

# **Traumatisierte Asylsuchende in der Schweiz**

Konzepte und Methoden einer wirksamen Beratung im  
Kontext der Sozialen Arbeit



Abb. 1: Titelbild

**Sarah Siegrist**

Eingereicht bei:

**Prof. Johanna Kohn**

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

Eingereicht im Januar 2017 zum Erwerb des Bachelor of Arts in Sozialer Arbeit

## **Abstract**

Die vorliegende Arbeit erörtert die Frage, wie traumatisierte Asylsuchende in der Schweiz im Rahmen der Sozialen Arbeit wirksam beraten werden können.

Das erste Kapitel liefert einen Überblick über das Asylverfahren in der Schweiz. Die darauf folgenden Kapitel thematisieren den Begriff der Traumatisierung. Es wird erläutert, was eine Traumatisierung ist, welches die Ursachen für Traumatisierungen im Kontext von Flucht und Migration sind und welche Folgestörungen sich daraus ergeben können. Diese Erläuterungen zeigen, dass das Asylverfahren für traumatisierte Asylsuchende eine besonders belastende Lebenslage darstellt und zu Retraumatisierungen führen kann. Davon ausgehend wird erörtert, wie im Rahmen der Beratung Hinweise auf eine Traumatisierung erkannt werden können. Das Wahrnehmen der Bedürfnisse von traumatisierten Asylsuchenden ist fundamental, um eine wirksame Beratung zu gewährleisten. Die abschliessenden beiden Kapitel dieser Arbeit zeigen Merkmale, Hilfestellungen und bewährte Beratungsansätze auf, die eine wirksame Beratung ermöglichen. Hierbei werden verschiedene Konzepte und Kompetenzen vorgestellt und mit praktischen, methodischen Vorgehensweisen veranschaulicht.

## Inhaltsverzeichnis

<b>Abstract</b> .....	<b>2</b>
<b>1. Einleitung</b> .....	<b>6</b>
1.1 Ausgangslage.....	6
1.2 Relevanz für die Soziale Arbeit .....	7
1.3 Persönlicher Bezug .....	7
1.4 Zielsetzung und Herleitung der Fragestellung .....	8
1.5 Methodisches Vorgehen.....	8
1.6 Aufbau der Arbeit.....	8
<b>2. Das Schweizer Asylverfahren</b> .....	<b>10</b>
2.1 Rechtliche Grundlagen .....	10
2.2 Das Asylgesuch .....	10
2.3 Verfahrensdauer .....	12
2.4 Der Asylentscheid.....	12
2.5 Zusammenfassung .....	13
<b>3. Traumatisierung im Kontext von Flucht und Migration</b> .....	<b>14</b>
3.1 Definition einer Traumatisierung .....	14
3.2 Die traumatische Situation .....	15
3.3 Die traumatische Reaktion .....	17
3.4 Der traumatische Prozess .....	18
3.5 Auslöser einer Traumatisierung im Kontext von Flucht und Migration .....	19
3.5.1 Folter.....	19
3.5.2 Sexualisierte Gewalt.....	20
3.5.3 Krieg .....	20
3.5.4 Flucht.....	21
3.6 Zusammenfassung .....	21
<b>4. Traumafolgestörungen im Kontext von Flucht und Migration</b> .....	<b>22</b>
4.1 Die Posttraumatische Belastungsstörung .....	22
4.2 Angststörungen.....	23
4.3 Depressionen.....	24
4.4 Somatisierungsstörungen.....	24
4.5 Abhängigkeitsstörungen .....	25
4.6 Zusammenfassung .....	25
<b>5. Auswirkungen des Asylverfahrens auf traumatisierte Asylsuchende</b> .....	<b>26</b>
5.1 Retraumatisierung im Fluchtland .....	26

5.1.1	Befragungen im Rahmen des Asylverfahrens .....	26
5.1.2	Unsicherer Aufenthaltsstatus .....	27
5.1.3	Unterkünfte der Asylsuchenden .....	27
5.1.4	Anpassung an eine fremde Kultur .....	28
5.2	Zusammenfassung .....	28
<b>6.</b>	<b>Hinweise auf eine Traumatisierung .....</b>	<b>29</b>
6.1	Misstrauen .....	29
6.2	Verbitterung .....	30
6.3	Intrusionseinschübe .....	30
6.4	Erinnerungslücken .....	30
6.5	Vermeidungsverhalten und emotionale Taubheit .....	31
6.6	Schlafstörungen und Alpträume .....	31
6.7	Übererregbarkeit und Störung der Emotionsregulierung .....	31
6.8	Chronische Schmerzzustände .....	32
6.9	Zusammenfassung .....	32
<b>7.</b>	<b>Bedürfnisse traumatisierter Asylsuchender .....</b>	<b>33</b>
7.1	Bedürfnis nach Sicherheit .....	33
7.2	Bedürfnis nach Geborgenheit .....	33
7.3	Bedürfnis wahrgenommen zu werden .....	34
7.4	Bedürfnis nach Selbstwirksamkeit .....	34
7.5	Zusammenfassung .....	35
<b>8.</b>	<b>Merkmale und Hilfestellungen einer wirksamen Beratung .....</b>	<b>36</b>
8.1	Kompetenzen der Beratenden .....	36
8.1.1	Transkulturelle Kompetenz .....	36
8.1.2	Traumaisensible Haltung .....	37
8.1.3	Mit Misstrauen und belastenden Gefühlen umgehen .....	37
8.1.4	Kommunikative Kompetenzen .....	38
8.2	Traumapädagogische Empfehlungen .....	38
8.2.1	Sicherheit vermitteln .....	39
8.2.2	Erleben einer sicheren Bindung .....	41
8.2.3	Unterstützung positiver Selbstbilder .....	41
8.3	Kooperation und Vernetzung mit anderen Fachkräften .....	42
8.3.1	Dolmetscher .....	42
8.3.2	Vernetzung mit Fachkräften .....	42
8.4	Zusammenfassung .....	43

<b>9. Eine ressourcenorientierte und stabilisierende Beratung.....</b>	<b>44</b>
9.1  Im Hier und Jetzt.....	44
9.1.1  Der lösungsorientierte Beratungsansatz.....	45
9.1.2  Der systemische Ansatz.....	46
9.2  Zusammenfassung .....	47
<b>10. Schlussfolgerung.....</b>	<b>48</b>
10.1  Zusammenfassung der Hauptkenntnisse und Ausblick .....	48
10.2  Reflexion .....	52
<b>11. Literaturverzeichnis.....</b>	<b>53</b>
<b>12. Internetquellenverzeichnis .....</b>	<b>58</b>
<b>13. Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>60</b>

## 1. Einleitung

### 1.1 Ausgangslage

Die Bilder, wie Babies, Kinder, Frauen und Männer unter widrigen und lebensbedrohlichen Umständen übers Mittelmeer oder per Fussmarsch nach Europa gelangen oder in menschenunwürdigen Flüchtlingscamps zwischenzeitlich untergebracht sind, sind spätestens seit letztem Jahr omnipräsent.

„Menschen migrieren, um sich und ihre Familien vor Verfolgung und Bürgerkrieg zu schützen, um diskriminierenden und spannungsreichen Situationen zu entrinnen und um sich und ihren Familien sozialen Aufstieg, mehr Bildung und eine bessere Zukunft zu sichern.“ (Schirilla 2016: 11)

In der Schweiz reichten im Jahr 2015 39'523 Menschen ein Asylgesuch ein – so viele, wie seit dem Kosovo-Krieg nicht mehr. Die Mehrheit der Asylsuchenden stammte aus Eritrea, Afghanistan, Syrien, dem Irak, Sri Lanka und Somalia. Für die grosse Anzahl an Schutzsuchenden können mehrere, teilweise miteinander zusammenhängende, Faktoren verantwortlich gemacht werden. Der seit nun mehr als fünf Jahren anhaltende Krieg in Syrien hat zu einer schweren humanitären Krise geführt. Im Irak, in Afghanistan und den umliegenden Ländern blieb die politische Lage weiterhin unsicher und in Eritrea zeigte sich keine Verbesserung der Menschenrechtslage. Gleichzeitig gerieten Nachbarschaftsstaaten der Krisenländer an ihre Kapazitätsgrenzen und sahen sich überfordert in der Aufnahme der zahlreichen Schutzsuchenden (vgl. Staatssekretariat für Migration 2016a: 7, 9, Staatssekretariat für Migration 2016b).

Unter den Schutzbedürftigen befindet sich aufgrund der grausamen Erfahrungen vor und während der Flucht, bedingt durch Krieg, Folter und Gewalt eine Vielzahl traumatisierter Menschen. Auch in den nun Schutz bietenden Aufnahmeländern können die Erinnerungen an die immer gleichen, beängstigenden Szenen zurückkehren und vor dem geistigen Auge ablaufen. Das Schweizer Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer geht davon aus, dass 40-60% der Asylsuchenden unter psychischen Beeinträchtigungen leiden (vgl. Bachmann 2012, Ellner 2015). Michaela Huber, eine Psychologin und Psychotherapeutin, die sich mit Traumata von Flüchtlingen auseinandersetzt, geht noch einen Schritt weiter und vertritt die These, dass alle Flüchtlinge traumatisiert sind, weil sie über lange Zeit in Todesangst und existenzieller Not leben mussten (vgl. Zito/Martin 2016: 7). Es kann also davon ausgegangen werden, dass eine Vielzahl der Asylsuchenden traumatische Erfahrungen erleben mussten, die mit viel Leid, Verlust und Schrecken verbunden waren.

Im Zielland angekommen, erfahren traumatisierte Asylsuchende jedoch oft nicht die Behandlung, die sie dringend benötigen (vgl. Ellner 2015). Während des Asylverfahrens erfolgen stattdessen weitere schwierige Umstände, die die Betroffenen zusätzlich belasten und sie Ohnmacht und Hilflosigkeit verspüren lassen (vgl. Zito/Martin 2016: 7).

Vorangegangene Gedanken dienen dazu, die Lebensumstände vieler Geflüchteten grob zu skizzieren. Die folgende Arbeit geht nun der Frage nach, inwiefern die betroffene Adressatengruppe durch die Soziale Arbeit in den entsprechenden Berufs- und Handlungsfeldern der Flüchtlingshilfe wirksam und unterstützend beraten werden kann.

## **1.2 Relevanz für die Soziale Arbeit**

„Soziale Arbeit zielt darauf ab, auf der Basis der Menschenrechte und Vorstellungen sozialer Gerechtigkeit zur Lösung sozialer Probleme beizutragen und die Lebens- und Gestaltungsmöglichkeiten von Menschen zu verbessern.“ (Schirilla 2016: 11) Angesichts der gestiegenen Zuwanderung und den damit einhergehenden Problemen werden die Themen Migration, Flucht und Trauma immer wichtiger für die Soziale Arbeit (vgl. ebd.: 11). Insbesondere die Folgen der Migration sowie die Reaktionen der Einwanderungsländer stellen eine Herausforderung für die Soziale Arbeit dar. Migrantinnen und Migranten sind aber auch Gegenstand Sozialer Arbeit, wenn sie benachteiligt sind oder diskriminiert werden (vgl. ebd.). Gemäss Matthis Schick, dem Leiter des Ambulatoriums für Folter- und Kriegssopfer in Zürich, sind insbesondere traumatisierte Asylsuchende eine benachteiligte Adressatengruppe, da ihre seelischen Leiden oft unerkannt bleiben (vgl. Ellner 2015). Um traumatisierte Asylsuchende ihren ganz spezifischen Bedürfnissen entsprechend zu beraten und sie zu unterstützen, braucht es geschulte und sensibilisierte Fachkräfte, welche die Anliegen dieser bedürftigen Menschen erkennen. Es ist zentral, dass sich Professionelle der Sozialen Arbeit, aufbauend auf den Prinzipien der Menschenrechte, fundiertes Wissen aneignen, um adäquat und professionell handeln zu können (vgl. Avenir Social 2010: 6).

## **1.3 Persönlicher Bezug**

Im Rahmen des studienbegleitenden Studiums an der HSA/FHNW arbeitet die Autorin dieser Bachelor Thesis seit vier Jahren in einem spezialisierten Team der Sozialhilfe Basel, welches vulnerable Asylsuchende und Flüchtlinge sozialarbeiterisch berät und unterstützt. Ihr Arbeitgeber unterstützte sie zusätzlich im Rahmen von Weiterbildungen und Schulungen bezüglich Beratung traumatisierter Asylsuchender. Aufgrund der mehrjährigen Beratung von traumatisierten Asylsuchenden und dem Wissen um ihre erschwerte Lebenslage, war es der Autorin ein besonderes Anliegen, ihre Bachelor Thesis zu dieser Thematik zu verfassen.

## **1.4 Zielsetzung und Herleitung der Fragestellung**

Aufgrund aller eben aufgeführten Vorüberlegungen, formuliert die Autorin die übergeordnete Fragestellung dieser Bachelor Thesis wie folgt: *Welche Beratungsansätze bzw. Methoden der Sozialen Arbeit haben sich in der Beratung traumatisierter Asylsuchender bewährt und was sind die Erfolgsmerkmale?*

Das Ziel dieser Bachelor-These liegt darin, aufzuzeigen, wie Professionelle der Sozialen Arbeit für die Bedürfnisse traumatisierter Asylsuchender sensibilisiert werden und im Rahmen der Beratungstätigkeit Merkmale einer Traumatisierung früh erkennen und wahrnehmen können. So sollen traumatisierte Asylsuchende möglichst wirksam, zeitnah und professionell unterstützt werden. Gleichzeitig soll diese Bachelor Thesis für Professionelle der Sozialen Arbeit, welche mit traumatisierten Asylsuchenden arbeiten, ein Leitfaden darstellen, in welchem sie anschauliche Hilfestellungen erhalten, damit eine wirksame und adäquate Beratung zustande kommen kann. Die Arbeit stellt zentrale Konzepte und methodische Vorgehensweisen vor und bietet konkrete Anregungen für die Beratungstätigkeit.

Damit die zentrale Fragestellung dieser Bachelor Arbeit umfassend erörtert und beantwortet werden kann, werden dementsprechend weitere Unterfragen beantwortet. Sie lauten: *Welche Merkmale kennzeichnen eine Traumatisierung? Wie kann eine Traumatisierung im Beratungskontext möglichst früh erkannt werden? Welche Herausforderungen stellen sich im Rahmen der Beratung erwachsener traumatisierter Asylsuchender im Asylverfahren? Welche Bedürfnisse haben traumatisierte Asylsuchende? Inwiefern kann auf die Bedürfnisse traumatisierter Asylsuchender im Beratungskontext der Sozialen Arbeit eingegangen werden?*

## **1.5 Methodisches Vorgehen**

Aktuelle Fachliteratur aus den Bereichen des Asylwesens, der Sozialen Arbeit, der Psychologie und der Traumapädagogik schafften die Grundlage für diese Arbeit. Nebst den Erkenntnissen aus der aktuellen Fachliteratur, fliessen aber auch Erfahrungen, die die Autorin im Rahmen ihrer eigenen Arbeit machte, mit ein. Eine besuchte Fachtagung zum Thema „Flucht und Trauma“, gaben der Autorin die Idee für die Struktur dieser Arbeit.

## **1.6 Aufbau der Arbeit**

In einem ersten Teil wird das Schweizer Asylverfahren beleuchtet sowie die aktuelle Rechtslage dargelegt. Aus diesen Erkenntnissen heraus wird ein grundlegender Überblick zur Lebenslage von Asylsuchenden in der Schweiz vermittelt. In einem nächsten Schritt liegt



der Fokus auf dem Thema Traumatisierung. Die in diesem Kapitel gegebenen Informationen sollen Fachkräften ein eingehenderes Verständnis von Traumatisierungen ermöglichen. Aufbauend auf diesem Wissen, werden im folgenden Kapitel konkrete Folgestörungen aufgrund einer Traumatisierung im Kontext von Flucht und Migration dargelegt. Das fünfte Kapitel beleuchtet die Auswirkungen des laufenden Asylverfahrens auf traumatisierte Asylsuchende und erläutert retraumatisierende Faktoren, die sich daraus ergeben können. Das nächstfolgende Kapitel widmet sich der Frage, wie Professionelle der Sozialen Arbeit im Beratungssetting mögliche Hinweise auf eine Traumatisierung erkennen können. Damit eine wirksame Beratung überhaupt ermöglicht wird, ist es von Bedeutung, dass sich Beratende bewusst sind, welche Bedürfnisse traumatisierte Asylsuchende haben. Darüber wird im siebenten Kapitel Aufschluss gegeben. Aufbauend auf diesen Erkenntnissen, widmet sich das nächstfolgende Kapitel den Merkmalen und Hilfestellungen im Kontext einer wirksamen Beratung und erörtert verschiedene Konzepte und methodische Vorgehensweisen. Im neunten Kapitel dieser Arbeit werden Beratungsansätze, die sich bewährt haben, dargestellt und mit praktischen Verfahrensweisen veranschaulicht. Abschliessend folgen die Schlussfolgerung und eine Diskussion der Erkenntnisse sowie ein Ausblick auf weiterführende Gedanken, die sich durch die Ausarbeitung dieser Bachelor Thesis ergeben haben. Eine Reflexion beendet diese Arbeit.

## **2. Das Schweizer Asylverfahren**

Um die Lebenslage und die Bedürfnisse traumatisierter Asylsuchender näher zu beleuchten und um den Bedarf zu erkennen, den eine adäquate Beratung mit dieser Klientengruppe möglich macht, wird eingangs zuerst das Asylverfahren in der Schweiz kurz erläutert. Aufbauend auf diesen Grundinformationen, kann die Lebens- und Bedürfnislage traumatisierter Asylsuchender umfassend verstanden werden, was schlussendlich auch eine wirksame und adäquate Beratung ermöglicht.

### **2.1 Rechtliche Grundlagen**

Die Schweiz hat eine langjährige humanitäre Tradition, was die Flüchtlingspolitik des Landes stark geprägt hat (vgl. UNHCR o.J.). Grundsätzlich gewährt die Schweiz denjenigen Menschen Schutz und Aufenthalt, die in ihren Herkunftsländern entweder verfolgt werden und ernsthaften Nachteilen ausgesetzt sind oder aus anderen humanitären Gründen nicht in ihr Herkunftsland zurückkehren können (vgl. Schweizerische Flüchtlingshilfe o.J. a).

Im Zuge eines Asylverfahrens stützen sich die Schweizer Behörden auf die nationalen Rechtsgrundlagen des Schweizer Asylgesetzes und die Asylverordnung über Verfahrensfragen. Nebst den nationalen Rechtsgrundlagen gelten ebenso die Genfer Flüchtlingskonvention sowie die Europäische Menschenrechtskonvention als völkerrechtlich relevante Grundlagen. Für die Prüfung aller Asylgesuche ist in der Schweiz das Staatssekretariat für Migration (SEM) zuständig, welches im Zuge eines Verfahrens jedes gestellte Asylgesuch individuell prüft (vgl. ebd.).

### **2.2 Das Asylgesuch**

Im Juni 2013 stimmten die stimmberechtigten Schweizerinnen und Schweizer einer Asylgesetzrevision zu. Das Ziel besagter Revision war, das Verfahren so zu beschleunigen, dass zwischen der Einreichung eines Asylgesuchs und dem Entscheid, nicht mehr als hundert Tage liegen. Mit dem beschleunigten Asylverfahren beabsichtigt der Bundesrat, die Verfahren deutlich schneller als bisher und trotzdem rechtsstaatlich korrekt abzuwickeln. Dieses neue Verfahren lässt sich derzeit grob in drei Phasen unterteilen, welche nachfolgend erläutert werden (vgl. Vimentis 2014).

Grundsätzlich kann ein Asylgesuch von einer ausländischen Person, die Schutz vor Verfolgung sucht, sowohl in mündlicher als auch schriftlicher Form in einem der fünf Empfangs- und Verfahrenszentren der Schweiz (EVZ), an einer Schweizer Grenzkontrollstelle oder bei der Grenzkontrolle eines Schweizer Flughafens gestellt werden (vgl. Schweizerische Flüchtlingshilfe o.J. a). Stellt eine Person nun ein Asylgesuch, so wird

sie als Asylsuchende bezeichnet und hat während der Zeit des Asylverfahrens ein Aufenthaltsrecht in der Schweiz (vgl. Krueger 2013: 64).

