

Traumatisierte Flüchtlinge begleiten: Traumasymptome verstehen und Stabilisierungsprozesse unterstützen



**Ein Handbuch für Fachkräfte in der Flüchtlingsarbeit
in Ergänzung zum Selbsthilfebuch für traumatisierte Flüchtlinge**

*Text: Anne-Margret Wild
Illustration: Jeanette Niqué*

Herausgegeben von



2. Auflage 2017

Herausgegeben vom

TraumaHilfeZentrum Nürnberg e.V.

Glockenhofstraße 47

90478 Nürnberg

www.thzn.org

Illustration: Jeanette Niqué



www.ateljoe.de

Titelfoto: Josef Schechner

<https://500px.com/josefschechner>

Covergestaltung: Barbara Mutzbauer

**Wenn Sie dieses Buch nutzen und einsetzen, würden wir uns über eine Rückmeldung und eine
Spende zur Ermöglichung weiterer Übersetzungen und Druckauflagen freuen!**

Schreiben Sie an: selbsthilfebuch@gmail.com

Spenden unter dem **Stichwort** „*Selbsthilfebuch*“ bitte überweisen an:

TraumaHilfeZentrum Nürnberg e.V.

Deutsche Apotheker- und Ärztebank,

IBAN DE 20 300 6060 1000 38 53 705

Inhaltsverzeichnis:

Einleitung	4
1. Grundwissen psychische Störungen nach Trauma- Erleben: Ich lerne zu verstehen	7
1.1. Definition Traumatisches Ereignis	7
1.2. Neurophysiologische Erkenntnisse und Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung	8
1.3. Anpassungsstörungen	11
1.4. Depressive Episoden	11
1.5. Angststörungen	12
1.6. Selbstverletzung	12
1.7. Dissoziation	14
1.8. Somatoforme Schmerzstörung	14
1.9. Sucht	15
2. Wie kann ich helfen? –Beziehungsgestaltung und sicherer Rahmen: Stabilisierung	16
2.1. Beziehungsarbeit	16
2.1.1. Wertschätzende Grundhaltung	16
2.1.2. Begegnung auf Augenhöhe	17
2.1.3. Dinge nicht persönlich nehmen	17
2.1.4. Angebote machen, die abgelehnt werden dürfen	17
2.1.5. „Empathische Zeugenschaft“	18
2.1.6. Professionelle Distanz bei Übertragungs-/Gegenübertragungsphänomenen	19
2.2. Sicherheitsgefühl	20
2.2.1. Äußere Sicherheit	20
2.2.2. Sicherheit in Beziehungen	21
2.2.3. Tagesstruktur, regelmäßige Übungen und Rituale	22
2.3. Gegenwartsorientierung	22
2.4. Ressourcenaktivierung	23
2.5. Kultursensible Haltung und Neugier	26
2.6. Grenzen: Übergang zu Therapie	27
3. Anderen helfen sich selbst zu verstehen: Psychoedukation und Normalisierungsintervention	27
4. Was hilft bei...?: Der Umgang mit bestimmten Symptomen	28
4.1. Begleitung der Übungen im Selbsthilfebuch und ergänzende Methoden	28
4.2. Ein- und Durchschlafschwierigkeiten	29
4.3. Alpträume	31
4.3.1. Gegenwartsanker	31
4.3.2. Alpträumprävention	31
4.3.3. Alpträummodifikation	32
4.4. Flashbacks, Intrusionen und Dissoziation	33
4.4.1. Erkennen von Flashbacks und Dissoziationen	33
4.4.2. Reorientierung von außen	33
4.4.3. Normalisieren und Unterstützen beim selbst Reorientieren	34
4.4.4. Distanzierung	36
4.4.5. Selbstberuhigung	36
4.5. Selbstverletzendes Verhalten	36
4.6. Aggressives Verhalten	38

