Bereich sind

interpersonelle Störungen, verstanden als „die anhaltende Schwierigkeit, Beziehungen aufrechtzuerhalten und sich anderen nahe zu fühlen“ (ebd., S. 82). Herman beschreibt hierzu, dass bei der kPTBS alle Strukturen des Selbst, z.B. das Körperbild, internalisierte Vorstellungen von Anderen, „values and ideals that lend a sense of coherence and purpose“ (Herman, 1992, S. 385) eingefallen und systematisch gebrochen wurden. „While the victim of a single acute trauma may say she is \"not herself\" since the event, the victim of chronic trauma may lose the sense that she has a self“ (ebd., S. 385).

3. Sozialarbeiterische Handlungsmöglichkeiten in Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer

3.1 Psychosoziale Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer

In den Ausführungen im zweiten Kapitel wurde deutlich, dass Traumafolgeerkrankungen (sowohl PTBS als auch kPTBS) einen biopsychosozialen Prozess darstellen und für die Traumabehandlung daher interprofessionell (Ärzt*innen, Psycholog*innen, Psychotherapeut*innen, Sozialarbeiter*innen etc.) zusammengearbeitet werden sollte (vgl. Soyer, 2006). Ein Ort, an dem Menschen mit Fluchterfahrung - unabhängig ihres Aufenthaltsstatus - anhand eines biopsychosozialen Verständnisses unterstützt werden, sind Psychosoziale Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (PSZ). In Deutschland existieren momentan 41 PSZ (vgl. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer – BAfF e.V., 2019). Die PSZ sind nichtstaatliche und nicht gewinnorientierte Organisationen, die meist in Form gemeinnütziger Vereine organisiert sind und von Wohlfahrtsverbänden getragen bzw. mit ihnen verbunden sind (vgl. ebd.). Der Dachverband der PSZ in Deutschland ist die Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF) (vgl. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer – BAfF e.V., 2017).

Die Klient*innen der PSZ kommen aus 85 unterschiedlichen Herkunftsländern, wobei 2019 die meisten aus Afghanistan, Syrien, der Russischen Föderation, dem Irak, dem Iran und Guinea kamen (vgl. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer – BAfF e.V., 2019). In den PSZ werden Menschen mit Fluchterfahrung ganzheitlich psychosozial unterstützt. Es wird sowohl die gesundheitliche als auch die soziale und individuelle Lebenssituation der Menschen mit Fluchterfahrung berücksichtigt (vgl. ebd.). Dabei findet eine bedarfsorientierte und klient*innenzentrierte Arbeit statt, in der verschiedene Angebote miteinander kombiniert werden können, mit dem Ziel, lebenspraktische Unterstützung zu geben (vgl. ebd.). Zu den Kernangeboten der PSZ zählen unter anderem Hilfestellungen bei

asyl-, aufenthalts- und sozialrechtlichen Fragen, Informationsvermittlung in allen Lebensbereichen (z.B. Unterkunft, Arbeit, Familie etc.), sozialarbeiterische Begleitung und Förderung gesellschaftlicher Teilhabe, psychologische Diagnostik, psychosoziale Beratung (hier arbeiten vor allem Sozialarbeiter*innen), Psychoedukation, Krisenintervention und Psychotherapie (vgl. ebd.). Dabei werden Beratung, Diagnostik und Therapie gewöhnlich mit spezifisch geschulten Sprachmittlern oder von muttersprachlichen Mitarbeitenden durchgeführt (vgl. ebd.). In den meisten PSZ ist die Nachfrage an Unterstützung sehr hoch, daher erhalten die Menschen nach der Kontaktaufnahme mit einem PSZ zunächst einen Platz auf einer Warteliste (vgl. Schneck, 2018; Schneck, 2017). Die durchschnittliche Wartezeit auf einen Psychotherapieplatz liegt bei 7,3 Monaten und für eine psychosoziale Beratung bei 3,8 Monaten (vgl. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer – BAfF e.V., 2019).

3.2 Sozialarbeiterische Haltung im Umgang mit Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung

Im Folgenden wird die sozialarbeiterische Haltung im Umgang mit Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung aus den Perspektiven der Klinischen Sozialarbeit und der Traumapädagogik beleuchtet.

Unter Klinischer Sozialarbeit wird eine professionell beratend-behandelnde Soziale Arbeit in verschiedenen psychosozialen Feldern (z.B. in PSZ) verstanden (vgl. Pauls & Gahleitner, 2017; Pauls, 2013). Dabei stehen vor allem sogenannte Hard-to-reach Klient*innen im Vordergrund (vgl. Walther & Deimel, 2017). Hierbei handelt es sich um Menschen, die in multiplen psychosozialen Problemlagen leben und vom Gesundheits- und Sozialsystem schlecht erreicht bzw. von diesen nicht profitieren können, z.B. Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung (siehe 2.1.1) (vgl. Deloie, 2017; Walther & Deimel, 2017; Gahleitner & Pauls, 2019). Klinische Sozialarbeit strebt an, die psychosoziale Passung zwischen Menschen und ihrer Umwelt zu verbessern (vgl. Pauls, 2013). Daher stellt das Person-in-Environment Konzept, das maßgeblich durch Richmond (1922) entwickelt wurde, einen Bezugsrahmen Klinischer Sozialarbeit dar (vgl. Geißler-Piltz, Mühlum & Pauls, 2005). Kern des Person-in-Environment Konzeptes ist die Interaktion der Menschen in und mit ihrer Umwelt (sozialen Lebenswelt) (vgl. Walther & Deimel, 2017; Gahleitner & Pauls, 2019). Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung werden also in der Klinischen Sozialarbeit von Sozialarbeiter*innen in ihrer Umwelt und derzeitigen Lebenssituation, die von zahlreichen postmigratorischen Belastungsfaktoren geprägt ist (siehe 2.1.1), wahrgenommen. Hierbei werden die Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung als Expert*innen für ihre Lebenswelt gesehen (vgl.

Bräutigam, 2017). Um die Menschen ganzheitlich in ihrer Umwelt zu erfassen, ist ein biopsychosoziales Verständnis nötig, bei dem körperliche, psychische und soziale Faktoren beachtet werden (siehe 2.1.1) (vgl. Stimmer, 2012; Gahleitner & Pauls, 2019). In der Klinischen Sozialarbeit liegt ein besonderer Schwerpunkt auf der sozialen Dimension (vgl. Geißler-Piltz et al., 2005). Klinische Sozialarbeit in PSZ zielt darauf ab, die psychosoziale Belastung der Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung zu reduzieren, ihre Handlungsmöglichkeiten zu erhöhen und gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen (vgl. Walther & Deimel, 2017).

Eine Kernkompetenz Klinischer Sozialarbeit ist die psychosoziale Beratung, die auch in PSZ angeboten wird (vgl. Geißler-Piltz et al., 2005). Hierbei geht es zum einen um das Innere, also um Gefühle, Gedanken und Wünsche der Menschen und zum anderen um das Äußere, also um die Lebensrealität, die Beziehungen und die Umwelt der Menschen (vgl. Becker, 2014). Dabei beeinflussen sich das Innere (psycho) und das Äußere (sozial) wechselseitig (vgl. ebd.). Eine vertrauensvolle Beziehung ist die Voraussetzung dafür, dass Sozialarbeiter*innen durch psychosoziale Beratung, Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung bei der Veränderung ihrer Lebenslage unterstützen (vgl. Geißler-Piltz et al., 2005; Pauls, 2015; Bischkopf & Koziol, 2017). Methoden der psychosozialen Beratung sind die psychosoziale Diagnostik, spezifische Methoden der Gesprächsführung (z.B. klientenzentrierte Gesprächsführung oder motivierende Gesprächsführung) sowie das Casemanagement (vgl. Walther & Deimel, 2017). Die klientenzentrierte Gesprächsführung nach Rogers wird im Folgenden vertieft, da sie in der psychosozialen Beratung von Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung eine besondere Relevanz hat (vgl. Stimmer, 2012).

Kern klientenzentrierter Gesprächsführung ist die zwischenmenschliche Beziehung, die Wachstum und Veränderung fördert (vgl. Rogers, 2007a). Rogers geht von einem humanistischen Menschenbild aus, nach dem der Mensch gut sei und von Natur aus zum Positiven strebe (vgl. Stimmer, 2012). Rogers führt in der Aktualisierungstendenz aus, dass jeder Mensch die „inhärente Tendenz zur Entfaltung aller Kräfte“ (Rogers, 2007a, S. 41) besitze, die für den Erhalt und das Wachstum des Menschen wichtig sind. Die Aktualisierungstendenz kann durch Umweltfaktoren, wie z.B. postmigratorische Belastungsfaktoren bei Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung, gehemmt oder blockiert werden (vgl. ebd.). Daher ergibt sich für Sozialarbeiter*innen der Handlungsbedarf, ein wachstumsfreundliches Klima für die Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung zu erschaffen, in dem ihre Aktualisierungstendenz weder gehemmt noch blockiert wird. Ein wachstumsfreundliches Klima kann in der Beziehung zwischen Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung und Sozialarbeiter*innen herrschen, wenn die Grundhaltung der Sozialarbeiter*innen durch Empathie, Akzeptanz und Kongruenz gekennzeichnet ist (vgl. Rogers, 1991; Rogers, 2007a; Stimmer, 2012).

Empathie wird auch als einführendes Verstehen beschrieben und drückt aus, dass die Sozialarbeiter*innen „Erlebnisse und Gefühle des Klienten und deren persönliche Bedeutung präzise und sensibel“ (Rogers, 2007a, S. 23) erfassen können. Damit dies gelingt ist es wichtig, dass der*die Sozialarbeiter*in „in der Welt des Klienten zu Hause ist“ (ebd.). Darunter ist zu verstehen, dass der*die Sozialarbeiter*in sich auf die Innere Welt des*der Klient*in so tief einlassen kann, als ob es seine*ihre eigene Welt wäre, wobei „diese ‚Als-Ob‘-Qualität“ (Rogers, 1973, S. 277) niemals verloren gehen sollte. Einführendes Verstehen wird dadurch deutlich, dass der*die Sozialarbeiter*in „die Gefühle und persönlichen Bedeutungen spürt, die der Klient erlebt“ (Rogers, 1991, S. 68) und die dem*der Klient*in selbst kaum bewusst sind. Außerdem wird einführendes Verstehen dadurch sichtbar, dass der*die Sozialarbeiter*in dies Verstehen dem*der Klient*in bspw. durch kommentierende Bemerkungen mitteilt (vgl. Rogers, 2007a; Rogers, 1973).

Bedingungslose Akzeptanz oder Wertschätzung bedeutet eine Zuwendung, die frei ist „von Beurteilungen und Bewertungen der Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen“ (Rogers, 2007a, S. 27) der Klient*innen (vgl. Rogers, 1991). Bedingungslose Wertschätzung meint, dass die Klient*innen als Menschen ohne Vorbedingungen respektiert und anerkannt werden, auch wenn Sozialarbeiter*innen einzelne Verhaltensweisen der Klient*innen persönlich nicht akzeptieren oder als ethisch nicht vertretbar bewerten würden (vgl. Stimmer, 2012; Imm-Bazlen, 2017). Bedingungslose Akzeptanz ist für Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung besonders wichtig, da sie häufig von der Mehrheitsbevölkerung nicht wertgeschätzt, sondern diskriminiert werden (siehe 2.1.1) (vgl. Antidiskriminierungsstelle des Bundes, 2016). Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung sollte außerdem Wertschätzung und Anerkennung für das vermittelt werden, was sie aufgrund der Traumatisierung und der postmigratorischen Belastungsfaktoren ausgehalten haben, bzw. aushalten (vgl. Rassmann, 1999; Ahrndt & Kruse, 2017; Dittmar, 2013a). Durch bedingungslose Akzeptanz entsteht für die Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung Sicherheit, die wichtig ist, um sich in der psychosozialen Beratung öffnen zu können (vgl. Körner, Irdem & Bauer, 2013).

Ein weiterer wichtiger Faktor im Beratungsverhältnis ist für Rogers die Haltung der Kongruenz, die auch als Echtheit beschrieben wird (vgl. Rogers, 2007a). Kongruenz bedeutet, dass der*die Sozialarbeiter*in in der Beziehung mit dem Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung „er selbst ist, ohne sich hinter einer Fassade oder Maske zu verbergen“ (ebd., S. 31). Um kongruent zu sein müssen sich Sozialarbeiter*innen ihren Gefühlen, Gedanken und ihrer Körperlichkeit bewusst sein und sie den Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung sprachlich und durch Mimik und Gestik mitteilen, wenn es angemessen erscheint (vgl. Rogers, 2007a; Stimmer, 2012). Grundlegend für Kongruenz ist Transparenz und Offenheit der Sozialarbeiter*innen gegenüber den Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung,

damit eine genaue Übereinstimmung „zwischen dem körperlichen Empfinden, dem Gewahrsein und den Äußerungen gegenüber dem Klienten“ (Rogers 1991, S. 67) besteht.

Wenn Sozialarbeiter*innen Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung empathisch, wertschätzend und kongruent begegnen, und sie dies bemerken, tendieren diese dazu ihre eigenen Empfindungen und Erlebnisse deutlicher wahrzunehmen und werden somit kongruenter mit ihren Erfahrungen (vgl. Rogers, 1991; Rogers, 1973). Auf diese Weise werden Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung dazu befähigt „ihre eigene Entfaltung wirksamer zu fördern“ (Rogers, 1991, S. 68) und somit die Herausforderungen ihres Lebens zu bewältigen. Die Beschaffenheit der Beziehung zwischen Klient*in und Sozialarbeiter*in ist demnach ein wichtiges Element für eine erfolgreiche sozialarbeiterische Unterstützung und einen gelungenen Veränderungsprozess (vgl. Rogers, 2007b; Bischkopf & Lütjen, 2017). Aufgrund von man-made Traumata wurden Beziehungen und das Vertrauen in andere Menschen jedoch häufig in der Basis zerstört (siehe 2.2.1) und die Menschen haben folglich Schwierigkeiten, Beziehungen aufzubauen und zu erhalten (siehe 2.2.2) (vgl. Schneck, 2017; Becker, 2014; Zito & Martin, 2016; Ahrndt & Kruse, 2017; Maier & Schnyder, 2019). Damit zwischen Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung und Sozialarbeiter*innen eine förderliche Beziehung entstehen kann, ist eine klare parteiiche Positionierung der Sozialarbeiter*innen und eine klare Verurteilung des erlittenen Unrechts von großer Relevanz (vgl. Ahrndt & Kruse, 2017). Außerdem ist eine sichere Bindung als verlässliche Basis der Beziehung dringend erforderlich, damit der Mensch mit Fluchterfahrung und Traumatisierung eine positive Beziehungserfahrung machen kann (vgl. Bowlby, 2008).

Die Bedeutung sicherer Bindungen hat Bowlby (1969) in der Bindungstheorie aufgegriffen. Eine sichere Bindung und das Wissen darüber, dass in schwierigen Situationen vertraute Menschen um Hilfe gebeten werden können, stellt für den*die Klient*in „eine beruhigende Rückversicherung dar“ (ebd., S. 21). Sozialarbeiter*innen sollten eine verlässliche Basis für die „geistig-seelische Selbstexploration und Verbalisierung“ (ebd., S. 114) der Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung darstellen und sie aufmerksam und sensibel begleiten. Wenn Menschen sicher gebunden sind/wenn Sozialarbeiter*innen eine sichere Basis darstellen gehen die Menschen auf Erkundung (vgl. ebd.). Mit Erkundung ist im Leben von Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung bspw. das Erlernen der deutschen Sprache gemeint (vgl. Imm-Bazlen, 2017). Es gilt zu beachten, dass die Beziehung zwischen Sozialarbeiter*in und Klient*in maßgeblich von den bisherigen Bindungsstrukturen des*r Klient*in und des*r Sozialarbeiters*in beeinflusst ist und dass sich der*die Sozialarbeiter*in in diesem Fall vor allem um die Vermittlung korrektiver Erfahrungen bemühen sollte (vgl. Gahleitner, 2017a). Diese positiven Alternativerfahrungen, können als „schützende Inselerfahrungen“ (Gahleitner, 2005,

S. 63) bezeichnet werden. Sie ermöglichen korrigierende, im Sinne von anderen heilenden Erfahrungen, bezogen auf die verletzenden traumatischen Erfahrungen (vgl. Gahleitner et al., 2017). Dadurch wird das Trauma abgeschwächt und die Menschen erlangen mehr Bindungssicherheit (vgl. ebd.).

Damit eine sichere Bindung zustande kommt ist es außerdem wichtig, dass die Bezugsperson feinfühlig auf Signale des Gegenübers reagiert (vgl. Bowlby, 2008). Feinfühligkeit beschreibt Ainsworth (2011) als Fähigkeit, Signale und Mitteilungen des Gegenübers wahrzunehmen, richtig zu interpretieren und prompt und angemessen zu beantworten. Die Rolle der Sozialarbeiter*innen als zentrale Bindungspersonen ist allerdings nur eine temporäre, daher ist professionelle Nähe und Distanz wichtig (vgl. Zito & Martin, 2016). Auch die Wahrung von Grenzen spielt in der Sozialen Arbeit mit Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung eine große Rolle, da bei der Traumatisierung die Grenzen der Menschen massiv missachtet wurden (vgl. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer – BAfF e.V., 2017). Um eine Retraumatisierung zu vermeiden, ist daher eine achtsame, Grenzen wahrende Haltung, durch die die Menschen Selbstwirksamkeit und Vertrauen erleben, wichtig (vgl. Imm-Bazlen, 2017; Kux, 2017; Beckrath-Wilking & Biberacher, 2013a). Außerdem sollte die Beziehung durch Transparenz, Vorhersagbarkeit und Vertrauen geprägt sein, um den Erfahrungen der Unkontrollierbarkeit, Willkür und Gewalt während des traumatischen Ereignisses etwas entgegenzusetzen (vgl. Hantke, 2015). Sichere und positive Beziehungserfahrungen tragen dazu bei, dass die Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung wieder innere Stabilität und Sicherheit entwickeln (vgl. Zito & Martin, 2016).

Auch in der Traumapädagogik ist die Schaffung korrigierender Beziehungserfahrungen zentral (vgl. Schmid, 2016). Traumapädagogik wird grundlegend in der sozialarbeiterischen Begleitung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen angewendet (vgl. Schmid, 2013; Weiß, 2016a), kann jedoch auch auf volljährige Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung bezogen werden. Mit Hilfe von Traumapädagogik werden Menschen bei der Bewältigung und Bearbeitung traumatischer Erfahrungen unterstützt (vgl. Weiß, 2013). Haltungssätze der Traumapädagogik sind: die Annahme des guten Grundes, Wertschätzung, Partizipation, Transparenz und Spaß und Freude (vgl. BAG Traumapädagogik, 2011).

Unter der Annahme des guten Grundes wird beschrieben, dass das Verhalten von Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung einen Sinn in ihrer Lebenssituation ergibt (vgl. BAG Traumapädagogik, 2011; Scherwath & Friedrich, 2016). Beispielsweise stellen Traumasymptome wie Intrusionen einen Regulierungsversuch des traumatischen Ereignisses dar. Sie sind somit normale Reaktionen auf eine extreme Stressbelastung und intrusives Verhalten hat daher einen guten Grund (siehe 2.2.2) (vgl. Lang & Lang, 2013; Scherwath & Friedrich, 2016;

Weiß, 2016a). Die Erkundung der guten Gründe ist ein gemeinsamer Prozess der Sozialarbeiter*innen mit den Klient*innen, in dem diese, so wie in der Klinischen Sozialarbeit, als Expert*innen ihres Lebens gesehen werden (vgl. Lang & Lang, 2013; Bräutigam, 2017; BAG Traumapädagogik, 2011; Weiß, 2016b). Auch für die Professionellen ist es sinnvoll, dass sie sich der guten Gründe ihres Verhaltens bewusst sind, damit sie mit mehr Authentizität handeln und so für die Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung mehr Transparenz, Einschätzbarkeit und Vertrauen entsteht (vgl. Lang & Lang, 2013).

Eine von Wertschätzung geprägte Haltung ist ebenso wie in der klientenzentrierten Gesprächsführung, Teil der Traumapädagogik. Denn die sequentielle Traumatisierung von Menschen mit Fluchterfahrung (siehe 2.2.2) und die postmigratorischen Belastungsfaktoren (siehe 2.1.1) und somit das wiederholte Erleben von Hilflosigkeit, Ohnmacht und Unwirksamkeit können dazu führen, dass Menschen sich und ihr Handeln als wertlos wahrnehmen (vgl. BAG Traumapädagogik, 2011; Weiß & Schirmer, 2013). Um dem entgegenzuwirken und ein positives Selbstbild zu fördern, ist eine stärken- und ressourcenorientierte Arbeit (siehe 3.3.3), bei der sich die Menschen selbst mit ihren Fähigkeiten erleben und schätzen lernen, von Vorteil (vgl. BAG Traumapädagogik, 2011).

Partizipation ist eine weitere wichtige traumapädagogische Haltung, denn die „Teilhabe an der Gestaltung der eigenen Lebensbedingungen zählt zu den wichtigen Einflussfaktoren, die zu seelischer Gesundheit führen“ (ebd., S. 6). Die Lebenssituation von Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung im Heimatland und die ersten Monate in Deutschland sind durch extremen Kontrollverlust, intensive Erfahrungen von Fremdbestimmung, eingeschränkte Beteiligung und fehlende Gestaltungsmöglichkeiten und somit von herabgesetzten Selbstwirksamkeitserfahrungen geprägt (vgl. de Hair & Bausum, 2013; BAG Traumapädagogik, 2011; Zito & Martin, 2016). Durch Partizipation können Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung ihre eigenen Kompetenzen, Autonomie und Zugehörigkeit (wieder)erleben (vgl. BAG Traumapädagogik, 2011; de Hair & Bausum, 2013).

Außerdem ist Transparenz eine wichtige Haltung im Umgang mit Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung. Denn die Vergangenheit und Gegenwart von Menschen mit Fluchterfahrung ist von Willkür und Unberechenbarkeit geprägt (siehe 2.1.1) (vgl. BAG Traumapädagogik, 2011; Wahle & Lang, 2013). Transparenz ist wichtig, damit die psychosoziale Beratung zu einem berechenbaren und sicheren Ort wird (vgl. BAG Traumapädagogik, 2011). Des Weiteren beugt Transparenz überhöhte „Erwartungen seitens der Geflüchteten an den Einfluss und die Handlungsmacht der Sozialarbeitenden vor“ (Brandmaier & Friedmann, 2019, S. 70).

Auch Spaß und Freude sind wichtige Haltungen. Denn Traumatisierungen „gehen mit extremen Gefühlen der Angst, Ohnmacht, Scham, Trauer, Wut und Ekel einher“ (BAG

Traumapädagogik, 2011, S. 7). Eine Haltung der Sozialarbeiter*innen, die von Optimismus und Hoffnung geprägt ist und eine Beratung, in der gemeinsames Träumen erlaubt ist, sind für die Arbeit mit Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung förderlich (vgl. Scherwath & Friedrich, 2016). Denn so entstehen gute innere Bilder und Motivation, die Lebenssituation ertragen zu können (vgl. ebd.).

Abschließend ist zu betonen, dass für Sozialarbeiter*innen die Selbstreflexion in der Sozialen Arbeit mit Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung wichtig ist (vgl. Körner et al., 2013; Scherwath & Friedrich, 2016). Auch die Fähigkeiten zur Abgrenzung und zum Aushalten belastender Lebenssituationen sind von Bedeutung (vgl. Soyer, 2019). Um dies gewährleisten zu können und die Gefahr einer Sekundärtraumatisierung zu vermeiden, sind regelmäßige Supervisionen und ein hohes Maß an Sicherheit der Sozialarbeiter*innen essentiell.

Zusammenfassend sollte durch die sozialarbeiterische Haltung in der psychosozialen Beratung in PSZ eine Beziehung und ein Umfeld gestaltet werden, die in maximalem Kontrast zur traumatischen Situation stehen (siehe Abbildung 7) (vgl. Wöller, 2006; Schmid, 2016; Schneck, 2017; Gahleitner, 2017b). Ein förderliches Milieu ermöglicht die Einordnung des Erlebten, ein Gefühl gesellschaftlichen Angenommenseins und verhilft zu alternative Erfahrungen (vgl. Gahleitner et al., 2017; Gahleitner, 2017b).

