

ANTWORTEN DER SOZIALEN ARBEIT AUF DIE TRAUMATISIERUNG VON UNBEGLEITETEN MINDERJÄHRIGEN ASYLSUCHENDEN

Wie kann die Soziale Arbeit traumatisierte unbegleitete minderjährige Asylsuchende bei der Traumaverarbeitung unterstützen?



Abb. 1: UMA auf ihrer Reise ins Ungewisse

Shoshanna Kuck

Eingereicht bei: lic. phil. Jutta Guhl

Bachelor Thesis an der Hochschule für Soziale Arbeit,
Fachhochschule Nordwestschweiz, Olten

Eingereicht im Juni 2016 zum Erwerb des Bachelor of Arts in Sozialer Arbeit

Abstract

Diese Bachelor-Thesis setzt sich mit der komplexen Situation von traumatisierten unbegleiteten minderjährigen Asylsuchenden (UMA) auseinander. Es wird erforscht, wie die Soziale Arbeit im konkreten Alltag auf die Traumatisierung von UMA reagieren soll. Zu Beginn der Arbeit werden die wichtigsten Begriffe sowie die rechtlichen Aspekte und das Asylverfahren geklärt. Es wird aufgezeigt, was beim Asylverfahren der UMA speziell ist. Um die Komplexität der Lebenssituation von UMA zu verstehen, wird deren Lebenslage in der Schweiz näher untersucht. Danach wird geklärt, was Traumatisierungen sind, wie die Symptome aussehen und was sie für UMA bedeuten. Weil viele UMA traumatisiert sind, soll hier insbesondere ihre psychosoziale Situation erfasst werden. Zum Schluss werden aufbauend auf den begrifflichen Grundlagen Antworten der Sozialen Arbeit auf die Traumatisierung von UMA entwickelt. Es wird beschrieben, wie die Soziale Arbeit die traumatisierten UMA in dieser schwierigen Situation unterstützen kann und worauf ihr Fokus liegen muss.

Inhaltsverzeichnis

1 EINLEITUNG.....	01
1.1 Ausgangslage.....	01
1.2 Ziel.....	01
1.3 Fragestellung und Unterfragestellungen.....	01
1.4 Methodisches Vorgehen.....	02
2 DEFINITIONEN.....	02
2.1 Flüchtlinge.....	03
2.2 Asylsuchende.....	03
2.3 UMA.....	03
3 RECHTLICHE ASPEKTE.....	03
3.1 Internationale Ebene.....	03
3.1.1 Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten.....	04
3.1.2 Übereinkommen über die Rechte des Kindes.....	04
3.1.3 Verweis auf wichtige internationale Übereinkommen.....	04
3.2 Nationale Ebene.....	04
3.2.1 Bundesverfassung.....	04
3.2.2 Schweizerisches Zivilgesetzbuch.....	05
3.2.3 Asyl- und Ausländergesetz.....	05
3.3 Fazit.....	06
4 ASYLVERFAHREN.....	06
4.1 Einreichen des Asylgesuchs.....	06
4.2 Empfangs- und Verfahrenszentren.....	06
4.3 Zuweisung in den Kanton.....	07
4.4 Vorladung und Anhörung.....	07
4.5 UMA im Asylverfahren.....	07
4.5.1 Prozessfähigkeit.....	08
4.5.2 Altersbestimmung.....	08
4.5.3 Beistandschaft und Vormundschaft.....	08
4.5.4 Beiordnung einer Vertrauensperson.....	09
4.5.5 Schutz des Kindeswohls.....	09
4.6 Verweis auf Asylentscheide und Rechtsfolgen.....	09
4.7 Fazit.....	10
5 LEBENSLAGE DER UMA.....	10
5.1 Zahlen und Fakten zu UMA in der Schweiz.....	10
5.2 Erfahrungen im Herkunftsland und Fluchtgründe.....	11
5.3 Erfahrungen auf der Flucht.....	12
5.4 Postmigrationsphase.....	13
5.5 Adoleszenz.....	14
5.6 Fazit.....	15
6 TRAUMA UND UNBEGLEITETE MINDERJÄHRIGE ASYLSUCHENDE.....	16
6.1 Trauma.....	16

6.1.1 Definition.....	16
6.1.2 Trauma als körperlich-psychischer Prozess oder die traumatische Zange.....	16
6.1.3 Traumtypen.....	18
6.1.4 Traumata in der Sozialen Arbeit.....	18
6.2 Symptome nach Traumatisierungen.....	19
6.2.1 Posttraumatische Belastungsstörungen.....	19
6.2.2 Dissoziation und Soziale Arbeit.....	21
6.2.3 Entwicklungsstörungen.....	22
6.2.4 Emotionale Folgen: Schuld- und Schamgefühle.....	22
6.2.5 Kinder- bzw. jugendtypische Spezifika.....	23
6.3 Zahlen und Fakten zu traumatisierten UMA.....	23
6.4 Prekarität und Neubeginn: Emotionales Befinden und psychische Belastungen bei UMA.....	24
6.4.1 Risiko- und Schutzfaktoren.....	25
6.5 Fazit (oder was bedeuten Traumatisierungen für UMA?).....	27
7 WIE KANN DIE SOZIALE ARBEIT TRAUMATISIERTE UMA BEI DER TRAUMA- VERARBEITUNG UNTERSTÜTZEN?	28
7.1 Auftrag der Sozialen Arbeit.....	28
7.2 Fachwissen.....	29
7.3 Grundhaltung.....	30
7.4 Beziehung Soziale Arbeit - UMA.....	30
7.5.Traumapädagogik.....	32
7.6 Diagnostik.....	33
7.7 Interventionen.....	34
7.7.1 Grundsätze bei den Interventionen.....	34
7.7.2 Traumatherapeutisches Phasenmodell.....	35
7.7.3 Psychoedukation.....	37
7.7.4 Traumasensible Biografiearbeit.....	38
7.7.5 Konkrete Übungen.....	39
7.7.6 Vernetzung, interdisziplinäre Zusammenarbeit.....	43
7.8. Herausforderungen, Grenzen.....	45
8 SCHLUSSFOLGERUNGEN.....	47
8.1 Fazit.....	47
8.2 Ausblick.....	48
8.3 Auswertung der Fragestellung.....	49
8.4 Reflexion des Vorgehens.....	50
8.5 Selbstreflexion.....	50
9 QUELLENANGABEN.....	51
9.1 Literaturverzeichnis.....	51
9.2 Abbildungsverzeichnis.....	55

Anhang

Ehrenwörtliche Erklärung

1 EINLEITUNG

1.1 AUSGANGSLAGE

Seit knapp einem Jahr arbeite ich selbst mit unbegleiteten minderjährigen Asylsuchenden (UMA) zusammen. Oft habe ich die Beobachtung gemacht, dass UMA in der Schule Probleme haben. Sie haben Mühe sich auf ihre Bezugspersonen einzulassen und ihnen zu vertrauen, manche sind aggressiv oder anderweitig verhaltensauffällig. Aus Erzählungen von verschiedenen UMA habe ich erfahren, dass sie Schreckliches durchlebt haben. Teilweise machten sie diese grausamen Erfahrungen im Herkunftsland, teilweise auf ihrer Reise. Da ich durch meinen Berufsalltag die Lebensbedingungen für UMA in der Schweiz kenne, weiss ich, dass auch diese nicht einfach sind. In mehreren Modulen an der FHNW wurde das Thema Traumata schon thematisiert. Ich begann, einen Zusammenhang mit dem erlebten Verhalten der UMA, deren Geschichte und Traumata herzustellen und es drängte sich mir auf, mich im Rahmen meiner Bachelor Thesis genauer mit der Thematik zu beschäftigen. Meine Motivation ist es, herauszufinden, wie die Soziale Arbeit und auch ich ganz praktisch im Berufsalltag traumatisierte UMA bei ihrer Traumaverarbeitung unterstützen kann.

1.2 ZIEL

Ziel dieser Arbeit ist es, mögliche Antworten der Sozialen Arbeit auf die Traumatisierungen von UMA zu finden. Ich möchte der Frage nachgehen, wie die Soziale Arbeit traumatisierte UMA unterstützen kann und was sie dazu alles braucht. Es soll ein Grundlagewissen zum Thema UMA und Traumatisierungen, sowie ein Überblick an Interventionsmöglichkeiten entstehen, welcher aber nicht den Anspruch auf Vollständigkeit besitzt. Dazu müssen die rechtlichen Rahmenbedingungen, die Lebensbedingungen in der Schweiz, die Vergangenheit und Perspektiven von UMA, sowie die Fakten genauer betrachtet und analysiert werden. Aus dieser Analyse soll eine Handlungsanleitung für die Soziale Arbeit entstehen. Die Soziale Arbeit soll auf die Thematik "traumatisierte UMA" aufmerksam gemacht und sensibilisiert werden. Gerade Professionelle der Sozialen Arbeit, die mit UMA zusammenarbeiten oder dies in Zukunft tun möchten, sollen auf diese wunderbare Arbeit vorbereitet werden. Ziel ist es letztlich, einen Beitrag zur Verbesserung der Situation der UMA in der Schweiz zu leisten.

1.3 FRAGESTELLUNG UND UNTERFRAGESTELLUNGEN

Letztes Jahr kamen überraschend viele UMA in die Schweiz (siehe Kapitel 5.1). Da UMA ein relativ neues Phänomen sind, waren die Soziale Arbeit sowie die Strukturen in der Schweiz nicht genügend vorbereitet auf diese Anzahl UMA. Erst jetzt sind sie langsam am "aufrüsten" und nachholen. Es besteht jedoch noch ein dringender Handlungsbedarf für die Soziale Ar-

beit. Sie muss auf das Phänomen UMA reagieren. Langsam tritt auch ans Licht, dass viele UMA traumatisiert sind und daher drängt sich mir die folgende Fragestellung, die in dieser Bachelor Thesis beantwortet werden soll, auf: **Wie kann die Soziale Arbeit traumatisierte unbegleitete minderjährige Asylsuchende bei der Traumaverarbeitung unterstützen?** Eine Eingrenzung erfolgt insofern, dass ich mich auf die unbegleiteten minderjährigen Asylsuchenden (die begleiteten Minderjährigen werden ausgeschlossen) und auf die traumatisierten UMA beschränke. Auch werde ich mich auf die Schweiz begrenzen.

Unterfragestellungen, die zu der Beantwortung der Hauptfragestellung führen, lauten: Wie sieht die rechtliche Situation und das Asylverfahren bei UMA aus? Wie ist die Lebenslage der UMA (im Herkunftsland, auf der Flucht, in der Schweiz)? Wie wird der Begriff Trauma definiert und welche Symptome sind ersichtlich? Wie sind die Fakten zu traumatisierten UMA? Danach geht es um die ausführliche Beantwortung der Hauptfragestellung. Hierbei werden folgende Unterfragestellungen bearbeitet: Hat die Soziale Arbeit einen Auftrag bei der Traumaverarbeitung der UMA? Was ist wichtig, wenn es um die Interventionen der Sozialen Arbeit geht? Wie können Professionelle der Sozialen Arbeit Traumata erkennen? Welche konkreten Interventionen können Pädagoginnen/Pädagogen leisten? Abschliessend kläre ich, wo es Grenzen und Herausforderungen für die Soziale Arbeit bei der Unterstützung von traumatisierten UMA gibt. Die Beantwortung dieser Fragestellungen und v.a. der Hauptfragestellung geht darauf ein, wie der Umgang mit traumatisierten UMA im Optimal- oder Idealfall aussehen würde. Es ist klar, dass gerade im Asylbereich Vieles wichtig und sinnvoll wäre, jedoch von den Rahmenbedingungen her fast nicht umsetzbar und möglich ist.

1.4 METHODISCHES VORGEHEN

Diese Bachelor Thesis ist eine Literaturarbeit, d.h. sie verhandelt auf der Grundlage neuester Literatur und fasst die wichtigsten Erkenntnisse daraus zusammen. Als Literatur werden v.a. Fachbücher zum Thema Recht und Asylverfahren, Traumata, Traumapädagogik, Traumatherapie, traumatisierte Kinder und Jugendliche, Soziale Arbeit und Traumatisierungen und UMA verwendet. Gleichzeitig werden auch Gesetzestexte für die rechtliche Aufarbeitung dieses Feldes herbeigezogen. Es erfolgt ein kritisches Studium und ein Vergleich der aktuellen Literatur aus den beiden Bereichen UMA und Traumata. Schlussendlich bringe ich die beiden Gebiete zusammen und beantworte so meine Fragestellung.

2 DEFINITIONEN

Einige asylspezifische Begriffe sind für das Verständnis dieser Bachelor Thesis unabdingbar. Im folgenden werden sie deshalb genauer definiert.

2.1 FLÜCHTLINGE

Gemäss Art. 3 des Asylgesetzes (AsylG) (Asylgesetz vom 26. Juni 1998, SR 142.31) sind Flüchtlinge Personen, die in ihrem Herkunftsland ernst zu nehmenden Nachteilen ausgesetzt sind oder diese zu befürchten haben. Diese Nachteile können aufgrund von ihrer ethnischen Zugehörigkeit, der Religion, der Nationalität, der politischen Einstellung oder wegen der Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe bestehen. Als ernsthafte Nachteile werden u.a. die Gefährdung des Leibes, des Lebens und der Freiheit genannt. Auch Massnahmen, die einen extrem hohen psychischen Druck auf die flüchtende Person verursachen, gelten als ernst zu nehmende Nachteile. Für das Asylgesuch ist der Begriff des Flüchtlings zentral.

2.2 ASYLSUCHENDE

Sobald eine Person in der Schweiz ihr Asylgesuch einreicht, beginnt das Asylverfahren und die betreffende Person gilt als asylsuchend und erhält den Ausweis N (vgl. SFH 2015: 61). Dieser Ausweis berechtigt zum Aufenthalt in der Schweiz während des Asylverfahrens und ist gültig bis das Verfahren beendet ist (vgl. ebd.). Die Begriffe Asylsuchende und Flüchtlinge werden im Alltag oft vermischt, obwohl die beiden Begriffe sich deutlich unterscheiden. Bei einem Asylsuchenden bzw. einer Asylsuchenden ist noch nicht klar, ob er oder sie als Flüchtling anerkannt wird. Solange dies unklar ist, spricht man von Asylsuchenden.

2.3 UNBEGLEITETE MINDERJÄHRIGE ASYLSUCHENDE (UMA)

Bei UMA handelt es sich um eine Untergruppe von Asylsuchenden. In ihrem Fall kommt hinzu, dass diese Person minderjährig ist, d.h. sie hat das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet und sie ist unbegleitet (vgl. SEM 2008: 11). Eine minderjährige Person gilt als unbegleitet, wenn sie von beiden Elternteilen getrennt ist und nicht unter der Obhut einer anderen erwachsenen Person steht, die von Reches wegen dafür ernannt wurde (vgl. ebd.).

3 RECHTLICHE ASPEKTE

Im folgenden Kapitel geht es darum, einen Überblick über die wichtigsten rechtlichen Aspekte für die Arbeit mit UMA zu erhalten. Die Rechtsgrundlagen werden jedoch knapp gehalten, da der Fokus auf den Ansätzen der Sozialen Arbeit liegt. So wird teilweise nur auf eine Rechtsgrundlage verwiesen, obwohl es im Bereich der Arbeit mit UMA unterschiedliche Rechtsquellen zu beachten gilt, solche nationalen und internationalen Ursprungs.

3.1 INTERNATIONALE EBENE

Das internationale Recht bildet die oberste Rechtsform, was bedeutet, dass die Schweiz bei ihrer Gesetzgebung und Entscheiden verpflichtet ist, gewisse Rechte und Grundsätze zu

beachten und einzuhalten (vgl. SFH 2015: 31). Wenn die Schweiz ein internationales Abkommen ratifiziert hat, ist sie dazu verpflichtet dass das nationale Recht das Völkerrecht nicht verletzt. Nachfolgend ein kurzer Überblick über die wichtigsten internationalen Rechte, Abkommen und Konventionen, welche für die Schweiz bzw. die UMA gelten.

3.1.1 Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten

Ein weiteres wichtiges Völkerrecht ist die die EMRK (Konvention vom 4. November 1950 zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten, SR 0.101). Sie ist ein Menschenrechtsabkommen und hat einige relevante Artikel für das Asylrecht (vgl. SFH 2015: 47). U.a. das Rückschiebungsverbot in Art. 3 EMRK, welches auch für Menschen gilt, die die Flüchtlingsdefinition nicht erfüllen, Art. 8 EMRK welcher bei Fragen des Familiennachzugs und bei Härtefallgesuchen betroffen ist sowie Art. 13 EMRK hinsichtlich der Anforderungen an das Verfahren bei Beschwerden gegen Wegweisungen (vgl. ebd.).

3.1.2 Übereinkommen über die Rechte des Kindes

Das Übereinkommen über die Rechte des Kindes (KRK, SR 0.107) vom 20. November 1989 ist das aussagekräftigste internationale Übereinkommen, welches für die Schweiz bindend ist und zum Schutz der UMA Anwendung findet (vgl. SFH 2015: 48). Die Schweiz hat sich damit verpflichtet, dass das Kindeswohl bei allen Massnahme und Entscheiden vorrangig berücksichtigt wird. Diese Vorgabe hat Einfluss auf das gesamte Asylverfahren und die Aufnahmebedingungen von UMA (vgl. SFH 2015: 32). Die KRK basiert auf den Grundprinzipien der Gleichbehandlung bzw. Nicht-Diskriminierung (Art. 2, Abs. 1), des Kindeswohls (Art. 3 Abs.1), dem Recht auf Leben und persönliche Freiheit (Art. 6) sowie dem Recht auf Anhörung und Partizipation (Art. 12).

3.1.3 Verweis auf wichtige internationale Übereinkommen

Weitere wichtige Rechtsgrundlagen auf internationaler Ebene sind im Anhang zu finden (siehe Anhang I, S. 56).

3.2 NATIONALE EBENE

3.2.1 Bundesverfassung

Die Bundesverfassung (BV) (Bundesverfassung vom 18. April 1999, SR 101) bildet die Grundlage des schweizerischen Rechtssystems und ist damit im nationalen Rahmen die allgemeingültige Rechtsgrundlage. Die BV enthält keine expliziten Gesetze für UMA, jedoch beinhaltet die BV Kinderrechte, die auch für UMA gelten. Des Weiteren beschreibt sie die Kompetenz des Bundes zur Asylgesetzgebung (Art. 121 BV) sowie das Recht auf Schutz vor

Ausweisung, Auslieferung und Ausschaffung bei drohender politischer Verfolgung sowie bei drohender Folter oder unmenschlicher Behandlung (Art. 25 Abs. 2 und 3 BV) (vgl. SFH 2015: 45).

3.2.2 Schweizerisches Zivilgesetzbuch

Das ZGB (Schweizerische Zivilgesetzbuch vom 10. Dezember 1907, SR 210) hält u.a. die zivilrechtlichen Vorgaben zur Prozessfähigkeit fest, dazu gehören die Volljährigkeit, die Handlungsfähigkeit sowie die Urteilsfähigkeit (vgl. SFH 2015: 334). Als volljährig gilt, wer das 18. Lebensjahr vollendet hat (Art. 14 ZGB). Handlungsfähig ist jede Person, die die Fähigkeit hat durch ihre Handlungen Rechte und Pflichten zu begründen (Art. 12 ZGB). Die Voraussetzungen dazu sind die Volljährigkeit und Urteilsfähigkeit (Art. 13 ZGB). Urteilsfähig ist eine Person, wenn sie nicht durch das Kindesalter, eine geistige Behinderung, psychische Störung, Rausch oder ähnliche Zustände in der Fähigkeit vernunftgemäss zu handeln, beeinträchtigt ist (Art. 16 ZGB). Da UMA die Volljährigkeit noch nicht erreicht haben, gelten sie als handlungsunfähig (Art. 17 ZGB). Hier werden die Artikel zum Thema Vormundschaft und Beistandschaft beigezogen (Art. 360ff. ZGB). Damit die UMA ihre Rechte begründen können, legt das ZGB fest, dass jede minderjährige Person, die sich nicht unter elterlicher Sorge befindet, unter Vormundschaft gehört (Art. 368 ZGB). Die Artikel zum Kinderschutz (Art. 307ff. ZGB) sind weitere relevante Artikel für die UMA.

3.2.3 Asyl- und Ausländergesetz

Das AsylG (Asylgesetz vom 26. Juni 1998, SR 142.31) hält die wichtigsten Grundsätze und Bestimmungen für asylsuchende Menschen, Flüchtlinge und Schutzbedürftige in der Schweiz fest und wird durch eine Reihe von Verordnungen konkretisiert (vgl. SFH 2015: 45). Im Asylgesetz wird u.a. festgehalten, dass Asylgesuche von UMA prioritär behandelt werden müssen und dass die zuständigen kantonalen Behörden eine Vertrauensperson, welche die Interessen des UMA wahrnimmt, für diesen bestimmen müssen (Art. 17 AsylG). In der AsylV 1 (Asylverordnung 1 vom 11. August 1999, SR 142.311) wird in Art. 7 Abs. 1 AsylV 1 bestimmt, dass zur Feststellung des Alters wissenschaftliche Methoden hinzugezogen werden dürfen und dass die Personen, welche UMA anhören den ausserordentlichen Aspekten der Minderjährigkeit Rechnung tragen (Art. 7 Abs. 5 AsylV 1). Das AuG (Bundesgesetz vom 16. Dezember 2005 über Ausländerinnen und Ausländer, SR 142.204) wird bei Asylsuchenden, Flüchtlingen und Schutzbedürftigen angewendet, wenn das AsylG keine speziellen gesetzliche Regelungen enthält (vgl. SFH 2015: 46). Im Anhang hat es zur Vertiefung noch einige Hinweise zu Bestimmungen bezüglich UMA im AuG (siehe Anhang II, S. 57).

3.3 FAZIT

In der Schweiz gibt es noch kein integriertes System, welches detaillierte Daten über UMA erfasst. Dies muss kritisch gesehen werden. Denn das wäre die Voraussetzung für wirksame Massnahmen für den Schutz von UMA. Die bisherige Datenerfassung und Statistiken sind ungenügend und es sollte eine harmonisierte Methode zur Datenerhebung über UMA geben. Die Gesetzesbestimmungen bezüglich der gesetzlichen Vertretung sowie deren Anwendung in der Schweiz sind unbefriedigend. Es sollten für alle UMA Massnahmen der Vormundschaft oder Beistandschaft eingeführt werden, so wie es im ZGB vorgesehen ist. Abschliessend kann gesagt werden, dass erstens nicht alle Gesetze und Bestimmungen vollumfänglich umgesetzt werden und zweitens fehlen auch gewisse Bestimmungen ganz. Auf rechtlicher Ebene müsste mehr für den Schutz von UMA getan werden. Zusätzlich erschwerend kommt hinzu, dass jeder Kanton in der Schweiz eine andere Auslegung und Handhabung der Betreuung von UMA hat.

4 ASYLVERFAHREN

Im folgenden Kapitel wird das Asylverfahren in der Schweiz näher betrachtet. Es wird aber eine Beschränkung auf die wichtigsten Inhalte geben, welche für die Beantwortung der Fragestellung relevant sind. Die Behandlung und das Verfahren bei UMA stehen im Zentrum. Da UMA eine speziell verletzte Gruppe von Asylsuchenden sind, gibt es besondere Massnahmen zu ihrem Schutz und in ihrem Asylverfahren.

4.1 EINREICHEN DES ASYLGESUCHS

Wenn eine Person, die nicht die schweizerische Staatsangehörigkeit hat, in der Schweiz einen Antrag um Aufnahme und Schutz stellt, nennt man dies ein Asylgesuch (vgl. SFH 2015: 60). Die Bearbeitung des Asylgesuchs läuft über das Staatssekretariat für Migration (SEM). Es entscheidet darüber, ob jemandem Asyl gewährt oder verweigert wird, ob jemand weggewiesen oder vorläufig aufgenommen wird (vgl. SFH 2015: 61). Nach Einreichen des Asylgesuchs ist das Verfahren eingeleitet und die betreffende Person erhält einen N-Ausweis. Dieser Ausweis gibt dem Asylsuchenden das Recht, sich in der Schweiz aufzuhalten und ist während der Dauer des Verfahrens gültig (vgl. ebd.).

4.2 EMPFANGS- UND VERFAHRENSZENTREN

Nachdem das Asylgesuch gestellt wurde, verbringen Asylsuchenden in der Regel die erste Zeit in einem Empfangs- und Verfahrenszentrum (EVZ). Die EVZ werden durch das SEM geführt bzw. das SEM darf zur Sicherstellung des Betriebs Dritte mit dieser Aufgabe beauftragen (Art. 17 AsylV 1). Der Aufenthalt in einem EVZ dauert maximal 90 Tage (Art. 16 Abs.