4.7. Depression	41
4.7.1. Stimmung skalieren	41
4.7.2. Rituale und Symbole der Hoffnung	42
4.7.3. Veränderung von Denkmustern	43
4.7.4. Selbstwert und Selbstwirksamkeitserwartung stärken	44
4.7.5. Aktivierung durch Bewegung und Sport	44
4.7.6. Grübeln	44
4.7.7. Schuldgefühle	45
4.8. Trauerfälle	45
4.8.1. Komplizierte Trauer	46
4.8.2. Normale Trauerreaktionen	46
4.8.3. Traueraufgaben	47
4.8.4. Anregungen zur Trauerbegleitung	47
4.9. Angstzustände	50
4.9.1. Reorientierung und Entspannung	50
4.9.2. Exposition	50
4.9.3. Medikation	51
4.9.4. Zukunftsängste	51
4.10. Spannungskopfschmerzen	52
4.11. Alkohol- und Drogenmissbrauch	52
4.12. Akute Suizidalität	53
5. Selbstfürsorge!- Prävention von Burn Out und Sekundärtraumatisierung	57
5.1. Definition von Sekundärtraumatisierung und Burn Out	57
5.2. Strategien zum gesund bleiben	58
Schlusswort	61
Anhang	63
Literaturverzeichnis	65

Einleitung

Trauma macht Angst, denn auch die traumatischen Erfahrungen anderer erschüttern unser Menschen- und Weltbild oft enorm und davor will sich der Mensch reflexartig schützen. Bis in die 90er Jahre gab es deshalb auch im psychiatrischen Bereich oft den Vorwurf der Simulation. Die Posttraumatische Belastungsstörung als Reaktion auf ein traumatisches Erlebnis wurde erst 1992 in das ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems), dem internationalen Diagnoseklassifikationssystem von Krankheiten der Weltgesundheitsorganisation, aufgenommen. Auch ein gut gemeintes „So tun, als ob nie etwas passiert wäre“ im Umgang mit traumatisierten Menschen dient eigentlich nur dem eigenen Selbstschutz: so muss auch ich mich nicht mit diesen katastrophalen, unvorstellbaren, oft menschengemachten Grausamkeiten des Lebens auseinandersetzen. Meine Welt bleibt in Ordnung. Leider eine Form von Verdrängung, die dem Betroffenen die Verarbeitung noch schwerer macht. Er bleibt allein mit seiner Vergangenheit und oft in ihr gefangen.

Dieses Handbuch soll in Ergänzung zum Selbsthilfebuch dazu beitragen, dass alle, die mit traumatisierten Flüchtlingen zu tun haben, die Trauma- Erfahrung und deren Folgen für das Verhalten und Erleben besser verstehen und einordnen können. Dadurch ist oft nicht nur den Betroffenen, sondern auch denen, die mit ihnen zu tun haben, geholfen, denn der Umgang mit Traumatisierten ist nicht immer einfach. Viele Verhaltensweisen Traumatisierter werden als persönlich kränkend empfunden und führen zu Enttäuschung und Resignation. Erst das Wissen über den Zusammenhang mit dem Trauma, das Verstehen der Symptome, ermöglicht eine Einordnung und damit eine distanziertere, aber auch verständnisvollere Betrachtung und eine für beide Seiten konstruktive Reaktion auf die Verhaltensweisen.

Die Reflexion gibt einem zunehmend mehr Sicherheit im Umgang mit Traumatisierten und nimmt die Angst vor der Begegnung mit dem Trauma. Denn etwas dazu beitragen zu können, dass es einem Traumatisierten besser geht, gibt einem Sinn und Erfüllung und eröffnet die Möglichkeit die Erfahrungen der anderen besser in das eigene Weltbild zu integrieren. Und trotzdem bleibt der Umgang mit Traumatisierten immer auch eine persönliche Herausforderung. Gut für sich selber sorgen zu können, eigene Grenzen zu erkennen und Psychohygiene zu betreiben sind wichtige Voraussetzungen, um einer sogenannten Sekundärtraumatisierung (der Ansteckung mit dem Trauma) oder einem Burn Out vorzubeugen.

