Evangelische Hochschule für angewandte Wissenschaften
Evangelische Fachhochschule Nürnberg

Pflege Dual

Bachelorarbeit
zur Erlangung des akademischen Grades
Bachelor of Science B.Sc.

Laienhilfe bei Flüchtlingen mit Posttraumatischer Belastungsstörung

Silke Günther

Gutachter: Prof. Dr. phil. Heinz-Peter Olm

Abgabetermin: 23.11.2020

Zusammenfassung: Ziel der Bachelorarbeit ist es, den Nutzen und die Effektivität der Laienhilfe in der Arbeit mit Flüchtlingen, die an einer posttraumatischen Belastungsstörung leiden, herauszuarbeiten. Geschulte Laienhelfer und Peer-Helfer leisten einen wichtigen Beitrag in der Stabilisierung von traumatisierten Flüchtlingen. Durch niedrigschwellige Angebote wie Einzel- und Gruppengespräche können sie dazu beitragen, gering bis mittelgradig traumatisierte Flüchtlinge zu identifizieren und mit entsprechenden Angeboten psychisch zu stabilisieren. Dies erreichen sie, indem sie durch ihre Arbeit zu Bezugs- und Vertrauenspersonen der Geflüchteten werden. Sie unterstützen mit ihrer Arbeit die Sozialarbeiter und Psychotherapeuten in den Unterkünften und helfen ihnen, stark traumatisierte Geflüchtete an weitere Behandlungsangebote weiterzuleiten. Die vorliegende Arbeit liefert einen Überblick über relevante Inhalte zu den Themen „Posttraumatische Belastungsstörung", „Flucht und Flüchtlinge" und „Laienhilfe". Deshalb richtet sie sich insbesondere an solche Berufsgruppen, die in ihrer Arbeit mit traumatisierten Geflüchteten in Kontakt kommen: Psychotherapeuten, Sozialarbeiter, Pflegepersonal in Krankenhäusern und Psychiatrien und freiwillige Helfer in der Flüchtlingsarbeit. Für die Bachelorarbeit wurden Fachliteratur und Beiträge in Fachzeitschriften zu den Themen „Posttraumatische Belastungsstörung" und „Flüchtlinge" verwendet. Für die Thematik der Laienhilfe bei traumatisierten Geflüchteten wurden das Modellprojekt „In2Balance" und eine Pilotstudie zur „Peer-to-Peer-Selbsthilfe" aufgearbeitet und miteinander verglichen.

Abstract: The aim of this bachelor's thesis is to highlight the benefits and effectiveness of lay aid in working with refugees suffering from post-traumatic stress disorder. Trained lay workers and peer helpers make an important contribution to the stabilisation of traumatised refugees. Through low-threshold offers, such as individual and group discussions, they can help to identify low to medium traumatized refugees and to psychologically stabilize them with appropriate offers. This is accomplished by becoming, through their work, the reference and trust persons of the traumatized refugees. With their work, they support the social workers and psychotherapists in the shelters and help traumatised refugees to towards treatment offers. This thesis provides a broad overview of relevant content on the topics "Post-traumatic Stress Disorder", "Flight and Refugees" and "Lay Aid". Therefore, it aims mainly at professional groups who encounter traumatised refugees in their work: psychotherapists, social workers, nurses in hospitals and psychiatrists and volunteers in refugee work. For this thesis a wide range of specialist literature and articles in specialist journals on the topics "Post-traumatic Stress Disorder" and "Refugees" were used. The model project "In2Balance" and a pilot study on "Peer-to-Peer Self-Help" were developed and compared in order to explore the topic of lay aid for traumatised refugees.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis **5**
Tabellenverzeichnis **5**
Abkürzungsverzeichnis **6**
1. Einleitung **7**
2. Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) **9**
2.1 Entwicklung des Traumabegriffes 9
2.1.1 „Railway Spine“ 9
2.1.2 Traumatische Neurose 10
2.1.3 Hysterie 10
2.1.4 Shell-Shock, Kriegszitterer und Kriegsneurose 10
2.2 Definition und Einteilung der PTBS 11
2.2.1 Unterscheidung ICD-11 und DSM-5 12
2.2.2 Klassifikation von Traumata 13
2.3 Ursachen der PTBS 13
2.3.1 Prätraumatische Faktoren 13
2.3.2 Peritraumatische Faktoren 14
2.3.3 Posttraumatische Faktoren 15
2.3.4 Ereignisfaktoren 15
2.4 Entstehung einer PTBS 17
2.4.1 Körperliche Reaktionen: 6-F-Kaskade 17
2.4.2 Neurobiologische Grundlagen 19
2.5 Kernsymptome der PTBS 20
2.5.1 Intrusion 20
2.5.2 Vermeidungsverhalten 20
2.5.3 Hyperarousal 21
2.6 Dissoziative Störungen bei PTBS 21
2.6.1 Dissoziative Identitätsstörung 22
2.6.2 Dissoziative Sinneswahrnehmungsstörung 22
2.6.3 Dissoziative Bewegungsstörung 23
2.6.4 Somatische Störungen 23
2.7 Emotionale Veränderungen bei PTBS 23
2.7.1 Scham, Ekel und Schuld 24
2.7.2 Ärger und Wut 24
2.8 Komplexe posttraumatische Belastungsstörung 24

2.9. Komorbidität ... 25
2.9.1 Die Suchterkrankung ... 25
2.9.2 Suchtverhalten bei PTBS ... 26
3. Flucht und Flüchtlinge ... 27
3.1 Begriffsbestimmungen ... 27
3.1.1 Flüchtling (nach Genfer Flüchtlingskonvention) ... 27
3.1.2 Migranten und Asylsuchende ... 28
3.2 Flüchtlingskrise seit 2015 ... 29
3.3 Fluchtursachen ... 31
3.4 Gesundheit von Flüchtlingen ... 33
3.4.1 Psychische Gesundheit von Flüchtlingen ... 33
3.4.2 Psychische Versorgung von Flüchtlingen ... 35
3.5 Resilienz und posttraumatische Reifung im Kontext Flucht ... 37
3.5.1 Resilienz und psychische Flexibilität ... 37
3.5.2 Posttraumatische Reifung ... 38
3.6 Therapie von traumatisierten Flüchtlingen ... 39
3.6.1 Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) ... 39
3.6.2 Die Phasen des EMDR ... 40
4. Laienhilfe ... 42
4.1 Definition Laienhilfe und Aufgabenbereiche ... 42
4.1.1 Beispiel zur Selbsthilfe: „Refugeeum“ ... 43
4.1.2 Beispiel zur Selbsthilfe: „Sonne für die Seele“-TraumaHilfeZentrum Nürnberg 44
4.2 Modellprojekt „In2Balance“–Laienhilfe für Geflüchtete zur psychischen Stabilisierung ... 44
4.2.1 Ergebnis des Modellprojekts „In2Balance“ ... 49
4.3 „Peer-to-Peer-Selbsthilfe-Interventionen für Geflüchtete“–eine Pilotstudie ... 50
4.3.1 Ergebnis der Pilotstudie „Peer-to-Peer-Selbsthilfe“ ... 51
4.4 Vergleich In2Balance-Projekt und Peer-to-Peer-Studie ... 52
4.5 Abgrenzung Laienhilfe, Psychotherapie und Sozialarbeit ... 53
5. Fazit ... 55
6. Literaturverzeichnis ... 56

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: 6-F-Kaskade - Eigene Darstellung (Myrick & Brand, 2015, S.6) 17

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: PTBS-Symptome nach dem ICD-11 (Maercker & Augsburger, 2019, S.22)…….12

Tabelle 2: Kriterien zur Diagnose einer PTBS nach dem DSM-5 (Dreßing & Foerster, 2016, S.28)……12

Tabelle 3: Push- und Pull-System (Borchers, 2008, S.15) 32

Tabelle 4: WHO-5-Fragen zum Wohlbefinden (Topp et al., 2015, S.168)..... 35

Abkürzungsverzeichnis

ACTH	Adrenocorticotropes Hormon
APA	American Psychological Association
BAfF	Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer
BAMF	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
BMI	Bundesministerium des Innern für Bau und Heimat
BMZ	Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
BPtK	Bundespsychotherapeutenkammer
CRH	Corticotropin-Releasing-Hormon
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
kPTBS	Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung
P2P	Peer-to-Peer-Selbsthilfe
PET	Positronen-Emissionstherapie
PSZ	Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
THZN	Traumahilfezentrum Nürnberg
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees
WHO	World-Health-Organisation
WidO	Wissenschaftliches Institut der AOK

1. Einleitung

Im Jahr 2015 verbreiteten sich in den Medien schreckliche Bilder über Flüchtlingsbewegungen. Tausende Menschen aus Kriegs- und Bürgerkriegsgebieten suchten über Land- und Wasserwege den Weg nach Europa, um dort Schutz vor Hungersnot, Gewalt und Folter zu finden. Viele Hundert Geflüchtete fanden den Tod bei dem Versuch, in ein neues, besseres Leben zu fliehen.

Die Länder Europas, auch Deutschland, waren auf einen derartigen Ansturm an den Grenzen nicht vorbereitet. Gesetzliche Regelungen und der Fachkräftemangel erschwerten es, die Welle der Schutzsuchenden zu organisieren und bewältigen. Überfüllte Notunterkünfte mit Geflüchteten, die auf Asyl hofften, waren die Folge. Die Geflüchteten haben allesamt in ihrem Heimatland und auf der Flucht Schreckliches erlebt, weshalb viele an Schlaf- und Konzentrationsstörungen leiden. Nicht wenige von ihnen haben grausame Ereignisse mit ansehen müssen. Hinzu kommt, dass viele auf der Suche nach einem besseren, sicheren Leben ihre Familien und Freunde in Krisengebieten zurücklassen mussten.

Viele der Geflüchteten haben durch ihre Erlebnisse in ihrem Heimatland und auf der Flucht Traumafolgestörungen wie z.B. die posttraumatische Belastungsstörung entwickelt. Die traumatisierten Flüchtlinge bräuchten bereits kurz nach ihrer Ankunft psychisch stabilisierende Unterstützung, um die Entwicklung chronischer psychischer Erkrankungen zu verhindern. Durch den Mangel an Sozialarbeitern und Psychotherapeuten gibt es zu wenig Kapazitäten, um jeden traumatisierten Geflüchteten zu erkennen und diesem zu helfen. Dafür gibt es mittlerweile verschiedene Laien- oder Peer-Helfer-Programme, die entwickelt wurden, um traumatisierte Flüchtlinge zu identifizieren und an Sozialarbeiter und Psychotherapie für weitere Hilfen weiter zu leiten.

Das Ziel der Bachelorarbeit ist es, anhand von Literaturrecherchen und dem Vergleich eines Laienhelfer-Modellprojekts mit einer Peer-Helfer-Selbsthilfe-Studie die Arbeit der Laienhelfer mit traumatisierten Flüchtlingen darstellen.

Im ersten Hauptteil wird auf die „Posttraumatische Belastungsstörung“ eingegangen, Begrifflichkeiten, Ursachen und Symptome erklärt.

Im zweiten Hauptteil wird definiert, wer nach dem Gesetz ein „Flüchtling“ ist. Auf die Fluchtursachen, sowie die gesundheitliche und psychische Versorgung von Geflüchteten wird eingegangen, und es wird eine für die Behandlung von Traumapatienten anerkannte Therapiemethode (EMDR) vorgestellt.

Im dritten Teil werden die Methoden der Laienhilfe anhand eines Modellprojekts („In2Balance“) und einer Pilotstudie („Peer-to-Peer-Selbsthilfe-Interventionen) beschrieben und deren Effektivität anhand der Ergebnisse verglichen. Da es bei den Aufgaben der Professionen Sozialarbeit, Psychotherapie und Laienhilfe zu Überschneidungen kommen kann, ist eine klare Abgrenzung zwischen den verschiedenen Aufgabenbereichen wichtig.

Der Begriff „Flüchtling“ wird in dieser Arbeit auch synonym verwendet für Migranten und Asylbewerber, obwohl streng genommen nach der Definition der Genfer Flüchtlingskonvention Migranten und Asylbewerber nicht als „Flüchtlinge“ bezeichnet werden, da auch in der Politik und in den Medien die Bezeichnung „Flüchtling“ entsprechend gebraucht wird.

Die in der Abschlussarbeit gewählte männliche Form bezieht sich immer zugleich auf weibliche und männliche Personen.

2. Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

In diesem Kapitel wird zunächst auf die historische Entwicklung des Traumabegriffes eingegangen. Es wird die Diagnose „Posttraumatische Belastungsstörung“ nach den Klassifikationssystemen der WHO (World-Health-Organisation) und der APA (American Psychological Association) beschrieben und auf Ursachen, Entstehung und Symptome der PTBS eingegangen. Thematisiert werden ebenso Dissoziative Veränderungen sowie Komorbiditäten mit denen eine PTBS einhergehen kann.

2.1 Entwicklung des Traumabegriffes

Im 19. Jahrhundert begann man, sich mit Traumafolgestörungen professionell zu beschäftigen. Das Zeitalter der Industrialisierung schaffte es, nicht nur das Arbeitsleben zu beschleunigen, sondern brachte auch die erste Form der Krankenversicherung hervor. In dieser Zeit wurden die Ursachen von psychischen Erkrankungen hinterfragt und nach geeigneten Therapien gesucht. Viele Professionen, nicht nur Psychiater und Ärzte, sondern u.a. auch Juristen und Psychologen, waren an diesen Diskussionen beteiligt. Sie versuchten, die Frage zu klären, inwieweit sich ein physisches oder psychisches Trauma auswirken kann und welche Symptome dabei auftreten können. Die sich ändernden politischen und sozialen Bedingungen führten dazu, dass die in diesem Zusammenhang auftretenden Begriffe häufig geändert wurden und dass sich das Verständnis für die Folgen psychischer Traumatisierungen erweiterte. Heute hat sich die Diagnose und der Begriff „posttraumatische Belastungsstörung“ (PTBS) durchgesetzt. (Schmiedebach, 2019, S.4)

2.1.1 „Railway Spine“

Die „Railway Spine“, auch „Eisenbahnkrankheit“ genannt, wurde vom englischen Arzt John Eric Erichsen im 19. Jahrhundert bei Personen beobachtet, die berufsmäßig bei der Eisenbahn angestellt waren oder die viel mit der Bahn verreisen mussten. Die Reisenden waren den ständigen Körpererschütterungen ausgesetzt, die die Bahnen damals noch verursachten. Hinzu kamen eine sehr laute Geräuschkulisse und die ständige Belastung durch einen starken Luftzug. Diese Umgebungsfaktoren führten dazu, dass die Nerven im Gehirn und Rückenmark ständigen Reizen ausgesetzt waren, was zunächst Gefühle der Mattheit und Abgeschlagenheit zur Folge hatte. Später kam es häufig zu eingeschränkter Bewegungsfähigkeit und eingeschränkten Gefühls- und Sinnesfunktionen. Als Folge von Bahnunfällen ist es zu verschiedenen physischen und psychischen Verletzungen gekommen. Zunächst wurden nur chirurgische Verletzungen behandelt. Dennoch zeigten sich bei vielen Patienten auch psychische Verletzungen, wie z.B. Bewusstlosigkeit oder eine „todähnliche Betäubung“. (Maes, 2001, A 1569)

2.1.2 Traumatische Neurose

Im Jahr 1889 veröffentlichte Hermann Oppenheim eine Studie über die „traumatische Neurose“. In dieser Studie hatte er verschiedene Arbeitsunfälle begutachtet und bewertet, die durch die von Otto von Bismarck eingeführte Unfallversicherung hätten vergütet werden müssen. Er bemerkte, dass manche Verunfallte nicht nur unter funktionellen und anatomischen Unfallfolgen, sondern auch unter dem Schreckereignis des Unfalls litten. Mit den Jahren war es für Oppenheim immer offensichtlicher, dass psychische Faktoren als Ursachen für körperliche Einschränkungen eine wichtige Rolle spielen, und er vertrat die Meinung, dass physische Einschränkungen nicht besser werden können, wenn die Psyche nicht gesund sei. Oppenheim beschäftigte sich zu dieser Zeit ebenfalls mit der Theorie der „Hysterie“ von Jean-Martin Charcot. Er wollte seinen Begriff der „Traumatischen Neurose“ sichern, konnte aber dennoch nicht abstreiten, dass Formen der Hysterie auch bei seinen Traumapatienten beobachtet werden konnten. Als Therapie empfahl er Ruhe und bei Kopfschmerzen galvanischen Strom. (Schmiedebach, 2019, S.5)

2.1.3 Hysterie

Die Hysterie wurde als eine Störung des Nervensystems verstanden, die überwiegend bei Frauen auftritt. So sah es auch der Arzt Pierre Briquet, für den Frauen als sensibler und beeinflussbarer galten als Männer. Durch ihre vermehrte Empfindsamkeit konnten sie seiner Meinung nach eine wichtige Funktion in der Gesellschaft einnehmen. Die Fürsorgepflichten, die sie gegenüber Kindern, Alten, Kranken und Armen übernahmen, waren ein wichtiger Bestandteil. In seiner Forschung zur Hysterie beschrieb Briquet, wie starke, durch ein einschneidendes Ereignis hervorgerufene Trauer und Angst negativen Einfluss auf die Affektivität haben. Er beobachtete, dass Patientinnen extrem körperlich und emotional reagierten, wenn sie an das traumatische Ereignis erinnert wurden. Zu solchen Ereignissen zählen v.a. Missbrauch und Misshandlungen, sexuelle Belästigung und Beziehungsprobleme. Da er keinerlei körperliche Schäden bei den Untersuchungen finden konnte, war er sich sicher, dass das Problem psychisch sein musste. (Nijenhuis, 2016, S. 31f)

2.1.4 Shell-Shock, Kriegszitterer und Kriegsneurose

Der Einsatz neuer Kriegstechniken wie Panzer, Giftgas und Flugzeugangriffe führten im ersten Weltkrieg dazu, dass viele Soldaten von ihrem Einsatz an der Front innerlich zerrüttet nach Hause kamen. In dieser Zeit entwickelte sich das Fachgebiet der Kriegspsychiatrie, und es entstanden neue Begriffe wie „shell shock“ (Granatenschock) und „Kriegszitterer“. Soldaten, die darunter litten, hatten Symptome, die man heute der PTBS zuordnen kann. Darunter

waren Zuckungen von Gesicht und Körper und verschiedenste Formen der Aphasie zu finden. (Blakemore, 2020)

Überstandene Belastungen und Ängste führten zu anhaltenden Störungen der Affektivität und zu Gemütsveränderungen, welche jedoch immer weniger anerkannt und als Schwäche angesehen wurden. Ärzte unterstellten den Soldaten, zu simulieren und sich vom Kriegs- und Frontdienst drücken zu wollen, eventuell auch um finanziell entschädigt zu werden. Psychiater glaubten, dass sich die Kameradschaft und die Liebe zum Vaterland positiv auf die Soldaten auswirken würden. Dies führte letztendlich bei den erkrankten Soldaten dazu, dass sie der Diskriminierung ihrer Kameraden und der Zivilbevölkerung ausgesetzt waren und man ihnen vorwarf, ihre Kameraden und ihr Vaterland im Kriege im Stich zu lassen. (Michl, 2014, S.1415)

Der 1. und der 2. Weltkrieg führten letztendlich dazu, dass psychische Erkrankungen aufgrund von Kriegseinsätzen zunehmend anerkannt wurden und den traumatisierten Kriegsheimkehrern mehr Mitgefühl entgegengebracht wurde. Im Jahr 1952 wurde das DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) von der APA (American Psychological Association) veröffentlicht. Dieses Manual half seitdem den Ärzten, psychische Störungen zu diagnostizieren. Damit wurde eine Begründungsgrundlage geschaffen, die in der Forschung, in der Politik und bei den Krankenversicherungen Anerkennung fanden. (Blakemore, 2020)

Der Vietnamkrieg (1955-1975) forderte viele Opfer. Eine aktuelle Studie aus dem Jahr 2015 berichtet, dass viele Kriegsveteranen, die im Vietnamkrieg an der Front waren, heute noch an einer posttraumatischen Belastungsstörung und Depressionen leiden. (Marmar et al, 2015, S.875)

Häufige Symptome sind Flashbacks, Albträume, hohe Schreckhaftigkeit und starke Schwierigkeiten, soziale Beziehungen aufzubauen. Im Jahr 1980 wurde dies erstmalig als „posttraumatic stress disorder“ – also „Posttraumatische Belastungsstörung“ im DSM-III definiert. Seitdem wird dieses Krankheitsbild wissenschaftlich erforscht, und regelmäßig erscheinen Studien dazu. (Deutsches Ärzteblatt, 2015)