1 AsylV 1). Das EVZ hat die Funktion, Asylgesuche zu registrieren und Reisepapiere sowie andere Dokumente, welche die Identität belegen, werden in die Akten aufgenommen (vgl. SFH 2015: 76). Die Asylsuchenden werden im EVZ bezüglich Identität, Reiseweg und Fluchtgründen befragt. In diesem Stadium kann auch ein Altersgutachten veranlasst werden, wenn Hinweise vorliegen, dass die Minderjährigkeit der asylsuchenden Person nicht den Tatsachen entspricht (vgl. ebd.).

4.3 ZUWEISUNG IN DEN KANTON

Die Asylsuchenden werden nach dem Zufallsprinzip auf den Kantonen verteilt. Die Verteilung erfolgt über einen Verteilschlüssel, der der Bevölkerungsgrösse der Kantone Rechnung trägt (Art. 21 AsylV 1). Die schützenswerten Interessen der Asylsuchenden sollen dabei beachtet werden (Art. 22 AsylV 1). Namentlich werden beachtet, ob es bereits in der Schweiz lebende Familienangehörige gibt, die Staatsangehörigkeit und besonders betreuungsintensive Fälle (Art. 22 AsylV 1). Die Asylsuchenden erhalten im zugewiesenen Kanton eine Unterkunft, in der Regel eine Kollektivunterkunft. Bei UMA muss im Einzelfall geprüft werden, wie das Kindeswohl beachtet und geschützt werden kann (vgl. SFH 2015: 84). In gewissen Kantonen gibt es spezielle Einrichtungen für UMA, in anderen leben die UMA gemeinsam mit erwachsenen Asylsuchenden.

4.4 VORLADUNG UND ANHÖRUNG

Wenn die Urteilsfähigkeit einer unbegleiteten minderjährigen Person vorliegt, wird sie gemäss Art 29. AsylG von den zuständigen Behörden zu ihren Asylgründen befragt. Aufgrund dieser Anhörung wird das weitere Asylverfahren bestimmt (vgl. SFH 2015: 85). Für diesen Entscheid muss der Sachverhalt genau geklärt werden hinsichtlich der Flüchtlingseigenschaft und auch der Wegweisungsvollzugshindernisse (vgl. ebd.). Die Befragung bei UMA findet grundsätzlich in Anwesenheit der gesetzlichen Vertretung, der Vertrauensperson oder der beauftragten Rechtsvertretung statt. Weitere Beteiligte am Gespräch sind gemäss Art. 30 Abs. AsylG die Befragerin/der Befragter vom SEM, eine dolmetschende Person, eine Vertretung eines zugelassenen Hilfswerks und eine protokollführende Person (vgl. SFH 2015: 89). Die asylsuchende Person untersteht der Mitwirkungspflicht (Art. 8 AsylG) und der Wahrheitspflicht (vgl. SFH 2015: 96). In einem weiteren Schritt soll nun im Kapitel 4.5 auf die Besonderheiten im Asylverfahren für UMA eingegangen werden.

4.5 UMA IM ASYLVERFAHREN

Gemäss Art. 17 Abs. 2^{bis} AsylG müssen Asylgesuche von Kindern und Jugendlichen prioritär behandelt werden. Dies soll dem UMA ermöglichen, die asylrelevanten Ereignisse und Asylgründe möglichst zeitnah vorzubringen (vgl. SFH 2015: 483). Nach der SFH ist die möglichst

zeitnahe Behandlung von den Asylgesuchen v.a. für UMA wichtig, welche Anzeichen von posttraumatischen Belastungsstörungen vorweisen, da sich diese Anzeichen im Verlaufe des Asylverfahrens verschlimmern (vgl. ebd.). Weiter sollten bei der Beurteilung der Asylgesuche der Entwicklungsstand sowie begrenzte Kenntnisse über die Situation im Herkunftsland beachtet werden (vgl. SFH 2015: 482). Bei einer negativen Entscheidung hinsichtlich des Asylgesuchs müssen die Behörden sorgfältig beurteilen, welche Lösung dem Kindeswohl am ehesten entspricht (vgl. ebd.).

4.5.1 Prozessfähigkeit

Im Rahmen des Asylverfahrens von UMA müssen die Asylbehörden überprüfen, ob eine Urteilsfähigkeit vorliegt, da sich diese nicht abstrakt festlegen lässt (vgl. SFH 2015: 484). Die Urteilsfähigkeit hängt von der Reife und der Entwicklung des UMA ab und wird in der Regel ab dem 14. Lebensjahr angenommen (vgl. ebd.). Bei der Frage der Anhörung muss die Altersgrenze von 14 Jahren nicht unbedingt eingehalten werden. Kinder, die fähig sind, sich eine eigene Meinung zu bilden, haben das Recht, in allen sie betreffenden Angelegenheiten angehört zu werden (Art. 12 KRK). Wenn bei einem UMA die Urteilsfähigkeit nicht vorliegt, müssen die zuständigen Kinderschutzbehörden in Absprache mit der Asylbehörde eine Lösung erarbeiten, die dem Kindeswohl entspricht, denn die notwendige Prozessvoraussetzung für das Asylverfahren fehlt (vgl. SFH 2015: 485).

4.5.2 Altersbestimmung

Oft können UMA nur ungenügend dokumentieren, dass sie die Volljährigkeit noch nicht erreicht haben. In solchen Zweifelsfällen überprüfen die Behörden die Altersangabe mittels medizinischer Expertisen (vgl. SFH 2015: 487). Dazu werden Röntgenaufnahmen von den Handknochen gemacht. Die Wissenschaftlichkeit dieser Methode ist aber umstritten und gibt nur eine ungefähre Auskunft über das Alter einer Person. Diese Untersuchung hat also nur beschränkten Aussagewert (vgl. ebd.). Bei der Altersbestimmung sollen alle Anhaltspunkte beachtet und gegeneinander abgewogen werden. An erster Stelle stehen hier die Identitätspapiere, dann kommen das äussere Erscheinungsbild und die Aussagen der asylsuchenden Person hinzu (vgl. ebd.: 487f.). Und erst als letzte Möglichkeit soll die medizinische Untersuchung durchgeführt werden.

4.5.3 Beistandschaft und Vormundschaft

Gemäss Art. 327a ZGB ernennt die Kinderschutzbehörde für jedes Kind, welches nicht unter elterlicher Sorge steht, einen Vormund. Weiter führt Art. 306 Abs. 2 ZGB aus, dass die Kinderschutzbehörde einen Beistand ernennt, wenn die Eltern verhindert sind zu handeln oder ein Interessenskonflikt zwischen den Eltern und dem Kind besteht. Diese beiden Bestim-

mungen gelten auch für UMA. Zuständig für die Anordnung dieser Massnahmen ist die kantonale Kinderschutzbehörde (Art. 315 ZGB). Nicht alle Kantone kommen dieser Verpflichtung fristgerecht nach.

4.5.4 Beiordnung einer Vertrauensperson

Wenn keine Vormundschaft oder Beistandschaft eingerichtet werden kann, ernennt die zuständige kantonale Behörde eine Vertrauensperson für die Dauer des Asyl- und Wegweisungsverfahrens bzw. längstens bis zur Volljährigkeit. Die Vertrauensperson hat den Auftrag die Interessen der UMA wahrzunehmen und zu vertreten, sie hat aber auch administrative und organisatorische Aufgaben (vgl. SFH 2015: 490). Die Aufgaben, die eine Vertrauensperson übernimmt, entsprechen denjenigen eines Vormundes oder eines Beistandes (vgl. ebd.: 491). Ihr Auftrag ist damit umfangreicher als der einer Rechtsvertretung. Er schliesst bspw. die Vertretung der Interessen im psychosozialen Bereich mit ein. Des Weiteren muss die Vertrauensperson über Grundkenntnisse im Asylverfahren verfügen (vgl. ebd.). Die Anwesenheit der Vertrauensperson bei der Anhörung wird nicht verlangt. Jedoch wäre es sehr nützlich und von erheblicher Bedeutung, wenn die Vertrauenspersonen die ihnen anvertrauten UMA begleiten würde (vgl. ebd.: 492).

4.5.5 Schutz des Kindeswohls

Die Vertrauensperson der UMA ist für die Erziehung der UMA verantwortlich. Diese orientiert sich an Art. 302 ZGB, welcher das Recht und die Pflicht der Eltern beschreibt, ihr Kind nach ihren Verhältnissen zu erziehen und dabei die körperlich, geistige und sittliche Entfaltung zu fördern und zu schützen. In der Schweiz kann für UMA der allgemeine Standard, wie er für Waisenkinder gilt, herangezogen werden (vgl. SFH 2015: 493). Zum Kindeswohl gehören u.a. die Körper- und Gesundheitspflege, die Ernährung und Bekleidung, das Heranführen des UMA an die Wahrnehmung dieser Aufgaben, die Bildung und Ausbildung und die Achtung strafrechtlicher Gebote und Verbote (vgl. ebd.). Bei einer Wegweisung muss eine allfällige Gefährdungssituation und auch, ob durch die Wegweisung eine Kindeswohlgefährdung entsteht, abgeklärt werden (vgl. ebd.: 494).

4.6 VERWEIS AUF ASYLENTSCHEIDE UND RECHTSFOLGEN

Die genauen Asylentscheide und Rechtsfolgen sind für die Beantwortung der Fragestellung nicht relevant. Daher sind sie im Anhang zu finden (siehe Anhang III, S. 58). Ein sehr relevanter Punkt, den es aber zu beachten gilt, ist, dass UMA oft erst nach Jahren in der Schweiz ihren Asylentscheid erhalten, obwohl ihre Asylgesuche prioritär behandelt werden müssten (vgl. Schweizerische Beobachtungsstelle für Asyl- und Ausländerrecht 2014: 17).

4.7 FAZIT

Es ist als problematisch zu sehen, dass jeder Kanton seine eigenen Regelungen und Vorgaben hat. Bspw. bestehen grosse Unterschiede bei den Unterkünften für UMA. Wichtig wäre, dass die Wohnsituation von UMA gesetzlich geregelt und kantonsübergreifend gleich gehandhabt wird. Auch die Regelung von Vormundschaft/Beistandschaft und Vertrauensperson wird in jedem Kanton unterschiedlich gehandhabt. Hier kann grundsätzlich gesagt werden, dass UMA nicht gleich behandelt werden wie Schweizer Kinder, wenn ihnen nur eine Vertrauensperson zur Seite gestellt wird (vgl. Schweizerische Beobachtungsstelle für Asyl- und Ausländerrecht 2014: 12). Es wäre sehr wichtig, dass alle UMA eine Beistandsperson zugeteilt bekommen. Allgemein gibt es viele Unklarheiten bei der Ausgestaltung der Funktion von Vertrauenspersonen, auch fehlt der Austausch inner- und ausserhalb der Behörden (vgl. ebd.: 13). Viele UMA kennen ihre Vertrauensperson nicht wirklich und sehen sie selten. Hier stellt sich die Frage, wie sie Vertrauen zu dieser Person fassen können, die ihre Interessen wahren und sie im Asylverfahren unterstützen soll. Des Weiteren sollten die Beistandspersonen nur so viele Fälle zugeteilt bekommen, dass sie sich noch genügend um die einzelnen Fälle kümmern können und die UMA zu der Anhörung begleiten können.

In der Theorie ist verankert, dass die Asylgesuche von UMA prioritär behandelt werden müssten. In der Praxis sieht dies aber anders aus. Die Verfahren ziehen sich über Jahre hin. Dies ist für die UMA eine schwierige, belastende Situation, die mit grosser Unsicherheit verbunden ist und ihre Zukunftschancen verbaut. Es geht auch viel Zeit verloren, die für Kinder und Jugendliche zukunftsbestimmend ist. Ein weiterer kritischer Punkt ist die Altersbestimmung. Die medizinischen Verfahren sind sehr ungenau und bringen schwerwiegende Folgen mit sich. Bspw. können UMA zu Unrecht als volljährig "diagnostiziert" und auch so behandelt werden. Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass UMA ungenügend im Asylverfahren begleitet werden und das ganze Verfahren sehr belastend für sie ist.

5 LEBENSLAGE DER UMA

In folgendem Kapitel wird die Lebenslage der UMA näher betrachtet. Es wird der Frage nachgegangen, wie viele UMA im letzten Jahr überhaupt in die Schweiz gekommen sind, was deren Erfahrungen und Fluchtgründe sind, mit welchen Erwartungen sie umgehen müssen und in welcher Entwicklungsphase sie sich befinden.

5.1 ZAHLEN UND FAKTEN ZU UMA IN DER SCHWEIZ

Jedes Jahr gibt das SEM eine Statistik zu den UMA heraus (SEM: 2016). Kurz werden hier die aktuellen Zahlen der Schweiz genannt, die sich alle auf diese Statistik beziehen. Im Jahr

2015 wurden 39'523 Asylgesuche gestellt, 2'736 (6.92% aller Asylgesuche) wurden dabei von UMA eingereicht. Als Vergleich dazu gab es im Vorjahr 794 Asylgesuche von UMA. 66% der UMA waren zwischen 16 und 17 Jahre alt, 25% waren zwischen 13 und 15 Jahren und 4% zwischen 8 und 12 Jahren. 82,1% sind dabei männlich, 17,9% weiblich. Die wichtigsten Herkunftsländer sind Eritrea (1'191), Afghanistan (909), Syrien (228), Somalia (109), Irak (40), Äthiopien (36), Guinea (30) und Gambia (27).

5.2 ERFAHRUNGEN IM HERKUNFTSLAND UND FLUCHTGRÜNDE

Die UMA haben einen sehr heterogenen Erfahrungshorizont, das bedeutet, dass ihre Erfahrungen in ihrem Herkunftsland sehr unterschiedlich und individuell sind. Hargasser (2015: 86-90) beschreibt mögliche Situationen in den Herkunftsländern. Einige UMA haben enorme Gewalt und Traumata in Kriegsgebieten erlitten, haben Familienangehörige verloren, wurden Zeugen von schrecklichen Gewaltakten wie bspw. der Vergewaltigung oder Ermordung von Familienangehörigen. Andere UMA lebten in einem Land, das geprägt war von politischen Spannungen und gesellschaftlichen Krisen. Was bei allen UMA eine Gemeinsamkeit bildet, ist die Tatsache, dass sie in einer Umgebung lebten, in welcher sie selbst, ihre Familie und ihr Umfeld erhöhter Repressionen oder politischer Verfolgung über einen länger andauernden Zeitraum ausgesetzt waren (vgl. Hargasser 2015: 86). Die Gründe, weshalb die UMA von ihren Eltern getrennt sind, sind vielfältig. Bei einigen sind die Eltern vermisst, im Gefängnis oder tot, bei anderen haben die Eltern sie verlassen oder sie haben sich auf der Flucht verloren und wieder andere Eltern haben beschlossen, ihre Kinder auf die Flucht zu schicken (vgl. ebd.). Der Verlust vom eigenen Zuhause, von seinen Eltern, der Schule, von Freunden etc. wird von vielen UMA als traumatisch erlebt. Das Gefühl von Sicherheit, Vertrautheit, Vertrauen in sich selbst und andere geht verloren, denn wichtige Bindungen und Beziehungen werden unterbrochen (vgl. ebd.). Neben den allgemeinen Fluchtgründen, die Erwachsene und Kinder gleichermassen betreffen, bspw. Naturkatastrophen und Krieg, gibt es gemäss Marko (2013, 23-28) einige wichtige kinder- und jugendspezifische Fluchtgründe.

Zwangsrekrutierung In Kriegs- und Konfliktgebieten kann die Befürchtung bestehen, dass Kinder und Jugendliche zum Waffendienst gezwungen werden. Die genauen Zahlen dazu sind unbekannt, jedoch wird mit ungefähr 300'000 Minderjährigen gerechnet, die direkt an Kampfhandlungen beteiligt sind (vgl. Marko 2013: 23). Prominentestes Beispiel hierfür ist die Militärdiktatur in Eritrea.

Verfolgung aufgrund politischer Betätigung Auch Kinder können sich politisch betätigen und ihre politische Meinung äussern. Dies kann auch Kinder und Jugendliche in Gefahr bringen und zu Verfolgung führen. Politische Tätigkeiten können bspw. die Teilnahme an Demonstrationen, das Verteilen von Flugblättern, Übermitteln von Nachrichten etc. sein (vgl. ebd.: 24).

Ökonomische Ausbeutung von Minderjährigen (Kinderarbeit) Oft sind die Familien sehr arm und die Kinder sind dadurch gezwungen zu arbeiten. Es gibt Familien, die ihre Kinder als Arbeitskräfte verkaufen oder diese verlässt, weil sie sie nicht mehr ernähren kann. Manchmal übernehmen Kinder auch Aufgaben der Haushaltsführung und Kinderbetreuung, damit die Eltern arbeiten gehen können. Viele Minderjährige sind mit diesen belastenden Aufgaben überfordert und können sich nicht ihrem Alter entsprechend entwickeln (vgl. ebd.: 25).

Verfolgung aufgrund ethnischer Zugehörigkeit oder Familienzugehörigkeit Diese Verfolgung betrifft Kinder und Erwachsene gleichermaßen. Bei Minderjährigen ist es aber so, dass sie als Instrumente gegen Eltern, Familie oder Gruppen verwendet werden. Auch wenn die Eltern politisch aktiv sind, werden die Kinder indirekt ebenfalls verfolgt (vgl. ebd.: 26).

Geschlechtsspezifische Verfolgung Diese Verfolgung erfolgt aufgrund von geschlechtsbezogenen rechtlichen Bestimmungen oder kulturell verankerten sexistischen Praktiken. Damit sind Benachteiligungen wie Zwangsheirat, Genitalverstümmelung, Formen der Geburtenkontrolle, Einschränkung des Rechtsstatus und der gesellschaftlichen Bewegungsfreiheit sowie der beschränkte Zugang zu Bildung und Arbeit gemeint (vgl. ebd.).

Kommerzielle sexuelle Ausbeutung von Kindern Die Nachfrage nach Kinderpornographie und -prostitution nimmt zu und gerade in Entwicklungsländern floriert der Sexhandel mit Minderjährigen (vgl. ebd.: 28).

Der Flucht von UMA liegen also meist massive Kinder- und Menschenrechtsverletzungen zugrunde. Die Flucht selbst fügt ihnen dann oft weitere traumatische Erfahrungen hinzu.

5.3 ERFAHRUNGEN AUF DER FLUCHT

Die Erfahrungen, welche UMA auf der Flucht machen, sind geprägt von Unsicherheit und Gefahr. Durch die Asylpolitik in Europa und deren hohe und fast unüberwindbare Barrieren, werden UMA zu illegalen, gefährlichen Methoden und Routen gezwungen. Dadurch bringen sie sich in grosse Gefahr. Das Risiko für physische oder sexuelle Ausbeutung und Lebensgefahr ist hoch (vgl. Hargasser 2015: 90). Viele UMA reisen nicht alleine, sondern in Begleitung einer erwachsenen Person, ein sog. Fluchthelfer/eine sog. Fluchthelferin. Diese/dieser wird bezahlt, um die betreffende Person in das gewünschte Zielland zu bringen bzw. aus dem Land heraus zu bringen. Auf der Flucht selbst sind die UMA ihren Fluchthelfer/ Fluchthelferinnen ausgeliefert und werden von diesen nicht selten ausgebeutet oder vergewaltigt (vgl. ebd.: 91). Eine weitere wichtige Rolle bei der Reise spielt Geld, denn je nach Zielland, Distanz der Reiseroute und Transportmittel variieren die Fluchtkosten. Bspw. eine organisierte Reise von Afghanistan nach Deutschland kostet bis zu 15'000 US-Dollar (vgl. ebd.: 91). Um diese Summe aufzubringen, verkauft die Familie bspw. das Haus, macht Schulden oder

bezahlt die Reise in Raten. Dies birgt wiederum gefährliche Situationen. Die UMA bleiben bei Verzögerung der Zahlung an gefährlichen Orten stecken und müssen häufig unter schlechten Bedingungen arbeiten (vgl. ebd.). UMA sind oft auch nicht darüber informiert, wo ihre Reise hingehen soll und sind von Entscheidungsprozessen ausgeschlossen. Entscheidungen werden meist durch Eltern oder andere Verwandte getroffen. Es gibt aber auch UMA, die die Entscheidung zur Flucht selbst getroffen haben. Die Dauer der Flucht ist sehr unterschiedlich, meistens aber über sechs Monate. Die Fluchtrouten variieren je nach Herkunftsland. UMA aus Afghanistan bspw. kommen über den Landweg nach Europa und erreichen die EU in Griechenland. Hingegen kommen UMA aus Eritrea via dem Sudan und Libyen über den Seeweg nach Italien (vgl. ebd.: 92). Sowohl in Griechenland als auch in Italien sind die Lebensbedingungen für UMA kindswohlgefährdend und unzumutbar. Viele UMA wollen daher diese Station auch nur als Zwischenhalt bzw. Transitland benutzen und weiter in Richtung Norden flüchten (vgl. ebd.). Im Ankunftsland warten dann neue Herausforderungen auf die UMA. Diese sollen im nächsten Unterkapitel angeschaut werden.

5.4 POSTMIGRATIONSPHASE

Erwartungen und Anforderungen an UMA Wie vorher erwähnt wurde, haben viele Familien hohe Kosten oder sogar Schulden auf sich genommen. Auf den UMA lastet nun der Druck, dass dieses Geld möglichst bald wieder zurückfließt. Die Geschwister der UMA wollen oft auch nachreisen, was sich aber in der Schweiz als nicht so einfach herausstellt. Im Ankunftsland selbst gibt es ebenfalls hohe Anforderungen an die UMA. Sie müssen eine neue Sprache erlernen, sich an eine neue Umgebung gewöhnen, sich in den neuen Strukturen und an einem fremden Ort zurecht finden, sie müssen die Trennung von der Familie verarbeiten, neue Kontakte knüpfen und mit dem Verlust der bisherigen Rolle umgehen können (vgl. Hargasser 2015: 112). Kurz gesagt: Die UMA sollen sich unvermittelt integrieren und ihren Platz in der Gesellschaft finden.

Aufnahme- und Unterbringungsbedingungen Die Behörden haben die Tendenz, UMA als illegale Migranten und Migrantinnen zu sehen und bringen ihnen sehr viel Misstrauen entgegen. Es wird bspw. behauptet, dass sie älter seien, als sie angeben. So werden Kinder und Jugendliche oft wie Betrüger und wie Erwachsene behandelt (vgl. Hargasser 2015: 107). Auch die Unterkünfte sind kritisch zu betrachten. Oft leben UMA in beengten Wohnverhältnissen, es gibt keine Rückzugsräume, wo sie ihre Privatsphäre haben, auch die hygienischen Verhältnisse, der Lärm und die mangelnde psychosoziale Betreuung und zu geringe Förderung und Anregung werden von Hargasser kritisiert (2015: 110). Schutz vor Gewalt und Vernachlässigung und eine altersgemäße Entwicklung können nicht garantiert werden (vgl. ebd.). Oft sind die UMA über Monate oder Jahre in einem kantonalen Asylzentrum un-

tergebracht, teilweise mit Erwachsenen zusammen. Da es nur wenig Betreuungspersonal gibt, sind viele UMA sich selbst überlassen. Es besteht wenig Kontrolle und die elterliche bzw. familiäre Fürsorge, Aufmerksamkeit, Nähe und Liebe fehlt.

Diskriminierung Häufig sind UMA Opfer von Diskriminierung und Rassismus, was negative Folgen auf die körperliche und psychische Gesundheit hat. Auch ist es so, dass diese Erfahrungen die betroffenen Personen (re-)traumatisieren können (vgl. ebd. 113).

Zugang zu Bildung Der Zugang zu Bildung ist für UMA erschwert. Jeder Kanton hat auch hier wieder seine eigenen Vorgaben. Sobald sie aber 16 Jahre alt sind, werden sie nicht mehr in die öffentliche Schule eingeschult. Während des Asylverfahrens ist es UMA nicht möglich zu studieren. Wenn sie als Flüchtlinge anerkannt sind, haben sie die gleichen Zulassungsbedingungen, wie Schweizer Jugendliche (vgl. Berufsberatung). Es sind enorm hohe Hürden, die für viele UMA kaum zu überwinden sind. Der finanzielle Aspekt würde noch dazu kommen. UMA haben meist keine Eltern, die ihnen ihre Ausbildung oder ihr Studium bezahlen können (vgl. Hargasser 2015: 115). Auch UMA, die eher aus bildungsschwachen Gegenden kommen, haben in der Schweiz einen schweren Stand. Zumeist haben die UMA in ihrem Unterricht in der Schweiz v.a. Deutsch, andere Fächer wie Mathematik werden nicht oder nur wenig gefördert. So ist es für UMA fast unmöglich, in der Schweiz eine Ausbildungsstelle zu finden geschweige denn eine Ausbildung zu absolvieren. Dazu kommt, dass viele Betriebe keine UMA anstellen, da dies zu einem höheren administrativen und personellen Aufwand führt. Der Zugang zu Bildung bleibt vielen UMA damit faktisch verwehrt, sie sind in ihren Teilhaberechten beschnitten, die Inklusion wird erschwert und somit werden auch ihr Zukunftsperspektiven minimiert.