Dieses Handbuch richtet sich also an alle Menschen, die beruflich mit (traumatisierten) Flüchtlingen zu tun haben: BetreuerInnen in Jugendhilfeeinrichtungen, SozialpädagogInnen im Sozial- oder Migrationsdienst, Pflegeeltern, SchulsozialarbeiterInnen usw. TherapeutInnen und psychologische Fachdienste, die zum ersten Mal mit Flüchtlingen arbeiten, können vielleicht einen Einstieg in das Thema und Anregungen für die Arbeit mit der speziellen Zielgruppe der Flüchtlinge finden. Auch interessierte ehrenamtliche HelferInnen und z.B. Sprachpaten/Patinnen sind eingeladen sich Hintergrundwissen anzueignen, wobei mir wichtig ist zu betonen, dass die vielen Übungen und Methoden Sie nicht dazu veranlassen sollen mehr leisten zu wollen, als Ihnen möglich ist. Ihr Engagement ist sensationell und ich möchte nicht, dass Sie das Gefühl bekommen „zu wenig“ zu tun!

Da wahrscheinlich sehr viele Flüchtlinge keine Möglichkeit haben werden eine Therapie zu erhalten und auch nicht alle eine Traumatherapie brauchen, möchte ich mit diesem Handbuch auch alle anderen Menschen, die sich für Flüchtlinge engagieren- sei es ehrenamtlich oder hauptamtlich- ermutigen, traumatisierte Menschen gezielt zu unterstützen und zu begleiten. Denn Trauma braucht nicht nur Therapie, sondern vor allem ganz dringend **Stabilisierung** und **Beziehung**.

Durch Ihr Engagement leisten Sie damit auch schon das, was für traumatisierte Menschen am allerwichtigsten ist: Sie bieten eine **Kontakt- und Beziehungsmöglichkeit!** Sie halten es mit dem Betroffenen aus, er bleibt nicht allein mit seiner Erfahrung des Unvorstellbaren. Sie ermöglichen, dass er wieder Vertrauen fassen kann in andere Menschen. Dafür sei Ihnen gedankt! Seien Sie sich immer bewusst: Das ist das wichtigste überhaupt! Dieses Buch kann nur **zusätzliche** Hilfestellung und eine Art „Ideenpool“ sein, um immer wieder neue Energie für diese wichtige „Beziehungsarbeit“ zu erhalten und um Verhaltensweisen zu verstehen, die ohne das Hintergrundwissen die Beziehung stören würden. Keinesfalls soll es durch die vielen Anregungen zu Übungen unter Druck setzen: Sie müssen nichts davon einsetzen! Achten Sie auf sich: Was können Sie leisten an Zeit- und Energieaufwand? Mit welchen Übungen können Sie selbst etwas anfangen und dahinter stehen? Ich möchte Sie einladen **auszuwählen** und Übungen, die Sie ansprechend finden, **gemeinsam** mit den Betroffenen **auszuprobieren**. Weniger ist dabei oft mehr! Und vergessen Sie nicht: es ist nur eine **mögliche Ergänzung** zu dem was sie sowieso schon anbieten- nämlich eine persönliche, hilfreiche Beziehung!