Traumatisierendes Milieu gekennzeichnet durch...	Förderliches Milieu gekennzeichnet durch...
• Kontrollverlust • Bedrohung/Unsicherheit • Unberechenbarkeit • Missachtung der Bedürfnisse • Ausgeliefert sein • Leid • Einsamkeit/Isolation • Ohnmacht • Gefühl verrückt zu sein • Hilflosigkeit	• Kontrolle und Selbstbestimmung • Sicherheit • Transparenz/Berechenbarkeit • Bedürfnisorientierung • Partizipation • Freude • Beziehungsangebot • Selbstwirksamkeit • Entpathologisierung • Hilfe erhalten/sich selbst helfen können

Abbildung 7 Gegenüberstellung von traumatisierendem und förderlichem Milieu (Eigene Darstellung nach Schmid, 2013; Schneck, 2017; Wöller, 2006)

3.3 Handlungsmöglichkeiten der Sozialarbeiter*innen

Ein wichtiges Ziel in der psychosozialen Beratung von Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung stellt die Befriedigung der psychischen Grundbedürfnisse der Klient*innen dar (vgl. Borg-Laufs & Dittrich, 2010). Psychische Grundbedürfnisse sind nach Grawe (2004, S.

185) „Bedürfnisse, die bei allen Menschen vorhanden sind und deren Verletzung oder dauerhafte Nichtbefriedigung zu Schädigungen der psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens führen“. Grawe (2004) geht in Anlehnung an Epstein (1990) von vier psychischen Grundbedürfnissen aus, die auch sozial bedingt sind, da sie sich auf Erfahrungen beziehen, die der Mensch in Interaktion mit seiner Umwelt macht. Die vier psychischen Grundbedürfnisse sind: Bindung, Selbstwerterhöhung/Selbstwertschutz, Lustgewinn/Unlustvermeidung, Orientierung/Kontrolle (vgl. ebd.).

Das Bindungsbedürfnis, orientiert an Bowlby (1969), beschreibt das Streben der Menschen nach sozialen Bindungen, z.B. zu Bezugspersonen, Freunden etc. (vgl. Deppe-Schmitz & Deubner-Böhme, 2016). Das Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung und Selbstwertschutz beschreibt „den Wunsch, sich selbst als wertvoll und liebenswert zu erleben sowie von anderen akzeptiert zu werden“ (ebd., S. 20). Das Bedürfnis nach Lustgewinn und Unlustvermeidung beschreibt das Streben von Menschen danach „aversive Zustände zu vermeiden (Unlustvermeidung) und angenehme Zustände zu erleben (Lustgewinn)“ (Borg-Laufs & Dittrich, 2010, S. 8). Das Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle beschreibt das Bedürfnis, Einfluss auf die Herbeiführung und Aufrechterhaltung der eigenen Ziele nehmen zu können und das Streben der Menschen, einen Überblick über ihre Lebenssituation zu erlangen (vgl. Grawe, 2004). Besonders in der Sozialen Arbeit mit Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung ist es wichtig, dass das Grundbedürfnis nach Kontrolle befriedigt wird, da ihr Leben durch massiven Kontrollverlust geprägt ist (vgl. Beckrath-Wilking & Biberacher, 2013a; Zito & Martin, 2016). Kontrolle kann durch klare Struktur, Partizipation, betonte Achtung der Autonomie des*der Klient*in, Zuverlässigkeit und Transparenz ermöglicht werden (vgl. Grawe, 1998; Grawe, 2004; Beckrath-Wilking & Biberacher, 2013a).

Den Zusammenhang zwischen den psychischen Grundbedürfnissen und dem Wohlbefinden der Menschen beschreibt Grawe (2004) in der Konsistenztheorie. Die Konsistenztheorie besagt, dass sogenannte motivationale Schemata das Verhalten von Menschen bestimmen (vgl. ebd.). Motivationale Schemata sind Mittel, „die das Individuum im Laufe seines Lebens entwickelt, um seine Grundbedürfnisse zu befriedigen und sie vor Verletzungen zu schützen“ (ebd., S. 188). Sogenannte Annäherungsschemata entwickeln sich, wenn ein Mensch in einer Umgebung aufwächst, die auf die Befriedigung seiner Bedürfnisse eingestellt ist (vgl. ebd.). Vermeidungsschemata entwickeln sich, wenn ein Mensch in einer Umgebung aufwächst, in der seine Grundbedürfnisse immer wieder verletzt, bedroht oder enttäuscht werden (vgl. ebd.). Durch die Vermeidungsschemata versucht sich der Mensch vor weiteren Verletzungen der Grundbedürfnisse zu schützen (vgl. ebd.). Eine große Ausprägung von Vermeidungsschemata gefährdet das „Grundprinzip des psychischen Funktionierens“ (ebd., S. 186), das Streben

nach Konsistenz. Unter Konsistenz wird die „Übereinstimmung bzw. Vereinbarkeit der gleichzeitig ablaufenden neuronalen/psychischen Prozesse“ (ebd., S. 186) verstanden. Konsistenz ist für eine gute Befriedigung der Grundbedürfnisse notwendig (vgl. ebd.). Traumatische Erfahrungen führen dazu, dass sich Vermeidungsschemata ausbilden, z.B. das Symptom der Konstriktion (siehe 2.2.2), die eine positive Bedürfnisbefriedigung behindern, wodurch schlechtes Wohlbefinden und eine schlechte psychische Gesundheit entstehen (vgl. ebd.). Die psychischen Grundbedürfnisse von Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung sind unter anderem durch die Flucht, die Lebenssituation in Deutschland und die Traumatisierung erheblich verletzt worden, bzw. werden verletzt (vgl. Wälte, 2019). So kommt es bspw. durch die Flucht zu diversen Beziehungsabbrüchen mit Freunden oder Familie, wodurch das Bindungsbedürfnis verletzt wird. Außerdem wird das Bedürfnis nach Selbstwertschutz durch die Diskriminierungen, denen Menschen mit Fluchterfahrung in Deutschland ausgesetzt sind, verletzt. Zu Verletzungen des Bedürfnisses nach Lustgewinn und Unlustvermeidung kommt es bspw. dadurch, dass Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung kaum Einfluss auf ihr Asylverfahren und ihre Wohnsituation nehmen können. Das Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle wird bspw. dadurch verletzt, dass unkontrollierbare traumabedingte Symptome, wie z.B. Flashbacks, sie immer wieder erneut an die traumatische*n Situation*en erinnern. Im Vordergrund der psychosozialen Beratung steht daher die Ermöglichung bedürfnisbefriedigender Erfahrungen (vgl. Borg-Laufs, 2018). Es bietet sich daher an, eine Analyse über die Befriedigung/Nicht-Befriedigung der psychischen Grundbedürfnisse durchzuführen, um die Menschen in Zukunft bei einer besseren Bedürfnisbefriedigung zu unterstützen (vgl. Borg-Laufs, 2018; Scherwath & Friedrich, 2016). Für die Analyse helfen Leitfragen, die im Anhang 1 zu finden sind.

Auch in der Traumabehandlung wird eine Befriedigung der psychischen Grundbedürfnisse und somit ein verbessertes Wohlbefinden der Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung angestrebt. Die Traumabehandlung findet nach einem Dreiphasenmodell statt, das sich an den Bedürfnissen und Ressourcen der Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung orientiert (vgl. Dittmar, 2013b; Cloitre et al., 2012). Die erste Phase ist die Phase der Stabilisierung, in der sowohl die äußere als auch die innere Sicherheit und Stabilisierung der Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung angestrebt wird (vgl. Reddemann & Wöller, 2017; Herman, 2018). Mit innerer Sicherheit ist gemeint, dass die Menschen Möglichkeiten zur Stabilisierung erfolgreich anwenden können, damit sie sich von überflutenden Erinnerungsfragmenten (siehe 2.2) distanzieren können und Kontrolle über selbstschädigende Verhaltensweisen erlangen (vgl. Dittmar, 2013b; Scherwath & Friedrich, 2016; Herman, 2018). Äußere Sicherheit meint, dass verlässliche, einschätzbare und zu bewältigende Lebensbedingungen vorliegen (vgl. Kühn, 2008). Die äußere Sicherheit ist bei Menschen mit Fluchterfahrung und

Traumatisierung meist nicht gegeben. Die Sicherheit stellt daher auch ein Schlüsselthema der dritten Sequenz der sequentiellen Traumatisierung nach Becker & Weyermann (2006) dar. Jedoch nimmt die Schaffung der äußeren Sicherheit einige Zeit in Anspruch (vgl. Becker, 2014; Gahleitner et al., 2017). Wenn die Menschen über äußere und innere Sicherheit verfügen, kann die zweite Phase stattfinden (vgl. Huber, 2013; Scherwath & Friedrich, 2016; Gahleitner et al., 2017; Gahleitner & Cubasch-König, 2017). Die zweite Phase erfolgt klassischerweise in der Psychotherapie und beinhaltet die Bearbeitung der traumatischen Erinnerungen durch Traumaexposition/Traumakonfrontation (vgl. Reddemann & Wöller, 2017; Gahleitner et al., 2017; Scherwath & Friedrich, 2016; Dittmar, 2013b). Die dritte und letzte Phase umfasst die Integration des traumatischen Geschehens in die individuelle Biografie der Menschen und die Neuorientierung (vgl. Reddemann & Wöller, 2017; Dittmar, 2013b; Tagay, 2017).

Eine optimale Traumabehandlung kann nur durch einen ganzheitlichen biopsychosozialen Ansatz (siehe 2.1.1), bei dem sowohl physische als auch psychische und soziale Hilfe geboten wird, geschehen (vgl. Ventevogel, 2019; Beckrath-Wilking, 2013a). Aus diesem Grund ist eine ressourcenorientierte, lebensweltnahe und bedürfnisorientierte interprofessionelle Unterstützung durch Soziale Arbeit, Psychotherapie, Rechtsberatung, Sprachkurse, berufliche Integrationsmaßnahmen uvm. unabdingbar (vgl. Maier, Morina, Schick & Schnyder, 2019b; Soyer, 2006; Schulze & Kühn, 2012). Dabei steht eine Psychotherapie für Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung vorerst nicht immer an erster Stelle, sondern eher eine psychosoziale Unterstützung durch Sozialarbeiter*innen, in der sichere Orte erarbeitet und ressourcenvolle Stabilisierungsarbeit geleistet wird (vgl. Gahleitner et al., 2017; Scherwath & Friedrich, 2016). Der sozialarbeiterische Schwerpunkt in der Traumabehandlung von Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung liegt dementsprechend in der Phase der Stabilisierung (vgl. Soyer, 2006; Tagay, 2017; Scherwath & Friedrich, 2016; Wenk-Ansohn et al., 2019). Aufgrund der diversen psychosozialen Herausforderungen im Leben von Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung widmen sich Sozialarbeiter*innen hier sowohl den sozialen Bezügen (äußere Stabilität), als auch der innerpsychischen Symptomatik (innere Stabilität) und haben somit auch eine therapeutische Funktion (vgl. Soyer, 2006; Beckrath-Wilking, 2013a; Barnow & Lotz, 2013). In der Phase der Stabilisierung spielt auch die Ressourcenerschließung und -aktivierung eine wichtige Rolle (vgl. Reddemann, Joksimovic, Kaster & Gerlach 2019; Gahleitner et al., 2017). Wie eine Stabilisierung von Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung unter einer äußerst unsicheren und instabilen Lebenssituation (unsicheres Asylverfahren, Leben in Sammelunterkünften etc.) (siehe 2.1.1) gelingen kann, wird im Folgenden ausgeführt.

3.3.1 Äußere Stabilisierung

Als theoretische Fundierung für stabilisierendes sozialarbeiterisches Handeln in PSZ eignet sich die Theorie der Lebensweltorientierung nach Thiersch (2006) (vgl. Geißler-Piltz et al., 2005). Lebensweltorientierte Soziale Arbeit ist in der Lebenswelt der Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung tätig und unterstützt diese mit dem Ziel eines „gelingenderen Alltags“ (Thiersch, 2006, S. 45). Thiersch führt aus, dass sich der Alltag der Menschen als Alltäglichkeit in Alltagswelten zeigt (vgl. ebd.). Alltäglichkeit beschreibt das soziale und pragmatische Verstehen und Handeln einer Person im für ihn zugänglichen Raum (Wohnung, Stadtteil etc.), in der zugänglichen Zeit (Erinnerungen, Traditionen etc.) und in seinen erfahrenen sozialen Bezügen (vgl. Thiersch, 2006; Thiersch, 2005; Thiersch & Grunwald, 2015). Alltagswelten sind Sammlungen von Lebensfeldern (z.B. Familie, Schule, Beruf etc.) und Lebenslagen (z.B. Armut, Alter, psychische Erkrankung etc.) (vgl. Thiersch, 2006; Walther & Deimel, 2017). Die Alltagswelten stehen in der Spannung zwischen dem Respekt der individuellen Alltagsstrukturen und der *„Destruktion der Pseudokonkretheit des Alltags“* (Grunwald & Thiersch, 2008, S. 24). Mit der Destruktion der Pseudokonkretheit wird beschrieben, dass die *„Borniertheiten der Lebenswelt“* (ebd., S. 24) überwunden werden müssen, damit das Individuum seine Möglichkeiten entfalten kann. In Bezug auf Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung bedeutet die Destruktion der Pseudokonkretheit bspw., dass herauszufinden ist, welche Alltagsroutinen die Menschen mitbringen und welche Deutungs- und Handlungsmuster für ihre neue Lebenssituation in Deutschland hilfreich sind bzw. welche dem neuen Alltag eher schaden (vgl. Mennemann & Röttgers, 2018). In diesem Sinne soll Soziale Arbeit *„Menschen in ihren ambivalenten Alltagserfahrungen zu der in ihnen angelegten und oft verstellten und unterdrückten Kompetenz zur Gestaltung des eigenen Lebens“* (Grunwald & Thiersch, 2008, S. 14) unterstützen und befördern. Lebensweltorientierte Soziale Arbeit ermöglicht es, *„angemessene Maßnahmen und Angebote zu entwickeln, um die Stärken, die Handlungsfähigkeit und die Selbstwirksamkeitskräfte“* (Filsinger, 2017, S. 19) der Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung zu fördern und ermöglicht somit Empowerment (vgl. Deloie, 2017). Die Theorie der Lebensweltorientierung bezieht die soziale und gesellschaftliche Dimension, in denen sich Menschen nach dem Erleben von traumatischen Ereignissen befinden, mit ein (vgl. Schulze & Kühn, 2012). Dadurch wird der soziale Kontext, so wie in der sequentiellen Traumatisierung (siehe 2.2.2), in den Mittelpunkt der Entstehung einer Traumatisierung gerückt (vgl. Keilson, 2005; Becker & Weyermann, 2006; Schulze & Kühn, 2012). Nach der Lebensweltorientierung sollte sozialarbeiterische Unterstützung an den Herausforderungen der alltäglichen Lebenssituation der Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung ansetzen.

Damit Sozialarbeiter*innen die alltäglichen Herausforderungen und den sich daraus ergebenden Beratungs- und Behandlungsbedarf strukturiert erfassen können, ist die psychosoziale Diagnostik als spezifische Methode der Klinischen Sozialarbeit wichtig (siehe 3.2) (vgl. Beckrath-Wilking & Biberbacher, 2013b). Für eine umfassende psychosoziale Diagnostik hat das PSZ Düsseldorf eine Clearing-Checkliste erstellt (siehe Anhang 2) (vgl. Gahleitner et al., 2017). Eine weitere Form der Diagnostik bietet das Flüchtlingsspezifische Inklusionschart (siehe Anhang 3), mit Hilfe dessen festgestellt werden kann, in welcher Hinsicht Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung Zugang zu den Leistungen der gesellschaftlichen Infrastruktur haben, inwiefern sie diese nutzen können und wo gegebenenfalls Interventionsbedarf besteht (vgl. BAfF e.V. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft Psychosozialer Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e.V., o.J.a). Nach einer psychosozialen Diagnostik ergeben sich für Sozialarbeiter*innen vielfältige Handlungsmöglichkeiten, die zu einer äußeren Stabilisierung von Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung beitragen können. Der folgende Aufbau der Handlungsmöglichkeiten innerhalb der Alltagswelten von Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung orientiert sich an dem „Leitfaden für die Soziale Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen“ (Walther & Deimel, 2017, S. 56).

Rechtliche Situation

Menschen mit einer psychischen Erkrankung und Menschen die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben, gelten nach Art. 21 der EU-Aufnahmerichtlinie (2013/33/EU) als besonders schutzbedürftige Personen und haben in diesem Zusammenhang besondere Ansprüche. Besonders schutzbedürftige Menschen, z.B. Menschen mit einer Traumatisierung, haben bspw. bei der Prüfung ihres Asyl-antrages das Recht auf eine*n sogenannte*n Sonderbeauftragte*n (vgl. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, o.J.). Bei Sonderbeauftragten handelt es sich um speziell geschulte Entscheider*innen, die über besonderes Wissen im Umgang mit besonders schutzbedürftigen Personen verfügen, und die für deren Anhörungsverfahren eingesetzt werden (vgl. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, o.J.; Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2019c). Sozialarbeiter*innen in PSZ können für Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung nach ihrer Ankunft in Deutschland ein*e Sonderbeauftragte*r für die Anhörung beantragen. In jedem Fall sollte zur konkret inhaltlichen Vorbereitung und Begleitung des Asylverfahrens ein*e Spezialist*in hinzugezogen werden, z.B. ein*e Rechtsanwält*in (vgl. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer – BAfF e.V., 2019). Sozialarbeiter*innen können hierfür bei der Suche nach einem*r Rechtsanwält*in helfen. Des Weiteren können Sozialarbeiter*innen Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung detailliert über den Ablauf des Asylverfahrens (Grafik über den Ablauf des Asylverfahrens siehe Anhang 4) und über die Anhörung informieren. Dabei ist es sinnvoll, im Vorhinein, begleitet von

stabilisierenden Interventionen (siehe 3.3.2), die Fluchtgeschichte in der richtigen Reihenfolge zu erheben und ggf. zu verschriftlichen (vgl. Gahleitner et al., 2017). Es besteht außerdem die Möglichkeit, die Anhörung als Rollenspiel zu üben (vgl. Kruse, 2002). Durch eine vorherige Anmeldung bei den Behörden können Sozialarbeiter*innen mit den Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung als begleitender Beistand zur Anhörung gehen (vgl. Gahleitner et al., 2017). Vor allem beim Warten auf die Anhörung (dies dauert oft mehrere Stunden) haben Sozialarbeiter*innen eine wichtige stabilisierende Funktion (vgl. ebd.). Für die Wartezeit ist es hilfreich, wenn die*der Sozialarbeiter*in Taschentücher, Essen, Trinken und etwas Beruhigendes oder Ablenkendes mitnimmt, wie z.B. ein Spiel, ein Buch etc. (vgl. ebd.). Traumasymptome beeinflussen die Anhörung im Asylverfahren häufig negativ (vgl. Zito & Martin, 2016). Denn in der Anhörung sollen die Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung die oft traumatischen Asylgründe glaubhaft, emotional authentisch, im logischen Zusammenhang und in korrekter zeitlicher Einordnung darstellen (vgl. ebd.). Dies funktioniert jedoch häufig nicht, da die traumatischen Erfahrungen in Bruchstücken und nicht als vollständiges und schlüssiges Ereignis abgespeichert wurden (siehe 2.2.1) (vgl. ebd.). Kohärentes Erzählen der traumatischen Asylgründe ist daher oft erst nach einer bewussten Auseinandersetzung mit dem traumatischen Erleben möglich, die jedoch erst in (rechtlicher) Sicherheit durchführbar ist (vgl. Birck, 2018). Obwohl Sozialarbeiter*innen während der Anhörung nicht aktiv intervenieren dürfen, ist es in Absprache mit den Anhörer*innen teilweise möglich stabilisierend einzugreifen, wenn der Mensch mit Fluchterfahrung und Traumatisierung z.B. dissoziiert (vgl. Gahleitner et al., 2017). Auch am Ende der Befragung können Sozialarbeiter*innen teilweise darauf hinweisen, dass der Mensch mit Fluchterfahrung und Traumatisierung nicht über alle Fluchtgründe berichtet hat (vgl. ebd.). Wenn nach der Anhörung eine Ablehnung eintrifft sollte mit dem*r Rechtsanwalt*in geklärt werden, welche nächsten Schritte eingeleitet werden können. Dabei ist es wichtig, dass die Sozialarbeiter*innen die Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung auffangen, Suizidalität abklären und ihnen „vermitteln, dass die negative Entscheidung in den meisten Fällen kein endgültiges Scheitern bedeutet“ (ebd., S. 83). In diesem Fall bestehen weitere Handlungsschritte, z.B. im Einleiten einer Klage vor dem Verwaltungsgericht etc. (vgl. ebd.). Bei einer Anerkennung bestehen sozialarbeiterische Handlungsmöglichkeiten in der Unterstützung bei der Wohnungssuche, beim Beantragen einer Arbeitserlaubnis oder Familiennachzug etc. (vgl. ebd.).

Durch die Handlungsmöglichkeiten der Sozialarbeiter*innen in der rechtlichen Situation können sich die Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung besser in der komplizierten aufenthaltsrechtlich bestimmten Lebenssituation orientieren. Somit entsteht eine positive Erfahrung in Hinblick auf das Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle (siehe 3.3) (vgl. Grawe, 2004).

Wohnsituation

In Art. 18 (3) der EU-Aufnahmerichtlinie (2013/33/EU) wird festgelegt, dass die Situation besonders schutzbedürftiger Personen bei der Unterbringung berücksichtigt werden muss. Die Unterbringung von schutzbedürftigen Menschen mit Fluchterfahrung ist jedoch von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich. Bspw. sieht das baden-württembergische Flüchtlingsaufnahmegesetz im §8 (1) vor, dass schutzbedürftige Personen vorrangig in Wohnungen untergebracht werden sollten. Im Gegensatz dazu findet in den sich verbreitenden Ankerzentren unzureichender Schutz besonders vulnerabler Menschen statt, was auch zu psychosozialen Folgen führt (vgl. BAfF e.V., 2018; Brandmaier & Friedmann, 2019). Eine Unterbringung in Wohnungen wäre für Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung sehr sinnvoll, da das Leben in Sammelunterkünften z.B. durch fehlende Privatsphäre und einen hohen Lautstärkepegel dazu führt, dass posttraumatische Beschwerden sich verstärken und die Menschen keine Ruhe finden (siehe 2.1.1) (vgl. Birck & Weber, 2004; Schneck, 2017; Porter & Haslam, 2005). Sozialarbeiter*innen können hier auch im Kontakt mit den zuständigen Behörden unterstützend tätig werden.

Tagesstruktur und Beschäftigung

Es gilt zu beachten, dass scheinbar leichte und normale Alltagsaufgaben für Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung oft unüberwindbar erscheinen (vgl. Beckrath-Wilking & Biberbacher, 2013c). Der Auftrag der Sozialen Arbeit in der Stabilisierungsphase liegt daher auch in der Alltagsbegleitung der Menschen (vgl. Schirilla, 2016). Sozialarbeiter*innen können in diesem Fall mit ihnen zusammen eine individuelle Tagesgestaltung planen, ausarbeiten und begleiten (vgl. Beckrath-Wilking & Biberbacher, 2013c). Auch das Vermitteln eines Sprachkurses ist eine sozialarbeiterische Handlungsmöglichkeit (vgl. Kruse, 2002; Wenk-Ansohn et al., 2019). Um die Selbstwirksamkeit zu erhöhen und das Gefühl von Kontrolle wiederzuerlangen, wäre die Ausübung einer Arbeit essentiell (vgl. Liedl, 2019). Sozialarbeiter*innen können Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung ab dem vierten Monat nach der Ankunft in Deutschland bei der Teilhabe am Arbeitsleben unterstützen (vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2018).

Soziales Netz

Für die äußere Sicherheit, also die körperliche und soziale Stabilisierung, ist es wichtig, dass soziale Kontakte auf- und ausgebaut werden und eine verlässliche beratende Beziehung besteht (vgl. Dittmar, 2013b). Es ist förderlich, wenn die Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung Kontakte zu Menschen aus Deutschland aufbauen, damit gesellschaftliche Teilhabe entsteht (vgl. Schneck, 2017). Sozialarbeiter*innen können die Menschen bei der Mobilisierung und dem Aufbau sozialer Kontakte unterstützen, z.B. durch Patenprogramme, wie

z.B. das Bundesprogramm „Menschen stärken Menschen“ (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2019; Geier et al., 2012).