Bedeutung des Asylverfahrens Die Unsicherheit des Aufenthaltsstatus hat negative Auswirkungen auf UMA und führt zu einem erhöhten Gesundheitsrisiko. Die erzwungene Untätigkeit, die starke Belastung, der Verlust von Handlungsspielräumen und die damit verbundenen Ohnmachtsgefühle sind Folgen von den herrschenden Strukturen und Vorschriften (vgl. Hargasser: 2015: 116).

Zusätzlich zu den eben erwähnten Herausforderungen kommt bei UMA hinzu, dass sie sich in einer kritischen Entwicklungsphase befinden, der Adoleszenz.

5.5 ADOLESZENZ

In der Adoleszenz finden viele wichtige physiologische, kognitive und emotionale Veränderungen statt (vgl. Hargasser 2015: 104). UMA befinden sich in dem Prozess der Identitätsfindung, sie sind auf dem Weg Erwachsene zu werden. Als UMA haben sie eine dreifache Herausforderung zu bewältigen. So müssen sie sich vom Kind zum Erwachsenen transformie-

ren, sich gleichzeitig von ihrer Herkunftsgesellschaft loslösen und in der Aufnahmegesellschaft anpassen und sie müssen eine Trennung von der Familie verarbeiten und verkräften können, obwohl der "normale" Ablösungsprozess nicht möglich ist (vgl. Detemple 2015: 30). UMA sehen sich mit den Anforderungen und Werten der Herkunftsgesellschaft sowie der Aufnahmegesellschaft konfrontiert (vgl. ebd.: 31). Jugendliche brauchen Gewissheit und Bestätigung, die sie u.a. darüber erfahren, wenn sie von der Gesellschaft akzeptiert und anerkannt werden. Bei UMA fällt diese Erfahrung aber oft weg und dies führt zu Unsicherheit und Einsamkeit (vgl. ebd.: 32). Grundlegende Aufgaben in der Adoleszenz, wie die Ablösung der Eltern, die soziale Rollenfindung, die Bildung einer Identität sind bei UMA oft stark beeinträchtigt. Durch das Erlebte ist eine gesunde Entwicklung bedroht, denn ethische Werte und Normen wurden dort in Frage gestellt oder verloren an Bedeutung (vgl. Hargasser 2015: 104).

5.6 FAZIT

An UMA werden sehr ambivalente und hohe Anforderungen gestellt. Die Anforderungen haben ihren Ursprung einerseits in der Herkunftsfamilie, andererseits aber auch im Aufnahme-land. Hinzukommen die schrecklichen, teilweise traumatisierenden Erfahrungen im Herkunftsland und auf der Flucht. Die Bedingungen in der Schweiz wirken teilweise noch verstärkend bzw. (re-)traumatisierend. UMA müssen eine enorme Unsicherheit aushalten können, die oft mit Perspektivlosigkeit verknüpft ist. Auch die Schul- und Ausbildungssituation in der Schweiz ist für UMA mit vielen Hürden verbunden, die kaum überwindbar sind. Auch hier ist es leider so, dass dies jeder Kanton unterschiedlich handhabt. Dies müsste unbedingt kantonsübergreifend gleich umgesetzt werden. Die Entwicklungsphase Adoleszenz stellt für UMA eine weitere Herausforderung dar, in welcher sie nur bedingt Unterstützung erhalten, da gerade im Bereich des Asyl- und Migrationswesens an Kosten und somit (personellen) Ressourcen gespart wird. Bspw. mangelt es auch an einem guten Übersetzungssystem. Viele UMA können ihre Anliegen nicht so anbringen, wie sie es möchten und sollten. Eine Problematik lässt sich auch im Erreichen der Volljährigkeit erkennen. Denn sobald die UMA ihr 18. Lebensjahr erreichen, fallen sie aus dem "UMA-System" raus. Sie können nicht mehr in dieselbe Schule gehen, meist müssen sie die aktuelle Unterbringung verlassen und in die Strukturen der erwachsenen Asylsuchenden übergehen etc. Dies kann für UMA eine grosse Belastung und Umstellung bedeuten. Dieser Übergang müsste sinnvoller gestaltet werden. Entweder dadurch, dass sie eine gute Vorbereitung auf die neuen Lebensbedingungen erhalten oder dass sie länger in den bisherigen Strukturen bleiben können. Auch der Zugang zu sozialen Kontakten in der Schweiz (mit Schweizerinnen und Schweizern) müsste erleichtert und unterstützt werden. Die UMA könnten sich dadurch besser und schneller integrieren und die hiesige Sprache erlernen.

6 TRAUMA UND UNBEGLEITETE MINDERJÄHRIGE ASYLSUCHENDE

Wie schon öfters angemerkt haben viele UMA traumatisierende Erfahrungen gemacht. Im folgenden Kapitel soll geklärt werden, was ein Trauma ist und was es für UMA bedeutet.

6.1 TRAUMA

6.1.1 Definition

Der Traumabegriff kommt aus dem Griechischen und bedeutet "Wunde" oder "Verletzung". In der Psychologie bezieht sich dieser Begriff auf die menschliche Psyche (vgl. Scherwath/Friedrich 2014: 17). Nach dem *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems ICD-10* wird das Trauma als "ein belastendes Ereignis oder eine Situation aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypigen Ausmasses (kurz oder langanhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde" beschrieben. (Dilling/Mombour/Schmidt 2011: 207) Als Vergleich wird eine weitere Definition hinzugezogen: Wenn ein Mensch ein Ereignis als potenziell lebensbedrohlich bewertet, dieses mit überwältigenden Gefühlen der Angst und Hilflosigkeit verbunden ist und es nicht in der gleichen Zeit verarbeitet werden kann und die Ressourcen für die Verarbeitung auch danach nicht ausreichen, dann resultiert daraus ein Trauma (vgl. Hantke/Görges 2012: 54). Es geht in beiden Definitionen um ein Ereignis, welches ein Mensch nicht verkraften oder verarbeiten kann. Bei der zweiten Definition kommt hinzu, dass es nicht nur um das Ereignis selbst, sondern vor allem um den Menschen und seine Verarbeitungsmöglichkeiten geht (vgl. ebd.). Krüger (2015: 19) beschreibt eine traumatische Erfahrung in Bezug zu Kindern wie folgt:

Eine traumatische Situation bedeutet für ein Kind eine extreme, existentielle Bedrohung. Dabei kann das Kind entweder sich selbst sowie seine körperliche und seelische Einheit oder andere Menschen als bedroht erleben. Entscheidend ist, dass das Kind das Gefühl hat, ohnmächtig zu sein und nichts tun zu können, um sich oder der den anderen aus der extremen Not herauszuhelfen.

Für die betroffene Person gibt es in der traumatisierenden Situation keinen Ausweg, sie sitzt in der sogenannten "Traumafalle". Bei Kindern hat eine solche Erfahrung einen bleibenden und folgenreichen Einfluss auf die Psyche. Das sich entwickelnde Selbstbewusstsein, das Vertrauen in sich selbst und die Welt (Urvertrauen) werden nachhaltig erschüttert oder gehen sogar verloren (vgl. Krüger 2015: 19).

6.1.2 Trauma als körperlich-psychischer Prozess oder die traumatische Zange

Um mit einem traumatischen Ereignis umgehen zu können, hat das Gehirn eigene Wege für die Bewältigung gefunden. Wenn das Gehirn eine Situation als existentiell bedrohlich und

übermächtig einordnet, wird das neurophysiologische Gleichgewicht verändert. Es gibt eine Erhöhung des Muskeltonus sowie der Herz- und Atemfrequenz. Gleichzeitig kommt es zu einer verstärkten Ausschüttung von Adrenalin, Noradrenalin, Dopamin und Cortisol (vgl. Schwerwath/Friedrich 2014: 19). Die drei erstgenannten Hormone bewirken, dass die benötigte Körperspannung und Beweglichkeit für Flucht- oder Kampfhandlungen aufgebaut wird. Das Cortisol hingegen erhöht das Angstempfinden, wodurch die Person hochwachsam reagieren kann. In der gleichen Zeit werden Funktionen der Großhirnrinde, welche im normalen Zustand das Denken und Handeln steuern, außer Betrieb genommen (vgl. ebd.). Im Hirnstamm befindet sich die Amygdala, das Angstzentrum des Organismus. Diese schlägt Alarm in solchen Situationen und es werden die archaischen Überlebensprogramme ausgelöst: Flüchten und Kämpfen. Wenn durch Flucht oder Kampf zur Bewältigung der Situation beigetragen werden kann, wird in den meisten Fällen eine Traumatisierung verhindert (vgl. ebd.: 19f.). Können diese Optionen aber nicht genutzt werden, gerät die betroffene Person in die sogenannte *traumatische Zange*. Dies ist, was eine Situation traumatisch macht (no flight - no fight). Das Gehirn muss dann Massnahmen ergreifen, die notwendig sind, um die gefährliche Situation psychisch zu überleben. Genau dies ist auch die Basis der traumabedingten Symptombildung (vgl. ebd.: 20).

Da der Mensch dieser Situation nicht entkommen kann, versucht das Gehirn durch Veränderung der Wahrnehmung dieser Situation zu entkommen. Dies geschieht über die sogenannte *Freeze-Reaktion*. Freeze bedeutet "einfrieren" und man kann sich dies als eine Art Lähmung vorstellen. Diese Lähmung bezweckt die innerliche Distanzierung des Menschen vom Geschehen und führt zu einer Unterwerfungsreaktion (Submission) (vgl. ebd.). Die Gefühle der betroffenen Person sind in diesem Zustand wie betäubt. Es werden dissoziative Phänomene ausgelöst. Ein dissoziatives Phänomen ist bspw. eine Derealisation. Hierbei wird die Umgebung als unwirklich und fremd wahrgenommen. Auch die Depersonalisation ist möglich. Dabei kann die betroffene Person sich selbst oder den eigenen Körper nicht spüren, sie fühlt sich unbeteiligt (vgl. ebd.). Im Verlaufe dieses Prozesses wird das sensorische, emotionale, körperliche und kognitiven Erleben fragmentiert (vgl. ebd.). Man könnte diesen Vorgang mit dem Zersplittern eines Spiegels vergleichen. Die zersplitterten Einzelteile werden unverbunden im Gedächtnis abgespeichert (vgl. ebd.: 21). Dieses Fragmentieren erklärt, weshalb traumatisierte Menschen sich oft nicht oder nur bruchstückhaft an die traumatischen Ereignisse erinnern können. Es ist wie ein Puzzle, das wieder zusammengesetzt werden muss. Dieser Vorgang der teilweisen oder vollständigen Desintegration und Fragmentierung des Bewusstseins nennt sich auch Dissoziation (vgl. Beckrath-Wilking et al. 2013: 79).

6.1.3 Traumtypen

Traumata können in zwei Typen unterteilt werden. Es gibt den Traumtyp I, die Monotraumatisierungen und den Typ II, die Komplextraumatisierungen. Unter dem Traumtyp I werden Folgen von Traumatisierungen verstanden, die einmalig geschehen sind und einen klaren Anfang sowie ein klares Ende haben. Dazu gehören bspw. Unfälle, Operationen, einmalige Misshandlungen, Vergewaltigungen, Naturkatastrophen, Überfälle (vgl. Garbe 2015: 29). Bei den Komplextraumatisierungen hingegen haben die Menschen eine Reihe von traumatischen Erfahrungen und meist verschiedener Art hinter sich. Es gibt oft keinen eindeutigen Anfang und auch kein klares Ende. Flucht und Vertreibung aus Heimatländern, körperliche oder seelische Misshandlungen, sexueller Missbrauch, häufiger Wechsel von Bezugspersonen etc. sind Beispiele dafür (vgl. ebd.: 30). Die Folgen solcher Erfahrungen gerade auf die Persönlichkeit eines Kindes oder Jugendlichen ist abhängig davon, ob die Person davor schon gute Bindungs- und Bewältigungserfahrungen machen konnte (vgl. ebd.: 31).

Des Weiteren gibt es den Begriff des kumulativen Trauma. Hierbei entsteht das Trauma aus einer Serie von Ereignissen, wobei die einzelnen Ereignisse nicht traumatisierend sein müssen, sondern eben erst deren Kumulation. Der betroffenen Person ist es dabei unmöglich, zwischen den einzelnen Erlebnissen zur Ruhe zu kommen und diese verarbeiten zu können (vgl. Marko 2013: 76). Als letzter Traumtyp soll hier noch die sequenzielle Traumatisierung erwähnt werden. Hier gibt es bezogen auf UMA bzw. Migrantinnen/Migranten drei traumatische Sequenzen. 1. Der Fluchtgrund bzw. die Fluchtursache, 2. die Flucht selbst und 3. die Situation im Ankunftsland. Diese Einteilung verweist darauf, dass die Situation im Exil einen entscheidenden und grossen Einfluss auf die Verarbeitung der Traumata hat (vgl. ebd.: 76f.).

6.1.4 Traumata in der Sozialen Arbeit

Vor allem zwei Formen der Traumatisierung spielen in der Sozialen Arbeit eine wichtige Rolle. Gahleitner/Loch/Schulze (2016: 12-21) definieren als mögliche Ursachen für Traumata folgende Gewalt: 1. Die zwischenmenschliche Gewalt, wie bspw. physische, psychische und sexuelle Gewalt, Zeugenschaft, Vernachlässigung, Krieg und Folter, Verfolgung, Flucht und Asyl. 2. Die Beziehungstraumata, wie bspw. Verlusterfahrungen und transgenerationale Traumatisierung (also die Weitergabe von traumatischen Erfahrungen innerhalb einer Familie über intergenerationale Beziehungen). Weiterhin können auch Naturkatastrophen, technische Unfälle und der Verlust eines nahestehenden Menschen traumatisch sein (vgl. Krüger 2015: 58-68). Wie oben erwähnt, hängt es aber sehr vom individuellen Mensch und seinen Bewältigungsstrategien ab, ob ein Ereignis tatsächlich traumatisch ist oder nicht.

Im Zusammenhang mit UMA sind insbesondere zwei ursächliche Dimensionen von zentraler Bedeutung. Zum einen findet sich im Themenkomplex Verfolgung, Flucht und Asyl eine wichtige Ursache für die Traumata von UMA (siehe Kapitel 5). Die zweite Dimension sind Verluste als Ursache für Traumata. Bei Verlust eines Elternteils werden Kinder und Jugendliche von Gefühlen überschwemmt. Diese können von Trauer, Wut, Schuld über Aggression bis hin zu Angst und Verzweiflung gehen (vgl. ebd.: 22). Wenn ein Kind oder eine jugendliche Person sich von einem geliebten Menschen trennt, macht diese Person auch immer eine Selbstverluste Erfahrung. Denn das Kind identifiziert sich mit den ihr wichtigen Personen. Dieser Selbstverlust kann erlebt werden als der Verlust eigener Stärke und Unabhängigkeit, die mit Scham und Ohnmachtsgefühlen einhergehen (vgl. ebd.).

6.2 SYMPTOME NACH TRAUMATISIERUNGEN

Nach Behandlung der körperlich-psychischen Grundlagen und Ursachen von Traumata sollen im Weiteren nun die dabei zutage tretenden Symptome eingehender betrachtet werden.

6.2.1 Posttraumatische Belastungsstörungen

Grundsätzlich kann zwischen der akuten Belastungsreaktion und der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) unterschieden werden. Die *akute Belastungsreaktion* tritt während des traumatischen Ereignisses ein und verschwindet nach wenigen Stunden oder Tagen wieder (vgl. Scherwath/Friedrich 2014: 23). Zu den typischen Belastungsreaktionen gehören Unruhe, Verstörung, kurzfristige Amnesie, Taubheitsgefühl und Schlafstörungen. Diese Reaktionen unterscheiden sich vor allem in der Dauer von der PTBS. Die akuten Belastungsreaktionen können im Rahmen eines Selbstheilungsprozesses überwunden werden, was vor allem dann geschehen kann, wenn die Notfallreaktionen Flucht oder Kampf eingesetzt worden sind und die Wucht der Belastung so abfangen konnten (vgl. ebd.).

Wenn aber nach vier Wochen die entstandenen Symptome immer noch vorhanden sind oder sich gar intensivieren, dann wird von einer *posttraumatischen Belastungsstörung* (PTBS) gesprochen. Es gibt drei zentrale Phänomene der PTBS: Die Übererregung (Hyperarousel), das Wiedererleben (Intrusion) und die Vermeidung (Konstriktion) (vgl. ebd.: 24).

Die *Übererregung* kann beschrieben werden als eine konstant erhöhte Wachsamkeit (Hypervigilanz). Dabei ist der Organismus immer in Alarmbereitschaft, er ist jederzeit bereit zu kämpfen oder zu flüchten. Die traumatisierte Person sieht sich immer in einer schutzlosen und bedrohlichen Lebenssituation und schüttet deswegen fortlaufend Stresshormone aus. Diese dauernde Stressüberflutung führt dazu, dass harmlose nicht mehr von tatsächlich gefährlichen Situationen unterschieden werden können. Konkret zeigen sich die Symptome in allgemeiner Unruhe, plötzlichen Impulsausbrüchen, Konzentrations- und Leistungsschwä-

chen oder Überschusshandlungen (vgl. ebd.). Auch Huber (2009: 108) beschreibt die Störungen im Bereich der Konzentrations-, Merk- und allgemeinen Leistungsfähigkeit. Diese können bspw. ersichtlich werden in starken Schwankungen der schulischen Leistungen oder im Fernbleiben vom Unterricht aufgrund von Traumatisierungsfolgen, die betroffene Person kommt im Unterricht oder der Ausbildung nicht mit etc. Es besteht auch ein erhöhtes Risiko für eine Aufmerksamkeits-Defizitstörung (ADS) oder eine Hyperaktivitätsstörung (ADHD) (vgl. Huber 2009: 108f.). Auch die Störungen der Affekt- und Impulskontrolle werden von Huber erwähnt (vgl. ebd.: 109). Diese können Folgendes beinhalten: impulsives und riskantes Verhalten in unterschiedlichen Bereichen, Wutausbrüche, Schlägereien, impulsives Suchtverhalten, Impulskäufe und damit verbunden Schulden, stehlen und stark schwankende Gefühle gegenüber sich selbst aber auch anderen gegenüber (vgl. ebd.). Kinder leiden sehr unter den genannten Symptomen, da sie durch sie an der Schule auffallen und ihre schulischen Leistungen abnehmen. Dies alles führt zu Isolation und Scham (vgl. Krüger 2015: 35). Die dauerhafte Anspannung hat also folgenreiche Auswirkungen auf den sozialen Kontext der betroffenen Menschen.

Mit den *Intrusionen* ist das vollständige oder teilweise Wiedererleben der traumatischen Situation gemeint. Dies kann in Form von Bildern, Empfindungen, Alpträumen oder Gedanken geschehen. Man bezeichnet dieses Wiedererleben auch als Flashbacks. Die Person befindet sich wie in einem Film, wo sie die traumatische Situation oder Teile davon immer wieder erlebt (vgl. ebd.). Das Gehirn kann in dem Moment nicht unterscheiden zwischen dem Hier und Jetzt und dem Dort und Damals. Auslöser für diese Flashbacks sind die sogenannten Trigger. Trigger sind Schlüsselreize, die an das Trauma erinnern und Alarmreaktionen, Bilder und Zustände aufrufen, die während der traumatisierenden Situation erlebt wurden. Trigger befinden sich auf allen Ebenen der Wahrnehmung und können u.a. Gerüche, Bewegungen, Orte, Geräusche, bestimmte Worte und Berührungen sein (vgl. ebd.: 25f.). Durch die Fragmentierung können die Auslöser und Reaktionen oft nicht der traumatischen Situation zugeordnet werden. Diese Flashbacks werden von den betroffenen Menschen als sehr belastend und auch als retraumatisierend erlebt. Im Grunde sind diese Flashbacks Warnhinweise, sie sollen den Menschen schützen vor einer Wiederholung der traumatisierenden Situation (vgl. Krüger 2015: 36.). Auch sind diese Überflutungssymptommatiken Heilungsversuche des Organismus. Die einzelnen Fragmente sollen zusammengeführt werden. Dazu braucht es aber professionelle Unterstützung, ansonsten bleibt es bei einer Re-Traumatisierung, denn der betroffene Mensch fühlt sich ausgeliefert und erlebt einen erneuten Kontrollverlust (vgl. Scherwath/Friedrich 2014: 27). Die Flashbacks werden durch folgende körperliche Symptome begleitet: Panikattacken, Schwitzen, Zittern, Schwindel, erhöhter Herzschlag, Übelkeit und plötzliche Taubheit (vgl. Scherwath/Friedrich 2014: 26).

Die *Konstriktion* zieht im Vergleich zu den beiden vorab genannten Symptomatiken in eine entgegengesetzte Richtung. Die Vermeidung dient zur Erholung und Beruhigung der betroffenen Person (vgl. Krüger 2015: 39). Diese Vermeidung geschieht dabei auf zwei Ebenen. Erstens auf der Verhaltensebene durch aktive, willkürliche Vermeidung von Triggern, um Flashbacks zu vermeiden (vgl. ebd.). Bei dieser Form der Vermeidung wird oft die Lebensgestaltung eingeengt. Auch Drogenkonsum ist eine Bewältigungsstrategie, um durch das "Vernebeln" Abstand zu gewinnen (vgl. Scherwath/Friedrich 2014: 28). Und zweitens gibt es eine spezielle Gehirnfunktion, die den Organismus entlastet. Das zeigt sich in veränderten Bewusstseinszuständen, in sogenannten dissoziativen Zuständen. Diese Zustände werden direkt während des traumatischen Ereignisses aber auch in Stresssituationen danach ausgelöst (vgl. Krüger 2015: 39). Aussenstehende Menschen, welche das beobachten, beschreiben, dass die betroffenen Personen nicht ansprechbar, wie erstarrt sind und mit leerem Blick dastehen (vgl. ebd.). Die betroffenen Menschen nehmen sich laufend oder situativ als abgespalten von sich und der Situation wahr. Sie haben damit verbunden oft auch Amnesien. Diese zeigen sich im Alltag u.a. in verzögerten oder ausbleibenden Reaktionen, in scheinbarer Vergesslichkeit und in Abstreiten oder Verleugnen von eigenen Handlungen (vgl. Scherwath/Friedrich 2014: 28). Traumatisierte Menschen schwanken oft zwischen den konstruktiven Bewältigungsversuchen und dem intrusiven Erleben hin und her, können dies aber nicht steuern oder regulieren (vgl. ebd.).

6.2.2 Dissoziation und Soziale Arbeit

"Dissoziation bezeichnet die Trennung und Abspaltung von Teilen der Erfahrung oder der Emotionen." (Makro 2013: 82) Dissoziation ist also ein Mechanismus, der uns erlaubt, im Falle von Bedrohung oder auch Überforderung das verstandesmäßige und vernünftige Denken auszuschalten, um zu überleben (vgl. Hantke/Görges 2012: 75). Nicht jede Dissoziation ist aber pathologisch. Der Mensch würde ohne Dissoziation reizüberflutet werden, daher ist es wichtig, dass er/sie die Wahrnehmung fokussieren und das Unwesentliche ausblenden kann (vgl. Beckrath-Wilking et al. 2013: 79). Die pathologische Dissoziation weist im Vergleich zur alltäglichen Dissoziation eine andere Qualität auf und kann Identitäts-, oder Wahrnehmungsstörungen sowie Orientierungslosigkeit umfassen. Beispiele für pathologische Dissoziation sind Flashback oder Intrusion (vgl. ebd.). Typische dissoziative Symptome bei Kindern sind Schmerzen, das Abschalten von Gefühlen, sich wegträumen oder Trancezustände, Erstarren, seinen Körper nicht mehr spüren können, Lähmung, Impulsausbrüche, Amnesien, Selbstverletzung, Vergesslichkeit, Müdigkeit, innere Stimmen, häufige Unfälle, extreme Wechsel in Verhalten und Fähigkeiten etc. (vgl. ebd.). Es können sich verschiedene Dissoziationsstörungen entwickeln, welche auch chronisch sind oder eine Identitätsstörung zur Folge haben (vgl. Huber 2009: 111ff.).