Es ist klar, dass Hauptamtliche meist mehr Kapazitäten haben, gezielt zusätzliche Angebote zu machen. Aber auch hier gibt es große Unterschiede. Wenn Sie eine ganze Gemeinschaftsunterkunft mit wenigen Stunden betreuen, ist natürlich viel weniger persönlicher Kontakt leistbar, als wenn Sie in einer hochstrukturierten Jugendhilfeeinrichtung arbeiten. Versuchen Sie nicht mehr zu leisten, als sie leisten können! Damit helfen Sie niemandem, sondern brennen nur sehr schnell aus. Dieses Buch ist eine Art „**Vorratskammer**“ an Methoden und Übungen. Sie sollen damit einen Fundus haben, aus dem Sie **bei Bedarf und nach Kapazität auswählen** können. Es ist kein „Manual“, das von A-Z durchgearbeitet werden soll, sondern ein **Handbuch zum Nachschlagen und Herausnehmen**, was man gerade für den individuellen Fall und das individuelle Problem des Betroffenen brauchen könnte. Dabei können Sie selbst am Besten einschätzen, welche Übung zu dem Betroffenen jeweils passen könnte. Nicht jeder kann sich auf alles einlassen: Sie kennen den Betroffenen und können ihm ein auf ihn abgestimmtes Angebot machen bzw. gemeinsam mit ihm herausfinden, was passen könnte. Deshalb ist es auch wichtig **das „Selbsthilfebuch“ nicht einfach so herauszugeben, sondern es begleitet einzusetzen**. Es können auch erstmal nur einzelne Teile daraus oder einzelne Übungen kopiert und an den Betroffenen weitergegeben werden. Wichtig ist, dass der Betroffene nicht mit dem Buch abgespeist und allein gelassen wird. Es braucht Begleitung und Motivation von außen- sozusagen Ihre „**Hilfe zur Selbsthilfe**“.

In Kapitel 1 geht es um viele in den letzten 25 Jahren gewonnene wissenschaftliche Erkenntnisse, die helfen, Erleben und Verhalten Traumatisierter besser zu verstehen. Neben der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), werden auch andere durch Trauma ausgelöste Störungsbilder wie Anpassungsstörungen, Somatisierungsstörungen, Dissoziation und depressive Symptome jeweils kurz erklärt. Dabei ist die Einordnung von Symptomen in ein psychiatrisches Störungsbild eigentlich eher nachrangig. Menschen, die traumatische Erfahrungen machen mussten, leiden auf unterschiedliche Weise an den verschiedenen möglichen Folgen. Der **individuelle Leidensdruck** erfordert Handeln und nur selten das Vorliegen einer psychiatrischen Diagnose! Das Leid des einzelnen lässt sich auch nicht immer in ein allgemeingültiges Klassifikationsschema pressen, das dann eine eindeutige Diagnose zulässt. Darum geht es nicht und kann es nicht gehen. Sondern es geht um die **individuelle Linderung von persönlichem Leid für jeden Einzelfall**. Hierfür kann das Kennen psychiatrischer Störungsbilder jedoch oft Handlungshinweise geben.

Das 2. Kapitel widmet sich dem Thema stabilisierende Beziehungsgestaltung und heilsames Setting für Traumatisierte. Die Stabilisierung ist das wichtigste Element in der Arbeit mit Traumatisierten. Auch in der Traumatherapie geht der Traumakonfrontation, also dem eigentlichen Bearbeiten des Erlebten, eine lange Phase der Stabilisierung voraus, denn die Auseinandersetzung mit dem traumatischen Erlebnis kann bei nicht ausreichender Stabilität zu einer sogenannten Re-traumatisierung führen, das heißt zu einem erneuten Trauma-Erleben. Das Besprechen und Bearbeiten des eigentlichen Traumasgeschehens ist deshalb (falls notwendig) dringend ausgebildeten Fachkräften, v.a. Psychotherapeuten zu überlassen. Ziel dieser Konfrontation ist die Reintegration des Erlebten. Jeder Nicht-Therapeut sollte deshalb im Umgang mit dem Traumatisierten vor allem im Hier und Jetzt bleiben und ihn in diesem durch stabilisierende Prozesse unterstützen. Wie? - darum geht es in Kapitel 2. Auch im Kapitel 3 mit dem wichtigen Thema Psychoedukation geht es um Stabilisierung. Konkrete Unterstützungsmöglichkeiten bei bestimmten Symptomen werden in Kapitel 4 aufgezeigt. Die Stabilisierung eines Traumatisierten kann **jeder** unterstützen (und Sie tun es mit Sicherheit längst)! Dieses Buch soll dazu ermutigen und dabei unterstützen! Ich wünsche Ihnen einen Zugewinn an Handlungssicherheit in Ihrer so wertvollen, engagierten Arbeit!