2.2 Definition und Einteilung der PTBS

Erlebte sexuelle Gewalt, Folter oder andere belastende Ereignisse, wie der Tod einer geliebten Person, können in einem Menschen extreme Reaktionen verursachen. Erfahrungen wie diese können eine PTBS - Posttraumatische Belastungsstörung - auslösen. Die Diagnose PTBS wurde 1980 erstmals definiert und erfuhr Anerkennung. Die Diagnose wurde in die weltweit anerkannten Klassifikationssysteme ICD-11 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und in das

DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) der American Psychiatric Association (APA) aufgenommen. Obwohl es Unterschiede gibt, sind einige Kriterien ähnlich formuliert. (Maercker und Augsburger, 2019, S.15)

2.2.1 Unterscheidung ICD-11 und DSM-5

Die Klassifikationssysteme ICD-11 und DSM-5 haben jeweils Diagnose-Schemata zu den Haupt- und Nebensymptomen einer PTBS entwickelt. Beide Systeme unterstreichen, dass funktionelle Einschränkungen zur Feststellung einer PTBS auftreten müssen, und unmittelbare Folgen nach einem traumatischen Erleben (Stunden bis Tage später), als akute Belastungsreaktion bzw. -störung bezeichnet werden. (Maercker & Augsburger, 2019, S.21f)

Tabelle 1: PTBS-Symptome nach dem ICD-11 (Maercker & Augsburger, 2019, S.22)

PTBS-Symptome nach dem ICD-11
• Erleben eines oder mehrerer (Serie) bedrohlicher oder katastrophaler Ereignisse • Wiedererleben des traumatischen Events in Form von z.B. Flashbacks oder Albträumen im Zusammenhang mit extremen Emotionen, Gefühlen von Angst und physischen Sinnesempfindungen erlebt • Verdrängung von Gedanken, Erinnerungen und von Aktivitäten, Situationen und Personen, die an das erlebte Event erinnern • Gesteigerte Wahrnehmung von gegenwärtiger Bedrohung z.B. Hypervigilanz (erhöhte Wachsamkeit) oder verstärkte Reaktionen auf Reize z.B. plötzliche Geräusche • Anhalten der Symptome über mehrere Wochen mit Beeinträchtigungen täglicher Aktivitäten und sozialer und gesellschaftlicher Bereiche

Tabelle 2:Kriterien zur Diagnose einer PTBS nach dem DSM-5 (Dreßing & Foerster, 2016, S.28)

Kriterien zur Diagnose einer PTBS nach dem DSM-5
A. Erleben oder Miterleben eines traumatischen Ereignisses oder die Mitteilung darüber bzgl. einer Bezugsperson oder Konfrontation mit einem dramatischen Event (A-Kriterium muss erfüllt sein) B. Wiederholte Erinnerungen an das traumatische Ereignis; Albträume in Bezug auf das Trauma; dissoziative Symptome, wie z.B. Flashbacks; psychische Belastung durch intrinsische oder extrinsische Reize, die an das traumatische Event erinnern; körperliche Symptome bei intrinsischen oder externen Reizen, die an das traumatische Ereignis erinnern C. Verdrängung von Reizen, die den Betroffenen an das Trauma erinnern

Tabelle 2 Fortsetzung
D. Auftreten negativer kognitiver Veränderungen und Veränderung der Stimmung nach dem traumatischen Erlebnis; dissoziative Amnesie; negative Selbstwahrnehmung- und vertrauen; Vorwürfe gegenüber sich selbst und anderen; Angst, Schuld Scham; Interessensverlust bzgl. Aktivitäten; Einschränkung positiver Empfindungen
E. Symptome der Übererregbarkeit und gesteigerte Reaktionsfähigkeit; Aggressivität; eigen- oder fremdgefährdetes Verhalten; erhöhte Wachsamkeit; Schlaf- und Konzentrationsschwierigkeiten

2.2.2 Klassifikation von Traumata

Traumata haben unterschiedliche Ursachen, weshalb eine Klassifikation zur Orientierung sinnvoll ist. Sie werden in Typ-I- und Typ-II-Traumata eingeteilt, wobei diese einerseits zufällig, andererseits „man-made“ – also durch andere Personen willentlich verursacht – sind. Traumata des Typ I sind meist kurzfristige und einmalige Ereignisse, wie zum Beispiel Verkehrsunfälle. Traumatisierungen des Typ II hingegen finden meist langfristig und wiederholt statt – es kommt also zu mehreren traumatischen Geschehen. Beispiel hierfür wäre der häusliche Missbrauch. (Maercker, 2017, S.12)

Traumata können zusätzlich in „Non-Intentional“ (zufällig) und „Intentional“ („man-made“) eingeteilt werden. Zu den zufälligen Ereignissen zählen z.B. Naturkatastrophen. Intentionale Geschehen hingegen sind bewusst hervorgerufene Traumata, welche auch als Beziehungstraumatisierung bezeichnet wird. (Pausch & Matten, 2018, S.5)

2.3 Ursachen der PTBS

Das Risiko, eine posttraumatische Belastungsstörung zu entwickeln, wird durch prä-, peri- und posttraumatische Faktoren bestimmt. Dies bedeutet, dass bestimmte Kriterien die Entstehung einer Traumafolgestörung bereits vor, bzw. während und nach einem erlebten Trauma bedingen können. (Hecker und Maercker, 2015b, S.31)

2.3.1 Prätraumatische Faktoren

Zu den prätraumatischen Faktoren, also Faktoren, die vor dem erlebten Trauma bestehen, zählen das Alter, das weibliche Geschlecht, frühere Traumata, das Bildungsniveau bzw. der sozioökonomische Status oder andere persönliche Faktoren wie z.B. Vorerkrankungen. (Maercker & Augsburger, 2019, S.28)

In einer US-Studie aus dem Jahr 1995 zeigte sich, dass Mädchen bzw. Frauen fast doppelt so häufig an einer lebenslang beeinflussenden posttraumatischen Belastungsstörung leiden als Männer. Die Ursache für die PTBS bei Frauen sind meist sexuelle Übergriffe bis hin zur Vergewaltigung, wobei kein Unterschied zur ethnischen Herkunft gemacht wurde. (Kessler et al., 1995, S.1052)

Es wurde außerdem festgestellt, dass Personen, die bereits eine psychische Vorerkrankung haben, ein erhöhtes Risiko besitzen, eine Traumatisierung zu erleiden. Ein Beispiel hierfür wäre, dass ein Kind, das z.B. an einer Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS) leidet, deutlich häufiger traumatische Ereignisse erlebt. (Kultalahti & Rosner, 2008, S.213)

Des Weiteren erhöht ein niedriger sozioökonomischer Status das Risiko, an einer Traumafolgestörung zu erkranken. Dies beinhaltet z.B. ein niedriges Bildungsniveau, ein niedriges Einkommen oder Armut. Auch Menschen, die sehr konservativ oder traditionsbehaftet leben, haben ein höheres Risiko, an einer PTBS zu erkranken als Menschen, die nach modernen Werten leben. Gefährdet sind z.B. Personengruppen, die in streng religiösen Lebensgemeinschaften leben. Somit kann gesagt werden, dass ein Leben nach modernen Wertvorstellungen einen Schutzfaktor darstellen kann. (Maercker, 2017, S.56)

2.3.2 Peritraumatische Faktoren

Zu den peritraumatischen Faktoren zählen die Ereignisfaktoren. Diese beinhalten die Traumaschwere und die initiale Reaktion.

Die „Traumaschwere“ ist bezeichnet durch Dauer, Art und Ausmaß des Traumas. Dies umfasst z.B. auch die Anzahl der Toten in Zusammenhang mit dem erlebten Trauma. In einer Metaanalyse aus dem Jahr 2003 wurde ermittelt, dass eine „wahrgenommene Lebensbedrohung“ den größten Faktor darstellt, eine posttraumatische Belastungsstörung zu entwickeln. (Ozer et al., 2003, S.68)

Die „initiale Reaktion“ ist die individuelle Reaktion, die zeigt, wie ein Betroffener das Trauma erlebt. Dies kann dann die Schwere der Traumafolgestörung bedingen. Vor allem helfen individuelle Ressourcen, das Erkrankungsrisiko zu senken. Kann ein Betroffener auf wenig oder keine Ressourcen zurückgreifen, sinkt die Möglichkeit, ein Trauma zu bewältigen. Ressourcen können z.B. Familienmitglieder oder Freunde sein (extrinsische Ressourcen), oder auch intrinsische Ressourcen sein, wie die emotionale Reaktion auf Belastungen. (Steil & Rosner, 2009, S.18-19)

2.3.3 Posttraumatische Faktoren

Nach einer Traumatisierung gibt es verschiedene Faktoren, die das Risiko beeinflussen, eine Traumafolgestörung zu entwickeln. Gleichzeitig verfügen viele Menschen über Schutzfunktionen, die den Betroffenen bei der Bewältigung helfen. (Maercker & Augsburger, 2019, S.28)

Schutzfaktoren, die bei der Bewältigung helfen können, sind z.B. die Unterstützung durch Freunde und Familien, über das Erlebte zu sprechen zu können, oder auch die Anerkennung als Traumaopfer durch die Gesellschaft. (Ozer et al., 2003, S.66)

2.3.4 Ereignisfaktoren

In der Metaanalyse von Ozer et al. (2003) wurden Prädiktoren der posttraumatischen Belastungsstörung bei Erwachsenen untersucht. Dabei wurden 68 Studien miteinander verglichen, wobei sieben Variable besonders aufgefallen sind.

1. **Vorherige Traumata (prior trauma):**
   In 23 von den insgesamt 68 Studien wurde ein Zusammenhang gefunden zwischen PTBS-Symptomen und in der Vergangenheit erlebten Traumata. Dabei unterschied man zusätzlich zwischen traumatischen Erlebnissen im Krieg (r = .17) und traumatischen Erfahrungen, welche nicht im Krieg stattgefunden haben, z.B. Vergewaltigung, zivile Gewalt (r = .27).

2. **Vorherige psychische Probleme (Psychological Problems Prior to Target Stressor):**
   Ebenfalls in 23 Studien wurde eine Korrelation von r = .17 gebildet. Hierbei zeigte sich, dass Personen, die vorher psychische Probleme hatten (z.B. eingeschränkte geistige Gesundheit), eine höhere Wahrscheinlichkeit hatten, PTBS-Symptome zu entwickeln, als Personen, die vorherige Probleme verneinten.

3. **Psychopathologie in der Familie (Psychopathology in Family of Origin):**
   Von den 68 Studien untersuchten insgesamt nur 9 Studien mit (n = 667) den Zusammenhang von Vorkommnissen im familiären Umfeld und PTBS-Symptomen. Hier war die Korrelation bei psychischer Gewalt höher (r = .31) als bei körperlicher Gewalt innerhalb der Familie (r = .12). Dabei wurde beobachtet, dass die Personen, die bereits vorher Gewalt in der Familie erlebt haben, ein höheres Risiko hatten, Symptome zu entwickeln, als die, die in der Familiengeschichte bisher keine Gewalt erfahren mussten.

4. **Erleben von Lebensgefahr (Perceived Life Threat):**
   12 Studien (n = 3.524) untersuchten den Zusammenhang zwischen PTBS-Symptomen und der Erfahrung von Lebensgefahr (r = .26). Dabei wurde festgestellt, dass das Risiko, Symptome zu entwickeln bei Personen, deren traumatisches Erlebnis im Zusammenhang mit personeller Gewalt stand, weitaus höher war (r = .36) als bei Personen, die in Zusammenhang mit einem Unfall ein traumatisches Ereignis hatten (r = .20).

5. **Unterstützung nach einem Trauma (Perceived Support Following Trauma):**
   In 11 Studien der insgesamt 68 Studien wurde der Zusammenhang zwischen Symptomen der posttraumatischen Belastungsstörung und der Erfahrung von sozialer Unterstützung nach einem Trauma untersucht. Dabei wurde eine Korrelation von r = -.28 festgestellt – dies bedeutet, dass es bei der Entwicklung einer PTBS einen signifikanten Unterschied bedeutet, ob man Unterstützung nach einem Trauma erfährt, oder nicht.

6. **Peritraumatisches Verhalten (Peritraumatic Emotional Response):**
   Das peritraumatische Verhalten und die Entwicklung von PTBS-Symptomen wurde in insgesamt 5 Studien (n = 1.755) untersucht. Dabei wurde der Zusammenhang zwischen der emotionalen Haltung während des traumatischen Erlebnisses des Opfers und den entwickelten Symptomen begutachtet (r = .26). Die Korrelation ist hier sehr hoch. Die Gefühle, die von den Opfern beschrieben wurden, waren wie in der Literatur beschrieben: Hilflosigkeit, Angst, Schuld- und Schamgefühle während des Ereignisses.

7. **Peritraumatische Dissoziation (Peritraumatic Dissociation):**
   Die Korrelation beinhaltet insgesamt 16 Studien (n = 3.534). Die Studien zeigten auf, dass die Individuen, die noch während oder direkt nach dem traumatischen Erlebnis dissoziative Erfahrungen hatten, stärker gefährdet waren, Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung zu entwickeln. (r = .35).

Es gibt viele individuelle Faktoren, die das Entstehen einer posttraumatischen Belastungsstörung beeinflussen. Beachtlich ist jedoch, wie sehr die Unterstützung von Familien, Freunden und Bezugspersonen das Risiko senken, bzw. das Ausmaß der Erkrankung mindern können.

2.4 Entstehung einer PTBS

Es gibt viele verschiedene Modelle, die die Entstehung einer PTBS beschreiben. Diese Modelle zeigen auf, inwieweit ein Traumaerleben psychologische und physiologische Veränderungen nach sich zieht und damit zur Entstehung von PTBS-Symptomen führt.

Die Posttraumatische Belastungsstörung ist die einzige psychiatrische Diagnose, bei der ein traumatisches Erleben, also ein extremes Ereignis eingetreten sein muss. Dies wird im DSM-V als A-Kriterium genauer beschrieben, wenn z.B. der Betroffene mit direkter oder sexueller Gewalt oder mit dem drohenden Tod konfrontiert war. Dabei muss er nicht unbedingt selbst betroffen sein, es kann sich hierbei auch um ein Familienmitglied oder um Freund handeln. (Griesbeck, 2016, S.460)

2.4.1 Körperliche Reaktionen: 6-F-Kaskade

Ein extremes Ereignis kann man als Stresssituation bezeichnen. Der Ablauf eines traumatischen Ereignisses wird im Zusammenhang mit den jeweiligen körperlichen Reaktionen in den Phasen der Stresssituation in der 6-F-Kaskade (Freeze, Fight or Flight, Fright, Flag, Faint) genauer beschrieben.

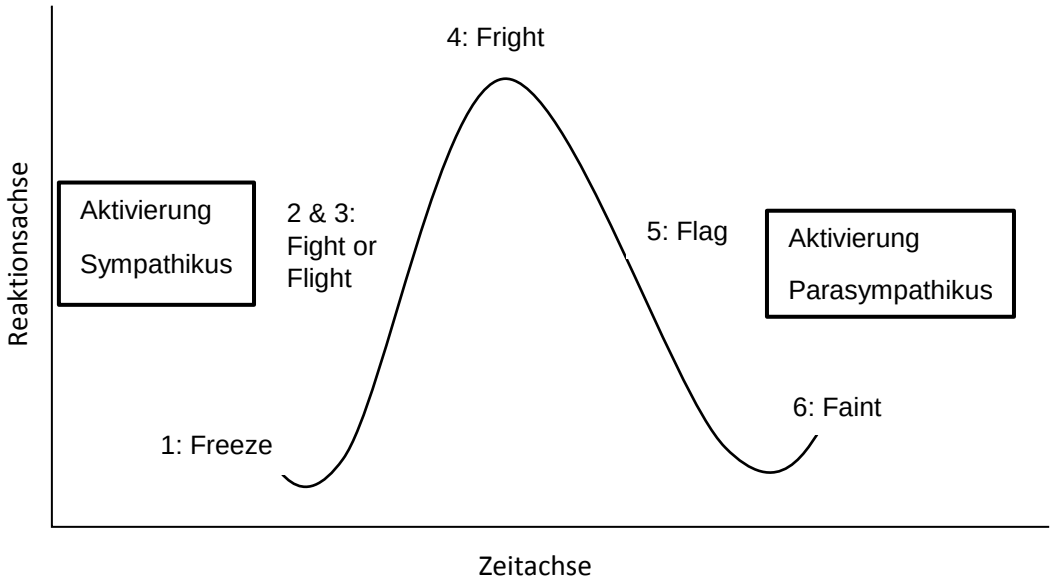

Abbildung 1: 6-F-Kaskade - Eigene Darstellung (Myrick & Brand, 2015, S.6)

Stadium 1: Freeze

Im ersten Stadium, dem so genannten „Freeze“, wird die potentielle Gefahr wahrgenommen und beurteilt. Es wird genutzt, um die aktuelle Situation einschätzen zu können, Informatio-

nen zu sammeln und die Wachsamkeit des Betroffenen zu erhöhen. Es wurde herausgefunden, dass es in diesem initialen Stadium eher zu einer sinkenden Herzfrequenz kommt, als zu einer erhöhten. Dieses Stadium gilt auch als das Stadium, in welchem die persönliche Verteidigung vorbereitet wird, z.B. einen Fluchtweg zu finden (Schauer & Elbert, 2010, S.111-112)

Stadium 2 und 3: Fight or Flight

Das 2. und 3. Stadium, auch „acute stress response" genannt, ist die direkte Antwort auf das Freeze-Stadium. Innerhalb kürzester Zeit wird die aktuelle Situation als Bedrohung beurteilt, und es kommt zu einer Kampf- oder Fluchtreaktion. Diese wird durch den Sympathikus aktiviert. Als Alarmreaktion kommt es zu einer Beschleunigung der Herzfrequenz. Blutdruck und Atemfrequenz erhöhen sich. Wenn der höchste Level erreicht ist, werden vom Körper Endorphine ausgeschüttet, um eventuelle Schmerzen zu reduzieren und um die Wahrnehmung der Situation zu dämpfen. (Griesbeck, 2016, S.463)

Stadium 4: Fright

Das „Fright"-Stadium kann sich von der völligen Bewegungslosigkeit ins Gegenteil wandeln. Dies hängt jedoch von der aktuellen Situation ab. Die Betroffenen befinden sich in einem paralysierten Zustand, der es für sie unmöglich macht, sich zu bewegen oder zu schreien. Es findet in diesem Moment kein Bewusstseinsverlust statt. Jedoch können die Betroffenen meist keine Details über den Angriff wiedergeben, da sie einen Verlust des Schmerzempfindens bzw. eine Art Taubheit verspüren. Bei den Opfern wird in solchen Momenten vermehrt Adrenalin ausgestoßen. Durch die Vasodilatation (Erweiterung der Blutgefäße) kühlt der Körper ab und es kommt zu einer Art „Schockzustand". Vor allem Opfer von sexuellen Übergriffen versuchen durch das „Fright"-Stadium das Überleben zu sichern, wenn sie merken, dass sie keine Chance bei einer Konfrontation mit dem Angreifer hätten. (Schauer und Elbert, 2010, S.115)

Stadium 5 und 6: Flag and Faint

Ist das traumatische Erleben noch nicht beendet, reagiert der Körper mit einem „shutdown" z.B. Ohnmacht (Faint) und körperlichem Erschlaffen (Flag). Das Opfer wird bradykard (Herzfrequenz sinkt) und hypotensiv (Blutdruck sinkt). Das Opfer ergibt sich der Situation. Dies führt zu Emotionslosigkeit, und die kognitiven Fähigkeiten werden eingeschränkt. Dieses Stadium erhöht das Risiko, im späteren Verlauf eine posttraumatische Belastungsstörung zu entwickeln. (Griesbeck, 2016, S.463)

2.4.2 Neurobiologische Grundlagen

In den letzten Jahren nahmen aufgrund der intensiven Forschung die Erkenntnisse über die neurobiologischen Grundlagen der posttraumatischen Belastungsstörung zu. Neben den Grundlagenforschungen der Neurologie, Molekularbiologie und der Pharmakologie zeigt gerade die Stressforschung, wie sehr sich Stress auf Lern- und Gedächtnisprozesse auswirkt. (Schmahl, 2019, S.96)