6.2.3 Entwicklungsstörungen

Traumatische Ereignisse nehmen Einfluss auf die gesamte Entwicklung eines Menschen. Je früher, häufiger und affektiv aufgeladener ein Erlebnis ist, desto mehr wird es verinnerlicht bzw. erlernt. Deswegen haben Kinder ein besonders hohes Risiko für Traumafolgestörungen (vgl. Scherwath/Friedrich 2014: 30). Die traumatischen Ereignisse haben Einfluss auf die jeweilige Entwicklungsaufgabe, welche gerade bewältigt wird. Da Kinder bzw. Jugendliche ihre Energie für die Bewältigung des Trauma brauchen, können die "normalen" Entwicklungsaufgaben nicht bearbeitet werden. Dies führt zu einer Verzögerung der Entwicklungsaufgaben. Misserfolge in der Bewältigung dieser Aufgaben führen zu Identitätskrisen, Anpassungsproblemen und es erschwert die Bewältigung nachfolgender Entwicklungsaufgaben (vgl. ebd.: 33). Bei UMA sind v.a. die folgenden zwei Lebensabschnitte und damit verbundenen Aufgaben betroffen: Das 6.-11. Lebensjahr, wo die Schul- und Leistungsfertigkeiten, Entwicklung von Moral und Wertesystemen und Interessensbildung/Hobbies aktuell sind. Und das 11.-18. Lebensjahr, wo es um das Akzeptieren des Körpers, personale Autonomie (Ablösung von Erwachsenen und Eltern), Aufbau intimer Partnerschaften, Peergroup-Bezogenheit und um die Entwicklung eigener Lebenskonzepte geht (vgl. ebd.: 34). Das Bewältigen und Scheitern in diesen Entwicklungsaufgaben nimmt auch Einfluss auf das Selbstbild, das Selbstvertrauen, den Selbstwert und die Selbstwirksamkeit (vgl. ebd.: 35). Es ist zudem möglich, dass Kinder und Jugendliche sich auf frühere, sichere Inseln flüchten. Das bedeutet, dass sie wieder zu kleinen Kindern werden, bspw. sprechen sie in Babysprache, lutschen am Daumen, nassen sich ein, haben grosse Trennungsängste, verlernen bereits Gelerntes etc. Sie verfallen unbewusst auf frühere Entwicklungsstufen, was dem Gleichgewicht ihrer Psyche dienen soll (vgl. Krüger 2015: 40).

6.2.4 Emotionale Folgen: Schuld- und Schamgefühle

Kinder übernehmen oft die Verantwortung für das Geschehene und verknüpfen das schlimme Ereignis mit sich selbst. Es entsteht so ein negatives Selbstbild. Als Folge davon empfinden viele Kinder und Jugendliche Scham und Schuld. Sie schämen sich und fühlen sich schuldig wegen des eigenen Versagens, ein bestimmtes Ereignis ausgelöst oder nicht verhindert zu haben (vgl. Scherwath/Friedrich 2014: 39). Dies führt zu drastischen psychischen und sozialen Folgen, denn das Kind verliert sein Urvertrauen, was die seelischen Wachstumsprozesse behindert (vgl. Krüger 2015: 42). Die betroffenen Kinder und Jugendlichen haben ein allgemeines Misstrauen gegenüber der Welt, oft auch gegenüber Erwachsenen im Allgemeinen (vgl. ebd.). Das Produzieren dieser beiden Gefühle hat jedoch auch eine sinnvolle Funktion. Diese Gefühle implizieren, dass man durch das eigene Handeln das Geschehene hätte beeinflussen bzw. verhindern können. Es gibt dem Kind eine gewisse Kontrolle

zurück, wenn es weiss, dass es hätte reagieren können. Des Weiteren kann das Kind, wenn es für das Geschehene die Verantwortung übernimmt, das Bild der schützenden Erwachsenen aufrecht erhalten, denn diese Vorstellung wünscht es sich (vgl. ebd.: 40).

6.2.5 Kinder- bzw. jugendtypische Spezifika

Bisher wurde in erster Linie die allgemeine Traumasymptomatik beschrieben, in der Folge gibt es eine Vertiefung der kinder- und jugendtypischen Spezifika. Krüger (2015: 41) beschreibt typische Traumasymptome bei Kindern. Im Alter von 10-14 Jahren sind folgende Symptome typisch: Bei Gewalterfahrung das Wiederherstellen dieser Situationen (bspw. im Spiel mit anderen Kindern), Essstörungen, selbstverletzendes Verhalten, Drogenkonsum, manchmal Suizidalität, auch Symptome der klassischen PTBS tauchen vermehrt auf, das Zurückfallen auf frühere Entwicklungsstufen, Schuld- und Schamgefühle, Schulleistungs- und Konzentrationsstörungen, Risikoverhalten, ins Leere starren, aggressives Verhalten, Hyperaktivität, sozialer Rückzug und Pessimismus. Auch Marko (2013: 88-91) beschreibt diese Symptome. Sie führt aber noch aus, dass die Kinder unter Flashbacks, Schlafstörungen und körperlichen Beschwerden, wie bspw. Kopf- und Bauchschmerzen sowie Herzklopfen leiden (Marko 2013: 89f.). In der Altersstufe von 14-18 Jahren kommen weitere Symptome hinzu. Bspw. eine schlechte Selbstwahrnehmung, soziales und schulisches Scheitern, misslungene erste intime Beziehungen und existentielle Zukunftsängste (vgl. Krüger 2015: 41). Hier nennt Marko (2013: 90) noch explizit die Verhaltensveränderungen, die Veränderung der Einstellung zum Leben sowie zu den Werten und Normen.

6.3 ZAHLEN UND FAKTEN ZU TRAUMATISIERTEN UMA

Es ist schwierig genaue Zahlen zu der Traumatisierung von Flüchtlingen bzw. UMA zu finden. Zur Schweiz konnten leider keine Zahlen gefunden werden. In Deutschland gab es im Jahr 2006 eine Studie der psychologischen Forschungs- und Modellambulanz für Flüchtlinge der Universität Konstanz. Bei dieser konnte festgestellt werden, dass die Asylsuchenden in Deutschland eine Punktprävalenz (Krankheitshäufigkeit an einem bestimmten Tag, zu einem bestimmten Zeitpunkt) von 40% für PTBS vorweisen (vgl. Hargasser 2015: 92f.). Dies ist ein deutlich höheres Auftreten dieser Diagnose als in der deutschen Bevölkerung und dieses Ergebnis entspricht auch in etwa anderen Studien aus Deutschland, anderen europäischen Ländern und Australien. Bspw. in Norwegen gab es eine Punktprävalenz von 45% für PTBS (vgl. ebd.: 93). Bei den UMA ist von deutlich höheren Zahlen auszugehen. Von 2009 - 2010 gab es eine kleine Studie in München von dem Beratungs- und Behandlungszentrum für Flüchtlinge und Folteropfer REFUGIO zur Früherkennung von PTBS bei UMA. Von den 59 befragten Jugendlichen litten 37 unter PTBS (das sind 62.7%), sieben litten unter einer akuten Belastungsstörung (ca. 12%) und nur 12 Jugendliche (ca. 20%) erfüllten die PTBS-

Kriterien nicht. Bei drei UMA reichte die Datenlage nicht aus. Der grösste Teil der UMA hat mehr als ein Trauma erlitten (vgl. ebd.: 93). Auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) vermutet, dass zwischen einem Drittel und der Hälfte der Flüchtlinge an fluchtbedingten Traumata leiden (vgl. Gahleitner et al. 2016: 19). In der Niederlande gab es im Jahr 2007 eine weitere Studie, welche über 12 Monate die psychische Verfassung von UMA untersuchte (vgl. Hargasser 2015: 94f.). Dabei wurden 920 UMA aus 48 Herkunftsländern sowie deren Beistands- und Lehrpersonen befragt. Die psychischen Belastungen wurden von 50% der UMA selbst als schwer und chronisch eingeschätzt. Dies wurde von 33% der Beistands- und 36% der Lehrpersonen bestätigt (vgl. ebd.). Eine andere Studie aus dem Jahr 2007 ebenfalls aus den Niederlanden zeigt, dass UMA viermal so viele extreme Traumaerfahrungen wie begleitete minderjährige Asylsuchende machten (BMA) (vgl. ebd.: 95). 63% der UMA hatten mindestens vier traumatische Ereignisse erlebt, dem gegenüber stehen 16% der BMA. Nur 2% der UMA berichteten, dass sie kein Trauma erlebt haben, wobei dies immerhin 21% der BMA von sich sagten (vgl. ebd.). Eine weitere Untersuchung, die 2008 in London durchgeführt wurde, kam auf einen Anteil von 61,5% der männlichen UMA, die ein hohes Risiko für PTBS aufweisen. Als Vergleich dazu belief sich der Anteil bei männlichen BMA lediglich auf 14%. Bei den weiblichen UMA bestand ein Risiko von 73,1% für PTBS, bei den weiblichen BMA 35,3% (vgl. ebd.: 95f.). Eine belgische Studie stellte bei 37-47% der 166 befragten UMA schwere bis sehr schwere Symptome von Depression, Angststörungen und PTBS fest (vgl. ebd.: 96). Die Zahlen aus unterschiedlichen, in Europa durchgeführten Studien variieren zwar, zeichnen aber letztlich ein eindeutiges Bild. UMA stellen eine speziell verletzte Gruppe dar und sind besonders häufig von Traumata betroffen.

6.4 PREKARITÄT UND NEUBEGINN: EMOTIONALES BEFINDEN UND PSYCHISCHE BELASTUNGEN BEI UMA

UMA befinden sich in einer prekären Situation: Sowohl die Vergangenheit als auch die Gegenwart und die Zukunft sind geprägt von Unsicherheit und teils sehr schwierigen Ereignissen. Dazu kommt, dass UMA unter einer Sprachlosigkeit leiden. Die mangelnden Sprachkenntnisse isolieren UMA, es kann zu Missverständnissen und weiteren Unsicherheiten kommen (vgl. Marko 2013: 64). Dies alles führt zu einem praktisch erlebten Gefühl der Inkompetenz und Ohnmacht.

Weiter sind oft nur ungenügende stabilisierende Tagesstrukturen vorhanden oder sie fehlen ganz. Gerade im Asylbereich wird an Kosten und dementsprechend an Personal gespart. Das bedeutet, dass es wenig aber auch schlecht qualifiziertes Betreuungspersonal gibt. Aus Zeitmangel oder auch aus Mangel an Fachwissen werden Traumasymptome nicht erkannt oder falsch gedeutet. Unterlassene Hilfestellung aber bedeutet für ein Individuum, das gera-

de inmitten seiner Persönlichkeitsentwicklung steht, nicht nur Stagnation sondern eine Verschlimmerung seiner Situation. Selbst bei vorhandenem Fachwissen der Professionellen Sozialer Arbeit ist die Behandlung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen oft bruchstückhaft und unvollständig (Garbe 2015: 38f.). Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die knappen personellen Ressourcen und das mangelnde Fachwissen eine Negativ-Spirale bei den UMA unterstützen.

Positive und negative (destruktive) Bewältigungsstrategien, die helfen bedrohliche Situationen zu überleben, sind immer erlernt. Für das Gehirn ist es nicht relevant, wie sinnvoll das Verhalten ist, einzig zählt das Überleben (vgl. Garbe 2015: 51). Erlerntes Verhalten kann nicht gelöscht werden, jedoch kann es sich zurückentwickeln. Dazu muss eine Person neue, alternative und stärkende Verhaltensweisen einüben, damit sich neue neuronale Verknüpfungen bilden können (vgl. ebd.). Da es in der Adoleszenz zu einer Lockerung der bisherigen neuronalen Verknüpfungen (dem Erlernten) kommt, entsteht die Chance einer Neu- bzw. Umorientierung. Die Selbstwert- und Geschlechtsidentitätsfindung sowie das Wertesystem werden überarbeitet und neu gefestigt. Die neuen Erfahrungen können die neuronalen Vernetzungen positiv aber auch negativ beeinflussen. Das bedeutet, dass eine Person in der Adoleszenz wenn auch nicht die Chance hat völlig neu zu beginnen so doch gemachte Erfahrungen zu überwinden (vgl. Garbe 2015: 93).

Für Kinder und Jugendliche gibt es wichtige Faktoren, die ihnen helfen oder sie hindern schwierige oder traumatisierende Situationen zu bewältigen. Auf diese soll im folgenden Unterkapitel eingegangen werden.

6.4.1 Risiko- und Schutzfaktoren

Die Schwere von Traumatisierungsfolgen hängt von der traumaspezifischen Situation aber auch von den biographischen und individuellen Voraussetzungen einer Person ab. Der Effekt von Traumatisierungen hängt immer mit den Risiko- und Schutzfaktoren der betroffenen Person zusammen (vgl. Scherwath/Friedrich 2014: 50f.). Risikofaktoren sind die Faktoren, welche eine belastende oder traumatisierende Situation negativ beeinflussen. Sie wirken destabilisierend und erhöhen damit die Wahrscheinlichkeit einer Folgestörung. Scherwath/Friedrich (2014: 51) nennen folgende Risikofaktoren: niedriger sozial-ökonomischer Standard/Armut, geringe soziale Einbindung und Unterstützung, dysfunktionale Familienstrukturen, Verlusterlebnisse in der Vorgeschichte, psychische Erkrankungen und Sucht in der Familie. Weitere Risikofaktoren, welche Hargasser (2015: 99) benennt sind das weibliche Geschlecht, Gewalterfahrungen vor der Flucht aber auch danach, das Unbegleitet-sein und erlebte Diskriminierung. Diese Faktoren beziehen sich auf lebensgeschichtliche oder psychosoziale Umstände.

Ebenfalls risikoe erhöhend wirken Vulnerabilitätsfaktoren. Vulnerabilitäten sind biologische und psychologische Dispositionen (Anlagen). Sie bezeichnen die Verletzbarkeit einer Person oder ihre Anfälligkeit, mit einem schwierigen Ereignis nicht umgehen zu können (vgl. Scherwath/Friedrich 2014: 51f.). Im Folgenden werden zwei Vulnerabilitäten benannt, welche Scherwath/Friedrich als relevant für das Thema Trauma erachten. Die *Reife* ist ein wichtiger Punkt. Je jünger eine Person ist, desto wahrscheinlicher ist es, dass ein Ereignis grösser ist als die Person selbst. Die Reife bezieht sich demnach auf das Alter des Kindes, es betrifft aber auch die individuelle Reife einer Person (Sinnverstehen, Sprachentwicklung, Entwicklungsverzögerungen, Beeinträchtigungen etc.) (vgl. ebd.: 52f.). Ein weiterer Vulnerabilitätsfaktor ist die *unsichere Bindung*. Wenn jemand sicher gebunden ist, steht er oder sie auch in schwierigen Situationen auf einem festen Boden und wird nicht so schnell an ihr zerbrechen. Eine Person jedoch mit unsicherer Bindung hat Mühe, stressige Situationen zu bewältigen, da sie sich nicht ausreichend an den erwachsenen Bindungspersonen orientieren kann, was zu Entlastung und Selbstberuhigung führen würde (vgl. ebd.: 53f.).

Es ist auffallend, wie viele der beschriebenen Risikofaktoren gerade auf UMA zutreffen (bspw. Armut, geringe soziale Einbindung und Unterstützung, Trennungs-/ Verlusterlebnisse, Gewalterfahrungen, Unbegleitet-sein etc.). Diese Tatsache weist darauf hin, dass besonders UMA mit der Bewältigung von traumatisierenden Situationen und mit schweren Traumafolgesymptomen zu kämpfen haben.

Als Gegenstück zu den Risikofaktoren und Vulnerabilitäten gibt es die Schutzfaktoren. Schutzfaktoren mindern oder beseitigen die schädliche Wirkung eines Risikofaktors (vgl. ebd.: 99). Anders gesagt sind Schutzfaktoren Prozesse, Eigenschaften und Bedingungen, welche die Wucht von Belastungen abmildern und betroffene Menschen wieder in ihr Gleichgewicht bringen (vgl. Scherwath/Friedrich 2014: 59). Die Schutzfaktoren sind Bezugspunkte in der Sozialen Arbeit, die sowohl präventiv, als auch im akuten Stadium und rehabilitativ genutzt werden können bzw. sollen, denn die Wahrscheinlichkeit der Bewältigung traumatischer Ereignisse wird dadurch deutlich verbessert (vgl. ebd.: 60). Schutzfaktoren können in drei unterschiedliche Gruppen unterteilt werden. Es gibt die personalen und die umgebungsbezogenen Faktoren sowie die Resilienzfaktoren (vgl. ebd.). Zu den personalen Schutzfaktoren zählen u.a. bestimmte persönliche Dispositionen, wie ein positives Selbstwertgefühl und Intelligenz. Bei den umgebungsbezogenen Faktoren können der Schutz vor Isolation, die Rolle der Familie und damit zusammenhängend eine grosse soziale Unterstützung, das Erleben von Sinn und damit verbunden starke Glaubenssysteme, gesellschaftliche Offenheit für Vielfalt, eine Umgebung, welche Annahme, Information, Orientierung und Unterstützung bei der Verarbeitung von Erlebnissen sowie eine Alltagsstruktur bietet, genannt werden (vgl. ebd. und Hargasser 2015: 99).

Der Begriff Resilienz kommt aus dem Lateinischen und bedeutet "abprallen" oder "nicht anhaften". Er beschreibt die Fähigkeit eines Menschen mit schwierigen Lebensumständen oder Situationen oder auch den negativen Folgen von Stress erfolgreich umzugehen (vgl. Hargasser 2015: 101). Resilienz ist also die Stressverarbeitungskapazität oder die Widerstandskraft eines Menschen. Resilienz und Vulnerabilität stehen sich in einem reziproken Verhältnis gegenüber, das meint: Je höher die Resilienz ist, desto niedriger ist die Vulnerabilität oder auch umgekehrt (vgl. Fischer 2012: 3). Zu den Resilienzfaktoren gehören das Verfügen über unterschiedliche Coping- bzw. Bewältigungsstrategien, die Erfahrung von erfolgreicher Bewältigung schwieriger Situationen, das Erleben einer wirksamen Kontrolle über Traumasymptome, Selbstwirksamkeitsüberzeugungen, eine optimistische Grundhaltung und ein positives Selbstbild (vgl. Hargasser 2015: 99 und Scherwath/Friedrich 2014: 60).

6.5 FAZIT (ODER WAS BEDEUTEN TRAUMATISIERUNGEN FÜR UMA?)

Nach dieser Einführung zum Thema Trauma ist nun klar, dass eine Traumatisierung nahezu alle Bereiche sozialer, emotionaler, kognitiver und sensorischer Kompetenzen betrifft. Das bedeutet, dass jede Verhaltensauffälligkeit auf eine Traumatisierung hindeuten kann (vgl. Scherwath/Friedrich 2014: 42). Aufgrund dessen ist es von grosser Wichtigkeit, dass Pädagogen und Pädagoginnen in ihrer Arbeit traumasensibel sind. Denn wie die erwähnten, alarmierenden Zahlen aber auch die beschriebenen Ursachen für Traumata zeigen, sind UMA eine besonders häufig und stark von Traumata betroffene Gruppe. Dazu kommt, dass überproportional viele der oben genannten Risikofaktoren auf UMA zutreffen. Auch die Lebenslage von UMA im Ankunftsland ist von vielen Unsicherheiten und negativen Bedingungen beeinflusst, was (re-)traumatisierend sein kann. Die Sprachlosigkeit spielt dabei eine weitere wichtige Rolle. Traumatisierte UMA haben grundsätzlich schlechte Voraussetzungen für ihre persönliche Entwicklung sowie für ihre Integration im Ankunftsland. Die knappen personellen Ressourcen und mangelndes Fachwissen verstärken diese Negativ-Spirale. Auch das grundsätzliche Misstrauen von traumatisierten UMA gegenüber Erwachsenen erschwert die Zusammenarbeit. Es ist wichtig, dass es nicht zu Beziehungsabbrüchen kommt, was jedoch bspw. bei Eintreten der Volljährigkeit der Fall ist. Ein weiterer wichtiger Punkt, den es als Pädagogin/Pädagoge zu berücksichtigen gilt, ist, dass viele traumatisierte UMA nicht von sich aus über dissoziative Phänomene sprechen. Sie nehmen die dissoziativen Zustände als normal wahr, denn sie haben sie oft schon über Jahre hinweg.

Des Weiteren ist es wichtig, dass Professionelle Sozialer Arbeit die Bedeutsamkeit von stabilisierenden Tagesstrukturen erkennen und wissen, dass es möglich ist, Traumata zu verarbeiten. Gerade während der Adoleszenz bieten sich Ansatzpunkte, die es zu nutzen gilt. Dazu braucht es aber nicht nur Wissen zu Trauma und Traumasymptomen, sondern v.a. auch

praktisches Wissen zur Art und Weise der Interventionen, die Soziale Arbeit in dieser Situation leisten kann. Darauf soll im folgenden Kapitel eingegangen werden.

7 WIE KANN DIE SOZIALE ARBEIT TRAUMATISIERTE UMA BEI DER TRAUMAVERARBEITUNG UNTERSTÜTZEN?

In den Kapiteln 5-6 wurden die Wissensgrundlagen zu den Themen UMA und Traumata gelegt. Im Folgenden soll nun die Rolle der Sozialen Arbeit als Berufsfeld bei der Unterstützung traumatisierter UMA herausgearbeitet werden.

7.1 AUFTRAG DER SOZIALEN ARBEIT

Als erstes stellt sich die Frage, ob die Soziale Arbeit überhaupt einen Auftrag hat, traumatisierte UMA bei der Traumaverarbeitung zu unterstützen. Guter Ausgangspunkt zur Beantwortung dieser Frage ist der Berufskodex der Sozialen Arbeit Schweiz (AvenirSocial 2010). Als berufliche Leitidee und Menschenbild der Sozialen Arbeit wird das Anrecht jedes Menschen "auf die Befriedigung existentieller Bedürfnisse sowie auf Integrität und Integration in ein soziales Umfeld" beschrieben. (AvenirSocial 2010: 6). In Kapitel 6 habe ich veranschaulicht, dass Integration ohne Traumaverarbeitung nicht oder nur erheblich erschwert möglich ist. Die Integrität, die psychische und physische Unversehrtheit, ist bei traumatisierten Menschen verletzt. Traumata haben natürlich auch auf die existentiellen Bedürfnisse Einfluss, bspw. auf den Schlaf, den Selbstwert, auf zwischenmenschliche Beziehungen etc.

Des Weiteren hat die Soziale Arbeit Lösungen für soziale Probleme zu entwickeln und muss soziale Notlagen verhindern. Auch wird erwähnt, dass die Professionellen der Sozialen Arbeit die betroffenen Menschen begleiten, unterstützen und stabilisieren (vgl. ebd.). All diese Punkte können direkt auf UMA bezogen werden. Traumatisierte UMA sind eine vulnerable, abhängige Gruppe, die in einer sozialen (und auch psychischen) Notlage sind. Die Definition der Sozialen Arbeit nach AvenirSocial (2010: 8) lautet: "Die Profession Soziale Arbeit fördert [...] die Ermächtigung und Befreiung von Menschen mit dem Ziel, das Wohlbefinden der einzelnen Menschen anzuheben." Auch diese Definition kann in direktem Bezug zu den UMA gesehen werden. Durch die Traumaverarbeitung sind sie in der Lage, ihr Leben selbst zu gestalten und werden nicht von der traumatisierenden Vergangenheit bestimmt.

Da die Soziale Arbeit mit traumatisierten UMA konfrontiert ist, kommt sie nicht umhin, sich mit diesem Thema auseinanderzusetzen. Traumatisierungen sind im Kern ein psychologisches Problem, das auch mit Hilfe von Psychologinnen/Psychologen und Therapeutinnen/Therapeuten bearbeitet werden muss. Die Soziale Arbeit sollte aber das Bewusstsein haben, um die Problematik zu erkennen und bei der nachfolgenden Eingliederung in das gesell-

schaftliche Leben effektiv helfen zu können. Deshalb steht am Anfang das notwendige Problembewusstsein, das nur durch Fachwissen geschaffen werden kann. Da Fachwissen sehr wichtig ist, ist das folgende Unterkapitel diesem Thema gewidmet.

7.2 FACHWISSEN

Damit Traumata erkannt und weitere Verletzungen bzw. (Re-)Traumatisierungen durch die Arbeit zwischen den Professionellen und den Kindern und Jugendlichen vermieden werden können, ist das Wissen zu Traumafolgestörungen und dem pädagogischen Bedarf der Betroffenen eine wichtige Voraussetzung. Die Pädagogen und Pädagoginnen müssen eigene, verletzende Handlungsimpulse erkennen und regulieren können, so dass sie pädagogisch adäquat handeln (vgl. Schmid 2013: 57f.). Auch Loch/Schulze (2016: 59) bestätigen, dass Fachwissen über Traumatisierungen und deren Auswirkungen eine unabdingbare Voraussetzung für die Zusammenarbeit mit traumatisierten Menschen ist. Sie fordern von den Pädagoginnen/Pädagogen auch die Fähigkeit, dieses Fachwissen auf den spezifischen Fall anwenden zu können. Soziale Arbeit kann zwar nicht unmittelbar helfen, die traumatischen Erfahrungen zu verarbeiten, sie kann jedoch für traumatisierte Kinder und Jugendliche eine sichere Umgebung mit klaren Grenzen und positiven Bindungserfahrungen schaffen. So kann ein sozialer Rahmen für die erfolgreiche Behandlung von Traumafolgestörungen entstehen (vgl. Garbe 2015: 40). Die Pädagogen/Pädagoginnen müssen dazu Kenntnisse haben, wie sie konkret eine sichere Umgebung herstellen können und wie positive Bindungserfahrungen aussehen sollen. Für die pädagogische Arbeit ist es bspw. enorm wichtig, dass Beschämung jeglicher Art und das Auslösen von Schuldgefühlen vermieden werden, da diese ausgelösten Gefühle leicht triggerbare emotionale Fragmente sind (vgl. Scherwath/Friedrich 2014: 41). Auch um das Risiko einer Retraumatisierung zu vermindern, müssen sie Vorgehensweisen kennen, falls bspw. ein/eine UMA in einen dissoziativen Zustand abdriftet.