Sobald eine Person ein Asylgesuch eingereicht hat, beginnt in den Empfangs- und Verfahrenszentren die erste Phase, die sogenannte Vorbereitungsphase, welche maximal drei Wochen dauert (vgl. Schweizerische Flüchtlingshilfe o.J. a). Während dieser Zeit werden die Asylsuchenden registriert, was eine Aufnahme eines Passfotos, die Abnahme der Fingerabdrücke sowie die Erfassung des Gesundheitszustandes beinhaltet (vgl. Staatssekretariat für Migration 2016d).

Im Verlauf eines Asylverfahrens hat die um Asyl ersuchende Person die Pflicht, die Schweizer Behörden über deren Identität zu informieren und diese - wenn möglich - mit offiziellen Dokumenten zu belegen. Die Behörden ihrerseits führen zusätzliche Abklärungen zur Herkunft und zur Identität der Gesuchstellenden durch. In der Vorbereitungsphase findet überdies eine erste Befragung der Person statt. Im Rahmen dieser werden weitere detailliertere Fragen betreffend Identität, Herkunft, Lebensumstände, Reise- und Fluchtweg sowie zu den Asylgründen gestellt (vgl. Schweizerische Flüchtlingshilfe o.J. b).

Im Rahmen eines Asylverfahrens arbeiten die Bundesämter, Kantone und Gemeinden im Bereich der Flüchtlings- und Asylpolitik mit verschiedenen Flüchtlings- und Menschenrechtsorganisationen, den sogenannten Nichtregierungsorganisationen (NGO), zusammen. Diese begleiten Asylsuchende zu den Anhörungen, leisten Rechtsbeistand und sollen durch ihre Präsenz einen fairen Ablauf des Verfahrens gewährleisten (vgl. Vimentis 2014).

In einer zweiten Phase wird geprüft, ob die asylsuchende Person bereits in einem anderen Staat ein Asylgesuch eingereicht hat. Derzeit sind rund 40 Prozent aller Asylsuchender sogenannte „Dublin-Fälle“. Das bedeutet, dass sie bereits in einem anderen Land in einem Asylverfahren stehen oder als Flüchtlinge anerkannt sind. In diesen Fällen wird nicht auf die gestellten Asylgesuche eingegangen und die Asylsuchenden werden aus der Schweiz weggewiesen bzw. an den zuständigen Staat rücküberführt. In allen anderen Fällen beginnt dann das erstinstanzliche Verfahren in dem innert weniger Tage entschieden wird, ob ein beschleunigtes oder erweitertes Verfahren durchgeführt wird. Ein beschleunigtes Verfahren wird in eindeutigen Fällen, in denen keine weiteren Abklärungen nötig sind, durchgeführt (vgl. ebd.).

Asylsuchende, über deren Gesuch nicht in einem EVZ entschieden werden kann, werden bis zum Abschluss des Asylverfahrens gemäss einem Verteilschlüssel einem Kanton zugeteilt. Der Verteilschlüssel wird anhand der Bevölkerungsgrösse eines Kantons bemessen (vgl. Staatssekretariat für Migration 2016d). Die zuständigen Kantone sind dazu verpflichtet, den Asylsuchenden während dieser Zeit die gesetzlich festgelegte minimale Sozialhilfe auszurichten. Asylsuchende erhalten im Rahmen der Kantonszuweisung, der dritten Phase des Verfahrens, den Ausweis N. Dieser gilt als Identitätsausweis, bis eine Entscheidung über das Asylgesuch gefällt ist. Nach der Kantonzuteilung werden die Asylsuchenden in der Regel ein zweites Mal vom SEM ausführlich zu ihren Asylgründen befragt. Sie erhalten dabei die Gelegenheit, detailliert zu erzählen, aus welchen Gründen sie geflüchtet sind. Dabei können sie Beweismittel, etwa in Form von Fotos, Gerichtsurteilen, Polizeivorladungen etc. vorlegen. Aufgrund der gesammelten Informationen prüft das SEM anschliessend, ob eine Person als Flüchtling anerkannt wird (vgl. Schweizerische Flüchtlingshilfe o.J. b).

### **2.3 Verfahrensdauer**

Das Ziel des revidierten Asylgesetzes von 2013 ist, wie bereits erwähnt, die Beschleunigung der Asylverfahren auf hundert Tage (vgl. Vimentis 2014). Die Realität sieht aber meist anders aus. Gemäss dem Migrationsbericht des Staatssekretariates für Migration von 2015, lag die durchschnittliche Verfahrensdauer im Jahr 2015 bei 278 Tagen und im Jahr 2014 gar bei 401 Tagen (vgl. Staatssekretariat für Migration 2016a: 24). Dies sei einerseits darauf zurückzuführen, dass aufgrund früherer, tiefer liegender Asylgesuchszahlen heute noch personelle Ressourcen für eine effiziente Bearbeitung der steigenden Asylgesuche fehlen (vgl. Eidgenössische Migrationskommission 2016). Andererseits legte das SEM fest, dass schwach begründete Asylgesuche sowie ältere, mutmassliche Bleibefälle, das heisst Asylsuchende, die voraussichtlich eine Aufenthaltsbewilligung erhalten werden, prioritär behandelt würden. Deswegen besteht für neue Gesuche auch heute noch, trotz der Reform von 2013, meist eine längere Wartezeit als hundert Tage (vgl. Staatssekretariat für Migration 2016c).

### **2.4 Der Asylentscheid**

Werden einer Person die Eigenschaften eines Flüchtlings zuerkannt, erhält diese in der Regel Asyl und das Asylgesuch wird gutgeheissen. In diesem Fall erhält die Person den Ausweis B sowie einen Reiseausweis (vgl. Schweizerische Flüchtlingshilfe o.J. b). Wird ein Asylgesuch dagegen abgelehnt, besteht für die Betroffenen die Möglichkeit, beim Bundesverwaltungsgericht in St. Gallen eine Beschwerde einzureichen. Das Bundesverwaltungsgericht ist die erste und zugleich letzte Beschwerdeinstanz in Asylangelegenheiten. Um eine Beschwerde einzureichen, können sich Asylsuchende mit

einem ablehnenden Bescheid an eine Rechtsberatungsstelle oder einen Anwalt wenden, um Hilfe und Unterstützung beim Verfassen einer Beschwerde zu erhalten. Die unabhängigen kantonalen Rechtshilfen sind kostenlos, helfen allerdings fast nur in Fällen, die Aussicht auf Erfolg haben (vgl. Schweizerische Flüchtlingshilfe o.J. a).

## **2.5 Zusammenfassung**

Ein Asylgesuch kann in einem der fünf Empfangs- und Verfahrenszentren oder an einer Grenzkontrollstelle der Schweiz gestellt werden. Zuständig für die Prüfung aller Asylgesuche in der Schweiz ist das Staatssekretariat für Migration. Das heutige Verfahren gliedert sich grob in drei Phasen. Die Vorbereitungsphase dient diversen ersten Abklärungen. In einer zweiten Phase wird geprüft, ob die gesuchstellende Person bereits in einem anderen Staat ein Asylgesuch gestellt hat. Benötigt das SEM mehr Zeit, um das Asylgesuch zu prüfen, werden die Asylsuchenden in einer dritten Phase einem Kanton zugeteilt.

Die Befragungssituationen sowie die teilweise immer noch langen Verfahrenszeiten, stellen für Asylsuchende generell eine Belastungsprobe dar. So beobachtete die Autorin dieser Bachelor Thesis im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit, dass die Verfahren auch heute noch, teils Jahre dauern, bis ein Entscheid gefällt wird. Die Behörden zeigen sich zwar bemüht, Asylgesuche relativ zügig zu bearbeiten. Die gegenwärtigen Umstände – mit Ressourcen-Engpässen und überlasteten Behörden – erschweren die rasche Bearbeitung von hierzulande gestellten Asylgesuchen jedoch stark. Vor allem für traumatisierte Asylsuchende stellen sich diese Umstände als besonders herausfordernd dar.

### **3. Traumatisierung im Kontext von Flucht und Migration**

Für die Beantwortung dieser Bachelor Arbeit ist es zentral, dass nun vorerst der Begriff der Traumatisierung eingehend erläutert wird. Darüber hinaus wird in diesem Kapitel ein Bezug zu Spezifika traumatischer Situationen hergestellt und die Reaktion sowie der Prozess einer Traumatisierung näher beleuchtet. Abschliessend erfolgt ein Überblick über mögliche Auslöser einer Traumatisierung, welche im Kontext von Flucht und Migration stehen könnten.

#### **3.1 Definition einer Traumatisierung**

Der Begriff „Trauma“ entstammt dem Altgriechischen und bedeutet „Wunde“ (vgl. Baer/Frick-Baer 2016: 38). Im psychiatrischen Kontext ist der Begriff des Traumas als eine körperlich-seelische Störung, fest etabliert (vgl. Krueger 2013: 56f).

Nach ICD-10, dem international gültigen Klassifikationssystem für psychische Störungen, wird das Trauma in einer Untergruppe der psychischen Störungen klassifiziert. Eine psychische Störung wird dort als eine längerfristige Veränderung des Fühlens, Denkens und Verhaltens, das von der allgemeinen Norm abweicht, Leid verursacht und das soziale Miteinander erschwert oder gar verunmöglicht, definiert (vgl. Baierl 2014: 22f). Im Weiteren wird der Begriff Trauma nach ICD-10 als ein kurz- oder langanhaltendes Ereignis oder Geschehen von aussergewöhnlicher Bedrohung mit katastrophalem Ausmass, welches bei nahezu jeder Person tiefgreifende Verzweiflung auslöst, beschrieben (vgl. ICD-10 2016). Ein traumatisches Ereignis bewirkt, dass sich die Betroffenen dem Trauma gegenüber hilflos ausgeliefert sehen und kaum bzw. keinen Einfluss mehr auf die Verarbeitung des Leids, das sie erlitten hatten, haben. In diesem Zusammenhang wurden oft Gefahren für den Körper oder das Leben erlebt, was eine existenzielle Bedrohung darstellte. Von einem Trauma wird also dann gesprochen, wenn ein Mensch einschneidende, schreckliche Ereignisse erlebt, welche ausserhalb des gewöhnlichen menschlichen Erfahrungsbereichs liegen. Traumata übersteigen folglich das Ausmass und die Intensität gewöhnlicher Alltagsereignisse um ein Vielfaches und bewirken in einem Menschen Entsetzen, Furcht und das Erleben intensiver Hilflosigkeit (vgl. Gschwend 2006: 9).

Eine traumatische Situation wird jedoch nicht von allen Menschen gleich empfunden. Ereignisse finden in einem sozialen und biografischen Zusammenhang statt, welcher sich häufig als entscheidend für den Umgang mit dem erlittenen Trauma herausstellt. Die individuellen Ressourcen, der Umgang mit dem Erlebten sowie der kulturelle Hintergrund spielen eine zentrale Rolle, ob eine Situation von einer Person als Trauma bewertet wird oder nicht (vgl. Weiss 2003: 247, Zito/Martin 2016: 28).

Ein Trauma muss jedoch nicht immer zwingend selber und direkt erlebt worden sein. Auch die Beobachtung eines traumatischen Ereignisses oder die detaillierte Berichterstattung eines traumatischen Erlebnisses, können als traumatisch erlebt werden (vgl. Zito/Martin 2016: 19).

### **3.2 Die traumatische Situation**

Wie bereits in der Definition des Traumas erwähnt, ist grundlegend eine traumatische Situation für eine Traumatisierung ausschlaggebend. Gemäss Gröschel sind dies Situationen, welche mit den gewöhnlichen psychischen Mitteln eines Menschen nicht bewältigt werden können (vgl. Gröschel 2008: 19).

Als orientierende Schemata werden im aktuellen wissenschaftlichen Diskurs zwischen menschlich verursachten bzw. zufälligen Traumata sowie zwischen kurzen (Typ I) und langfristigen (Typ II) Traumata unterschieden. Zusätzlich erweitert wurde zuletzt die Klassifikation der Traumata um das medizinisch bedingte Trauma, wobei dieses für die vorliegende Arbeit nicht von zentraler Bedeutung ist (vgl. Maercker 2013, zit. in Maercker 2013: 15). Die beiden ersten Trauma-Typen werden nachfolgend kurz erläutert.

#### ➤ Typ I

Als Trauma-Typ I wird ein einmaliges, kurzfristiges und in sich abgegrenztes überwältigendes Ereignis beschrieben (vgl. Gschwend 2004: 11). Traumata nach dem Typ I sind meist durch akute Lebensgefahr, Unvermitteltheit und Überraschung gekennzeichnet (vgl. Maercker 2013, zit. in Maercker 2013: 15).

#### ➤ Typ II

Beim Trauma-Typ II handelt es sich um eine sogenannte Polytraumatisierung. Dabei wiederholt sich die Erfahrung einer psychischen Traumatisierung oder erstreckt sich über einen andauernden längerfristigen Zeitraum. Dies hat zur Folge, dass es sich dabei stets um wiederholte, serienhafte und vielschichtige Formen traumatischer Erfahrungen handelt und damit auch entsprechend komplexere Folgen für die betroffene Person, deren Gesundheit und Lebenssituation entstehen (vgl. Gschwend 2004: 12). Ein weiteres Charakteristikum beim Trauma-Typ II ist die geringe Vorhersehbarkeit des weiteren Ablaufs des traumatischen Ereignisses (vgl. Maercker 2013, zit. in Maercker 2013: 15).

Der Trauma Typ II, die Polytraumatisierung, wird gemäss Gschwend (2004: 12) wie folgt weiter unterteilt und spezifiziert:

➤ Multiple Traumatisierung

Dabei sind die betroffenen Menschen in ihrem Leben mehrfach schweren, in sich abgeschlossenen traumatisierenden Ereignissen ausgeliefert. Beispiel: Eine Person hat als Kind eine lebensbedrohliche Krankheit erlebt und im Erwachsenenalter wurde die Person Opfer eines Raubüberfalls (vgl. ebd.).

➤ Sequenzielle Traumatisierung

Unter einer sequenziellen Traumatisierung wird eine Anhäufung traumatischer Erfahrungen verstanden, welche zeitlich verteilt, aber als Erfahrung selbst in sich geschlossen sind. Beispiel: Der fortgesetzte sexuelle Missbrauch oder die Vergewaltigung einer Person (vgl. ebd.).

➤ Kumulative Traumatisierung

Dieser Terminus kennzeichnet eine Akkumulierung verschiedener lebensgeschichtlicher Belastungen, welche einzeln gesehen nicht zwingend als Trauma erfahren werden müssen. Doch durch die Abfolge und/ oder Häufung der Ereignisse, kann die Belastung derart erhöht werden, sodass die Ereignisse nicht mehr verarbeitet werden können und das psychische System dekompenziert und zusammenbricht. Beispiel: Krieg, Flucht, das Kind erleidet eine schwere Krankheit (vgl. ebd.).

Des Weiteren, wie bereits erwähnt, können traumatische Situationen unterschieden werden in menschlich verursachte, respektive zufällig widerfahrene Traumata. Von zufällig widerfahrenen Traumata wird vor allem bei einem Unfall oder bei unvorhergesehenen Naturkatastrophen gesprochen. Von menschlich verursachten Traumata wird laut Gschwend dann gesprochen, wenn einer Person durch eine andere Person eine traumatische Erfahrung zugefügt wird (vgl. ebd.). Bei beiden Unterscheidungen ist es von zentraler Bedeutung, „ob die traumatische Erfahrung die Bedrohung und Verletzung körperlicher Grenzen und Integrität umfasste oder ob es sich um Belastungen handelte, die zwar massiv waren oder vom Betroffenen traumatisch verarbeitet wurden, bei denen aber zumindest die körperliche Grenze geschützt, intakt, im Bereich der eigenen Verfügbarkeit blieb“ (Gschwend 2004: 12). Ob eine Person Einflussmöglichkeiten auf das traumatische Geschehen nehmen konnte, wie gering auch immer, erweist sich als ein wesentlicher Punkt, wenn es um die Verarbeitung des Erlebnisses geht (vgl. ebd.: 13).



### 3.3 Die traumatische Reaktion

„Die Reaktion auf ein Trauma ist primär als normale Reaktion auf ein anormales Geschehen einzustufen.“ (Schweizerisches Rotes Kreuz 2008: 24) Während und kurz nach einer traumatischen Situation initiiert die betroffene Person dabei sofort innerliche Abwehr- und Bewältigungsmechanismen (vgl. Gröschel 2008: 20). Angesichts der aus einer traumatischen Situation ausgehenden akuten (Lebens-)Gefahr, werden sämtliche physiologischen, biologischen und psychologischen Stress- und Notfallmechanismen aktiviert, welche autonom in Erscheinung treten (vgl. Gschwend 2002: 15). Folgend eine Aufzählung von zentralen Reaktionen im Rahmen einer traumatischen Situation.

Physiologische Reaktionen:

- Erhöhter Blutdruck
- Erhöhte Muskelanspannung
- Beschleunigter Herzschlag
- Schnelle und oberflächliche Atmung (vgl. ebd.).

Biologische Reaktionen:

- Stresshormone werden freigesetzt.
- Die Anzahl der Synapsen verringern sich im Gehirn, wodurch die Möglichkeit der Informationsübertragung eingeschränkt wird.
- Die Wahrnehmungseindrücke sind fragmentarisch und werden visuell, akustisch, olfaktorisch und kinästhetisch gespeichert (vgl. ebd.).

Psychologische Reaktionen:

- Die Wahrnehmungseindrücke sowie das Erleben sind fragmentarisch und dissoziiert.
- Die Erfahrung kann nicht mehr semantisch und in Kategorien erfasst und geordnet gedacht werden.
- Das Sprachzentrum ist während und unmittelbar nach einer traumatischen Situation stillgelegt. Die Betroffenen sind buchstäblich sprachlos.
- Wahrnehmung und Aufmerksamkeit sind ganz nach aussen gerichtet, ganz auf die Quelle der Gefahr.
- Alles, was sich innerlich abspielt, wird nicht mehr wahrgenommen, weder Angst noch Schmerz (vgl. ebd.: 16).

Diese Ausführungen zeigen auf, dass in akuten Stresssituationen im menschlichen Körper viele Mechanismen gleichzeitig und völlig autonom vonstattengehen. Diese dienen dazu, das Überleben zu sichern und um unmittelbar zu reagieren (vgl. Zito/Martin: 2016: 20f).

### 3.4 Der traumatische Prozess

Im Anschluss an die traumatische Reaktion erfolgt der traumatische Prozess. Gemäss Gröschel zeigt sich dieser anhand einer Reihe von typischen Symptomen, die je nach Ausprägung und Art der Traumatisierung sowie abhängig von Alter und Persönlichkeitsstruktur eines Individuums, unterschiedlich auftreten (vgl. Gröschel 2008: 20). Das Schweizerische Rote Kreuz hat diesbezüglich in seiner Informationszeitschrift „Folter und Trauma“ eine Auflistung häufiger Symptome traumatisierter Folter- und Kriegsoffer erstellt, welche nachfolgend erläutert werden (vgl. Schweizerisches Rotes Kreuz 2008: 25).

➤ Wiedererleben, auch Intrusion genannt

Hierbei wird die traumatische Situation in belastender, aufdrängender Weise immer wieder erlebt (Intrusion). Erinnerungen überfluten die Betroffenen und sind nicht steuerbar. Das Ereignis ist allgegenwärtig in Fühlen und Handeln und es kann zu Alpträumen und dissoziativen (gespaltenen) Bewusstseinszuständen kommen (vgl. ebd.).

➤ Vermeidung

Die Symptome der Vermeidung und Intrusion wechseln sich gegenseitig ab. Die Vermeidung dient zunächst als Schutz vor den belastenden und zerstörerischen inneren Bildern. Langfristig kann die Vermeidung jedoch einen chronischen Verlauf einer Traumatisierung begünstigen (vgl. ebd.).