Die posttraumatische Belastungsstörung geht mit einer Störung unterschiedlicher neurobiologischer Bereiche einher. Vor allem findet man diese Störungen im Hippocampus und in der Amygdala. Diese Bereiche bilden im Gehirn das Alarmsystem und produzieren Endorphine, wenn etwas dissoziativ verarbeitet wird. Die Amygdala ist zuständig für die Speicherung von negativen Vorerfahrungen. Kommt es zu einer Situation, die an die unangenehme oder gefährliche Erfahrung erinnert, wird das Notfallzentrum aktiviert. Dieses Notfallzentrum besteht aus dem Hypothalamus und dem Hirnstamm. Im Hypothalamus wird anschließend das Stresshormon CRH (Corticotropin-Releasing-Hormon) ausgeschüttet. (Klußmann & Nickel, 2009, S.318)

Das CRH aktiviert in der Hypophyse die Ausschüttung von ACTH (Adrenocortikotropes Hormon). Das ACTH stimuliert die Cortisolproduktion in der Nebennierenrinde und setzt damit die Regulation der Stressreaktion in Gang. Diesen Mechanismus bezeichnet man als HHN-Achse (Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse). (Augsburger & Maercker, 2020, S.36f)

Bei Patienten mit PTBS ist im Vergleich zu Patienten mit depressiven Erkrankungen der Cortisolspiegel niedriger. Mittels Positronen-Emissions-Tomographie (PET) zeigten sich im Hippocampus, in der Amygdala und im Broca-Sprachzentrum Veränderungen der Glucoseutilisation, während sich die Patienten an das posttraumatische Ereignis erinnern sollten. Bei Patienten mit chronischer PTBS zeigte sich zusätzlich eine Volumenabnahme des Hippocampus. Diese Ergebnisse sind eine mögliche Erklärung dafür, warum Patienten nach einem traumatischen Erleben Schwierigkeiten haben, sich an das Erlebte zu erinnern, darüber zu sprechen und es in ihr bisheriges Leben zu integrieren. Durch die so entstehende Hypoaktivität des Frontallappens und die erhöhte Aktivität der Amygdala kommt es zu einem Ungleichgewicht zwischen den neuronalen Bereichen, das sich in verminderter Steuerungsfähigkeit und vermehrten emotionalen Reaktionen äußert. (Frommberger, 2012, S. 255)

Die spezifische Verarbeitung von traumatischem Erleben wird mit den genannten neurobiologischen Vorgängen in Verbindung gebracht. Die Annahme besteht, dass das Erleben eines traumatischen Ereignisses ohne Verarbeitung im Kortex und Hippocampus direkt an die

Amygdala weitergeleitet wird und direkt unbewertet, aber mit hoher emotionaler Erregung im Gedächtnis gespeichert wird. Dies wird als „Traumagedächtnis“ bezeichnet. Das Traumagedächtnis kann durch Trigger leicht aktiviert werden. (Schneider, 2017, S. 390)

In der Stress- und PTBS-Forschung werden die Veränderungen in der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HHN-Achse) als vorbestehender Risikofaktor und als mögliche Folge diskutiert. (Schmahl, 2019, S.98)

2.5 Kernsymptome der PTBS

Erhält ein Patient die Diagnose „Posttraumatische Belastungsstörung“, muss dieser die drei Kernsymptome einer PTBS aufweisen. Zu diesen gehören:

- Intrusion
- Vermeidungsverhalten
- Hyperarousal

2.5.1 Intrusion

Der Pschyrembel definiert „Intrusion“ wie folgt:

> “Ungewollt wiederkehrende Erinnerung an belastende Erlebnisse oder Traumata, die durch einen Schlüsselreiz oder spontan ausgelöst während des Wachzustands, aber auch in Träumen auftritt. Die Intensität reicht von Einzelerinnerungen bis zu Flashbacks.“ (Pschyrembel, o.D.a)

Die Trigger sind meist an Geräusche oder Bilder gebunden, die bei den Betroffenen lebendig wirkende Bilder im Kopf herbeiführen. Diese führen zu einer akuten Belastung und können das Trauma wiederauffrischen. Zu den häufigsten Intrusionen zählen die Flashbacks und Albträume. (Kunzke & Güls, 2003, S.52)

2.5.2 Vermeidungsverhalten

Das „Vermeidungsverhalten“ ist ein weiteres Symptom, das nach einem Trauma auftritt. Es äußert sich darin, dass Patienten versuchen, das Ereignis zu verdrängen und nicht mehr an das Geschehene zu denken. Dies beinhaltet nicht nur Gedanken, sondern auch z.B. die Vermeidung von bestimmten Plätzen oder die Vermeidung von Tätigkeiten, die an das traumatische Erlebnis erinnern könnten. Der Begriff „Numbing“ wird in diesem Zusammenhang

häufig mit dem Symptom der Vermeidung genannt. Damit wird die Abflachung der psychischen Reagibilität bezeichnet. Häufig ziehen sich die Patienten zurück, vermeiden soziale Kontakte und distanzieren sich vom gesellschaftlichen Leben. (Hecker & Maercker, 2015a, S.549)

2.5.3 Hyperarousal

Der Begriff „Hyperarousal“ bezeichnet eine kontinuierliche Übererregtheit des Betroffenen. Nach dem traumatisierenden Ereignis ist das Gehirn darauf gepolt, dass es jederzeit zu einem weiteren traumatisierenden Erlebnis kommen könnte. Dies führt zu einem andauernden gesteigerten Erregungszustand. Folgen des „Hyperarousal“ können Schlafstörungen, starke Reizbarkeit oder vermehrte Aggressivität, Schreckhaftigkeit, geminderte Konzentrationsstärke und Vergesslichkeit sein. Betroffene befürchten oft, dass sie demenziell erkrankt sein könnten, da sie das häufige Vergessen nicht mit der Übererregbarkeit in Zusammenhang bringen. (Pausch & Matten, 2018, S.31)

2.6 Dissoziative Störungen bei PTBS

„Dissoziation“ ist ein Verarbeitungsprozess der Psyche, der bei sozialen Belastungen oder Konflikten beim Menschen auftritt. Dabei sorgt die Psyche dafür, dass Emotionen, Gefühle, Handlungen oder auch Gedanken nicht ins Bewusstsein treten, sondern abgespalten werden. Diese Fähigkeit sorgt dafür, dass keine Reizüberflutung stattfindet, und es nicht zu einer Verminderung der Reaktionsfähigkeit, die in bestimmten Situationen benötigt wird, kommt. Menschen erleben tagtäglich, dass sie bestimmte Situationen oder Ereignisse unbewusst als nicht wichtig oder störend einordnen und sie somit ignorieren. Ein Beispiel hierfür wäre, wie man in einer Stresssituation funktioniert, sich aber anschließend nicht mehr an seine Handlungen erinnern kann. Diese so genannten Alltagsdissoziationen zeigen sich z.B., im Phänomen des Tagträumens oder wenn Routinewege (z.B. der Weg in die Arbeit) nicht wahrgenommen werden. (Graf v. Lüttichau, 2016, S.1)

Auf die PTBS bezogen, zählen z.B. Flashbacks zu einem der häufigsten Dissoziationszustände nach einem Trauma. Die Betroffenen verlieren den Bezug zur Realität und erleben das traumatische Ereignis erneut. Dabei kommt es zu Fehlinterpretationen der Umgebung. (Maercker & Augsburger, 2019, S.23)

Nach einem traumatischen Ereignis bildet sich nicht nur eine posttraumatische Belastungsstörung, sondern es können auch andere Erkrankungen entstehen. Nach einer Traumatisierung ist die Psyche verletzt und „offen“ für die Entwicklung von verschiedenen Störungen. Dies kann eine Alkoholabhängigkeit sein, um die Erfahrungen zu vergessen, bis hin zur Ent-

wicklung von schizophrenen Psychosen, Bipolarität oder auch weniger beeinflussenden Erkrankungen wie Insomnie oder Libidoverlust. (Maercker, 2017, S.40-41)

Phänomene Dissoziativer Störungen sind:

- **Depersonalisation**: Der Betroffene fühlt sich oft, trotz Überprüfung der Realität, nicht zugehörig zum eigenen Geist und Körper. Er fühlt sich, als würde er eine sich selbst beobachtende Position einnehmen. Es müssen andere psychische Erkrankungen zusätzlich abgeklärt und ausgeschlossen werden. Studien haben ergeben, dass frühe Traumatisierungen durch andere Personen, vor allem Missbrauch oder Vernachlässigung, häufig zu einer Depersonalisationsstörung führen. (Kunzke und Güls, 2003, S.59)
- **Derealisation**: Die Umwelt wird befremdlich oder nicht real wahrgenommen. (Maercker, 2019a, S.51)
- **Psychogene Amnesien**: Erinnerungen können nicht abgerufen werden. Es existiert eine psychische Barriere. (Maercker, 2017, S.41)

2.6.1 Dissoziative Identitätsstörung

Die „dissoziative Identitätsstörung“ wird bestimmt durch das Auftreten von zwei oder mehreren verschiedenen Identitäten, die die betroffenen Personen wiederholt kontrollieren. Ein Hinweis für diese Störung können Erinnerungslücken oder Veränderungen in der persönlichen Geschichte sein, die häufig durch Angehörige belegt oder verneint werden. (Kunzke & Güls, 2003, S.57)

Diese verschiedenen Identitäten existieren getrennt voneinander in einem Betroffenen und können durch einen Trigger situativ wechseln. Dabei handelt es sich um kaum wahrnehmbare Zustände im Bewusstsein, die speziellen Handlungen zugeordnet werden können, und so zwischenmenschliche oder alltägliche Verhaltensweisen übernehmen. Dabei ist jedoch zu beachten, dass diese Strategien abhängig vom aktuellen Zustand des Betroffenen sind und nur beschränkt Lebenserfahrungen abrufen können. (Kapfhammer, 2011, S. 47)

2.6.2 Dissoziative Sinneswahrnehmungsstörung

Betroffene mit einer dissoziativen Sinneswahrnehmungsstörung haben funktionelle Einschränkungen bis hin zum vollständigen Verlust von Sinneseindrücken. Diese beinhalten das Hören und Sehen, Berührungen, Schmerzen und Wahrnehmungen des eigenen Körpers oder auch der Geschlechtsorgane. Der Hör- und Sehverlust bei der dissoziativen Sinnesstörung wird ebenso als psychogene Taubheit bzw. psychogene Blindheit bezeichnet, wobei die eigentliche Körperfunktion der Organe nicht eingeschränkt ist. Die Sinnesstörung wird sehr

selten diagnostiziert. Dennoch wird angenommen, dass sie sehr wahrscheinlich im Zusammenhang mit mehreren traumatischen Ereignissen steht. (Maercker, 2017, S.44f)

2.6.3 Dissoziative Bewegungsstörung

Die dissoziative Bewegungsstörung wurde früher als Symptom der Hysterie gesehen. Der Begriff „Kriegszitterer“ wurde im 1. Weltkrieg geprägt, da sich bei vielen Soldaten eine dissoziative Bewegungsstörung bildete, bei der ein unkontrolliertes Zittern beobachtet werden konnte. Heute weiß man, dass dabei Teil- oder Vollblockaden trotz funktionierender Nervenfunktionen die bewusste Bewegungsausführung einschränken. Im Fachbereich der Neurologie wurden hierfür verschiedene Fachbegriffe gebildet: (Maercker, 2017, S.45f)

- **Ataxie**: Geh- und Standstörungen
- **Apraxie**: erlernte Bewegungsmuster können nicht ausgeführt werden
- **Aphonie/Dysphonie**: Die Sprechfunktion ist eingeschränkt und/oder verändert

2.6.4 Somatische Störungen

Somatische Störungen sind überwiegend chronische Schmerzen. Diese sind aber oft nicht klar definiert und haben nicht immer organische Ursachen. Die Schmerzen können jeden Bereich des Körpers befallen. Häufig sind Kopfschmerzen, Rücken- und Bauchschmerzen. Nebenerscheinungen sind oft Herzrhythmusstörungen, Schweißausbrüche oder auch chronische Müdigkeit. (Kapfhammer, 2016, S. 43)

2.7 Emotionale Veränderungen bei PTBS

Menschen mit einer posttraumatischen Belastungsstörung haben diese nicht selten in Kombination mit weiteren psychischen Störungen und Symptomen, so genannte Komorbiditäten. Die Patienten leiden häufig an zwei oder mehreren Störungen, die die Psyche betreffen. Diese Störungen sind meist affektive Störungen, Suchterkrankungen und Angststörungen sowie somatische Störungen, die neben der PTBS auftreten. Die PTBS ist jedoch die Hauptdiagnose, und die anderen Diagnosen entwickeln sich im Laufe der Zeit, um das traumatische Ereignis zu bewältigen. (Augsburger und Maercker, 2020, S.30)

An PTBS Erkrankte zeigen oftmals verschiedenste Emotionen, die zur Diagnosestellung kaum eine Relevanz haben, jedoch bei der Therapie eine wichtige Rolle spielen.

2.7.1 Scham, Ekel und Schuld

Die Scham ist ein Zustand, welche sich nicht nur auf die Gefühle, sondern auch körperlich auswirkt. Patienten fühlen sich häufig bloßgestellt und fürchten, zurückgewiesen zu werden. Sowohl durch Berührungen (sensorisch) als auch durch Äußerungen (verbalisiert) können Erinnerungen hervorgerufen werden. Zusammen mit den Schuldgefühlen treten auch Ekelgefühle auf. Ekelgefühle treten häufig bei Betroffenen auf, die sexuelle Gewalt erlebt haben. Dieses Gefühl betrifft die Person oftmals selbst und kann durch Reize wie Gerüche und Konsistenzen von Lebensmitteln getriggert werden. Betroffene haben des Weiteren häufig Schuldgefühle bezüglich des Geschehens. Dies äußert sich darin, dass sie glauben, nicht alles getan zu haben, um das traumatisierende Ereignis abzuwenden. (Maercker und Augsburger, 2019, S. 24f)

2.7.2 Ärger und Wut

Diese Gefühle enden häufig in aggressivem Verhalten, das sich auf den Täter beziehen kann, oder auch auf Personen, die unmittelbar nach dem traumatisierenden Ereignis ins Bild traten. Dabei kann es sich z.B. auch um Ersthelfer handeln, die nur helfen wollten. Der Gedanke nach Rache spielt ebenfalls häufig eine Rolle. (Augsburger und Maercker, 2020, S.31)

Weitere Gefühle, die auftreten können, sind unter anderem Trauer, Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit. Die betroffene Person muss versuchen, neue Bewältigungsstrategien zu entwickeln, vorhandene Ressourcen zu nutzen, neue Fertigkeiten und Fähigkeiten auszubilden und weiterzuentwickeln, um das belastende Ereignis auch als Chance für Veränderung zu sehen. (Pausch und Matten, 2018, S.15)

2.8 Komplexe posttraumatische Belastungsstörung

Betroffene eines traumatischen Ereignisses entwickeln oftmals eine „komplexe posttraumatische Belastungsstörung“ (kPTBS).

Die kPTBS wird ausgelöst durch mehrfache oder sich wiederholende traumatische Ereignisse. Im ICD-11 wird zusätzlich aufgeführt, dass diese Erlebnisse oft keine Möglichkeit zur Flucht bieten oder zumindest der Ausweg daraus sehr schwierig ist. Dazu zählen Folter, Sklaverei, häusliche Gewalt oder auch ein sich wiederholender sexueller oder psychischer Missbrauch. (Maercker, 2019a, S. 48)

Betroffene, die an einer kPTBS leiden, zeigen zusätzlich zu den PTBS-Kernsymptomen (Intrusion, Vermeidung, Hyperarousal) noch weitere Symptome. Diese zeigen sich in Störungen der Affektregulation, andauernder Gereiztheit mit depressiven Verstimmungen, Gefühlen der

Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit, häufig in Kombination mit Suizidgedanken und selbstverletzendem Verhalten. Ein mangelndes Selbstwertgefühl bis hin zum Selbsthass, Hilflosigkeit und Gefühle wie Scham, Schuld und Ekel entstehen häufig aus langjährigen Missbrauchserfahrungen. Eigene Bedürfnisse werden oft nicht mehr von den Betroffenen wahrgenommen oder beachtet, was zu einer mangelnden Selbstfürsorge führt. Zum Täter können sich unterschiedliche Wahrnehmungen entwickeln. Dies kann von Rachegedanken bis hin zu Gefühlen der Dankbarkeit gehen. Zu anderen Menschen entwickelt sich hingegen oft eine gestörte Beziehung, die sich in Misstrauen, sozialem Rückzug und Isolation darstellt. (Schnell & Gast, 2014, S. 31f)

2.9. Komorbidität

Der Pschyrembel definiert Komorbidität als

> „Gleichzeitiges Vorhandensein von 2 oder mehr diagnostisch unterscheidbaren Krankheiten bei einem Patienten. Eine ursächliche Beziehung muss zwischen diesen nicht bestehen. Beispiel ist das gleichzeitige Vorkommen eines Herzinfarkts und eines Diabetes mellitus.“ (Pschyrembel, o.D.b)

Patienten mit PTBS leiden in der Regel zusätzlich an weiteren Symptomen oder an einer anderen Erkrankung. Die häufigsten Erkrankungen sind Depressionen und Angststörungen, aber auch somatische Störungen und Abhängigkeitserkrankungen. Für die Praxis ist dies sehr wichtig, da so individuell an den Patienten angepasste Maßnahmen und Therapien gestaltet werden können. Die Forschung bezüglich PTBS und komorbider Suchtstörung ist sehr weit fortgeschritten. (Maercker, 2019b, S.219)

2.9.1 Die Suchterkrankung

Kriterien, die eine Suchterkrankung auszeichnen, sind der wünschenswerte Konsum bestimmter oder mehrerer unterschiedlicher Substanzen und ein daraus entstehender Kontrollverlust. Mit zunehmendem Konsum kommt es zu einer Toleranzentwicklung gegenüber der konsumierten Substanz. Beim Versuch, weniger oder nicht mehr zu konsumieren, kommt es zu körperlichen Entzugserscheinungen. Der übermäßige Konsum von Suchtmitteln ist ein häufiges Phänomen, da viele Suchtmittel legal erworben werden können. In Deutschland haben 5-8% der Erwachsenen eine Alkoholerkrankung, 3% sind alkoholabhängig und 5% weisen ein schädliches Verhalten beim Alkoholkonsum auf. Die Medikamentenabhängigkeit liegt bei 3%. Der schädliche Gebrauch von Suchtmitteln und die Abhängigkeit wird an verschiedenen Faktoren gemessen. Zum einen ist dies die Menge (wenig, viel, exzessiv) und die Frequenz, also wie häufig und in welchen Abständen konsumiert wird. Des Weiteren wird

unterschieden zwischen stoffgebundenen und nicht stoffgebundenen Abhängigkeiten. Ist eine Sucht stoffgebunden, wird zusätzlich zwischen legalen (Alkohol, Nikotin, Medikamente) und illegalen (z.B. LSD, Heroin) Substanzen unterschieden. Nicht stoffgebundene Süchte können sein: Arbeitssucht, Esssucht, Sexsucht, Kaufsucht, Glücksspiel. (Stadler, 2012, S. 78)

2.9.2 Suchtverhalten bei PTBS

Der Forschungsfortschritt in der Psychotraumatologie war im letzten Vierteljahrhundert erheblich. Häufig ist der Erfolg bei Patienten mit einer Traumatisierung und einem Substanzmissbrauch eher mäßig, und viele brechen ihre Therapien vorzeitig ab. Eine Suchterkrankung ist eine sehr häufige Komorbidität, wenn es um die posttraumatische Belastungsstörung geht. (Goddemeier, 2009, S.448)

Der Vergleich von 21 Studien hat ergeben, dass ca. 41% der Frauen, die einen sexuellen Missbrauch im Kindes- und Jugendalter erlebt haben, einen besorgniserregenden Substanzgebrauch vorweisen können. In fünf Studien weisen 65% der Männer nach Missbrauchsereignissen einen erhöhten Substanzkonsum auf. Zudem untersuchten einige Studien aus dem englischen, amerikanischen und kanadischen Raum den Substanzkonsum bei Kindern und Jugendlichen. Dabei wurde der Fokus gelegt auf Kinder und Jugendliche in Pflegefamilien oder in Heimen. Die Ergebnisse zeigten, dass bereits Teenager Erfahrungen mit psychotropen Mitteln aufwiesen. Der Grund war meist sexueller Missbrauch. (Potthast und Catani, 2012, S.229)

Der Substanzkonsum beginnt meist nach einer Traumatisierung. Komorbide Patienten wissen für sich, bei welchen Symptomen sie welche Substanz wirksam nutzen müssen, um ihre PTBS-Symptome zu dämpfen. Häufig werden Alkohol, Marihuana, Heroin oder Benzodiazepine dafür eingesetzt. Die Gefahr dabei ist, dass dennoch Spuren des Traumas im Gedächtnis präsent bleiben, weshalb sich daraus schnell eine Sucht entwickelt. (Goddemeier, 2009, S.449)

3. Flucht und Flüchtlinge

„Wir haben so viel geschafft - wir schaffen das.“ – Angela Merkel

(Bundesregierung, 2015)

Im Jahr 2015 suchten so viele Menschen Schutz in Deutschland und Europa wie nie zuvor. Das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) meldete 476.649 Asylanträge. Im Vergleich zum Vorjahr war dies ein Anstieg von ca. 135% bei den Erst- und Folgeanträgen. Das Hauptherkunftsland war Syrien. (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2016, S.2)

3.1 Begriffsbestimmungen

Für Menschen, die aus ihrem Land flüchten, gibt es verschiedene Gründe, warum sie dies tun. Häufig verlassen Menschen ihr Land wegen der aktuellen politischen Situation, Krieg und Verfolgung oder nach Enteignung von ihrem Eigentum. Nach Naturkatastrophen oder als Folge des Klimawandels suchen ebenfalls viele Menschen Schutz oder ein besseres Leben für sich und ihre Familie in einem anderen Land. Es gibt viele Begrifflichkeiten, die häufig als Synonym für „Flüchtling“ benutzt werden, weshalb eine Klärung wichtig ist.