Weiter braucht es Fachwissen, damit Pädagogen/Pädagoginnen nicht meinen, dass die UMA sich verweigern, nicht kooperieren oder mitmachen wollen (vgl. Scherwath/Friedrich 2014: 61). Bei der Arbeit mit traumatisierten Menschen soll nach dem Prinzip "erst verstehen und dann handeln" gearbeitet werden. Bevor also eine Intervention geplant und durchgeführt werden kann, muss der Pädagoge oder die Pädagogin enträtseln und einordnen (vgl. ebd.: 61f.). Das Verhalten der Klientinnen und Klienten soll ergründet werden, damit an den Wurzeln gearbeitet werden kann und nicht nur an den Symptomen (vgl. ebd.: 63). Abschliessend kann gesagt werden, dass Fachwissen hilft erstens Traumatisierungen als solche überhaupt zu erkennen und zweitens Handlungsanleitungen für den Umgang mit traumatisierten UMA beziehungsweise für die Interventionen sowie die Delegierung an andere Berufsgruppen einzuleiten.

7.3 GRUNDHALTUNG

Wie in Kapitel 7.2 erklärt, gibt es in der Arbeit mit traumatisierten Menschen das Prinzip "zuerst verstehen - dann handeln". Dieses Prinzip hat nicht nur mit Wissen, sondern auch mit einer grundlegenden Haltung zu tun, wie mit traumatisierten Menschen gearbeitet wird. Scherwath/Friedrich (2014: 64) gehen in diesem Zusammenhang auch vom Denkmodell des "Konzept des guten Grundes" aus. Dieses meint, dass jedes menschliche Verhalten einen Sinn ergibt und normalerweise nicht destruktiv motiviert ist. Mit dieser verstehensorientierten Grundannahme haben die Professionellen Sozialer Arbeit einen ganz anderen Zugang, als wenn sie einen verhaltensorientierten Zugang wählen (vgl. ebd.: 64f.). Beckrath-Wilking et al. (2013: 290) sehen das Verhalten von Kindern und Jugendlichen auch immer vor dem Hintergrund ihrer Vorgeschichte und bewerten es als Überlebensstrategie. Auch bei ihnen kann das "Konzept des guten Grundes" erkannt werden. Eine positive und wertschätzende Grundhaltung gegenüber der Kinder ist das Fundament der pädagogischen Arbeit (vgl. ebd.).

Ergänzend dazu legt die Arbeitsgruppe Traumapädagogische Standards in stationären Einrichtungen der Jugendhilfe (2013: 86) den Schwerpunkt in der Traumapädagogik auf die Ressourcen und Resilienz der Kinder und Jugendlichen. Auch bei ihnen ist die wertschätzende und verstehende Haltung die Basis. Unter Wertschätzung verstehen sie, dass den betroffenen Kindern vermittelt wird "es ist gut so, wie du bist!". Dies soll den Kindern und Jugendlichen ermöglichen ein positives Selbstbild, ihr Selbstwert und Selbstbewusstsein aufzubauen (vgl. ebd.: 87). Auch Transparenz ist eine Grundhaltung, die in der Arbeit mit traumatisierten Menschen unbedingt beachtet werden muss. Da traumatisierte Kinder und Jugendliche Macht und Hierarchie oft als etwas Missbräuchliches erlebt haben, brauchen sie Klarheit. Die Transparenz und Klarheit bezieht sich auf Strukturen und Hierarchien, aber auch darauf, dass das Kind immer fragen darf und die Pädagogin/der Pädagoge erklärt was, wann und weshalb etwas passiert (vgl. ebd.: 89).

Als letzte Grundhaltung kann die Freude genannt werden. Sie ist das Gegenstück von all den negativen Emotionen, wie Ekel, Scham, Trauer, Angst und Ohnmacht, welche traumatisierte Kinder und Jugendliche erlebt haben und teilweise immer noch empfinden. Die schönen und freudigen Seiten des Lebens sollen hervorgehoben werden, um so auch die Belastungen und Resilienz in ein Gleichgewicht zu bringen. Dies beinhaltet auch, dass vorhandene Ressourcen gestärkt und neue Ressourcen entdeckt werden (vgl. ebd.).

7.4 BEZIEHUNG SOZIALE ARBEIT - UMA

In diesem Kapitel wird ein fundamentaler Aspekt im Umgang mit UMA, nämlich die Beziehungsgestaltung zwischen ihnen und den Pädagogen/Pädagoginnen, näher untersucht.

Grundsätze für die Ausgestaltung dieser Beziehung ergeben sich direkt aus der in Kapitel 7.3 abgehandelten Grundhaltung in der Arbeit mit traumatisierten Menschen.

Eine vertrauensvolle und tragfähige Beziehung ist Grundlage, um überhaupt mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen zusammenarbeiten zu können. Sie ist sogar einer der wichtigsten Wirkfaktoren. Gerade bei Kindern und Jugendlichen, die durch Menschen Gewalt erlebt haben und traumatisiert wurden, was auf viele UMA zutrifft, ist es wichtig, dass sie lernen, Vertrauen in andere Menschen zu fassen. So werden neue neuronale Verknüpfungen geschaffen, welche diese neuen Beziehungsmuster verfestigen (vgl. Zito 2010: 132 und Loch 2016: 152). Auch Beckrath-Wilking et al. (2013: 129) beschreiben die Beziehung als tragendes Fundament in der Arbeit mit traumatisierten Menschen und betonen insbesondere die Bedeutung von Emotionen. In der Beziehung zwischen den Fachpersonen und den UMA muss es Raum geben für die unterschiedlichsten Emotionen, wie bspw. Wut, Trauer, Hass, Frustration aber auch Freude.

Eine Erfahrung, welche alle traumatisierten Menschen verbindet, sind die Gefühle von Ohnmacht und Isolation. Aber in sozialer Isolation kann keine Genesung stattfinden. Damit ein Trauma überwunden werden kann, muss eine Stärkung der Persönlichkeit und die Herstellung gesunder und stabiler sozialer Kontakte stattfinden (vgl. Herman 2014: 183). Die Fähigkeiten zu vertrauen, autonom zu handeln, die Initiative zu ergreifen, eine eigene Identität zu entwickeln und enge Beziehungen wieder einzugehen, muss neu erlernt werden (vgl. ebd.). Dies kann über die Beziehung zwischen UMA und Professionellen geschehen und eingeübt werden. Als erstes geht es in der Beziehungsarbeit darum, die Persönlichkeit der UMA zu stärken und zu festigen. Sie sollen sich eigenverantwortlich für ihre Genesung einsetzen. Entscheidungen sollen den UMA nicht abgenommen werden, sie sollen selbst Verantwortung übernehmen und so Kontrolle zurück erhalten (vgl. ebd.).

Die Pädagogen/Pädagoginnen müssen den UMA Vertrauen geben können. Das bedeutet, dass sie die UMA mit all ihren Erfahrungen und deren Herkunftskultur respektieren (vgl. Marko 2013: 104). Die Beziehungsarbeit schliesst auch mit ein, dass die Professionellen Sozialer Arbeit parteilich, offen, ehrlich und authentisch ist. Gerade für UMA stellen die Pädagoginnen/Pädagogen die primären Bezugspersonen dar. Sie sind Identifikationsfigur, erfüllen eine Vorbild- und Orientierungsfunktion und sind Familienersatz (vgl. ebd.). Eine Bedingung, damit eine stabile und tragfähige Beziehung zwischen UMA und Pädagoginnen/Pädagogen entstehen kann, ist, dass die Professionellen selbst gesund sein müssen.

Ein weiterer wichtiger Punkt in der Beziehungsarbeit zu traumatisierten UMA ist die Ganzheitlichkeit. Menschen haben körperliche, emotionale und kognitive Bedürfnisse, welche erkannt und beantwortet werden müssen. Ganzheitlichkeit meint auch den Einbezug der Res-

sources und Fähigkeiten, welche die UMA mitbringen (vgl. ebd.: 104f.). Beckrath-Wilking et al. (2013: 129) beschreiben, wie wichtig es ist, dass das Kontrollbedürfnis und Misstrauen als selbstschützende Ressource gewürdigt wird. Selbstverständlich müssen bekannte Trigger und Stress vermieden werden. Durch eine gute, sichere Beziehung sollen die traumatisierten UMA alte und destruktive Beziehungsmuster hinter sich lassen (vgl. ebd.). Zu der Beziehung zwischen UMA und Professionellen gehört es auch, dass die bisherigen Bewältigungsstrategien (auch wenn diese destruktiv sind) und die Symptome als Selbstheilungsversuche gewürdigt sowie die Annahme von Hilfe und die Abgrenzung ermutigt werden (vgl. ebd.: 130).

Die Beziehung zwischen UMA und Sozialer Arbeit spielt eine wichtige und grundlegende Rolle in der Traumaverarbeitung. Der Fokus wechselt nun von der Beziehung und Grundhaltung der Pädagoginnen und Pädagogen auf die konkrete Arbeit mit traumatisierten UMA.

7.5 TRAUMAPÄDAGOGIK

Eine Fachdisziplin der Sozialen Arbeit, um mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen zu arbeiten, ist die Traumapädagogik. Diese soll im folgenden Kapitel erläutert werden.

Die Traumapädagogik bietet Standards und Methoden für den Umgang mit traumatisierten Kinder und Jugendlichen. Traumapädagogik ist die Anwendung von der Psychotraumatologie in der sozialpädagogischen Begleitung von traumatisierten Kindern und Jugendlichen. Durch das breite Wissen über Traumata und deren Folgestörungen entsteht ein neues Verständnis für das Verhalten und die Bedürfnisse von den betroffenen Kindern und Jugendlichen (vgl. Schmid 2013: 56). Gleichzeitig sind auch das Erleben der Pädagoginnen/ Pädagogen, die Stärkung ihrer Selbstwirksamkeit und die Anpassung der strukturellen Bedingungen der Organisation im Fokus der Traumapädagogik. Die positiven Interaktionen mit den Pädagoginnen/Pädagogen und das Entstehen von gesunden Beziehungen schaffen die Möglichkeit, Ressourcen und Potenziale der Kinder und Jugendlichen aufzudecken und weiterzuentwickeln (vgl. ebd.). Den betroffenen Kindern und Jugendlichen soll Geborgenheit und Sicherheit vermittelt werden. Diese zwei Punkte stehen konträr zu der traumatisierenden Vergangenheit. Schmid (2013: 57) macht eine Gegenüberstellung von traumatisierendem und traumapädagogischem Milieu, welche aufzeigt, was wichtig ist in der Arbeit mit traumatisierten UMA:

Traumatisierendes Umfeld	Förderliches traumapädagogisches Milieu
<ul style="list-style-type: none"> • Unberechenbarkeit • Einsamkeit/Isolation • Nicht gesehen, nicht beachtet, nicht gehört werden 	<ul style="list-style-type: none"> • Transparenz/Berechenbarkeit • Beziehungsangebote • Beachtet werden/wichtig sein • Wertschätzung (auch der individuellen

<ul style="list-style-type: none"> • Geringschätzung • Bedürfnisse missachtet • Ausgeliefert sein - andere bestimmen absolut über mich • Abwertung und Bestrafung • Keine adäquate Förderung - häufige Überforderungs- oder Unterforderungssituationen • Leid 	<p>Besonderheit)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bedürfnisorientierung • Mitbestimmen können - Partizipation an Entscheidungen • Ermutigung und Lob • Individuelle, dem Entwicklungsstand entsprechende Förderung • Freude
---	--

Abb. 2: Gegenüberstellung von traumatisierendem und traumapädagogischem Milieu (in: Schmid 2013: 57)

Traumapädagogik wird auch als Pädagogik des "sicheren Ortes" beschrieben. Sie fördert die Selbstheilungskräfte und stabilisiert Entwicklungspotenziale (vgl. Beckrath-Wilking et al. 2013: 285). Die Interaktion zwischen den Pädagoginnen/Pädagogen und den Kindern/ Jugendlichen steht im Zentrum der Traumapädagogik mit dem Ziel positive Bindungsangebote in einer sicheren Umgebung zu bieten (vgl. ebd.). Die Kinder können so Vertrauen fassen, ihre Selbstwirksamkeit und Selbstwert wird gefördert, Aggressionen können abgebaut werden und damit wird das Entwicklungspotenzial gesteigert. Präventive Massnahmen zur Verhinderung zwischenmenschlicher oder institutioneller Gewalt gehören ebenfalls in die Traumapädagogik (vgl. ebd.). In der Arbeit mit UMA können sich Professionelle Sozialer Arbeit an der Traumapädagogik orientieren. Zusätzlich sollte das spezifische Wissen zu UMA, deren Vergangenheit, die aktuellen Lebensbedingungen und Perspektiven beigezogen werden.

7.6 DIAGNOSTIK

Es stellt sich nun natürlich die Frage, wie die Soziale Arbeit überhaupt erkennt, dass UMA traumatisiert sind. Als erster wichtiger Punkt kann hier sicherlich nochmal das Fachwissen genannt werden. Wichtig für das Erkennen von Traumata ist eine traumasensible Perspektive (vgl. Scherwath/Friedrich 2014: 43). Um aber konkret herauszufinden, ob Kinder oder Jugendliche bspw. an PTBS leiden, wurden verschiedene Diagnostik-Instrumente zur Trauma-Exploration entworfen. Wichtig für eine erste Einschätzung sind Fragebögen, in welchen sowohl die Kinder als auch die Pädagogen/Pädagoginnen zu PTBS Symptomen befragt werden. Im Anhang finden sich zwei solcher Fragebögen (siehe Anhang IV, S. 60, Trauma-Exploration bei Kindern von Huber 2009: 127-129 und Anhang V, S. 62, Fremdbeurteilungs-Fragebogen für dissoziative Störungen bei Kindern und Jugendlichen von Huber 2009: 228f.). Die genaue Diagnostik, welche die gesamte psychische Situation der UMA erfasst, ist Teil psychotherapeutischen Handelns nicht der Sozialen Arbeit (vgl. Garbe 2015: 182). Ihre Aufgabe besteht vielmehr darin die Diagnostik zu begleiten (vgl. Beckrath-Wilking et al. 2013: 75). Die Soziale Arbeit kann bspw. einen Fragebogen gemeinsam mit einem Kind oder

Jugendlichen ausfüllen, da diese oft überfordert sind und/oder getriggert werden (vgl. ebd.: 78). Wichtig ist, dass die Soziale Arbeit über ein umfassendes Wissen zu Traumafolgestörungen verfügt und einen Überblick über die diagnostischen Möglichkeiten hat (vgl. ebd.: 75). Nebst Fragebögen können Pädagoginnen/Pädagogen aber auch biographische Erkundungen (Anamnesen) mit den Kindern und Jugendlichen durchführen (siehe Kapitel 7.7.4). Dabei sollen Prozesse mit hohem Traumatisierungspotenzial erkannt werden (vgl. Scherwath/Friedrich 2014: 44). Durch diese biographischen Erkundungen sollen Pädagoginnen/ Pädagogen "Beobachtungen, biographische Informationen und Selbstdeutungen der KlientInnen so zusammenbringen, dass eine hypothetische Grundlage für sozialpädagogische Handlungsplanung und Intervention zur Verfügung steht." (Scherwath/Friedrich 2014: 44).

7.7 INTERVENTIONEN

Dieses Kapitel hat nicht den Anspruch einen vollständigen Überblick über mögliche Interventionen zu vermitteln, sondern will einen Ausschnitt an geeigneten Interventionsmöglichkeiten für die Arbeit mit UMA aufzeigen. Als erstes werden die Grundsätze erläutert, welche die Basis für alle Interventionen in der traumapädagogischen Arbeit mit UMA sind. Danach wird das traumatherapeutische Phasenmodell erklärt, welches dabei helfen soll, adäquate Interventionen einzuleiten und auch aufzeigt, welche Phasen man in der Arbeit mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen durchläuft. Auf der Basis dieses Wissens werden dann einige konkrete Interventionen vorgestellt, bevor abschliessend die Grenzen in der Arbeit mit traumatisierten UMA aufgezeigt und ein Fazit gezogen wird.

7.7.1 Grundsätze bei den Interventionen

Hier werden drei Grundsätze vorgestellt, die Interventionen charakterisieren sollen. Wie schon in Kapitel 7.4 erläutert, ist es von zentraler Bedeutung, dass traumatisierte UMA nach ihren Erfahrungen im *Wiedererlangen von Kontrolle* unterstützt werden. Es ist wichtig, dass Hilflosigkeitserfahrungen vermieden werden (vgl. Hantke/Görges 2012: 143). Durch Transparenz ist Kontrolle auch dort möglich, wo es schwierig ist, Hilflosigkeit zu vermeiden. Ein wichtiges Thema, das zum Wiedererlangen von Kontrolle gehört, ist die Selbstbemächtigung und Selbstwirksamkeit. "Selbstbemächtigung bedeutet die Befreiung von Abhängigkeit und Ohnmacht. Menschen, die sich ihrer selbst bemächtigen, werden zu aktiv handelnden Akteuren, die sich ein Mehr an Selbstbestimmung, Autonomie und Lebensenergie erstreiten." (Weiss 2013: 167) Mit der Selbstwirksamkeit ist gemeint, dass ein Mensch daran glaubt, dass seine Handlungen aufgrund seiner eigenen Kompetenzen erfolgreich sind. Die Person glaubt daran, selbst etwas bewirken und auf Geschehnisse Einfluss nehmen zu können (vgl. Müller o.J.: 2f.). Durch Selbstbemächtigung kann die Soziale Arbeit traumatisierte UMA dabei unterstützen, ihre Gefühle und Empfindungen wieder wahrnehmen zu lernen und so ihr Gefühl

für sich selbst wiederzufinden (vgl. ebd.: 168). Zur Unterstützung der Selbstbemächtigung gehören die Förderung des Selbstverstehens, der Körperwahrnehmung und der Selbstregulation, die Unterstützung der Selbstakzeptanz und die Sensibilisierung für Körperempfindungen und Gefühle (vgl. ebd.: 169). Konkret können das Tagesreflexionen, Einzelförderstunden, Beruhigungsübungen etc. sein (vgl. ebd.: 180). Wenn die UMA sich selbst als kompetent wahrnehmen, wenn sie also bspw. ihre Emotionen regulieren können, erleben sie sich als selbstwirksam.

Ein weiterer wichtiger Grundsatz ist die *Partizipation*. Partizipation meint die Beteiligung, die Teilnahme und -habe, die Mitwirkung und Mitbestimmung (vgl. Kühn 2013: 138). In der Pädagogik ist damit gemeint, dass die UMA bei allen Entscheidungen, die das Zusammenleben betreffen, eingebunden werden, bspw. können Hausregeln gemeinsam ausgehandelt werden. Damit ist nicht eine "Ent-Machtung" der Pädagoginnen und Pädagogen, sondern die "Be-Achtung" der Interessen von den UMA gemeint (vgl. ebd.: 139f.). Gerade den traumatisierten UMA wurde der Zugang zu Partizipation verwehrt. Sie erlebten Fremdbestimmung und -einwirkung in einer extremen Form, denn sie wurden in ihrer Existenz bedroht. Durch einen vertrauensvollen Dialog soll wieder Partizipation zu Stande kommen (vgl. ebd.: 142f.).

Der abschliessende Grundsatz, der bei den Interventionen beachtet werden soll, ist die *Ressourcenorientierung*. Traumatisierte UMA bringen viele Ressourcen mit sich, denn sie haben überlebt und dazu viel Energie und Kraft aufwenden müssen (vgl. Hantke/Görges 2012: 153f.). Diese Ressourcen sind oftmals verdeckt und müssen zuerst wieder entdeckt werden. Professionelle Sozialer Arbeit sind aufgefordert, sich auf die Suche danach zu machen (vgl. ebd.). Marko (2013: 106) beschreibt die Ressourcenarbeit wie folgt: "Ressourcenarbeit bedeutet eine Reaktivierung der in der Vergangenheit entwickelten Kompetenzen, das Bewusstwerden der eigenen Stärken und das Verfügbarmachen der eigenen Lösungsmöglichkeiten." Es sollen also positive Anknüpfungspunkte in der Vergangenheit gesucht werden, die die negativen, traumatischen Erinnerungen begrenzen.

7.7.2 Traumatherapeutisches Phasenmodell

Um adäquate Interventionen einzuleiten, muss die Pädagogin/der Pädagoge wissen, wo die UMA in ihrer Traumaverarbeitung bzw. Genesung stehen. In der Traumatherapie gibt es ein Phasenmodell, welches die Traumaverarbeitung in unterschiedliche Phasen einteilt und so das Vorgehen strukturiert. Dieses Modell soll hier kurz erklärt werden. Grundsätzlich kann die Genesung in drei Phasen eingeteilt werden: Die Stabilisierung und Affektregulation, die Traumasyntese/Traumaexposition und die Integration und Neuorientierung. Diese Phasen sind nicht zwingend aufeinander folgend, sie können sich auch abwechseln und gegenseitig beeinflussen (vgl. Beckrath-Wilking et al. 2013: 107).

Bei der *Stabilisierungsphase* stehen die Kontrolle über sich selbst und seine emotionalen Reaktionen im Vordergrund. Die traumatisierten Menschen sollen lernen, wie sie sich selbst regulieren und beruhigen können (vgl. ebd.). Grundlage dieser Phase ist eine stabile Beziehung zwischen den UMA und den Pädagogen/Pädagoginnen sowie der psychologischen Fachperson (bspw. Therapeutin/Therapeut). In dieser Phase ist des Weiteren die Psychoedukation von hoher Bedeutung (siehe Kapitel 7.7.3) (vgl. ebd.: 107f.). In diese Phase gehören weiter die Klärung der äusseren Sicherheit, das beinhaltet die körperliche und soziale Stabilisierung und die Förderung der inneren Sicherheit mit psychischer Stabilisierung und Affektregulation (vgl. ebd.: 108). Denn ohne ein gewisses Mass an Sicherheit, können keine weiteren Traumata-Verarbeitungsaufgaben in Angriff genommen werden. Diese Phase kann von ein paar Tagen bis hin zu Jahren andauern (vgl. Herman 2014: 221). Ziele dieser Phase sind die Stärkung der Persönlichkeit (Selbstvertrauen, Selbstwirksamkeit etc.), Affekt- und Impulskontrolle, Selbstfürsorge und Selbsttröstung, Dissoziationsabbau und Verminderung von selbstschädigenden Verhaltensweisen sowie die Kontrolle über Flashbacks (vgl. Beckrath-Wilking et al. 2013: 108). Auch die Ressourcen der traumatisierten UMA sollen in dieser Phase gestärkt werden, bspw. durch den Ausbau förderlicher sozialer Netzwerke und von schönen, positiven Aktivitäten (vgl. Zito 2010: 133). V.a. in dieser Phase kann die Soziale Arbeit vieles übernehmen. Es gibt viele stabilisierende Übungen, die traumatisierte UMA in dieser Phase machen und welche von der Sozialen Arbeit angeleitet werden können. Deswegen werden sich die später beschriebenen Übungen auf diese Phase beziehen.

Grundvoraussetzung, um in die Phase der *Traumasyntese/Traumaexposition* überzugehen, ist, dass die UMA Stabilisierungsmöglichkeiten kennen und erfolgreich anwenden können, damit sie sich von überflutenden Erinnerungsfragmenten schützen und distanzieren können (vgl. Beckrath-Wilking et al. 2013: 109). Die Traumabearbeitung erfolgt mit einer Therapeutin/einem Therapeuten in Einzelsitzungen. Zito (2010: 134) beschreibt diese Phase wie folgt: "Bei der Traumabearbeitung wird die traumatische Situation kontrolliert wieder durchlebt und die isoliert voneinander gespeicherten Elemente (Erinnerungsbilder, Gefühle, Körperempfindungen und Gedanken) sollen zusammengefügt werden. Dadurch können die traumatischen Erfahrungen weiter verarbeitet werden und als Vergangenheit gespeichert werden." Bei der Traumakonfrontation übernimmt die Soziale Arbeit weiterhin Stabilisierungsaufgaben, die nach bzw. vor den Sitzungen mit Therapeutinnen/Therapeuten wichtig sind. Die Traumabearbeitung selbst liegt nicht in den Kompetenzen der Sozialen Arbeit. Es besteht sonst die Gefahr von Retraumatisierungen der UMA, die sie in ihrer Traumabearbeitung wieder zurückwerfen können.

