

Johanna Hofmann

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

Johanna Hofmann

Geflüchtet und traumatisiert — die ersten Monate nach der Ankunft

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



Impressum

CIP-Titelaufnahme der Deutschen Bibliothek:

Johanna Hofmann

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

Höchberg b. Würzburg:

ZKS Verlag für psychosoziale Medien

Alle Rechte vorbehalten

© 2020 Johanna Hofmann

ISBN 978-3-947502-34-9

Technische Redaktion: Meike Kapfenstein

Lektorat: Tony Hofmann

Cover-Design: Leon Reicherts / Tony Hofmann

Layout: Hanna Hoos

Herausgeber der „Schriften zur psychosozialen Gesundheit“:

Prof. Dr. Helmut Pauls

Prof. Dr. Frank Como-Zipfel

Dr. Gernot Hahn

Anschrift ZKS Verlag für psychosoziale Medien:

ZKS Verlag für psychosoziale Medien

Albrecht-Dürer-Str. 166

97204 Höchberg

Inhaltsverzeichnis

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

Abkürzungsverzeichnis

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

1. Einleitung

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

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

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

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

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

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

2.1 Lebenssituationen von Menschen mit Fluchterfahrung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

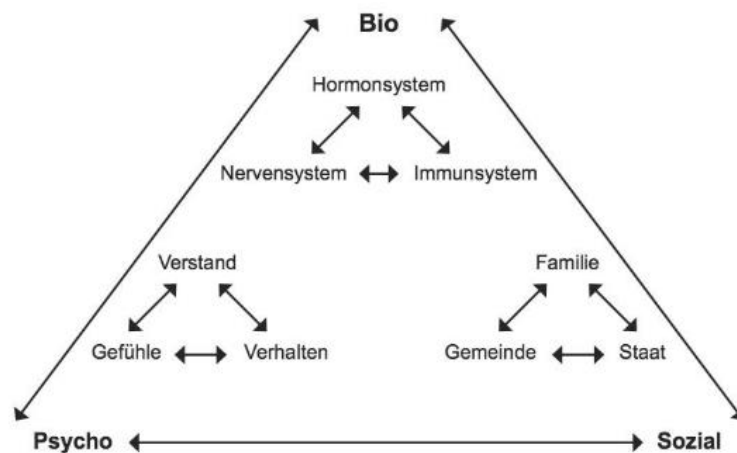


Abbildung 1 Das bio-psycho-soziale Modell (in Anlehnung an Friedrich 2000, zitiert nach Beck & Borg-Laufs, 2010, S. 66)

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

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

Sozioökonomische Faktoren

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

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

Soziale und interpersonelle Faktoren

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

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

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

Asylverfahren und aufenthaltsrechtliche Faktoren

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

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

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

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

2.2 Traumatisierung von Menschen mit Fluchterfahrung

2.2.1 Entstehung einer Traumatisierung

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

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

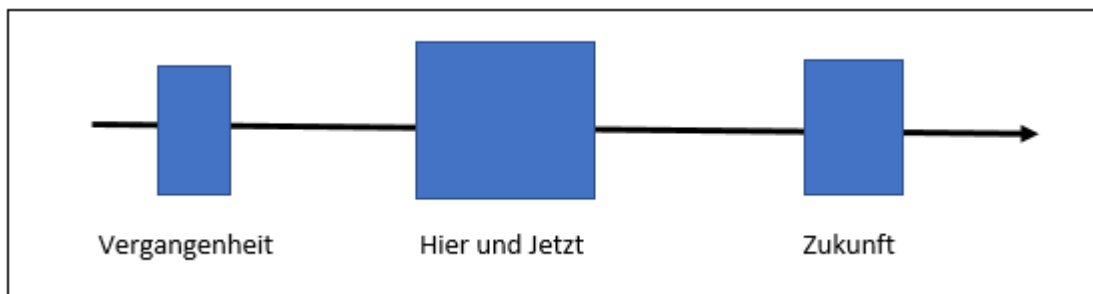


Abbildung 2 Zeitlinie mit eingeordneter Erfahrung (Eigene Darstellung nach Hantke & Görge, 2012, S. 52)