3.1.1 Flüchtling (nach Genfer Flüchtlingskonvention)

Die Genfer Flüchtlingskonvention (GFK) wurde am 28. Juli 1951 verabschiedet und gilt bis heute als das wichtigste internationale Dokument zum Schutz von Flüchtlingen. In der GFK wird der „Flüchtling“ definiert, welche Rechte und ebenso welche Pflichten er gegenüber dem Aufnahmeland hat. Des Weiteren werden z.B. Kriegsverbrecher aus der GFK ausgeschlossen. Im Jahr 1967 wurde die GFK überarbeitet, da sie bis dahin überwiegend auf den Schutz von europäischen Flüchtlingen des Zweiten Weltkriegs beschränkt war. Bis heute gehören 149 Staaten der GFK und dem Protokoll von 1967 an. (United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR), 2020)

Im Protokoll über die Rechtsstellung der Flüchtlinge von 1967 werden Flüchtlinge im Artikel 1A Absatz 2 wie folgt definiert:

> „Im Sinne dieses Abkommens findet der Ausdruck „Flüchtling“ auf jede Person Anwendung“ […] „die infolge von Ereignissen, die vor dem 1. Januar 1951 eingetreten sind, und aus der begründeten Furcht vor Verfolgung wegen ihrer Rasse, 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, 1967, S.2)

Das Protokoll der GFK definiert ebenfalls, wann eine Person nicht mehr als Flüchtling gilt. Gründe hierfür sind u.a., dass die geflüchtete Person aus ihrem Aufnahmeland wieder zurück in das Land geht, aus welchem sie geflüchtet ist oder sie z.B. eine neue Staatsangehörigkeit angenommen hat und nun den Schutz des jeweiligen Landes genießt. (UNHCR, 1967, S.3)

An der Genfer Flüchtlingskonvention wird seit Zunahme der globalen Migrationsbewegungen immer öfter Kritik geäußert. Denn die Flucht aus wirtschaftlichen und sozialen Gründen wird darin ausgeschlossen. Des Weiteren sind Personen, die aus Kriegs- und Bürgerkriegsgründen aus ihrem Land flüchten, auch keine Flüchtlinge laut der Flüchtlingskonvention. Dies führt dazu, dass vielen der so genannten „Zwangsmigranten“ der Flüchtlingsstatus verweigert wird. Die reichen Staaten erhoffen sich dadurch, einer Massenzuwanderung zu entgehen, da sie befürchten, dass es bei einer Erweiterung der Definition unweigerlich dazu kommen würde. (Scherr & Scherchel, 2019, S.73f)

3.1.2 Migranten und Asylsuchende

Im Völkerrecht wird zwischen Migranten und Flüchtlingen unterschieden. Flüchtlinge werden nach der Genfer Flüchtlingskonvention definiert, während Migranten ihr Land verlassen, um an einem anderen Ort bessere Lebens- und Arbeitsbedingungen zu finden. In ihrem neuen Ankunftsland müssen diese zunächst einen Asylantrag stellen. Ob bei ihnen Verfolgung der Grund für die Landesflucht ist, wird in einem Asylverfahren geprüft. Bis dahin werden sie als Asylsuchende bezeichnet. Nach erfolgter Prüfung und Anerkennung erhalten sie dann den erhofften Flüchtlingsschutz. Personen, die aus einem Krisengebiet kommen und dennoch nicht berechtigt sind, Asyl oder den Status „Flüchtling“ erhalten, wird „subsidiärer Schutz“ gewährt. Dieser Schutz wird dann genehmigt, wenn der Person bei Rückkehr in das Heimatland große Not bevorsteht wie Folter, Todesstrafe oder Gewalt im Zusammenhang mit dem im Land herrschenden Konflikt. (Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, 2018)

Die Trennung zwischen Flüchtlingen und Migranten ist in der Arbeit mit diesen nicht immer eindeutig. Verlassen Menschen ihr Heimatland z.B. wegen einer Naturkatastrophe, die sich dort ereignet hat, oder möchten sie ihre Familie vor Hungersnöten schützen, gelten diese nach der Genfer Flüchtlingskonvention als Migranten und nicht als Flüchtlinge. In solchen Fällen wird der Begriff der „forced migration“ (Zwangsmigration) genutzt. Das Glossar des Europäischen Migrationsnetzwerks definiert dies so:

> „Eine Person, die einer Migrationsbewegung, in der ein Element des Zwangs herrscht, ausgesetzt ist, einschließlich der Bedrohung von Leib und Leben, egal ob sie durch naturbedingte oder von Menschen verursachte Gründe entstanden ist (z.B. Wanderungen von Flüchtlingen und Binnenvertriebenen ebenso wie Menschen, die durch Natur- oder Umweltkatastrophen, chemische oder nukleare Katastrophen, Hunger oder Entwicklungsprojekte vertrieben wurden).“ (Europäisches Migrationsnetzwerk, 2018, S. 391)

3.2 Flüchtlingskrise seit 2015

In der ersten Hälfte des Jahres 2015 verbreiteten sich schreckliche Bilder in den Medien. Zahlreiche Boote sanken im Mittelmeer und Hunderte von Menschen kamen dabei ums Leben. Zu dieser Zeit war jedoch schon lange bekannt, dass es aufgrund der Regeln der Genfer Flüchtlingskonvention Lücken im europäischen Flüchtlingssystem gibt. Im Jahr 2015 kam es nun zur großen Krise und damit zur Überforderung vieler Einreiseländer. Die Länder Serbien und Mazedonien waren davon zunächst hauptsächlich betroffen und stellten Transitvisa aus, um den Asylsuchenden die Weiterreise zu ermöglichen. Dies führte dazu, dass diese Länder schnell überfordert waren, nachdem ca. 40.000 Menschen die Länder durchreisten. Daher schlossen sie ihre Grenzübergänge. Ungarn baute Grenzzäune, um die Einreise aus Serbien zu verhindern, sodass die Asylsuchenden ihre Route wechselten, um über Kroatien nach Slowenien weiter zu reisen. Slowenien baute schließlich auch einen Grenzzaun, um die Fluchtbewegung besser steuern zu können. Von Oktober bis November 2015 verschärfte sich die Situation wieder in Kroatien und im Grenzgebiet zwischen Mazedonien und Griechenland. (Lehmann, 2015)

Im Oktober 2015 trat in Deutschland das Asylpaket I (Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz) in Kraft. Darin sollten Asylverfahren aus sicheren Herkunftsstaaten (Albanien, Kosovo, Montenegro) beschleunigt werden. Bei Asylanträgen von Personen aus diesen Balkangebieten galten diese nicht als politisch Verfolgte, und die Anträge wurden meist abgelehnt. Die Beweislast lag hier bei den Geflohenen. Weiterhin galt für die Geflohenen ein Beschäftigungsverbot während der Dauer des Asylverfahrens. Für den Fall einer Abschiebung wurde ein

Ausreisegewahrsam eingeführt. Dadurch gab es eine Zeitspanne von maximal 4 Tagen, um eine Abschiebung zu ermöglichen, wobei der Abschiebungstermin den Geflohenen nicht mitgeteilt wurde. (Marx, 2020)

Im Jahr 2016 wurden ca. 750.000 Asylanträge gestellt, ca. 270.000 mehr als im Jahr 2015. Die Zahlen ergaben sich daraus, dass im Vorjahr viele Menschen wegen des hohen Flüchtlingsaufkommens keine Möglichkeit bekamen, den Antrag zu stellen. Der Großteil der Bewerber kam aus Syrien, Afghanistan und aus dem Irak. Zusätzlich bekamen ca. 260.000 Bewerber den Status „Flüchtling“ im Sinne von der Genfer Flüchtlingskonvention und ca. 24.000 Menschen erhielten subsidiären Schutz. (Bundesministerium des Innern für Bau und Heimat, 2017a)

Am 17. März 2016 trat zudem das Asylpaket II in Kraft. In diesem wird bestimmt, für welche Asylbewerbergruppen ein beschleunigtes Verfahren gilt. Zu diesen Gruppen gehören Asylbewerber, die aus einem sicheren Herkunftsland kommen, sowie Personen, die einen Folgeantrag stellen, und Personen, die wenig Eigeninitiative beim Asylverfahren aufzeigen. Ein Beispiel für letzteres ist, wenn sie eine falsche Identität angeben oder ihre Fingerabdrücke nicht abgeben wollen. Des Weiteren soll das Asylverfahren innerhalb sieben Werktagen abgeschlossen sein. Bei Ablehnung haben die Bewerber zwei Wochen Zeit, Rechtsmittel einzulegen. Die Asylbewerber haben während des Verfahrens die Pflicht, in der Aufnahmeeinrichtung zu bleiben, von welcher sie gegebenenfalls direkt abgeschoben werden könnten. Eine weitere Neuerung war, dass die Familien von Personen, die unter subsidiären Schutz stehen, erst nach einer Frist von zwei Jahren nach Deutschland geholt werden dürfen. (Bundesregierung, 2016)

Im Juli 2017 wurde das „Gesetz zur besseren Durchsetzung der Ausreisepflicht“ verabschiedet. Dieses beinhaltet, dass Personen, deren Asylverfahren abgelehnt wurde und solche, die eine Gefahr für Leib und Leben Dritter sind, nun bis zu sechs Monate bis zur Abschiebung in Sicherungshaft verbleiben müssen. Außerdem wurde der Ausreisegewahrsam von sieben auf zehn Tage verlängert. In dem Gesetz steht weiterhin, dass das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge SIM-Karten und Smartphones der Flüchtlinge auslesen darf. (Bundesministerium des Innern für Bau und Heimat, 2017b)

Im Jahr 2018 sank die Zahl der Asylanträge in Deutschland auf 185.853, im Vorjahr waren es noch 222.683. (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2018, S.5)

Die Abschiebehaft wurde in diesem Jahr für Bewerber, die ausreisepflichtig sind, auf 30 Tage verlängert, wenn sie gegen ihre Pflicht der Informationsgabe und Mitwirkung verstoßen. Zudem wurde beschlossen, dass aus Gründen des Platzmangels in Aufnahmeunterkünften die Unterbringung auch im Strafvollzug durchgeführt werden darf. Letzteres wird von den

Bundesländern kaum durchgeführt, da diese Maßnahme als sehr zweifelhaft eingestuft wird. (Marx, 2020)

Das Folgejahr erbrachte eine Änderung für das Asylbewerberleistungsgesetz, welches mit Inkrafttreten am 01. September 2019 die Geldleistung für Strom- und Wohnungsinstandhaltung herausnahm und so das monatliche Budget für Asylbewerber um zehn Euro kürzte. Des Weiteren wurde beschlossen, dass Asylbewerber, die eine Ausbildung oder ein Studium absolvieren, auch nach dem 15. Monat ihres Aufenthalts weiter finanzielle Leistungen erhalten. Bis dahin brachen viele ihre Ausbildung oder ihr Studium ab, da die finanziellen Mittel nicht ausreichten. (Bundesregierung, 2019)

Das Jahr 2020 ist ein Jahr voller Herausforderungen. Die Corona-Pandemie sorgt weltweit für viele Einschränkungen und wirkt sich auf jeden Lebensbereich aus. Auch das Asylrecht ist hiervon betroffen. Die geschlossenen Grenzen sorgen für einen Rückgang der Flüchtlingsbewegung, aber auch der Abschiebungen. Eine Zeitlang waren aufgrund der Pandemie Asylberatungen und Anhörungen ausgesetzt, welche vom Bundesamt für Migration und Flüchtlinge mittlerweile wieder aufgenommen wurden. Die Bundesregierung möchte die Asylverfahren auf unter sechs Monate verkürzen, um die Ansteckungsgefahr in den Lagern möglichst gering zu halten. Dies wurde bisher nicht erzielt. (Marx, 2020)

3.3 Fluchtursachen

Wenn Menschen aus ihrem Land flüchten, sind sie häufig in ihrer Existenz bedroht oder in wirtschaftlichen Nöten. Erreichen sie ein Land, welches sie schützen kann, sie aber die Absicht haben weiter zu wandern, um z.B. zu ihrer Familie in ein anderes Land zu gehen, gelten sie zunächst als Migranten. Wird an ihrem Endziel ein Asylantrag gestellt, werden sie zu Asylmigranten. Jeder Einzelne hat für die Flucht sein eigenes Motiv, aber alle nutzen denselben Fluchtweg. Dennoch fällt jeder von ihnen in eine andere Kategorie – Beispiele hierfür wären z.B. Arbeitsmigranten, unbegleitete Minderjährige oder aber auch Opfer von Menschenhandel. (Luft, 2016, S.14f)

Der Push- und Pull-Ansatz von Everett S. Lee beschäftigt sich mit verschiedenen Faktoren, die eine Wanderung bzw. Flucht begründen können. Es wird angenommen, dass es in jedem Land verschiedene Faktoren gibt, die einen in der Heimat halten (Pull), aber auch abstoßen (Push). Es wird davon ausgegangen, dass jedes Individuum die Faktoren für sich selbst festlegt. Diese werden in vier Kategorien unterschieden. (Borchers, 2008, S.15)

1. **Faktoren in Verbindung mit dem Herkunftsgebiet**
   Betreffen weitestgehend gesellschaftliche und politische Gegebenheiten z.B. Höhe der Löhne, Arbeitsmarkt sowie Gesundheits- und Schulsystem (objektiver Faktor)

2. **Faktoren in Verbindung mit dem Zielgebiet:**
   Beziehen sich auf die Hoffnung nach Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen, bessere Bildungschancen und Gesundheitsversorgung (objektiver Faktor)
3. **Intervenierende Hindernisse:**
   Betreffen Schwierigkeiten, die während der Wanderung auftreten, z.B. Probleme bei Grenzübergängen (objektiver Faktor)
4. **Persönliche Faktoren:**
   Geschlecht, Beruf, Bildung und ethnische Herkunft beeinflussen die subjektive Wahrnehmung zu den Kategorien 1-3

Das Push- und Pull-System von Lee wurde 1998 von Braun und Topan noch um einige Faktoren weiterentwickelt:

Tabelle 3: Push- und Pull-System (Borchers, 2008, S.15)

	Push-Faktoren	**Pull-Faktoren**
Wirtschaftliche Faktoren	Hohe Bevölkerung	Stabile bis rückgängige Bevölkerungszahlen
	Hohe Arbeitslosenquote, niedrige Lebensbedingungen	Fachkräftemangel, bessere Entlohnung, höherer Lebensstandard
Soziale Faktoren	Niedrige Bildung, schlechtes Gesundheitssystem	Verschiedene Bildungschancen, Sozialversicherungen und gesicherte Gesundheitsversorgung
Politische Faktoren	Diktaturen, Folter, Kriege	Demokratie, garantierte Menschen- und Bürgerrechte
Religiös-Ethnische Faktoren	Verfolgung von Minderheiten, Einengung in der Religionsausübung	Keine Diskriminierung auf Grund von Glauben oder Herkunft
Ökologische Faktoren	Umweltkatastrophen, nicht gesicherte Wasserversorgung	Intakte Umwelt, gesicherte Ressourcen
Rechtliche Faktoren	Offene Diskriminierung, Rassismus und staatliche Überwachung	Rechtliche Sicherheit, Schutz vor Diskriminierung

Jedoch ist zu beachten, dass Push- und Pull-Faktoren nicht automatisch die Möglichkeit einer Wanderung bieten. Wenn keine Gelegenheit besteht, eine Flucht bzw. Wanderung zu realisieren, können auch die Faktoren nicht wirken. Vielen Menschen, die Opfer von Kriegen oder Bürgerkriegen sind, fehlen häufig geeignete Ressourcen wie finanzielle Mittel, um eine Flucht erfolgreich zu bewerkstelligen. (Luft, 2017, S.15)

3.4 Gesundheit von Flüchtlingen

Jedes Jahr veröffentlicht das Statistische Bundesamt einen aktuellen Bericht zum Thema „Bevölkerung und Erwerbstätigkeit – Bevölkerung mit Migrationshintergrund“. Vergleicht man die jährlichen Berichte von 2000-2019, stellt man fest, dass nur in den Jahren 2013 (Statistisches Bundesamt, 2017, S. 489ff) und 2017 (Statistisches Bundesamt, 2019, S. 504ff) der Gesundheitszustand von Migranten aufgrund Migrationsstatus, BMI-Index und Rauchverhalten statistisch aufgearbeitet wurden. Des Weiteren findet man nur im aktuellsten Bericht einen Hinweis darauf, dass Fragen zur Gesundheit nur in unregelmäßigen Abständen erscheinen. Andere Bereiche erscheinen in regelmäßigen Abständen wie „Bevölkerung mit Migrationshintergrund“ (jährlich), „Bautätigkeit und Wohnen“ (vierjährlich) und „Angaben zur Krankenversicherung“ (vierjährlich). (Statistisches Bundesamt, 2020, S.512)

Eine Bewertung der psychischen Gesundheit der Migranten fehlt in den Statistiken des Bundesamts.

3.4.1 Psychische Gesundheit von Flüchtlingen

Personen, die aus Gebieten fliehen, in denen Krieg, Krisen und Elend herrschen, haben alle traumatischen Bilder erlebt oder gesehen. Sie haben Krieg, Zerstörung, Verfolgung und Folter häufig am eigenen Leib gespürt und wurden Opfer von Diskriminierung (Religion, ethnische Herkunft, sexuelle Orientierung). Frauen sind häufig Opfer von sexuellen Übergriffen, Zwangsheirat oder Ehrenmord. (Mlodoch, 2017, S.101)

Nicht alle der geflüchteten Menschen erleben direkte Gewalt. Dennoch haben sie sich dafür entschieden, Familie und Freunde zu verlassen, um in einem anderen Land bessere Lebensbedingungen zu finden und um dann ggf. die Familie nachzuholen. Sie leiden häufig an einem großen Druck, der meist von der Familie ausgeübt wird, und haben Angst zu scheitern. Des Weiteren bieten ebenfalls die häufig überfüllten Fluchtrouten Risiken, denen sich Flüchtlinge aussetzen müssen. Gewalttätige Schleuser oder Gewalt von Beamten an den Grenzen sind keine Seltenheit. Häufig sind die Flüchtenden mit Todesangst oder mit dem Tod von anderen Flüchtlingen konfrontiert. (Mlodoch, 2017, S.102)

Im Jahr 2018 veröffentlichten Schröder, Zok und Faulbaum über das Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO) eine Studie zum Thema „Gesundheit von Geflüchteten in Deutschland“. Darin befragten sie 2.021 Geflüchtete aus dem Irak, aus Syrien und Afghanistan, die während der Umfrage noch in ihren Aufnahmeeinrichtungen lebten und maximal zwei Jahre in Deutschland waren. Im Ergebnis zeigte sich, dass ca. 75% der Geflüchteten Gewalt erlebt hatten. Ein großer Unterschied zwischen Männern und Frauen wurde hierbei nicht festgestellt (Männer 74,5%; Frauen 75,2%).