➤ (Über-) Erregung

Die Folge des ständigen Wechsels zwischen den Extremsituationen der Intrusion und der Vermeidung ist die Übererregung. Durch die Übererregung können Ein- und Durchschlafstörungen, Panik, eine erhöhte Reizbarkeit, Wutausbrüche, Schreckhaftigkeit sowie Überwachsamkeit und Konzentrationsstörungen resultieren (vgl. Gröschel 2008: 21, Schweizerisches Rotes Kreuz 2008: 25).

Zu einer Bearbeitung traumatischer Erfahrungen kann es im besten Falle kommen, wenn die traumatischen Ereignisse unter Anleitung professioneller Hilfe wiederholt und kontrolliert wiedererlebt und so schrittweise aus dem Gedächtnis entrücken können. Im Rahmen dieses Prozesses kann es zur Angleichung der traumatischen Erfahrung an das bisherige Selbst- und Weltverständnis kommen. Im Rahmen krankhafter und chronifizierter Verarbeitungsprozesse wird hingegen immer mehr Energie darauf verwendet, die verzerrten und immer stärker werdenden Erinnerungen am Leben zu erhalten (vgl. Schweizerisches Rotes Kreuz 2008: 25).

Welche Folgen daraus entstehen können, wird im vierten Kapitel, „Traumafolgestörungen im Kontext von Flucht und Migration“, erläutert.

### **3.5 Auslöser einer Traumatisierung im Kontext von Flucht und Migration**

Der letzte Teil dieses Kapitels betrachtet die ursächlichen Geschehnisse einer Traumatisierung im Kontext von Flucht und Migration. Dabei erleben die Betroffenen oft nicht nur eine belastende Erfahrung. Gemäss Baer und Frick-Baer kann davon ausgegangen werden, dass Flüchtlinge meist eine Kumulation traumatischer Ereignisse erfahren (vgl. Baer/Frick-Baer 2016: 64). Die folgende Auflistung konzentriert sich auf häufige Ursachen, ist aufgrund der Vielfältigkeit traumatischer Ereignisse jedoch nicht abschliessend zu verstehen.

#### **3.5.1 Folter**

„Folter wurde bereits in der Antike angewandt und muss auch heute noch als allgemein menschliches und weltweit verbreitetes Phänomen betrachtet werden.“ (Schweizerisches Rotes Kreuz 2008: 13) Die Anwendung von Folter beabsichtigt, Menschen zu Geständnissen zu zwingen, Persönlichkeiten zu brechen und Individuen, ja ganze Bevölkerungsgruppen, einzuschüchtern (vgl. Gröschel 2008: 27). Auf diese Weise bewirkt Folter ein Angriff auf das Urvertrauen in sich und die damit verbundene stabilisierende Basis eines jeden Menschen. Durch Folter wird die Persönlichkeit einer betroffenen Person massiv erschüttert und ihre sozialen, ideellen, körperlichen, psychischen und weltanschaulichen Verankerungen werden aufgelöst (vgl. Schweizerisches Rotes Kreuz 2008: 16).

Zu den häufigsten körperlichen Foltermethoden gehören Treten und Schlagen, die Anwendung von Elektroschocks, Aufhängen an den Armen, das Schlagen an den Fusssohlen, Flüssigkeits-, Nahrungs- und Schlafentzug oder das willkürliche Verletzen der Genitalien. Nebst der brachialen und körperlichen Gewaltausübung, werden auch subtile Techniken der psychischen Beeinflussung eingesetzt. Dabei werden oft auch Ärzte und Psychologen direkt oder indirekt in das Foltergeschehen einbezogen, sei es als technische Experten, als Folterer selbst oder indem sie notwendige Behandlungen unterlassen oder falsche Berichte erstellen. Auch der missbräuchliche Einsatz von Medikamenten wird dabei als Foltermethode genutzt um Verwirrung, Kontrollverlust, Schmerz oder Lähmung auszulösen. In jeglicher Hinsicht wird Folter immer als Machtinstrument genutzt, um Macht zu halten, zu gewinnen und die Opfer zu entmächtigen. Macht zu demonstrieren und auszuüben ist das oberste Ziel der Folter (vgl. Gröschel 2008: 27, Schweizerisches Rotes Kreuz 2008: 19f).

### **3.5.2 Sexualisierte Gewalt**

Durch andere Menschen erlebte Gewaltausübung bewirkt grundsätzlich den Verlust des Vertrauens in Menschen und die Menschlichkeit. Ein ganz zentraler Angriff auf Körper, Seele und Würde eines Menschen ist die sexualisierte Gewalt (vgl. Gschwend 2006: 35). Sie wird vielfach im Kontext von Kriegen angewandt (vgl. Gröschel 2008: 26). Dabei können sowohl Männer als auch Frauen durch die willkürliche, sexuelle Gewaltausübung betroffen sein. Ein Opfer einer Vergewaltigung erfährt ein gänzlich ausgeliefertsein, absolute Ohnmacht, Erniedrigung und Demütigung. Charakteristisch bei sexueller Gewaltausübung ist für das Opfer die vollständige Degradierung von einer Person zu einem Objekt. Gefühle von Schmutz und Ekel werden erzeugt. Verbunden mit einer Vergewaltigung sind meist auch starke panische Angst um das eigene Leben sowie Angst vor körperlicher Verstümmelung und Schädigung. Auch bei sexueller Gewaltausübung geht es den Tätern vorwiegend um Machtausübung und Zerstörung sowie darum, dem Opfer gezielt Schaden zuzufügen (vgl. Gschwend 2006: 35f, Schweizerisches Rotes Kreuz 2008: 20).

Unabhängig von der Schwere der körperlichen Verletzung, erleiden Opfer sexualisierter Gewalt häufig ein Trauma. Das Vertrauen in andere Menschen wird durch das Erlebte so massiv eingeschränkt, dass es gemäss den Ausführungen von Gröschel in den meisten Fällen zu langfristigen Störungen kommt (vgl. Gröschel 2008: 26).

### **3.5.3 Krieg**

In Bürgerkriegen geraten teilweise ganze Bevölkerungsgruppen zwischen organisierte, einander bekämpfende Parteien. Zivilpersonen leben dabei in ständiger Angst, verschleppt, versklavt oder umgebracht zu werden (vgl. ebd.: 28f). Durch kriegerische Auseinandersetzungen sind Verletzungen der Menschenrechte sehr häufig. Bei der Verfolgung von politischen, religiösen und/ oder ethnischen Minderheiten kommen immer wieder Folterpraktiken zur Anwendung. Auch andere im Krieg verübte Menschenrechtsverletzungen sind in ihrer Struktur und Methode mit Folter vergleichbar. Im Krieg werden Folter und sexuelle Gewaltausübung systematisch als Waffe eingesetzt und die elementarsten Bedürfnisse können nicht mehr gedeckt werden. Ein Krieg zieht für die Menschen immer eine extrem hohe psychische Belastung nach sich. Die ständige Bedrohung durch den Tod, Zeuge zu sein von Gewalt, die Ungewissheit über den Verbleib von Verwandten und Freunden sowie die Unberechenbarkeit über die Situation vermitteln das Gefühl einer völligen Ohnmacht und Fassungslosigkeit (vgl. Schweizerisches Rotes Kreuz 2008: 12).

### **3.5.4 Flucht**

„Eine Traumatisierung muss jedoch nicht durch Erlebnisse im Heimatland ausgelöst werden, sondern kann auch durch Erlebnisse während der Flucht hervorgerufen werden oder zusätzlich zu bereits vorhandenen Traumata wirken.“ (Gröschel 2008: 29) Der Transport, der Verlust von Angehörigen, die Erfahrung von körperlicher und sexueller Gewalt auf der Flucht sowie Hungersnot und die teilweise miserablen Lebensbedingungen in den Flüchtlingslagern können ebenso zu Traumatisierungen führen (vgl. Herzig/Foka/Fischer 2001, zit. in Gröschel 2008: 51, Baer/Frick-Baer 2016: 58f).

### **3.6 Zusammenfassung**

Damit die Fragestellung dieser Bachelor Thesis fundiert beantwortet werden kann, wurden in diesem Kapitel der Begriff des Traumas sowie die Spezifika traumatischer Situationen erläutert. Die Reaktion auf ein traumatisches Ereignis wird primär als normale Reaktion auf ein anormales Geschehen eingestuft. Nebst subjektiven Bewertungen bemisst sich die Stärke der traumatischen Belastung anhand des konkreten Kontextes eines traumatischen Ereignisses. Erlebnisse, in denen die Betroffenen keine Kontrolle mehr über das Geschehen haben, können in ihrer Wirkung umso traumatischer sein. Die Reaktion auf ein traumatisches Erlebnis zeigt sich indessen durch eine Reihe unmittelbarer Reaktionen, die primär dem Überleben dienen. Im Folgenden wurde aufgezeigt, dass nach der Reaktion auf das traumatische Ereignis, der traumatische Prozess erfolgt, welcher sich durch drei Hauptmerkmale kennzeichnet: Die Intrusion, die Vermeidung und die (Über-) Erregung.

Traumatisierungen im Kontext von Flucht und Migration entstehen meist nicht durch ein in sich abgeschlossenes, belastendes Ereignis. Vielmehr wird eine Kumulation traumatischer Erlebnisse festgestellt. Häufige Auslöser sind Folter, sexualisierte Gewalt und Krieg. Diese Ereignisse sind Gründe, die zu einem erzwungenen Verlassen des Heimatlandes führen. Sowohl die Flucht als auch der Fluchtweg sind psychisch verletzend und können sich ebenfalls traumatisierend auswirken (vgl. Kronsteiner 2003, zit. in Krueger 2013: 56).

Im Hinblick auf die zentrale Fragestellung der vorliegenden Bachelor Thesis, dienen die Erkenntnisse dieses Kapitels einem grundlegenden Verständnis für Fachkräfte, die mit traumatisierten Asylsuchenden zusammenarbeiten. Aufbauend auf diesen Informationen, wird im folgenden Kapitel dargelegt, welche konkreten Folgestörungen im Rahmen einer Traumatisierung im Kontext von Flucht und Migration entstehen können.

## **4. Traumafolgestörungen im Kontext von Flucht und Migration**

„Ein traumatisches Ereignis führt nicht automatisch dazu, dass Menschen längerfristig Traumafolgestörungen entwickeln. Ereignisse finden in einem sozialen und biografischen Zusammenhang statt, der häufig entscheidend ist.“ (Zito/Martin 2016: 28) Durch ein ungünstiges Zusammenwirken dieser Faktoren und je nach Anhalten und Ausprägung der Symptome der traumatischen Reaktion, ist es jedoch möglich, dass es zu einer Folgestörung kommt (vgl. Schweizerisches Rotes Kreuz 2008: 24). Darüber hinaus kann es zur Ausprägung schwerer und komplexer sowie dauerhafter Veränderungen der Persönlichkeit kommen (vgl. Gröschel 2008: 21f). Die posttraumatische Belastungsstörung wird gemäss Zito und Martin (2016: 30) als die häufigste Folgeerscheinung einer Traumatisierung festgestellt.

Traumatisierte Menschen leiden jedoch meist nicht nur an einer posttraumatischen Belastungsstörung, sondern weisen häufig zusätzliche Beeinträchtigungen wie Angstzustände, Depressionen, somatische Störungen oder Abhängigkeitserkrankungen auf. Diesbezüglich wird von komorbiden Störungen im Zusammenhang mit der posttraumatischen Belastungsstörung gesprochen (vgl. Haenel 2011: 309).

Aufgrund dieser Erkenntnisse werden nachfolgend die posttraumatische Belastungsstörung sowie mögliche Komorbiditäten, die im Kontext mit Flucht und Migration entstehen können, näher beschrieben.

### **4.1 Die Posttraumatische Belastungsstörung**

Bei der posttraumatischen Belastungsstörung handelt es sich um eine verzögerte Reaktion auf ein traumatisches Ereignis (vgl. Eichenberger 2007: 123). Einen erheblichen Einfluss ob ein Trauma in eine posttraumatische Belastungsstörung mündet, haben dabei individuelle und psychische Ressourcen sowie der kulturelle Hintergrund einer Person. Je stabiler die Persönlichkeit und die soziale Situation eines Menschen sind, desto eher kann ein traumatisches Ereignis verarbeitet werden (vgl. Zito/Martin 2016: 28f).

Unter traumatisierten Asylsuchenden, ist die posttraumatische Belastungsstörung eine häufig gestellte Diagnose (vgl. Schweizerisches Rotes Kreuz 2008: 29). Verantwortlich für die erhöhte Vulnerabilität sind gemäss Weiss einerseits die Traumatisierungen, die im Heimatland erfahren wurden, andererseits die Erlebnisse auf der Flucht sowie die Lebensumstände, die im Zielland erfahren werden (vgl. Weiss 2003: 240).

Die Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung folgen dem Grundmuster der traumatischen Reaktion und deren entsprechenden Symptomkonstellationen: Wiedererleben/ Intrusion, Vermeidung und (Über)-Erregung (vgl. Schweizerisches Rotes Kreuz 2008: 29). Das plötzliche und unkontrolliert auftretende Wiedererleben traumatischer Situationen kann sich nicht nur in den Gedanken der Betroffenen abspielen, sondern auch die visuellen, akustischen und sensorischen Wahrnehmungsmodalitäten betreffen. Entsprechend dazu können affektive und körperliche Begleiterscheinungen, verbunden mit Halluzinationen auftreten, die zu Handlungen und Verhaltensweisen führen, als ob die Betroffenen die traumatischen Situationen nochmals durchleben würden. Die Fachsprache spricht bei diesem Phänomen von einem Flashback (vgl. Haenel 2011: 308).

Wie erwähnt, geht die posttraumatische Belastungsstörung meist mit anderen Störungsbildern einher. Aufgrund dieser Komorbidität und der damit einhergehend mannigfaltigen Ausdrucksweise, wird das Trauma von Fachkräften oft nicht erkannt und eine Behandlung folglich erschwert (vgl. Gröschel 2008: 22). Nachfolgend wird darum noch detaillierter auf einige häufig festgestellte komorbide Störungen eingegangen.

#### **4.2 Angststörungen**

Ein Trauma löst grundsätzlich immer das Gefühl von Angst und Panik aus. In einigen Fällen überdauert die Angst jedoch das traumatische Ereignis. Es bleibt die Angst, dass jederzeit wieder etwas Schreckliches passieren könnte oder es beherrscht einen die Angst vor den belastenden und unberechenbaren Gefühlen (vgl. Gschwend 2006: 63).

Eine erste Panikattacke steht meistens mit einem traumatischen Erlebnis im Zusammenhang. Spätere Angstattacken können jedoch lediglich durch traumaassoziierte Auslöser, sogenannten Triggern, aktiviert werden. Im weiteren Verlauf können sich die Panikattacken schliesslich verselbstständigen, so dass Betroffene kaum noch einen Zusammenhang zur ersten Angstattacke herstellen können. In diesem Fall wird von einer chronifizierten Angststörung gesprochen (vgl. Dittmar 2013a: 59).

Gemäss den Ausführungen von Eichenberger gehen Panik- und Angststörungen mit plötzlich auftretender und intensiver Angst, welche innert weniger Minuten auftreten, einher. Die Betroffenen befürchten etwas Katastrophales, wobei Symptome wie Herzrasen, Übererregbarkeit, motorische Spannungszustände, Zittern, Schweissausbrüche, Übelkeit, Bauchbeschwerden oder Erstickungsgefühle auftreten können (vgl. Eichenberger 2007: 121).

Angst darf jedoch nicht grundsätzlich als ein pathologisches Phänomen betrachtet werden. Bei einer realen Bedrohung etwa, kann die Angst sogar überlebenswichtig sein. Kommt es jedoch zu einer Angststörung, ist die Angst grundlos verstärkt, ungerichtet oder situationsunangemessen (vgl. Agorastos/Ströhle 2011: 293).

#### **4.3 Depressionen**

Viele Betroffene einer Traumatisierung leiden unter Depressionen, Pessimismus und Hilflosigkeit (vgl. Iverson/Resick 2013: 421). Auch die Erfahrungen auf der Flucht und der Migrationsprozess selbst, können zusätzliche Belastungsfaktoren darstellen, welche depressive Störungen begünstigen (vgl. Assion et al. 2011: 323).

Betroffene einer Depression leiden meist unter Symptomen wie Antriebslosigkeit, einem reduzierten Selbstwertgefühl und damit einhergehendem Interessens- und Energieverlust. Charakteristisch ebenfalls damit einhergehen tiefe Traurigkeit, verbunden mit dem Gefühl einer grossen inneren Leere sowie der Unfähigkeit, Gefühle empfinden zu können. Das Leben der Betroffenen kann sich als farblos und grau vorgestellt werden, alles scheint erstarrt (vgl. Eichenberger 2007: 118). Durch die Symptome, die mit einer depressiven Störung einhergehen, werden die Betroffenen in ihrer Lebensgestaltung und -führung erheblich eingeschränkt. Die alltäglichen Verpflichtungen können gar nicht mehr oder nur noch partiell verrichtet werden. Darüber hinaus können sich Einbussen der Konzentrations- und Aufmerksamkeitsfähigkeit sowie Schlaf- und Appetitstörungen ausprägen (vgl. ebd.).

#### **4.4 Somatisierungsstörungen**

Somatisierungsstörungen oder psychosomatische Störungen werden als körperliche Beschwerden bezeichnet, für die es keinen klaren organischen Grund auszumachen gibt. Es liegt demzufolge keine körperliche Erkrankung vor. Nichtsdestotrotz sind die Beschwerden und Schmerzen für die Betroffenen real (vgl. Zito/Martin 2016: 40f). Gemäss Dittmar treten Somatisierungsstörungen vor allem als häufige Folge einer schweren Traumatisierung auf. Dabei werden nicht verarbeitete Emotionen auf das Körperliche verschoben, was unterschiedlichste Schmerzzustände auslöst (vgl. Dittmar 2013a: 59). Aber auch eine ständige körperliche Anspannung, etwa verursacht durch Angst, kann dazu führen, dass sich chronische Muskel- oder Kopfschmerzen einstellen (vgl. Zito/Martin 2016: 41).

Überdies gilt es zu beachten, dass auch kulturelle und individuelle Erklärungsmodelle der Betroffenen die Wahrnehmung der Symptome sowie die Erklärung und Entstehung der Ursachen bestimmen können (vgl. Göbber/Machleidt/Gündel 2011: 346). In vielen Ländern und Kulturen herrschen grosse Vorbehalte gegen psychische Leiden, da psychische



Krankheiten mit einem sozialen Stigma verbunden werden. Durch die Vorbehalte den psychischen Krankheiten gegenüber beschreiben Betroffene stattdessen eine Vielzahl körperlicher Symptome, welche im Gegensatz zu den psychischen Leiden, als Krankheiten gesellschaftlich akzeptiert werden (vgl. Birck/Weber 2004: 155). Für Fachkräfte, die mit Asylsuchenden und Flüchtlingen zusammenarbeiten, sind folglich Kenntnisse über kulturell geprägte Krankheitsempfindungen unerlässlich und dienen einem umfassenderen Verständnis.

#### **4.5 Abhängigkeitsstörungen**

Eine weitere komorbide Störung, die mit einer posttraumatischen Belastungsstörung einhergehen kann, ist die Medikamenten-, Alkohol- und Drogenabhängigkeit (vgl. Maercker 2013, zit. in Maercker 2013: 30).

Die Ursachen, weshalb es zu einer Abhängigkeitsstörung kommen kann, sind vielfältig und können unter verschiedenen Gesichtspunkten beleuchtet werden. Der aktuelle wissenschaftliche Diskurs verstärkt den Blickwinkel vor allem auf sozialgesellschaftlich bedingte Risiken. Zentral werden dabei soziale Ausschliessungs- und Individualisierungsprozesse sowie kritische Lebensereignisse betrachtet. Unter Einbezug dieser Erkenntnisse haben Asylsuchende eine erschwerte Ausgangslage, was die Entwicklung einer Abhängigkeitsstörung unter Umständen begünstigt (vgl. Haasen et al. 2011: 378ff). Oftmals erscheinen Alkohol, Tabletten und Drogen indessen als rasche und einfache Lösung, damit das Erlebte vergessen werden kann. Der Substanzgebrauch kann hierbei als ein Versuch der Selbstmedikation betrachtet werden, der zumeist aber zu weiterführenden Problemen führt (vgl. Zito/Martin 2016: 41).