Interessen & Freizeitgestaltung

Die Lebenssituation von Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung ist sehr belastend (siehe 2.1.1) und engt ihre Handlungsspielräume ein (vgl. Reddemann et al., 2019). Daher ist es umso wichtiger, in den verbleibenden Bereichen Initiative, Bewegung und sinnvolle Betätigung zu unterstützen (vgl. ebd.). Sozialarbeiter*innen können die Menschen bspw. bei der Suche nach einem passenden Sportverein unterstützen. Auch die Ausübung eines Glaubens oder einer Religion ist für das Wohlbefinden förderlich (vgl. Geier et al., 2012). Sozialarbeiter*innen können hier religiöse Menschen dabei unterstützen, ihren Glauben zu praktizieren, in dem sie bspw. Kontakt zu bestimmten religiösen Gemeinschaften herstellen (vgl. ebd.). Die Zugehörigkeit zu einer religiösen Gemeinschaft erweitert außerdem das soziale Netz.

Gesundheitliche Versorgung

Damit Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung trotz eventueller Angst vor ärztlichen Untersuchungen gesundheitlich versorgt werden, ist es wichtig, dass Sozialarbeiter*innen begleitende, unterstützende und vorbereitende Maßnahmen durchführen (vgl. Beckrath-Wilking & Biberacher, 2013d). Sozialarbeiter*innen können bspw. gemeinsam mit dem Menschen den genauen Ablauf einer anfallenden Untersuchung durchfantasieren und ggf. nach Erlaubnis der Menschen Kontakt mit den Ärzt*innen aufnehmen und sie über die psychosoziale Situation der Klient*innen im Vorhinein informieren (vgl. ebd.).

Vermittlung von Informationen

Eine weitere Aufgabe der Sozialarbeiter*innen besteht darin, den Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung Funktionen und Aufgaben von Systemen (z.B. dem Schulsystem), Institutionen und Ämtern zu vermitteln (vgl. Pabst et al., 2013; Reddemann et al., 2019; Soyer, 2019). Dadurch stellen Sozialarbeiter*innen Vorhersehbarkeit her, damit sich die Menschen besser in der Umwelt orientieren können und somit mehr Kontrolle über ihr Leben gewinnen können (vgl. Hantke & Görges, 2012).

3.3.2 Innere Stabilisierung

Ziel der inneren Stabilisierung von Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung ist die Befriedigung des psychischen Grundbedürfnisses nach Orientierung und Kontrolle, um das Wohlbefinden der Menschen zu verbessern (siehe 3.3) (vgl. Grawe, 2004; Herman, 2018). Innere Stabilisierung zielt auf Affektkontrolle, Impulskontrolle, Selbstfürsorge und Selbsttröstung, Kontrolle über Flashbacks, Dissoziationsabbau und die Reduzierung der Symptomstärke

ab (vgl. Dittmar, 2013b). Sozialarbeiter*innen erarbeiten hierfür gemeinsam mit den Menschen Techniken, Hilfsmittel und Perspektiven, mit denen sie sich selbst beruhigen, von belastenden Traumaerinnerungen distanzieren oder sich reorientieren und somit stabilisieren können (vgl. Hanswille & Kissenbeck, 2014; Zito & Martin, 2016; Gahleitner et al., 2017; Dittmar, 2013b). So erlangen die Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung Kontrolle über ihre emotionalen Reaktionen und sie sind Traumasymptomen (z.B. Dissoziationen, Flashbacks siehe 2.2.2) nicht hilflos ausgeliefert (vgl. Beckrath-Wilking, 2013a; Dittmar, 2013b; Gahleitner et al., 2017). Im Folgenden werden einige ausgewählte Übungen zur inneren Stabilisierung ausgeführt.

Reorientierungsübungen

Wenn intrusive Symptome, z.B. Flashbacks oder Alpträume (siehe 2.2.2) auftauchen, helfen Reorientierungsübungen bei der Stabilisierung im Hier und Jetzt (vgl. Reddemann et al., 2019). Sozialarbeiter*innen können Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung, die unter Alpträumen leiden, bspw. vorschlagen sich ein Bild/eine Postkarte des Wohnortes in Deutschland auf den Nachttisch zu stellen, damit sie beim Aufwachen sofort wissen, dass sie sich in Deutschland und in Sicherheit befinden (vgl. ebd.). Eine andere Möglichkeit, um bei Traumasymptomen wieder mit der Wahrnehmung in die Gegenwart zu gelangen ist die Erzeugung intensiver Sinnesreize (vgl. Gahleitner et al., 2017). Individuell geeignete Sinnesreize für den Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung sollten gemeinsam mit ihm ausprobiert werden, Beispiele hierfür siehe Anhang 5 (vgl. Gahleitner et al., 2017; Scherwath & Friedrich, 2016). Eine weitere Reorientierungsübung, ist die 5-4-3-2-1 Übung, bei der sich die Menschen bewusst darauf konzentrieren, was sie in der Gegenwart wahrnehmen (siehe Anhang 6) (vgl. Reddemann et al., 2019; Gahleitner et al., 2017).

Achtsamkeitsübungen

Achtsamkeitsübungen zielen darauf ab, gegenwärtig zu sein und die Einzigartigkeit des Moments wahrzunehmen (vgl. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer – BAfF e.V., 2017; Zito & Martin, 2016). Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung können hierfür bspw. gemeinsam mit den Sozialarbeiter*innen Achtsamkeitsspaziergänge durchführen, bei denen die Menschen zum bewussten Wahrnehmen ihrer Sinneseindrücke angeleitet werden (siehe Anhang 7) (vgl. Gahleitner et al., 2017; Scherwath & Friedrich, 2016; Reddemann et al., 2019; Zito & Martin, 2016). Auch andere Alltagshandlungen können als Achtsamkeitsübungen durchgeführt werden, so kann z.B. mit allen Sinnen gekocht oder gegessen werden (vgl. Gahleitner et al., 2017; Zito & Martin, 2016).

Imaginationsübungen

Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung haben die Tendenz, stark emotional aufgeladene, unkontrollierbare innere Bilder zu imaginieren (z.B. bei Intrusionen) (vgl. Gahleitner et al., 2017). Imaginationsübungen greifen diese Tendenz, bzw. Fähigkeit auf, um kontrollierte, alternative innere Bilder zu erarbeiten, damit die Menschen wieder Kontrolle und somit Stärke und Stabilität erlangen (vgl. Gahleitner et al., 2017; Beckrath-Wilking, 2013b; Huber, 2013; Vogelsang, 2005). Durch das Erlernen der Übungen, die von den Menschen selbstständig angewandt werden können, erleben sie, dass sie die Fähigkeit besitzen, sich selbst in einen entspannteren, ruhigeren Zustand zu versetzen (vgl. Grawe, 1998). Eine bekannte Imaginationsübung ist die des inneren Orts der Geborgenheit bzw. des Wohlfühlorts, die dabei hilft ruhig zu werden und sich zu entspannen (siehe Anhang 8) (vgl. Gahleitner et al., 2017; Reddemann et al., 2019; Scherwath & Friedrich, 2016; Reddemann, 2017). Auch die Imagination eines inneren Gartens, bei der die Menschen einen Garten nach ihren Vorstellungen imaginativ anlegen können, dient der Entspannung und inneren Stabilisierung (siehe Anhang 9) (vgl. Reddemann et al., 2019; Gahleitner et al., 2017). Eine andere Übung ist die Imagination eines*inneren Helfers*in oder Krafttiers, der*die/das dem Menschen beiseite steht, ihn begleitet, stärkt und ihn in belastenden Situationen beruhigt (siehe Anhang 10) (vgl. Scherwath & Friedrich, 2016; Hantke & Görges, 2012). Um sich von belastenden Traumaerinnerungen zu distanzieren, bietet sich die Tresorübung an, bei der die belastenden Inhalte in einem imaginären Tresor sicher verschlossen werden (siehe Anhang 11) (vgl. Reddemann et al., 2019; Gahleitner et al., 2017). Durch die Tresorübung wird Distanzierung und Kontrolle zu den Traumaerinnerungen hergestellt (vgl. Reddemann et al., 2019; Gahleitner et al., 2017).

Atem- und Körperübungen

Da eine Traumatisierung auch das physische Wohlbefinden betrifft, sind körperliche Betätigungen wichtig (vgl. Ottomeyer, 2011). Sportliche Aktivitäten helfen dabei, Stress und Anspannung zu reduzieren und eine bessere Körperwahrnehmung zu erlangen (vgl. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer – BAfF e.V., 2017; Zito & Martin, 2016). Körperübungen helfen dabei, den entstehenden Energiestau abzubauen, sich auf die Gegenwart zu konzentrieren und in den Moment zurückzukommen und sorgen somit für Spannungsabbau (siehe Anhang 12) (vgl. Scherwath & Friedrich, 2016; Gahleitner et al., 2017; Zito & Martin, 2016). Atemübungen, die darauf abzielen, den Atem zu verlangsamen, tiefer zu atmen und somit Anspannung reduzieren, sind z.B. die Bauchatmung (siehe Anhang 13), die Nasenwechselatmung (siehe Anhang 14) und die 10-0 Atem- und Konzentrationsübung (siehe Anhang 15) (vgl. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer – BAfF e.V., 2017; Zito & Martin, 2016). Auch die progressive Muskelrelaxation, bei der verschiedene Muskeln nacheinander angespannt und

dann entspannt werden, kann helfen, Stress abzubauen und besser zu schlafen (vgl. Zito & Martin, 2016; Dittmar, 2013b; Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer – BAfF e.V., 2017).

Generell bieten sich für die innere Stabilisierung von Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung das Stressbarometer und der Notfallkoffer an. Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung (z.B. bei einer kPTBS siehe 2.2.2) haben eine gestörte Emotionsregulation und bemerken affektive Veränderungen, z.B. gesteigerte Anspannung oder stressbedingte Unruhe oft nicht früh genug (vgl. Scherwath & Friedrich, 2016; Maier & Schnyder, 2019; Schmid, 2013). Sie sollten daher lernen, wie sie die Zustandsveränderungen frühzeitig wahrnehmen können, damit sie ihre Affekte besser regulieren können und somit Erfahrungen von Selbstbemächtigung und Selbststeuerung machen (vgl. Scherwath & Friedrich, 2016; Schmid, 2013). Hierfür kann ein Stressbarometer angewendet werden, das dabei hilft, die eigene Anspannung einzuschätzen und Vorschläge zur Selbstregulation bietet (siehe Anhang 16) (vgl. Scherwath & Friedrich, 2016). Außerdem kann es hilfreich sein, gemeinsam mit dem Menschen einen Notfallkoffer anzulegen, in dem Gegenstände und Übungen zur inneren Stabilisierung enthalten sind und der im Notfall genutzt werden kann (siehe Anhang 17) (vgl. Beckrath-Wilking, 2013b; Scherwath & Friedrich, 2016).

3.3.3 Ressourcenorientierung

Kenntnisse über die Ressourcenorientierung und -aktivierung haben eine hohe Relevanz für die Soziale Arbeit mit Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung (vgl. Tagay, 2017). Durch die Ressourcenorientierung werden Menschen dabei unterstützt, sich nicht mehr auf ihre Probleme zu fokussieren, sondern ihre eigene Handlungsfähigkeit und Kompetenzen zu entdecken und zu entfalten (vgl. Brandmaier, 2013; Flückiger & Wüsten, 2015; Schubert, 2018b). So unterbricht Ressourcenorientierung den Defizitblick der Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung und auch der Sozialarbeiter*innen und wendet den Blick auf die Stärken und Potenziale der Menschen (vgl. Nestmann, 2008; Schubert, 2018a). Ressourcenorientierte psychosoziale Beratung zielt darauf ab, Menschen dazu zu befähigen, ihre Ressourcen wahrzunehmen, zu aktivieren und zu erweitern (vgl. Schubert, 2018a). Ressourcen können dabei als Mittel gesehen werden, um die psychischen Grundbedürfnisse zu befriedigen (siehe 3.3), und um alltägliche oder spezifische Lebensanforderungen zu bewältigen und somit Gesundheit und Wohlbefinden zu erhalten, zu verbessern, bzw. wiederherzustellen (vgl. Deppe-Schmitz & Deubner-Böhme, 2016; Schubert, 2018b; Scherwath & Friedrich, 2016; Nestmann, 2008; Grawe, 1998).

Es kann zwischen externen/sozialen Ressourcen, intrapersonellen und interpersonellen Ressourcen unterschieden werden (vgl. Wilz, Risch & Töpfer, 2017; Scherwath & Friedrich, 2016; Willutzki, 2013). Unter externen/sozialen Ressourcen werden alle natürlichen, sozialen und technischen Hilfsmittel oder förderlichen Aspekte der Umwelt wie die ökonomische Situation, soziale Netzwerke (auch professionelle Unterstützungssysteme) oder die Wohn- und Arbeitsumgebung verstanden (vgl. Wilz et al., 2017; Scherwath & Friedrich, 2016; Möbius, 2010a). Als interpersonelle Ressourcen werden Beziehungsmuster und -merkmale bezeichnet, die ein gutes Miteinander begünstigen, bspw. gegenseitiger Respekt, Verantwortungsbewusstsein oder ein flexibler Umgang mit Herausforderungen (vgl. Wilz et al., 2017). Intrapersonelle Ressourcen beschreiben die positiven Potentiale der Menschen, wie ihre Fähigkeiten, Fertigkeiten, Ziele, Kenntnisse, Interessen, Talente, Gedanken, moralischen Grundhaltungen und Erfahrungen (vgl. Wilz et al., 2017; Scherwath & Friedrich, 2016; Möbius, 2010a; Gahleitner et al., 2017; Zito & Martin, 2016; Grawe, 1998). Die intrapersonellen Ressourcen sind häufig nicht offen sichtbar, sondern sie müssen den Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung (wieder) bewusst gemacht oder erst erworben werden (vgl. Möbius, 2010b). In der ressourcenorientierten Arbeit wird davon ausgegangen, dass jeder Mensch Ressourcen besitzt oder entwickeln kann, die zu einem gelingenderen Alltag (siehe 3.3.1) beitragen können (vgl. Schubert, 2018b; Thiersch, 2006).

Menschen mit Fluchterfahrung können aufgrund der diversen Einschränkungen in ihrem Leben in Deutschland viele ihrer sozialen und materiellen Ressourcen vorübergehend nicht aktivieren und haben viele ihrer Ressourcen verloren bspw. durch den Wegfall ihres sozialen Gefüges, Verlust der Familie, Wegfall des finanziellen und gesellschaftlichen Status etc. (vgl. Rössel-Čunović, 2018; Wenk-Ansohn et al., 2019). Jedoch mussten sie für ihr Überleben im Herkunftsland, auf der Flucht und in Deutschland auch besondere Ressourcen neu entwickeln, bspw. die Ressource, sich in einer neuen Gesellschaft zurecht zu finden (vgl. Beckrath-Wilking, 2013b; Schneck, 2018). Eine Ressourcendiagnostik hilft dabei, Ressourcen aufzuspüren und so das negative Selbstbild der Menschen zu relativieren (vgl. Beckrath-Wilking, 2013b). Ansätze zur Ressourcendiagnostik sind bspw. Arbeitsbögen, Checklisten, Beobachtungen und Einschätzungen durch Fachkräfte, biografische Datenerhebung und Gespräche (vgl. Möbius, 2010a). Ressourcen können auch mithilfe der Ressourcenlandkarte erschlossen werden (siehe Anhang 18). Auch der Fragebogen zur Ressourcen-Selbsteinschätzung von Trösken und Grawe eignet sich für eine differenzierte Ressourcenerfassung (siehe Anhang 19) (vgl. Trösken, o.J.). Eine unkomplizierte Ressourcendiagnostik kann bspw. durch die Ressourcenhand (siehe Anhang 20) oder die Fünf-Sinne-Hand (siehe Anhang 21) erfolgen (vgl. Gahleitner et al., 2017; Scherwath & Friedrich, 2016). Der Kern der Ressourcenhand und Fünf-Sinne-Hand besteht darin, dass die Ressourcen, die den Menschen in Belastungssituationen

oft nicht bewusst sind, ins Bewusstsein geholt und in jederzeit zugänglicher Form festgehalten werden (vgl. Gahleitner et al., 2017).

Die Ressourcenaktivierung hilft den Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung belastende Alltagssituationen mithilfe der entsprechenden Ressourcen zu meistern, sich selbstwirksamer zu fühlen und steigert somit ihr Selbstwertgefühl und ermöglicht Kontrollerfahrungen (vgl. Beckrath-Wilking, 2013b; Grawe, 2004; Grawe, 1998; Reddemann & Wöller, 2017). Ressourcenaktivierung zielt unter anderem darauf ab, vorhandene Beziehungen und Netzwerke zu stärken (vgl. Schubert, 2018a). Dies ist vor allem bei Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung wichtig, die häufig isoliert leben und Schwierigkeiten haben, Beziehungen aufrechtzuerhalten und sich anderen nahe zu fühlen (vgl. Maier & Schnyder, 2019). Damit Beziehung und Netzwerke gestärkt oder aufgebaut werden können, ist zu Beginn eine Analyse der vorhandenen sozialen Netzwerke und Beziehungen notwendig. Hierfür eignet sich bspw. die Netzwerkkarte, bei der Kontakte und Beziehungen eines Menschen graphisch dargestellt werden (siehe Anhang 22) (vgl. Friedrich, 2010; Tiskens & Borg-Laufs, 2018; Wüsten, 2013). Sozialarbeiter*innen können die Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung nach dem Erstellen der Netzwerkkarte dabei unterstützen und ermutigen, die vorhandenen, förderlichen sozialen Kontakte ggf. zu intensivieren und frühere Beziehungen zu reaktivieren (vgl. Schubert, 2018a). Außerdem können Sozialarbeiter*innen Menschen beim Nutzen von weiteren Möglichkeiten zur Erweiterung ihrer sozialen Beziehungen- und Unterstützungssysteme unterstützen, bspw. durch Patenschaftsprojekte (siehe 3.3.1) (vgl. ebd.).

4. Fazit

In der vorliegenden Bachelorarbeit wurde der Frage nachgegangen, wie Sozialarbeiter*innen in Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung in den ersten Monaten nach ihrer Ankunft in Deutschland unterstützen können. Die ausführliche Beantwortung dieser Frage wird nun zusammenfassend dargestellt.

Menschen mit Fluchterfahrung werden sowohl in ihrem Heimatland als auch auf der Flucht und in Deutschland mit traumatischen Ereignissen konfrontiert. Dabei beeinflusst vor allem die Lebenssituation nach der Flucht, die geprägt ist durch sozioökonomische Schwierigkeiten, soziale und interpersonelle Herausforderungen und das Asylverfahren und aufenthaltsrechtlichen Faktoren die psychische Gesundheit dieser Personen (vgl. Li et al., 2016). Dies wurde insbesondere durch das Rahmenmodell der sequentiellen Traumatisierung nach Keilson (2005) und auch durch dessen Erweiterung in Bezug auf Flucht durch Becker und Weyermann (2006) deutlich. Nach der sequentiellen Traumatisierung stellt die Lebenssituation im

Aufnahmeland eine weitere traumatische Sequenz mit traumatischen Ereignissen dar und wirkt daher entscheidend an der Entstehung einer Traumatisierung mit (vgl. Ahrndt & Kruse, 2017; Gahleitner et al., 2017). Wenn die traumatischen Ereignisse, die in Erinnerungssplittern zusammenhangslos gespeichert wurden, über einen längeren Zeitraum nicht integriert und verarbeitet werden können, da bspw. die Lebenssituation eine erfolgreiche Auseinandersetzung mit den traumatischen Erfahrungen nicht zulässt, entsteht eine Traumatisierung (vgl. Zito & Martin, 2016; Hantke & Görges, 2012). Es wird dementsprechend deutlich, dass für die Entstehung einer Traumatisierung ein Wechselspiel von sowohl biologischen und psychischen als auch sozialen Faktoren verantwortlich ist (vgl. Pauls, 2013; Gahleitner & Cubasch-König, 2017). Häufige Traumafolgeerkrankungen von Menschen mit Fluchterfahrung sind die posttraumatische Belastungsstörung und die komplexe posttraumatische Belastungsstörung (vgl. Steel et al., 2009; Nickerson et al., 2016). Diese können mit Traumasymptomen wie Intrusionen, Hyperarousal, Konstriktionen, Störungen der Emotionsregulation, selbsttherabsetzenden Überzeugungen und Schwierigkeiten im Aufrechterhalten von Beziehungen, einhergehen (vgl. Krueger, 2018; Maier & Schnyder, 2019; Maercker, 2019). Traumasymptome und die postmigratorischen Belastungsfaktoren führen zu erheblichen Verletzungen der psychischen Grundbedürfnisse der Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung und somit im Sinne der Konsistenztheorie zu diversen Belastungen im Alltag und zu einem verschlechterten Wohlbefinden (vgl. Wälte, 2019; Grawe, 2004). In diesem Zusammenhang besteht das Ziel der Sozialen Arbeit darin, das Wohlergehen der Menschen zu verbessern.

Orte, an denen nach einem biopsychosozialen Verständnis Unterstützung für Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung angeboten wird, sind Psychosoziale Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (vgl. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer – BAfF e.V., 2019). In PSZ wird interprofessionell zusammengearbeitet (Psychotherapeut*innen, Ärzt*innen, Sozialarbeiter*innen etc.) um Menschen mit Fluchterfahrung eine bestmögliche Hilfe zu bieten. Die Aufgabe von Sozialarbeiter*innen in PSZ liegt vor allem in der Durchführung psychosozialer Beratung (vgl. ebd.). Kern einer erfolgreichen psychosozialen Beratung, bei der die Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung bei einer Veränderung ihrer prekären Lebenssituation unterstützt werden, ist eine vertrauensvolle Beziehung, die Wachstum und Veränderung fördert (vgl. Rogers, 2007a; Geißler-Piltz et al., 2005; Bischof & Koziol, 2017). Damit diese Beziehung entsteht, sollten Sozialarbeiter*innen den Menschen mit einfühelndem Verstehen, bedingungsloser Wertschätzung und Echtheit begegnen (vgl. Rogers, 1991; Rogers, 2007a). In der Beziehung mit dem*der Sozialarbeiter*in sollte der Mensch so die Möglichkeit haben, „schützende Inselerfahrungen“ (Gahleitner, 2005, S.63) zu machen, durch die er mehr Bindungssicherheit und innere Stabilität erlangen kann (vgl. Zito & Martin, 2016; Gahleitner et al., 2017). Dabei sollte der Mensch

mit Fluchterfahrung und Traumatisierung immer als Experte seiner eigenen Lebenswelt und mit seinen Fähigkeiten und Fertigkeiten im Mittelpunkt der psychosozialen Beratung stehen (vgl. Soyer, 2019). Wenn die psychosoziale Beratung zusätzlich durch die Annahme des guten Grundes, Partizipation, Transparenz und Spaß und Freude gekennzeichnet ist, entsteht ein förderliches Milieu, das in maximalem Kontrast zur traumatischen Situation steht (vgl. BAG Traumapädagogik, 2011; Wöller, 2006; Schmid, 2016; Schneck, 2017). In diesem förderlichen Milieu können die Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung Erfahrungen machen, die zur Befriedigung ihrer psychischen Grundbedürfnisse beitragen und somit zu einem verbesserten Wohlbefinden führen (vgl. Grawe, 2004; Borg-Laufs & Ditttrich, 2010).

Um das Wohlbefinden der Menschen zu verbessern, ist außerdem eine Traumabehandlung wichtig. Bei dieser hat vor allem die Phase der Stabilisierung eine besondere Bedeutung für die Soziale Arbeit. Sozialarbeiter*innen können hier sowohl zur inneren als auch zur äußeren Stabilisierung beitragen (vgl. Reddemann & Wöller, 2017). Äußere Stabilisierung gelingt durch Alltags- und Lebensweltorientierung (vgl. Hantke & Görges, 2012; Thiersch, 2006). In diesem Sinne kann Soziale Arbeit vor allem in der rechtlichen Situation, der Wohnsituation, der Tagesstruktur und Beschäftigung, bei der Erweiterung des sozialen Netzes, der Interessen- und Freizeitgestaltung, der gesundheitlichen Versorgung und bei der Vermittlung von Informationen unterstützend tätig werden (vgl. Walther & Deimel, 2017). Innere Stabilität kann durch das erfolgreiche Anwenden bestimmter Übungen entstehen, die bspw. bei Intrusionen dabei helfen, sich in der Gegenwart zu verankern (vgl. Reddemann et al., 2019). Auch Ressourcenorientierung und -aktivierung tragen zu Stabilität und verbessertem Wohlbefinden bei (vgl. Reddemann et al., 2019; Gahleitner et al., 2017; Grawe, 1998). Denn Ressourcen helfen dabei, dass die Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung die alltäglichen und spezifischen Lebensanforderungen bewältigen können und somit Erfahrungen von Kontrolle und Selbstwirksamkeit machen (vgl. Schubert, 2018a; Grawe, 2004).