In der Umfrage wurden verschiedene traumatische Erlebnisse mit Ja/Nein-Fragen abgefragt. Die Ergebnisse zeigten, dass 60,4% der Befragten Kriegserlebnisse, 40,2% Militärangriffe und ca. 35% die Verschleppung von Angehörigen erlebt haben. Von den Befragten wurden 19% selbst gefoltert und 15,7% waren Zeuge von Folterungen. Mehrfachnennungen waren in der Umfrage möglich, und ca. 31% der Befragten gaben mehrere traumatische Erlebnisse an.

Physische und psychische Probleme wurden von Migranten, die Krieg, Gewalt und Verfolgung erlebten, deutlich häufiger geäußert. In der Umfrage wurden verschiedene Beschwerden abgefragt, die wieder mit Ja/Nein beantwortet werden konnten. Zu den physischen Beschwerden wurden Kopf-, Rücken- und Gelenkschmerzen am häufigsten genannt. Die psychischen Symptome waren

- Mutlosigkeit/Traurigkeit/bedrückte Stimmung (41%)
- Innere Unruhe und Nervosität (37,3%)
- Müdigkeit, Gefühl von Erschöpfung und Mattigkeit (31%)
- Schlafstörungen (29,4%)
- Reizbarkeit (25%)
- Lustlosigkeit, Gefühl von Burn-Out (20,2%)

Dadurch ließ sich eine eindeutige Korrelation zwischen traumatischen Erlebnissen und gesundheitlichen Probleme feststellen. (Schröder, Zok & Faulbaum, 2018, S.2ff)

Die WHO hat ein Screening zur Früherkennung von depressiven Erkrankungen entwickelt, welches international anerkannt ist. In diesem Screening werden fünf Bereiche abgefragt, welche Vitalität, Stimmung und allgemeine Interessen umfassen, die dann je nach Ergebnis einen Verdacht auf eine depressive Erkrankung aufzeigen oder nicht. Die Fragen in dem Screening beziehen sich auf den Zustand der letzten zwei Wochen und können mit 0-5 bewertet werden. Eine „0“ entspricht einem „nie“ und eine „5“ einem „immer“. (Topp et al., 2015, S.168)

Tabelle 4: WHO-5-Fragen zum Wohlbefinden (Topp et al., 2015, S.168)

In den letzten zwei Wochen war ich…	Immer 5pkt	Meistens 4pkt	Mehr als die Hälfte der Zeit 3pkt	Weniger als die Hälfte der Zeit 2pkt	Selten 1pkt	Nie 0pkt
Froh und gut gelaunt						
Ruhig und habe mich entspannen können						
aktiv und energiegeladen						
nach dem Aufwachen frisch und ausgeruht						
mein Alltag voller interessanter Dinge						

3.4.2 Psychische Versorgung von Flüchtlingen

Global gesehen haben Flüchtlinge ein deutlich erhöhtes Risiko, eine Traumafolgestörung, vor allem eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) oder eine Depression zu entwickeln. Im Durchschnitt liegt die Entwicklung einer solchen Störung bei der Flüchtlingsgruppe bei etwa 30%. Die Risikofaktoren liegen bei anhaltenden Konfliktsituationen im Vaterland, dem Erleben mehrerer traumatisierender Situationen und vor allem der Folter als höchsten Risikofaktor. (Hillebrecht, Helmes und Bengel, 2017, 138f)

Im Asylbewerberleistungsgesetz wurde 1993 geregelt, dass Asylsuchende einen Anspruch auf gesundheitliche Versorgung und Sozialleistungen haben. Der Anspruch wird jedoch eingeschränkt und begrenzt sich auf akute Erkrankungen und Schmerzzustände. Zur Genesung benötigte Materialien werden gewährt. Keine Einschränkungen in der Versorgung bestehen bei Schwangerschaft und Geburt, Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen. (§4 AsylbLG)

Benötigt ein Leistungsberechtigter nach AsylbLG §1 ärztliche Versorgung, muss ein Behandlungsschein von der zuständigen Behörde ausgestellt werden, der eine Gültigkeit von drei Monaten hat. Manche Leistungsberechtigte erhalten eine elektronische Gesundheitskarte (eGK), deren Gültigkeit ihrer Aufenthaltsdauer entspricht, die jedoch über dieselben Ein-

schränkungen wie ein Behandlungsschein verfügt. Der Vorteil der eGK liegt darin, dass die Berechtigten damit einen direkten Zugang zu ärztlicher Versorgung haben und keinen Behandlungsschein benötigen. Um den Zugang zu ärztlicher Versorgung zu vereinfachen, bieten viele Aufnahmeeinrichtungen Sprechstunden an, die von freiwillig arbeitenden Ärzten durchgeführt werden. (Wächter-Raquet, 2016, S.13)

Der Zugang zu einer psychotherapeutischen Versorgung ist jedoch weitaus schwieriger. Eine psychosoziale Versorgung wird überwiegend von Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (PSZ) angeboten, welche außerhalb des Gesundheitssystems arbeiten. In Deutschland gibt es laut der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF) 42 Zentren, wobei zehn sich davon aktuell im Aufbau befinden. (Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer, 2019a)

Innerhalb der ersten 15 Monate erhalten Flüchtlinge bzw. Asylsuchende den o.g. eingeschränkten Zugriff auf gesundheitliche Versorgung. Erst wenn sie sich länger als 15 Monate in Deutschland befinden, erhalten sie auch Zugang zu psychotherapeutischer Versorgung. Innerhalb der ersten 15 Monate werden Kurzzeittherapien nur bewilligt, wenn die Behörden entscheiden, dass diese medizinisch notwendig sind. Ausnahmen bestehen, wenn aufgrund einer psychischen Erkrankung eine Zwangseinweisung erforderlich ist. (Wächter-Raquet, 2016, S.33)

Fallbeispiel:

Im Jahr 2004 klagte ein Asylbewerber aus dem Kosovo gegen seinen Abschiebungsbescheid. Der Kläger wurde von bewaffneten Tätern aus seinem Haus vertrieben, was ihn zur Flucht aus seinem Land zwang. Er konnte vor Gericht ein ärztliches Attest vorlegen, welches ihm eine posttraumatische Belastungsstörung bescheinigte, und wollte so die Abschiebung verhindern. Das Verwaltungsgericht Potsdam lehnte seine Begründung ab, da eine posttraumatische Belastungsstörung eine chronische Erkrankung sei und für ihn aus diesem Grund keine Gefahr für Leib und Leben bei einer Rückkehr bestünde. Das Gericht begründete sein Urteil damit, dass eine Vielzahl von Personen in Krisengebieten traumatische Ereignisse erleben und darunter leiden. (Verwaltungsgericht Potsdam, Urteil vom 21.06.2004, 12 RK 2435/02.A)

Geflüchtete, deren Therapie von den Behörden genehmigt wurde, warten oftmals Monate bis Jahre auf einen Therapieplatz. Problematisch ist, dass es zu wenig Psychotherapeuten mit Kassenzulassung gibt, welche die entsprechenden Muttersprachen beherrschen. Um den Zugang zu psychotherapeutischer Hilfe zu erleichtern, würden Dolmetscher helfen. Der Ein-

satz dieser wird jedoch nicht von den Krankenkassen finanziert. (Wächter-Raquet, 2016, S.33f)

3.5 Resilienz und posttraumatische Reifung im Kontext Flucht

„Resilienz“ bezeichnet die psychische Robustheit eines Menschen, die dazu beiträgt, dass es nicht zu psychischen Erkrankungen nach einem traumatischen Ereignis kommt. In einer Studie von Aaron Antonovsky zeigte sich, dass ein Drittel der Überlebenden in Konzentrationslagern, trotz der vielen Traumata, physisch und psychisch keine Einschränkungen hatten. Bei der Studie kam heraus, dass diese Personen Bewältigungsstrategien aufwiesen, welche sie in ihrer Zeit im KZ nutzen konnten und die sie so positiv beeinflussten. Antonovsky beschrieb den Kohärenzsinn als Ressource, die den Personen hilft, trotz extremen Belastungen ihre Gesundheit zu erhalten. (Hecker & Maercker, 2015a, S. 551)

Der Fragebogen zum Kohärenzsinn wurde von Bachem und Maercker nochmals überarbeitet und verbessert. Sie beschreiben nun den Kohärenzsinn als umfassende Fähigkeit, die bewirkt, positive und negative Erlebnisse im Leben auszugleichen. (Hecker & Maercker, 2015b, S.32)

Der Kohärenzsinn besteht aus drei Komponenten:

- **Handhabbarkeit**: Das Individuum kann eine (extreme) Situation als „bewältigbar“ einstufen
- **Reflexion**: Das Individuum kann eine (extreme) Situation überblicken und diese abschätzen
- **Balance**: Das Individuum kann unterschiedliche Erfahrungen mit seinem Handeln und Denken verknüpfen

3.5.1 Resilienz und psychische Flexibilität

Um die Resilienz bei Flüchtlingen zu fördern, hilft die Förderung der psychischen Flexibilität. Die psychische Flexibilität ist wiederum eng mit der Emotionsregulierung verbunden. Viele Betroffene, die an einer posttraumatischen Belastungsstörung leiden, haben Probleme dabei, ihre Emotionen zu regulieren. Dies zeigt sich z.B. daran, dass Betroffene bei Erinnerungen an traumatische Ereignisse schnell wütend und nervös werden oder Flashbacks haben. Hat der Betroffene die Fähigkeit einer guten Emotionsregulierung, ist es unwahrscheinlicher, dass Symptome in Form von physischen Erregungen auftreten. (Hinton, 2018, S.216)

Flüchtlinge sind bei ihrer Ankunft in einem neuen Land mit verschiedensten Problemen konfrontiert, die sie mit einer hohen psychischen Flexibilität kompensieren könnten. Bei ihrer

Ankunft müssen sie ihre Kultur mit der neuen Kultur verbinden, müssen ihr Verhalten anpassen und sind mit einer neuen Sprache konfrontiert. Sind sie jedoch psychisch unflexibel, kann dies psychische und physische Leiden hervorrufen und die Emotionsregulierung negativ beeinflussen. (Hinton, 2018, S.218)

3.5.2 Posttraumatische Reifung

Der Begriff der posttraumatischen Reifung beschreibt, dass traumatisierte Personen die Folgen mit einem traumatischen Erlebnis als positiv einordnen. Diese subjektive Reifung hilft den Betroffenen, mit dem Erlebten umzugehen und dadurch z.B. neue Ansichten, Werte oder auch Spiritualität zu entwickeln. (Fooken, 2013, S.80)

Tedeschi und Calhoun haben 1996 eine Skala zur Erfassung posttraumatischer Reifung erstellt, die Fragen zu positiven Veränderungen in verschiedenen Bereichen beinhaltet: (Tedeschi & Calhoun, 1996, S.460)

- **Neue Möglichkeiten**: Entwicklung neuer Interessen - Neue Wege im Leben - Neue Optionen, die es vorher nicht gab - Dinge die verändert werden müssen, werden eher geändert - Das Leben besser nutzen.
- **Beziehungen zu anderen**: Wissen, in brenzligen Situationen, auf andere zählen zu können - Verbundenheitsgefühl mit anderen – Wunsch, eigene Gefühle auszudrücken - Mitgefühl mit anderen haben - Akzeptanz darüber, andere zu brauchen.
- **Wertschätzung des Lebens**: Neue Vorstellungen über die wichtigen Dinge im Leben - Das eigene Leben wertschätzen - Jeden neuen Tag wertschätzen.
- **Persönliche Stärke**: Selbstvertrauen entwickeln - Das Wissen, Schwierigkeiten bewältigen zu können – Akzeptanz, Wendungen zu akzeptieren - Eigene Stärke finden
- **Religiöse Veränderungen**: Besseres Verständnis für spirituelle Dinge - Stärkerer religiöser Glauben.

Die posttraumatische Reifung kann als positive Auswirkung auf traumatische Ereignisse gesehen werden, die neben einer posttraumatischen Belastungsstörung und anderen Traumafolgestörungen ebenfalls auftreten kann, und muss berücksichtigt werden. Ein Betroffener, der Schwierigkeiten hat, sein Trauma und die Auswirkungen dessen zu verstehen, muss nicht zwingend eine Traumafolgestörung haben, sondern es kann sich auch um eine potenzielle posttraumatische Reifung handeln. (Sprung, Kaiser, Streibl & Riffer, 2018, S.211)

3.6 Therapie von traumatisierten Flüchtlingen

Um Menschen zu helfen, die vor Krieg und Bürgerkrieg, Enteignung, Gewalt und Folter geflohen sind und traumatisiert wurden, gibt es verschiedene Methoden. Die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer bieten allerlei niedrigschwellige Hilfsangebote an. In der Psychotherapie hat sich für Traumapatienten das so genannte „Eye Movement Desensitization and Reprocessing“ (EMDR) als wirksame Psychotherapiemethode durchgesetzt.

3.6.1 Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

Ins Deutsche übersetzt bedeutet EMDR “Desensibilisierung und Verarbeitung durch Augenbewegung“. Diese Form der Psychotherapie wurde in den 1980er Jahren von Francine Shapiro Ph. D. entdeckt und entwickelt. Die Methode wird vor allem als Behandlung von Traumafolgestörungen bei Erwachsenen und Kindern angewendet. In Deutschland wird EMDR seit 1991 erfolgreich angewendet und schließlich 2006 als evidenzbasierte Psychotherapiemethode bestätigt. (emdria, 2020)

Traumapatienten leiden häufig unter dauerhaften, belastenden Erinnerungen ihres Traumas. Flashbacks oder Intrusionen werden Erinnerungen genannt, die hervorgerufen werden durch bestimmte Trigger wie Gerüche, Geräusche oder Bilder. Diese Erinnerungen führen bei den Betroffenen häufig zu einer Art Blockade, die nicht selten den Alltag negativ beeinflusst. Bei der Anwendung von EMDR werden diese traumatischen Erinnerungen bewusst aufgegriffen und bearbeitet, und können so von den Betroffenen als Teil ihrer Vergangenheit akzeptiert werden, die aber auf die Gegenwart keinen Einfluss mehr hat. (Böhm, 2016, S.4)

Die EMDR-Behandlung erfolgt in acht Phasen, wobei es von höchster Wichtigkeit ist, diese Phasen in die Behandlung korrekt einzuplanen, da sie sonst die Wirksamkeit verlieren könnte. (Hofmann, 2014, S.44)

1. Anamnese und Behandlungsplangestaltung
2. Stabilisierungs- und Vorbereitungsphase
3. Traumabewertung
4. Desensibilisierungs- und Prozessierungsphase
5. Verankerungsphase
6. Körpertest
7. Abschlussphase
8. Nachgespräch

Bei der Anwendung der EMDR-Methode ist es wichtig, dass der Therapeut eine gute Vertrauensbasis zu dem Betroffenen aufbaut, diesem eine Struktur bietet, dabei aber wertungs-

frei ist. Der Klient sollte sich in einer Umgebung befinden, die ihm Akzeptanz und Sicherheit bietet. Diese Umgebung ermöglicht ihm schließlich, Abstand zu dem traumatisierenden Ereignis aufzubauen und so seine Erinnerungen abzurufen und aufrechtzuerhalten. Der „Abstand“ ist ein schmaler Grat, da darauf geachtet werden muss, dass der Klient die Erinnerungen aus seinem Gedächtnis hervorrufen kann, es aber nicht zum Kontrollverlust in der Gegenwart kommt. (Schubbe & Püschel., 2016, S.12)

3.6.2 Die Phasen des EMDR

In der Anamnesephase wird der Patient nach seiner Biografie und nach seinem Trauma befragt. Es wird abgeschätzt, welche Ressourcen er besitzt und ob Motivation zur Therapie vorhanden ist. Des Weiteren wird diese Phase zum Beziehungsaufbau zwischen Patient und Therapeut genutzt, und ein Behandlungsplan wird aufgestellt. (Böhm, 2016, S.9)

Die zweite Phase zielt auf die Stabilisierung und Vorbereitung ab. Übungen, die zur Regulation von Emotionen dienen, werden durchgeführt und sollen so weitere Ressourcen aufbauen. Dabei bildet der Patient z.B. einen sicheren Raum in seiner Fantasie auf, in welchem er eine positive Erinnerung abspeichert. Dies soll dem Patienten ermöglichen, dass das Trauma in diesem „Raum“ verarbeitet werden kann. (Richter et al., 2019, S.236)

Ziel der dritten Phase ist die Bewertung des Traumas. Dabei wird eine einzelne belastende Erinnerung ausgewählt, welche z.B. eine Reihe von negativen Erinnerungen repräsentiert. Im weiteren Prozess wird der Fokus auf diese Erinnerung gelegt, gegliedert und bewertet. Damit wird sichergestellt, dass diese Erinnerung schnell wieder reproduziert werden kann. (Hofmann, 2014, S.71)

In der 4. Phase, der Desensibilisierungs- und Prozessionsphase, kommt es oft zu körperlichen Reaktionen, während sich der Patient die belastende Erinnerung ins Bewusstsein ruft. Währenddessen wird mittels BLS (bilaterale Stimulation) versucht, den Patienten zu beruhigen. Dies kann durch verschiedene Impulse geschehen, welche taktil, auditiv oder visuell sein können. Die bilaterale Stimulation hilft der Verarbeitung und kann die körperlichen Symptome mildern. Dabei kann der Patient lernen, seine Körperempfindungen zu akzeptieren und mit ihnen umzugehen. (Cronauer, 2019, S.216)

Durch die Desensibilisierungs- und Prozessionsphase sollte es bis zur fünften Phase zu einer Abnahme der Belastung gekommen sein. Der Patient soll sich nun an die negative Erinnerung aus Phase 3 erinnern. Durch schnelle bilaterale Stimulation können die negativen Emotionen nun abgeschwächt werden, mittels anschließend langsamer BLS können nun positive Wahrnehmungen intensiviert und verankert werden. (Hase, Leutner, Tumani und Hofmann, 2013, S. 514)

In der sechsten Phase findet der Körpertest statt. Dabei wird die negative Erinnerung nochmals mit den positiven Wahrnehmungen verbunden. Kommt es hierbei wieder zu körperlichen Belastungserscheinungen, werden diese in dieser Phase nochmals erfasst und ggf. mittels BLS schnell bearbeitet. Bei positivem Empfinden wird dieses durch langsame bilaterale Stimulation intensiviert. (Richter et al., 2019, S.236)

Die 7. Phase zum Abschluss einer Therapiesitzung ist sehr wichtig. Es muss darauf geachtet werden, dass der Patient emotional stabil genug ist, um die Therapieräume zu verlassen, seinen Alltag zu leben und sich nicht selbst zu gefährden. Dabei können Entspannungsübungen und ein Gespräch mit dem Patienten über das in der Sitzung Erlebte helfen. (Schubbe & Püschel, 2016, S. 148f)

In der nächsten Therapiesitzung wird mit der letzten Phase begonnen. Dabei kann geprüft werden, ob die Belastungen zu- oder abgenommen haben. Je nach Status wird eine neue Erinnerung bearbeitet oder nochmals bei der letzten angesetzt, falls sich in der Zwischenzeit z.B. neue Erinnerungsfetzen herauskristallisiert haben. (Hase, Leutner, Tumani & Hofmann, 2013, S.514)

4. Laienhilfe

Trotz geglückter Flucht aus ihrem Herkunftsland fällt es vielen Geflüchteten schwer, sich in dem neuen Land zu integrieren. Ursachen dafür sind traumatische Ereignisse, die die Flüchtlinge in ihrem eigenen Land oder auf der Flucht erlebt haben. Hinzu kommen so genannte Postmigrationsstressoren, mit denen die Geflüchteten in ihren Aufnahmeeinrichtungen konfrontiert werden. Zu den Stressoren gehören z.B. die neue Wohnsituation ohne Privatsphäre in überfüllten Einrichtungen, die Problematik, dass die Familie häufig noch im Herkunftsland lebt, und die eingeschränkte Gesundheitsversorgung. Die neue Situation kann die psychische Situation eines Geflüchteten drastisch verschlechtern. Hinzu kommen lange Wartezeiten auf z.B. eigenen Wohnraum, auf Sprachkurse oder einen Arbeits- oder Ausbildungsplatz. (Steel et al., 2006, S.63)

Traumafolgestörungen wie Angst, Depression oder die posttraumatische Belastungsstörung gehören zu den häufigsten Erkrankungen von Geflüchteten und Asylsuchenden. Postmigrationsstressoren können das Risiko, an einer Traumafolgestörung zu erkranken, noch deutlich erhöhen. (Lindert et al., 2018, S.27)