Bei der *Integration und Neuorientierung* sollen die traumatischen Erlebnisse einen Platz im Leben finden. Die Erlebnisse können nicht vergessen werden, die UMA können aber das

Trauma so weit verarbeiten, dass es nicht mehr ihr gesamtes Leben überschattet (vgl. Zito 2013: 134). Das Trauma soll sich nicht auf ihre gesamte Existenz beziehen, sondern als ein "örtlich und zeitlich begrenzte[r] schreckliche[r] Vorfall in der Vergangenheit" eingeordnet werden. (Zito 2013: 134) Das traumatische Geschehen wird damit zu einem Teil der eigenen Geschichte. Es ist ein sehr schwieriger Prozess, denn das tatsächliche Geschehen muss mit dem, was eine Person sich gewünscht hätte, nebeneinander existieren können (vgl. Beckrath-Wilking et al. 2013: 109f.). Meist führt die Traumaintegration zu einer Neuorientierung. Persönliche Pläne und Ziele können sich verändern, es entsteht ein neues Weltverständnis und ein inneres, sehr positiv bewertetes Wachstum. Diese Phase ist abgeschlossen, wenn sich die UMA stark und kompetent darin fühlen, angemessene Entscheidungen für das eigene Leben zu fällen (vgl. ebd.: 110). Auch diese Phase der Traumabearbeitung gehört in die Hände von Fachpersonen wie Therapeutinnen/Therapeuten, Psychologinnen/Psychologen etc. Die Soziale Arbeit hat eine unterstützende, flankierende Rolle und kann weiterhin stabilisierende Aufgaben übernehmen.

In den letzten beiden Unterkapitel wurden die wichtigsten theoretischen Grundlagen für die Interventionen angeschaut. In den nachfolgenden Kapitel kommt eine andere Ebene in den Fokus, die Praxis. Es wird angeschaut, wie die Soziale Arbeit konkret mit UMA arbeiten kann, was Handlungsmöglichkeiten sind und wie diese gestaltet werden können.

7.7.3 Psychoedukation

Psychoedukation meint eine gute Aufklärung der Betroffenen über die Hintergründe ihrer Symptome, damit sie diese besser einordnen können (vgl. Scherwath/Friedrich 2014: 121). In Kapitel 7.2 wurde die Haltung des "zuerst verstehen - dann handeln" beschrieben. Durch Psychoedukation erhalten die betroffenen UMA Zugang zu diesem Verstehen, was zu einem besseren Selbstverständnis führt (vgl. ebd.). Es wird Fachwissen vermittelt, was gleichzeitig auch einen rationalen Zugang zu einem sehr emotionalen Thema schafft. Dadurch kommt es zu einer kognitiven Neubewertung der eigenen Verhaltensweisen. Wenn UMA ihre Verhaltensweisen einordnen können, erkennen sie, dass sie nicht verrückt oder hoffnungslose Fälle sind (vgl. ebd.). Die UMA fühlen sich ernst genommen und sie erkennen, dass für sie Aussicht auf Besserung bzw. Bewältigung der Symptome besteht (vgl. Krüger 2015: 28). Psychoedukation bedeutet für traumatisierte UMA eine grosse Entlastung und führt zu einem versöhnlicheren Umgang mit sich selbst (vgl. Heller 2012: 222).

Psychoedukation richtet sich auf *Selbstakzeptanz* (negativen Selbstbildern, Scham- und Schuldgefühlen entgegenwirken), *Distanzschaffung* (neue Bewertung und Einordnung vom Verhalten und Erleben) und *Selbstbemächtigung* (verstehen, was in einem abläuft, dass es normal ist, lernen was man braucht oder machen kann) (vgl. Scherwath/Friedrich 2014: 121).

Ein wichtiger Punkt dabei ist das Normalisieren: Die Verhaltensweisen nach Traumata sind völlig normal. Es sind normale Reaktionen auf ein unnormales Ereignis (vgl. ebd.: 123). Ein weiterer Ansatzpunkt ist die Enttabuisierung. Das Udenkbare, das Unausprechliche wird angesprochen, es wird beim Namen genannt. Den UMA soll vermittelt werden, dass sie darüber sprechen dürfen. Die UMA werden in dem Zusammenhang auch darüber aufgeklärt, dass viele Menschen von Traumata und den Folgen betroffen sind und dass Kindeswohlgefährdung und Gewalt ein gesellschaftliches Problem sind. Das Ziel ist dabei u.a., dass die UMA von Schuld- und Schamgefühlen entlastet werden (vgl. ebd.: 124).

Die UMA sollen ihrem Alter angepasst über Trauma und dessen Folgen durch die Soziale Arbeit aufgeklärt und bei dem Prozess kognitiver Umdeutung unterstützt werden. Hier muss mit der Therapeutin/dem Therapeuten abgesprochen werden, was sie/er schon gesagt hat. Da aber die Sozialpädagogin/der Sozialpädagoge im Alltag mit den UMA unterwegs ist, kann sie/er direkt auf Fragen oder Unklarheiten reagieren. Sie/er kann das Verhalten der UMA deuten und es ihnen, während es geschieht, erklären. Auch der Pädagogin/dem Pädagogen selbst hilft es, wenn sie/er das Verhalten der UMA einordnen kann.

7.7.4 Traumasensible Biografiearbeit

Die traumasensible Biografiearbeit ist eine sozialpädagogische, psychoedukative Methode, die Menschen unterstützen soll, ihre eigene Geschichte zu entdecken, den Sinn des eigenen Lebensweges zu erkennen und daraus Kraft und Mut zu schöpfen (vgl. Scherwath/Friedrich 2014: 125). Durch die Fragmentierungen und Dissoziationen erscheint die eigene Geschichte oft inkohärent. Es geht aber nicht darum eine objektiv logische Aneinanderreihung der tatsächlichen Ereignisse zu erstellen. Vielmehr wird davon ausgegangen, dass kein Mensch eine sachliche Beschreibung der Vergangenheit vornehmen kann. Es ist immer eine "Kreation des individuellen Erlebens und Verarbeitens von Ereignissen." (Scherwath/Friedrich 2014: 126) Traumatisierte UMA sollen ihre eigene Lebensgeschichte (zurück)erobern, das subjektive Erleben ausdrücken, sich mit dem Vergangenen auseinandersetzen und sich der eigenen Ressourcen und Bewältigungsstrategien bewusst werden (vgl. Schewarth/Friedrich 2014: 126). Alleine das subjektive Beschreiben der eigenen Lebensgeschichte (ohne therapeutische Zielrichtung) hat einen grossen, heilsamen Effekt. Die Pädagoginnen/Pädagogen können diesen Prozess traumasensibel begleiten. Das bedeutet hier, v.a. sich möglicher Trigger bewusst zu sein (vgl. ebd.: 126f.). Voraussetzung für die traumasensible Biografiearbeit sind äussere Sicherheit, Bindungsstabilität zu der prozessbegleitenden Pädagogin/dem Pädagogen und die Fähigkeit der UMA, Stress bei intrusivem Erleben oder Übererregungszuständen regulieren zu können (vgl. ebd.: 127). Wichtig bei dieser Methode ist, dass die UMA aus dem "Hier und Jetzt" und "von aussen" auf die Lebensgeschichte zurückschauen.

Sie sollen nicht aufgefordert werden, sich in die Situation zurückzusetzen oder sich an sensitive Reize wie Gerüche oder Farben zu erinnern. Diese assoziierten Zugänge haben eine viel zu hohe Triggerbarkeit und sind deswegen kontraindiziert (vgl. ebd.). Die traumatisierten UMA sollen die Regie über den Erzählprozess und damit über ihr Leben behalten. Aufgabe der Sozialen Arbeit ist es zuzuhören, zu verstehen und anzunehmen (vgl. ebd.). Sie kann über anregende Fragen und Ideen versuchen den Prozess in eine ressourcenorientierte Richtung zu lenken. Dies geschieht, wenn sie den UMA die Möglichkeit gibt, Momente von Selbstwirksamkeit, Bewältigungsstrategien und Ressourcen zu entdecken (vgl. ebd. 127f.).

7.7.5 Konkrete Übungen

Es folgt nun die Beschreibung ein paar konkreter Übungen, welche die Soziale Arbeit mit traumatisierten UMA durchführen kann. Wie das oben schon erwähnt wurde, beziehen sich diese auf die erste Phase der Traumaverarbeitung, die Stabilisierung und Affektregulation. Es gibt unzählige solche Übungen, ich beschränke mich auf diejenigen, welche ich bei der Arbeit mit traumatisierten UMA am ehesten in Betracht ziehen würde. Eine wichtige Tatsache, die es zu beachten gilt, wenn es um diese Übungen geht, ist die erschwerte Verständigung. Für solche Übungen müssen die UMA entweder die deutsche Sprache schon ziemlich gut beherrschen, die Pädagoginnen und Pädagogen müssen dieselbe Sprache sprechen wie die UMA oder es muss eine übersetzende Drittperson hinzugezogen werden. Diese Konstellation stellt die UMA und die Pädagoginnen und Pädagogen vor neue Herausforderungen. So braucht es zu diesem Zweck geschulte Dolmetscher und Dolmetscherinnen. Zudem dürfen diese keine Angehörige der UMA sein und müssen mit den UMA kompatibel sein (Geschlecht, Bildung, Alter, politische Loyalitäten, Herkunftsland etc.) (vgl. Zito 2010: 137).

Zur Stabilisierung gibt es unterschiedliche Methoden und Interventionen, u.a. werden oft imaginative Übungen mit traumatisierten Menschen gemacht. Beim Imaginieren werden die gleichen neuronalen Netzwerke aktiviert, wie bei einer realen Tätigkeit. Durch regelmässiges Imaginieren können neurobiologische Ressourcennetzwerke ausgebaut und gebahnt werden (vgl. Beckrath-Wilking et al. 2013: 181). Wenn man imaginative Übungen mit UMA machen möchte, muss die Pädagogin/der Pädagoge zuerst genau erklären, was das ist, was es bewirken kann und klären, ob der UMA/die UMA das überhaupt möchte. Die UMA sollen auch bei noch so kleinen Entscheidungen die Wahl haben (vgl. ebd.: 183). Um solche Übungen durchzuführen, braucht es Ruhe und ein gewisses Zeitfenster, pro Übung mindestens 15-30 Minuten. Die UMA müssen sich darauf einlassen können und nicht abgelenkt oder gestört werden. Die Übungen werden in der Regel sitzend durchgeführt. Wenn es jedoch für die Klientin/den Klienten entlastend ist, darf sie/er auch im Raum umhergehen. Wichtig ist, dass eine leichte Alltagsspannung vorhanden ist, damit die UMA nicht dissoziieren (vgl. Hantke/

Görges 2013: 329f.). Im folgenden werden einige Imaginationsübungen beschrieben aber auch andere Übungen und Techniken. Diese nachfolgenden Übungen können unterschiedliche Ziele verfolgen und so in Gruppen eingeteilt werden:

1. Ziel der (Affekt-)Kontrolle und Distanzierung von traumatischen Bildern

Um dieses Ziel zu erreichen, können die Professionellen Sozialer Arbeit bspw. die **Tresor-Übung** mit den UMA durchführen (vgl. Garbe 2015: 195). Dabei ermutigt die Pädagogin/der Pädagoge die UMA/den UMA all ihre/seine schlimmen Erinnerungen in einen Tresor zu legen. Anschliessend wird dieser Tresor gut verschlossen. Wenn weitere schlimme Erinnerungen kommen, kann der UMA/die UMA den Tresor aufschliessen und die neuen Erinnerungen dort ablegen. Das Kind oder der/die Jugendliche sucht einen sicheren Ort, wo der Tresor stehen soll (imaginativ, nicht wörtlich) (vgl. ebd.). Auf keinen Fall darf der UMA/die UMA diesen Tresor zerstören. Diese Erinnerungen sind zwar schrecklich aber auch wichtig. Zu gegebener Zeit und mit der richtigen Dosierung und Begleitung können dann diese Erinnerungen wieder hervorgeholt und verarbeitet werden. Zuerst ist aber wichtig, dass die Erinnerungen sicher verpackt sind und nicht selbständig aus dem Tresor rauskommen und die UMA überfluten. Je nach Alter der UMA kann man auch einen Tresor basteln und symbolhafte Erinnerungen darin ablegen. Dies wäre eher bei jüngeren UMA der Fall (vgl. ebd.). Beckrath-Wilking et al (2013: 184) ergänzen dazu, dass nur die UMA durch einen Schlüssel oder einen Zahlencode Zugang zum Tresor haben. Der Fantasie bleiben keine Grenzen gesetzt. Möchte bspw. eine Erinnerung immer wieder aus dem Tresor ausbrechen, können noch Gitter oder ein Wächter aufgestellt, der Tresor mit einer Rakete auf den Mond geschickt oder unter dem Meeresboden vergraben werden.

Eine weitere sinnvolle Distanzierungsübung ist die **Fernbedienung** (vgl. Scherwath/Friedrich 2014: 160f.). Dabei stellt sich der UMA/die UMA vor, dass er/sie den inneren Film, die Erinnerungen auf eine Leinwand oder einen Fernseher projiziert. Schon über diese Imagination ergibt sich eine Distanzierung. Gleichzeitig hält er/sie eine Fernbedienung in der Hand und mit dieser ist es möglich, Einfluss auf den Film zu nehmen. Er/sie kann den Film langsamer oder schneller laufen lassen, umschalten oder stoppen, den Ton lauter oder leiser einstellen etc. Auch hierfür kann eine Fernbedienung im materiellen Sinne zum Zuge kommen.

2. Ziel der Sicherheit, Selbstberuhigung, Selbstfürsorge

Als bekanntestes Beispiel für eine Imaginationsübung mit dem Ziel der Sicherheit kann der **sichere** oder auch **Wohlfühl-Ort** genannt werden. Der Wohlfühlort wird in der Fantasie eingerichtet und kann so mit etwas Übung schnell und leicht besucht werden. An diesem Ort sollen Anspannung und Unruhe reduziert werden und ein sicheres, geborgenes, wohliges

Gefühl soll sich einstellen (vgl. Hantke/Görges 2012: 329). Bei dieser Übung kann der UMA/die UMA sich einen realen oder erfundenen, schönen Ort vorstellen. Der UMA/die UMA erzählt, was es alles an diesem Ort hat, was er/sie hört, sieht, fühlt, schmeckt und riecht. Er/sie kann alles beschreiben und erfinden, was ihm/ihr gefällt (vgl. ebd.: 330f.). Den UMA kann auch etwas nachgeholfen werden, durch Nachfragen: Was siehst du? Welche Farben hat es dort? Ist es drinnen oder draussen? Ist es warm oder angenehm kühl? Welche Pflanzen oder Tiere hat es? etc. (vgl. ebd.). Wichtig ist, dass keine anderen Menschen an diesem Ort sind. Menschen können sich verändern, können böse werden, man kann mit ihnen streiten etc. und können so einen Wohlfühl-Ort zerstören. Tiere oder Fantasiegestalten sind dagegen erlaubt und können ein Gefühl von Sicherheit vermitteln. Weiter ist auch eine äussere Begrenzung des sicheren Ortes wichtig. So dass der UMA/die UMA ungestört bleibt und sich sicher fühlen kann. Bspw. kann ein Zaun oder Berge die Grenze nach aussen kennzeichnen. Diese Grenzen können bewacht werden von Gnomen, Pflanzen, Tieren etc. (vgl. ebd.: 332). Durch eine symbolhafte Handlung kann geübt werden, (immer) wieder an diesen Ort zu gelangen, bspw. durch leichtes Kneifen in das Ohrläppchen. Zum Schluss der Übung ist es wichtig, wieder zurück ins Hier und Jetzt zu kommen, bspw. durch Abschütteln der Vorstellung. Durch regelmässiges Imaginieren des Ortes kann man immer schneller an diesen Ort gelangen und so lernen, sich selbst zu beruhigen und ein Gefühl der Sicherheit herzustellen.

Ein weiteres Beispiel zu dem genannten Ziel ist der **Notfall-/Ressourcenkoffer**. Mit dem Notfallkoffer bereitet man sich auf einen psychischen Notfall vor. Dieser Koffer sollte für die traumatisierten UMA immer gut sichtbar, gepackt und bereit sein. Der Notfallkoffer sammelt Möglichkeiten der UMA, um für sich selbst zu sorgen. Ziel ist, dass die UMA weniger abhängig sind von Hilfe, die von aussen kommt und dass ihre Selbstwirksamkeit und Ressourcen gestärkt werden (vgl. Hantke/Görges 2012: 381). Bspw. kann der UMA/die UMA ein Aromaöl, eine CD, ein Igelball, Fotos, ein Stofftier, ein Coldpack, einen hilfreichen Text aber auch Imaginationsübungen in den Koffer legen. So kann der UMA/die UMA in einer Notsituation ihr Notfallkoffer öffnen und sich eine der verschiedenen Möglichkeiten zur Beruhigung auswählen. Der Inhalt des Koffers muss regelmässig überprüft und den aktuellen Gegebenheiten und Bedürfnissen angepasst werden (vgl. Scherwath/Friedrich 2014: 158).

3. Ziel der Verankerung in der Gegenwart

Der Gegenwartsbezug kann v.a. über Achtsamkeits- und Erdungsübungen gemacht werden. Bspw. können einfache **Atemübungen** durchgeführt werden. Da Emotionen unsere Atmung beeinflussen (Schluchzen beim Weinen, Luftanhalten vor Schreck, flache und schnelle Atmung bei Übererregung etc.), ist es hilfreich, wenn traumatisierte UMA wissen, wie sie Einfluss auf physiologische Stressmuster nehmen können (vgl. Scherwath/Friedrich 2014: 152).

Zu unterschiedlichen Atemübungen gibt es ganze Kataloge, hier soll nur eine beispielhaft genannt werden, die fast immer und überall durchgeführt werden kann und sofort wirksam ist: Ruhig atmen, die Hände aneinander reiben, die eine Hand dann auf den Bauch legen, die andere auf die Herzgegend. Dies beruhigt sofort und ist für fast alle Menschen sehr angenehm (vgl. Beckrath-Wilking et al. 2013: 203).

Allgemein helfen **Körperübungen** den Bezug zur Gegenwart herzustellen. Dies sind einfache Übungen wie Stampfen, Arme schwingen, vor sich hin summen, ausgiebiges Dehnen und Strecken, Handflächen gegeneinander pressen etc. (vgl. Scherwath/Friedrich 2014: 153). Die beiden genannten Übungen (Atem- und Körperübungen) können gut mit UMA gemacht werden, da hier die Sprache nicht im Vordergrund steht. Man kann als Pädagogin oder Pädagoge diese Übungen vorzeigen und gemeinsam mit den UMA durchführen.

Eine weitere Übung, die gut mit UMA angewendet werden kann, ist das **Stressbarometer**. Dabei kann man mit den UMA eine Skala von 0 bis 10 auf ein Papier zeichnen. 0 steht dabei für "alles ist ok/ruhiger See", 10 steht für "höchste Alarmstufe/starker Orkan" (vgl. Scherwath/Friedrich 2014: 151). Dieses Barometer kann individuell ausgefüllt werden, bspw. kann für jede Stufe eine andere Farbe oder ein anderes Symbol gewählt werden. Es können aber auch unterschiedliche Gesichter/Emotionen gewählt werden. Gemeinsam mit den UMA kann überlegt werden, welche Situationen welche Reaktionen und Emotionen auslösen. So können auch Trigger eruiert werden (Triggeranalyse) (vgl. ebd.). Im Anschluss daran können sich die Pädagoginnen/Pädagogen mit den UMA überlegen, wie sich die UMA wieder beruhigen können und Selbstberuhigungsstrategien erarbeiten. Dieses Barometer kann im Berufsalltag präventiv, akut oder zur Nachbesprechung genutzt werden, um die Situationen, Emotionen und Verhaltensweisen lösungsorientiert zu reflektieren (vgl. ebd.). Mit dieser Übung kann ein Gegenwartsbezug hergestellt werden in der akuten Situation, sie trägt aber auch zur Affektkontrolle bei.

4. Interventionen bei Dissoziationen oder Flashbacks

Flashbacks leisten bei der Verarbeitung von traumatischen Erlebnissen keinen Beitrag. Sie sind sehr belastend und es ist gut, wenn sie unterbrochen werden können, da sie als retraumatisierend erlebt werden (vgl. Beckrath-Wilking et al. 2013 208). Die UMA sollen versuchen ihre Orientierung im Hier und Jetzt zu haben, ihre Sinneswahrnehmung nach aussen und nicht nach innen zu lenken. Dies kann bspw. darüber erfolgen, dass UMA beschreiben, was sie im Raum sehen. Auch die schon erwähnte Distanzierungstechnik mit dem Bildschirm und der Fernbedienung oder dem Tresor sind sehr hilfreich bei Flashbacks. Auch der Wechsel vom Raum oder der Körperposition kann helfen, zurück in die Gegenwart zu kommen. Allgemein körperliche Aktivität, sich umziehen oder duschen, können helfen, dass sich UMA

ablenken können. Auch der erwähnte Notfallkoffer kann genutzt werden. Weitere Interventionen, die die UMA selbst vornehmen können, sind Schreiben (Tagebuch, Briefe etc.), Malen oder das Riechen von "sicheren" Düften (Holz, Erde, Apfel) etc. (vgl. ebd.: 208f. und Hantke/Görges 2012: 219-229). Auch Imaginationsübungen können sehr hilfreich sein. Wenn UMA diese aber noch nicht genügend eingeübt haben, schaffen sie es nicht, diese während eines Flashbacks abzurufen. Hier könnte die Soziale Arbeit unterstützend einwirken und die Übung gemeinsam mit den UMA durchführen.

Bei dissoziativen Zuständen soll die Pädagogin/der Pädagoge die UMA ruhig ansprechen. Das Ziel ist die Reorientierung im Hier und Jetzt. Bspw. "Öffne bitte die Augen, komm zurück in die Gegenwart in diesen Raum und schau mir in die Augen" (vgl. Beckrath-Wilking et al.: 209). Die Achtsamkeit soll durch Anleitung der Pädagoginnen und Pädagogen vom Inneren auf das Äussere gelenkt werden. Es können ähnliche und gleiche Interventionen durchgeführt werden wie bei Flashbacks, also bspw. die Tresor-Übung, der Notfallkoffer, das Benennen lassen von Gegenständen im Raum, Raumwechsel, starke sensorische Reize (Gerüche) etc. (vgl. ebd. und Hantke/Görges 2012: 219-234). Auch Ablenkung ist gut, bspw. kann über Alltagsthemen gesprochen werden oder eine einfache Rechenaufgabe den UMA gegeben werden. Wichtig ist, dass wenn die Pädagoginnen/Pädagogen bei einem/einer UMA eine Dissoziation oder Flashback zum ersten Mal erleben oder ihn/sie noch nicht gut kennen, keine Berührungen stattfinden. Dies könnte die Situation noch verschlimmern. In einer stabilen, ruhigen Phase der UMA muss geklärt werden, was in einer solchen Situation adäquat ist und was nicht. Für einige kann eine Berührung sehr hilfreich sein, um in die Gegenwart zurückzukehren, für die anderen stellt dies ein weiterer Trigger dar. Sollte man die UMA berühren, sollen nur periphere Stellen wie bspw. der Unterarm berührt werden. Es müssen klare, nicht zu feste aber auch nicht zärtliche Berührungen sein und die UMA müssen immer zuerst darüber informiert werden. Bspw. "Ich lege jetzt meine Hand auf deinen Unterarm, damit du wieder in die Gegenwart kommen kannst" (vgl. Beckrath-Wilking et al. 2013: 210). Manchen UMA kann es auch helfen, sich selbst "abzuklopfen".

Dies war ein kleiner Einblick in konkrete Interventionen und Übungen, mit welchen die Soziale Arbeit zur Stabilisierung von traumatisierten UMA beitragen kann. Es gibt aber noch eine weitere sehr wichtige Intervention, welche die Soziale Arbeit einleiten kann. Und diese soll im folgenden Unterkapitel betrachtet werden.

7.7.6 Vernetzung, interdisziplinäre Zusammenarbeit

Eine wichtige Intervention, für Pädagoginnen und Pädagogen bei der Arbeit mit traumatisierten UMA ist die Vernetzung mit deren weiteren professionellen Bezugspersonen. Dazu gehören Kinder- und Jugendpsychiatrien, Traumatherapeutinnen und -therapeuten, Hausärzte

aber auch Partner für Anschlusslösungen, bspw. Kinder- und Jugendheime, die traumapädagogisch arbeiten oder Pflegefamilien, die auf die Bedürfnisse von traumatisierten UMA eingehen können.