Durch die umfangreichen theoretischen Ausführungen ist erkennbar geworden, dass es sich bei einer Traumatisierung um einen sozialen und individuellen Prozess mit verschiedenen Sequenzen handelt, der auch nach der Ankunft der Menschen mit Fluchterfahrung in Deutschland nicht endet (vgl. Fischer & Riedesser, 2009; Becker, 2014; Becker & Weyermann, 2006; Keilson, 2005; Soyer, 2006). Um die traumatische Situation zu beenden, muss eine qualitativ veränderte stabile Situation entstehen, in der eine Auseinandersetzung mit den traumatischen Erfahrungen und ein Neuanfang möglich ist (vgl. Fischer & Riedesser, 2009). Die Lebenssituation der Menschen mit Fluchterfahrung in Deutschland ist jedoch durch die restriktive Asylgesetzgebung und das Leben in Sammelunterkünften für viele Monate bis Jahre höchst prekär und ermöglicht keine Auseinandersetzung mit den traumatischen Erfahrungen, geschweige

denn einen Neuanfang. Sichere Orte, wie z.B. PSZ, in denen Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung bei der Stabilisierung unter höchst instabilen Lebensverhältnissen unterstützt werden, sind daher sehr wichtig. Sozialarbeiter*innen in PSZ können Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung in den ersten Monaten nach ihrer Ankunft in Deutschland daher auf vielfache Art und Weise unterstützen.

Jedoch gibt es für die Soziale Arbeit in PSZ auch Grenzen. So erreichen PSZ bei weitem nicht alle Menschen mit Fluchterfahrung, für die eine psychosoziale Behandlung notwendig wäre. Wenn davon ausgegangen wird, dass circa 30% der Menschen mit Fluchterfahrung einen Behandlungsbedarf hätten, dann beträgt der Anteil, der von den PSZ und ihren Partnern in der Regelversorgung abgedeckt wird, lediglich 6,1% (vgl. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft Psychosozialer Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer - BAfF e.V., 2019). Dies ist auf die unzureichende staatliche Finanzierung der PSZ zurückzuführen. Denn für die PSZ, die Leistungen erbringen für deren Finanzierung eigentlich der Staat verantwortlich wäre, gibt es kein staatliches Finanzierungskonzept und keine nachhaltige institutionelle Finanzierungsgrundlage (vgl. BAfF e.V. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft Psychosozialer Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e.V., o.J.b). So kommt es dazu, dass die PSZ massiv von privatem Kapital abhängig sind (vgl. ebd.). Die einzelnen PSZ haben keine Hauptförderer, sondern werden durch 10 bis 20 unterschiedliche Förderquellen finanziert (vgl. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft Psychosozialer Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer - BAfF e.V., 2019). Länder-, Bundesmittel und der Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds der Europäischen Union sind die Hauptförderquellen durch die 58% des jährlichen Budgets abgedeckt werden (vgl. ebd.). Alle weiteren Fördermittel, u.a. kommunale Förderungen, Spendengelder, Unterstützung durch Träger der Einrichtungen, Wohlfahrtsverbände oder verschiedenste Stiftungen (z.B. die UNO-Flüchtlingshilfe oder Amnesty International) bilden 42% des restlichen Budgets (vgl. ebd.). Eine verbesserte Versorgungssituation durch eine nachhaltige Strukturfinanzierung der Komplexleistungen, die von den PSZ erbracht werden, wäre daher förderlich und wichtig, damit durch die PSZ noch mehr Menschen unterstützt werden können (vgl. BAfF e.V. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft Psychosozialer Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e.V., o.J.b). Denn die zu geringe staatliche Finanzierung führt dazu, dass die PSZ aus Kapazitätsgründen fast jede zweite Behandlungsanfrage ablehnen müssen und dass Aufnahmen nur über lange Wartelisten stattfinden (vgl. ebd.). So standen 2017 pro Monat Durchschnittlich in ganz Deutschland 2.675 Menschen auf der Warteliste der PSZ (vgl. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft Psychosozialer Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer - BAfF e.V., 2019).

Eine weitere Herausforderung der PSZ besteht darin, dass das Einzugsgebiet eines PSZ durchschnittlich 156 Kilometer groß ist, was dazu führt, dass die Menschen oft mehrstündige

Anfahrtswege in Kauf nehmen müssen (vgl. ebd.). Hinzu kommt, dass die Mehrheit der Menschen die Anfahrtskosten selbst aufbringen muss, da die Kostenübernahme für die Fahrtkosten nach §6 AsylbLG zwar theoretisch möglich ist, in der Praxis aber selten vorkommt (vgl. ebd.). So lehnen Sozialbehörden durchschnittlich 41 % der Anträge auf Fahrtkosten ab (vgl. ebd.). Es ist festzustellen, dass die Regelungen und Praktiken der Bundesregierung für eine, den Bedürfnissen von Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung entsprechende, Unterstützung nicht ausreichen (vgl. BAfF e.V. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft Psychosozialer Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e.V., o.J.b). Die PSZ sollten daher auf jeden Fall verstärkt ausgebaut werden und zum Regelangebot gehören (vgl. Schirilla, 2016).

Eine weitere Herausforderung, die das Handeln von Sozialarbeiter*innen in PSZ bestimmt und einschränkt, ist die lückenhafte Umsetzung der EU-Aufnahmerichtlinie (2013/33/EU) (siehe 3.3.1) (vgl. Brandmaier & Friedmann, 2019). So wird der besondere Schutzbedarf von Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung nach der EU-Aufnahmerichtlinie (2013/33/EU) nur unzureichend erkannt und gewährleistet. Um als eine Person mit besonderem Schutzbedarf erkannt zu werden, wurde in Art. 21 (1) der EU-Aufnahmerichtlinie (2013/33/EU) festgelegt, dass nach Asylantragstellung des Menschen mit Fluchterfahrung innerhalb einer angemessenen Frist beurteilt werden muss, ob bei diesem besondere Bedürfnisse vorliegen und wenn ja, um welche es sich handelt. In Deutschland wird dies jedoch nicht systematisch geprüft, da die einzelnen Bundesländer dafür zuständig sind, die besonders Schutzbedürftigen zu erfassen (vgl. Deutscher Bundestag, 2019; BAfF e.V. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft Psychosozialer Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e.V., o.J.b). Die im Asylverfahren eingesetzten Mitarbeiter*innen des Bundesamtes sind lediglich dazu angehalten, Vulnerabilitäten zu beachten und gegebenenfalls notwendige Maßnahmen zu ergreifen (vgl. Deutscher Bundestag, 2019). Es wäre jedoch eine systematische, in allen Bundesländern einheitliche, Prüfung wichtig, um die besonders schutzbedürftigen Personen zu erkennen und sie dementsprechend zu versorgen (vgl. BAfF e.V. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft Psychosozialer Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e.V., o.J.b). Um die besondere Vulnerabilität der Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung zu berücksichtigen, sollte daher ein bedarfsgerechtes, einheitliches Rahmenkonzept zur Identifizierung und Versorgung dieser Menschen umgesetzt werden (vgl. ebd.). Wenn Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung als besonders schutzbedürftige Personen erfasst werden, sollten sie auch bei der Unterbringung besonders berücksichtigt werden, siehe Art.18 (3) EU-Aufnahmerichtlinie (2013/33/EU). Eine Unterbringung in Wohnungen statt in Sammelunterkünften wäre nötig, um Stress und Belastung der Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung zu reduzieren und eine Stabilisierung zu ermöglichen.

Damit sich die Lebenssituation der Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung verbessert und sich bspw. die Finanzierung der PSZ oder die Umsetzung der EU-Aufnahmerichtlinie ändert, ist die Soziale Arbeit als Menschenrechtsprofession, die sich anwaltschaftlich für die Menschen einsetzt, von großer Bedeutung (vgl. Freise, 2013). Das Tripelmandat ermöglicht es, Sozialarbeiter*innen aus ihrer Profession heraus selbst zu mandatieren. So kann sich Soziale Arbeit, die Bezug auf Menschenrechte, (sozial)wissenschaftliche Theorien und Methoden und auf internationale professionsethische Vorgaben der Berufsverbände nimmt, für eine bessere Lebenssituation der Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung einsetzen (vgl. Brandmaier & Friedmann, 2019; Grunwald & Thiersch, 2008). Und so den Schutz der Menschenrechte für die Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung einfordern (vgl. Scherr, 2018). Denn momentan kümmert sich die europäische Politik mehr um den Schutz von Grenzen als um den Schutz der Menschen (vgl. Staub-Bernasconi, 2019). In diesem Sinne sollte den Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung in Deutschland nicht nur mit der Willkommenskultur begegnet werden. Vielmehr sollte eine Willkommensstruktur geschaffen werden, durch die Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung die Möglichkeiten zu einem selbstbestimmten Leben erhalten und durch die die Menschen passende psychosoziale Unterstützung erhalten (vgl. Schneck, 2017).

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Das bio-psycho-soziale Modell (in Anlehnung an Friedrich 2000, zitiert nach Beck & Borg-Laufs, 2010, S. 66)	5
Abbildung 2 Zeitlinie mit eingeordneter Erfahrung (Eigene Darstellung nach Hantke & Görges, 2012, S. 52)	11
Abbildung 3 Zeitlinie mit nicht eingeordneter zersplitterter Erfahrung (Eigene Darstellung nach Hantke & Görges, 2012, S. 67)	11
Abbildung 4 Rahmenmodell der Ätiologie von Traumafolgen (Eigene Darstellung nach Maercker & Augsburger, 2019, S. 27)	12
Abbildung 5 Flucht als sequentielle Traumatisierung (Becker & Weyermann, 2006, S. 69) ..	15
Abbildung 6 Intrusion (Eigene Darstellung nach Hantke & Görges, 2012, S. 68)	18
Abbildung 7 Gegenüberstellung von traumatisierendem und förderlichem Milieu (Eigene Darstellung nach Schmid, 2013; Schneck, 2017; Wöller, 2006).....	28

Literaturverzeichnis

- Abdallah-Steinkopff, B. & Soyer, J. (2013). Traumatisierte Flüchtlinge. Kultursensible Psychotherapie im politischen Spannungsfeld. In R. E. Feldmann, Jr. & G. H. Seidler (Hrsg.), *Traum(a) Migration. Aktuelle Konzepte zur Therapie traumatisierter Flüchtlinge und Folteropfer* (S. 137-166). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Ahrndt, A. & Kruse, C. (2017). Lernfall Trauma. In J. Bischoff, D. Deimel, C. Walther & R.-B. Zimmermann (Hrsg.), *Soziale Arbeit in der Psychiatrie* (S. 387-401). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Ainsworth, M.D.S. (2011). Feinfühligkeit versus Unfeinfühligkeit gegenüber den Mitteilungen des Babys (1974). In K. E. Grossmann & K. Grossmann (Hrsg.), *Bindung und menschliche Entwicklung. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie* (S. 414-421). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Ammer, M., Kronsteiner, R., Schaffler, Y., Kurz, B. & Kremla, M. (2013). *Krieg und Folter im Asylverfahren. Eine psychotherapeutische und juristische Studie*. Graz: Neuer Wissenschaftlicher Verlag.
- Antidiskriminierungsstelle des Bundes (2016). *Diskriminierungsrisiken für Geflüchtete in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme der Antidiskriminierungsstelle des Bundes*. Online verfügbar unter

- https://www.antidiskriminierungsstelle.de/SharedDocs/Downloads/DE/publikationen/Experten/Diskriminierungsrisiken_fuer_Gefluechtete_in_Deutschland.pdf?__blob=publicationFile&v=5, zuletzt geprüft am 24.02.2020.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Apedjinou, D. (2011). Diversity in der gesundheitlichen Versorgung von Frauen am Beispiel von Frauen aus afrikanischen Herkunftsländern. In E. van Keuk, C. Ghaderi, L. Joksimovic & D. M. David (Hrsg.), *Diversity. Transkulturelle Kompetenz in klinischen und sozialen Arbeitsfeldern* (S. 168-179). Stuttgart: Kohlhammer.
- Assion, H.-J., Bransi, A. & Koussemou, J.-M. (2015). Migration und Posttraumatische Belastungsstörung. In G. H. Seidler, H. J. Freyberger & A. Maercker (Hrsg.), *Handbuch der Psychotraumatologie* (S. 590-597). Stuttgart: Klett-Cotta.
- BAfF e.V. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft Psychosozialer Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e.V. (o.J.a). *Traumatisierte Geflüchtete: Bundesregierung sieht sich nicht in der Verantwortung*. Online verfügbar unter <http://www.baff-zentren.org/news/traumatisierte-gefluechtete-bundesregierung-sieht-sich-nicht-in-der-verantwortung/>, zuletzt geprüft am 24.02.2020.
- BAfF e.V. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft Psychosozialer Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e.V. (o.J.b). *Das Flüchtlingsspezifische Inklusionschart (IC_flü)*. Online verfügbar unter <http://www.baff-zentren.org/news/das-fluechtlingsspezifische-inklusionschart-ic-flue/>, zuletzt geprüft am 24.02.2020.
- BAfF e.V. (2018). *Abschottung um jeden Preis? Wie sich die geplanten Ankerzentren auf Geflüchtete, Traumatisierte und die Gesellschaft auswirken*. Online verfügbar unter http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2018/06/Stellungnahme_BAfF_Ankerzentren_2018.06.18.pdf, zuletzt geprüft am 24.02.2020.
- BAG Traumapädagogik (2011). *Standards für traumapädagogische Konzepte in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Ein Positionspapier der BAG Traumapädagogik*. Online verfügbar unter <https://fachverband-traumapaedagogik.org/standards.html>, zuletzt geprüft am 24.02.2020.
- Barnow, S. & Lotz, J. (2013). Stabilisierung und Affektregulation. In A. Maercker (Hrsg.), *Posttraumatische Belastungsstörungen* (S. 205-222). Berlin/Heidelberg: Springer Verlag
- Beck, B. & Borg-Laufs, M. (2010). *Sind Sozialarbeiter nicht (mehr) gut genug? Betrachtungen zur Überarbeitung des Psychotherapeutengesetzes*. Mönchengladbach: o.V.
- Becker, D. & Weyermann, B. (2006). Flüchtlinge und Binnenvertriebene. In Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit (DEZA) & Eidgenössisches Department für auswärtige Angelegenheiten (EDA) (Hrsg.), *Gender, Konflikttransformation und der psychosoziale*

- Ansatz. Arbeitshilfe* (S. 68-79). Online verfügbar unter https://www.eda.admin.ch/dam/deza/de/documents/themen/gender/91135-arbeitshilfe-gender-konflikttrans-psycho-soz-ansatz_DE.pdf, zuletzt geprüft am 13.11.2019.
- Becker, D. (2014). *Die Erfindung des Traumas. Verflochtene Geschichten*. Berlin: Psychosozial-Verlag.
- Beckrath-Wilking, U. & Biberacher, M. (2013a). Sicherheit in der beratenden/therapeutischen Beziehung. In U. Beckrath-Wilking, M. Biberacher, V. Dittmar & R. Wolf-Schmid (Hrsg.), *Traumafachberatung, Traumatherapie & Traumapädagogik. Ein Handbuch für Psychotraumatologie im beratenden, therapeutischen & pädagogischen Kontext* (S. 171-173). Paderborn: Junfermann Verlag.
- Beckrath-Wilking, U. & Biberacher, M. (2013b). Beratungs- und Behandlungsplanung. In U. Beckrath-Wilking, M. Biberacher, V. Dittmar & R. Wolf-Schmid (Hrsg.), *Traumafachberatung, Traumatherapie & Traumapädagogik. Ein Handbuch für Psychotraumatologie im beratenden, therapeutischen & pädagogischen Kontext* (S. 122-123). Paderborn: Junfermann Verlag.
- Beckrath-Wilking, U. & Biberacher, M. (2013c). Beziehungsgestaltung im beratenden Kontext. In U. Beckrath-Wilking, M. Biberacher, V. Dittmar & R. Wolf-Schmid (Hrsg.), *Traumafachberatung, Traumatherapie & Traumapädagogik. Ein Handbuch für Psychotraumatologie im beratenden, therapeutischen & pädagogischen Kontext* (S. 131-133). Paderborn: Junfermann Verlag.
- Beckrath-Wilking, U. & Biberacher, M. (2013d). Äußere Sicherheit – körperliche und soziale Stabilisierung. In U. Beckrath-Wilking, M. Biberacher, V. Dittmar & R. Wolf-Schmid (Hrsg.), *Traumafachberatung, Traumatherapie & Traumapädagogik. Ein Handbuch für Psychotraumatologie im beratenden, therapeutischen & pädagogischen Kontext* (S. 169-170). Paderborn: Junfermann Verlag.
- Beckrath-Wilking, U. (2013a). Die Stabilisierungsphase. In U. Beckrath-Wilking, M. Biberacher, V. Dittmar & R. Wolf-Schmid (Hrsg.), *Traumafachberatung, Traumatherapie & Traumapädagogik. Ein Handbuch für Psychotraumatologie im beratenden, therapeutischen & pädagogischen Kontext* (S. 168). Paderborn: Junfermann Verlag.
- Beckrath-Wilking, U. (2013b). Innere Sicherheit: Psychische Stabilisierung und Affektregulation. In U. Beckrath-Wilking, M. Biberacher, V. Dittmar & R. Wolf-Schmid (Hrsg.), *Traumafachberatung, Traumatherapie & Traumapädagogik. Ein Handbuch für Psychotraumatologie im beratenden, therapeutischen & pädagogischen Kontext* (S. 174-180). Paderborn: Junfermann Verlag.
- Beckrath-Wilking, U. (2013c). Imaginativ-hypnotherapeutische Techniken und Übungen. In U. Beckrath-Wilking, M. Biberacher, V. Dittmar & R. Wolf-Schmid (Hrsg.),

- Traumafachberatung, Traumatherapie & Traumapädagogik. Ein Handbuch für Psychotraumatologie im beratenden, therapeutischen & pädagogischen Kontext* (S. 181-192). Paderborn: Junfermann Verlag.
- Bierwirth, J. (2011). Psychotherapie mit traumatisierten Flüchtlingen. In E. van Keuk, C. Gharderi, L. Joksimovic & D. M. David (Hrsg.), *Diversity. Transkulturelle Kompetenz in klinischen und sozialen Arbeitsfeldern* (S. 281-287). Stuttgart: Kohlhammer.
- Birck, A. & Weber, R. (2004). Behandlungszentrum für Folteropfer. In J. Radice von Wogau, H. Eimmermacher & A. Lanfranchi (Hrsg.), *Therapie und Beratung von Migranten. Systemisch-interkulturell denken und handeln* (S. 148-160). Weinheim: Beltz Verlag.
- Birck, A. (2018). *Traumatisierte Flüchtlinge. Wie glaubhaft sind ihre Aussagen?* Kröning: Asanger Verlag.
- Bischkopf, J. & Koziolk, C. (2017). Psychosoziale Beratung. In J. Bischkopf, D. Deimel, C. Walther & R.-B. Zimmermann (Hrsg.), *Soziale Arbeit in der Psychiatrie* (S. 225-240). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Bischkopf, J. & Lütjen, R. (2017). Beziehungsaufbau und Beziehungsgestaltung In J. Bischkopf, D. Deimel, C. Walther & R.-B. Zimmermann (Hrsg.), *Soziale Arbeit in der Psychiatrie* (S. 191-208). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Borg-Laufs, M. & Dittrich, K. (2010). Die Befriedigung psychischer Grundbedürfnisse als Ziel psychosozialer Arbeit. In M. Borg-Laufs & K. Dittrich (Hrsg.), *Psychische Grundbedürfnisse in Kindheit und Jugend. Perspektiven für Soziale Arbeit und Psychotherapie* (S. 7-22). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Borg-Laufs, M. (2018). Analyse psychischer Grundbedürfnisse. In D. Wälte & M. Borg-Laufs (Hrsg.), *Psychosoziale Beratung. Grundlagen, Diagnostik, Intervention* (S. 141-148). Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. Vol 1. Attachment*. New York: Basic Books. Online verfügbar unter <https://www.abebe.org.br/files/John-Bowlby-Attachment-Second-Edition-Attachment-and-Loss-Series-Vol-1-1983.pdf>, zuletzt geprüft am 24.02.2020.
- Bowlby, J. (2008). *Bindung als sichere Basis. Grundlagen und Anwendung der Bindungstheorie*. München: Ernst Reinhardt.
- BPTK (2015). *BPTK-Standpunkt: Psychische Erkrankungen bei Flüchtlingen*. Online verfügbar unter https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20150916_bptk_standpunkt_psychische_erkrankungen_fluechtlinge.pdf, zuletzt geprüft am 24.02.2020.
- Brandmaier, M. (2013). „Ich hatte hier nie festen Boden unter den Füßen“. Traumatisierte Flüchtlinge im Exil. In R. E. Feldmann, Jr. & G. H. Seidler (Hrsg.), *Traum(a) Migration. Aktuelle Konzepte zur Therapie traumatisierter Flüchtlinge und Folteropfer* (S. 15-33). Gießen: Psychosozial-Verlag.

- Brandmaier, M. & Friedmann, L. (2019). *Menschenrechtsbasierte Soziale Arbeit in Sammelunterkünften. Widersprüche – Handlungsgrenzen – Handlungsmöglichkeiten*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Bräutigam, A. (2017). *Ein interpersonell und intrapersonell integrierendes Vorgehen in der Klinischen Sozialarbeit - Geht das? Eine Betrachtung der Integrationsmöglichkeit des Mentalisierungskonzepts in die psycho-sozial behandelnde Tätigkeit und den disziplinären Rahmen der Klinischen Sozialarbeit*. Goßmannsdorf/Ochsenfurt: ZKS-Verlag. Online verfügbar unter <https://zks-verlag.de/wp-content/uploads/Andr%C3%A9-Br%C3%A4utigam-Ein-interpersonell-und-intrapersonell-integrierendes-Vorgehen-in-der-Klinischen-Sozialarbeit-Geht-das.pdf>, zuletzt geprüft am 24.02.2020.
- Bröse, J., Faas, S. & Stauber, B. (2018). Flucht – Herausforderung für die Soziale Arbeit. Einführung. In J. Bröse, S. Faas & B. Stauber (Hrsg.), *Flucht. Herausforderungen für Soziale Arbeit* (S. V-XIX). Wiesbaden: Springer VS.
- Brückner, B. (2011). Der Mensch im sozialen Kontext – Sozialpsychologie. In D. Wälte, M. Borg-Laufs & B. Brückner (Hrsg.), *Psychologische Grundlagen der Sozialen Arbeit* (S. 69-124). Stuttgart: Kohlhammer.
- Brune, M. & Fischer-Ortman, J. (2014). Erfahrung mit Trauma. In M. Gag & F. Voges (Hrsg.), *Inklusion auf Raten. Zur Teilhabe von Flüchtlingen an Ausbildung und Arbeit* (S. 205-218). Münster: Waxmann.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2019a). *Aktuelle Zahlen*. Online verfügbar unter https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Statistik/AsylinZahlen/aktuelle-zahlen-dezember-2019.pdf?__blob=publicationFile&v=3, zuletzt geprüft am 24.02.2020.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2019b). *Schlüsselzahlen Asyl 2018*. Online verfügbar unter https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Statistik/Schluesselfzahlen-Asyl/flyer-schluesselfzahlen-asyl-2018.pdf?__blob=publicationFile&v=3, zuletzt geprüft am 24.02.2020.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2019c). *Ablauf des deutschen Asylverfahrens. Ein Überblick über die einzelnen Verfahrensschritte und rechtlichen Grundlagen*. Online verfügbar unter https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/AsylFluechtlingsschutz/Asylverfahren/das-deutsche-asylverfahren.pdf?__blob=publicationFile&v=12, zuletzt geprüft am 24.02.2020.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2019d). *Ablauf des deutschen Asylverfahrens (DIN A4)*. Online verfügbar unter <https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/AsylFluechtlingsschutz/Asylverfahren/schema-ablauf-asylverfahren-a4.html?nn=282388>, zuletzt geprüft am 24.02.2020.