Ziel des Begleitens von Flüchtlingen mit Einsatz des Selbsthilfebuches ist neben dem Motivieren zu selbstwirksamen Interventionen, auch die Hemmschwelle für psychotherapeutische Maßnahmen bei den Betroffenen zu senken. Denn manchmal ist Stabilisierung nicht ausreichend und es bedarf eines systematischen Durcharbeitens der traumatischen Erfahrungen bevor eine Besserung des psychischen Zustands erreicht werden kann. Dies ist längst nicht immer notwendig, denn sehr viele Menschen mit den sogenannten posttraumatischen Belastungsstörungen stabilisieren sich bei entsprechender Unterstützung auch ohne traumatherapeutische Behandlung. Circa ein Drittel erholt sich ohne jede Behandlung von erlebten Traumaerfahrungen, einem weiteren Drittel kann durch stabilisierende traumapädagogische Unterstützung gut geholfen werden. In einem letzten Drittel der Fälle kann Traumatherapie aber doch notwendig sein. In diesen Fällen gilt es zunächst die oft sehr großen Vorbehalte gegenüber Psychiatern, Psychotherapeuten und Psychologen abzubauen, damit sich der Betroffene überhaupt auf einen therapeutischen Prozess einlassen kann. Denn wirksam kann auch Therapie nur dann sein, wenn jemand sie möchte.

Da wo die hier beschriebene Hilfe zur Selbsthilfe nicht ausreichend ist, gibt es natürlich auch erfahrene TherapeutInnen und Psychiatrische Kliniken, die in Notfällen Krisenintervention und bei therapeutischem Bedarf Psychotherapie anbieten. Scheuen Sie sich nicht, professionelle Hilfe für den/die von Ihnen betreuten Flüchtlinge zu suchen, wenn Sie den Bedarf sehen und/oder an Ihre Grenzen im Umgang stoßen! Wichtige Adressen in diesem Bereich finden Sie im Anhang des Selbsthilfebuches. Aber sehen Sie die Therapie nicht als Allheilmittel für jeden Fall. Sie selbst können viel bewirken!

Nun vorab noch ein paar Dinge, die mir wichtig sind zu sagen:

Ich spreche im Folgenden von „dem Betroffenen“: damit meine ich die von Traumaerfahrungen betroffene Person –egal, ob männlich oder weiblich.

Im Selbsthilfebuch und diesem Handbuch habe ich versucht wissenschaftliche Erkenntnisse und in der Praxis bewährte hilfreiche Methoden zur Stabilisierung traumatisierter Flüchtlinge zusammenzutragen und für Sie **kompakt, übersichtlich und praxisnah** aufzubereiten. Die dargestellten Erkenntnisse und Übungen habe ich natürlich nicht erfunden, weshalb ich versuche die dazugehörigen Quellen immer direkt kenntlich zu machen oder darauf zu verweisen, was ich aus meiner persönlichen Praxiserfahrung im Umgang mit unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen

geschlossen habe. Das vorliegende Buch ist also ein Zusammentragen an traumapädagogischen Strategien, die sich im Flüchtlingsbereich bewährt haben.

1. Grundwissen psychische Störungen nach Trauma- Erleben: Ich lerne zu verstehen

Trauma verändert oft das Verhalten der Betroffenen, ohne dass diese selbst einordnen können, woher diese Verhaltensänderungen kommen. Sie selbst haben oft Angst „verrückt“ geworden zu sein, weil sie sich selbst fremd vorkommen. Aber auch für andere ist der Umgang mit bestimmten Verhaltensweisen schwierig, solange diese nicht als Trauma-bedingt eingeordnet werden können. Ich habe oft erlebt wie Jugendliche, die im Alltag sehr umgänglich waren, plötzlich hochaggressiv sein konnten, was dann wiederum zu Angst und Ohnmacht beim betreuenden Personal geführt hat und oft z.B. in einem Rauswurf aus der Jugendhilfe aufgrund „nicht tragbarer Verhaltensweisen“ geführt hat. Dieser Überforderung der oft hochengagierten, aber schnell persönlich enttäuschten MitarbeiterInnen kann und muss begegnet werden, denn zum einen steigt ansonsten die Frustration und die „Burn Out“ Gefahr bei den HelferInnen. Zum anderen landen oft gerade die Jugendlichen oder jungen Erwachsenen auf der Straße, die am dringendsten Hilfe bräuchten bei der Verarbeitung ihrer Traumata.