In einer Studie aus dem Jahr 2008 wurde herausgefunden, dass UMA mit geringer sozialer Unterstützung ein erhöhtes Risiko haben, an posttraumatischen Stresssymptomen zu leiden (vgl. Hargasser 2015: 98). Daraus wird geschlossen, dass intensive Hilfeleistungen wie die Vermittlung in Heime oder die Vermittlung in Pflegefamilien einen lindernden Effekt haben (vgl. ebd.). Nach Hargasser (vgl. ebd.) wird in Deutschland die Pflegefamilien-Vermittlung sehr selten umgesetzt. Von der Schweiz kann gesagt werden, dass es nicht viele Pflegefamilien gibt. Es werden zudem v.a. die schulpflichtigen Kinder in Pflegefamilien vermittelt. Alle 16-jährigen oder älteren UMA schaffen es aufgrund ihres Alters meistens nicht in eine Pflegefamilie. Garbe (2015: 153) bestätigt, dass Pflegefamilien einen sehr wichtigen Beitrag leisten, um traumatisierten Kindern und Jugendlichen wieder eine Perspektive zu geben. Sie stehen stellvertretend für die fehlende Familie ein. Von Pflegeeltern, die traumatisierte UMA bei sich aufnehmen, wird ein hohes persönliches Engagement erwartet. Sie müssen Bindungsangebote zur Verfügung stellen und sich trotzdem fachlich abgrenzen und kontrolliert handeln können (vgl. ebd.). Abbrüche von Pflegefamilienverhältnissen müssen unbedingt vermieden werden. Die UMA verinnerlichen ansonsten, dass niemand sie ertragen kann. Für traumatisierte UMA ist es schwierig, an einem Ort, in einer Familie wirklich anzukommen. Wenn sie wieder gehen müssen, bestätigt dies diese Schwierigkeit. Ein solcher Beziehungsabbruch hat verheerende Folgen und entspricht einer Retraumatisierung (vgl. ebd.: 154).

Bei der Pflegefamilien- und Heimplatzierung bestimmt wieder jeder Kanton selbst, wer wann und unter welchen Voraussetzungen ausserhalb der regulären Strukturen platziert wird. Klar ist aber, dass eine Heimunterbringung viel teurer ist als die Unterbringung in den regulären Unterkünften. Schon alleine dieser Faktor hat einen enormen Einfluss auf die Praxis. Umso wichtiger ist es, dass Pädagoginnen/Pädagogen Traumatisierungen erkennen und die UMA zur Abklärung zu den Hausärzten/Hausärztinnen schicken. Wichtig ist, dass auch diese traumasensibel sind und die Problematik ernst nehmen. Von dort aus können die UMA in spezifische Einrichtungen wie Kinder- und Jugendpsychiatrien weitergeleitet oder in eine ambulante Therapie überführt werden. Erst diese interdisziplinäre Zusammenarbeit macht eine ganzheitliche Traumaverarbeitung möglich. Sie ist herausfordernd und muss von der Sozialen Arbeit aktiv mitgestaltet und initiiert werden.

Wir kommen nun zu den allgemeinen Herausforderungen und Grenzen, welche sich der Sozialen Arbeit im Zusammenhang mit UMA zeigen.

7.8 HERAUSFORDERUNGEN, GRENZEN

Als Erstes verweise ich nochmal auf die Grenzen der Sozialen Arbeit gegenüber der Traumatherapie. Das Berufsbild der Sozialen Arbeit schliesst nicht die psychologische Aufarbeitung der Traumata ein. Die Soziale Arbeit unterstützt und begleitet vielmehr den Heilungsprozess.

Eine weitere und wohl auch eine der grössten Herausforderungen ist die Sprache. Die Deutschkenntnisse vieler UMA sind nicht gut. Dies bedeutet, dass viele Interventionen der Sozialen Arbeit in einem Trialog - einem Dialog zu dritt - stattfinden müssen. Gerade Imaginationsübungen stellen sich als schwierig heraus, wenn die Sprache fehlt. Die Soziale Arbeit muss hier kreativ sein und mit anderen Elementen arbeiten. Einiges kann bspw. über Bilder, Musik, Geräusche abgefangen werden. Die Verständigung stellt aber trotzdem ein zentraler Punkt dar. Häufig ist es auch ein Problem der Finanzierung. Wer bezahlt einen/eine professionelle Dolmetscher/Dolmetscherin? Diese Person müsste regelmässig in die entsprechende Unterkunft kommen und die UMA müssten auch Vertrauen zu der dolmetschenden Person aufbauen. Allgemein müsste die Soziale Arbeit sich damit auseinandersetzen, wie ein solcher Trialog sinnvoll gestaltet werden kann.

Wie schon mehrfach angeschnitten, sind auch die institutionellen Rahmenbedingungen und Ressourcen eine Herausforderung bzw. setzen Grenzen. Gerade im Asylbereich sind wenig finanzielle und dementsprechend personelle Ressourcen vorhanden. Das bedeutet, dass der Sozialen Arbeit in vielen Bereichen die Hände gebunden sind. Auch wenn jede einzelne Pädagogin und jeder Pädagoge vollen Einsatz zeigt, so ist es doch zu wenig, um die Bedürfnisse der UMA adäquat abzudecken. Dazu kommt, dass das Phänomen UMA noch jung und damit im institutionellen Denken der Schweiz wenig präsent ist. Daher fehlt in vielen Kantonen auch noch die nötige Struktur und Sensibilität insbesondere für traumatisierte UMA. Die institutionellen Rahmenbedingungen sind noch nicht dem aktuellen Wissensstand über traumatisierte UMA angepasst. So sind bspw. das Wissen zu Traumata und Interventionen sowie die dazugehörige Haltung in vielen Asylunterkünften für UMA nicht in den Leitbildern und Konzepten verankert. Auch besteht der Bedarf nach einem Fortbildungsangebot für Fachpersonen. Pädagoginnen und Pädagogen müssen Weiterbildungen zu diesem Thema (traumatisierte UMA) besuchen oder sich anderweitig Fachwissen aneignen. Das Fachwissen auch unter Pädagoginnen und Pädagogen ist mangelhaft und damit auch deren Interventionen. Um dem entgegen zu wirken, wäre es sinnvoll, wenn schon an den Fachhochschulen, Wissen zu diesem Thema vermittelt wird.

Auch in der öffentlichen und politischen Diskussion ist dieses Thema noch nicht richtig angeht. Die UMA werden in den Medien und der Politik in erster Linie als Asylsuchende wahr-

genommen, die teilweise sogar eine Bedrohung darstellen, vorrangig stören sie aber und sind ungerechtfertigt in der Schweiz. Um institutionelle Bedingungen anzupassen, müsste zuerst etwas auf öffentlicher, medialer und politischer Ebene passieren und verändert werden. Die Soziale Arbeit hat hier auch ein politisches Mandat. Sie hat den Auftrag, auch in der Öffentlichkeit auf die Problematik von Traumatisierungen bei UMA und die fehlenden Ressourcen aufmerksam zu machen. Die Soziale Arbeit soll anwaltschaftlich für die traumatisierten UMA in der Politik eintreten, denn die UMA haben keine Stimme in der Schweiz. Gerade, wenn es um Gesetzesänderungen im Asylbereich geht, müssen sich Vertreter der Sozialen Arbeit engagieren. Dies kann über Sensibilisierungsveranstaltungen, Podiumsdiskussionen, Zeitungsartikel, Radiosendungen etc. geschehen. Wichtig ist, dass die Soziale Arbeit ihr politisches Mandat erkennt und sich für die UMA auch in der Öffentlichkeit und Politik einsetzt. Pädagoginnen und Pädagogen, die im Bereich der Betreuung von UMA arbeiten, können in diesem Zusammenhang auch Rückmeldungen an ihre Vorgesetzte und kantonalen Auftraggeber geben. Auch wenn dies ein sehr langwieriger Prozess ist, müssen Vorschläge und Ideen, die sich aus den alltäglichen Erfordernissen der Sozialen Arbeit ergeben, immer wieder vorgebracht werden. Dazu gehört auch, dass die Soziale Arbeit Anschlusslösungen für traumatisierte UMA schaffen muss, bspw. durch die Rekrutierung von Pflegefamilien. Kinder- und Jugendheime müssen sich überlegen, ob sie auch regulär UMA aufnehmen möchten. Diese Anschlusslösungen müssen den kantonalen Geldgebern nahe gebracht werden. Denn selbst aus finanzieller Sicht ist das gegenwärtige Vernachlässigen der UMA-Problematik kurzsichtig. Langfristig führt eine unvollendete oder gescheiterte Integration zu weitaus höheren Kosten als institutionell gut abgestimmte Interventionen bei noch entwicklungsfähigen Adoleszenten mit Traumata. Vorerst aber muss die Soziale Arbeit das Beste aus dem machen, was ihr zur Verfügung steht. Auch unter den bestehenden Rahmenbedingungen gibt es Handlungsoptionen. Ziel muss aber bleiben, die spezifischen Erfordernisse der Arbeit mit traumatisierten UMA in den sozialpolitischen Grundlagen zu verankern.

Eine weitere grosse und wichtige Herausforderung ist die Selbstfürsorge bzw. der Schutz vor Sekundärtraumatisierung. Unter Psychohygiene oder auch Selbstfürsorge werden "alle Massnahmen, Haltungen und Aktivitäten verstanden, die den Erhalt, die Stabilisierung und/oder das Wiedererlangen von psychischer Gesundheit, Ausgeglichenheit und Zufriedenheit unterstützen." (Loch/Schulze 2016: 105) Wie in Kapitel 7.4 schon erwähnt, muss der/die Professionelle Sozialer Arbeit selbst gesund sein, um eine stabile und fördernde Beziehung zu den traumatisierten UMA einzugehen und auch um selbst handlungsfähig zu sein. Dazu ist ein unterstützendes Team und damit einhergehend eine wohlwollende Atmosphäre sehr wichtig. Die Arbeit der Pädagoginnen und Pädagogen soll geschätzt werden, es braucht klare Strukturen, Zeit für den fachlichen Austausch, Raum für persönliche Entwicklung und ei-

nen respektvollen Umgang im Team (vgl. Loch/Schulze 2016: 106-108). Gerade in der Arbeit mit traumatisierten UMA sind auch Supervision oder kollegiale Beratung wichtige Eckpunkte. Der fachliche Austausch aber auch Themen, die das Team betreffen (Spannungen, Meinungsverschiedenheiten) können dort thematisiert werden. Das eigene professionelle Handeln kann kritisch betrachtet werden und es gibt Raum zur Weiterentwicklung (vgl. ebd.: 109). Dies alles trägt dazu bei, dass eine Person gesund bleiben kann.

Gesund bleiben ist auch wichtig, weil Traumatisierungen "ansteckend" sind. Das bedeutet, dass Menschen, welche mit traumatisierten Personen zusammenarbeiten, selbst in Gefahr laufen, Schaden zu nehmen oder die gleiche Symptomatik zu entwickeln (vgl. Scherwath/Friedrich 2014: 183). Es wird hier auch von Sekundärtraumatisierung gesprochen. Damit ist gemeint, dass Personen alleine über das Hören von Berichten über traumatische Ereignisse traumatisiert werden (vgl. ebd.). Denn die psychischen Traumata der UMA können durch die Empathiefähigkeit der Pädagoginnen und Pädagogen auf emotionaler Ebene übernommen werden (vgl. ebd.: 184). Eine gute Selbstfürsorge schützt davor, selbst angesteckt zu werden. Hierzu gehört auch einen gesunden Ausgleich zur Arbeit zu haben, um richtig abschalten zu können und den Kopf (und die Seele) zu leeren bzw. mit anderen Themen zu füllen. Aber auch für den praktischen Arbeitsalltag mit traumatisierten Menschen gibt es viele Übungen, die den Pädagoginnen und Pädagogen helfen geerdet, orientiert und gestärkt zu sein. Auch sie können sich bspw. einen Ressourcenkoffer erstellen oder eine Tresorübung machen. Atem- und Entspannungsübungen wirken auch sehr unterstützend, um sich zu sammeln und neu zu fokussieren (vgl. Hantke/Görges 2012: 179f.).

Das Fazit zu diesem Kapitel findet sich im Kapitel 8, in den Schlussfolgerungen.

8 SCHLUSSFOLGERUNGEN

8.1 FAZIT

Zu Beginn des Kapitels 7 wurde klar, dass die Soziale Arbeit den Auftrag hat, UMA bei ihrer Traumaverarbeitung zu unterstützen. Diese Unterstützung bedingt aber auch eine enge Zusammenarbeit mit weiteren Fachpersonen wie Psychologinnen/Psychologen und Therapeutinnen/Therapeuten. Deshalb ist es wichtig, dass die Soziale Arbeit sich mit den unterschiedlichen Fachdisziplinen zu vernetzen weiss. Gerade bei der Diagnostik sind der Sozialen Arbeit Grenzen gesetzt. Trotzdem braucht die Soziale Arbeit, wenn sie mit UMA zusammenarbeitet, ein breites Fachwissen zum Thema Traumata und den Interventionsmöglichkeiten. Ansonsten ist die Gefahr von Retraumatisierungen, Auslösen von Schuld- und Schamgefühlen, der falschen Interpretation von Verhalten und der darauffolgenden kontraindizierten Intervention zu gross.

Die Soziale Arbeit muss eine verstehensorientierte und transparente Grundhaltung vorweisen können. Die Selbstbemächtigung der UMA soll durch Förderung der Resilienz, der Ressourcen und durch Partizipation zustande kommen. In der Beziehungsgestaltung der Sozialen Arbeit zu den UMA soll darauf geachtet werden, dass die UMA möglichst viel Kontrolle zurückerlangen können. Sie sollen neue Beziehungsmuster mit den Pädagoginnen und Pädagogen einüben können.

Damit überhaupt eine stabile, vertrauensvolle und tragfähige Beziehung zwischen UMA und den Professionellen Sozialer Arbeit entstehen kann, müssen die Pädagogen/Pädagoginnen selbst gesund sein. Denn nur wer selbst gesund und stabil ist, kann gesunde Beziehungen zu anderen pflegen. In der Beziehungsgestaltung allgemein muss die Soziale Arbeit auch der Ganzheitlichkeit Rechnung tragen. Eine ganzheitliche Perspektive auf die Problemlage von traumatisierten Kindern und Jugendlichen bietet die Traumapädagogik. Die Soziale Arbeit kann sich an dieser Fachdisziplin in der Arbeit mit traumatisierten UMA orientieren.

Bei den Interventionen, welche die Soziale Arbeit bei UMA durchführen kann, stehen bestimmte Grundsätze im Vordergrund. Diese sind namentlich das Erlangen von Kontrolle, die Partizipation der UMA und die Ressourcenorientierung. Diese Grundsätze müssen in allen Phasen der Traumaverarbeitung gewahrt und geschützt werden. Für die Professionellen Sozialer Arbeit steht v.a. die Stabilisierungsphase im Vordergrund, da die Interventionen, welche sie leisten kann, darin stattfinden. Stabilisierung muss aber in allen Phasen stattfinden, auch in der Phase der Traumakonfrontation und der Integration bzw. Neuorientierung. Zwei wichtige Interventionen, welche die Soziale Arbeit leisten kann, sind die Psychoedukation und die traumasensible Biografiearbeit. Weitere konkrete Übungen auf Basis der Stabilisierung wurden vorgestellt. Diese Übungen verfolgen unterschiedliche Ziele wie bspw. die Affektregulation, den Gegenwartsbezug und die Selbstberuhigung.

Grenzen und Herausforderungen finden sich in diesem Bereich der Sozialen Arbeit an unterschiedlichen Stellen. Von der Herausforderung der Sprache bzw. Sprachlosigkeit über die notwendige Selbstfürsorge bzw. dem Schutz vor Sekundärtraumatisierungen bis hin zu den mangelhaften institutionellen Rahmenbedingungen. Aus letzteren lässt sich ein politisches Mandat für die Soziale Arbeit ableiten, um die sozialen Institutionen den Anforderungen traumatisierter UMA anzupassen.

8.2 AUSBLICK

UMA sind ein neues Phänomen der letzten Jahre. Für die Soziale Arbeit, die sich mit UMA auseinandersetzt, besteht ein grosser Nachholbedarf. Dieser Nachholbedarf besteht **1.** im Bereich der Bildung: Die Soziale Arbeit steckt noch in den Kinderschuhen, wenn es darum

geht, dass traumapädagogische Inhalte in der Praxis mit UMA umgesetzt werden. Es sollen schon an den Fachhochschulen die Themenkomplexe UMA und Traumata zusammengebracht werden, so dass künftige Sozialpädagoginnen/Sozialpädagogen besser auf die Problemlage vorbereitet sind. Auch Weiterbildungen für ausgebildete Professionelle der Sozialen Arbeit wären ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung. Die Ausbildung von Professionellen der Sozialen Arbeit sowie die Integration von Fachwissen in die Praxis der Sozialen Arbeit müssen verbessert werden. **2.** im Bereich des öffentlichen Bewusstseins: Es ist auffallend, dass die Sensibilität für dieses Thema in der Öffentlichkeit noch sehr klein ist. Dringend muss deswegen an diesem Punkt gearbeitet werden. Die Soziale Arbeit muss in der öffentlichen Debatte intervenieren. Und **3.** im Bereich der gesamtschweizerischen Vernetzung der Professionellen Sozialer Arbeit, welche mit UMA zusammenarbeiten aber auch der Politik und den Investoren: Es sollen einheitliche Minimalstandards in der Betreuung von UMA gesamtschweizerisch umgesetzt werden. Diese müssen traumapädagogische Standards beinhalten. Hier kommt der Sozialen Arbeit ein wichtiger Anteil zu. Aber auch in anderen Felder, wie bspw. der Wirtschaft und Politik muss sich vieles ändern, damit eine Verbesserung der Lebenssituation von traumatisierten UMA in der Schweiz zu Stande kommt.

In einer weiterführenden Arbeit könnte erarbeitet werden, wie sich ebengenannte Akteure für bessere Lebensbedingungen der UMA einsetzen können und wie das Zusammenspiel mit der Sozialen Arbeit aussehen könnte. Eine weitere offene Frage ist, wie die Gruppe in einer Asylunterkunft für UMA wirkt und wie man die Ressource Gruppe nutzen könnte. Leider konnte in dieser Arbeit auch nicht genau auf das Phänomen der Sekundärtraumatisierung oder den Dialog bzw. die Zusammenarbeit mit Dolmetschenden eingegangen werden. Beides wären spannende Aspekte, für eine weiterführende Arbeit. Auch das politische Mandat der Sozialen Arbeit könnte eine Bachelor Thesis ausfüllen. Als letzten offenen Punkt möchte ich noch auf die Geschlechterunterschiede und die spezifischen Antworten der Sozialen Arbeit verweisen. Wie auch bei den Zahlen für Traumatisierungen bei UMA aufgezeigt wurde, gibt es Unterschiede bei den Geschlechtern. Hier könnte man nachforschen, wie denn diese Unterschiede aussehen und was die Gründe dafür sind. Möglich ist daher auch, dass unterschiedliche Interventionen deswegen nötig wären.

8.3 AUSWERTUNG DER FRAGESTELLUNG

Die Soziale Arbeit kann die UMA bei der Traumaverarbeitung unterstützen und in vorliegender Arbeit wurden die wichtigsten Aspekte, die es zu beachten gilt, herausgearbeitet. Es wurden verschiedene Interventionsmöglichkeiten aufgezeigt und damit konnte die Fragestellung beantwortet werden. Eine ganzheitliche Beantwortung der Fragestellung war jedoch nicht möglich. Es konnten lediglich die wichtigsten Aspekte angeschaut werden. Es wäre

möglich zu jedem Unterkapitel vom Kapitel 7, eine Bachelor Thesis zu verfassen. Diese Arbeit kann nun als Vorlage genutzt werden, um weitere Themen zu vertiefen. Auch die Unterfragestellungen konnten allesamt beantwortet werden und scheinen mir nachträglich immer noch schlüssig und zielführend. Die Soziale Arbeit hat die Rolle UMA bei ihrer Traumaverarbeitung zu unterstützen und zu begleiten. Sie hat die Berechtigung in der Stabilisierungsphase zu intervenieren und kann stabilisierende Aufgaben während der ganzen Traumaverarbeitung weiterführen. Die interdisziplinäre Vernetzung spielt dabei eine tragende Rolle.

8.4 REFLEXION DES VORGEHENS

Die eher allgemeine Formulierung der Fragestellung erwies sich als Herausforderung und gleichzeitig als sinnvoll. Herausfordernd, weil ich mich bei der Beantwortung der Fragestellung trotzdem einschränken musste und es daher auch keinen ganzheitlichen Überblick geben kann. Sinnvoll deswegen, weil es noch keine vergleichbare Arbeit bisher gegeben hat und in diesem Bereich ein dringender Handlungsbedarf besteht. So können sich Interessierte einen ersten Überblick über die wichtigsten Grundlagen mit traumatisierten UMA aneignen und dann selbst noch bestimmte Aspekte vertiefen. Des Weiteren ist es sicherlich sinnvoll, dass dieses Thema mit einer Literatarbeit aufgearbeitet wurde. Die Forschungsliteratur zu Traumata ist zahlreich, zu UMA und erst recht zu traumatisierten UMA findet sich dagegen deutlich weniger. Gerade deshalb ist es wichtig, diese beiden Themengebiete (UMA und Trauma) strukturiert zusammenzuführen. Nur so kann eine professionelle, theoriefundierte Soziale Arbeit entstehen, die ihr Handeln nach aussen legitimieren und vertreten kann.

8.5 SELBSTREFLEXION

Obwohl ich schon viel zu Traumata gewusst habe und auch schon einige Erfahrung in der praktischen Arbeit mit UMA hatte, konnte ich mir bei dieser Arbeit sehr viel neues Wissen aneignen. Die rechtlichen Grundlagen und das Asylverfahren waren mir durch die Module an der FHNW und meine praktische Erfahrung im Asylbereich gut bekannt. Jedoch wusste ich vom theoretischen Hintergrund und zu den konkreten Zahlen der UMA noch nicht viel. Auch zum Thema Traumata und Folgesymptome konnte ich sehr viel dazulernen. Besonders aber das Kapitel 7 hat meinen Wissenshorizont erweitert. Nach Abschluss des Studiums werde ich noch mehr in die Praxis der Arbeit mit UMA eintauchen und hoffe, dass ich dabei mein neu erworbenes Wissen auch umsetzen kann. Die Komplexität dieser Thematik ist immens und der Sozialen Arbeit sind oft die Hände gebunden. Damit umzugehen, ist nicht immer einfach. Die Begrenztheit der Möglichkeiten in der bisherigen Praxis bei gleichzeitigem akuten Handlungsbedarf ist ein Spannungsfeld, das es auszuhalten und in dem es zu arbeiten gilt. Die Soziale Arbeit darf nicht müde werden, die Bedingungen und Möglichkeiten stetig auszubauen und zu erweitern.

9 QUELLENANGABEN

9.1 LITERATURVERZEICHNIS

Arbeitsgruppe Traumapädagogische Standards in stationären Einrichtungen der Jugendhilfe (2013). Das Positionspapier der BAG Traumapädagogik. In: Lang, Birgit/ Schirmer, Claudia/ Lang, Thomas/ de Hair, Ingeborg Andreae/ Wahle, Thomas/ Bausum, Jacob/ Weiss, Wilma/ Schmid, Marc (Hrsg.) (2013). Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, S. 84-103.

AsylG, Asylgesetz, SR 142.31 (1998, Stand 1. Oktober 2015), URL: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19995092/index.html> [Zugriff am 10.04.2016]

AsylV 1, Asylverordnung 1 über Verfahrensfragen, SR 142.311 (1999, Stand vom 29. September 2015) URL: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19994776/index.html> [Zugriff am 17.04.2016]

AuG, Bundesgesetz über Ausländerinnen und Ausländer, SR 142.204 (2005, Stand 1. Oktober 2015). URL: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20020232/201510010000/142.20.pdf> [Zugriff am 17.04.2016]

AvenirSocial (2010). Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Eine Argumentation für die Praxis der Professionellen. Bern: o.V.

Beckrath-Wilking, Ulrike/ Biberacher, Marlene/ Dittmar, Volker/ Wolf-Schmid, Regina (2013). Traumafachberatung, Traumatherapie & Traumapädagogik. Ein Handbuch für Psychotraumatologie im beratenden, therapeutischen & pädagogischen Kontext. Paderborn: Junfermann Verlag.