- Bundesamt für Migration und Flüchtling (o.J.). *Durchführung des Asylverfahrens*. Online verfügbar unter <https://www.bamf.de/DE/Behoerde/Aufgaben/Asylverfahren/asylverfahren-node.html>, zuletzt geprüft am 24.02.2020.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2018). *Arbeitsmarktzugang für Flüchtlinge*. Online verfügbar unter <https://www.bmas.de/DE/Themen/Arbeitsmarkt/Infos-fuer-Asylsuchende/arbeitsmarktzugang-asylbewerber-geduldete.html>, zuletzt geprüft am 24.02.2020.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2016). *Migration und Familie. Kindheit mit Zuwanderungshintergrund. Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats für Familienfragen beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Kurzfassung*. Online verfügbar unter <https://www.bmfsfj.de/blob/83738/889bf8299d1ca2d70ec8a271113aaba8/kurzfassung-migration-und-familie-2016-data.pdf>, zuletzt geprüft am 24.02.2020.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2019). *Menschen stärken Menschen*. Online verfügbar unter <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/engagement-und-gesellschaft/engagement-staerken/menschen-staerken-menschen/menschen-staerken-menschen/107820>, zuletzt geprüft am 24.02.2020.
- Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (2006). *Begutachtung traumatisierter Flüchtlinge. Eine kritische Reflexion der Praxis*. Karlsruhe: von Loeper Literaturverlag.
- Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer – BafF e.V. (2017). *Traumasensibler und empowernder Umgang mit Geflüchteten. Ein Praxisleitfaden*. Online verfügbar unter http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2018/11/BAfF_Praxisleitfaden-Traumasensibler-Umgang-mit-Gefluechteten_2018.pdf, zuletzt geprüft am 24.02.2020.
- Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer – BafF e.V. (2019). *Versorgungsbericht zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland*. Online verfügbar unter http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2019/11/BAfF_Versorgungsbericht-5.pdf, zuletzt geprüft am 24.02.2020.
- Caroni, M. & Scheiber, N. (2019). Der rechtliche Kontext von Flucht und Asyl – Überblick über die Flüchtlingseigenschaft und das Asylverfahren. In T. Maier, N. Morina, M. Schick & U. Schnyder (Hrsg.), *Trauma – Flucht – Asyl. Ein interdisziplinäres Handbuch für Beratung, Betreuung und Behandlung* (S. 63-72). Bern: Hogrefe Verlag.
- Cloitre, M., Courtois, C.A., Ford, J.D., Green, B.L., Alexander, P., Briere, J., Herman, J.L., Lanius, R., Stolbach, B.C., Spinazzola, J., van der Kolk, B.A., van der Hart, O. (2012). *The ISTSS Expert Consensus Treatment Guidelines for Complex PTSD in Adults*. Online

- verfügbar unter https://www.istss.org/ISTSS_Main/media/Documents/ISTSS-Expert-Concesnsus-Guidelines-for-Complex-PTSD-Updated-060315.pdf, zuletzt geprüft am 24.02.2020.
- de Hair, I.A. & Bausum, J. (2013). Partizipation als Grundhaltung. In B. Lang, C. Schirmer, T. Lang, I. A. de Hair, T. Wahle, J. Bausum, W. Weiß & M. Schmid (Hrsg.), *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik* (S. 115-118). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Deloie, D. (2017). Sozialtherapeutische Grundhaltung. In J. Bischkopf, D. Deimel, C. Walther & R.-B. Zimmermann (Hrsg.), *Soziale Arbeit in der Psychiatrie* (S. 178-190). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Deppe-Schmitz, U. & Deubner-Böhme, M. (2016). *Auf die Ressourcen kommt es an. Praxis der Ressourcenaktivierung*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Deutscher Bundestag (2018). *Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD. Entwurf eines Gesetzes zur Einführung beschleunigter Asylverfahren*. Online verfügbar unter <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/075/1807538.pdf>, zuletzt geprüft am 24.02.2020.
- Deutscher Bundestag (2019). *Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Ulla Jelpke, Sylvia Gabelmann, Dr. André Hahn, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. – Drucksache 19/11142 – Psychosoziale Betreuung und Behandlung von traumatisierten Geflüchteten*. Online verfügbar unter <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/19/116/1911666.pdf>, zuletzt geprüft am 24.02.2020.
- DIMDI (o.J.). *ICD-11 - 11. Revision der ICD der WHO*. Online verfügbar unter <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-11/>, zuletzt geprüft am 24.02.2020.
- Dittmar, V. (2013a). Grundlagen ressourcenorientierter Gesprächsführung. In U. Beckrath-Wilking, M. Biberacher, V. Dittmar & R. Wolf-Schmid (Hrsg.), *Traumafachberatung, Traumatherapie & Traumapädagogik. Ein Handbuch für Psychotraumatologie im beratenden, therapeutischen & pädagogischen Kontext* (S. 162-167). Paderborn: Junfermann Verlag.
- Dittmar, V. (2013b). Traumatherapeutisches Phasenmodell. In U. Beckrath-Wilking, M. Biberacher, V. Dittmar & R. Wolf-Schmid (Hrsg.), *Traumafachberatung, Traumatherapie & Traumapädagogik. Ein Handbuch für Psychotraumatologie im beratenden, therapeutischen & pädagogischen Kontext* (S. 107-110). Paderborn: Junfermann Verlag.
- Egger, J.W. (2015). *Integrative Verhaltenstherapie und psychotherapeutische Medizin. Ein biopsychosoziales Modell*. Wiesbaden: Springer.
- Engel, G.L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196, 129-136. Online verfügbar unter

- <http://www.drannejensen.com/PDF/publications/The%20need%20for%20a%20new%20medical%20model%20-%20A%20challenge%20for%20biomedicine.pdf>, zuletzt geprüft am 24.02.2020.
- Epstein, S. (1990). Cognitive-Experimental Self-Theory. In L. A. Pervin (Hrsg.), *Handbook of personality. Theory and research* (S. 165-192). New York: The Guilford Press.
- Erdheim, M. (2016). Migration, Trauma und die soziokulturelle Integration von Flüchtlingen. In C. Burkhardt-Mußmann & F. Dammasch (Hrsg.), *Migration, Flucht und Kindesentwicklung. Das Fremde zwischen Angst, Trauma und Neugier* (S. 138-149). Frankfurt a.M.: Brandes & Apsel.
- Feldmann, Jr., R.E. & Seidler, G.H. (2013). Vorwort. In R. E. Feldmann, Jr. & G. H. Seidler (Hrsg.), *Traum(a) Migration. Aktuelle Konzepte zur Therapie traumatisierter Flüchtlinge und Folteropfer* (S. 9-12). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Filsinger, D. (2017). *Soziale Arbeit mit Flüchtlingen. Strukturen, Konzepte und Perspektiven*. Online verfügbar unter <https://library.fes.de/pdf-files/wiso/13765.pdf>, zuletzt geprüft am 24.02.2020.
- Fischer, G. & Riedesser, P. (2009). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Flückiger, C. & Wüsten, G. (2015). *Ressourcenaktivierung. Ein Manual für Psychotherapie, Coaching und Beratung*. Bern: Hans Huber.
- Freise, J. (2013). Interkulturelle Soziale Arbeit: Integration, Anerkennung und Partizipation als Leitideen einer differenzsensiblen Sozialen Arbeit in der Migrationsgesellschaft. In M. Spetsmann-Kunkel & N. Frieters-Reermann (Hrsg.), *Soziale Arbeit in der Migrationsgesellschaft* (S. 45-54). Opladen: Verlag Barbara Budrich.
- Freise, J. (2017). *Kulturelle und religiöse Vielfalt nach Zuwanderung. Theoretische Grundlagen - Handlungsansätze - Übungen zur Kultur- und Religionssensibilität*. Schwalbach/Ts.: Wochenschau Verlag.
- Friedrich, S. (2010). Arbeit mit Netzwerken. In T. Möbius & S. Friedrich (Hrsg.), *Ressourcenorientiert Arbeiten. Anleitung zu einem gelingenden Praxistransfer im Sozialbereich* (S.63-105). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Gahleitner, S.B. (2005). *Neue Bindungen wagen. Beziehungsorientierte Therapie bei sexueller Traumatisierung*. München: Reinhardt.
- Gahleitner, S.B., Loch, U. & Schulze, H. (2012). Psychosoziale Traumatologie – eine Annäherung. In H. Schulze, U. Loch & S. B. Gahleitner (Hrsg.), *Soziale Arbeit mit traumatisierten Menschen. Plädoyer für eine Psychosoziale Traumatologie* (S. 6-53). Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.

- Gahleitner, S.B. (2017a). *Soziale Arbeit als Beziehungsprofession. Bindung, Beziehung und Einbettung professionell ermöglichen*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Gahleitner, S.B. (2017b). *Das pädagogisch-therapeutische Milieu in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Trauma- und Beziehungsarbeit in stationären Einrichtungen*. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Gahleitner, S.B. & Cubasch-König, C. (2017). Ein sozialtherapeutisches Modell in der Arbeit mit komplexen Traumafolgestörungen. In U. A. Lammel & H. Pauls (Hrsg.). *Sozialtherapie. Sozialtherapeutische Interventionen als dritte Säule der Gesundheitsversorgung* (S. 179-193). Dortmund: Verlag modernes lernen.
- Gahleitner, S.B., Zimmermann, D. & Zito, D. (2017). *Psychosoziale und traumapädagogische Arbeit mit geflüchteten Menschen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Gahleitner, S.B. & Pauls, H. (2019). *Klinische Sozialarbeit*. Online verfügbar unter <https://www.socialnet.de/lexikon/Klinische-Sozialarbeit>, zuletzt geprüft am 24.02.2020.
- Geier, K., Daqieq, B. & Schlüter-Müller, S. (2012). Kultursensible Hilfen für traumatisierte Flüchtlinge. In M. Schmid, M. Tetzner, K. Rensch & S. Schlüter-Müller (Hrsg.), *Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Geißler-Piltz, B., Mühlum, A. & Pauls, H. (2005). *Klinische Sozialarbeit*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Gerdas, J. (2013). Spezifika einer Einwanderungsgesellschaft. In W. Körner, G. Irdem & U. Bauer (Hrsg.), *Psycho-soziale Beratung von Migranten* (S. 39-53). Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Grawe, K. (2004). *Neuropsychotherapie*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Grunwald, K. & Thiersch, H. (2008). Das Konzept Lebensweltorientierte Soziale Arbeit – einleitende Bemerkungen. In K. Grunwald & H. Thiersch (Hrsg.), *Praxis Lebensweltorientierter Sozialer Arbeit. Handlungszugänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern* (S. 13-39). Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Gün, A.K. (2018). *Interkulturelle therapeutische Kompetenz. Möglichkeiten und Grenzen therapeutischen Handelns*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Hanswille, R. & Kissenbeck, A. (2014). *Systemische Traumatherapie- Konzepte und Methoden für die Praxis*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.
- Hantke, L. & Görges, H.-J. (2012). *Handbuch Traumakompetenz. Basiswissen für Therapie, Beratung und Pädagogik*. Paderborn: Junfermann.
- Hantke, L. (2015). Traumakompetenz in psychosozialen Handlungsfeldern. In S. B. Gahleitner, C. Frank & A. Leitner (Hrsg.), *Ein Trauma ist mehr als ein Trauma. Biopsychosoziale*

- Traumakonzepte in Psychotherapie, Beratung, Supervision und Traumapädagogik* (S. 118-126). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Hargasser, B. (2014). *Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge. Sequentielle Traumatisierungsprozesse und die Aufgabe der Jugendhilfe*. Frankfurt am Main: Brandes & Apfel.
- Hartwig, L., Mennen, G., Schrapper, C. (2018). Einleitung. In L. Hartwig, G. Mennen & C. Schrapper (Hrsg.), *Handbuch. Soziale Arbeit mit geflüchteten Kindern und Familien* (S. 13-17). Weinheim & Basel: Beltz Juventa.
- Herman, J.L. (1992). Complex PTSD: A Syndrome in Survivors of Prolonged and Repeated Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 377-391.
- Herman, J. (2018). *Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden*. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Horn, A.B. & Maercker, A. (2015). Psychologische Theorien zum Verständnis der Posttraumatischen Belastungsstörung. In G.H. Seidler, H.J. Freyberger & A. Maercker (Hrsg.), *Handbuch der Psychotraumatologie* (S. 38-49). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Huber, M. (2010). *Der innere Garten. Ein achtsamer Weg zur persönlichen Veränderung*. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Huber, M. (2012). *Trauma und die Folgen*. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Huber, M. (2013). *Wege der Traumabehandlung. Trauma und Traumabehandlung*. Paderborn: Junfermann.
- Imm-Bazlen, U. (2017). Bindungssicherheit und Vertrauen aufbauen. In U. Imm-Bazlen & A.-K. Schmiege (Hrsg.), *Begleitung von Flüchtlingen mit traumatischen Erfahrungen* (S. 83-109). Berlin Heidelberg: Springer Verlag.
- International Federation of Social Workers (o.J.). Globale Definition für Soziale Arbeit. Online verfügbar unter <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>, zuletzt geprüft am 24.02.2020.
- Kahl, Y. (2016). *Inklusion und Teilhabe aus der Perspektive von Menschen mit psychischen Erkrankungen*. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Keilson, H. (2005). *Sequentielle Traumatisierung bei Kindern. Untersuchung zum Schicksal jüdischer Kriegswaisen*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Khan, M.M.R. (1963). The Concept of Cumulative Trauma. *The Psychoanalytic study of the child*, 18, 286-306.
- Korittko, A. & Pleyer, K.H. (2016). *Traumatischer Stress in der Familie. Systemtherapeutische Lösungswege*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Körner, W., Irdem, G. & Bauer, U. (2013). Migration und Beratung – Eine eröffnende Perspektive. In W. Körner, G. Irdem & U. Bauer (Hrsg.), *Psycho-soziale Beratung von Migranten* (S. 15-38). Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

- Krueger, A. (2018). Traumatisierung. In L. Hartwig, G. Mennen & C. Schrappner (Hrsg.), *Handbuch. Soziale Arbeit mit geflüchteten Kindern und Familien* (S. 450-458). Weinheim & Basel: Beltz Juventa.
- Kruse, C. (2002). Sozialarbeit und Sozialtherapie mit traumatisierten Flüchtlingen. In A. Birck, C. Pross & J. Lansen (Hrsg.), *Das Unsagbare. Die Arbeit mit Traumatisierten im Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin* (S. 79-94). Berlin/ Heidelberg: Springer-Verlag.
- Kühn, M. (2008). Wieso brauchen wir eine Traumapädagogik? Annäherung an einen neuen Fachbegriff. *Trauma & Gewalt*, 2, 318-327.
- Kux, J.M. (2017). Psychische Erkrankungen im Asylverfahren. *Resonanzen*, 5, 44-55. Online verfügbar unter <https://www.resonanzen-journal.org/index.php/resonanzen/article/view/408>, zuletzt geprüft am 24.02.2020.
- Lang, T. & Lang, B. (2013). Die Annahme des guten Grundes als Grundhaltung. In B. Lang, C. Schirmer, T. Lang, I. A. de Hair, T. Wahle, J. Bausum, W. Weiß & M. Schmid (Hrsg.), *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik* (S. 107-112). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Li, S.S.Y., Liddell, B.J. & Nickerson, A. (2016). The relationship between post-migration stress and psychological disorders in refugees and asylum seekers. *Current Psychiatry Reports*, 18, 1-9. Online verfügbar unter <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s11920-016-0723-0.pdf>, zuletzt geprüft am 24.02.2020.
- Liedl, A. (2019). Traumafokussierte kognitiv-verhaltenstherapeutische Psychotherapie mit Geflüchteten. In T. Maier, N. Morina, M. Schick & U. Schnyder (Hrsg.), *Trauma – Flucht – Asyl. Ein interdisziplinäres Handbuch für Beratung, Betreuung und Behandlung* (S. 337-354). Bern: Hogrefe Verlag.
- Maercker, A. (2019). Komplexe PTBS. In A. Maercker (Hrsg.), *Traumafolgestörungen* (S. 47-60). Berlin: Springer.
- Maercker, A. & Augsburger, M. (2019). Die posttraumatische Belastungsstörung. In A. Maercker (Hrsg.), *Traumafolgestörungen* (S. 13-45). Berlin: Springer.
- Maier, T. & Schnyder, U. (2007). Psychopathologie bei Folter- und Kriegsopfern. In T. Maier & U. Schnyder (Hrsg.), *Psychotherapie mit Folter- und Kriegsopfern. Ein praktisches Handbuch*. (S. 39-73). Bern: Verlag Hans Huber.
- Maier, T. & Schnyder, U. (2019). Die psychischen, körperlichen und sozialen Folgen von Krieg, Vertreibung und Flucht. In T. Maier, N. Morina, M. Schick & U. Schnyder (Hrsg.), *Trauma – Flucht – Asyl. Ein interdisziplinäres Handbuch für Beratung, Betreuung und Behandlung* (S. 73-92). Bern: Hogrefe Verlag.

- Maier, T., Morina, N., Schick, M & Schnyder, U. (2019a). Einleitung. In T. Maier, N. Morina, M. Schick & U. Schnyder (Hrsg.), *Trauma – Flucht – Asyl. Ein interdisziplinäres Handbuch für Beratung, Betreuung und Behandlung* (S. 23-30). Bern: Hogrefe Verlag.
- Maier, T., Morina, N., Schick, M, Schnyder, U. (2019b). Trauma – Flucht – Asyl: Schlussfolgerungen und Ausblick. In T. Maier, N. Morina, M. Schick & U. Schnyder (Hrsg.), *Trauma – Flucht – Asyl. Ein interdisziplinäres Handbuch für Beratung, Betreuung und Behandlung* (S. 499-506). Bern: Hogrefe Verlag.
- Mennemann, H. & Röttgers, H.R. (2018). Der Beitrag Sozialer Arbeit zur Gesundheitsversorgung Geflüchteter. In L. Hartwig, G. Mennen & C. Schraper (Hrsg.), *Handbuch. Soziale Arbeit mit geflüchteten Kindern und Familien* (S. 421-431). Weinheim & Basel: Beltz Juventa.
- Miller, K. & Rasmussen, A. (2016). The mental health of civilians displaced by armed conflict: An ecological model of refugee distress. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26, 1-10. Online verfügbar unter <https://pdfs.semanticscholar.org/f2b2/66dffc3924296ae738797a20873654cb2460.pdf>, zuletzt geprüft am 24.02.2020.
- Miller, K.E., Weine, S.M., Ramic, A., Brkic, N., Bjedic, Z., Smajkic, A., Boskailo, E. & Worthington, G. (2002). The Relative Contribution of War Experiences and Exile-Related Stressors to Levels of Psychological Distress Among Bosnian Refugees. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 377–387. Online verfügbar unter <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1020181124118>, zuletzt geprüft am 24.02.2020.
- Mlodoch, K. (2017). *Gewalt, Flucht – Trauma? Grundlagen und Kontroversen der psychologischen Traumaforschung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Möbius, T. (2010a). Ressourcenorientierung in der Sozialen Arbeit. In T. Möbius & S. Friedrich (Hrsg.), *Ressourcenorientiert Arbeiten. Anleitung zu einem gelingenden Praxistransfer im Sozialbereich* (S. 13-30). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Möbius, T. (2010b). Arbeit mit individuellen Ressourcen. In T. Möbius & S. Friedrich (Hrsg.), *Ressourcenorientiert Arbeiten. Anleitung zu einem gelingenden Praxistransfer im Sozialbereich* (S. 107-124). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Nestmann, F. (2008). Ressourcenarbeit. In K. Grunwald & H. Thiersch (Hrsg.), *Praxis Lebensweltorientierter Sozialer Arbeit. Handlungszugänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern* (S. 69-85). Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Nickerson, A., Cloitre, M., Bryant, R.A., Schnyder, U., Morina, N. & Schick, M. (2016). The factor structure of complex posttraumatic stress disorder in traumatized refugees. *European Journal of Psychotraumatology*, 7, 1-12. Online verfügbar unter

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5165057/pdf/EJPT-7-33253.pdf>, zuletzt geprüft am 24.02.2020.

- Noack, M. & Riede, M. (2017). Gemeinwesenarbeit und Migration – Brüche und Brücken. Eine Einleitung. In M. Riede & M. Noack (Hrsg.), *Gemeinwesenarbeit und Migration. Aktuelle Herausforderungen in Nachbarschaft und Quartier* (S. 6-15). Bonn: Stiftung Mitarbeit.
- Oltmer, J. (2016). Migration. In K.-H. Meier-Braun & R. Weber (Hrsg.), *Deutschland Einwanderungsland. Begriffe - Fakten – Kontroversen* (S. 31-34). Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Ottomeyer, K. (2011). *Die Behandlung der Opfer. Über unseren Umgang mit dem Trauma der Flüchtlinge und Verfolgten*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Özkan, I. & Belz, M. (2013). Ressourcenorientierte traumazentrierte Behandlung von Migranten. In R. E. Feldmann, Jr. & G. H. Seidler (Hrsg.), *Traum(a) Migration. Aktuelle Konzepte zur Therapie traumatisierter Flüchtlinge und Folteropfer* (S. 193-220). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Pabst, A., Gerigk, U., Erdag, S., Paulsen, G. (2013). Flucht & Trauma. Ein multiprofessionelles Behandlungsangebot für psychisch erkrankte Flüchtlinge. In R. E. Feldmann, Jr. & G. H. Seidler (Hrsg.), *Traum(a) Migration. Aktuelle Konzepte zur Therapie traumatisierter Flüchtlinge und Folteropfer* (S. 115-136). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Pantuček-Eisenbacher, P. (2019). *Soziale Diagnostik. Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Pauls, H. (2013). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung*. Weinheim & Basel: Beltz Juventa.
- Pauls, H. (2015). Klinische Sozialarbeit – State of the Art 2015. *Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung*, 3, 6-8. Online verfügbar unter https://zks-verlag.de/wp-content/uploads/files_s620_e2327_o26153_0_size_o_klinsa_2015_11-3.pdf, zuletzt geprüft am 24.02.2020.
- Pauls, H. & Gahleitner, S.B. (2017). Klinische Sozialarbeit. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.), *Fachlexikon der Sozialen Arbeit* (S. 511). Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Pielmaier, L. & Maercker, A. (2015). Risikofaktoren, Resilienz und posttraumatische Reifung. In G. H. Seidler, H. J. Freyberger & A. Maercker (Hrsg.), *Handbuch der Psychotraumatologie* (S. 74-83). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Pfeiffer, E. & Goldbeck, L. (2019). *Traumafokussierte pädagogische Gruppenintervention für junge Flüchtlinge. Das Programm „Mein Weg“*. Göttingen: Hogrefe.
- Plag, J., Rahn, E. & Ströhle, A. (2017). Der sich und Andere bemühende Mensch (neurotisches Handeln, Persönlichkeitsstörungen und Psychosomatik). In K. Dörner, U. Plog, T. Bock, P.