#### **4.6 Zusammenfassung**

In diesem Kapitel lag der Fokus auf den Folgestörungen, welche bedingt durch ein Trauma im Kontext von Flucht und Migration entstehen können. Traumatische Erfahrungen durch die Flucht erhöhen die Vulnerabilität und begünstigen das Auftreten von Folgestörungen. Die posttraumatische Belastungsstörung wird dabei als eine der häufigsten Folgestörungen bei traumatisierten Asylsuchenden festgestellt. Damit einhergehen meist vielerlei Komorbiditäten, wie beispielsweise Depressionen, Angst-, Somatisierungs- oder Abhängigkeitsstörungen. Durch die mannigfaltige Ausdrucksweise kann eine Diagnose folglich erschwert werden. Eine sensibilisierte Wahrnehmung von Verhaltens- und Erlebensweisen kann massgeblich dazu beitragen, dass Zusammenhänge erkannt werden können. Wie bereits im Kontext einer Beratung, Merkmale einer Traumatisierung festgestellt werden können, wird im weiteren Verlauf dieser Bachelor Thesis erläutert.

## **5. Auswirkungen des Asylverfahrens auf traumatisierte Asylsuchende**

Nebst den beschriebenen Störungsbildern im vorherigen Kapitel, sind gemäss Baer und Frick-Baer auch im Rahmen eines Asylverfahrens zahlreiche Einflüsse und Umstände gegeben, welche Störungsbilder begünstigen oder unter Umständen gar den Prozess einer Traumatisierung manifestieren (vgl. Baer/Frick-Baer 2016: 59ff). Auf mögliche Umstände und Auswirkungen des Asylverfahrens, die erschwerend auf traumatisierte Asylsuchende einwirken, wird in diesem Kapitel konkret eingegangen.

### **5.1 Retraumatisierung im Fluchtland**

Die Migration und Flucht in ein offenbar sicheres Land, können zunächst eine unmittelbare Entlastung für eine traumatisierte Person darstellen und eine Befreiung von Krieg, Folter und Gewalt bedeuten. Migration kann aber auch zusätzliche Traumatisierungen, sogenannte Retraumatisierungen, hervorrufen. Der ganze Prozess der Migration sowie die Verarbeitung der damit verbundenen neuen Erfahrungen und Umstände, ziehen meist langwierige Adaptionsprozesse nach sich. Dieser Vorgang kann für die Betroffenen zu hoher Belastung führen und als Auslöser für die Entstehung psychischer und körperlicher Folgeerscheinungen fungieren (vgl. Kizilhan 2007: 54f, Gröschel 2008: 30). In den folgenden Unterkapiteln sind retraumatisierende Umstände thematisch, die sich in der Zeit des Asylverfahrens ergeben können. Diese besser zu verstehen, leistet ein Beitrag dazu, damit Fachkräfte der Sozialen Arbeit ein umfassendes Verständnis in Bezug auf die erschwerte Lebenslage traumatisierter Asylsuchender erlangen und sie hinsichtlich den gegebenen Umständen entsprechend beraten und betreuen können.

#### **5.1.1 Befragungen im Rahmen des Asylverfahrens**

Die Anhörungs-/ Befragungssituation im Rahmen des Asylverfahrens, stellt sich insbesondere für traumatisierte Asylsuchende als eine grosse Herausforderung dar. Einerseits können sie durch den standardisierten Umgangston der Interviewenden verunsichert werden. Andererseits kommt es zu einer abermaligen Überflutung mit dem Erlebten, was zumeist eine grosse Belastung darstellt (vgl. Egger 2003: 142f).

Eine ganz grundlegende Schwierigkeit zeigt sich überdies darin, dass Betroffene einer Traumatisierung oft nur inkohärente oder auch widersprüchliche Aussagen machen können (vgl. Bachmann 2012). Dies ist darauf zurückzuführen, da aufgrund der Verdrängung und Isolation der traumatischen Bilder, die Erfahrungen und Gefühle in einzelne Puzzleteile gesplittet und somit nicht mehr zu einer zusammenhängenden und vollständigen Geschichte zusammengefügt werden können. Die traumatischen Erfahrungen bleiben stattdessen als Bruchstücke im Gedächtnis aufbewahrt. Dies zeigt sich in der Befragungssituation etwa

darin, dass nur noch ungeordnete, teils kontextlose Schilderungen von getrennten Sinneseindrücken und Emotionen erzählt werden können (vgl. Zito/Martin 2016: 25, Gröschel 2008: 47). Im Gegenzug dazu erwarten die Behörden aber stets schlüssige und logisch nachvollziehbare Geschichten. Aufgrund von zusammenhangslosen oder nur bruchstückhaften Erzählungen der Betroffenen, keimt hingegen Misstrauen auf und die Erzählungen werden nicht geglaubt oder zumindest in Frage gestellt. Dies führt dazu, dass die Asylgesuche traumatisierter Asylsuchender häufiger abgewiesen werden (vgl. Bachmann 2012).

### **5.1.2 Unsicherer Aufenthaltsstatus**

In der Beratung von traumatisierten Asylsuchenden zeigt sich der unsichere Aufenthaltsstatus oft als eine der grössten Belastungen (vgl. Birck/Weber 2004: 158). „Empirische Studien über die psychotherapeutische Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen bestätigen, dass die meisten Betroffenen die unsichere Situation im Aufnahmeland als dauerhafte Belastung wahrnehmen.“ (Ollech 2002, zit. in Krueger 2013: 61) Die immerwährende Sorge einer möglichen Abschiebung steht zentral im Vordergrund. Für die Betroffenen ergibt sich daraus eine grundlegende und fortwährende Ungewissheit (vgl. Baer/Frick-Baer 2016: 61f).

Der ungeklärte Aufenthaltsstatus setzt die Betroffenen Bedingungen aus, die sie in ihrer Selbstwirksamkeit einschränken und woraus weitere Traumatisierungen erfolgen können. So sind Asylsuchende während des Verfahrens vielerlei Restriktionen ausgesetzt. Dies zeigt sich insbesondere darin, dass die Betroffenen keinen grundsätzlichen Anspruch auf Integrationsmassnahmen haben, den Wohnort nicht selber wählen dürfen und meist keinen Zugang zum Arbeitsmarkt erhalten (vgl. Schirilla 2016: 26).

Die Faktoren, die sich aus dem ungeklärten Aufenthaltsstatus ergeben, tragen dazu bei, dass unter den Betroffenen eine zunehmende Perspektiven- und Hoffnungslosigkeit entsteht (vgl. Zito/Martin 2016: 14).

### **5.1.3 Unterkünfte der Asylsuchenden**

Asylsuchende leben vorerst während der ersten rund 90 Tage in einem der Empfangs- und Verfahrenszentren. Danach wird der weitere Aufenthaltsbestimmungsort durch das SEM festgelegt und die Asylsuchenden werden einem Kanton zugeteilt (vgl. Schweizerische Flüchtlingshilfe o.J. c). Der zuständige Kanton bringt die Asylsuchenden dann während des laufenden Asylverfahrens zumeist in Kollektivunterkünften, in Flüchtlingsheimen oder Durchgangszentren unter (vgl. Migraweb o.J.) Die Lebensbedingungen in den Asylunterkünften entsprechen allerdings oft nicht den Bedürfnissen traumatisierter

Asylsuchender und lassen sie auch im Zielland nicht zur Ruhe kommen (vgl. Zito/Martin 2016: 14). Durch die oft grossen Menschenansammlungen, sind vor allem traumatisierte Asylsuchende schnell reizüberflutet und leiden unter dem häufig hohen Lärm- und Geräuschpegel. Eine weitere Schwierigkeit ergibt sich aus der Zusammensetzung der Menschen in den Unterbringungen. Asylsuchende unterschiedlichster Herkunft, Kinder, Frauen und Männer leben auf engstem Raum zusammen und werden oft nicht nach Bedürfnissen oder Geschlechtern getrennt (vgl. Bachmann 2012). Besonders für Frauen kann diese Situation eine erneute Gefahr darstellen. Meist sind die Frauen in der Minderzahl und sehen sich erneut der Gefährdung von Übergriffen ausgesetzt (vgl. Birck/Weber 2004: 158). Auch Zivilschutzanlagen werden immer wieder als Unterkünfte genutzt. Insbesondere bei ehemals inhaftierten traumatisierten Asylsuchenden führt dies zu einem Dauerstress sowie einer erneuten Traumatisierung (vgl. Bachmann 2012).

#### **5.1.4 Anpassung an eine fremde Kultur**

Die Migration in ein anderes Land bedeutet zumeist ein Bruch und eine Trennung von vertrauten Menschen, der vertrauten Umgebung, der eigenen Sprache, von Werten, Traditionen und bekannten Gewohnheiten (vgl. Krueger 2013: 55f). Für Menschen, die aufgrund von Folter, Verfolgung und Krieg flüchten mussten, stellt sich die Situation zusätzlich schwierig dar, da sie das Heimatland erzwungenermassen verlassen mussten (vgl. Kronsteiner 2003, zit. in Krueger 2013: 55f). Migration im Zielland bedeutet folglich für die Betroffenen, sich in einer ihnen unbekanntem und neuen Umgebung zu orientieren, eine neue Sprache zu erlernen sowie sich fremden, sozialen und kulturellen Systemen anzupassen (vgl. Krueger 2013: 56). Daraus ergeben sich gemäss Sauter et al. oftmals Gefühle der Ausgrenzung, die schädigend auf das Selbstwertgefühl einwirken und zu Ängsten führen, die eine Anpassung in eine fremde Kultur beeinträchtigen (vgl. Sauter et al. 2004: 842f). All diese Herausforderungen der Neuorientierung sowie der Verlust des Vertrauten lösen in der Regel Krisen aus, so Krueger (2013: 56). Insbesondere bei traumatisierten Asylsuchenden wird dadurch eine erhöhte Vulnerabilität begünstigt (vgl. Egger 2003: 141).

#### **5.2 Zusammenfassung**

In diesem Kapitel wurde die Frage beantwortet, welche Schwierigkeiten und Auswirkungen das hiesige Asylverfahren auf traumatisierte Asylsuchende haben kann. Es kann davon ausgegangen werden, dass durch die Ankunft im Zielland vorerst die Erleichterung überwiegt, in Sicherheit zu sein. Durch die Sorgen des ungeklärten Aufenthaltsstatus, die teils ungünstigen Unterbringungen sowie der geforderten Anpassungsleistungen im Zielland, können jedoch rasch Gefühle der Perspektiven- und Hoffnungslosigkeit aufkeimen. So bestimmen erneut andere Menschen über wesentliche Bereiche ihres Lebens, denen sie

machtlos ausgesetzt sind. Die beschriebenen Umstände, die ein Asylverfahren mit sich bringt, „können bereits vorhandene Angstsymptome verstärken und zur Ausbildung weiterer psychischer Leiden führen“ (Nestmann/Niepel 1993, zit. in Krueger 2013: 61). Inwiefern betroffene Asylsuchende darin unterstützt werden können, zusätzliche Belastungen in ihrem Zielland zu bewältigen und wie sie sich trotz den gegebenen Umständen als wirksam erleben können, wird im achten Kapitel, „Merkmale und Hilfestellungen einer wirksamen Beratung“, erläutert.

## **6. Hinweise auf eine Traumatisierung**

Im folgenden Kapitel wird der Frage nachgegangen, wie Sozialarbeitende im Beratungskontext erste Hinweise einer Traumatisierung erkennen können. Dabei geht es nicht darum, eine medizinische Diagnose zu erstellen. Es werden lediglich Hinweise aufgelistet, die eine mögliche Traumatisierung erahnen lassen. Durch die Sensibilisierung und eine gute Schulung der Sozialarbeitenden, können allfällig traumatisierte Klientinnen und Klienten adäquat beraten werden und bei Bedarf frühzeitig an PsychologInnen, ÄrztInnen oder andere Fachkräfte weitervermittelt werden.

Im Folgenden werden einige zentrale Verhaltens- und Erlebensweisen, die im Rahmen einer Traumatisierung auftreten und im Kontext einer Beratung bestenfalls festgestellt werden können, beschrieben. Aufgrund der Vielfältigkeit sind diese jedoch nicht abschliessend zu verstehen.

### **6.1 Misstrauen**

Durch Foltererfahrungen und Krieg werden Menschen gezielt und wiederholt lebensbedrohlichen Situationen ausgesetzt, in denen sie einen Verlust des Gefühls von Sicherheit und Schutz erleben. Durch die Traumatisierungen wird das Lebensgefühl der Betroffenen schwerwiegend und langfristig beeinträchtigt und ist geprägt durch Entwürdigung, Scham und tiefes Misstrauen (vgl. Schweizerisches Rotes Kreuz 2008: 32).

Viele traumatisierte Asylsuchende testen daher äusserst vorsichtig ihre neue Umgebung und loten ganz genau aus, wem sie Vertrauen schenken und wem nicht (vgl. Birck/Weber 2004: 157). Wie im Rahmen einer Beratung mit Misstrauen umgegangen werden kann, wird im achten Kapitel, „Merkmale und Hilfestellungen einer wirksamen Beratung“, eingehend betrachtet.

## **6.2 Verbitterung**

Als Folge einer posttraumatischen Belastungsstörung zeigt sich bei traumatisierten Asylsuchenden oft eine Verbitterung. Diese kann sich vordergründig durch rasche Kränkbarkeit, Hilflosigkeit, Selbstaggression sowie durch Vorwürfe sich selber gegenüber und gegenüber anderen äussern. Die Betroffenen hadern mit ihrem Schicksal, erleiden den Verlust des Vertrauens in die Schutzfunktion von Institutionen und verlieren den Glauben an soziale Gerechtigkeit. So können auch gutgemeinte Hilfsangebote der Beratenden von den Ratsuchenden abgelehnt werden. Wegen der massiven Traumatisierung durch Folter und anderer lebensbedrohlicher Situationen, entwickelt sich oft eine grundsätzlich misstrauische Haltung der Welt gegenüber. Ein chronisches Gefühl der Leere und Hoffnungslosigkeit tritt in Erscheinung, was sich in einer besonders ausgeprägten Form der Verbitterung äussern kann (vgl. Dittmar 2013b: 51f).

## **6.3 Intrusionseinschübe**

Ein weiteres Merkmal, das auf eine Traumatisierung hinweist und das im Rahmen einer Beratung festgestellt werden kann, ist die Intrusion. Die Intrusion zeigt sich durch das ungewollte, nochmalige Durchleben des traumatischen Ereignisses mit all seinen Sinnesqualitäten und Affekten. Der Zustand kann von einigen Sekunden bis hin zu mehreren Stunden dauern. Je nach Ausprägung des intrusiven Wiedererlebens kann die betroffene Person dabei den Gegenwartsbezug beibehalten oder aber auch komplett verlieren, so Dittmar (vgl. ebd.: 43). So kann es sein, dass die Person infolge einer Intrusion nicht mehr wahrnehmen kann, was um sie herum gerade geschieht. Dies zeigt sich beispielsweise darin, dass die Person plötzlich verstummt, der Blick ins Leere schweift und sie nicht mehr auf eine Ansprache reagiert (vgl. Zito/Martin 2016: 39). Konzentrationsschwierigkeiten sind ein weiteres Merkmal einer Intrusion. Unter Einwirkung einer Intrusion ist es einem Menschen kaum mehr möglich, sich auf einfachste Abläufe zu konzentrieren. Dies kann sich beispielweise beim Ausfüllen eines Formulars verdeutlichen (vgl. Maercker 2013, zit. in Maercker 2013: 19).

Auslöser für Intrusionen, sogenannte Trigger oder auch Schlüsselreize, können beliebige Assoziationen zum Traumaereignis sein. Als Auslöser können unter anderem Gegenstände, Wörter, Geräusche, Düfte aber auch Jahrestage oder Berichterstattungen in Zeitungen und Medien fungieren (vgl. Dittmar 2013b: 43f).

## **6.4 Erinnerungslücken**

Wie bereits im vorangegangenen Kapitel erläutert, haben traumatisierte Asylsuchende oft Erinnerungslücken oder können das traumatische Ereignis nur noch lückenhaft wiedergeben.

So ist es beispielhaft, dass Betroffene sich nicht mehr an wichtige Elemente des traumatischen Geschehens erinnern können. Im Extremfall können sie sich gar nicht mehr an das traumatische Ereignis erinnern oder es herrschen nur noch unscharfe Erinnerungen oder Bruchstücke des grauenhaften Geschehens vor (vgl. Ehring 2013: 408). Die Funktion, sich nicht mehr an das Geschehen zu erinnern, liegt gemäss den Ausführungen von Ottomeyer darin, sich vor Schmerz und belastenden Erinnerungen zu schützen (vgl. Ottomeyer 2011: 74).

### **6.5 Vermeidungsverhalten und emotionale Taubheit**

Unabhängig vom Erfolg der Vermeidungsbemühungen, weichen traumatisierte Menschen Aktivitäten und Situationen aus, die Erinnerungen an das Trauma bewirken (vgl. Maercker 2013, zit. in Maercker 2013:18). Es werden „Menschen, Gegenstände oder Örtlichkeiten gemieden, die mit dem Trauma assoziiert sind“ (Dittmar 2013b: 45). Solche Vermeidungsstrategien können zu einem sozialen Rückzug führen, in denen die Betroffenen kaum noch aus dem Haus gehen (vgl. ebd.).

Eine weitere Ausprägung des Vermeidungsverhaltens ist die emotionale Taubheit, auch Numbing genannt. Dazu gehören Symptome wie die Unfähigkeit, positive Gefühle zu erleben und auszudrücken sowie eine eingeschränkte Zukunftsperspektive. Gemäss Dittmar wird bei Betroffenen dabei ein immer geringeres Interesse an wichtigen Aktivitäten des alltäglichen Lebens festgestellt. Bei starker Ausprägung kann dies ebenfalls zu einem kompletten sozialen Rückzug führen (vgl. ebd.: 45f).

### **6.6 Schlafstörungen und Alpträume**

Ein- und Durchschlafstörungen sind gemäss den Ausführungen von Maercker ein weit verbreitetes Merkmal einer posttraumatischen Belastungsstörung. Die Schlafstörungen gehen oft mit immer wiederkehrenden Träumen, die Erinnerungen oder Erinnerungsbruchstücke des Traumas beinhalten, einher. Dabei können die Erinnerungen in den Alpträumen sehr verzerrt sein und die Betroffenen jahrelang begleiten (vgl. Maercker 2013, zit. in Maercker 2013: 18f). Es ist daher sinnvoll, wenn im Rahmen einer Beratung von traumatisierten Asylsuchenden auch über deren Schlafqualität gesprochen wird.

### **6.7 Übererregbarkeit und Störung der Emotionsregulierung**

Infolge eines traumatischen Ereignisses sinkt die Erregungsschwelle und Belastungen wirken früher und nachhaltiger, als vor der Traumatisierung. Auch kleinere Herausforderungen, die vor der Traumatisierung leicht bewältigt werden konnten, können nun eine starke Erregung hervorrufen. Kleinste Belastungen können zu einer starken

Schreckhaftigkeit und Reizbarkeit führen. Diese Symptomatik verursacht, dass Betroffene zu heftigen und scheinbar unerwarteten Wutausbrüchen neigen. Oftmals haben die Betroffenen infolge der Traumatisierung gar verlernt, zwischen einer realen Bedrohung und dem Zustand der Sicherheit zu unterscheiden. So werden auch neutrale Reize mit dem traumatischen Ereignis in Verbindung gebracht und als gefährlich interpretiert (vgl. Dittmar 2013b: 46, Maercker 2013, zit. in Maercker 2013: 19).