Die Zunahme von Flüchtlingen und Migranten aus Krisen- und Kriegsgebieten seit 2015 bringt Deutschland an die Grenzen der Versorgungssysteme. Es gibt kaum noch Kapazitäten für die Versorgung und Unterstützung Betroffener. Hinzu kommen Sprachbarrieren und der Mangel an Dolmetschern. Aus diesem Grund besteht ein Druck zu handeln und die Versorgung von Flüchtlingen insgesamt zu verbessern. Ein Lösungsansatz besteht darin, Laien einzusetzen. (Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer, 2019b, S.3)

4.1 Definition Laienhilfe und Aufgabenbereiche

Personen, die als Laienhelfer oder Peer-Berater (engl. peer support) mit Flüchtlingen arbeiten, haben oft selbst einen Flucht- oder Migrationshintergrund. Sie können verschiedene Funktionen einnehmen, z.B. als Übersetzer, Begleiter oder Lotse. Sie dienen oft als Beispiel für eine erfolgreiche Integration und sind multilingual. Peer-Berater können nach einer Schulung zum „Trauma-Berater“ unter Verantwortung eines Psychotherapeuten auch eine Rolle in der Behandlung von Traumapatienten einnehmen. (Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina, 2018, S.24)

Die Aufgabenbereiche von Laienhelfern sind sehr vielfältig und beinhalten ein hohes Maß an Verantwortung. (Wöller, 2016, S. 352)

- Mitwirkung bei der Erkennung von Personen, die ein traumatisches Erlebnis hatten, wodurch ein erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen besteht und Weiterleitung dieser Personen an entsprechende Instanzen
- Ergänzung der psychotherapeutischen Behandlungen durch verschiedenste Angebote, die von Therapeuten begleitet und kontrolliert werden
- Begleitung von Geflüchteten mit Traumafolgestörungen, durch Mitteilung ihres Genesungsprozesses in Zusammenhang mit ihrer eigenen Flucht- oder Migrationserfahrung

Es muss jedoch darauf geachtet werden, dass die Laienhelfer ihre Kompetenzen nicht überschreiten, denn es besteht nur ein schmaler Grat zu den Aufgabenbereichen der Psychotherapie und der Sozialarbeit. Aus diesem Grund wurden Rahmenbedingungen formuliert, die der Laien- und Peer-Arbeit Grenzen setzen. Zu diesen Bedingungen gehört, dass die Helfer nur gering bis mittelgradig traumatisierten Personen Unterstützung geben dürfen. Sie sind darin geschult, psychisch belastete Personen zu erkennen, und können somit schnell niedrigschwellig stabilisierend, an Ressourcen orientiert, intervenieren und die Betroffenen ggf. an professionelle Hilfen weiterleiten. Diese Angebote dienen dazu, Stresssituationen besser bewältigen zu können und Traumafolgestörungen bei Betroffenen zu verringern. (Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer, 2019c, S.33)

4.1.1 Beispiel zur Selbsthilfe: „Refugeeum“

Im Februar 2017 lud die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) Experten aus der Praxis zu einem Round-Table-Gespräch nach Berlin ein. Dort wurde die Problematik besprochen, dass Flüchtlinge nicht die nötige ärztliche und psychotherapeutische Betreuung erhalten, die sie eigentlich benötigen. Des Weiteren würden Erkrankungen der Psyche wie Depressionen oder Traumafolgestörungen nicht als akut behandlungsbedürftig angesehen, weshalb Flüchtlinge notwendige Therapien oft nicht in Anspruch nehmen können. Die fehlenden finanziellen Mittel, um Dolmetscher hinzuziehen, wurden ebenfalls als große Problematik angesehen, weshalb nach Alternativen gesucht wurde. In dem Round-Table-Gespräch wurden verschiedene Angebote und laufende Projekte vorgestellt, die die Selbst- und Laienhilfe miteinbeziehen. (Bundespsychotherapeutenkammer, 2017)

Eines der dort vorgestellten Projekte war eine Selbsthilfe-Website, die seit September 2016 online ist und ursprünglich als Studienprojekt des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf

startete. „Refugeeum“ bietet Informationen über verschiedene psychische Beschwerden wie Ängste, Schlafstörungen und Traurigkeit an. Darüber hinaus gibt Refugeeum sie Anleitungen zu „Hilfe zur Selbsthilfe“. Darunter sind Ideen, um die Schlafhygiene zu verbessern, den Alltag zu organisieren und wie die eigenen Kraftquellen aktiviert werden können. Auch das Tagebuchschreiben wird von Refugeeum in diesem Zusammenhang empfohlen. Die Website ist in sieben Sprachen verfügbar und stellt damit ein attraktives Angebot für traumatisierte Flüchtlinge dar, die keine professionelle Therapie erhalten, aber versuchen möchten sich selbst zu helfen. (Refugeeum, 2016)

Das Modellprojekt „In2Balance – Laienhilfe für Geflüchtete zur psychischen Stabilisierung“ vom Psychosozialen Zentrum für Flüchtlinge in Düsseldorf wurde ebenfalls beim Round-Table-Gespräch vom BPtK vorgestellt und wird im Kapitel 4.2 genauer dargestellt.

4.1.2 Beispiel zur Selbsthilfe: „Sonne für die Seele“ - TraumaHilfeZentrum Nürnberg

Das TraumaHilfeZentrum Nürnberg (THZN) bietet traumatisierten Personen Hilfen in Form von Beratung, Selbststärkungs- und Stabilisierungsgruppen, aber auch traumasensitivem Yoga an. Diese Angebote richten sich an alle, die an den Folgen eines Traumas leiden und sich neu orientieren müssen oder Unterstützung bei der Selbsthilfe benötigen. Für Geflüchtete bietet das THZN Stabilisierungsgruppen - auch speziell für geflüchtete Frauen - an. Zusätzlich hat das THZN das Selbsthilfebuch „Sonne für die Seele – Ein Selbsthilfebuch für traumatisierte Flüchtlinge“ herausgebracht, welches über die Website des THZN gegen eine Spende erworben werden kann. Das Buch kann in Deutsch, aber auch in acht Fremdsprachen bezogen werden und bietet Informationen und Übungen zur Selbsthilfe an, die dazu beitragen können, traumatische Erlebnisse zu bewältigen. Für Fachkräfte, Laienhelfer oder Interessierte wird das Buch „Traumatisierte Flüchtlinge begleiten – Traumasymptome verstehen und Stabilisierungsprozesse unterstützen“ angeboten. Das Buch dient der Ergänzung zum Selbsthilfebuch, bietet aber auch Tipps zur Selbstfürsorge für Helfer, um bei sich einen Burn-Out oder eine Sekundärtraumatisierung zu vermeiden. (TraumaHilfeZentrum Nürnberg, o.D.)

4.2 Modellprojekt „In2Balance“–Laienhilfe für Geflüchtete zur psychischen Stabilisierung

Von September 2016 bis November 2017 wurde das Projekt „In2Balance – Laienhilfe für Geflüchtete zur psychischen Stabilisierung“ vom Psychosozialen Zentrum für Flüchtlinge Düsseldorf (PSZ Düsseldorf) durchgeführt und erprobt. Das Projekt wurde vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen gefördert. Zum Einsatz kamen 18 Laienhelfer, die multilingual waren und als qualifiziert galten. Die Aufgabe der

Laienhelfer war es, psychisch belastete Flüchtlinge in Unterkünften im Raum Düsseldorf zu unterstützen. Dabei erhielten die Laienhelfer selbst Unterstützung von einem System aus Koordination, Supervision und Weitervermittlungsassistenz. Die Laienhelfer halfen gering bis mittelgradig belasteten Flüchtlinge und vermittelten schwer traumatisierte Flüchtlinge an Psychotherapeuten. (PSZ Düsseldorf, 2018)

Aufgrund von traumatisierenden Fluchterfahrungen leiden viele Geflüchtete unter psychischen Störungen oder Erkrankungen, bzw. haben ein hohes Risiko eine Traumafolgestörung zu entwickeln. Die Strukturen zur Versorgung von Flüchtlingen in Deutschland sind nicht genug ausgebaut, um traumatisierte oder potenziell gefährdete Flüchtlinge zu erkennen und ihnen angemessen zu helfen. Hinzu kommen die eingeschränkten Möglichkeiten, da es wenig Ärzte und Psychotherapeuten in Deutschland gibt, die die erforderlichen Fremdsprachen sprechen und so den Zugang zu Hilfen erleichtern könnten.

Durch multilinguale Laienhelfer ist es möglich, Sprachbarrieren zu brechen und so gering bis mittelgradig traumatisierte oder belastete Flüchtlinge zu unterstützen und zu stabilisieren. Ein niedrigschwelliges Angebot durch Laienhelfer kann bei Geflüchteten zur Aktivierung von Ressourcen führen, die die Integration erleichtern und die Psyche stabilisieren. Dies kann bei frühzeitiger Erkennung das Risiko einer Chronifizierung der Traumafolgestörung senken und somit auf lange Sicht Kosten einsparen.

Vor dem Projektstart und bevor die Laienhelfer ausgewählt wurden, mussten die notwendigen Sprachen identifiziert werden. Dies geschah anhand von Statistiken zu den Nationalitäten der Flüchtlinge, die sich in den Unterkünften befanden. Dadurch konnten die Stellen anteilsmäßig vergeben werden. Es wurden z.B. für arabischsprechende Laienhelfer zehn Stellen und für Farsi/Dari-sprechende vier Stellen angeboten. Für die Sprachen Tigrinja, Französisch und Englisch wurde jeweils mindestens eine Stelle besetzt. Es wurde ebenfalls darauf geachtet, dass die Helfer unterschiedlichen Alters und Geschlechts waren und verschiedenen Religionen angehörten. Weitere Kriterien waren, dass die potenziellen Helfer mindestens eine der Erstsprachen und zusätzlich Deutsch oder Englisch beherrschten. Des Weiteren waren Empathiefähigkeit, zeitliche und räumliche Flexibilität, ein sicherer Aufenthaltsstatus und auch die Teilnahme an Weiterbildungs- und Supervisionsangeboten wichtige Eigenschaften, die die Helfer mitbringen mussten. Nach dem Auswahlverfahren konnte das Projekt mit 20 LaienhelferInnen starten, die ebenfalls eine Flucht- oder Migrationsvergangenheit besaßen.

Bevor die Laienhelfer sich in der Praxis erproben konnten, erhielten sie alle eine Schulung, in der ihnen das hiesige Gesundheitssystem erklärt und Grundkenntnisse zur Erkennung von belasteten Geflüchteten vermittelt wurden. Zusätzlich erhielten sie im Rahmen der Schulung

Anwendungsbeispiele zu Entspannungsübungen und zum Abbau von Stress. Während der Schulung waren immer Personen anwesend, die den angehenden Laienhelfern für Fragen zur Verfügung standen. Nach Abschluss der Schulung folgten nochmals fünf eintägige Nachschulungen, bei denen die Fähigkeit zur Erkennung von psychischen Erkrankungen nochmals vertieft wurde, damit die Helfer gering bis mittelgradig belastete Personen gegenüber stark belasteten besser abgrenzen konnten. Dadurch sollte sichergestellt werden, dass die stark belasteten Geflüchteten möglichst schnell in psychotherapeutische Behandlung kommen konnten. Ein weiterer Inhalt der Nachschulungen war es, den Laienhelfern Möglichkeiten der Selbstfürsorge zu vermitteln.

Im Rahmen ihrer Tätigkeit wurden die Laienhelfer honoriert. Dies stellte zum einen sicher, dass das Projekt über den geplanten Zeitraum sicher ablaufen konnte, zum anderen diente es als Wertschätzung der qualifizierten Arbeit der Laienhelfer. Die Helferinnen und Helfer arbeiteten mit den Sozialarbeitern in den Unterkünften eng zusammen und mussten ihre Arbeit regelmäßig dokumentieren, wodurch die Steuerung des Projektes ermöglicht wurde. Die Laienhelfer durften ihre Arbeit eigenverantwortlich einteilen, wobei sie sich an die Zeitpläne der Sozialarbeiter halten mussten. Die Laienhelfer dienten während des Projekts den Flüchtlingen in den Unterkünften als Bezugspersonen und Vermittler zu anderen Stellen, wie Sozialarbeitern, Psychotherapeuten und Beratungsstellen.

Die Laienhelfer kamen anfangs häufig in einen Rollenkonflikt, da die Geflüchteten primär Hilfe bei der Suche nach anderen Unterbringungseinrichtungen oder bzgl. ihres Asylbewerberverfahrens wünschten, statt Hilfe bei der psychischen Stabilisierung anzunehmen. Im Laufe des Projekts gelang es den Laienhelfern ihre Rolle in dem System zu finden und den Geflüchteten bei ihren individuellen Sorgen zu helfen. Auch schafften sie es, den Fokus wieder auf die psychische Stabilisierung zu setzen. Gerade in Krisensituationen zeigte sich, wie wichtig die Laienhelfer als Bezugspersonen für Geflüchtete sind. Sie konnten oft besser als die Sozialarbeiter deeskalativ wirken.

Zu den Angeboten der Laienhelfer zählten Informationsveranstaltungen, Betreuung von Kleingruppen und Einzelgespräche. Zu Projektbeginn wurden zusätzlich „Sprechstunden“ bei den Laienhelfern angeboten.

Die Sprechstunden mussten in den Unterkünften zeitlich terminiert werden. Besonders zu Beginn waren die einzelnen Sprechstunden ein wichtiger Ansatz. Die „frischen“ Laienhelfer, konnten so durch direktes Ansprechen der Zielgruppe in den Unterkünften auf ihr Angebot aufmerksam machen. Nach Absprache mit den Sozialarbeitern durften Plakate und Visitenkarten in den Gemeinschaftsräumen der Unterkünfte aufgehängt bzw. ausgelegt werden. Die Sozialarbeiter wiesen die Laienhelfer auf belastete Geflüchtete hin, die von den Angeboten

profitieren würden. Das Setting der Sprechstunde wurde gezielt nicht in den Privaträumen der Traumatisierten durchgeführt, sondern in externen Räumen auf dem Gelände der Unterkünfte. Ausnahmen wurden nur bei alten und gehbeeinträchtigten Personen gemacht. Zunächst wurde geplant, dass die Laienhelfer nur in den ersten sechs Wochen des Projektes Sprechstunden anbieten sollten, jedoch wurde dies, aufgrund der hohen Fluktuation in den Einrichtungen, ausgeweitet auf bis sechs Wochen vor Projektende.

Die Einzelgespräche kristallisierten sich bei den belasteten Personen schnell als das beliebteste Angebot der Laienhelfer heraus. Die Laienhelfer berichteten, dass die Geflüchteten sich besonders im Vier-Augen-Gespräch öffneten, was das Erkennen von psychisch Erkrankten erleichterte. Nach Meldung einer erkrankten Person an die Koordinierungsstelle durften die Laienhelfer als Bezugsperson die Betroffenen zu den ersten Terminen in den Anlaufstellen (wie Psychiater, Psychotherapeuten, Ambulanzen) begleiten. Zu Beginn des Projekts wurde geregelt, dass die Laienhelfer nicht als Dolmetscher eingesetzt werden sollten. In Krisensituationen oder als Begleitung zum ersten Besuch beim Psychotherapeuten wurden von der Koordinationsstelle Ausnahmen gemacht. Laienhelfende durften zudem (in Absprache) Kriseninterventionen durchführen, jedoch nur, wenn suizidales Verhalten und Fremdgefährdung ausgeschlossen werden konnte. Falls nötig, übernahm die Koordinationsstelle selbst Maßnahmen zur psychischen Stabilisierung, in Form von Einzelgesprächen, zusammen mit den Laienhelfern als Bezugspersonen und Dolmetscher. Sobald die Klienten wieder genug gefestigt waren, haben die Laienhelfer ihre Arbeit wieder aufgenommen.

Weitere Angebote waren Informationsveranstaltungen in den Unterkünften, in denen primär über die Strukturen des deutschen Gesundheitssystems informiert wurde. Weitere Inhalte dieser Veranstaltungen waren Informationen zur Psychoedukation. Es wurde über körperliche und psychische Reaktionen auf Stress und Belastung informiert, und wie man mit diesen umgehen kann. Erschwert wurde die Durchführung der Veranstaltungen durch die vielen Nationalitäten und die unterschiedlichen Muttersprachen. Dadurch musste für „jede Sprache“ eine eigene Veranstaltung organisiert werden.

In Kleingruppen wurden Übungen angeboten, die darauf ausgerichtet waren, einen Stressabbau bei den Geflüchteten zu erwirken. Es wurden Übungen zur positiven Selbstreflexion, Muskelentspannung und Atemübungen angeboten und auch von den Klienten angenommen. Weitere Themen, die in Kleingruppen behandelt wurden, waren z.B. Schlaf- und Konzentrationsprobleme, Angst, Trauer und viele mehr. Durch die Arbeit in kleinen Gruppen bemerkte man von Seiten der Geflüchteten eine gesteigerte Motivation, gemeinsame Lösungswege zu erarbeiten.

Die Laienhelfer wurden während des gesamten Projektes von der Koordinierungsstelle unterstützt. Die Koordinierungsstelle hat die Laienhelfenden von der Bewerbungsphase über die Schulungen bis hin zum Ende des Projektes begleitet. Um den Erfolg des Projektes sicher zu stellen, musste sich die Koordinierungsstelle wöchentlich für zwei Stunden mit den Laienhelfern treffen, um etwaige Probleme zu besprechen. Haben Laienhelfer stark psychisch belastete Geflüchtete identifiziert, wurde sofort Rücksprache mit der Koordinationsstelle gehalten, damit bei suizidalem oder psychotischem Verhalten sofort psychotherapeutische Fachkräfte mit einbezogen werden konnten. Die enge Zusammenarbeit zwischen Laienhelfern, Koordinationsstelle und Psychotherapeuten trug ebenfalls dazu bei, dass Krisen schneller eingeschätzt und akut behandelt werden konnten.

Während des Projektes wurden immer wieder Themenfelder erkannt, die bei der Anfangsschulung nicht, oder nicht genug angesprochen worden waren. Aus diesem Grund erhielten die Laienhelfer immer wieder Schulungen zu speziellen Themen wie Gesprächsführung, Fallbesprechung und Suchtverhalten. Bei speziellen Fragen oder Unsicherheiten der Laienhelfer, z.B. ob bei einem Geflüchteten eine schwere traumatische Belastung vorliegt, konnte die Koordinationsstelle jederzeit telefonisch konsultiert werden. Falls notwendig, wurde ein gemeinsamer Termin mit dem Geflüchteten, der Koordinationsstelle und dem Laienhelfer organisiert. Aufgabe der Koordinationsstelle war es, psychiatrisch Erkrankte an geeignete Stellen im Gesundheitssystem weiterzuleiten.

Im Rahmen des Projektes wurde für die Laienhelfenden eine zweiwöchige Gruppensupervision bei transkulturell erfahrenen Psychotherapeuten organisiert, die jedoch nicht im Rahmen des PSZ Düsseldorf tätig waren. In der Supervision wurden vor allem Themen zur Rollenfindung besprochen. Jedoch wurde sie auch genutzt, um Wissenslücken zu erkennen, die für die Arbeit der Laienhelfer wichtig ist.

Während des Projektes „In2Balance“ übernahm die Koordinierungsstelle die Weitervermittlung von psychisch stark gefährdeten Flüchtlingen. Jedoch haben die Laienhelfer eine Assistenzfunktion bei der Vermittlung ausgeübt. Bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung durften die Laienhelfenden (nach Rücksprache mit der Koordinationsstelle) die psychisch Erkrankten in eine psychiatrische Ambulanz begleiten.

Zum Ende des Projektes stellte die Koordinationsstelle in Einzelgesprächen mit den Laienhelfenden sicher, dass alle Klienten der Laienhelfer nach Beendigung des Projektes an eine sichere Beratungsstelle weitervermittelt wurden. Zum Abschluss gab es für alle Laienhelfenden noch Schulungen zu den Themen „Enden und Abschiede in Beratung und Begleitung“ und zu weiteren beruflichen Möglichkeiten, die sie durch ihre Qualifizierung nun hatten.

Vom PSZ Düsseldorf erhielten die Laienhelfenden zum Ende des Projekts Zeugnisse und eine exakte Tätigkeitsbeschreibung.