- Brieger, A. Heinz & A. Wendt (Hrsg.), *Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 425-492). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Porter, M. & Haslam, N. (2005). Predisplacement and Postdisplacement Factors Associated With Mental Health of Refugees and Internally Displaced Persons. A Meta-analysis. *JAMA*, 295, 602-612. Online verfügbar unter https://www.researchgate.net/publication/7682721_Predisplacement_and_Postdisplacement_Factors_Associated_with_Mental_Health_of_Refugees_and_Internally_Displaced_Persons_A_Meta-Analysis?enrichId=rgreq-45276b6e8e85a15e843a175b2a9cfee8-XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzc2ODI3MjE7QVM6MzA4ODU5ODA4MjIzMjM1QDE0NTA2NDkzMjQ5MDI%3D&el=1_x_3_esc=publicationCoverPdf, zuletzt geprüft am 24.02.2020.
- Rassmann, R. (1999). Sozialarbeit in Refugio – Versuch einer Positionsbestimmung: „Wer keinen Mut zum Träumen hat, hat keine Kraft zum Kämpfen“ oder „Du hast keine Chance, aber nutze sie“. In Refugio München (Hrsg.), *Verfolgung, Flucht – und dann? Hilfe für gefolterte und traumatisierte Flüchtlinge* (S. 67-77). Main: IKO – Verlag für Interkulturelle Kommunikation.
- Reddemann, L. (2017). *Imagination als heilsame Kraft. Ressourcen und Mitgefühl in der Behandlung von Traumafolgen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Reddemann, L. & Wöller, W. (2017). *Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Reddemann, L., Joksimovic, L., Kaster, S.D. & Gerlach, C. (2019). *Trauma ist nicht alles. Ein Mutmach-Buch für die Arbeit mit Geflüchteten*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Richmond, M.E. (1922). *What is social case work? An introductory description*. New York: Russell Sage Foundation. Online verfügbar unter https://www.russellsage.org/sites/default/files/Richmond_What%20is%20Social_0.pdf, zuletzt geprüft am 24.02.2020.
- Rogers, C., R. (1973). *Entwicklung der Persönlichkeit*. Stuttgart: Ernst Klett Verlag.
- Rogers, C., R. (1991). *Der neue Mensch*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rogers, C.R. (2007a). Klientenzentrierte Psychotherapie. In W. M. Pfeiffer (Hrsg.), *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie* (S. 17-61). Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Rogers, C.R. (2007b). Die zwischenmenschliche Beziehung: Das tragende Element in der Therapie. In W. M. Pfeiffer (Hrsg.), *Therapeut und Klient. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie* (S. 211-231). Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- Rössel-Čunović, M. (2018). *Hilfe ohne Grenzen? Gesundheitsressourcen erhalten in der psychosozialen Begleitung von Geflüchteten*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Scherr, A. (2018). Flüchtlingsschutz im Spannungsfeld von Menschenrechten und nationaler Souveränität. In L. Hartwig, G. Mennen & C. Schrapper (Hrsg.), *Handbuch. Soziale Arbeit mit geflüchteten Kindern und Familien* (S. 45-51). Weinheim & Basel: Beltz Juventa.
- Scherwath, C. & Friedrich, S. (2016). *Soziale und pädagogische Arbeit bei Traumatisierung*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Schick, M. (2019). Postmigratorischer Stress und soziale Integration. In T. Maier, N. Morina, M. Schick & U. Schnyder (Hrsg.), *Trauma – Flucht – Asyl. Ein interdisziplinäres Handbuch für Beratung, Betreuung und Behandlung* (S. 93-107). Bern: Hogrefe Verlag.
- Schirilla, N. (2016). *Migration und Flucht. Orientierungswissen für die Soziale Arbeit*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Schmid, M. (2013). Warum braucht es eine Traumapädagogik und traumapädagogische Standards? In B. Lang, C. Schirmer, T. Lang, I.A. de Hair, T. Wahle, J. Bausum, W. Weiß & M. Schmid (Hrsg.), *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik* (S. 56-82). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Schmid, M. (2016). Nutzen der traumapädagogischen Haltungen. Konzepte für ethische Fragestellungen im pädagogischen Alltag. In W. Weiß, T. Kessler & S. B. Gahleitner (Hrsg.), *Handbuch Traumapädagogik* (S. 80-92). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Schneck, U. (2017). *Psychosoziale Beratung und therapeutische Begleitung von traumatisierten Flüchtlingen*. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Schneck, U. (2018). Therapie und Beratung im Kontext Flucht und Trauma. In J. Bröse, S. Faas & B. Stauber (Hrsg.), *Flucht. Herausforderungen für Soziale Arbeit* (S. 173-189). Wiesbaden: Springer VS.
- Schreiber, V. & Iskenius, E.-L. (2013). Flüchtlinge: zwischen Traumatisierung, Resilienz und Weiterentwicklung. Menschenrechte und Gesundheit, 3, S.1-12. Online verfügbar unter https://amnesty-heilberufe.de/wp-content/uploads/mug.schreiber_iskenius.resilienz.2013.pdf, zuletzt geprüft am 24.02.2020.
- Schubert, F.-C. (2018a). Ressourcenaktivierung. In D. Wälte & M. Borg-Laufs (Hrsg.), *Psychosoziale Beratung. Grundlagen, Diagnostik, Intervention* (S. 190-204). Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Schubert, F.-C. (2018b). Ressourcendiagnostik. In D. Wälte & M. Borg-Laufs (Hrsg.), *Psychosoziale Beratung. Grundlagen, Diagnostik, Intervention* (S. 113-129). Stuttgart: W. Kohlhammer.
- Schulze, H. & Kühn, M. (2012). Traumaarbeit als institutionelles Konzept: Potenziale und Spannungsfelder. In H. Schulze, U. Loch & S. B. Gahleitner (Hrsg.), *Soziale Arbeit mit*

- traumatisierten Menschen. *Plädoyer für eine Psychosoziale Traumatologie* (S. 166-185). Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.
- Schweitzer, R., Melville, F., Stell, Z. & Lacherez, P. (2006). Trauma, post-migration living difficulties, and social support as predictors of psychological adjustment in resettled Sudanese refugees. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 179–187.
- Seukwa, L.H. (2014). Soziale Arbeit mit Flüchtlingen zwischen Macht und Ohnmacht. In M. Gag & F. Voges (Hrsg.), *Inklusion auf Raten. Zur Teilhabe von Flüchtlingen an Ausbildung und Arbeit* (S. 49-59). Münster: Waxmann.
- Silove, D., Steel, Z., Susljik, I., Frommer, N., Loneragan, C., Chey, T., Brooks, R., le Touze, D., Ceollo, M., Smith, M., Harris, E. & Bryant, R. (2007). The impact of the refugee decision on the trajectory of PTSD, anxiety, and depressive symptoms among asylum seekers: A longitudinal study. *American Journal of Disaster Medicine*, 2, 321-329. Online verfügbar unter https://www.researchgate.net/publication/5554209_The_impact_of_the_refugee_decision_on_the_trajectory_of_PSTD_anxiety_and_depressive_symptoms_among_asylum_seekers_A_longitudinal_study, zuletzt geprüft am 24.02.2020.
- Silove, D., Tay, A., K., Kareth, M. & Rees, S. (2017). The Relationship of Complex Post-traumatic Stress Disorder and Post-traumatic Stress Disorder in a Culturally Distinct, Conflict-Affected Population: A Study among West Papuan Refugees Displaced to Papua New Guinea. *Frontiers in Psychiatry*, 8, 1-9. Online verfügbar unter <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2017.00073/full>, zuletzt geprüft am 24.02.2020.
- Slewa-Younan, S., Uribe Guajardo, M.G., Heriseanu, A. & Hasan, T. (2015). A Systematic Review of Post-traumatic Stress Disorder and Depression Amongst Iraqi Refugees Located in Western Countries. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 17, 1231–1239.
- Soyer, J. (2006). Sozialarbeiterische Begleitung von traumatisierten Menschen. In A. Maercker & R. Rosner (Hrsg.), *Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörung. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend* (S. 228-240). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Soyer, J. (2019). Soziale Arbeit mit Asylsuchenden und Flüchtlingen. In T. Maier, N. Morina, M. Schick & U. Schnyder (Hrsg.), *Trauma – Flucht – Asyl. Ein interdisziplinäres Handbuch für Beratung, Betreuung und Behandlung* (S. 247-264). Bern: Hogrefe Verlag.
- Spallek, J. & Zeeb, H. (2010). Bedarf und Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung durch Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. In T. Hegemann & R. Salman (Hrsg.), *Handbuch Transkulturelle Psychiatrie* (S. 58-68). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Staub-Bernasconi, S. (2018). *Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft. Soziale Arbeit auf dem Weg zu kritischer Professionalität*. Opladen & Toronto: Verlag Barbara Budrich.

- Staub-Bernasconi, S. (2019). *Menschenwürde – Menschenrechte – Soziale Arbeit. Die Menschenrechte vom Kopf auf die Füße stellen*. Opladen, Berlin & Toronto: Verlag Barbara Budrich.
- Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R.A. & van Ommeren, M. (2009). Association of Torture and Other Potentially Traumatic Events With Mental Health Outcomes Among Populations Exposed to Mass Conflict and Displacement: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*, 302, 537-549. Online verfügbar unter https://www.researchgate.net/publication/26716616_Association_of_Torture_and_Other_Potentially_Traumatic_Events_With_Mental_Health_Outcomes_Among_Populations_Exposed_to_Mass_Conflict_and_Displacement_A_Systematic_Review_and_Meta-analysis, zuletzt geprüft am 24.02.2020.
- Stimmer, F. (2012). *Grundlagen des Methodischen Handelns in der Sozialen Arbeit*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Tagay, S. (2017). Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). In J. I. Kizilhan (Hrsg.), *Psychische Störungen. Lehrbuch für die Soziale Arbeit* (S. 117-140). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Tatschl, S. (2018). „I have always depended on the kindness of strangers“ - Migration als Herausforderung für die Identität. *Resonanzen*, 5, 15-42. Online verfügbar unter <https://www.resonanzen-journal.org/index.php/resonanzen/article/view/407>, zuletzt geprüft am 24.02.2020.
- Tay, A.K., Rees, S., Chen, J., Kareth, M. & Silove, D. (2015). The structure of post-traumatic stress disorder and complex post-traumatic stress disorder amongst West Papuan refugees. *BMC Psychiatry*, 15, 1-17. Online verfügbar unter <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12888-015-0480-3>, zuletzt geprüft am 24.02.2020.
- Ther, P. (2018). *Die Außenseiter. Flucht, Flüchtlinge und Integration im modernen*. Berlin: Suhrkamp Verlag.
- Thiersch, H. (2005). *Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel*. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Thiersch, H. (2006). *Die Erfahrung der Wirklichkeit. Perspektiven einer alltagsorientierten Sozialpädagogik*. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Thiersch, H. & Grunwald, K. (2015). Lebensweltorientierung (2014). In H. Thiersch (Hrsg.), *Soziale Arbeit und Lebensweltorientierung: Konzepte und Kontexte. Gesammelte Aufsätze* (S. 327-363). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Tiskens, J. & Borg-Laufs, M. (2018). Psychosoziale Ausgangssituation. In D. Wälte & M. Borg-Laufs (Hrsg.), *Psychosoziale Beratung. Grundlagen, Diagnostik, Intervention* (S. 105-113). Stuttgart: W. Kohlhammer.

- Trösken, A. (o.J.). *Fragebogen zur Erfassung der aktuellen Ressourcenrealisierung (RES)*. Online verfügbar unter <https://www.allgemeinepsychotherapie.de/de/wp-content/uploads/2012/09/RES.pdf>, zuletzt geprüft am 24.02.2020.
- UNHCR (1951). *Abkommen über die Rechtsstellung der Flüchtlinge vom 28. Juli 1951*. Online verfügbar unter https://www.unhcr.org/dach/wp-content/uploads/sites/27/2017/03/Genfer_Fluechtlingskonvention_und_New_Yorker_Protokoll.pdf, zuletzt geprüft am 24.02.2020.
- UNHCR (2019). *Worldwide displacement tops 70 million, UN Refugee Chief urges greater solidarity in response*. Online verfügbar unter <https://www.unhcr.org/news/press/2019/6/5d03b22b4/-worldwide-displacement-tops-70-million-un-refugee-chief-urges-greater-solidarity.html>, zuletzt geprüft am 24.02.2020.
- Velho, A. (2018). Trauma als Konzept der Diagnose, Verdeckung und Skandalisierung in der Sozialen Arbeit im Kontext Flucht – rassismuskritische und menschenrechtliche Perspektiven. In N. Prasad (Hrsg.), *Soziale Arbeit mit Geflüchteten. Rassismuskritisch, professionell, menschenrechtsorientiert* (S. 97-117). Opladen: Verlag Barbara Budrich.
- Ventevogel, P. (2019). Geleitwort des UNHCR. In T. Maier, N. Morina, M. Schick & U. Schnyder (Hrsg.), *Trauma – Flucht – Asyl. Ein interdisziplinäres Handbuch für Beratung, Betreuung und Behandlung* (S. 17-21). Bern: Hogrefe Verlag.
- Vereinte Nationen (1948). *Generalversammlung*. Online verfügbar unter <https://www.un.org/depts/german/menschenrechte/aemr.pdf>, zuletzt geprüft am 24.02.2020.
- Vogelsang, M. (2005). Zur Theorie und Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung – Wie seelische Traumatisierungen entstehen und heilen. In B. Behrendt & A. Schaub (Hrsg.), *Handbuch Psychoedukation und Selbstmanagement. Verhaltenstherapeutische Ansätze für die klinische Praxis* (S. 321-346). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Wahle, T. & Lang, T. (2013). Transparenz als Grundhaltung. In B. Lang, C. Schirmer, T. Lang, I. A. de Hair, T. Wahle, J. Bausum, W. Weiß & M. Schmid (Hrsg.), *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik* (S. 118-121). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Wälte, D. (2013). Salutogenese, Pathogenese und subjektive Krankheitskonzepte. In W. Rössler & W. Kawohl (Hrsg.), *Soziale Psychiatrie. Das Handbuch für die psychosoziale Praxis. Band 1: Grundlagen* (S. 73-82). Stuttgart: Kohlhammer.
- Wälte, D. (2019). Der psychisch gestörte Mensch – Klinische Psychologie. In D. Wälte, M. Borg-Laufs & B. Brückner (Hrsg.), *Psychologische Grundlagen der Sozialen Arbeit* (S. 133-214). Stuttgart: Kohlhammer.

- Walther, C. & Deimel, D. (2017). Theorie Klinischer Sozialarbeit in der Psychiatrie. In J. Bischof, D. Deimel, C. Walther, R.-B. Zimmermann (Hrsg.), *Soziale Arbeit in der Psychiatrie* (S. 38-58). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Weeber, V.M. & Gögercin, S. (2014). *Traumatisierte minderjährige Flüchtlinge in der Jugendhilfe. Ein interkulturell- und ressourcenorientiertes Handlungsmodell*. Herbolzheim: Centaurus Verlag & Media.
- Weiß, W. & Schirmer, C. (2013). Wertschätzung als Grundhaltung. In B. Lang, C. Schirmer, T. Lang, I. A. de Hair, T. Wahle, J. Bausum, W. Weiß & M. Schmid (Hrsg.), *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik* (S. 112-114). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Weiß, W. (2013). Traumapädagogik – Geschichte, Entstehung und Bezüge. In B. Lang, C. Schirmer, T. Lang, I. A. de Hair, T. Wahle, J. Bausum, W. Weiß & M. Schmid (Hrsg.), *Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik* (S. 32-44). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Weiß, W. (2016a). Traumapädagogik: Entstehung, Inspirationen, Konzepte. In W. Weiß, T. Kessler & S. B. Gahleitner (Hrsg.), *Handbuch Traumapädagogik* (S. 20-32). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Weiß, W. (2016b). Die Pädagogik der Selbstbemächtigung. Eine Einführung. In W. Weiß, T. Kessler & S. B. Gahleitner (Hrsg.), *Handbuch Traumapädagogik* (S. 93-105). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Wenk-Ansohn, M., Stammel, N. & Böttche, M. (2019). Folteropfer und traumatisierte Geflüchtete. In A. Maercker (Hrsg.), *Traumafolgestörungen* (S. 481-509). Berlin: Springer.
- Willutzki, U. (2013). Ressourcen: Einige Bemerkungen zur Begriffsklärung. In J. Schaller & H. Schemmel (Hrsg.), *Ressourcen...Ein Hand- und Lesebuch zur psychotherapeutischen Arbeit*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Wilz, G., Risch, A.K. & Töpfer, N.F. (2017). *Das Ressourcentagebuch. Eine ressourcenaktivierende Schreibintervention für Therapie und Beratung*. Berlin: Springer-Verlag.
- Wirsching, S. (2018). Fluchtursachen. In L. Hartwig, G. Mennen & C. Schrapper (Hrsg.), *Handbuch. Soziale Arbeit mit geflüchteten Kindern und Familien* (S. 135-141). Weinheim & Basel: Beltz Juventa.
- Wöller, W. (2006). *Trauma und Persönlichkeitsstörungen. Psychodynamisch-integrative Therapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Wüsten, G. (2013). Ressourcenorientierung. In H. Pauls, P. Stockmann & M. Reicherts (Hrsg.), *Beratungskompetenzen für die psychosoziale Fallarbeit. Ein sozialtherapeutisches Profil* (S. 119-139). Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

- Zimmermann, D. (2015). *Migration und Trauma. Pädagogisches Verstehen und Handeln in der Arbeit mit jungen Flüchtlingen*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Zito, D. & Martin, E. (2016). *Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen. Ein Leitfaden für Fachkräfte und Ehrenamtliche*. Weinheim: Beltz Juventa.

Anhang

A1 Leitfragen für die Analyse der Befriedigung/Nicht-Befriedigung psychischer Grundbedürfnisse	I
A2 Clearing Checkliste	III
A3 Flüchtlingsspezifisches Inklusionschart	V
A4 Ablauf des deutschen Asylverfahrens	XI
A5 Sinnesreize erzeugen	XII
A6 5-4-3-2-1-Übung	XII
A7 Achtsamkeitsspaziergang	XIII
A8 Der innere Ort der Geborgenheit/ Wohlfühlort	XIII
A9 Der innere Garten	XIV
A10 Innere Helfer*innen	XIV
A11 Die Tresorübung	XV
A12 Körperübungen	XV
A13 Bauchatmung	XV
A14 Nasenwechselatmung	XVI
A15 10-0 Atem- und Konzentrationsübung	XVI
A16 Stressbarometer	XVI
A17 Notfallkoffer	XVI
A18 Ressourcenlandkarte	XVII
A19 RES	XVIII
A20 Ressourcenhand	XXXI
A21 5-Sinne-Hand	XXXII
A22 Netzwerkkarte	XXXIII

A1 Leitfragen für die Analyse der Befriedigung/Nicht-Befriedigung psychischer Grundbedürfnisse

„Bindung:

- Wie gestalten sich die Beziehungen des Klienten bzw. der Klientin zu seinen wichtigsten Bezugspersonen (Eltern, Partner, Kinder, enge Freunde)? Erfährt der Klient bzw. die Klientin verlässliche emotionale Unterstützung oder eher Zurückweisung?
- Sind die engen Beziehungen des Klienten bzw. der Klientin konstant oder wechselhaft?
- Hat der Klient oder die Klientin in der Vergangenheit Beziehungsabbrüche zu wichtigen Bezugspersonen erlebt?
- Ist aus den biografischen Schilderungen ableitbar, dass der Klient bzw. die Klientin sich in der Kindheit bei den Eltern oder Ersatzeltern sicher geborgen und angenommen fühlen konnte?“ (Borg-Laufs, 2018, S. 144)
- „Wie gestaltet der Klient oder die Klientin seine aktuellen Beziehungen?
 - Zeigt er oder sie sich eher misstrauisch und zurückhaltend in Beziehungen (unsicher-vermeidender Bindungsstil) oder
 - zeigt er bzw. sie in Beziehungen eher abhängiges Verhalten (unsicher-ambivalenter Bindungsstil) oder
 - gestaltet er oder sie Beziehungen vertrauensvoll, lässt Nähe zu und genießt sie, ohne in Abhängigkeit zu geraten (sicherer Bindungsstil), oder
 - scheint er bzw. sie vor engen Beziehungen Angst zu haben?“ (Borg-Laufs, 2018, S. 145)

„Selbstwertschutz/Selbstwerterhöhung:

- Was mag der Klient oder die Klientin an sich? Kann er oder sie positive Eigenschaften an sich benennen? Ist er/sie mit seinem/ihrer Äußeren und seinen/ihren Leistungen zufrieden?
- Lehnt der Klient bzw. die Klientin wichtige Anteile der eigenen Person ab? Äußert er oder sie sich selbstabwertend?“ (Borg-Laufs, 2018, S. 145)
- „Aus welchen Tätigkeiten/Eigenschaften kann der Klient oder die Klientin Selbstwert schöpfen? Ist er oder sie in etwas besonders gut? Ist er oder sie auf etwas stolz?
- Hat der Klient oder die Klientin in seiner/ihrer Kindheit selbstwertdienliche Erfahrungen machen können oder wurde er/sie häufig von wichtigen Bezugspersonen abgewertet?

- Sind problematische Verhaltensweisen des Klienten oder der Klientin dadurch erklärbar, dass sie selbstwerterhöhende Konsequenzen haben oder dass sie Selbstwertverminderungen vorbeugen?“ (Borg-Laufs, 2018, S. 146)

„Orientierung und Kontrolle:

- Kann der Klient bzw. die Klientin in seinen Lebenszusammenhängen Orientierung erfahren oder ist er häufig unvorhersehbaren äußeren Ereignissen ausgesetzt (etwa, weil wichtige Bezugspersonen durch Alkohol- oder Drogenkonsum unvorhersehbares Verhalten zeigen
- Oder weil er als Flüchtling mit ungesichertem Aufenthaltsstatus ständig mit einer Abschiebung rechnen muss u.a.)?
- Macht die Klientin oder der Klient die Erfahrung, dass sie/er in angemessenem Maße auf sein Leben Einfluss nehmen kann? Oder macht sie/er Erfahrungen von Kontrollverlusten, weil andere über ihn/sie bestimmen oder er/sie in seiner Entscheidungsfreiheit aus anderen Gründen (z.B. einer chronischen Krankheit) stark eingeschränkt ist?
- Kann der Klient bzw. die Klientin die Aufgaben, die sich ihm oder ihr im Leben stellen, bewältigen oder wird er/sie vor unlösbare Aufgaben gestellt (z.B. durch schulische oder berufliche Überforderung; durch Überforderung durch psychisch kranke Angehörige; u.a.?
- Hat die Klientin bzw. der Klient in seiner Kindheit angemessene Erfahrungen von Orientierung und Kontrolle machen können oder wurden seine/ihre Bedürfnisse nach Orientierung (durch Vernachlässigung) und Kontrolle (durch Misshandlung oder Missbrauch) verletzt?
- Zeigt der Klient oder die Klientin ein auffällig unselbstständiges Verhalten (Suche nach Orientierung) oder ein auffällig autonomie-orientiertes Verhalten und fühlt sich ständig von anderen bevormundet (Kampf um Kontrolle?“ (Borg-Laufs, 2018, S. 147)

„Lustgewinn/Unlustvermeidung:

- Widmet sich der Klient bzw. die Klientin Aktivitäten, die ihm/ihr Spaß machen, die ihn/sie begeistern, für die sie oder er ‚brennt‘? Erzählt sie oder er voller Freude über solche Tätigkeiten?
- Zeigt der Klient oder die Klientin Annäherungsverhalten in Bezug auf aktive Freizeitgestaltung? Sucht er oder sie Gelegenheiten, bei denen Freude und Lust erfahren werden kann?

- Oder scheint die Klientin bzw. der Klient sich für nichts besonders zu interessieren? Wirkt alles in ihren/seinen Schilderungen zu seinen Tätigkeiten belanglos oder beliebig?
- Zeigt der Klient oder die Klientin eher passives Verhalten, welches weniger Lust und Freude bringt, sondern letztlich der Unlustvermeidung dient? Lässt er/sie sich z.B. vor dem Fernseher oder im Internet ‚berieseln‘, ohne selbst aktiv zu sein?“ (Borg-Laufs, 2018, S. 147)

A2 Clearing Checkliste

Datum	
Gesprächsführer/-in	
Ggf. Dolmetscher/-in	
Ggf. weitere Anwesende (Angehörige, Praktikant/-in)	
Name des/der Klient/-in	
Geschlecht	
Geburtsdatum	
Alter	
Herkunftsland	
Sprachen	
Sprache des Gesprächs/ Dolmetscher/-Innen-Einsatz	
Ggf. Zugehörigkeit zu verfolgter Minderheit (z.B. Kurden, Yeziden, LGBT)	
Einreise nach Deutschland	
Aufenthalt in anderen Ländern	
Fluchthintergrund/-verlauf	
Besondere Belastungen	
Hinweise auf traumatische Erlebnisse	
Aufenthalt	
Aufenthaltsstatus	
Ggf. drohende Abschiebung, Fristen	
Ggf. Handlungsbedarf (z.B. Zugang zu Flüchtlingsberatungsstelle)	
Familie	
Zusammenleben mit Angehörigen in Deutschland?	
Ggf. Namen, Geschlecht, Alter	
Falls nicht: Kontakt zur Familie?	
Unterkunft	
Ggf. Namen, Geschlecht, Alter	
Falls nicht: Kontakt zur Familie?	
Unterkunft	
Unterbringung (z.B. Sammelunterkunft, Jugendhilfeeinrichtung, eigene Wohnung, Kirchenasyl)	
Ggf. Handlungsbedarf	

Zugang zu (Aus-)Bildung und Beschäftigung	
Aktuelle Beschäftigung (z.B. Sprachkurs, Schule)	
Vorbildung/Berufstätigkeit/Schulbesuch im Herkunftsland	
Ggf. Handlungsbedarf (z.B. Anerkennung der Ausbildung, Zugang zu Sprachkurs)	
Freizeitgestaltung	
Hobbys/Sportarten	
Ggf. Handlungsbedarf (z.B. Zugang zu Verein)	
Gesundheitlicher (organ-medizinischer) Zustand/Beschwerden/Schmerzen	
Aktuelle Problematik (Symptome, Dauer)	
Bisherige Untersuchungen, Behandlungen (ambulant/stationär), Medikamente	
Ggf. Handlungsbedarf (Zugang zu Fachärzt_in, medizinischer Flüchtlingshilfe)	
Psychische Verfassung	
Aktuelle Beschwerden/Symptome	
Ressourcen	
Bisherige Behandlungen	
Ggf. Handlungsbedarf (z.B. Therapiebedarf, Therapiewunsch, Vermittlung an Therapeut/-in/Beratungsstelle, Aufnahme als Klient/-in)	
Psychologische Stellungnahme im aufenthaltsrechtlichen Verfahren (z.B. Abschiebehindernisse aus gesundheitlichen/humanitären Gründen) benötigt?	
Erwartungen und Ziele des/der Klient/-in	
Verhaltensbeobachtung	

(Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge (PSZ) Düsseldorf, zitiert nach Gahleitner et al., 2017, S. 52-55)

A3 Flüchtlingsspezifisches Inklusionschart

FLÜCHTLINGSSPEZIFISCHES INKLUSIONSCHART IC_FLÜ

Stammdaten	
Chiffre-Nr.:	
Aufnahme am:	
Geschlecht:	
Alter:	
Herkunftsland:	
Aufenthaltsstatus:	
Familienstand:	
Kinder:	
Religion (optional):	
Ethnie (optional):	
Schulbildung:	Im Herkunftsland:
Berufsausbildung:	Im Herkunftsland:
Beschäftigungsstatus:	Im Herkunftsland:



Formular © Peter Pantucek, angepasst durch Projektgruppe "Daten für Taten" 2014, BAfZ e.V.