### **6.8 Chronische Schmerzzustände**

Durch die Traumatisierung infolge Folter können verschiedene physische, psychische und soziale Leiden sowie Schmerz- und Spannungszustände festgestellt werden. Zwischen den beschriebenen Leiden bestehen meist Zusammenhänge, wobei eine Kumulation verschiedener Phänomene zu einer Verstärkung der Symptome führen kann. Neben funktionellen körperlichen Störungen und organisch erklärbaren Schmerzen können aber auch chronische Schmerzzustände ohne entsprechende Diagnosen auftreten. Dies wird darauf zurückgeführt, dass sich körperliches und seelisches Leiden in vielfältiger Weise durchdringt. Dadurch ist es oftmals problematisch, voneinander abgegrenzte körperliche oder psychiatrische Krankheitsbilder darzustellen. Vor allem im Falle einer Traumatisierung durch Folter sind psychische und physische Leiden umso mehr verknüpft, weil Folter in umfassender Weise die Zerstörung des Menschen bezüglich seiner Integrität bezweckt (vgl. Schweizerisches Rotes Kreuz 2008: 26ff).

Neben nicht genau diagnostizierbaren Störungen hinterlässt Folter langfristige diagnostizierbare Störungen. Diese lassen sich aus chronifizierten Schmerzen von Verletzungen, Mangel- und Unterernährung sowie aus diversen Belastungen durch die Migration im Zielland ableiten (vgl. ebd.: 26f).

### **6.9 Zusammenfassung**

Dieses Kapitel beantwortete die Frage, inwiefern sich Merkmale und Hinweise auf eine Traumatisierung erkennen lassen. Wie bereits im vorangegangenen Kapitel aufgezeigt, können sich Folgestörungen einer Traumatisierung auf vielfältige Weise gestalten. So sind auch Anzeichen, die auf eine Traumatisierung schliessen können, mannigfaltig. Dennoch wurde aufgezeigt, dass es bereits im Kontext einer Beratung möglich ist, mutmassliche Hinweise einer Traumatisierung festzustellen. So können beispielsweise ein ausgeprägtes Misstrauen, Konzentrationsstörungen oder eine konstante Übererregung Hinweise auf eine Traumatisierung liefern. Ein sensibles und geschultes Beobachten sowie Nachfragen und Hinhören seitens der Beratenden sind grundlegend dafür, dass eine mögliche Traumatisierung möglichst früh erkannt wird.



## **7. Bedürfnisse traumatisierter Asylsuchender**

Um traumatisierte Asylsuchende adäquat zu beraten, ist, nebst dem Wahrnehmen von Anzeichen einer möglichen Traumatisierung, wichtig, dass Beratende deren Bedürfnisse und Anliegen erkennen und würdigen. Mit diesem Verständnis ist erst möglich, dass eine wirksame Beratung gelingt. Dieses Kapitel widmet sich daher der Frage: Welche Bedürfnisse hegen traumatisierte Asylsuchende?

### **7.1 Bedürfnis nach Sicherheit**

Traumatisierte Asylsuchende sind Überlebende schrecklicher Ereignisse. Sie machten immer wieder Erfahrungen existenzieller Verunsicherung. Daher ist es nachvollziehbar, dass traumatisierte Asylsuchende primär ein besonderes Sicherheitsbedürfnis aufweisen (vgl. Baer/Frick-Baer 2016: 88). Überlebende von Krieg, Gewalt und Folter benötigen soziale Schutzräume, die es ihnen ermöglichen, Vertrauen in sich und die Welt zurückzuerlangen. So stellt eine zentrale Aufgabe in der Beratung dar, sich einer retraumatisierenden Umwelt entgegenzusetzen, damit alte Wunden nicht wieder aufgerissen werden und keine neuen hinzukommen (vgl. Egger 2003: 143). Wie dies konkret erreicht werden kann, wird im achten Kapitel dieser Arbeit erläutert.

### **7.2 Bedürfnis nach Geborgenheit**

Das Gefühl der Geborgenheit ist schwer zu beschreiben - umso leichter aber zu spüren und zu erleben. Primär kann Geborgenheit als ein Gefühl des Geschützseins beschrieben werden, in dem man sich vor Verletzungen, Kränkungen, Gefahren und Bedrohungen sicher fühlt. Baer und Frick-Baer heben hervor, dass in Befragungen mit traumatisierten Flüchtlingen der Wunsch nach Geborgenheit immer wieder als elementares Bedürfnis geäußert wurde (vgl. Baer/Frick-Baer 2016: 89).

Unsicherheiten und Verunsicherungen können dagegen als Feinde der Geborgenheit betrachtet werden. Aufgrund ihrer lebensbedrohlichen Erfahrungen sind diese Empfindungen für traumatisierte Asylsuchende oft Gefühle, die nicht einfach abgelegt werden können. Hinzu kommen im Zielland Erfahrungen, die neu sind und verunsichern. Durch die traumatischen Erfahrungen kann der Blick auf das Neue durch Misstrauen und Angst geprägt werden, so dass ein Gefühl der Geborgenheit nur schwerlich entsteht. Um der Angst und dem Misstrauen entgegenzuwirken und um ein Gefühl der Geborgenheit zu bewirken, brauchen traumatisierte Asylsuchende Menschen, denen sie vertrauen können und die für sie eintreten. Traumatisierte Asylsuchende haben Unmengen an Erfahrungen zwischenmenschlicher Kälte durchlebt. Umso mehr haben sie darum nun das Bedürfnis nach Wärme, was seinerseits zu einem Gefühl der Geborgenheit beitragen kann. Damit unter

diesen Umständen Gefühle des Vertrauens und des sich Geborgenfühls entwickeln können, bedarf es Zeit. Diese Zeit sollte den Betroffenen zugestanden werden (vgl. Baer/Frick-Baer 2016: 89-92).

### **7.3 Bedürfnis wahrgenommen zu werden**

Traumatisierte Asylsuchende leiden zumeist unter einer widersprüchlichen Situation. Einerseits stehen sie unter Spannung - sind erstarrt, so dass sie kaum über das grauenhaft Erfahrene sprechen können. Andererseits haben sie das dringende Bedürfnis, sich mitzuteilen, um die traumatischen Erlebnisse zu verarbeiten. Manche traumatisierte Asylsuchende neigen eher zum einen Aspekt, andere eher zum anderen (vgl. ebd.: 94). Baer und Baer-Frick betonen, dass es wichtig ist, den traumatisierten Menschen den Rahmen zu geben, in dem sie ihre traumatischen Erfahrungen mitteilen dürfen. Druck sollte hingegen keineswegs ausgeübt werden, wenn jemand nicht über das Geschehene sprechen möchte. Das Schweigen sollte in diesen Situationen akzeptiert werden. Zeit und ein Gefühl von Sicherheit sind Faktoren, die dazu beitragen, um über das Schreckliche irgendwann zu sprechen. Durch diese Akzeptanz erleben traumatisierte Asylsuchende, dass ihre Gefühle wahrgenommen und sie unvoreingenommen angenommen werden (vgl. ebd.: 94-99).

### **7.4 Bedürfnis nach Selbstwirksamkeit**

Traumatisierte Menschen, die Folter erfahren mussten, haben das Urvertrauen in sich und die Umwelt zumeist verloren. Ihre Persönlichkeit, das Sicherheitsgefühl und ihre Selbstwirksamkeit wurden zutiefst erschüttert (vgl. Schweizerisches Rotes Kreuz 2008: 16f). Dies hat zur Folge, dass bei Menschen, die traumatische Erfahrungen erlebten, vorwiegend ein Gefühl der Ohnmacht und Wirkungslosigkeit vorherrscht. Durch manche belastende Erfahrungen im Fluchtland werden diese Gefühle zusätzlich genährt. Dadurch kann ein starkes Gefühl der Abhängigkeit von anderen Menschen entstehen, was wiederum ein Gefühl der Wirkungslosigkeit mit sich bringt. Je länger dieses Gefühl andauert, desto ausgeprägter wird es und desto stärker steigt das Gefühl der Hilflosigkeit. Damit das Gefühl der Selbstwirksamkeit wieder erlangt werden kann, ist es für die Betroffenen wichtig, dass sie etwas tun können, was sie mit Sinn erfüllt. Bezahlte Arbeit ist eine der Möglichkeiten, die das Gefühl von Wirksamkeit erfahrbar macht. Doch auch wenn keine Arbeitserlaubnis oder Arbeit gegeben ist, können sich andere Tätigkeiten als sinnstiftend erweisen (vgl. Baer/Frick-Baer 2016: 123-126). Die Autorin dieser Arbeit hat durch ihre berufliche Tätigkeit mit traumatisierten Asylsuchenden die Erfahrung gemacht, dass auch Beschäftigungsprogramme oder die Teilnahme an Deutschkursen sinnstiftend sein können und sich bei den Teilnehmenden dadurch ein Gefühl der Selbstwirksamkeit entwickelt. Etwas zu bewirken und der Ohnmacht zu entfliehen ist ein wichtiges Bedürfnis, welches in der

Arbeit mit traumatisierten Asylsuchenden zu berücksichtigen ist (vgl. Baer/Frick-Baer 2016.: 126).

### **7.5 Zusammenfassung**

Dieses Kapitel ist der Frage nachgegangen, welche Bedürfnisse traumatisierte Asylsuchende aufweisen. Dabei wurde ersichtlich, dass die Betroffenen primär ein grundlegendes Bedürfnis nach Sicherheit haben. Um dieses Gefühl der Sicherheit wiederzuerlangen, benötigt es vertrauensfördernde Erfahrungen. Das Erleben von Geborgenheit ist ein wichtiges Bedürfnis, das, wenn es gestillt wird, zu einem Gefühl der Sicherheit beitragen kann. Wenn diese Bedürfnisse von den Beratenden erkannt werden, erleben traumatisierte Asylsuchende das Gefühl wahrgenommen zu werden.

Eine Traumatisierung löst immer ein Gefühl von Hilflosigkeit und Wirkungslosigkeit aus. Sich wieder als selbstwirksam zu erfahren, etwa durch das Ausüben einer sinnstiftenden Tätigkeit, zeigt sich daher als ein weiteres Bedürfnis traumatisierter Asylsuchender.

Die Autorin vorliegender Arbeit vertritt die Ansicht, dass erst durch die Wahrnehmung und Würdigung dieser aufgeführten grundlegenden Bedürfnisse, eine wirksame Beratung ermöglicht wird.

## **8. Merkmale und Hilfestellungen einer wirksamen Beratung**

Ausgehend von eben festgehaltenen Erkenntnissen, betrachtet das vorliegende Kapitel Konzepte sowie fachliche Kompetenzen, die Beratende zu einer gelingenden und wirksamen Beratung traumatisierter Asylsuchender befähigen können. Die aktuelle Fachliteratur bietet hierbei eine reichliche Fülle von Informationen. Basierend auf der mehrjährigen Erfahrung der Autorin werden folgend exemplarisch einige methodische Vorgehensweisen und Erkenntnisse gebündelt und zusammenfassend ausgearbeitet. Der Fokus liegt dabei auf drei Hauptaspekten: Auf den Kompetenzen der Beratenden, auf traumapädagogischen Empfehlungen sowie auf der Kooperation und Vernetzung mit anderen Fachkräften.

### **8.1 Kompetenzen der Beratenden**

Das vorliegende Unterkapitel erläutert eine Reihe von Fähigkeiten, die Fachkräfte in der Beratung traumatisierter Asylsuchender im Hinblick auf eine gelingende Beratung unterstützen können.

#### **8.1.1 Transkulturelle Kompetenz**

Die transkulturelle Kompetenz nach Dagmar Domenig, kann übergeordnet als Grundlage der Beratung mit traumatisierten Asylsuchenden betrachtet werden.

Die transkulturelle Kompetenz stellt nicht die Kultur, sondern die Interaktion von Fachkräften und Migrantinnen und Migranten ins Zentrum. Diese Interaktion beinhaltet das Aufeinandertreffen unterschiedlichster Lebenswelten und Lebenserfahrungen. Die transkulturelle Kompetenz wird als Fähigkeit verstanden, individuelle Lebenswelten unter Einbezug ihrer jeweils besonderen Situation zu erfassen, zu verstehen und daraus entsprechende Handlungsweisen abzuleiten (vgl. Domenig 2007: 174). Die Basis der transkulturellen Kompetenz stellen drei Eckpfeiler dar: Die Empathie, die Selbstreflexion sowie das migrationsspezifische Hintergrundwissen und die Erfahrung mit Migrantinnen und Migranten (vgl. Domenig 2001: 148-151). Unter Empathie versteht Dagmar Domenig die Fähigkeit, sich kognitiv in einen anderen Menschen hineinzusetzen, seine Empfindungen nachzuvollziehen, um sich dadurch über sein Denken und Handeln klar zu werden. Als Grundvoraussetzungen dienen dabei Neugier, Engagement und Interesse (vgl. Domenig 2007: 178). Die Selbstreflexion stellt ein weiterer Eckpfeiler im transkulturellen Verständnis dar. Fachkräfte sollten sich bewusst sein, dass die eigene Subjektivität, Begegnungen stets beeinflusst und prägt. Eine kontinuierliche Selbstreflexion des eigenen Hintergrundes, der eigenen Werte und des Handelns sind daher unabdingbar. Ein fundiertes fachliches Wissen hinsichtlich der Arbeit mit Migrantinnen und Migranten sowie Erfahrungen mit der Adressatengruppe, werden überdies als weitere Merkmale der transkulturellen Kompetenz

erachtet (vgl. Domenig 2001: 143-148). Die transkulturelle Kompetenz zeichnet sich folglich durch eine Haltung aus, welche geprägt ist von Empathie, Unvoreingenommenheit und Selbstreflexion. In Bezug auf die Zusammenarbeit mit traumatisierten Menschen kann diese Haltung weiter spezifiziert werden.

### **8.1.2 Traumasensible Haltung**

Wie im Rahmen dieser Arbeit bereits festgestellt, kann sich eine Traumatisierung auf alle Lebensbereiche auswirken. Hinter vielen Verhaltensauffälligkeiten, die in der beruflichen Tätigkeit für Beratende möglicherweise anstrengend oder schwierig nachzuvollziehen sind, können sich Hinweise einer Traumatisierung verbergen. Dieses Verständnis ermöglicht die Bildung einer traumasensiblen Haltung. Mit diesem Hintergrundwissen lässt sich eher einordnen, dass Konzentrationsschwierigkeiten oder eine ausgeprägte Vergesslichkeit, nicht etwa mangelndem Interesse gelten, sondern traumatische Ausdrucksweisen sein können. So lassen sich Hintergründe problematischen Verhaltens besser entschlüsseln und Beratende können somit zielführender agieren (vgl. Zito/Martin 2016: 55).

### **8.1.3 Mit Misstrauen und belastenden Gefühlen umgehen**

Für Beratende, die mit traumatisierten Asylsuchenden zusammenarbeiten, ist es unter Umständen ernüchternd, wenn sie spüren, dass ihnen Misstrauen entgegengebracht wird. In diesem Zusammenhang ist die Erkenntnis wichtig, dass Flüchtlinge, die einen traumatischen Prozess durchlebt haben, immer wieder in Situationen geraten sind, in denen es notwendig war, sehr vorsichtig zu sein. Diese Haltung, immer wieder skeptisch zu sein und Hilfsangebote abwägend zu prüfen, kann die traumatische Erfahrung widerspiegeln. Das Misstrauen ist demzufolge ein Zeichen ihrer erlebten Not. Im Rahmen einer Beratung sollte dem Misstrauen Raum gegeben werden. Diese Akzeptanz kann bei den Betroffenen ein Wegbereiter für zukünftige Vertrauensbildung sein (vgl. Baer/Frick-Baer 2016: 138f).

In der Beratung mit traumatisierten Asylsuchenden kann es vorkommen, dass traumatische Erfahrungen und Gefühle durch traumaassoziiierende Stimuli angetriggert werden. Beratende können dies etwa dann bemerken, wenn die Betroffenen verstummen, sie mit leerem Blick anschauen oder nicht reagieren, wenn sie angesprochen werden. In diesen Situationen ist die Fähigkeit, Sicherheit und Ruhe zu vermitteln, bedeutsam. Es geht darum, den Menschen darin zu unterstützen, sich in der Gegenwart zu orientieren (vgl. Zito/Martin 2016: 57). Damit dies gelingt, soll zuerst versucht werden, Kontakt herzustellen. Beratende können die Betroffenen direkt mit dem Namen ansprechen und sie fragen, ob sie ihr Gegenüber sehen und hören können. Überdies können gegenwartsbezogene Fragen, wie nach dem Datum, der Uhrzeit oder dem Ort des Geschehens dabei helfen, den Realitätsbezug - falls verloren - wiederherzustellen. Körperkontakt sollte hingegen eher zurückhaltend angewandt werden,

da dies insbesondere für traumatisierte Menschen einer Grenzverletzung gleichkommen kann. Dennoch ist es hilfreich, wenn sie ihren eigenen Körper wieder bewusst spüren. So können die Menschen etwa eingeladen werden, aufzustehen und ein paar Schritte zu gehen, tief durchzuatmen oder ihr Gesicht mit kaltem Wasser zu erfrischen (vgl. Steinkopff 1997: 41, Zito/Martin 2016: 58). Ist es unmöglich, eine Person in die Gegenwart zurückzuholen, äussert sie sich bedrohlich oder steigert sich die Unruhe, sollten Beratende unbedingt Hilfe beziehen und nicht alleine bei der betroffenen Person verweilen. Dies zum Schutz beider (vgl. Baer/Frick-Baer 2016: 182).

#### **8.1.4 Kommunikative Kompetenzen**

Kommunikative Fähigkeiten werden als eine wichtige Kompetenz in der Beratung traumatisierter Asylsuchender betrachtet. Eine bedachte Wahl der Worte seitens der Beratenden, ist von zentraler Bedeutung. So können, je nach gesellschaftlichem und kulturellem Hintergrund, Begriffe wie etwa „Psyche“ oder „Therapie“ unterschiedlich interpretiert werden. Viele Angebote der Sozialen Arbeit sind in den Herkunftsländern der asylsuchenden Menschen unbekannt oder es wurden negative Erfahrungen infolge einer repressiven Rolle der Psychiatrie oder vonseiten der Behörden erlebt (vgl. Schirilla 2016: 177). So haben viele Menschen in ihren Heimatländern „mit dem Wort Therapie nur die Erfahrung gemacht, dass ihnen ein Kind weggenommen wurde oder Familien auseinandergerissen wurden. Es ging und geht nicht um Hilfe, sondern Therapie ist dort (...) ein Herrschafts- und Bestrafungsinstrument der Machthabenden“ (Baer/Frick-Baer 2016: 138f). Dies kann Misstrauen oder eine Ablehnung der wohlgemeinten Unterstützung zur Folge haben. Nebst einer achtsamen Wortwahl, können auch, wie im Abschnitt der transkulturellen Kompetenz bereits erwähnt, Empathie und eine unvoreingenommene Grundhaltung den traumatisierten Asylsuchenden gegenüber helfen. Herkunftsspezifische Kenntnisse, etwa über Kultur oder Religion der zu beratenden Menschen, sind ebenfalls hilfreich und tragen zu einer gelingenden Kommunikation bei (vgl. Birck/Weber 2004: 159).

#### **8.2 Traumapädagogische Empfehlungen**

Die Traumapädagogik entwickelte sich in den letzten Jahren zu einem neuen Fachgebiet. Sie überträgt Theorien, Methoden und Erfahrungen aus der Psychotraumatologie und der Heilpädagogik auf die Pädagogik. Im Mittelpunkt der Traumapädagogik steht die menschliche Begegnung zwischen den Ratsuchenden und den Beratern bzw. den Betreuern. Die Traumapädagogik fördert Selbstheilungskräfte, stabilisiert Entwicklungspotenziale und verfolgt das Ziel, positive und korrigierende Bindungsangebote in einem sicheren Rahmen anzubieten. Auf diese Weise soll neues Vertrauen entstehen, Selbstwirksamkeit gefördert und das Selbstwertgefühl gesteigert werden (vgl. Biberacher 2013: 285).

Für die Arbeit mit traumatisierten Asylsuchenden bietet die Traumapädagogik einige hilfreiche Leitlinien, welche nachfolgend beleuchtet werden.