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

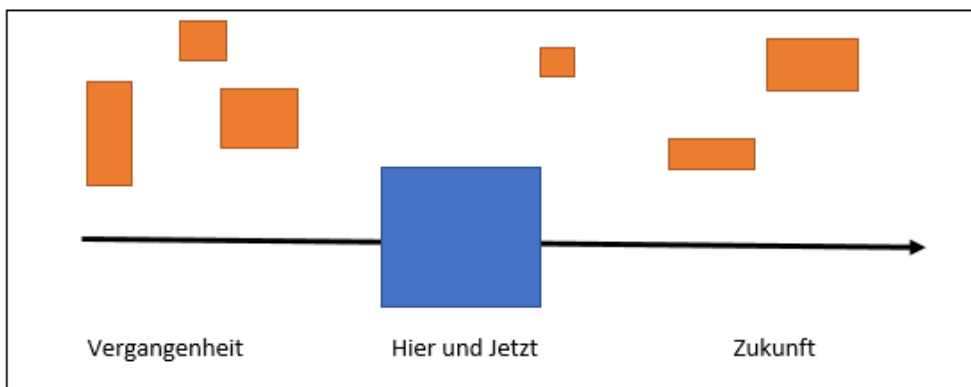


Abbildung 3 Zeitlinie mit nicht eingeordneter zersplitterter Erfahrung (Eigene Darstellung nach Hantke & Görge, 2012, S. 67)

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

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

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

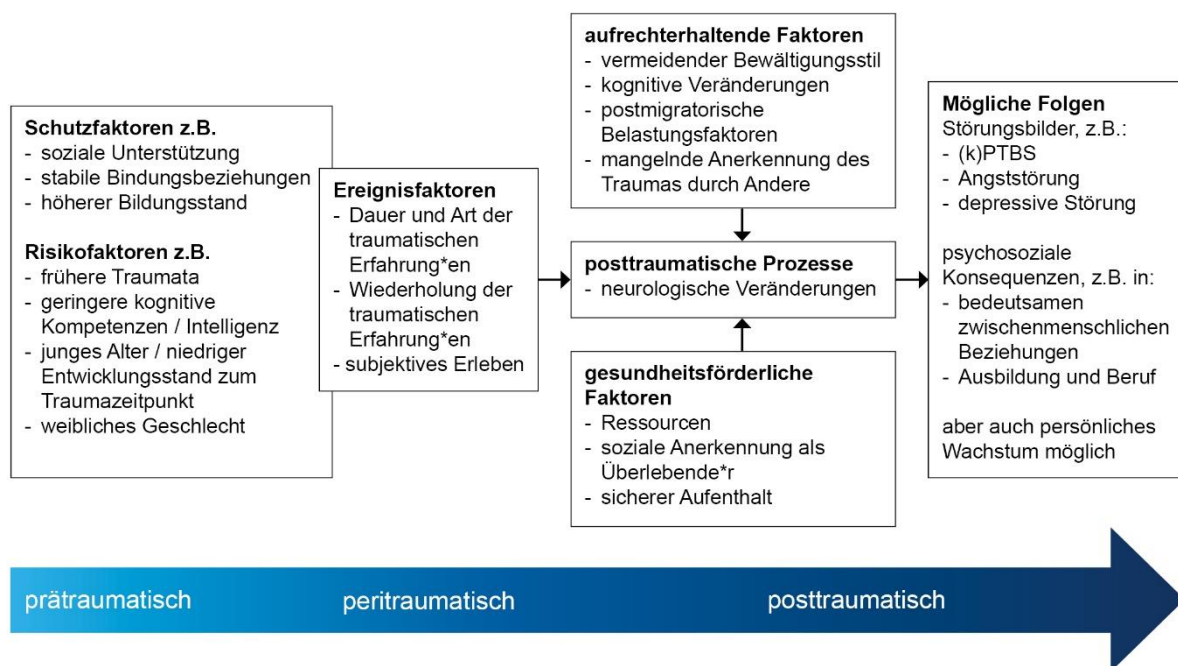


Abbildung 4 Rahmenmodell der Ätiologie von Traumafolgen (Eigene Darstellung nach Maercker & Augsburger, 2019, S. 27)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