Gefördert durch die Europäische Union
Europäischer Flüchtlingsfonds

I. Achse: a. Funktionssysteme/ b. Substituierende Systeme

I.a. FUNKTIONSYSTEME/ I.b. SUBSTITUIERENDE SYSTEME	Inkludierungsgrad				Tendenz (Dynamik)	Informationen	Intervention
	Voll	Weitgehend	Mangelhaft	Exkludiert			
A. Arbeitsmarkt						(Daten und Fakten)	(laufend und geplant)
A1.bei Arbeitsverbot Teilnahme an gesellschaftlicher Arbeitsteilung						Optionen: - Gemeinnütziger Arbeit / 1 Euro-Job - Ehrenamtliche Tätigkeit - Sonstiges	
B Sozialversicherung							
C. Geldverkehr							
D. Mobilität							
E. Bildungswesen							
E1. Deutschkurse + Bildungsangebote der spezialisierten Einrichtungen							
F. Medien							

G. Medizinische Versorgung									
G1. Flüchtlings-spezifische Gesundheitseinrichtung								Optionen: - Psychotherapeutische Behandlung in einem Psychosozialen Zentrum für Flüchtlinge und Folteropfer - Medizinische Versorgung über Medizinische Flüchtlingshilfe - Sonstiges	
H. Kommunikation									
I. Lebensweltlicher Support									
I.1. (Semi)professioneller oder ehrenamtlicher lebensweltlicher Support								Optionen: - lokale Flüchtlingssozialarbeit - ehrenamtliche Begleitung - Mentorenprogramme - Vormund - Sonstiges	

II. Achse: Existenzsicherung

II. Existenzsicherung	adäquat	Weitgehend	mangelhaft	Nicht gewährleistet	Substitution in %	Tendenz (Dynamik)	Informationen (Daten und Fakten)	Intervention
A. Wohnen								
B. Lebensmittel (Güter des pers. Bedarfs)								
C. Sicherheit								

III. Achse: Funktionsfähigkeit

III. FUNKTIONSFÄHIGKEIT	Sehr gut	Eingeschränkt	mangelhaft	gefährdend	Substitution in %	Tendenz (Dynamik)	Informationen (Daten und Fakten)	Intervention
A1. Körperliche Gesundheit					---			
A2. psychische Gesundheit					---			
A3. Funktionsniveau	Einschätzung nach GAF-Scale:						____ Max/ Jahr: ____ Min/ Jahr:	
B. Kompetenzen								
C. Sorgepflichten								

Kriterien zur Einschätzung nach GAF-Scale:

100-91	Hervorragende Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum von Aktivitäten; Schwierigkeiten im Leben scheinen nie außer Kontrolle zu geraten; keine Symptome.
90-81	Keine oder nur minimale Symptome (z.B. leichte Angst vor einer Prüfung), gute Leistungsfähigkeit in allen Gebieten, interessiert und eingebunden in ein breites Spektrum von Aktivitäten, sozial effektiv im Verhalten, im allgemein zufrieden mit dem Leben, übliche Alltagsprobleme oder -sorgen (z.B. nur gelegentlicher Streit mit einem Familienmitglied).
80-71	Wenn Symptome vorliegen, sind dies vorübergehende oder zu erwartende Reaktionen auf psychosoziale Belastungsfaktoren (z.B. Konzentrationsschwierigkeiten nach einem Familienstreit); höchstens leichte Beeinträchtigung der sozialen beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. zeitweises Zurückbleiben in der Schule).
70-61	Einige leichte Symptome (z.B. depressive Stimmung oder leichte Schlaflosigkeit ODER einige leichte Schwierigkeiten hinsichtlich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. gelegentliches Schuleschwänzen oder Diebstahl im Haushalt), aber im allgemeinen relativ gute Leistungsfähigkeit, hat einige wichtige zwischenmenschliche Beziehungen).
60-51	Mäßig ausgeprägte Symptome (z.B. Affektverflachung, weitschweifige Sprache, gelegentliche Panikattacken) ODER mäßig ausgeprägte Schwierigkeiten bezüglich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. wenige Freunde, Konflikte mit Arbeitskollegen, Schulkameraden oder Bezugspersonen).
50-41	Ernste Symptome (z. B. Suizidgedanken, schwere Zwangsrituale, häufige Ladendiebstähle) ODER eine Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. keine Freunde, Unfähigkeit, eine Arbeitsstelle zu behalten).
40-31	Einige Beeinträchtigungen in der Realitätskontrolle oder der Kommunikation (z. B. Sprache zeitweise unlogisch, unverständlich oder belanglos) ODER starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen, z. B. Arbeit oder Schule, familiäre Beziehungen, Urteilsvermögen, Denken oder Stimmung (z. B. ein Mann mit einer Depression vermeidet Freunde, vernachlässigt seine Familie und ist unfähig zu arbeiten; eine Kind schlägt häufig jüngere Kinder, ist zu Hause trotzig und versagt in der Schule).
30-21	Das Verhalten ist ernsthaft durch Wahnphänomene oder Halluzinationen beeinflusst ODER ernsthafte Beeinträchtigung der Kommunikation und des Urteilsvermögens (z.B. manchmal inkohärent, handelt grob inadäquat, starkes Eingekommen sein von Selbstmordgedanken ODER Leistungsunfähigkeit in fast allen Bereichen (z. B. bleibt den ganzen Tag im Bett, hat keine Arbeit, kein Zuhause und keine Freunde).
20-11	Selbst- und Fremdgefährdung (z. B. Selbstmordversuche ohne eindeutige Todesabsicht, häufig gewalttätig, manische Erregung) ODER ist gelegentlich nicht in der Lage, die geringste Hygiene aufrechtzuerhalten (z. B. schmiert mit Kot) ODER grobe Beeinträchtigung der Kommunikation (größtenteils inkohärent oder stumm).
10-1	Ständige Gefahr, sich oder andere schwer zu verletzen (z. B. wiederholte Gewaltanwendung) ODER anhaltende Unfähigkeit, die minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten ODER ernsthafter Selbstmordversuch mit eindeutiger Todesabsicht.

(BAfF e.V. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft Psychosozialer Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e.V., o.J.b, o.S.)

A4 Ablauf des deutschen Asylverfahrens



(Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2019d, o.S.)

A5 Sinnesreize erzeugen

Sinnesreize schaffen Aufmerksamkeit und somit gelingt eine Reorientierung in die Gegenwart (vgl. Hantke & Görges, 2012). Die Zufügung von Sinnesreizen dient dazu, dass sich die Menschen im Hier und Jetzt verankern können (vgl. ebd.). Einige der Reize (z.B. das Gummiband, der Igelball) können die Klient*innen in ihrem Alltag mit sich führen und im Notfall anwenden (vgl. ebd.). Sinnesreize können unterschiedlich erzeugt werden. Hier ein paar Beispiele:

olfaktorisch: ätherische Öle, Parfüm, Bodylotion, getrocknete Kräuter, Senf, Essig (vgl. Gahleitner et al., 2017; Scherwath & Friedrich, 2016)

taktil-kinästhetisch: Igelball, Gummiband gegen die Haut schnipsen, Eiswürfel über Haut reiben, mit einer Bürste abrubbeln, heiß/kalt duschen/baden (vgl. Gahleitner et al., 2017; Scherwath & Friedrich, 2016)

gustatorisch: extra starke Pfefferminzbonbons, Chilischoten, Ingwer, Brausepulver, Zitrone (vgl. Gahleitner et al., 2017; Scherwath & Friedrich, 2016)

auditiv: Musik, laute, schrille, disharmonische Geräusche (vgl. Gahleitner et al., 2017; Scherwath & Friedrich, 2016)

A6 5-4-3-2-1-Übung

Bei der 5-4-3-2-1-Übung werden die Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung darum gebeten fünf Dinge zu benennen, die sie im Raum sehen (z.B. Stuhl, Kissen, Stift) (vgl. Gahleitner et al., 2017; Reddemann et al., 2019; Zito & Martin, 2016). Daraufgehend sollen sie fünf Dinge benennen, die sie hören (z.B. Auto, Stimmen) (vgl. Gahleitner et al., 2017; Reddemann et al., 2019; Zito & Martin, 2016). Danach wird nach vier Dingen gefragt, die die Menschen hören/sehen, dann nach drei, dann nach zwei, dann nach einem (vgl. Gahleitner et al., 2017; Reddemann et al., 2019; Zito & Martin, 2016). Am Ende der Übung sollten die Menschen mit ihrer Aufmerksamkeit wieder in der Gegenwart sein (vgl. Gahleitner et al., 2017; Zito & Martin, 2016). Eine weitere Abwandlung der Übung ist, dass die Menschen fünf Dinge im Raum nennen sollen die grün/gelb/rot etc. sind (vgl. Reddemann et al., 2019). Die Übung dient dazu die Menschen wieder in die Gegenwart zu holen, da sie sich mit allen Sinnen auf das konzentrieren, was in der Gegenwart wahrnehmbar ist (vgl. Zito & Martin, 2016). Die 5-4-3-2-1-Übung bietet für die Menschen die „Möglichkeit, sich wieder ins Hier und Jetzt zurückzuorientieren und sich zu entspannen, wenn ihre Aufmerksamkeit woanders gefangen ist“ (Hantke & Görges, 2012, S. 247).

A7 Achtsamkeitsspaziergang

Achtsamkeitsspaziergänge können gemeinsam mit den Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung durchgeführt werden. Dabei kann abwechselnd darüber berichtet werden, was gesehen, gehört, gespürt (z.B. Wind im Haar, Vögel zwitschern etc.) wird (vgl. Gahleitner et al., 2017). Der Spaziergang hilft dabei, die Aufmerksamkeit auf die Gegenwart zu richten (vgl. Zito & Martin, 2016).

A8 Der innere Ort der Geborgenheit/ Wohlfühlort

Es geht um das Schaffen eines Ortes, bei dem sich die Menschen wohl und sicher fühlen, Geborgenheit empfinden und der jederzeit erreicht werden kann (vgl. Hantke & Görges, 2012; Beckrath-Wilking, 2013c; Reddemann, 2017). „Sie sollen im Tagtraum gezielt als Gegenphantasien zu den sich aufdrängenden bildhaft szenischen Erinnerungen und in Form einer positiven Modifikation der Alpträume zu deren Beeinflussung vor dem Einschlafen eingesetzt werden“ (Vogelsang, 2005, S. 235). Zu Beginn der Übung sollte gemeinsam mit dem Menschen mit Fluchterfahrung geklärt werden, was er sich unter einem Ort vorstellt, an dem er sich wohlfühlen kann (vgl. Reddemann et al., 2019). Es sollte entschieden werden, ob es sich bei dem Wohlfühlort um einen realen Ort handeln soll, oder ob ein Phantasieort imaginiert werden soll (vgl. Reddemann et al., 2019; Scherwath & Friedrich, 2016). Dieser Phantasieort sollte Wohlfühlen und Geborgenheit vermitteln und sollte in der Vorstellung jederzeit aufgesucht werden können (vgl. Reddemann et al., 2019). Dabei können die Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung selbst bestimmen, wie dieser Ort aussehen soll (vgl. Gahleitner et al., 2017). Der Ort kann bspw. in der Natur, in einem Gebäude, auf einer Insel, auf einem Stern, unter Wasser oder in einem Schloss etc. liegen (vgl. Gahleitner et al., 2017; Beckrath-Wilking, 2013c). Im weiteren Verlauf der Übung sollen die Menschen den Ort detaillierter ausschmücken (gibt es Pflanzen, wie ist die Temperatur, was für Geräusche können die Menschen dort wahrnehmen (Vögel zwitschern etc.), wie riecht es an diesem Ort (Duft von Blumen etc.), welche Möbel stehen in dem Raum etc. (vgl. Gahleitner et al., 2017). Außerdem können die Menschen danach gefragt werden, ob es an dem Ort einen besonders gemütlichen Platz gibt (z.B. einen Sessel etc.) und wie es sich anfühlt, wenn der Mensch es sich auf diesem Sessel gemütlich macht (vgl. ebd.). Die Menschen sollten in diesem Ort solange alles für ihre Erfordernisse und Bedürfnisse verändern und anpassen, bis sie das Gefühl haben, es sei für diesen Moment perfekt (vgl. Gahleitner et al., 2017; Beckrath-Wilking, 2013c). Außerdem sollte der Ort ermöglichen, dass der Mensch sich allein und unabhängig von anderen gut aufgehoben fühlen kann (vgl. Beckrath-Wilking, 2013c). Als Schutz sollte der Ort über natürliche oder gebaute Grenzen verfügen (z.B. Hecke, Elektrozaun etc.) (vgl. Beckrath-Wilking, 2013c;

Scherwath & Friedrich, 2016). Zum Schluss sollen sich die Menschen alles an dem Ort was sie sehen, spüren, riechen etc. gut einprägen damit sie ihn innerlich in ihren Gedanken immer wieder aufsuchen können (vgl. Gahleitner et al., 2017). Es ist wichtig, dass die Menschen während dieser Imaginationsübung weder liegen noch die Augen schließen müssen und darüber informiert werden, „dass die Übung jederzeit unter- bzw. abgebrochen werden darf“ (Vogelsang, 2005, S. 234). Durch diese Übung wird das Hyperarousal vermindert (vgl. ebd.).

A9 Der innere Garten

Bei der Übung des inneren Gartens werden die Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung dazu aufgefordert sich ein Stück unberührtes Land mit frischer Erde vorzustellen (vgl. Scherwath & Friedrich, 2016). Die Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung übernehmen in dieser Übung die Rolle des Gärtners und können dieses Stück Land nach ihrem Belieben frei gestalten (mit Bäumen, Blumen etc.) (vgl. ebd.). Außerdem kann festgelegt werden, ob der Garten über Wasser und einen Platz zum Ausruhen verfügt (z.B. eine Hängematte) (vgl. Scherwath & Friedrich, 2016; Beckrath-Wilking, 2013c). Es bietet sich außerdem an einen Komposthaufen anzulegen, auf den die Menschen alles werfen können, was sie bei späteren Veränderungen nicht mehr im Garten haben wollen, so dass es sich in nützliche Erde verwandeln kann (vgl. Scherwath & Friedrich, 2016; Reddemann, 2017). Des Weiteren ist es förderlich, wenn der Garten über eine bestimmte Begrenzung verfügt, z.B. eine Hecke oder einen Zaun (vgl. Huber, 2010). Zum Ende der Übung können die Menschen erneut bewusst ihren inneren Garten durchschreiten und nach Belieben Sachen verändern und verbessern (vgl. Scherwath & Friedrich, 2016; Huber, 2010). Den inneren Garten können die Menschen mehrmals in der Woche aufsuchen (vgl. Scherwath & Friedrich, 2016).

A10 Innere Helfer*innen

„Im Kern geht es darum, das Gegenüber zu ermutigen, sich ein „hilfreiches Wesen“ zu imaginieren, das ihm zur Seite steht, ihn tröstet, begleitet, ermutigt und stärkt“ (Scherwath & Friedrich, 2016, S. 215). „Traumatisierte Menschen können es besonders gut gebrauchen, sich zumindest manchmal unabhängig von äußeren Helfern zu machen, um so das Kontrollgefühl zu steigern und die Hilflosigkeit zu überwinden“ (Hantke & Görges, 2012, S. 351). Der*die innere Helfer*in kann unterschiedlich aussehen, z.B. eine liebevolle Großmutter, ein beschützender Tiger, ein Zauberer (vgl. Hantke & Görges, 2012; Beckrath-Wilking, 2013c). Die inneren Helfer*innen sollten imaginiert oder gerufen werden, wenn es darum geht, jemanden als Begleiter*in dabei zu haben der verlässlich und jederzeit verfügbar ist (vgl. Hantke & Görges, 2012; Beckrath-Wilking, 2013c). Imaginativ kann der Mensch mit Fluchterfahrung und

Traumatisierung Kontakt mit dem*der inneren Helfer*in aufnehmen und ihm*ihr bspw. konkrete Fragen stellen oder Wünsche äußern (in den Arm nehmen, zuhören etc.) (vgl. Scherwath & Friedrich, 2016).

A11 Die Tresorübung

Das Ziel der Tresorübung besteht darin, einen sicheren Aufbewahrungsort für die belastenden Erinnerungen zu schaffen und diese dort einzuschließen (vgl. Reddemann et al., 2019). Ein Tresor kann für jeden unterschiedlich aussehen (z.B. vergrabene Kiste, Aufbewahrungsschachtel etc.). Innerhalb der Imaginationsübung kann der Tresor und der Ort, an dem er sich befindet, individuell ausgestaltet werden und in einer akuten Bedrohungssituation, bei der sich Bilder aufdrängen, wieder aufgerufen werden, um die Bilder darin zu verwahren (vgl. Scherwath & Friedrich, 2016). Bei der Übung kann der Mensch mit Fluchterfahrung und Traumatisierung die belastenden Traumaerinnerungen bspw. als eine Filmkassette, CD etc. in ein imaginativ verschließbares Behältnis packen, für das nur er den Schlüssel hat (vgl. Beckrath-Wilking, 2013c; Gahleitner et al., 2017). Das Behältnis/der Tresor kann zusätzlich durch imaginative Wächter, Gitter etc. gesichert werden (vgl. Beckrath-Wilking, 2013c). Im späteren Verlauf der Traumabehandlung, wenn der Mensch ausreichend stabilisiert ist, können diese Behältnisse in einem sicheren Rahmen herausgeholt und bearbeitet werden (vgl. ebd.). Es ist hilfreich, wenn die Filmkassette, CD, der Tresor etc. möglichst detailliert imaginiert wird (z.B. die Hülle und den Titel der Filmkassette, Material des Tresors etc.) (vgl. Gahleitner et al., 2017). Zum Schluss der Übung sollte der Mensch wissen, wo er alles sicher verwahren kann und hat bei Bedarf Zugriff (vgl. ebd.).

A12 Körperübungen

Eine mögliche Körperübung ist das Aufstehen und bewusste Spüren der Füße auf dem Boden, bspw. durch festes auftreten oder stampfen (vgl. Gahleitner et al., 2017; Scherwath & Friedrich, 2016; Zito & Martin, 2016). Aber auch durch den Raum zu gehen, sich zu strecken, die Arme schwingen zu lassen, beide Hände an den Fingerspitzen fest zusammendrücken, Handflächen gegeneinander drücken oder auszuschütteln kann helfen dissoziative Tendenzen zu beenden (vgl. Gahleitner et al., 2017; Scherwath & Friedrich, 2016; Zito & Martin, 2016).

A13 Bauchatmung

Ziel dieser Übung ist ein langsames und tieferes Atmen, damit sich die Menschen beruhigen können. Dafür sollten die Menschen aufrecht und entspannt sitzen oder stehen und vorerst ganz normal atmen. Dann sollte der*die Klient*in seine*ihre Hand auf den Brustkorb legen um

dort die Atmung zu spüren. Daraufgehend können beide Hände auf den Bauch gelegt werden. Beim Einatmen sollte der Bauch voll, rund und dick gemacht werden, damit beim Ausatmen sichtbar wird, wie der Bauch wieder nach innen geht. Dieses bewusste Ein- und Ausatmen sollte eine Weile geschehen, damit sich die Person beruhigt (vgl. Zito & Martin, 2016).

A14 Nasenwechselatmung

Der Mensch sollte aufrecht sitzen oder stehen und ein paar Mal ganz normal tief ein- und ausatmen. Danach soll die Person das rechte Nasenloch mit einem Finger verschließen und tief durch das linke Nasenloch einatmen, bis ihre Lunge gefüllt ist. Im Anschluss daran wird der Finger vom rechten Nasenloch gelöst und das linke Nasenloch wird zugehalten. Jetzt soll aus dem rechten Nasenloch die komplette Luft herausgeblasen werden. Nach einem kurzen Moment sollte die Person wieder durch dasselbe Nasenloch einatmen und das verschlossene Nasenloch wechseln usw.. Dieser Zyklus kann zehn Mal wiederholt werden, damit der Atem langsamer und tiefer wird und sich der Mensch so beruhigt (vgl. Zito & Martin, 2016).

A15 10-0 Atem- und Konzentrationsübung

Bei dieser Übung soll der Mensch mit Fluchterfahrung und Traumatisierung einen Gegenstand im Raum fokussieren und dabei langsam ein- und ausatmen und bei jedem Ausatmen von zehn bis null rückwärts zählen (vgl. Zito & Martin, 2016).

A16 Stressbarometer

Der Mensch mit Fluchterfahrung und Traumatisierung soll ein Barometer, bzw. eine Skala von 0-10 auf ein Blatt Papier zeichnen. 0 steht dabei für „alles okay“ und 10 für „höchste Alarmstufe“. Die Zustände zwischen 0 und 10 können individuell mit Symbolen versehen werden (z.B. unterschiedliche Farben oder eine Wetterskala). Wenn das Barometer fertig gestellt wurde kann gemeinsam mit dem Menschen erarbeitet werden, durch welches Ereignis (z.B. Trigger) welche Stufe ausgelöst wird. Im zweiten Schritt können nun verschiedene Selbstberuhigungsstrategien/Übungen entwickelt werden, wie der Mensch die jeweilige Stufe runterregulieren kann. Diese Strategien/Übungen werden neben die jeweiligen Stufen geschrieben (vgl. Scherwath & Friedrich, 2016).

A17 Notfallkoffer

Für psychische Notfälle bietet es sich an einen Notfallkoffer bereitstehen zu haben, auf den die Menschen schnell zugreifen können und der ihnen in Notfallsituationen hilft eine Dissoziation abzuwenden oder zu vermindern (vgl. Hantke & Görges, 2012; Scherwath & Friedrich,

2016). Der Notfallkoffer wird individuell befüllt und kann auch im Laufe der psychosozialen Beratung erweitert/verändert werden (vgl. Hantke & Görges, 2012; Scherwath & Friedrich, 2016). Der Notfallkoffer kann bspw. mit einem Aromaöl, einer Lieblings CD, einer Telefonliste mit wichtigen Rufnummern, Fotos, Igelball etc. befüllt sein (vgl. Scherwath & Friedrich, 2016; Beckrath-Wilking, 2013c). Durch das Anlegen eines Notfallkoffers wird das Selbstwirksamkeitserleben der Menschen gestärkt, da sie merken, dass sie in der Lage sind sich selbst zu helfen (vgl. Hantke & Görges, 2012). Mit Hilfe des Notfallkoffers wird demnach das Erreichen eines wichtigen Grundsatzziels Sozialer Arbeit, die Hilfe zur Selbsthilfe, ermöglicht.

A18 Ressourcenlandkarte



(Scherwath & Friedrich, 2016, S. 212)

Die Ressourcenlandkarte kann wie der Leitfaden eines Gesprächs (Ressourceninterview) gesehen werden, bei dem die Sozialarbeiter*innen gemeinsam mit den Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung möglichst viele ihrer Ressourcen herausarbeiten (vgl. Scherwath & Friedrich, 2016). Die Ressourcenlandkarte ist sehr hilfreich, da sie viele Bereiche in den Blick nimmt.

A19 RES

Fragebogen zur Erfassung der aktuellen Ressourcenrealisierung (RES)

Dieser Fragebogen enthält Aussagen zu verschiedenen Bereichen, die allgemein in einem engen Zusammenhang stehen zu dem Wohlbefinden und der Lebenszufriedenheit von Menschen. All diese Aussagen beinhalten Verhaltensweisen oder Situationen, die Sie von **nie** über **zeitweise** bis hin zu **sehr häufig** erleben können.