Das Modellprojekt „In2Balance – Laienhilfe für Geflüchtete zur psychischen Stabilisierung“ endete mit einer Veranstaltung für Fachkräfte bei der Ärztekammer Nordrhein-Westfalen am 21.11.2017, bei welcher die Erfahrungen und Ergebnisse des Projekts von Laienhelfern und der Koordinationsstelle mit Interessierten diskutiert wurden.

4.2.1 Ergebnis des Modellprojekts „In2Balance“

Von ursprünglich 20 ausgewählten Personen wurden 18 als geeignet für die Arbeit als Laienhelfer betrachtet. Drei Personen beendeten das Projekt vorzeitig, da sie eine Festanstellung gefunden hatten.

Ein Kriterium beim Auswahlverfahren der Personen, die sich für die Arbeit als Laienhelfer eignen, war die „psychische Stabilität“. In der Evaluationsphase erkannte man, dass die Laienhelfenden häufig selbst psychisch vorbelastet waren, jedoch über eine gute Resilienz und gute Möglichkeiten, Stress abzubauen, verfügten. Es wird vermutet, dass die Auswahl von Bewerbern, die selbst einen Flucht- oder Migrationshintergrund haben, eine risikoreichere Personengruppe darstellt. Umso wichtiger war das Angebot aus verschiedenen Schulungen und Supervisionen, da diese zusätzlichen psychischen Belastungen präventiv vorbeugen konnten.

Zu Anfang bestand das Problem darin, den richtigen Aufbau der Schulungen zu finden. Die zukünftigen Laienhelfer sprachen alle unterschiedliche Landessprachen und hatten unterschiedliche Bildungsstände, weshalb sich die Auswahl der Methoden zur Informationsvermittlung sich als schwierig herausstellte. Aus diesem Grund war eine regelmäßige Supervision zwischen Koordinationsstelle und Laienhelfern wichtig, welche an den Bedürfnissen der Laienhelfer ausgerichtet war. Die Schulungen waren anfänglich auf fünf Tage begrenzt, wurden aber auf insgesamt acht Tage ausgedehnt.

Eingesetzt wurden die Laienhelfer in insgesamt zwölf Unterkünften und einem Welcome-Point. Es wurde versucht darauf zu achten, dass die Unterkünfte extra Räumlichkeiten für die Angebote der Laienhelfer aufwiesen. Jedoch ist aufgefallen, dass mehr zentral gelegene Unterkünfte häufig weniger Extraraum zur Verfügung hatten, als Einrichtungen, die weniger zentral gelegen waren. In Unterkünften, die mehr Platz zur Verfügung hatten, waren die Geflüchteten schneller bereit, über psychische Probleme mit den Laienhelfern zu sprechen, da z.B. schlechte Hygiene oder Schlafstörungen kein Thema waren. Dies führte auch zu einer höheren Zufriedenheit von Seiten der Laienhelfer.

Schätzungen zu Folge betreuten die Laienhelfer während des Projektes ca. 250-350 Geflüchtete im Monat. Die Schätzungen gehen ein wenig auseinander, da manche Geflüchtete die Angebote öfters in Anspruch nahmen.

Es konnte beobachtet werden, dass z.B. manche Geflüchtete aus einem gemeinsamen Herkunftsland sich lieber in kleinen Gruppen trafen, andere bevorzugten das Einzelgespräch. Zu manchen Sprachgruppen gab es in den Einrichtungen zu wenig Geflüchtete, weshalb sich auch dort Gruppenveranstaltungen als schwierig gestalteten. In solchen Fällen wurde dann auf Einzelgespräche zurückgegriffen oder zu einer Kleingruppenveranstaltung eingeladen.

Am Ende kam das Modellprojekt „In2Balance“ zu dem Ergebnis, dass ein Großteil der Geflüchteten psychische Unterstützung benötigt und diese von den Laienhelfenden erhalten kann. Des Weiteren zeigte sich, dass die Integration und Betreuung der Laienhelfern durch die Koordinationsstelle während des Projekts essenziell waren.

4.3 „Peer-to-Peer-Selbsthilfe-Interventionen für Geflüchtete“–eine Pilotstudie

Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité-Universitätsmedizin Berlin hat eine Studie veröffentlicht zur „Peer-to-Peer-Selbsthilfe“ (P2P) und hat dafür ein Handbuch entwickelt und die Helfer anhand des Manuals ausgebildet. Hierdurch sollen die Angebote für Geflüchtete überprüft, ausgedehnt und weiterentwickelt werden. (Jumaa et al., 2020, S.89)

Für die Studie wurden in Flüchtlingsunterkünften in Berlin - in Zusammenarbeit mit Sozialarbeitern vor Ort - neun Personen (5 Frauen, 4 Männer) ausgewählt, die die Altersansprüche (18-64 Jahre), unterschiedliche Sprachkenntnisse (Englisch, Deutsch, Arabisch, Farsi) und zwischenmenschliche Fähigkeiten, aufweisen konnten. Diese zukünftigen Peers wurden durch Workshops, die von Psychiatern, Psychotherapeuten und Psychologen durchgeführt wurden, geschult. Themen der Schulungen waren:

- Stress: Entstehung und Symptome
- Entspannungstechniken
- Resilienz und Vulnerabilitätsfaktoren
- Verbesserte Integration
- Lösungsstrategien bei Konflikten
- Kulturelle Missverständnisse

Nach den Schulungen durften sich die Peers selbstständig in Berliner Notunterkünften Flüchtlinge suchen, die Interesse an einer Peer-to-Peer-Gruppe hatten. Insgesamt waren

dies 17 Geflüchtete, bestehend aus neun Männern und acht Frauen. Es entstanden so vier P2P-Gruppen, die sich wöchentlich – 90 Minuten - in ihren Gruppen trafen.

4.3.1 Ergebnis der Pilotstudie „Peer-to-Peer-Selbsthilfe“

Die Ergebnisbildung der Studie erfolgte mit Hilfe von Interviews, wobei von 17 Teilnehmern nur 10 den Interviews zustimmten. In den Interviews wurden insgesamt 25 Fragen gestellt zum Setting der P2P-Gruppen. Die Fragen bezogen sich auf die Erwartungen an die Gruppe und an die Peers, zu den behandelten Themen, Verbesserungsideen und -wünschen, zur allgemeinen Zufriedenheit und in Bezug auf die Vorteile der Gruppen.

Nach Auswertung der Interviews kristallisierten sich insgesamt vier Schwerpunkte heraus:

1. **Konstitution der Gruppen**: Im Ergebnis zeigte sich, dass von den Gruppenteilnehmern überwiegend homogene Gruppen gewünscht werden bzgl. Alter und Geschlecht. Dies begründet sich damit, dass in Ländern wie dem Irak und Afghanistan Frauen und Männer meist nicht zusammen an öffentlichen Veranstaltungen teilnehmen dürfen. Manche Befragte äußerten jedoch, dass eine heterogene Gruppe funktionieren könnte, wenn die behandelten Themen nicht zu persönlich sind.

2. **Erwartungen an die Peers**: Von den interviewten Teilnehmern wurde gewünscht, dass die Peer-Trainer denselben kulturellen und sprachlichen Hintergrund haben wie die Teilnehmer selbst, da dies die Kommunikation erleichtern würde. Es wurde erwartet, dass der Peer zwischenmenschlich gut agieren kann und eine Lotsenfunktion einnimmt.

3. **Vorteile:** Die wöchentlichen Gruppentreffen wurden von den Teilnehmern als stabilisierend empfunden, da dort ohne Wertung Erlebnisse besprochen und Vertrauen zueinander aufgebaut werden konnte. Sie lernten in den Gruppen, sich mit anderen zu beschäftigen und konnten gemeinsame Lösungsideen für sich selbst und für alltägliche Probleme erarbeiten. Ein Teilnehmer erwähnte, dass er keine Schlafmedikamente mehr benötige, seitdem er an der P2P-Gruppe teilnimmt.

4. **Vorschläge zur Verbesserung**: Die wöchentlichen Treffen fanden meist zu einem bestimmten Thema statt. Von den Teilnehmenden wurde gewünscht, dass diese Treffen eher flexibel gestaltet werden sollten, da sie lieber über Probleme der Arbeits- und Wohnungssuche, bürokratische Probleme und das Gesundheitssystem sprechen wollten. Die Teilnehmenden wünschten sich ebenfalls Gruppenaktivitäten z.B. Ausflüge.

4.4 Vergleich In2Balance-Projekt und Peer-to-Peer-Studie

In dem Projekt „In2Balance“ sowie in der Peer-to-Peer-Studie (P2P) arbeiteten Personen mit Migrations- und Fluchthintergrund zusammen mit Geflüchteten in Notunterkünften. In beiden Programmen wurde darauf geachtet, dass die Laienhelfer die unterschiedlichen Sprachen der in den Notunterkünften lebenden Geflüchteten abdecken, um somit die Kommunikation untereinander zu erleichtern.

Unterschieden haben sich die Projekte in der Anzahl der Helfer (20 bei In2Balance und 9 bei P2P) und in der Anzahl der betreuten Personen. Außerdem wurden unterschiedliche Ansätze der psychosozialen Unterstützung gewählt. Während bei In2Balance die Betreuung - neben Kleingruppen - überwiegend mit Einzelgesprächen ausgeführt wurde, hat sich die P2P auf Gruppentreffen beschränkt.

Des Weiteren hat sich die Rekrutierung und Ausbildung der Helfer in beiden Programmen unterschieden. In2Balance hat den Weg der klassischen Bewerbung mit Bewerbungsgesprächen gewählt und speziell nach bereits in Deutschland integrierten Personen mit Flucht- und Migrationshintergrund gesucht. Bei P2P haben die Sozialarbeiter direkt in den Notunterkünften nach geeigneten Personen für die Ausbildung zum Peer gesucht. Die Inhalte der Schulungen waren thematisch größtenteils identisch. Jedoch legte In2Balance den Fokus darauf, traumatisierte Flüchtlinge zu erkennen, Hilfe zu leisten und die schwer Traumatisierten ggf. an eine weitere Instanz (Koordinationsstelle, Psychotherapie) weiterzuleiten.

Beide Programme haben ihre Vor- und Nachteile. Gerade der Gruppenfokus in Notunterkünften wie bei P2P ist ein Angebot, das sicher eine Existenzberechtigung hat, da sich die Betroffenen so in Form einer Selbsthilfegruppe gegenseitig unterstützen können. Jedoch wurden in der Studie die vorher festgelegten Themen zu den Gruppenterminen kritisiert, da sie wenig Flexibilität boten und es schwieriger war, akut belastende Themen zu behandeln. Einer der Geflüchteten erwähnte im Interview, das er nun keine Medikamente zum Schlafen mehr benötige, was auf jeden Fall einen Schritt zur psychischen Stabilisierung darstellt.

Insgesamt sollte eine Mischung aus beiden Programmen eine gute Grundlage bilden, um psychisch belastete Geflüchtete in den Unterkünften zu identifizieren und entsprechend weiterzuleiten. Die Leiter der P2P-Selbsthilfegruppen könnten so potenziell traumatisierte Geflüchtete an professionell geschulte Laienhelfer weiterleiten, welche dann in Einzelgesprächen herausfinden können, in welchem Ausmaß der Geflüchtete Hilfe benötigt und diesen ggf. bei der Koordinationsstelle für weitere Interventionen wie Psychotherapie, melden.

4.5 Abgrenzung Laienhilfe, Psychotherapie und Sozialarbeit

Die genaue Abgrenzung zwischen Psychotherapie und Sozialarbeit gegenüber der Laienhilfe, die auf Schulungen von Freiwilligen aufbaut, ist sehr wichtig, da die Aufgabenfelder in der Praxis zu verschwimmen scheinen.

Die Aufgabenfelder von Sozialarbeitern in der Flüchtlingshilfe sind sehr komplex und breit gefächert. Die Sozialarbeiter haben eine Beratungsfunktion zu Themen wie Asylrecht, Aufenthaltsrecht und Sozialrecht, leisten psychosoziale Unterstützung und müssen sensibel und verständnisvoll gegenüber den verschiedenen Traumata der Flüchtlinge sein. Die Sozialarbeiter nehmen eine Expertenfunktion ein und verfügen über das Wissen, die Belange der Flüchtlinge in Bezug auf die Dringlichkeit der Bearbeitung zu sortieren und zu bewerten. Falls notwendig, werden die Flüchtlinge an eine andere Stelle weitervermittelt oder helfende Informationen weitergegeben. Der Betreuungsschlüssel liegt jedoch bei 1:200 und ist somit bei weitem nicht ausreichend. Die Hauptaufgabe der Laienhelfenden ist es, Geflüchtete psychisch zu stabilisieren und ggf. an Sozialarbeiter weiterzuleiten. Da sie jedoch häufig die ersten Ansprechpartner der Geflüchteten sind, werden sie mit Problemen konfrontiert, deren Lösung die Sozialarbeiter bieten. Hierbei ist es wichtig, dass sich die Laienhelfenden ihrer Rolle und Funktion bewusst sind und die Geflüchteten bei gewissen Fragen an die Sozialarbeiter in den Unterkünften weiterleiten. (Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer, 2019c, S.35)

Eine klare Abgrenzung der Laienhilfe ist gerade in Bezug auf professionell arbeitende Psychotherapeuten wichtig. Laienhelfende kommen in Kontakt mit psychisch angeschlagenen Geflüchteten und bauen zu ihnen ein Vertrauensverhältnis auf. Dabei ist die Gefahr sehr hoch, dass die Laienhelfenden ihre Kompetenzen überschreiten, da sie der Person gerne helfen möchten. „Laientraumatherapie“ ist jedoch aus ethischen und professionellen Gesichtspunkten verboten. (Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer, 2019c, S.36)

Für die Behandlung von Traumafolgestörungen wie der posttraumatischen Belastungsstörung gibt es Leitlinien, die das therapeutische Vorgehen vorgeben. (Schäfer et al., 2019)

Es gibt die Möglichkeit für Laienhelfende, eine Weiterbildung zum so genannten „Trauma-Berater“ zu absolvieren. Diese Weiterbildung befähigt die Laienhelfer jedoch nicht, Traumatherapien selbstständig durchzuführen. Vielmehr sollen sie eine professionelle Psychotherapie begleitend unterstützen. Dabei ist eine regelmäßige Supervision entscheidend. Traumaberater dürfen nur als solche arbeiten, wenn sie Methoden anwenden, bei der keine professionelle Psychotherapeuten-Ausbildung notwendig ist. Dies muss jedoch unter Aufsicht und

Fallverantwortung eines Psychotherapeuten mit Approbation geschehen, der den Behandlungserfolg regelmäßig evaluiert und gegebenenfalls die Behandlungsmethodik abändert. (Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina, 2018, S. 24)

Jedoch ist zu erwähnen, dass die Laienhilfe, die der psychischen Stabilisierung dient, durchaus eine Berechtigung hat trotz nicht-professioneller Hilfe. Sie kann einen niedrigschwelligen Zugang zu den Beratungs- und Hilfsangeboten liefern und kann somit ebenfalls den frisch angekommenen Geflüchteten eine erste Stabilisierung bieten. Eine eindeutige Rollenklärung ist allerdings elementar. (Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer, 2019c, S.36)

5. Fazit

Die Entwicklung der Diagnose „Posttraumatische Belastungsstörung“ hat bereits einen langen Weg hinter sich und wird heute und in der Zukunft sicher noch weiterentwickelt und Gegenstand wissenschaftlicher Diskussionen sein.

Viele Geflüchtete leiden unter ihren Flucht- und Migrationserfahrungen und entwickeln Traumafolgestörungen wie eine posttraumatische Belastungsstörung. Hinzu kommt die Problematik, dass vielen Geflüchteten der „Flüchtlingsstatus“ nach der Genfer Flüchtlingskonvention verwehrt wird. Durch die gesundheitliche und psychotherapeutische Unterversorgung von traumatisierten Flüchtlingen durch das deutsche Gesundheitssystem und durch die Regelungen im Asylbewerberleistungsgesetz ist es für belastete Flüchtlinge schwierig, dringend benötigte Hilfe zu erhalten. Vor allem der Mangel an multilingualen Psychotherapeuten ist gravierend, weshalb es wichtig wäre, Geflüchtete, die in ihrem Heimatland eine entsprechende Ausbildung, wie ein Psychologie- oder Psychotherapiestudium absolviert haben, zu identifizieren. Durch deren schnelle Integration und Anerkennung ihrer Vor- und Ausbildungen könnten ausländische Psychotherapeuten eingesetzt werden in der Behandlung von Geflüchteten mit posttraumatischen Belastungsstörungen.

Hinzu kommt der Mangel an Sozialarbeitern in den Flüchtlingsunterkünften. Sozialarbeiter sind immer vor Ort und helfen Geflüchteten in allen Lebensbereichen und bieten Unterstützung bei Anträgen, Beratungen und Arbeits- und Wohnungssuche. Zusätzlich sind sie Vermittler an weitere Stellen, z.B. an die Psychotherapie, wenn bei Geflüchteten eine psychische Störung bekannt wird. Der Fachkräftemangel in den Unterkünften macht es jedoch für die Sozialarbeiter schwierig, psychisch Erkrankte schnell zu identifizieren und entsprechend weiterzuleiten.

Aus diesem Grund ist es wichtig für die Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen, dass man in einem multiprofessionellen Team arbeitet, da es sich bei den Geflüchteten um eine besonders vulnerable Personengruppe handelt. Gerade die Arbeit durch Laienhelfer oder Peers kann den Sozialarbeitern, Psychotherapeuten und Psychiatern, die in Flüchtlingsunterkünften arbeiten, die Arbeit erleichtern, indem sie den Geflüchteten einen niedrigschwelligen Zugang zu Angeboten der psychischen Stabilisierung bieten. Dennoch muss darauf geachtet werden, dass die Laienhelfer ihre Kompetenzen nicht überschreiten und nicht die Arbeit von anderen Professionen übernehmen. Aus diesem Grund müssen die Arbeitsfelder der Laienhelfer genau abgegrenzt und klar definiert werden.

6. Literaturverzeichnis

Augsburger, Mareike; Maercker, Andreas (2020): Posttraumatische Belastungsstörungen. PTBS und KPTBS: ein Leitfaden für die Diagnostik und Behandlung. 1. Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Blakemore, Erin (2020): Geschichte der PTBS: Von der "Kriegsneurose" zur Traumadiagnose. Hg. v. National Geographic. Online verfügbar unter https://www.nationalgeographic.de/wissenschaft/2020/06/geschichte-der-ptbs-von-der-kriegsneurose-zur-traumadiagnose, zuletzt geprüft am 20.10.2020.

Böhm, Karsten (2016): EMDR in der Psychotherapie der PTBS. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, zuletzt geprüft am 06.11.2020.

Borchers, Kevin (2008): Die Datenlage im Bereich der internationalen Migration. Europa und seine Nachbarregionen. Unter Mitarbeit von Wiebke Breustedt. Hg. v. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Nürnberg. Online verfügbar unter https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Forschung/WorkingPapers/wp18-internationale-migration.pdf?__blob=publicationFile&v=13, zuletzt geprüft am 27.10.2020.

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2016): Migrationsbericht 2015. Zentrale Ergebnisse. Hg. v. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Online verfügbar unter https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Forschung/Migrationsberichte/migrationsbericht-2015-zentrale-ergebnisse.pdf?__blob=publicationFile&v=17, zuletzt geprüft am 27.10.2020.

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2018): Das Bundesamt in Zahlen 2018. Asyl, Migration und Integration. Hg. v. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Online verfügbar unter https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Statistik/BundesamtinZahlen/bundesamt-in-zahlen-2018.pdf?__blob=publicationFile&v=14, zuletzt geprüft am 27.10.2020.

Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat (2017a): 280.000 Asylsuchende im Jahr 2016. Pressemitteilung. Online verfügbar unter https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/pressemitteilungen/DE/2017/01/asylantraege-2016.html, zuletzt geprüft am 27.10.2020.

Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat (2017b): Gesetz zur besseren Durchsetzung der Ausreisepflicht. Hg. v. Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat. Online verfügbar unter https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/gesetzgebungsverfahren/DE/gesetz-zur-besseren-durchsetzung-der-ausreisepflicht.html, zuletzt aktualisiert am 2017b, zuletzt geprüft am 27.10.2020.

Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (2018): Flüchtling, Asylsuchender, Binnenvertriebener, Klimamigrant, UNHCR. Begriffsbestimmungen und Erläuterungen. Hg. v. Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung. Online verfügbar unter https://www.bmz.de/de/themen/Sonderinitiative-Fluchtursachen-bekaempfen-Fluechtlinge-reintegrieren/hintergrund/definition_fluechtling/index.jsp, zuletzt geprüft am 26.10.2020.