### **8.2.1 Sicherheit vermitteln**

Wie aus dem siebenten Kapitel zu entnehmen, ist es nach dem Erleben von Existenz gefährdenden Entbehrungen und lebensbedrohlichen Situationen für Folter- und Kriegsüberlebende von grösster Bedeutung, wieder physische und psychische Sicherheit zu erlangen (vgl. Schweizerisches Rotes Kreuz 2008: 47). Doch ein grundsätzliches Gefühl der Sicherheit bei traumatisierten Asylsuchenden zu ermöglichen, ist nur schwer zu erreichen. Es gilt zu bedenken, dass sie die Erfahrung gemacht haben, dass ihre Umgebung bedrohlich ist und dass schreckliche Dinge geschehen, denen sie ohnmächtig ausgeliefert sind. Zusätzlich kommt die Unsicherheit bezüglich ihres Aufenthaltsstatus hinzu. Diese existenzielle Unsicherheit kann dabei ihr ganzes Leben bestimmen. Damit sich traumatisierte Asylsuchende stabilisieren und wieder mehr Sicherheit gewinnen können, ist es unabdingbar, ihnen eine äussere Sicherheit zu geben. Erst die Erfahrung einer äusseren Sicherheit, lässt sie auch wieder eine innere Sicherheit entwickeln und erleben. Zu dieser äusseren Sicherheit tragen alle Aktivitäten bei, welche der sozialen und physischen Stabilisierung dienen (vgl. Zito/Martin 2016: 63f). Der Beratungskontext kann diesbezüglich als zentrale Schnittstelle dienen, denn Sicherheit wird im Rahmen der Beratung als zentrales Element gewichtet und gilt als wichtigster Wirkfaktor zu einem gelingenden Arbeitsbündnis (vgl. Beckrath-Wilking/Biberacher 2013a: 171, 173). So können im Rahmen einer Beratung diverse Angelegenheiten geklärt oder initiiert werden, welche den Betroffenen Sicherheit vermitteln oder zu mehr Sicherheit beitragen. Hierzu können sich Beratende in Bezug auf ihre Klientinnen und Klienten folgende Fragen stellen: Wie steht es um das Asylverfahren der betroffenen Person? Wie steht es um die Wohnsituation? Ist es möglich, dass die traumatisierte Person/ Familie in eine eigene Wohnung zieht und so zu mehr Ruhe kommt als im Asylheim? Wie steht es um die Tagesstruktur? Besteht die Möglichkeit an einem Sprachkurs teilzunehmen oder einer Beschäftigung nachzugehen? Wie ist der gesundheitliche Zustand? Ist eine Therapie angezeigt? Wie sieht das soziale Umfeld der betreffenden Person aus? Wie könnte sie sozialen Anschluss finden (vgl. Zito/Martin 2016: 63ff)? Diese Fragen dienen alle der äusseren, sozialen und physischen Sicherheit. Was aber kann in einer Situation getan werden, in der Sicherheit das ist, was ein Mensch am dringendsten benötigt, zugleich aber am wenigsten zu gewährleisten ist (vgl. ebd.: 67)?

#### **8.2.1.1 Das Konzept des „sicheren Ortes“**

In Situationen, in denen keine äussere, soziale oder physische Sicherheit geboten ist, benötigen Menschen zumindest Momente oder Orte, um Kraft zu schöpfen und aufzutanken. Um solche Orte und Situationen der Kraft zu schaffen, bietet sich das traumapädagogische

Konzept des „sicheren Ortes“ an. Dieser „sichere Ort“ kann nicht als ausreichend erachtet werden, dennoch aber ist er überlebenswichtig in Situationen, in denen Sicherheit dringendst benötigt wird. Solche „sicheren Orte“ können unter anderem die Einrichtung, in der die Beratung stattfindet, Klassenzimmer, Flüchtlingscafés etc. sein (vgl. Zito/Martin 2016: 67). Wie der Ort der Beratung als „sicherer Ort“ wahrgenommen werden kann, wird in den folgenden Abschnitten erläutert.

➤ Strukturelle Klarheit und Transparenz

Ein Trauma bedeutet, dass etwas Unvorhergesehenes geschieht, woraus Kontrollverlust und Ohnmacht resultieren. Dementsprechend haben traumatisierte Menschen ein grosses Bedürfnis nach Einschätzbarkeit und Kontrolle. Eine möglichst weitreichende Klarheit, eine strukturierte Vorgehensweise sowie Transparenz können diesem Bedürfnis Rechnung tragen. So ist es sinnvoll, wenn bereits zu Beginn der Zusammenarbeit verbindliche Regeln aufgestellt sowie die Rechte und Pflichten aller Parteien dargelegt werden. Das Wissen, wofür die beratende Person zuständig, bzw. die Klärung, was ihr Aufgabengebiet ist, trägt zu Klarheit bei und unterstützt eine Atmosphäre, die Sicherheit und Vertrauen vermittelt (vgl. ebd.: 67f, Wolf-Schmid 2013a: 261).

➤ Atmosphäre

Klarheit alleine reicht jedoch nicht aus, damit ein Ort als „sicherer Ort“ empfunden wird. Die Klarheit soll mit einer Atmosphäre der Wertschätzung, des Respekts, der Offenheit und der Unterstützung einhergehen (vgl. Zito/Martin 2016: 68). Bereits vor einem Beratungstermin soll darauf geachtet werden, dass alles vermieden wird, was während des Gesprächs als störend empfunden werden kann. Ideal ist, eine Gesprächssituation anzubieten, in der klingende Telefone oder plötzlich eintretende Menschen keine Störung bewirken (vgl. Wolf-Schmid 2013b: 116). Die Atmosphäre des Gesprächsraums kann einen erheblichen Einfluss auf den Beratungsverlauf haben. Um traumatisierte Menschen wirksam beraten zu können, ist es hilfreich, wenn Beratungen in Räumen stattfinden, die Geborgenheit vermitteln. Gerade wenn die Wohnsituationen der Betroffenen besonders ungünstig sind, kann es umso wichtiger sein, dass es Räume gibt, in denen sie sich wohl fühlen und in denen sie Ruhe vorfinden. Beratende sollten sich fragen: Ist mein Beratungsraum freundlich gestaltet? Kann die Atmosphäre beispielsweise durch Vorhänge, Bilder oder Pflanzen verbessert werden? Gibt es vielleicht auch einen kleinen Rückzugsort für die Kinder (vgl. Zito/Martin 2016: 69)?

Es lohnt sich, zu reflektieren, ob und wie der Ort, an dem die Beratung stattfindet, ein „sicherer Ort“ ist oder sein kann (vgl. ebd.).



### **8.2.2 Erleben einer sicheren Bindung**

Durch eine Traumatisierung wird das Vertrauen in die Welt und häufig auch in andere Menschen geschädigt. Gemäss Zito und Martin tragen vertrauensvolle Beziehungen dazu bei, dass das Leben wieder bewältigbar und Vertrauen aufgebaut wird (vgl. Zito/Martin 2016: 78). Das traumapädagogische Konzept fördert Sicherheit durch das Wiedererleben von sicheren Bindungen, indem Beziehungsangebote gegeben werden (vgl. Biberacher 2013: 292). Häufig ist im Kontext der Sozialen Arbeit jedoch vielmehr das Thema, Klientinnen und Klienten nicht zu sehr an sich zu binden. In der Arbeit mit traumatisierten Asylsuchenden kann eine professionelle Nähe jedoch sehr wirkungsvoll sein. Für die Betroffenen kann es als heilsam empfunden werden, wenn ihnen Beziehung angeboten wird und sie phasenweise eng begleitet werden. Dabei geht es nicht darum, Freundschaften einzugehen oder Klientinnen und Klienten dauerhaft binden zu wollen. Vielmehr sollen die Betroffenen in einem klaren, abgegrenzten Rahmen die Erfahrung machen können, dass Menschen doch mitfühlend, zuverlässig und vertrauenswürdig sind. Nach Zito und Martin hat es sich erwiesen, dass sichere Bindungen ein wichtiger Schritt auf dem Weg zur Heilung sind sowie zu emotionaler Stabilität und einem Gefühl der Sicherheit und Anerkennung beitragen. Dies wiederum befähigt die Betroffenen, neue Kontakte und Bindungen einzugehen. So kann die Rolle als zentrale Bezugsperson denn auch als eine temporäre Aufgabe erachtet werden (vgl. Zito/Martin 2016: 78ff).

### **8.2.3 Unterstützung positiver Selbstbilder**

Die Erfahrung einer Traumatisierung kann das Selbstwertgefühl und das Selbstbild von Betroffenen massgeblich schädigen. In der Traumapädagogik wird es daher als wichtig erachtet, dass traumatisierte Menschen wieder ein positives Selbstbild entwickeln können. Um den negativ behafteten Erinnerungen, positive Erlebnisse entgegenzusetzen, ist das Erleben ausgleichender Erfahrungen von zentraler Bedeutung. Gute Gespräche, Rituale oder wohltuende Tätigkeiten tragen dazu bei, dass positive Gefühle hervorgerufen werden (vgl. ebd.: 81f).

Die Partizipation stellt sich als ein wichtiger Punkt dar, um ein positives Selbstbild zu unterstützen. Bei traumatisierten Asylsuchenden halten die Ohnmacht und das Gefühl des Ausgeliefertseins, meist auch im Zielland, lange an. Oftmals entscheiden wieder andere Menschen über die wesentlichen Punkte ihres Lebens. Werden sie jedoch befähigt, selbst Entscheidungen zu treffen und Einfluss zu nehmen, wird ihnen ein Gefühl der Wirksamkeit zuteil. Beratende können sich diesbezüglich etwa fragen: Haben die Asylsuchenden die Möglichkeit, selbst zu entscheiden, wie sie ihre Zimmer oder ihren Aufenthaltsraum gestalten? Kann die Klientin bzw. der Klient selbst entscheiden, worüber in der Beratung gesprochen wird oder wie lange das Gespräch dauert? So ist es relevant zu erörtern, wo es

Lebensbereiche und Situationen gibt, auf die traumatisierte Asylsuchende konkret Einfluss nehmen können, um auf diese Weise positive Erfahrungen zu sammeln (vgl. Zito/Martin 2016: 82).

### **8.3 Kooperation und Vernetzung mit anderen Fachkräften**

Damit sowohl Bereiche der sozialen und psychischen, als auch der physischen Stabilisierung traumatisierter Asylsuchender berücksichtigt werden können, ist die Kooperation mit anderen Fachkräften von grosser Bedeutung (vgl. ebd.: 65). Dadurch können Hindernisse überwunden und der Adressatengruppe eine umfangreiche Beratung geboten werden.

#### **8.3.1 Dolmetscher**

Eine Herausforderung, welche sich im Kontext einer Beratung mit einer fremdsprachigen Person zeigt, ist die Sprachbarriere. Kommunikationshindernisse aufgrund sprachlicher und kultureller Missverständnisse führen leicht zu Unsicherheiten und Vertrauensvorbehalten (vgl. Zimmermann 2000, zit. in Salmann 2010: 199). Um dem konkret entgegen zu wirken, kann die institutionelle Bereitstellung von Dolmetschern ein Faktor sein, der Hemmnisse abbaut und Vertrauen sowie Klarheit schafft (vgl. Birck/Weber 2004: 157). Dolmetscher verfügen zumeist selbst über einen Migrationshintergrund und werden in der Regel hinsichtlich Gesprächsführung, der Terminologie des Sozial- und Gesundheitswesens sowie gezielt im Umgang mit kulturellen Hintergründen geschult. Da Institutionen zum Sparen angehalten werden, ist jedoch häufig der Fall, dass stattdessen Familienangehörige, Freunde oder gar Kinder in Beratungsgesprächen als Übersetzungshilfen hinzugezogen werden. Dies bringt jedoch zahlreiche Risiken mit sich und beeinträchtigt die Qualität der Kommunikation, da Verschwiegenheit und Schweigepflicht nicht gesichert sind (vgl. Salma 2010: 202f). Überdies kann es dabei zu willkürlich oder individuell gefärbten Interpretationen kommen, wie auch zu Loyalitätskonflikten innerhalb von Familien (vgl. Flubacher 2004: 145). Deswegen ist es von zentraler Bedeutung, dass unabhängige, professionelle Übersetzer hinzugezogen werden und vorab sichergestellt wird, dass zwischen der Klientin bzw. dem Klienten und der übersetzenden Person kein Verwandtschafts- oder Kollegialitätsverhältnis besteht. Die Präsenz eines professionellen Dolmetschers signalisiert den Ratsuchenden das ernste Bemühen, sie adäquat verstehen zu wollen, wodurch ein Gefühl der Sicherheit vermittelt wird. Trotzdem sollte vor einem Gespräch mit einer übersetzenden Person immer vorrangig das Einverständnis der Klientin/des Klienten eingeholt werden (vgl. Schweizerisches Rotes Kreuz 2008: 65ff).

#### **8.3.2 Vernetzung mit Fachkräften**

Angesichts der vielfältigen Problemlagen, denen traumatisierte Asylsuchende ausgesetzt sind, ist die Kooperation mit anderen Einrichtungen und Fachkräften von grosser Wichtigkeit.

Eine vernetzte Zusammenarbeit mit Therapeuten und stationären als auch ambulanten Kliniken ermöglicht eine umfassende Beratung der Adressatengruppe (vgl. Beckrath-Wilking/Biberacher 2013b: 273).

Eine zentrale Anlaufstelle, wenn es um psychiatrische und psychotherapeutische Abklärungen und Behandlungen traumatisierter Asylsuchender geht, ist in der Schweiz das Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer (AFK), das in Zürich den Hauptsitz hat. Es bietet in der Schweiz lebenden Betroffenen, ungeachtet ihres Aufenthaltsstatus, ambulante sozialpsychiatrische und psychotherapeutische Hilfe an. Überdies veröffentlicht das AFK in verschiedenen Sprachen Informationsbroschüren für Betroffene einer Traumatisierung sowie Fachliteratur für Fachkräfte. Diese können kostenlos im Internet bezogen werden (vgl. Torture Victims o.J., Universitätsspital Zürich o.J.).

Durch die Arbeit mit traumatisierten Asylsuchenden werden Beratende mit vielen Herausforderungen und Belastungen konfrontiert. Sie stossen an Grenzen, weil ihnen Verhaltensweisen unklar sind oder gesetzliche Bestimmungen ihre Arbeit erschweren. Hierbei ist die Inanspruchnahme von Supervisionen ein wichtiges Gefäss, das die Beratungstätigkeit unterstützt. In dem das eigene Handeln reflektiert wird, werden Beratende dazu befähigt, eine erweiterte Perspektive einzunehmen. Dadurch werden Denkanstösse initiiert und neue Handlungsoptionen können entstehen. Auch die Teilnahme an Fortbildungen sowie der regelmässige Austausch mit kompetenten und erfahrenen Fachkräften sind lohnende Faktoren, die das fachspezifische Wissen erweitern und festigen. Dies wirkt sich wiederum zielführend auf die Beratung traumatisierter Asylsuchender aus und kann zu einer wirksamen Beratung führen (vgl. Baer/Frick-Baer 2016: 209f).

#### **8.4 Zusammenfassung**

In diesem Kapitel wurde die Frage erörtert, welche Konzepte, Kompetenzen und methodische Vorgehensweisen zu einer bedürfnisgerechten Beratung traumatisierter Asylsuchender führen.

Das transkulturelle Verständnis wird von der Autorin als Basis erachtet, um in der Beratung von traumatisierten Asylsuchenden empathisch und bedürfnisorientiert vorzugehen. Das Hintergrundwissen betreffend die Ausdrucksweise einer Traumatisierung befähigt Beratende auch in belastenden Situationen, ihre Klientinnen und Klienten adäquat zu unterstützen und ihnen ein Gefühl der Sicherheit zu vermitteln. Das traumapädagogische Konzept des „sicheren Ortes“ ermöglicht in solchen Situationen, Momente der Ruhe und des Vertrauens zu schaffen.

Durch das Erleben einer sicheren Bindung werden ausgleichende Erfahrungen geschaffen, die das Erleben positiver Selbstbilder unterstützen.

Das Herstellen einer möglichst weitreichenden Stabilität wird als wesentlicher Bestandteil einer wirksamen Beratung traumatisierter Asylsuchender erachtet. Ein ganz wesentlicher Aspekt in der Beratung traumatisierter Asylsuchender stellt sich hierbei in der Zusammenarbeit mit anderen Partnerorganisationen und Fachkräften dar. Durch eine vernetzte Arbeitsweise werden die Adressatinnen und Adressaten durch ein Netz qualifizierter Fachkräfte aufgefangen. Diese Vorgehensweise ermöglicht eine umfangreiche Beratung und Versorgung, was sich sowohl auf Beratende als auch auf die Klientinnen und Klienten positiv auswirkt.

Nebst den empfohlenen Vorgehensweisen und Hilfestellungen ist in der Beratung eine gelingende Kommunikation wichtig. Wie nun die Empfehlungen dieses Kapitels durch adäquate Beratungsansätze wirksam eingebettet werden können, wird im nächsten Kapitel veranschaulicht.

## **9. Eine ressourcenorientierte und stabilisierende Beratung**

Das folgende Kapitel richtet den Fokus abschliessend auf ressourcenorientierte und stabilisierende Beratungsansätze, die vorwiegend einen Bezug zur Gegenwart und Zukunft der Betroffenen herstellen. Dabei wird anhand theoretischer Aspekte sowie praktischer Beispiele erörtert, inwiefern diese in der Beratung traumatisierter Asylsuchender unterstützend wirken und Sicherheit vermitteln.

### **9.1 Im Hier und Jetzt**

Für traumatisierte Asylsuchende ist es wichtig, dass sie das Gefühl bekommen, mit ihren Schrecken und Ängsten nicht allein gelassen zu werden (vgl. Baer/Frick-Baer 2016:128). Besteht ein Vertrauensverhältnis und zeigen Betroffene die Bereitschaft, über das erfahrene Leid zu sprechen, so soll ihnen in der Beratung der hierfür notwendige Platz geboten und Akzeptanz entgegengebracht werden. Indem das Leid überhört wird oder stattdessen voreilig Lösungen angeboten werden, erhöht sich der Leidensdruck der Betroffenen und sie werden mit den Folgen ihrer Traumatisierung alleine gelassen (vgl. ebd.: 130). Beratende sollten sich aber bewusst sein, dass es für traumatisierte Menschen oft enorm belastend ist, über die Ereignisse zu sprechen, die ihnen widerfahren sind. Sprechen Betroffene einer Traumatisierung nicht von sich aus über die traumatischen Erlebnisse, so sollen sich Beratende gemäss Zito und Martin zurückhalten, explizit danach zu fragen. Als Richtlinie in der nicht-therapeutischen Arbeit mit traumatisierten Asylsuchenden gilt, sich auf die

Gegenwart und Zukunft, hingegen nicht auf die Vergangenheit, zu fokussieren (vgl. Zito/Martin 2016: 56). Diesbezüglich können Vorgehensweisen des lösungsorientierten und des systemischen Beratungsansatzes dienlich sein. Welche dies sein können, wird im Folgenden dargelegt.

### **9.1.1 Der lösungsorientierte Beratungsansatz**

Das Grundprinzip des lösungsorientierten Ansatzes kann wie folgt zusammengefasst werden: Lösungen konstruieren anstatt Probleme zu analysieren (vgl. Bamberger 2010: 38). Diese Leitidee des lösungsorientierten Ansatzes hat gewiss in manchen Gebieten seine Berechtigung. In der Arbeit mit traumatisierten Asylsuchenden kann sie jedoch auch etwas übereilt oder gar überspitzt wirken. Die ernsthaften Problemlagen traumatisierter Asylsuchender sind meist nicht dadurch gelöst, indem lediglich über Lösungen gesprochen wird (vgl. Baer/Frick-Baer 2016: 129). Dennoch erachtet die Autorin einige Grundgedanken des lösungsorientierten Ansatzes als durchaus unterstützend in der Beratung traumatisierter Asylsuchender. Insbesondere die gegenwartsbezogene und zukunftsorientierte Ausrichtung, auf die sich die Beratung fokussiert, die konkreten Handlungsanweisungen sowie die Formulierung erreichbarer, kurzfristiger und klarer Ziele sind dabei hilfreich. Diese Vorgehensweisen dienen der Aktivierung und Festigung der Selbstbefähigung und Autonomie (vgl. Radice von Wogau 2004: 58f).