Berufsberatung (o.J.). URL: http://www.berufsberatung.ch/dyn/2510.aspx?searchsubmit=true&id_topic=7 [Zugriff am 02.05.2016]

BV, Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft, SR 101 (1999, Stand 1. Januar 2016). URL: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19995395/201601010000/101.pdf> [Zugriff am: 12.04.2016]

- Detemple, Katharina (2015). Zwischen Autonomiebestreben und Hilfebedarf. Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge in der Jugendhilfe. 2. Auflage. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.
- Dilling, Horst/ Mombour, Werner/ Schmidt, Martin H. (Hrsg.) (2011). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. 8. Auflage. Bern: Hans Huber.
- EMRK, Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten, SR 0.101 (1950, Stand vom 23. Februar 2012) URL: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19500267/201202230000/0.101.pdf> [Zugriff am 24.04.2016]
- Fischer, Markus (2012). Trauma und Traumatherapie. URL: http://www.ibp-institut.ch/fileadmin/media/downloads/ueber_IBP/Artikel/Grundlagen/Artikel_Traumatherapie_MF_120529.pdf [Zugriff am 15.05.2016]
- FK, Abkommen über die Rechtsstellung der Flüchtlinge, SR 0.142.30 (1951, Stand vom 14. Juni 2012), URL: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19510156/201206140000/0.142.30.pdf> [Zugriff am 24.04.2016]
- Gahleitner, Silke Birgitta/ Loch, Ulrike/ Schulze Heidrun (2016). Psychosoziale Traumatologie - eine Annäherung. In: Schulze, Heidrun/ Loch, Ulrike/ Gahleitner, Silke Birgitta (Hrsg.). Soziale Arbeit mit traumatisierten Menschen. Plädoyer für eine Psychosoziale Traumatologie. 3. Auflage. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren GmbH, S. 6-53.
- Garbe, Elke (2015). Das kindliche Entwicklungstrauma. Verstehen und bewältigen. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Hantke, Lydia/ Görge, Hans-Joachim (2012). Handbuch Traumakompetenz. Basiswissen für Therapie, Beratung und Pädagogik. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Hargasser, Brigitte (2015). Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge. Sequentielle Traumatisierungsprozesse und die Aufgaben der Jugendhilfe. 2. Auflage. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel Verlag GmbH.
- Heller, Maria (2012). Spezifische Hilfestellung für traumatisierte unbegleitete Flüchtlingskinder. In: Die Kinderschutz-Zentren. Traumatisierte Kinder und Jugendliche. Hilfe und Stabilisierung durch die Jugendhilfe. Köln: o.V., S. 213-226.

- Herman, Judith (2014). Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden. 4. Auflage. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Huber, Michaela (2009). Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung Teil 1. 4. Auflage. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Kühn, Martin (2013). Traumapädagogik und Partizipation. Zur entwicklungslogischen, fördernden und heilenden Wirksamkeit von Beteiligung in der Kinder- und Jugendhilfe. In: Bausum, Jacob/ Besser, Lutz Ulrich/ Kühn, Martin/ Weiss, Wilma (Hrsg.) (2013). Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. 3. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, S. 138-148.
- KRK, UN-Kinderrechtskonvention vom 20. November 1989, SR 0.107. URL:
http://www.unicef.ch/sites/default/files/attachements/un_konvention_ueber_die_rechte_des_kindes.pdf [Zugriff am 03.04.2016]
- Krüger, Andreas (2015). Erste Hilfe für traumatisierte Kinder. 5. Auflage. Ostfildern: Patmos-Verlag.
- Loch, Ulrike (2016). Professionelle Beziehungen gestalten mit AdressatInnen nach traumatischen Erfahrungen. In: Schulze, Heidrun/ Loch, Ulrike/ Gahleitner, Silke Birgitta (Hrsg.). Soziale Arbeit mit traumatisierten Menschen. Plädoyer für eine Psychosoziale Traumatologie. 3. Auflage. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren GmbH, S. 151-165.
- Loch, Ulrike/ Schulze, Heidrun (2016). Aufmerksamkeitsrichtlinien in der traumaintegrierenden Sozialen Arbeit. In: Schulze, Heidrun/ Loch, Ulrike/ Gahleitner, Silke Birgitta (Hrsg.). Soziale Arbeit mit traumatisierten Menschen. Plädoyer für eine Psychosoziale Traumatologie. 3. Auflage. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren GmbH, S. 59-114.
- Marko, Katharina (2013). Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge. Ein blinder Fleck der Pädagogik? Traumatisierung von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen als Herausforderung an das pädagogische Handeln. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller.
- Müller, Andreas (o.J.). <http://www.wolfhalden.ch/documents/Selbstwirksamkeit.pdf> [Zugriff am 10.06.2016]
- Scherwath, Corinna/ Friedrich, Sibylle (2014). Soziale und pädagogische Arbeit bei Traumatisierung. 2. Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Schmid, Marc (2013). Warum braucht es Traumapädagogik und traumapädagogische Standards? In: Lang, Birgit/ Schirmer, Claudia/ Lang, Thomas/ de Hair, Ingeborg Andreae/ Wahle, Thomas/ Bausum, Jacob/ Weiss, Wilma/ Schmid, Marc (Hrsg.). Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, S. 56-82.

Schweizerische Beobachtungsstelle für Asyl- und Ausländerrecht (2014). Kinder und Jugendliche auf der Flucht. Die Situation von unbegleiteten minderjährigen Asylsuchenden in der Schweiz. Bern: Schneider AG.

SEM, Staatssekretariat für Migration (2008, Stand vom 1. Juli 2015). Weisung zum Asylverfahren. URL:
https://www.sem.admin.ch/dam/data/sem/rechtsgrundlagen/weisungen/asyl/asylverfahren/1_asylverfahren-d.pdf [Zugriff am: 10.04.2016]

SEM Staatssekretariat für Migration (2016). Statistik UMA 2015. O.O.: o.V. URL:
https://www.sem.admin.ch/dam/data/sem/publiservice/statistik/asylstatistik/statistiken_uma/uma-2015-d.pdf [Zugriffsdatum: 10.04.2016]

SFH, Schweizerische Flüchtlingshilfe (Hrsg.) (2015). Handbuch zum Asyl- und Wegweisungsverfahren. 2. Auflage. Bern: Haupt Verlag.

Weiss, Wilma (2013). Selbstbemächtigung - ein Kernstück der Traumapädagogik. In: Bausum, Jacob/ Besser, Lutz Ulrich/ Kühn, Martin/ Weiss, Wilma (Hrsg.) (2013). Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis. 3. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, S. 167-181.

ZGB, Schweizerisches Zivilgesetzbuch, SR 210 (1907, Stand vom 1. Juli 2014). URL:
<https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19070042/201407010000/210.pdf> [Zugriff am: 17.04.2016]

Zito, Dima (2010). Traumatherapie mit jungen Flüchtlingen. In: Dieckhoff, Petra (Hrsg.). Kinderflüchtlinge. Theoretische Grundlagen und berufliches Handeln. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 125-140.

9.2 ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abb. 1 UMA auf ihrer Reise ins Ungewisse, Seite: Titelblatt. In Anlehnung an:

<http://www.stern.de/politik/deutschland/minderjaehrige-fluechtlinge--kinder-und-jugendliche-sollen-bundesweit-verteilt-werden-6348556.html>), [Zugriff am 25.06.2016]

Abb. 2 Gegenüberstellung von traumatisierendem und traumapädagogischem Milieu,

Seite: 32f. In: Schmid, Marc (2013). Warum braucht es Traumapädagogik und traumapädagogische Standards? In: Lang, Birgit/ Schirmer, Claudia/ Lang, Thomas/ de Hair, Ingeborg Andreae/ Wahle, Thomas/ Bausum, Jacob/ Weiss, Wilma/ Schmid, Marc (Hrsg.). Traumapädagogische Standards in der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Eine Praxis- und Orientierungshilfe der BAG Traumapädagogik. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, S. 56-82.

ANHANG

Anhang I

Weitere wichtige internationale Übereinkommen

Weitere wichtige Rechtsgrundlagen auf internationaler Ebene sind die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte von 1948, das Abkommen über die Rechtsstellung der Flüchtlinge von 1951, die Charta des Kindes von 1959, der internationale Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (UNO-Pakt I) und der internationale Pakt über bürgerliche und politische Rechte (UNO-Pakt II), die Genfer Flüchtlingskonvention, das Übereinkommen über die Zuständigkeit der Behörden und das anzuwendende Recht auf dem Gebiet des Schutzes von Minderjährigen und das internationale Übereinkommen gegen die Folter und andere grausame, unmenschliche, erniedrigende Behandlung oder Strafe.

Anhang II

Hinweise auf Bestimmungen bezüglich UMA im AuG

In Bezug auf die Integration wird gefordert, dass den Anliegen von UMA Rechnung getragen wird (Art. 53 Abs. 4 AuG). In Zusammenhang mit dem Wegweisungsverfahren wird im AuG speziell auf die UMA hingewiesen. In Art. 64 Abs. 4 AuG wird nämlich erwähnt, dass die UMA eine vom Kanton zugewiesene Vertrauensperson haben müssen, die ihre Interessen während des Wegweisungsverfahrens vertritt. Weiter steht in Art. 64 Abs. 5 AuG, dass der Bundesrat über die Aufgaben, Rolle und Zuständigkeiten der Vertrauensperson bestimmt. Wenn es um die Ausschaffung von UMA geht, muss von der zuständigen Behörde sichergestellt werden, dass im Rückkehrstaat der Schutz des Kindes gewährleistet wird (Art. 69 Abs. 4 AuG). Ein weiterer wichtiger Artikel für UMA ist der Art. 80 Abs. 4 AuG, worin festgehalten wird, dass bei Kindern unter 15 Jahren keine Haft angeordnet werden darf und dass bei Haft von UMA ihren speziellen Bedürfnissen Rechnung getragen werden muss (Art. 81. Abs. 3 AuG).

Anhang III

Asylentscheide und Rechtsfolgen

Nachfolgend eine Übersicht über die möglichen Entscheide.

1. Asylgewährung

Wenn eine asylsuchende Person die Flüchtlingseigenschaft erfüllt und keine Asylausschlussgründe vorliegen, tritt die Behörde auf das Asylgesuch ein und es wird ihr Asyl gewährt (vgl. SFH 2015: 111). Die anerkannten Flüchtlinge erhalten die Aufenthaltsbewilligung B und dürfen dauerhaft in der Schweiz bleiben. Sie können von Integrationsmassnahmen des Kantons profitieren und dürfen nach frühestens 5 Jahren erfolgreicher Integration ein Gesuch um eine Niederlassungsbewilligung stellen (Ausweis C) (vgl. ebd.). In der Schweiz wurden in den letzten Jahren bei mehr als 20% der Gesuchstellenden die Flüchtlingseigenschaft anerkannt und Asyl gewährt. Für diesen Aufenthaltsstatus gibt es grundsätzlich keine zeitliche Beschränkung (vgl. ebd.).

2. Wegweisungsentscheid

Wenn auf ein Asylgesuch nicht eingetreten oder das Asylgesuch abgelehnt wird, wird automatisch eine Wegweisung verfügt. Dieser Entscheid bedeutet jedoch nicht, dass die gesuchstellende Person die Schweiz tatsächlich verlassen muss, sondern vielmehr, dass sie nicht vom Asylstatus profitieren kann (vgl. SFH 2015: 112). Es gibt drei Fälle, in welchem dieser Wegweisungsentscheid in Kraft tritt.

Nichteintretensentscheid - NEE Beim Nichteintretensentscheid wird auf das Dublin-Verfahren Bezug (Art. 31a Abs. 1 lit. b AslyG) genommen. Hierbei ist ein anderer Staat für die Durchführung des Asylverfahrens staatsvertraglich zuständig (vgl. SFH 2015: 139). Knapp 50% der in der Schweiz gestellten Asylgesuche werden mit einem Nichteintretensentscheid beendet. Dieser Entscheid beinhaltet immer einen Wegweisungsentscheid, welcher auch mit grosser Wahrscheinlichkeit durchgesetzt werden kann (vgl. ebd.: 112).

Vom Asyl ausgeschlossene Flüchtlinge Wenn Asylausschlussgründe vorliegen, namentlich die Asylunwürdigkeit oder subjektive Nachfluchtgründe, wird das Gesuch abgelehnt und die Wegweisung verfügt. Flüchtlinge dürfen nicht weggewiesen werden, weshalb sie in der Regel vorläufig aufgenommen werden (vgl. SFH 2015: 113)

Fehlen der Flüchtlingseigenschaft Wenn eine asylsuchende Person nicht über die Flüchtlingseigenschaft verfügt, erfolgt der Wegweisungsentscheid (vgl. SFH 2015: 113).

3. Vorläufige Aufnahme

Eine Person wird vorläufig aufgenommen, wenn deren Wegweisung nicht möglich, nicht zulässig oder nicht zumutbar ist. Diese Personen erhalten einen F-Ausweis (vgl. SFH 2015: 114). Drei verschiedene Formen von vorläufiger Aufnahme werden unterschieden.

Nichteintretensentscheid mit vorläufiger Aufnahme Diese Personen dürfen zwar in der Schweiz bleiben, ihre Asylgründe werden jedoch nicht untersucht. Dieser Fall tritt eher selten ein, einige Dutzend Personen pro Jahr (vgl. SFH 2015: 115).

Vorläufig aufgenommene Flüchtlinge Viele Personen mit diesem Aufenthaltsstatus haben mit Verfolgungsmassnahmen zu rechnen, wenn sie in ihr Herkunftsland zurückkehren würden, daher ist der Vollzug des Wegweisungsentscheids nicht zulässig (vgl. SFH 2015: 115).

Vorläufig aufgenommene Ausländerinnen und Ausländer In diesem Fall erfüllt eine Person die Flüchtlingseigenschaft nicht, gleichzeitig kann sie aber auch nicht in das Herkunftsland zurückgeschickt werden. Die meisten dieser Fälle können wegen Unzumutbarkeit des Wegweisungsentscheids nicht vollzogen werden, bspw. weil die Sicherheitslage in ihrem Land nicht zumutbar scheint (vgl. SFH 2015: 115-116).

Anhang IV

Trauma-Exploration bei Kindern (nach Huber 2009: 127-129)

Fragen nach Amnesien und auffälliger Vergesslichkeit

Bekommst du manchmal Hausaufgaben oder Tests zurück, und du kannst dich nicht erinnern, sie gemacht zu haben? [Falls ja:] Kannst du mir ein Beispiel dafür erzählen? (oder) Kannst du mir mehr darüber erzählen?

Wolltest du schon mal etwas Bestimmtes machen und hast festgestellt, dass du das schon fertig gemacht (erledigt) hattest? (Beispiel, falls ja)

Machst du manchmal etwas oder gehst irgendwo hin und weißt nicht, warum? (Beispiel, falls ja)

Wunderst du dich manchmal über dich, weil du plötzlich etwas weißt, aber du weißt nicht, woher du es weißt? (Beispiel ...)

Ist es manchmal schwer für dich herauszufinden, ob du eine Sache schon erledigt hast oder nur daran gedacht hast, sie zu erledigen? (Beispiel ...)

Gehst du manchmal los, um etwas zu tun, und vergisst unterwegs, was du tun wolltest? (Beispiel ...)

Glaubst du insgeheim, dass du so gut im Schauspielern oder Lügen bist, dass du dich sogar selbst austrickst? (Beispiel ...)

Stellst du manchmal fest, dass du dich nicht an Sachen erinnern kannst, an die du dich deiner Meinung nach erinnern solltest? (Beispiel...)

Sagen manchmal Leute zu dir, du müsstest dich doch an etwas Bestimmtes erinnern, aber du kannst dich wirklich nicht erinnern? (Beispiel ...)

Depersonalisierung/Derealisierung

Hast du manchmal das Gefühl, als wärst du wie im Nebel, oder kommen dir manchmal die Dinge um dich herum so unwirklich vor, als wärst du in einem Traum? (Beispiel ...)

Kommt dir dein Spiegelbild manchmal so vor, als wenn du das gar nicht wärst? (Beispiel...)

Hast du manchmal das Gefühl, wie neben dir zu stehen und dich zu beobachten, als wärst du jemand anderes? (Beispiel ...)

Kommen dir manche Teile deines Körpers (zum Beispiel deine Hände) oder sogar der ganze Körper so vor, als gehörten sie nicht zu dir? (Beispiel ...)

Erfahrungen passiver Beeinflussung

Hast du manchmal starke Gefühle, die sich für dich so anfühlen, als wären das eigentlich gar nicht deine eigenen Gefühle? (Beispiel ...)

Hast du manchmal den Eindruck, dass du deinen Körper nicht dazu bringen kannst, das zu tun, was du gerade tun willst? (Beispiel ...)

Stellst du manchmal fest, dass du dabei bist, etwas zu tun, was du gar nicht tun willst, aber du kannst nicht damit aufhören? (Beispiel ...)

Identitätsänderung

Passiert dir das manchmal, dass dich jemand mit deinem Namen anspricht, aber du weißt im Moment gar nicht, dass das dein Name ist? (Beispiel ...)

Benimmst du dich manchmal ganz anders als sonst, und fühlst du dich dann auch wie jemand anderes? (Beispiel ...)

Hast du eine besondere, geheime Freundin oder einen geheimen Freund, der oder die überall mit dir hingehst und den oder die andere Leute nicht sehen können? (Beispiel ...)

Trancezustände und Zeitverlust

Kommt es dir manchmal so vor, als wüssten alle in der Schule etwas, das man ihnen gesagt hat, aber das du nicht weißt? (Beispiel ...)

Passiert es dir manchmal, dass die Klasse sich mit einem ganz anderen Thema beschäftigt, aber du hast es nicht mitgekriegt? (Beispiel ...)

Stellst du manchmal fest, dass Zeit vergangen ist und du dich nicht daran erinnern kannst, was in der Zeit passiert ist? (Beispiel ...)

Hast du einen bestimmten Ort in deinem Innern, an den du gehst, oder ein bestimmtes Bild, das du dir vorstellst, wenn es dir nicht gut geht? (Beispiel ...)

Akustische Halluzinationen

Streitest du dich manchmal laut mit dir selbst? (Beispiel ...)

Hörst du manchmal Stimmen in deinem Kopf? (Beispiel ...)

Manchmal reden Kinder, die sich fürchten oder einsam sind, innerlich mit jemandem. Machst du das auch manchmal? (Beispiel ...)

Anhang V

Fremdbeurteilungs-Fragebogen für dissoziative Störungen bei Kindern und Jugendlichen, ab etwa sechs Jahren (nach Huber 2009: 228-229)

Nachfolgend sind eine Reihe von Verhaltensweisen aufgeführt, die Kinder schildern können. Für jedes Merkmal, das jetzt oder in den letzten zwölf Monaten auf das Kind zutrifft, bitte die Ziffer **2** einkreisen, wenn dies auf das Kind **ganz sicher** zutrifft. Kreisen Sie **1** ein, wenn das Merkmal irgendwie oder **manchmal** bei dem Kind vorkommt. Wenn das Merkmal **nicht** zutrifft, kreisen Sie bitte die **0** ein.

- 0 1 2** 1. Das Kind erinnert sich nicht an schmerzvolle oder traumatische Erfahrungen oder verleugnet diese, obwohl man weiß, dass diese passiert sind.
- 0 1 2** 2. Das Kind gerät manchmal in Dämmer- oder Trancezustände oder erscheint des Öfteren wie „nicht von dieser Welt“. Möglicherweise berichten Erzieherinnen oder Lehrerinnen, dass es sehr oft Tagträume hat.
- 0 1 2** 3. Das Kind zeigt rasche Veränderungen in seiner Persönlichkeit. Es kann wechseln zwischen scheu und offen, feminin und maskulin oder furchtsam und aggressiv.
- 0 1 2** 4. Das Kind ist ungewöhnlich vergesslich oder verwirrt in Bezug auf Dinge, die es eigentlich wissen müsste. Es vergisst den Namen von Freunden, Lehrern oder anderen wichtigen Personen, verliert Eigentum oder verirrt sich leicht.
- 0 1 2** 5. Das Kind hat ein sehr schlechtes Zeitgefühl. Es lebt ohne Zeitablauf; denkt, es ist Morgen, wenn es in Wirklichkeit schon Nachmittag ist. Es weiß nicht, welcher Tag heute ist, und kann keine genauen Zeitangaben machen, wann was passiert ist.
- 0 1 2** 6. Das Kind zeigt deutliche Schwankungen von Tag zu Tag oder von Stunde zu Stunde in Bezug auf Fertigkeiten, Wissen, Lieblingsspeisen, sportliches Können. Beispiele sind: veränderte Handschrift, plötzliches Nachlassen der Merkfähigkeit für früher Gelerntes wie das Einmaleins, Rechtschreibung, Gebrauch von (Spiel-)Geräten.
- 0 1 2** 7. Das Kind zeigt deutliche Rückentwicklungstendenzen im altersgemäßen Verhalten. Z. B. kann eine Zwölfjährige plötzlich in Babysprache sprechen, am Daumen nuckeln oder malen wie eine Vierjährige.
- 0 1 2** 8. Das Kind hat große Schwierigkeiten damit, aus Erfahrung zu lernen. So verändern z. B. Erklärungen, Erziehungsmaßnahmen oder sogar Strafen sein Verhalten nicht.
- 0 1 2** 9. Das Kind beharrt auf „Lügen“ oder bleibt beim Leugnen von Fehlverhalten, obwohl es sich tatsächlich nachweislich so verhalten hat.
- 0 1 2** 10. Das Kind spricht von sich selbst in der dritten Person (z. B. als „sie“ oder „er“) oder besteht manchmal darauf, mit anderen Namen gerufen zu werden. Ebenso kann es behaupten, dass Dinge, die es selbst getan hat, einer anderen Person passiert sind.
- 0 1 2** 11. Das Kind hat rasch wechselnde körperliche Beschwerden wie Kopf- oder Magenschmerzen. Es kann sich in der einen Minute über Kopfschmerzen beklagen und in der anderen Minute alles vergessen haben.

- 1 2 12. Das Kind ist ungewöhnlich sexuell frühreif und legt ein nicht altersgemäßes sexuelles Verhalten mit anderen Kindern und Erwachsenen an den Tag.
- 1 2 13. Das Kind leidet an unerklärlichen Verletzungen oder verletzt sich manchmal unverständlicherweise selbst.
- 1 2 14. Das Kind berichtet, dass es Stimmen hört, die zu ihm sprechen. Die Stimmen können freundlich oder ärgerlich sein, kommen von „eingebildeten Spielkameraden“ oder klingen wie die Stimmen von Eltern, Freunden oder Lehrern.
- 1 2 15. Das Kind stellt sich einen oder mehrere leibhaftige Spielkameraden vor. Es kann darauf bestehen, dass so eine eingebildete „Freundin“ für Dinge verantwortlich sei, die das Kind selbst getan hat.
- 1 2 16. Das Kind hat heftige Wutausbrüche, oft ohne erkennbaren Grund, und zeigt in diesen Phasen eine ungewöhnliche körperliche Stärke.
- 1 2 17. Das Kind wandelt nachts im Schlaf.
- 1 2 18. Das Kind hat ungewöhnliche Erlebnisse in der Nacht. Z. B. kann es berichten, Geister gesehen zu haben oder dass Dinge passieren, die man ihm nicht anlasten dürfe, wie kaputtetes Spielzeug, unerklärliche Verletzungen.
- 1 2 19. Das Kind spricht oft mit sich selbst, kann dabei mit anderer Stimme reden oder sich selbst beschimpfen.
- 1 2 20. Das Kind hat zwei oder mehr eigenständige Persönlichkeiten, die jeweils die Kontrolle über sein Verhalten ausüben können.

Hinweis: Achten Sie bei der Auswertung auch auf die eingekreiste 1 – hier gilt es, näher nachzufragen bzw. weiter zu beobachten. Der Fragebogen fragt nach Hinweisen auf die Dissoziationsformen Amnesie, Depersonalisierung, Derealisierung, Fugue und dissoziative Identitätsstörung (multiple Persönlichkeitsstörung).

Ehrenwörtliche Erklärung

Bachelor Thesis

Erklärung der Studierenden zur Bachelor Thesis

Name, Vorname: Kuck Shoshanna

Titel/Untertitel Bachelor Thesis:

ANTWORTEN DER SOZIALEN ARBEIT AUF DIE TRAUMATISIERUNG VON UNBEGLEITETEN MINDERJÄHRIGEN ASYLSUCHENDEN

Wie kann die Soziale Arbeit traumatisierte unbegleitete minderjährige Asylsuchende bei der Traumaverarbeitung unterstützen?

Begleitung Bachelor Thesis:

lic. phil. Jutta Guhl

Hochschule für Soziale Arbeit

Institut Sozialplanung, Organisationaler Wandel und Stadtentwicklung

FHNW Basel

Ich erkläre hiermit ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bachelor Thesis selbstständig, ohne unerlaubte Hilfe und nur unter Benutzung der angegebenen Quellen, Hilfsmittel und Hilfeleistungen verfasst und sämtliche Zitate kenntlich gemacht habe. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form, auch nicht in Teilen, keiner anderen Prüfungsinstanz vorgelegt und auch nicht veröffentlicht.

Datum: 30.06.2016

Unterschrift:.....