Bundespsychotherapeutenkammer (2017): Was benötigen psychisch kranke Flüchtlinge? BPtK-Round-Table mit Experten aus der Praxis. Hg. v. Bundespsychotherapeutenkammer. Online verfügbar unter https://www.bptk.de/was-benoetigen-psychisch-kranke-fluechtlinge/, zuletzt geprüft am 01.10.2020.

Bundesregierung (2015): Sommerpressekonferenz von Bundeskanzlerin Merkel. Aktuelle Themen der Innen- und Außenpolitik, Mitschrift Pressekonferenz. Hg. v. Bundesregierung. Online verfügbar unter https://www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/pressekonferenzen/sommerpressekonferenz-von-bundeskanzlerin-merkel-848300, zuletzt geprüft am 27.10.2020.

Bundesregierung (2016): Asylpaket II in Kraft. Kürzere Verfahren, weniger Familiennachzug. Online verfügbar unter https://www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/kuerzere-verfahren-weniger-familiennachzug-370360, zuletzt geprüft am 27.10.2020.

Bundesregierung (2019): Neue Bedarfssätze für Asylbewerber. Hg. v. Bundesregierung. Online verfügbar unter https://www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/bedarfssaetze-angepasst-1635116, zuletzt aktualisiert am 27.10.2020, zuletzt geprüft am 27.10.2020.

Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (2019a): Psychosoziale Zentren. Hg. v. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer. Online verfügbar unter http://www.baff-zentren.org/psychosoziale-zentren/, zuletzt geprüft am 02.11.2020.

Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (2019b): Lots*innen, Peers und Laienhelfer*innen: (Neue) Unterstützungskonzepte in der psychosozialen Arbeit mit Geflüchteten. Hg. v. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer. Online verfügbar unter http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2019/02/BAfF_Positionspapier_Laienhilfe_2019.pdf, zuletzt geprüft am 14.11.2020.

Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (2019c): Versorgungsbericht. Zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland. Hg. v. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer. Online verfügbar unter http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2019/11/BAfF_Versorgungsbericht-5.pdf, zuletzt geprüft am 14.11.2020.

Cronauer, Elfie (2019): Funktionelle und somatoforme Störungen. Wie können der Zugang und die Verarbeitung über den Körper gelingen? In: Trauma & Gewalt 13 (3), S. 214–222.

Deutsches Ärzteblatt (2015): Vietnam: Einige US-Veteranen leiden noch immer unter einer posttraumatischen Belastungsstörung. Hg. v. Deutsches Ärzteblatt. online. Online verfügbar unter https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/63589/Vietnam-Einige-US-Veteranen-leiden-noch-immer-unter-einer-posttraumatischen-Belastungsstoerung, zuletzt geprüft am 15.10.2020.

Dreßling, Harald; Foerster, Klaus (2016): Komplexe Traumafolgestörungen in der Begutachtung. In: Der Neurologe & Psychiater 17 (4), S. 26–29

emdria Deutschland e.V.: Was ist EMDR? Hg. v. emdria Deutschland e.V. Online verfügbar unter https://www.emdria.de/emdr/was-ist-emdr/, zuletzt geprüft am 06.11.2020.

Europäisches Migrationsnetzwerk (2018): Glossar zu Asyl und Migration Version 5.0. Ein Instrument zur besseren Vergleichbarkeit. Online verfügbar unter https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/EMN/Glossary/emn-glossary2.pdf?__blob=publicationFile&v=6, zuletzt geprüft am 26.10.2020.

Fooken, Insa (2013): Resilienz und posttraumatische Reifung. In: Andreas Maercker (Hg.): Posttraumatische Belastungsstörungen. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 71–93, zuletzt geprüft am 13.11.2020.

Frommberger, Ulrich (2012): Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen. In: Harald J. Freyberger, Wolfgang Schneider und Rolf-Dieter Stieglitz (Hg.): Kompendium Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Medizin. 1. Aufl. Bern: Huber, S. 249–262.

Goddemeier, Christof (2009): Herausforderung an eine integrative Behandlung. Traumatisierte, abhängigkeitskranke Patienten sprechen auf die üblichen Standardverfahren der Suchtbehandlung oft nur unzureichend an. In: Deutsches Ärzteblatt (10), S. 448–450, zuletzt geprüft am 05.10.2020.

Graf v. Lüttichau, Mondrian W. (2016): Strukturelle Dissoziation der Persönlichkeit. Online verfügbar unter https://dissoziation-und-trauma.de/pdf/tbl-strukturelle-dissoziation-structural-dissociation.pdf, zuletzt geprüft am 01.10.2020.

Griesbeck, F. (2016): Posttraumatische Belastungsstörung. In: Notfall + Rettungsmedizin 19 (6), S. 460–465.

Hase, Michael; Leutner, Susanne; Tumani, Visal; Hofmann, Arne (2013): Eine ungewöhnliche Form der Psychotherapie. In: Deutsches Ärzteblatt PP (11), 512-514.

Hecker, Tobias; Maercker, Andreas (2015a): Komplexe posttraumatische Belastungsstörung nach ICD-11. Beschreibung des Diagnosevorschlags und Abgrenzung zur klassischen posttraumatischen Belastungsstörung. In: Psychotherapeut (6), S.547-561.

Hecker, Tobias; Maercker, Andreas (2015b): Trauma- und Gewaltfolgen - psychische Auswirkungen. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz (1), S. 28–34.

Hillebrecht, Jennifer; Helmes, Almut; Bengel, Jürgen (2018): Psychologische Versorgung einer besonders vulnerablen Flüchtlingsgruppe. In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 68 (3-4), S. 137–141.

Hinton, Devon (2018): Resilienzförderung bei Flüchtlingen: Förderung der Flexibilität als Schlüsselaufgabe. In: Friedrich Riffer, Elmar Kaiser, Manuel Sprung und Lore Streibl (Hg.): Das Fremde: Flucht – Trauma – Resilienz, Bd. 2. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 215–224.

Hofmann, Arne (Hg.) (2014): EMDR. Therapie psychotraumatischer Belastungssyndrome; Praxishandbuch zur Behandlung traumatisierter Menschen. 5., vollst. überarb. und erw. Aufl. Stuttgart: Thieme.

Jumaa, Jinan Abi; Kluge, Ulrike; Weigold, Stefanie; Heinz, Eustachia; Mehran, Nassim (2020): Peer-to-Peer-Selbsthilfe-Interventionen für Geflüchtete – eine Pilotstudie. In: Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie 88 (2), S. 89–94.

Kapfhammer, Hans-Peter (2011): Psychologische Störungen des autobiografischen Gedächtnisses – Einflüsse von Trauma, Dissoziation und PTSD. In: Psychiatrie und Psychotherapie 7 (2), S. 43–55.

Kessler, Ronald C.; Hughes, Michael; Sonnega, Shelby; Nelson, Christopher B. (1995): Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. In: Archives of General Psychiatry (52), S.1048-1060.

Klussmann, Rudolf; Nickel, Marius (2009): Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Ein Kompendium für alle medizinischen Teilbereiche. 6., erw. und korrigierte Aufl. Wien: Springer Verlag Wien.

Kultalahti, Tarja Tuulikki; Rosner, Rita (2008): Risikofaktoren der Posttraumatischen Belastungsstörung nach Trauma-Typ-I bei Kindern und Jugendlichen. In: Kindheit und Entwicklung (4), S. 210–218.

Kunzke, Dieter; Güls, Frank (2003): Diagnostik einfacher und komplexer posttraumatischer Strungen im Erwachsenenalter. In: Psychotherapeut 48 (1), S. 50–70.

Lehmann, Julian (2015): Flucht in die Krise. Ein Rückblick auf die EU-"Flüchtlingskrise" 2015. Hg. v. Bundeszentrale für politische Bildung. Online verfügbar unter https://www.bpb.de/apuz/217302/ein-rueckblick-auf-die-eu-fluechtlingskrise-2015, zuletzt geprüft am 27.10.2020.

Lindert, Jutta; Ehrenstein, Ondine S. von; Wehrwein, Annette; Brähler, Elmar; Schäfer, Ingo (2018): Angst, Depressionen und posttraumatische Belastungsstörungen bei Flüchtlingen – eine Bestandsaufnahme. In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 68 (1), S. 22–29.

Luft, Stefan (2017): Die Flüchtlingskrise. Ursachen, Konflikte, Folgen. Originalausgabe, 2., durchgesehene und aktualisierte Auflage. München: Verlag C.H.Beck.

Maercker, Andreas; Augsburger, Mareike (2019): Die posttraumatische Belastungsstörung. In: Andreas Maercker (Hg.): Traumafolgestörungen. 5. Auflage. Berlin: Springer Verlag, S. 13–45.

Maercker, Andreas (2017): Trauma und Traumafolgestörungen. München: C.H. Beck.

Maercker, Andreas (2019a): Komplexe PTBS. In: Andreas Maercker (Hg.): Traumafolgestörungen 5. Auflage. Berlin: Springer Verlag, S. 47–60.

Maercker, Andreas (2019b): Systematik und Wirksamkeit der Therapiemethoden. In: Andreas Maercker (Hg.): Traumafolgestörungen 5. Auflage. Berlin: Springer Verlag, S.217-227.

Maes, Hans-Joachim (2001): Radio- und Eisenbahnkrankheit. Zivilisationskritische Texte aus den 20er-Jahren. Hg. v. Deutsches Ärzteblatt (23). Online verfügbar unter https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=27621, zuletzt geprüft am 14.10.2020.

Marmar, Charles R.; Schlenger, William; Henn-Haase, Clare; Qian, Meng; Purchia, Emily; Li, Meng et al. (2015): Course of Posttraumatic Stress Disorder 40 Years After the Vietnam War: Findings From the National Vietnam Veterans Longitudinal Study. In JAMA Psychiatry 72 (9). S.875-881.

Marx, Iris (2020): Seit Flüchtlingskrise 2015: So wurde die Asylpolitik verschärft. Hg. v. Tagesschau. Online verfügbar unter https://www.tagesschau.de/bilanz-fluechtlingspolitik-verschaerfung-101.html, zuletzt geprüft am 27.10.2020.

Michl, Susanne (2014): Gefühlswelten: Konzepte von Angst in der Kriegspsychiatrie. Hg. v. Deutsches Ärzteblatt 111 (33-34) A 1414-1416. Online verfügbar unter https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=161318, zuletzt geprüft am 15.10.2020.

Mlodoch, Karin (2017): Gewalt, Flucht – Trauma? Grundlagen und Kontroversen der psychologischen Traumaforschung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht (Fluchtaspekte).

Myrick, Amie C.; Brand, Bethany L. (2015): Dissociation, Dissociative Disorders, and PTSD. In: Colin R. Martin, Victor R. Preedy und Vinood B. Patel (Hg.): Comprehensive Guide to Post-Traumatic Stress Disorder. Cham: Springer International Publishing, S. 1–16.

Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina (2018): Traumatisierte Flüchtlinge - schnelle Hilfe ist jetzt nötig. Halle (Saale). Online verfügbar unter https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/2018_Stellungnahme_traumatisierte_Fluechtlinge.pdf, zuletzt geprüft am 14.11.2020.

Nijenhuis, Ellert R. S. (2016): Die Trauma-Trinität: Ignoranz - Fragilität - Kontrolle. Göttingen, Bristol, CT, USA: Vandenhoeck & Ruprecht.

Ozer, Emily J.; Best, Suzanne R.; Lipsey, Tami L.; Weiss, Daniel S. (2003): Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults. A meta-analysis. In: Psychological bulletin (1), S. 52–73.

Pausch, Markus; Matten, Sven (2018): Trauma und Traumafolgestörung. In Medien, Management und Öffentlichkeit. Wiesbaden: Springer Verlag.

Potthast, Nadine; Catani, Claudia (2012): Trauma und Sucht: Implikationen für die Psychotherapie. In: SUCHT 58 (4), S. 227–235.

Pschyrembel (o.D.a): Intrusion. Hg. v. Pschyrembel Online. Online verfügbar unter https://www.pschyrembel.de/Intrusion/K0PQ4, zuletzt aktualisiert am 25.08.2020, zuletzt geprüft am 25.08.2020.

Pschyrembel (o.D. b): Komorbidität. Hg. v. Pschyrembel Online. Online verfügbar unter https://www.pschyrembel.de/Komorbidität/K0C0A, zuletzt geprüft am 03.09.2020.

PSZ Düsseldorf (2018): In2Balance - Laienhilfe für Geflüchtete zur psychischen Stabilisierung. Abschlussbericht des Modellprojekts. Hg. v. Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge Düsseldorf. Online verfügbar unter https://psz-duesseldorf.de/wordpress/wp-content/uploads/2019/12/In2Balance.pdf, zuletzt geprüft am 15.11.2020.

Refugeeum (2016): Willkommen bei REFUGEEUM. Hamburg. Online verfügbar unter https://refugeeum.eu/.

Richter, Anna-Konstantina; Beham, Franziska; Sommerfeld, Hadassa; Göttelmann, Christina; Hamacher, Felix Antonio (2019): Wie ein EMDR-Interventionspraktikum im nichtärztlichen Psychotherapiestudium gestaltet werden kann. In: Trauma & Gewalt 13 (3), S. 232–241.

Schäfer, Ingo; Gast, Ursula; Hofmann, Arne; Knaevelsrud, Christine; Lampe, Astrid; Liebermann, Peter et al. (2019): S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.

Schauer, Maggie; Elbert, Thomas (2010): Dissociation Following Traumatic Stress. In: Zeitschrift für Psychologie / Journal of Psychology 218 (2), S. 109–127.

Scherr, Albert; Scherchel, Karin (2019): Wer ist ein Flüchtling? Grundlagen einer Soziologie der Zwangsmigration. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht (Fluchtaspekte).

Schmahl, Christian (2019): Neurobiologie. In: Andreas Maercker (Hg.): Traumafolgestörungen. 5. Auflage. Berlin: Springer Verlag, S. 95–112.

Schmiedebach, Heinz-Peter (2019): Zur Geschichte der Psychotraumatologie. In: Andreas Maercker (Hg.): Traumafolgestörungen. 5. Auflage. Berlin: Springer Verlag, S. 3–12.

Schneider, Frank (2017): Facharztwissen Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.

Schnell, Thomas; Gast, Ursula (2014): Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung. In: Schnell (Hg.): Moderne Kognitive Verhaltenstherapie bei schweren psychischen Störungen. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 29–58.

Schröder, Helmut; Zok, Klaus; Faulbaum, Frank (2018): Gesundheit von Geflüchteten in Deutschland. Ergebnisse einer Befragung von Schutzsuchenden aus Syrien, Irak und Afghanistan. Hg. v. Wissenschaftliches Institut der AOK. Berlin. Online verfügbar unter https://wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/WIdOmonitor/wido_monitor_2018_1_gesundheit_gefluechtete.pdf, zuletzt geprüft am 18.11.2020.

Schubbe, Oliver; Püschel, Ines (2016): Phasen der EMDR-Behandlung. In: Oliver Schubbe (Hg.): Traumatherapie mit EMDR. Ein Handbuch für die Ausbildung. 5. 5., überarbeitete Auflage 2016. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 122–157.

Sprung, Manuel; Kaiser, Elmar; Streibl, Lore Elisabeth; Riffer, Friedrich (2018): Resilienz und posttraumatische Reifung. In: Friedrich Riffer, Elmar Kaiser, Manuel Sprung und Lore Streibl (Hg.): Das Fremde: Flucht – Trauma – Resilienz, Bd. 2. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg (Psychosomatik im Zentrum), S. 205–213.

Statistisches Bundesamt (2017): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund - Ergebnisse des Mikrozensus 2013. Hg. v. Statistisches Bundesamt. Online verfügbar unter https://www.statistischebibliothek.de/mir/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00037312/2010220137004_korr21032017.pdf, zuletzt geprüft am 28.10.2020.

Statistisches Bundesamt (2019): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund - Ergebnisse des Mikrozensus 2017. Hg. v. Statistisches Bundesamt. Online verfügbar unter https://www.statistischebibliothek.de/mir/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00051260/2010220177004_korr18112019.pdf, zuletzt geprüft am 28.10.2020.

Statistisches Bundesamt (2020): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund - Ergebnisse des Mikrozensus 2019. Hg. v. Statistisches Bundesamt. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Publikationen/Downloads-Migration/migrationshintergrund-2010220197004.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 28.10.2020.

Steel, Zachary; Silove, Derrick; Brooks, Robert; Momartin, Shakeh; Alzuhairi, Bushra; Susljik, Ina (2006): Impact of immigration detention and temporary protection on the mental health of refugees. In: The British journal of psychiatry: the journal of mental science 188, S. 58–64.

Steil, Regina; Rosner, Rita (2009): Posttraumatische Belastungsstörung. Göttingen: Hogrefe (Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie, Band 12).

Tedeschi, Richard G.; Calhoun, Lawrence G. (1996): The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. In: Journal of Traumatic Stress 9 (3), S. 455–471.

Topp, Christian Winther; Østergaard, Søren Dinesen; Søndergaard, Susan; Bech, Per (2015): The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature. In: Psychotherapy and psychosomatics 84 (3), S. 167–176.

TraumaHilfeZentrum Nürnberg (o.D.): Sonne für die Seele. Selbsthilfebuch für traumatisierte Flüchtlinge. Unter Mitarbeit von Anne-Margret Wild. Hg. v. TraumaHilfeZentrum Nürnberg e.V. Nürnberg. Online verfügbar unter https://www.thzn.org/app/download/27411818/Selbsthilfebuch+f%C3%BCr+traumatisierte+gefl%C3%BCchtete+Menschen.pdf, zuletzt geprüft am 15.09.2020.

United Nations High Commissioner for Refugees: Die Genfer Flüchtlingskonvention. Hg. v. United Nations High Commissioner for Refugees. Online verfügbar unter

https://www.unhcr.org/dach/de/ueber-uns/unser-mandat/die-genfer-fluechtlingskonvention, zuletzt geprüft am 26.10.2020.

United Nations High Commissioner for Refugees (1967): Abkommen über die Rechtsstellung der Flüchtlinge vom 28. Juli 1951. Protokoll über die Rechtsstellung der Flüchtlinge vom 31. Januar 1967. 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 26.10.2020.

Verwaltungsgericht Potsdam, Urteil vom 21.06.2004, Aktenzeichen 12 K 2435/02.A, S. 1–8. Online verfügbar unter https://www.asyl.net/rsdb/m5872/, zuletzt geprüft am 25.10.2020.

Wächter-Raquet, Marcus (2016): Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden. Gesundheitskarte und psychotherapeutische Versorgung: ein Sachstandsbericht. Hg. v. Bertelsmann Stiftung. Online verfügbar unter https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Expertise-Gesundheitsversorgung-Fluechtlinge-final.pdf, zuletzt geprüft am 02.11.2020.

Wöller, Wolfgang (2016): Trauma-informierte Peer-Beratung in der Versorgung von Flüchtlingen mit Traumafolgestörungen. In: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 66 (9-10), S. 349–355.

Erklärung

1. Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst habe, nicht anderweitig für Prüfungszwecke vorgelegt habe und sie an keiner anderen Stelle veröffentlicht wurde

2. Ich versichere, keine weiteren Hilfsmittel außer den angeführten verwendet zu haben.

3. Soweit ich Inhalte aus Werken anderer AutorInnen dem Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen habe, sind diese unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht. Dies bezieht sich auch auf Tabellen und Abbildungen.

4. Die gesetzlichen Vorschriften zum Datenschutz und zum Schutz der Urheberrechte wurden beachtet, dies gilt auch für Bilder, Grafiken, Kopien oder Ähnliches.

5. Im Falle empirischer Erhebungen: Für die Veröffentlichung von Daten, Fakten und Zahlen aus Einrichtungen oder über Personen, auch in Interviews, die nicht öffentlich zugänglich sind, liegt mir eine Einverständniserklärung vor. Die Rechtinhaber/innen haben der Verwertung der Daten im Rahmen der BA-Arbeit schriftlich zugestimmt.

6. Ich bin damit einverstanden, dass meine Abschlussarbeit in die Bibliothek der Evangelischen Hochschule aufgenommen wird.

7. Ich bin damit einverstanden, dass meine Abschlussarbeit in digitaler Form öffentlich zugänglich gemacht wird.

Nürnberg, den 23.11.2020

Silke Günther