Damit Prozesse zielgerichtet initiiert werden können, fokussiert sich die lösungsorientierte Beratung „von Beginn an, an den vorhandenen Kompetenzen und Ressourcen von Betroffenen“ (Ilic 2016: 85). Um traumatisierte Menschen zu stabilisieren und sie in ihrer Selbstwirksamkeit zu unterstützen, ist es sinnvoll, den Blick auf Handlungen und Erfahrungen zu richten, welche gelingen und wohltuend wirken. So kann es wertvoll sein, sich auf die Suche nach möglicherweise verborgenen Ressourcen zu machen, um diese zu reaktivieren, zu fördern oder gar auszubauen. Ressourcen und Stärken lassen sich auf vielen Ebenen finden. Dies können Tätigkeiten sein, die die eigene Energie wieder anregen oder bei denen sich die Betroffenen als kreativ erleben. So stellen denn auch für viele Menschen körperliche Tätigkeiten, wie beispielsweise Sport oder Tanz, grosse Ressourcen dar. Für andere wiederum kann es stärkend sein, wenn sie Tätigkeiten ausüben, in denen sie besondere Kenntnisse erworben haben (vgl. Zito/Martin 2016: 85f). Die Aufgabe der Beratenden besteht nun darin, die Betroffenen bei der Suche von Ressourcen, Fähigkeiten und Stärken zu unterstützen (vgl. Ilic 2016: 85f). Eine mögliche Methode im lösungsorientierten Beratungsansatz bezüglich der Ressourcenaktivierung ist das Erteilen sogenannter Beobachtungsaufträge. Ein Beobachtungsauftrag kann beispielsweise die Aufgabe sein, dem Klienten oder der Klientin den Auftrag zu erteilen, zu beobachten, was sie in ihrem Leben als gelingend oder stärkend feststellen. Auf diese Weise werden Ressourcen

und Stärken gesucht und neues Verhalten entdeckt und erprobt (vgl. Radice von Wogau 2004: 59). Ungeachtet der Ausrichtung auf Stärken und Ressourcen legt der lösungsorientierte Ansatz das Augenmerk darauf, dass Klientinnen und Klienten in ihrem Leid grundsätzlich anerkannt und gewürdigt werden (vgl. Berg/de Jong 1998: 15). Gerade für Betroffene einer Traumatisierung mag die Anerkennung und Würdigung ihres Leids wiederum eine grundlegende Ressource sein, die hilft, sie in ihrer Bewältigung und bei der Wiedergewinnung ihrer persönlichen Würde zu unterstützen (vgl. Ottomeyer 2011: 209).

### **9.1.2 Der systemische Ansatz**

Untersuchungen haben gezeigt, dass sich der systemische Beratungsansatz vor allem in der Beratung von chronisch Erkrankten oder Menschen in Krisensituationen als sehr effizient und bewährt erwiesen hat (vgl. Petter-Schwaiger 2011, zit. in Ilic 2016: 69f). Die systemorientierte Denkweise hat dazu beigetragen, dass Störungen und Probleme nicht ausschliesslich individualisiert, sondern mit dem sozialen Umfeld vernetzt und im kulturell-sozialen Kontext der betroffenen Person betrachtet werden (vgl. Radice von Wogau 2004: 45).

Unter dem Gesichtspunkt des systemischen Ansatzes kann die Familie sowie das soziale Umfeld der Betroffenen in die Beratung mit einbezogen werden. Denn mithilfe des systemischen Beratungsansatzes ist die Möglichkeit gegeben, die Auswirkungen von Krankheiten und Störungen eines Familienmitgliedes auf das gesamte Familiensystem sowie das soziale Umfeld zu beobachten (vgl. Ilic 2016: 69). Insbesondere bei traumatisierten Asylsuchenden ist der Einbezug des Familiensystems oder des nahen, sozialen Umfeldes meist von zentraler Bedeutung (vgl. Schweizerisches Rotes Kreuz 2008: 68). So stellt die Familie für die Betroffenen häufig eine wichtige Ressource hinsichtlich der vielfältigen Problembewältigung dar (vgl. Radice von Wogau 2004: 58). Das Familiensystem und das soziale Umfeld kann dementsprechend auch für die Beratung als Ressource genutzt und hinzugezogen werden. Das nahe Umfeld, der Partner oder die Partnerin, helfen überdies oft mit, dass die Betroffenen die Beratungssequenzen wahrnehmen, sie fördern die Motivation und unterstützen die Betroffenen meist auch in deren Alltag (vgl. Schweizerisches Rotes Kreuz 2008: 68). Dementsprechend kann das soziale und familiäre Umfeld auch eine Ressource sein, die Kraft und Halt gibt. Häufig ist es auch die Verantwortung für die eigenen Kinder, die traumatisierten Menschen dabei hilft, nicht aufzugeben und schwierige Zeiten durchzustehen. Dazu kann man in einer Beratung in Erfahrung bringen, ob es für die Betroffenen Bekannte, Freunde oder Angehörige gibt, die für sie da sind, um sie aufzufangen. Möglicherweise lassen sich dabei auch vergessene oder „eingefrorene“ Kontakte reaktivieren (vgl. Zito/Martin 2016: 86). Um Familienstrukturen und das soziale Umfeld zu eruieren und um herauszufinden, wie dieses aktiviert und genutzt werden kann, erweist sich in diesem Zusammenhang die Erstellung eines Genogramms als hilfreich. Das

Genogramm ist eine Art Stammbaum, welches partizipativ mit den Klientinnen und Klienten erarbeitet wird. Auf diese Weise werden Familienstrukturen, das Beziehungsgeflecht, Ereignisse und Ressourcen ersichtlich und auf eine strukturierte Weise dargestellt. Aktuelle Beziehungen, Zusammenhänge und Verhaltensweisen können so entdeckt und verschiedene Blickwinkel eingenommen und modifiziert werden (vgl. Schlippe et al. 2003: 117).

Auch der systemische Beratungsansatz verfolgt übergeordnet das Ziel, Ressourcen zu aktivieren, indem das soziale und familiäre Umfeld unter Einbezug des kulturellen Kontextes in den Prozess miteinbezogen wird. Dabei wird der Blickwinkel, wie in der lösungsorientierten Denkweise auch, auf Chancen und Möglichkeiten der Betroffenen gerichtet (vgl. Welter-Enderlin/Hildenbrand 2004: 232).

## **9.2 Zusammenfassung**

In diesem Kapitel wurde erläutert, welche Beratungsansätze sich spezifisch in der Beratung traumatisierter Asylsuchender eignen. Anhand der Bedürfnisanalyse der Adressatengruppe wird eine ressourcenorientierte Beratung empfohlen. Systemische und lösungsorientierte Beratungsansätze erweisen sich hierbei als besonders zielführend, da durch das Ergründen und Stärken von Ressourcen sowie die Ausrichtung auf die Gegenwart und Zukunft, Kräfte reaktiviert werden können. Dies ermöglicht traumatisierten Asylsuchenden auch unter erschwerten Bedingungen Mut zu schöpfen und Halt zu erfahren. „Gerade traumatisierte Menschen mussten zum Überleben besondere Ressourcen entwickeln, die ihnen aber als solche oft nicht bewusst sind, da ihre Sicht von negativer Selbsteinschätzung und (...) Hilflosigkeit geprägt ist. Schon die Ressourcendiagnostik kann das negative Selbstbild relativieren.“ (Beckrath-Wilking 2013: 176) Zusammenfassend betrachtet kann gemäss Zito und Martin (2016:87) „alles eine Ressource sein, was innere und äussere Stabilität vermittelt, Selbstwirksamkeit und einen Fluss der kreativen Energien ermöglicht.“ Insofern kann eine systemische und lösungsorientierte Beratung traumatisierte Asylsuchende in ihrer Lebensbewältigung unterstützen, da sie hilft, den Blick auf Stärken und Ressourcen zu fokussieren. Dadurch wird das Gefühl der Selbstwirksamkeit unterstützt und ein positives Selbstbild kann entstehen.

## **10. Schlussfolgerung**

Das folgende Kapitel beinhaltet die Zusammenfassung der Hauptkenntnisse und beantwortet die übergeordnete Fragestellung dieser Arbeit. Weiterführende Anregungen zu Diskussionen bilden den Anlass zu einem Ausblick. Abschliessend rundet eine Reflexion diese Bachelor Thesis ab.

### **10.1 Zusammenfassung der Hauptkenntnisse und Ausblick**

Kriege, Gewaltherrschaften und andere spannungsgeladene Krisenherde prägen das gegenwärtige Weltgeschehen. Menschen sind auf der Flucht vor Folter, Diskriminierung, Gewalt sowie Verfolgung und suchen Schutz in anderen Ländern. Aufgrund grauenhafter Erlebnisse und Erfahrungen in den Krisengebieten, leiden viele Schutzsuchende unter einer Traumatisierung. Das Ziel dieser Arbeit war, zu erörtern, wie traumatisierte Asylsuchende in der Schweiz im Rahmen der Sozialen Arbeit wirksam und adäquat beraten und in ihrer Lebensbewältigung unterstützt werden können.

Die Analyse der Lebensumstände von Asylsuchenden, Studien sowie Erfahrungsberichte legen nahe, dass das Asylverfahren für traumatisierte Asylsuchende eine besonders schwierige und zusätzliche Belastung darstellt. Aufgrund der oftmals langen Verfahren, dem unsicheren Aufenthaltsstatus sowie den damit einhergehenden Massnahmen und Restriktionen, erleben die Betroffenen eine Zeit der Unsicherheit, Angst und Fremdbestimmung. Durch die Abhängigkeit von anderen Menschen, erleben sie sich nicht als selbstwirksam, was ihr ohnehin bereits geringes Selbstwertgefühl weiter schwächt. Obwohl die Asylverfahren mit der Asylgesetzrevision von 2013 beschleunigt werden sollten, zeigt die Praxis, dass die angestrebte Beschleunigung aufgrund fehlender Ressourcen noch kaum umgesetzt wird bzw. umgesetzt werden kann. Das teilweise jahrelange Warten auf einen Asylentscheid zermürbt traumatisierte Asylsuchende und lässt sie Ohnmacht und Hilflosigkeit spüren. Damit traumatisierte Asylsuchende schneller, adäquat und wirkungsvoll betreut und behandelt werden können, ist eine Beschleunigung der Asylverfahren unabdinglich.

Die Früherkennung einer Traumatisierung, bereits im Asylverfahren, ist ebenso zentral und stellt für die Autorin eine wichtige Dringlichkeit dar. So ist es traumatisierten Asylsuchenden oft nicht möglich, genaue Aussagen betreffend ihre Asylgründe vorzubringen, da sie sich nicht oder nur noch bruchstückhaft an das Erlebte erinnern können. Dies führt zu Missverständnissen oder inkohärenten Aussagen, was den Verlauf des Asylverfahrens beeinflussen kann. Durch entsprechende Massnahmen und Schulungen der Mitarbeitenden sowie des medizinischen Personals in den Empfangs- und Verfahrenszentren würde eine



Sensibilisierung auf diese Problematik erreicht. Dadurch könnte eine Traumatisierung bestenfalls bereits im Asylverfahren festgestellt werden und einer Chronifizierung des Störungsbildes entgegen gewirkt werden. Um diese Sensibilisierung zu gewährleisten, werden finanzielle Mittel und mehr fachliche Kapazitäten benötigt. Dazu ist eine Diskussion auf politischer Ebene vonnöten. Die Soziale Arbeit kann hierbei ebenfalls einen wichtigen Beitrag leisten. So können Fachtagungen, Schulungen durch Ausbildungsinstitutionen oder Fachliteratur dazu beitragen, auf die erschwerten Lebens- und Bedürfnislagen traumatisierter Asylsuchender aufmerksam zu machen.

Eine Traumatisierung kann anhand verschiedenster Ausdrucks- und Verhaltensweisen sichtbar werden. Dies trägt dazu bei, dass Symptome oft erst spät richtig gedeutet werden und eine Feststellung erschwert, aber nicht verunmöglicht wird. So können beispielsweise Störungen in der Interaktion, wie ein ausgeprägtes Misstrauen, Verbitterung oder eine erhöhte Reizbarkeit einen Hinweis auf eine Traumatisierung darstellen. Doch auch somatische Beeinträchtigungen, wie Schlafstörungen und chronische Schmerzen deuten gegebenenfalls auf eine Traumatisierung hin. Einem geschulten, sensibilisierten Vorgehen wird dabei eine zentrale Bedeutung beigemessen, wobei eine fundierte Ausbildung sowie gezielte Weiterbildungen unterstützend wirken. Der interdisziplinäre Austausch und die Kooperation mit Fachkräften aus dem psychologisch-/medizinischen Bereich tragen dabei zu einer frühzeitigen Erkennung bei. Hierfür benötigt es Zeit, finanzielle Ressourcen sowie die Unterstützung vonseiten der Institutionen, in denen traumatisierte Asylsuchende beraten werden.

Die Anliegen, Verhaltensweisen und Erlebenswelten von Asylsuchenden werden oftmals nicht richtig eingeschätzt und verstanden, was eine adäquate Beratung beeinträchtigen kann. Wenn gleichzeitig eine Traumatisierung vorliegt, bedarf es zusätzlich mehrerer fachlicher Kompetenzen und Strategien. Hierbei ist es von grosser Wichtigkeit, die Grundbedürfnisse von traumatisierten Menschen im Blick zu behalten. Neben dem Erleben von Sicherheit und Selbstwirksamkeit, sind dies auch Gefühle des sich Wahrgenommen- und Geborgenfühls. Das Verständnis der transkulturellen Kompetenz dient hierbei als zentrale Fähigkeit. Eine unvoreingenommene Grundhaltung, Empathie, eine stetige Selbstreflexion sowie kulturspezifisches Hintergrundwissen in Bezug auf die Adressatengruppe, werden als Basis in der Arbeit mit traumatisierten Asylsuchenden erachtet. Um Sprachbarrieren und Missverständnissen entgegenzuwirken, wird die Zusammenarbeit mit ausgebildeten Dolmetschern empfohlen. Damit wird dem Bedürfnis nach tatsächlichem Verständnis Genüge getan und das Bemühen signalisiert, dass die Sozialarbeitenden die Betroffenen tatsächlich verstehen möchten. Das Hinzuziehen von ausgebildeten Dolmetschern wird von

institutioneller Seite jedoch oft untersagt oder nur gelegentlich bewilligt, was insbesondere auf geringe finanzielle Mittel zurückzuführen ist. Da der Bedarf jedoch unumstritten gegeben ist, sollte die Bereitstellung von ausgebildeten Übersetzungsfachkräften etabliert und ausgebaut werden. Dies wäre eine lohnende Investition, wodurch Missverständnisse vermieden, Hemmnisse abgebaut und demgegenüber Vertrauen und Sicherheit vermittelt würden.

Um dem Grundbedürfnis nach Sicherheit nachhaltig gerecht zu werden, hat sich gezeigt, dass diesem in der Beratung traumatisierter Asylsuchender einen wichtigen Stellenwert beigemessen werden soll. Das traumapädagogische Konzept bietet hierzu hilfreiche Methoden an. Obwohl die äusseren Umstände traumatisierten Asylsuchenden meist keine Sicherheit bieten, können Sozialarbeitende dazu beitragen, dass Betroffene einen Ausgleich zu ihrer unsicheren Ausgangslage erleben. Eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung trägt zur Schaffung eines „sicheren Ortes“ bei, an dem traumatisierte Asylsuchende Ruhe, Beständigkeit und Respekt verspüren. Damit sich Vertrauen entwickeln kann, sind das Sammeln positiver Erfahrungen und das Erleben einer sicheren Bindung notwendig. Demgegenüber stellt die Autorin jedoch fest, dass im Tätigkeitsfeld der Sozialen Arbeit eine durchaus hohe Personalfuktuation zu beobachten ist. Durch die oftmals eingeschränkte Beziehungsfähigkeit traumatisierter Asylsuchender und einem häufigen Wechsel an Sozialarbeitenden, wird das Herstellen und Aufrechterhalten einer sicheren Bindung beeinträchtigt. Es muss daher diskutiert werden, wie trotz knapper finanzieller Ressourcen und stetig steigender Fallzahlen die Belastung der Sozialarbeitenden in einem zu bewältigenden Rahmen bleibt. Dies umfasst eine Diskussion auf sozialpolitischer als auch auf der Ebene der Institutionen.

Aufbauend auf dem Verständnis für die Bedürfnisse sowie durch das traumaspezifische Wissen, wird in der Fachliteratur deutlich, dass sich ressourcenorientierte Ansätze als stabilisierend und besonders geeignet für die Beratung traumatisierter Asylsuchender erweisen. Exemplarisch wurden der systemische und der lösungsorientierte Ansatz betrachtet. Beide fokussieren die Gegenwart und die Zukunft und richten den Blick auf Stärken, Gelingendes und das soziale Umfeld der zu Beratenden. Durch diese Betrachtungsweise werden Ressourcen (re-)aktiviert, was traumatisierte Menschen Kraft und Selbstvertrauen schöpfen lässt. Begleitend dazu trägt eine regelmässige Beschäftigung, beispielsweise durch die Teilnahme an einem Deutschkurs oder an einem Beschäftigungsprogramm, zu einer sinnstiftenden Tagesstruktur bei. Dies ermöglicht das Erleben von Selbstwirksamkeit. Die Trauer und das Leid der Betroffenen sollen dennoch nicht übergangen werden. Sind traumatisierte Asylsuchende bereit, über ihre Erlebnisse zu

sprechen, wirken Worte der Anerkennung und des Trostes zusätzlich stabilisierend. Dadurch wird dem Bedürfnis wahrgenommen zu werden, Rechnung getragen. Gleichzeitig können Sozialarbeitende hier die Chance nutzen, darauf hinzuwirken, dass das Trauma therapeutisch bearbeitet wird und die Betroffenen mit einer therapeutischen Fachperson vernetzen. Eine achtsame Wahl der Worte ist hierbei von zentraler Bedeutung.

Durch das aufmerksame Wahrnehmen von Veränderungen und Entwicklungen bei der Klientin bzw. des Klienten wird insgesamt der Erfolg einer wirksamen Beratung sichtbar. Sowohl für Beratende als auch für die Klientin und den Klienten ist es hilfreich, wenn bereits kleine Teilschritte erkannt und gewürdigt werden. Generell lassen sich Erfolgsmerkmale der Sozialen Arbeit nur schwerlich messen. Nach Ansicht der Autorin dieser Arbeit, sind jedoch eine fortschreitende Integration, eine psychische und soziale Stabilisierung sowie die Feststellung, dass die Betroffenen in ihrer Autonomie und Selbstwirksamkeit gestärkt wurden, wesentliche Indikatoren für eine erfolgreiche Beratung. Eine konstante Selbstreflexion unterstützt Sozialarbeitende darin, die eigene Vorgehensweise zu überprüfen und allenfalls anzupassen. Die Supervision dient hierbei als hilfreiches Gefäß. Sie bietet die Möglichkeit, verschiedene Blickwinkel einzunehmen, Entwicklungen zu reflektieren und Beratungsansätze gegebenenfalls zu modifizieren. Um die Erfolgsmerkmale konkret messbar zu machen, können gefestigte Studien hinsichtlich dieser Fragestellung nützlich sein. Generell erachtet es die Autorin auch diesbezüglich als herausfordernd, verlässliche Daten zu erheben, da die Lebenslagen traumatisierter Asylsuchender komplex sind und die individuellen Ressourcen eine Beratung massgeblich beeinflussen.