Um anzugeben, wie häufig Sie dies jeweils erleben, kreuzen Sie bitte jeweils rechts **eine** der vorgegebenen Antwortmöglichkeiten an. Für jeden Bereich ist durch "___" gekennzeichnet, wo die Häufigkeitsangabe ausgelassen worden ist. Bitte vervollständigen Sie an dieser Stelle in Gedanken die Aussage durch eine der Häufigkeitsaussagen.

Hier ist ein Beispiel für den Bereich "Wohlbefinden":

Beispiel: Während der letzten 4 Wochen habe ich mich zeitweise (3) wohl gefühlt, weil ich bei jemandem Geborgenheit und Sicherheit gefunden habe.

	<i>nie</i>		<i>zeitweise</i>			<i>sehr häufig</i>	
	0	1	2	3	4	5	6
Während der letzten 4 Wochen habe ich mich ___ wohl gefühlt, weil ... ich bei jemandem Geborgenheit und Sicherheit gefunden habe.	☐	☐	☐	X	☐	☐	☐

Grundsätzlich gibt es hierbei keine "guten" oder "richtigen" Aussagen. Wichtig ist vielmehr, welche persönlichen Erfahrungen Sie in der letzten Zeit gemacht haben. Bitte überlegen Sie daher auch nicht, welche Antwort den "besten" Eindruck machen könnte. **Sie können sich darauf verlassen, daß alle Ihre Antworten vertraulich behandelt werden.**

Bitte überlegen Sie bei der Beantwortung der Fragen nicht zu lange. Im Zweifelsfall entscheiden Sie sich einfach für eine der Antwortmöglichkeiten. Vielleicht haben Sie zwischendurch den Eindruck, eine der Fragen in diesem oder in einem anderen Zusammenhang schon einmal beantwortet zu haben. Bitte beantworten Sie dennoch der Reihe nach alle Fragen und lassen Sie keine aus.

Vielen Dank!

I. Wohlbefinden

Bitte schätzen Sie ein, wie sehr die folgenden Situationen *während der letzten 4 Wochen* dazu beigetragen haben, daß Sie sich wohl gefühlt haben.

Während der letzten 4 Wochen habe ich mich ____ wohl gefühlt, weil ...		nie		zeit weise		sehr häufig		
		0	1	2	3	4	5	6
1	... ich bei jemandem Geborgenheit und Sicherheit gefunden habe.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2	... ich mit Freunden oder Bekannten zusammen gewesen bin.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3	... ich mit meiner/m PartnerIn oder meiner Familie zusammen gewesen bin.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4	... ich meinem Hobby nachgegangen bin.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5	... ich anregende und interessante Erlebnisse gehabt habe.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6	... ich etwas für meine Gesundheit und Fitneß getan habe.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7	... ich mir Zeit genommen habe, mich auf mich selbst zu besinnen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8	... ich religiöse oder spirituelle Erlebnisse gehabt habe.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9	... ich mich bewusst entspannt habe.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10	... ich etwas erledigt habe, was schon seit einiger Zeit angestanden hat.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11	... ich etwas geleistet habe, auf das ich stolz sein kann.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12	... ich etwas besonders Schönes unternommen habe.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

II. Bewältigung von alltäglichem Stress

Die folgenden Fragen beziehen sich auf verschiedene Möglichkeiten, im Alltag (z.B. während der Arbeit, im Haushalt usw.) mit stressigen Situationen fertig zu werden. Bitte beziehen Sie Ihre Antworten nur auf Ihre Erfahrungen *während der letzten 4 Wochen*.

Wenn ich während der letzten 4 Wochen Stress im Alltag erlebt habe, dann hat es mir ____ geholfen, ...		nie		zeit weise		sehr häufig		
		0	1	2	3	4	5	6
1	... mir einen Überblick über die Situation zu verschaffen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2	... mich zu motivieren, indem ich mir meine Ziele oder Fortschritte vor Augen geführt habe.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3	... Gespräche zu suchen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4	... von anderen akzeptiert zu werden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5	... mich zu entspannen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6	... Dampf abzulassen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7	... meinem Hobby oder meinen Interessen nachzugehen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8	... meine Vorstellungen einzubringen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9	... mich abzugrenzen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10	... mir etwas zu gönnen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11	... zu wissen, daß ich die Situation meistern kann.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12	... mich zurückziehen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13	... zu wissen, daß die Belastung nur vorübergehend ist.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14	... mich mit der Situation abzufinden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

III. Unterstützung im Alltag

Bitte beurteilen Sie bei den folgenden Fragen, auf welche Weise Sie *während der letzten 4 Wochen* im Alltag von anderen Menschen unterstützt worden sind.

Während der letzten 4 Wochen habe ich im Alltag ____ Unterstützung erfahren, indem ...		nie		zeit weise		sehr häufig		
		0	1	2	3	4	5	6
1	... jemand etwas mit mir zusammen unternommen hat.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2	... mir jemand hilfreiche Kritik gegeben hat.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3	... mir jemand konkrete Perspektiven aufgezeigt hat.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4	... mir jemand konkrete Hilfe angeboten hat.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5	... mir jemand Vertrauen entgegen gebracht hat.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6	... jemand Rücksicht auf mich genommen hat.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7	... Personen um mich herum gut miteinander ausgekommen sind.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8	... mir jemand mitfühlend zugehört hat.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9	... mir jemand eine kleine Aufmerksamkeit erwiesen hat.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10	... mich jemand ermutigt hat.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11	... ich bei jemandem Dampf ablassen konnte.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

IV. Bewältigung früherer Krisen

Die folgenden Fragen beziehen sich auf eine frühere Krise in Ihrem Leben, die Sie heute nicht mehr oder kaum noch belastet. *Beispiele* für solche Krisen können sein: Verlusterlebnisse (Trennungen von Partnern, Tod naher Angehöriger u.a.), einschneidende Lebensereignisse durch Unfälle, ernsthafte Erkrankungen (auch naher Angehöriger), einschneidende Erfahrungen im Berufsleben (Kündigung, Arbeitslosigkeit, örtliche Versetzungen u.a.). Bitte beurteilen Sie im folgenden, was Ihnen *in dieser Zeit aus heutiger Sicht* geholfen hat, mit der belastenden Situation umzugehen.

In einer <u>früheren</u> Krise hat es mir ____ geholfen, ...		nie		zeit weise		sehr häufig		
		0	1	2	3	4	5	6
1	... meinen Alltag zu strukturieren.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2	... mir über meine Ziele klar zu werden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3	... mir etwas zu gönnen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4	... mir Zeit für mich zu nehmen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5	... so sehr unter Druck zu kommen, daß ich etwas unternehmen musste.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6	... die Situation zu akzeptieren.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7	... meine Schwierigkeiten als Chance zu sehen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8	... der Situation mit Humor zu begegnen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9	... Geduld zu haben.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10	... Kraft aus meinem Glauben oder meiner Spiritualität zu schöpfen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11	... zeitweise bewusst an etwas anderes zu denken.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12	... mich mit Aktivitäten abzulenken.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13	... professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14	...zu erleben, wie jemand anderes mit einer ähnlichen Situation umgegangen ist.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15	... meine Einstellung zu überdenken.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

In einer <u>früheren</u> Krise hat es mir ____ geholfen, ...		nie			zeit weise		sehr häufig	
		0	1	2	3	4	5	6
16	... zu denken, daß es mir im Vergleich zu anderen Menschen immer noch gut geht.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17	... zu weinen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18	... von anderen Menschen unterstützt zu werden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

V. Situationen, die mit einem hohen Selbstwerterleben verbunden sind

Es gibt Zeiten, in denen man sich ausgesprochen unausgeglichene fühlt, an sich selbst zweifelt. Manche Situationen wiederum führen dazu, daß man *regelrecht stolz auf sich selbst* sein kann: man hat etwas geschafft, was einem zu Recht viel bedeuten kann. Im folgenden sind eine Reihe von Situationen aufgeführt, die bei vielen Menschen damit verbunden sind, daß sie stolz auf sich selbst sein können. Bitte beurteilen Sie jeweils, wie häufig Sie *während der letzten 4 Wochen* aufgrund dieser Situationen stolz auf sich selbst sein konnten.

<u>Während der letzten 4 Wochen</u> bin ich ____ stolz auf mich gewesen, weil		nie			zeit weise		sehr häufig	
		0	1	2	3	4	5	6
1	<i>... ich für andere da gewesen bin, wenn sie mich brauchten.</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2	<i>... ich von anderen Anerkennung bekommen habe.</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3	<i>... ich eine gute Leistung erbracht habe.</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4	<i>... ich eigene Ängste überwinden konnte.</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5	<i>... ich mir etwas gönnen konnte.</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6	<i>... ich etwas für mein Wohlbefinden getan habe (Hobby, Sport...).</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7	<i>... ich mutig gewesen bin..</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8	<i>... ich alles ruhiger und gelassener als sonst genommen habe.</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9	<i>... ich mich auf eine wichtige Situation gut vorbereitet habe.</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10	<i>... ich meine Meinung gut vertreten konnte.</i>	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	<u>Während der letzten 4 Wochen</u> bin ich ____ stolz auf mich gewesen, weil	nie		zeit weise		sehr häufig		
		0	1	2	3	4	5	6
11	... ich etwas Unangenehmes oder Aufgeschobenes erledigt habe.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
12	... ich kreativ gewesen bin.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
13	... ich mich gut konzentrieren konnte.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

VI. Persönliche Stärken und Fähigkeiten

Insgesamt nehmen Menschen viele und ganz unterschiedliche Seiten an sich wahr - und sind unterschiedlich zufrieden mit diesen Seiten. Die folgenden Fragen beziehen sich ausschließlich auf *Aspekte, die Sie als eine Stärke von sich selbst erleben*: etwas, was Sie an sich besonders schätzen oder was Sie besonders gut können.

Es ist ____ eine Stärke von mir, daß...	nie			zeit weise		sehr häufig	
	0	1	2	3	4	5	6
1 ... ich ein Hobby oder besondere Interessen habe.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2 ... ich geradlinig bin.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3 ... ich offen für neue Erfahrungen bin.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4 ... ich anderen Menschen Mitgefühl entgegenbringe.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5 ... ich zuversichtlich in die Zukunft schaue.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6 ... ich viele schöne Sachen erleben kann.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7 ... ich geduldig bin.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8 ... ich temperamentvoll bin.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9 ... ich Phantasie habe.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10 ... ich gut mit Menschen umgehen kann.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11 ... ich gut Probleme lösen kann.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Es ist ____ eine Stärke von mir, daß...	nie			zeit weise		sehr häufig	
	0	1	2	3	4	5	6
12 ... ich selbstbewusst auftrete.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13 ... ich den Dingen kritisch auf den Grund gehe.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14 ... ich eine rasche Auffassungsgabe habe.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15 ... ich körperlich fit bin.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16 ... ich mich attraktiv kleide.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17 ... ich selbstständig für mich sorgen kann.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18 ... ich einen guten Geschmack habe.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19 ... ich zu meinen Schwächen stehen kann.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20 ... ich Humor habe.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21 ... ich zielstrebig handle.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

VII. Gegenwärtige Beziehungen

Bitte beziehen Sie die folgenden Fragen auf Ihre *derzeitige Beziehung zu Ihrer/m festen PartnerIn*. Sollten Sie zur Zeit nicht in einer festen Beziehung leben, so beziehen Sie die folgenden Fragen bitte auf eine Ihnen sehr nahestehende Person.

Welche Person steht Ihnen zur Zeit am nächsten?

☐ PartnerIn	☐ FreundIn	☐ Mutter	☐ Vater	☐ Schwester	☐ Bruder
☐ eigenes Kind	☐ andere _____				

Meine Beziehungen zu _____ ist <u>zur Zeit</u> ____ dadurch gekennzeichnet, daß...		nie			teil- weise		sehr häufig	
		0	1	2	3	4	5	6
1	... wir Verständnis für einander haben.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Meine Beziehungen zu _____ ist <u>zur Zeit</u> _____ dadurch gekennzeichnet, daß...		nie		teil- weise		sehr häufig		
		0	1	2	3	4	5	6
2	... wir uns vertrauen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3	... wir gerne miteinander Gespräche führen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4	... wir den Kontakt zueinander aufrecht erhalten.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5	... wir uns durch unsere Unterschiede gegenseitig anregen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6	... wir einen ähnlichen Humor haben.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7	... wir ähnliche Ansichten oder Interessen haben.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8	... wir ähnliche Erfahrungen in der Vergangenheit gemacht haben.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9	... sie/ er ein Vorbild für mich ist.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10	... ich ihr/ ihm gegenüber offen und ehrlich sein kann.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11	... ich für sie/ ihn Zärtlichkeit empfinde.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12	... wir Erotik und Sexualität teilen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13	... wir für einander da sind, wenn wir einander brauchen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14	... wir viel Zeit miteinander verbringen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15	... ich mich ihr/ ihm sehr vertraut fühle.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16	... wir Schwierigkeiten gemeinsam überwinden können.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

VIII. Eigenschaften von belastbaren Angehörigen aus der Herkunftsfamilie

Bitte denken Sie im folgenden an Ihre engen Familienangehörigen (Eltern, Großeltern, Geschwister, Geschwister Ihrer Eltern). Manche Ihrer Angehörigen werden Sie als Kind in schwierigen Situationen als belastbarer oder stabiler erlebt haben: sie schienen besser als andere mit solch schwierigen Situationen umgehen zu können.

Bitte geben Sie zunächst an, welche Angehörigen aus Ihrer Herkunftsfamilie Sie als besonders belastbar oder stabil erlebt haben:

☐ Mutter	☐ Vater	☐ Großmutter (Mutter)	☐ Großmutter (Vater)
☐ Großvater (Mutter)	☐ Großvater (Vater)	☐ Schwester	
☐ Bruder	☐ Tante (Mutter)	☐ Tante (Vater)	☐ Onkel (Mutter)
☐ Onkel (Vater)	☐ andere Person (welche: _____)		
☐ niemand			

Bitte beziehen Sie die folgenden Aussagen *auf eine/n Ihrer Angehörigen* aus Ihrer Herkunftsfamilie. Vielleicht haben Sie während Ihrer Kindheit eine *dieser Personen als sehr zentral und wichtig* erlebt. Dann beziehen Sie die Aussagen bitte auf diese Person. Falls Sie den Eindruck haben, daß *verschiedene Ihrer Angehörigen die gleiche Bedeutung* gehabt haben, dann wählen Sie bitte dennoch jemanden aus und beziehen die folgenden Aussagen nur auf diese Person. Falls Sie den Eindruck haben, dass *niemand* in Ihrer Herkunftsfamilie sehr stabil oder belastbar gewesen ist, wählen Sie bitte dennoch eine Person aus, die im Vergleich zu anderen noch am ehesten stabil oder belastbar gewesen ist.

Mein/e _____		nie			zeit weise		sehr häufig	
		0	1	2	3	4	5	6
1	... konnte ____ ihre/ seine Fähigkeiten verwirklichen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2	... konnte ____ vieles ertragen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3	... hat ____ hart gearbeitet.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4	... war ____ offen und vertrauenerweckend.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5	... war ____ körperlich gesund.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6	... konnte ____ ihre/ seine Gefühle ausdrücken.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7	... hat ____ ihre/ seine Prinzipien selbstbewusst vertreten.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Mein/e _____	nie		zeit weise			sehr häufig	
	0	1	2	3	4	5	6
8 ... war ___ für uns Kinder - bzw. für mich als Kind - da.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9 ... hat ___ die Verantwortung für die Familie getragen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10 ... war ___ verlässlich.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11 ... war ___ diszipliniert.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12 ... hat ___ Verständnis für mich gehabt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13 ... hat ___ an mich geglaubt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14 ... konnte ___ aus schwierigen Situationen das Beste machen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15 ... war ___ fröhlich und herzlich.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

IX. Sinnerleben

Über verschiedenen Lebensphasen hinweg finden Menschen durch sehr unterschiedliche Tätigkeiten und Interessen Sinn in ihrem Leben. Bitte schätzen Sie im folgenden ein, wie häufig die folgenden Tätigkeiten Ihnen zur Zeit ein Gefühl von Sinnhaftigkeit vermitteln.

Zur Zeit finde ich ___ Sinn in meinem Leben, indem ...	nie		zeit- weise			sehr häufig	
	0	1	2	3	4	5	6
1 ...ich Einfluss - z.B. auf wichtige Entscheidungen - nehme.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2 ... ich gute Leistungen erbringe.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3 ... ich mich bemühe, mit anderen Menschen gut auszukommen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4 ... ich für andere da bin, wenn sie mich brauchen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5 ... ich auf meine Gesundheit achte.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6 ... ich mich mit meinem Glauben oder Spiritualität auseinandersetze.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7 ... ich selbstständig mein Leben meistere.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Zur Zeit finde ich ____ Sinn in meinem Leben, indem ...		nie			zeit- weise		sehr häufig	
		0	1	2	3	4	5	6
8	... ich mir konkrete Ziele setze, die ich erreichen möchte.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9	... ich mir für nahestehende Personen (PartnerIn, Familie, Freunde) viel Zeit nehme.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10	... ich mein Hobby ausübe.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11	... ich mich vielfältig interessiere.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12	... ich mich für die Entwicklung meiner Persönlichkeit engagiere.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

III. Unterstützung im Alltag

Bitte beurteilen Sie bei den folgenden Fragen, auf welche Weise Sie *während der letzten 4 Wochen* im Alltag von anderen Menschen unterstützt worden sind.

Während der letzten 4 Wochen habe ich im Alltag ____ Unterstützung erfahren, indem ...		nie		zeit weise		sehr häufig		
		0	1	2	3	4	5	6
1	... jemand etwas mit mir zusammen unternommen hat.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2	... mir jemand hilfreiche Kritik gegeben hat.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3	... mir jemand konkrete Perspektiven aufgezeigt hat.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4	... mir jemand konkrete Hilfe angeboten hat.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5	... mir jemand Vertrauen entgegen gebracht hat.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6	... jemand Rücksicht auf mich genommen hat.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7	... Personen um mich herum gut miteinander ausgekommen sind.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8	... mir jemand mitfühlend zugehört hat.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9	... mir jemand eine kleine Aufmerksamkeit erwiesen hat.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10	... mich jemand ermutigt hat.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11	... ich bei jemandem Dampf ablassen konnte.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

(Trösken, o.J., o.S.)

XXX

A20 Ressourcenhand



1. Daumen: Was kann ich gut?
Welche besonderen Fähigkeiten habe ich?

2. Zeigefinger: Was begeistert mich?
Was erregt mein Interesse?

3. Mittelfinger: Welche speziellen Kompetenzen habe ich „unter besonderem Druck“ (belastenden, herausfordernden, schmerzlichen Situationen) erworben?

4. Ringfinger: Was möchte ich noch erreichen? Wovon träume ich?

5. Kleiner Finger: Wer ist bedeutsam in meinem Leben? Wo fühle ich mich zugehörig (Gruppen, Menschen, Richtungen)?

(Scherwath & Friedrich, 2016, S. 213)

Die Ressourcenhand können die Menschen mit Fluchterfahrung einfach auf ein Blatt Papier malen und die entsprechenden Ressourcen um die Finger herum notieren (vgl. Scherwath & Friedrich, 2016). Die Ressourcenhand ist besonders gut dafür geeignet persönliche Kompetenzen und resilienzfördernde Aspekte aufzudecken (vgl. ebd.). Bei dem Erarbeiten der einzelnen Ressourcen kann sich an den Fragen im rechten Kasten orientiert werden.

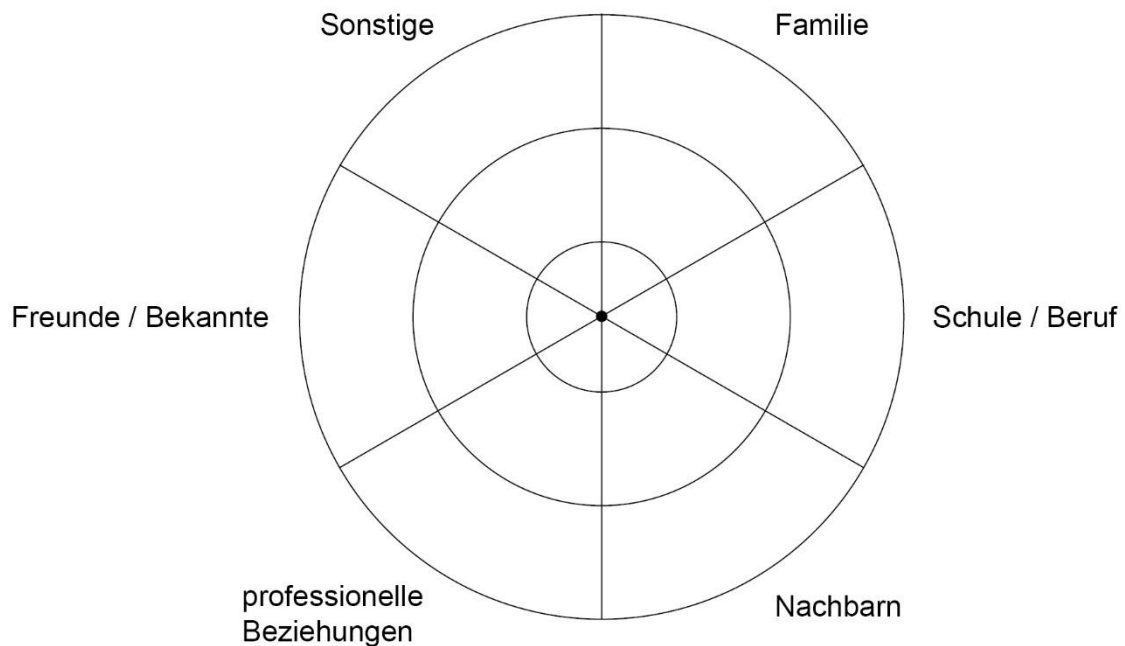
A21 5-Sinne-Hand



(Gahleitner et al., 2017, S. 77)

Die Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung malen den Umriss ihrer Hand auf ein Blatt Papier und notieren zu jedem der Finger Stichpunkte anhand von Fragen zu den fünf Sinnen (vgl. Gahleitner et al., 2017). „Die Frage ist dabei immer ‚Was tut mir gut?‘, und dabei gibt es die zwei Qualitäten ‚Was beruhigt mich?‘ oder ‚Was belebt mich angenehm?‘“ (ebd., S. 78). In die Handinnenfläche werden zum Schluss alle weiteren Tätigkeiten geschrieben, die wohltuend sind, jedoch keiner konkreten Sinneskategorie zuordbar sind, z.B. beten (vgl. ebd.). Die Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung können dieses Papier täglich oder bei Bedarf hervorholen und eines oder mehrere der wohltuenden, kraftspendenden oder beruhigenden Dinge tun, die auf dem Blatt auf der Hand stehen (vgl. ebd.).

A22 Netzwerkkarte



(Eigene Darstellung nach Friedrich, 2010, S. 65)

Eine Netzwerkkarte wird immer gemeinsam mit dem Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung ausgefüllt. Ziel ist es, dass er Personen aus seinem Umfeld in Beziehung mit sich selbst darstellt (vgl. Tiskens & Borg-Laufs, 2018). Wenn die Personen sich untereinander kennen kann er diese miteinander verbinden (vgl. ebd.). Mit Hilfe der Netzwerkkarte werden die Beziehungen zwischen dem Menschen mit Fluchterfahrung und anderen Personen unter anderem in ihrer Intensität dargestellt (vgl. Pantuček-Eisenbacher, 2019; Tiskens & Borg-Laufs, 2018). Das Zentrum der Netzwerkkarte symbolisiert den Menschen mit Fluchterfahrung und Traumatisierung (vgl. Friedrich, 2010). Die Netzwerkkarte ist in lebensweltliche Felder geteilt, wodurch das Vergessen bestimmter Mitglieder vorgebeugt werden soll (vgl. ebd.). Im inneren Kreis in der Nähe des Zentrums werden die engeren Bezugspersonen aufgeführt (vgl. ebd.). Einer Ist-Netzwerkkarte kann bei Bedarf eine Soll-Netzwerkkarte gegenübergestellt werden, durch die sichtbar wird, welche Veränderungswünsche der Mensch mit Fluchterfahrung und Traumatisierung bezüglich der einzelnen Beziehungsintensitäten hat (vgl. Tiskens & Borg-Laufs, 2018).