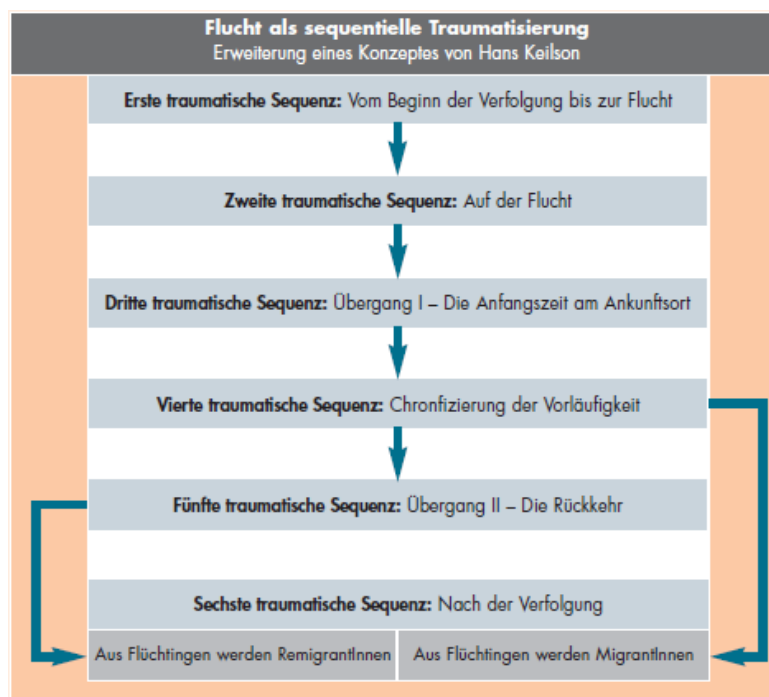


Abbildung 5 Flucht als sequentielle Traumatisierung (Becker & Weyermann, 2006, S. 69)

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

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

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

2.2.2 Traumafolgeerkrankungen

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

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

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

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

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

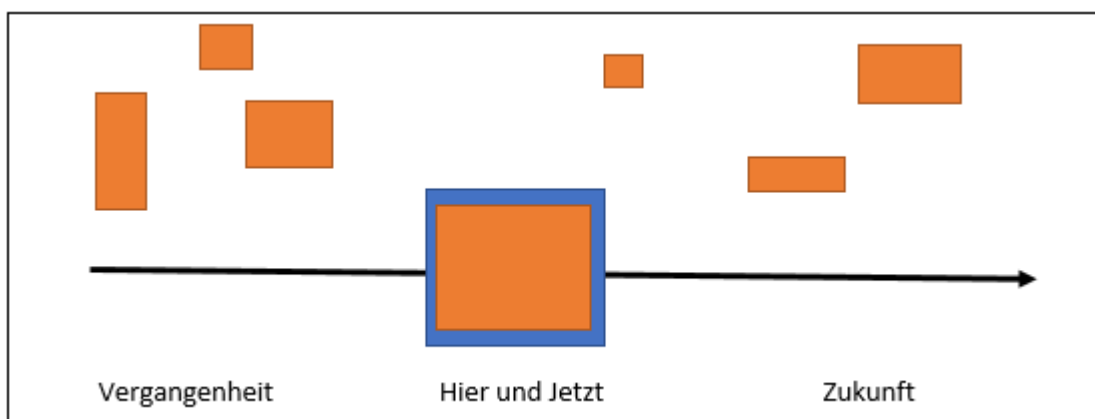


Abbildung 6 Intrusion (Eigene Darstellung nach Hantke & Görges, 2012, S. 68)

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

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

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

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

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

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

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

3. Sozialarbeiterische Handlungsmöglichkeiten in Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer

3.1 Psychosoziale Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer

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

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