Diese Bachelor Thesis hat aufgezeigt, dass die Arbeit mit traumatisierten Asylsuchenden ein anspruchsvolles Tätigkeitsfeld ist, in dem von den Fachkräften ein hohes Mass an Kompetenzen gefordert wird. Es ist eine besondere Herausforderung, wenn offensichtlich schutzbedürftigen Menschen begegnet wird, ihnen aber unter Umständen nicht oder nur geringfügig geholfen werden kann. Durch die besondere Empathie, die gesetzlichen Bestimmungen oder die institutionellen Vorgaben besteht die Gefahr, dass sich Fachkräfte wenig abgrenzen können. Ein ebenso bedeutsamer Faktor stellt die Tatsache dar, dass Beratende, die mit traumatisierten Asylsuchenden arbeiten, immer wieder mit traumatischen Situationen und Berichten konfrontiert werden. Wie in dieser Arbeit erwähnt, kann auch die indirekte Form, etwa durch die Berichterstattung traumatischer Ereignisse, dazu führen, dass es zu Traumatisierungen kommt. Es ist daher wichtig, dass auch Fachkräfte ihren eigenen Bedürfnissen Rechnung tragen, einen achtsamen Umgang mit sich pflegen und darauf bedacht sind, einen wohltuenden Ausgleich zum Berufsalltag zu finden (vgl. Zito/Martin 2016: 90).

Die Autorin dieser Bachelor Thesis erachtet die Thematik der Selbstfürsorge und der Prävention einer indirekten Traumatisierung als weitere wichtige Themengebiete, die sich durch die Ausarbeitung dieser Bachelor Thesis ergeben haben. Denn nur Fachkräfte, die selber gesund sind, können anderen Menschen helfen und sie in ihrer Lebensbewältigung wirksam unterstützen (vgl. Zito/Martin 2016: 90). Die Betrachtung dieser Thematiken wäre spannend, in einer weiterführenden Arbeit zu beleuchten.

## **10.2 Reflexion**

Das Verfassen dieser Bachelor Thesis ermöglichte der Autorin, einen noch intensiveren Einblick in die schwierigen Lebensumstände traumatisierter Asylsuchender zu erhalten. Durch die umfangreichen Recherchen und das Studium von Fachliteratur, konnte sie ihr Wissen festigen, weiter vertiefen und dadurch das Verständnis für die Thematik erweitern. Das sensibilisierte Bewusstsein hat ihr Einfühlungsvermögen gesteigert, was ihr das Gefühl vermittelte, in ihrer beruflichen Tätigkeit professioneller und adäquater zu handeln.

Die methodische Vorgehensweise erachtet die Autorin rückblickend als insgesamt zielführend. Dennoch war ihr zu Beginn der Arbeit nicht bewusst, welche Fülle an Fachliteratur zu dieser Thematik verfügbar ist. Die reichliche Menge an Informationen, stellte sie vor eine grosse Herausforderung, relevante Aspekte herauszufiltern und übersichtlich darzulegen. Hier unterstützte sie das Abgleichen von Fachinformationen, die Teilnahme an Weiterbildungen und Fachtagungen, ihre Erfahrung sowie Gespräche innerhalb des Arbeitsteams. Diese Faktoren ermöglichten ihr, den Überblick zu behalten und die Erkenntnisse zu bündeln.

Die Erarbeitung der Bachelor Thesis zu dieser Thematik stellte für die Autorin ein grosses persönliches Anliegen dar. Es ist ihr ein Bedürfnis, dass auf die erschwerte Lebenslage traumatisierter Asylsuchender aufmerksam gemacht wird und sie unterstützend beraten werden. Eine bedürfnisgerechte Beratung kann die Adressatengruppe dazu befähigen, sich trotz der erschwerten Umstände im Rahmen eines Asylverfahren, als selbstwirksam und als Teil der Gesellschaft zu erleben. Dies trägt dazu bei, dass Krisen bewältigbar werden und dass trotz belastenden Herausforderungen, Chancen auf einen Neuanfang erwachsen können (vgl. Kronsteiner 2003, zit. in Krueger 2013: 56). Diese Arbeit soll dazu einen Beitrag geleistet haben.

## 11. Literaturverzeichnis

Agorastos, Agorastos/Ströhle, Andreas (2011). Angststörungen. In: Machleidt, Wielant/Heinz, Andreas (Hg.). Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit. 1. Auflage. München: Urban & Fischer Verlag. S. 293-304.

Assion, Hans-Jörg/Stompe, Thomas/Aichberger, Marion C./Calliess, Iris Tatjana (2011). Depressive Störungen. In: Machleidt, Wielant/Heinz, Andreas (Hg.). Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit. 1. Auflage. München: Urban & Fischer Verlag. S. 321-330.

Avenir Social (2010). Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen. Bern: Professionelle Soziale Arbeit Schweiz.

Baer, Udo/Frick-Baer, Gabriele (2016). Flucht und Trauma. Wie wir traumatisierten Flüchtlingen wirksam helfen können. München: Gütersloher Verlagshaus.

Baierl, Martin (2014). Mit Verständnis statt Missverständnis: Traumatisierung und Traumafolgen. In: Baierl, Martin/Frey, Kurt (Hg.). Praxishandbuch Traumapädagogik. Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche. Göttingen: Verlag Vandenhoeck & Ruprecht GmbH. S. 21-46.

Bamberger, Günter G. (2010). Lösungsorientierte Beratung. Von den Anfängen der systemischen Therapie zu Steve de Shazer. Basel: Beltz Verlag.

Beckrath-Wilking, Ulrike (2013). Allgemeine und spezifische Ressourcen aktivieren. In: Beckrath-Wilking, Ulrike/Biberacher, Marlene/Dittmar, Volker/Wolf-Schmid, Regina (Hg.). Traumafachberatung, Traumatherapie & Traumapädagogik. Ein Handbuch für Psychotraumatologie im beratenden, therapeutischen & pädagogischen Kontext. Paderborn: Junfermann Verlag. S. 176-177.

Beckrath-Wilking, Ulrike/Biberacher, Marlene (2013a). Sicherheit in der beratenden/therapeutischen Beziehung. In: Beckrath-Wilking, Ulrike/Biberacher, Marlene/Dittmar, Volker/Wolf-Schmid, Regina (Hg.). Traumafachberatung, Traumatherapie & Traumapädagogik. Ein Handbuch für Psychotraumatologie im beratenden, therapeutischen & pädagogischen Kontext. Paderborn: Junfermann Verlag. S. 171-173.

Beckrath-Wilking, Ulrike/Biberacher, Marlene (2013b). Institutionelle Voraussetzungen der Arbeit mit traumatisierten Klienten im Beratungskontext und in stationärer Traumatherapie. In: Beckrath-Wilking, Ulrike/Biberacher, Marlene/Dittmar, Volker/Wolf-Schmid, Regina (Hg.). Traumafachberatung, Traumatherapie & Traumapädagogik. Ein Handbuch für Psychotraumatologie im beratenden, therapeutischen & pädagogischen Kontext. Paderborn: Junfermann Verlag. S. 272-274.

Berg, Insoo Kim/de Jong, Peter (1998). Lösungen (er)finden. Das Werkstattbuch der lösungsorientierten Kurzzeittherapie. 6. verbesserte und erweiterte Auflage. Dortmund: Verlag Modernes Lernen.

Biberacher, Marlene (2013). Traumapädagogik. In: Beckrath-Wilking, Ulrike/Biberacher, Marlene/Dittmar, Volker/Wolf-Schmid, Regina (Hg.). Traumafachberatung, Traumatherapie & Traumapädagogik. Ein Handbuch für Psychotraumatologie im beratenden, therapeutischen & pädagogischen Kontext. Paderborn: Junfermann Verlag. S. 283-307.

Birck, Angelika/Weber, Ralf (2004). Behandlungszentrum für Folteropfer. In: Radice von Wogau, Janine/Eimmermacher, Hanna/Lanfranchi, Andrea (Hg.). Therapie und Beratung von Migranten. Systemisch-interkulturell denken und handeln. 1. Auflage. Weinheim: Beltz-Verlag. S. 148-160.

Dittmar, Volker (2013a). Epidemiologie und Komorbiditäten von Traumafolgeerkrankungen. In: Beckrath-Wilking, Ulrike/Biberacher, Marlene/Dittmar, Volker/Wolf-Schmid, Regina (Hg.). Traumafachberatung, Traumatherapie & Traumapädagogik. Ein Handbuch für Psychotraumatologie im beratenden, therapeutischen & pädagogischen Kontext. Paderborn: Junfermann Verlag. S. 53-61.

Dittmar, Volker (2013b). Spektrum akuter und chronischer posttraumatischer Störungsbilder. In: Beckrath-Wilking, Ulrike/Biberacher, Marlene/Dittmar, Volker/Wolf-Schmid, Regina (Hg.). Traumafachberatung, Traumatherapie & Traumapädagogik. Ein Handbuch für Psychotraumatologie im beratenden, therapeutischen & pädagogischen Kontext. Paderborn: Junfermann Verlag. S. 43-52.

Domenig, Dagmar (2001). Einführung in die transkulturelle Pflege. In: Domenig, Dagmar (Hg.). Professionelle transkulturelle Pflege. Bern: Verlag Hans Huber. S. 143-151.

Domenig, Dagmar (2007). Das Konzept der transkulturellen Kompetenz. In: Domenig, Dagmar (Hg.). Transkulturelle Kompetenz. Lehrbuch für Pflege-, Gesundheits- und Sozialberufe. Bern: Hans Huber Verlag. S. 174-178.

Egger, Ingrid (2003). Retraumatisierung von Flüchtlingen durch Behörden im Aufnahmeland. In: Forster, Edgar/Bieringer, Ingo/Lamott, Franziska (Hg.). Migration und Trauma. Beiträge zu einer reflexiven Flüchtlingsarbeit. Münster: LIT Verlag. S. 141-150.

Ehring, Thomas (2013). Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung bei erwachsenen Überlebender sexueller oder körperlicher Gewalt in der Kindheit. In: Maercker, Andreas (Hg.). Posttraumatische Belastungsstörungen. 4. Auflage. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag. S. 399-418.

Eichenberger, Ursula (2007). Aus dem Lot. Menschen in der Psychiatrie. 2. Auflage. Zürich: Verlag Neue Zürcher Zeitung.

Flubacher, Peter (2004). Ein Pateint ausländischer Herkunft bei einem Hausarzt. In: Radice von Wogau, Janine/Eimmermacher, Hanna/Lanfranchi, Andrea (Hg.). Therapie und Beratung von Migranten. Systemisch-interkulturell denken und handeln. 1. Auflage. Weinheim: Beltz-Verlag. S. 137-147.

Göbber, Julia/Machleidt, Wielant/Gündel, Harald (2011). Somatisierung. In: Machleidt, Wielant/Heinz, Andreas (Hg.). Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit. 1. Auflage. München: Urban & Fischer Verlag. S. 341-353.

Gröschel, Christian (2008). Traumatisierung durch Krieg, Flucht und Migration. Der Stellenwert der Psychologie im Umgang mit Betroffenen. Stuttgart: Ibidem-Verlag.

Gschwend, Gaby (2002). Notfallpsychologie und Trauma-Akuttherapie. Ein kurzes Handbuch für die Praxis. 1. Auflage. Bern: Hans Huber Verlag.

Gschwend, Gaby (2004). Trauma-Psychotherapie. Ein Manual für die Praxis. 1. Auflage. Bern: Hans Huber Verlag.

Gschwend, Gaby (2006). Nach dem Trauma. Ein Handbuch für Betroffene und ihre Angehörigen. 1. Auflage. Bern: Hans Huber Verlag.

Haasen, Christian/Heimann, Hannah/Penka, Simone/Heinz, Andreas (2011). Abhängigkeit und Sucht. In: Machleidt, Wielant/Heinz, Andreas (Hg.). Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit. 1. Auflage. München: Urban & Fischer Verlag. S. 375-385.

Haenel, Ferdinand (2011). Posttraumatische Belastungsstörung – Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung von Folter- und Bürgerkriegsüberlebenden. In: Machleidt, Wielant/Heinz, Andreas (Hg.). Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit. 1. Auflage. München: Urban & Fischer Verlag. S. 307-319.

Ilic, Sanja (2016). Migrationshintergrund und Psychiatrie Erfahrung. Im Kontext der Pflege und Beratung. Saarbrücken: Akademiker-Verlag.

Iverson, Katherine M./Resick, Patricia A. (2013). Kognitive Verarbeitungstherapie für Opfer sexuellen Missbrauchs und anderer Traumata. In: Maercker, Andreas (Hg.). Posttraumatische Belastungsstörungen. 4. Auflage. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag. S. 419-440.

Kizilhan, Ilhan (2007). Potenziale und Belastungen psychosozialer Netzwerke in der Migration. In: Borde, Theda/David, Matthias (Hg.). Migration und psychische Gesundheit. Belastungen und Potenziale. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH. S. 53-67.

Krueger, Antje (2013). Flucht-Räume. Neue Ansätze in der Betreuung von psychisch belasteten Asylsuchenden. Frankfurt: Campus Verlag GmbH.

Maercker, Andreas (2013). Symptomatik, Klassifikation und Epidemiologie. In: Maercker, Andreas (Hg.). Posttraumatische Belastungsstörungen. 4. Auflage. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag. S. 13-34.

Ottomeyer, Klaus (2011). Die Behandlung der Opfer. Über unseren Umgang mit dem Trauma der Flüchtlinge und Verfolgten. Stuttgart: Verlag Klett-Cotta.

Radice von Wogau, Janine (2004). Systemische Theorie in interkultureller Beratung und Therapie. In: Radice von Wogau, Janine/Eimmermacher, Hanna/Lanfranchi, Andrea (Hg.). Therapie und Beratung von Migranten. Systemisch-interkulturell denken und handeln. 1. Auflage. Weinheim: Beltz-Verlag. S. 45-64.



Salman, Ramazan (2010). Vermittler zwischen Sprachen und Kulturen. Methoden des Gemeindedolmetschens und des Überbrückens von Kommunikationshindernissen. In: Hegemann, Thomas/Salman, Ramazan (Hg.). Handbuch Transkulturelle Psychiatrie. 1. Auflage. Bonn: Psychiatrie Verlag.

Sauter, Dorothea/Abderhalden, Chris/Needham, Ian/Wolff, Stephan (2004). Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Gesundheitsförderung und Prävention. 1. Auflage. Bern: Hans Huber Verlag.

Schirilla, Nausikaa (2016). Migration und Flucht. Orientierungswissen für die Soziale Arbeit. 1. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer GmbH.

Schlippe, Arist/El Hachimi, Mohammed/Jürgens, Gesa (2003). Multikulturelle systemische Praxis. Ein Reiseführer für Beratung, Therapie und Supervision. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme-Verlag.

Schweizerisches Rotes Kreuz (2008). Folter und Trauma: Folgen und therapeutische Möglichkeiten. Eine Informationszeitschrift für Hausärztinnen und Hausärzte sowie weitere Fachpersonen aus dem Gesundheits- und Sozialwesen. Münsingen: Fischer Verlag.

Staatssekretariat für Migration (2016a). Migrationsbericht 2015. Bern: Staatssekretariat für Migration.

Weiss, Regula (2003). Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten. Zürich: Seismo Verlag.

Welter-Enderlin, Rosmarie/Hildenbrand, Bruno (2004). Systemische Therapie als Begegnung. Konzepte der Humanwissenschaften. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.

Wolf-Schmid, Regina (2013a). Interkulturelle Besonderheiten in der Traumaberatung. In: Beckrath-Wilking, Ulrike/Biberacher, Marlene/Dittmar, Volker/Wolf-Schmid, Regina (Hg.). Traumafachberatung, Traumatherapie & Traumapädagogik. Ein Handbuch für Psychotraumatologie im beratenden, therapeutischen & pädagogischen Kontext. Paderborn: Junfermann Verlag. S. 258-262.

Wolf-Schmid, Regina (2013b). Krisenintervention und Beratung nach Akuttraumatisierung. In: Beckrath-Wilking, Ulrike/Biberacher, Marlene/Dittmar, Volker/Wolf-Schmid, Regina (Hg.). Traumafachberatung, Traumatherapie & Traumapädagogik. Ein Handbuch für Psychotraumatologie im beratenden, therapeutischen & pädagogischen Kontext. Paderborn: Junfermann Verlag. S. 115-121.

Zito, Dima/Martin, Ernesto (2016). Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen. Ein Leitfaden für Fachkräfte und Ehrenamtliche. Weinheim: Beltz Juventa.

## 12. Internetquellenverzeichnis

Bachmann, Anita (2012). Traumatisierte sind oft nicht erfolgreich im Asylverfahren. Erschienen am 23. Juli 2012. In: Der Bund. URL: <http://www.derbund.ch/bern/nachrichten/Traumatisierte-sind-oft-nicht-erfolgreich-im-Asylverfahren/story/30619829> [Zugriffsdatum: 15. Oktober 2016].

Eidgenössische Migrationskommission (2016). In: <https://www.ekm.admin.ch/ekm/de/home/flucht---asyl/verfahren.html> [Zugriffsdatum: 01. September 2016].

Ellner, Susanne (2015). Das Schweigen überwinden. Erschienen am 27. März 2015. In: NZZ, Neue Zürcher Zeitung. URL: <http://www.nzz.ch/zuerich/das-schweigen-ueberwinden-1.18511008> [Zugriffsdatum: 21. Oktober 2016].

ICD-10 (2016). In: <http://www.icd-code.de/icd/code/F43.1.html> [Zugriffsdatum: 06. Dezember 2016].

Migraweb (Hg.) (o.J.). In: <http://www.migraweb.ch/de/themen/asylrecht/aufenthalt/wohnen/> [Zugriffsdatum: 24. Oktober 2016].

Schweizerische Flüchtlingshilfe (Hg.) (o.J. a). In: <https://www.fluechtlingshilfe.ch/asylrecht/das-asylverfahren.html> [Zugriffsdatum: 15. August 2016].

Schweizerische Flüchtlingshilfe (Hg.) (o.J. b). In: <https://www.fluechtlingshilfe.ch/hilfe/asylverfahren-kurz-erklaert.html> [Zugriffsdatum: 15. August 2016].

Schweizerische Flüchtlingshilfe (Hg.) (o.J. c). In:  
<https://www.fluechtlingshilfe.ch/asylrecht/rechtlicher-status/asylsuchende.html>  
[Zugriffsdatum: 21. Oktober 2016].

Staatssekretariat für Migration (2016b). In:  
<https://www.sem.admin.ch/sem/de/home/asyl/syrien.html> [Zugriffsdatum 22. August 2016].

Staatssekretariat für Migration (2016c). In:  
<https://www.sem.admin.ch/sem/de/home/asyl/asylverfahren/behandlungsstrategie.html>  
[Zugriffsdatum: 15. August 2016].

Staatssekretariat für Migration (2016d). In:  
<https://www.sem.admin.ch/sem/de/home/asyl/asylverfahren/empfang.html> [Zugriffsdatum:  
16. August 2016].

Steinkopff, Barbara (1997). Psychosoziale Behandlung bei traumatisierten Flüchtlingen. In:  
Psychotherapie. 2. Jhg. Heft 1. München: CIP-Medien. URL: <https://cip-medien.com/wp-content/uploads/1997-1-06-Steinkopf.pdf> [Zugriffsdatum: 24. Oktober 2016].

Torture Victims (Hg.) (o.J.). In: <http://www.torturevictims.ch/de/informationmaterial>  
[Zugriffsdatum: 09. Dezember 2016].

UNHCR (Hg.) (o.J.). In: <http://www.unhcr.ch/unhcr/in-der-schweiz/fluechtlingsland-schweiz.html> [Zugriffsdatum: 25. Oktober 2016].

Universitätsspital Zürich (Hg.) (o.J.). In: <http://www.psychiatrie.usz.ch/fachwissen/folter-und-kriegstraumatisierung/Seiten/default.aspx> [Zugriffsdatum: 09. Dezember 2016].

Vimentis (2014). In:  
[https://www.vimentis.ch/d/publikation/441/Schweizer+Fl%C3%BChtlingspolitik.html?gclid=C NrpqbHx9c8CFYcW0wod8Fcl\\_A](https://www.vimentis.ch/d/publikation/441/Schweizer+Fl%C3%BChtlingspolitik.html?gclid=C NrpqbHx9c8CFYcW0wod8Fcl_A) [Zugriffsdatum: 01. September 2016].

### **13. Abbildungsverzeichnis**

Abb. 1: Titelbild. Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer Zürich. In: <http://www.torturevictims.ch/de/ambulatorium-fuer-folter-und-kriegsoffer-zuerich-afk-zuerich> [Zugriffsdatum 04. Dezember 2016].