Laut Weiß (2009) erfordert der Umgang mit traumatisierten Menschen drei Grundkompetenzen:

1. Sachkompetenz
2. Selbstreflexion
3. Selbstfürsorge

Ersteres soll im Folgenden unterstützt werden durch Hintergrundwissen über Trauma und dessen mögliche Folgen. Dieses ermöglicht wiederum die ständige Reflexion des eigenen Handelns. Auf die Selbstfürsorge komme ich in **Kapitel 5** noch zu sprechen. Glücklicherweise wird diesem Thema in der Traumaliteratur mittlerweile viel Platz eingeräumt und an vielen Orten entstehen beispielsweise Supervisions- und Psychohygienegruppen für HelferInnen und Fachkräfte, die mit Flüchtlingen arbeiten. Nutzen Sie solche Angebote für sich!

Ich möchte im Folgenden nur sehr kurz zusammenfassen, wie ein traumatisches Ereignis definiert wird, was beim Erleben traumatischer Situationen im Gehirn abläuft und zu welchen Folgen das führt. Um das detaillierter nachzuvollziehen gibt es zahlreiche Publikationen, die das ausführlich erklären (z.B. Hantke & Görge, 2012 u.ä.; siehe Literaturverzeichnis).

Um das Ganze möglichst einfach und anschaulich dargestellt nachzulesen, empfiehlt es sich das 1. Kapitel des Selbsthilfebuches zu lesen. Dieses vorab selbst zu lesen möchte ich Ihnen sowieso nahelegen, wenn Sie mithilfe des Selbsthilfebuchs mit Flüchtlingen arbeiten möchten.

1.1. Definition Traumatisches Ereignis

Umgangssprachlich sprechen wir sehr schnell davon, dass irgendjemand durch irgendetwas traumatisiert worden ist. Das Wort „Trauma“ kommt aus dem Griechischen und bedeutet „Wunde“. Wir verwenden es im Zusammenhang mit seelischen Verwundungen. Um von einem Psychotrauma sprechen zu können, müssen definitorisch jedoch einige Kriterien vorliegen, die durch das ICD-10 oder DSM IV (die internationalen Klassifikationssysteme für Krankheiten) festgelegt sind.

Als objektive Bedingung für eine posttraumatische Störung wird ein Ereignis bezeichnet, das auch bei fast jedem anderen Menschen eine extreme Belastung auslösen würde. Dies muss im Erleben eines unbeteiligten Beobachters noch keine traumatische Extremerfahrung darstellen, sondern ist abhängig von den individuellen Bewältigungsstrategien, Persönlichkeitsfaktoren und

Resilienzfaktoren wie beispielsweise dem zur Verfügung stehenden Maß an sozialer Unterstützung. Zu den subjektiven Bedingungen für eine traumatische Belastung gehört, dass der Betroffene das Ereignis erlebt hat verbunden mit:

- Der Unmöglichkeit zu kämpfen oder zu fliehen („No fight, no flight“)
- Gefühlen intensiver Furcht, Hilflosigkeit und Entsetzen.

Traumatische Ereignisse sind Ereignisse, die außerhalb des gewöhnlichen menschlichen Erfahrungsbereichs liegen und das Ausmaß und die Intensität von alltäglichen Belastungen bei weitem übersteigen. Die Betroffenen haben keinen Einfluss auf die Situation und erleben ein Höchstmaß an Gefahr für Leib und Leben. Die existentiell bedrohliche Gefahr kann hierbei entweder die **eigene** körperliche Unversehrtheit bzw. das **eigene** Leben oder die Gesundheit oder das Leben **eines anderen** betreffen.

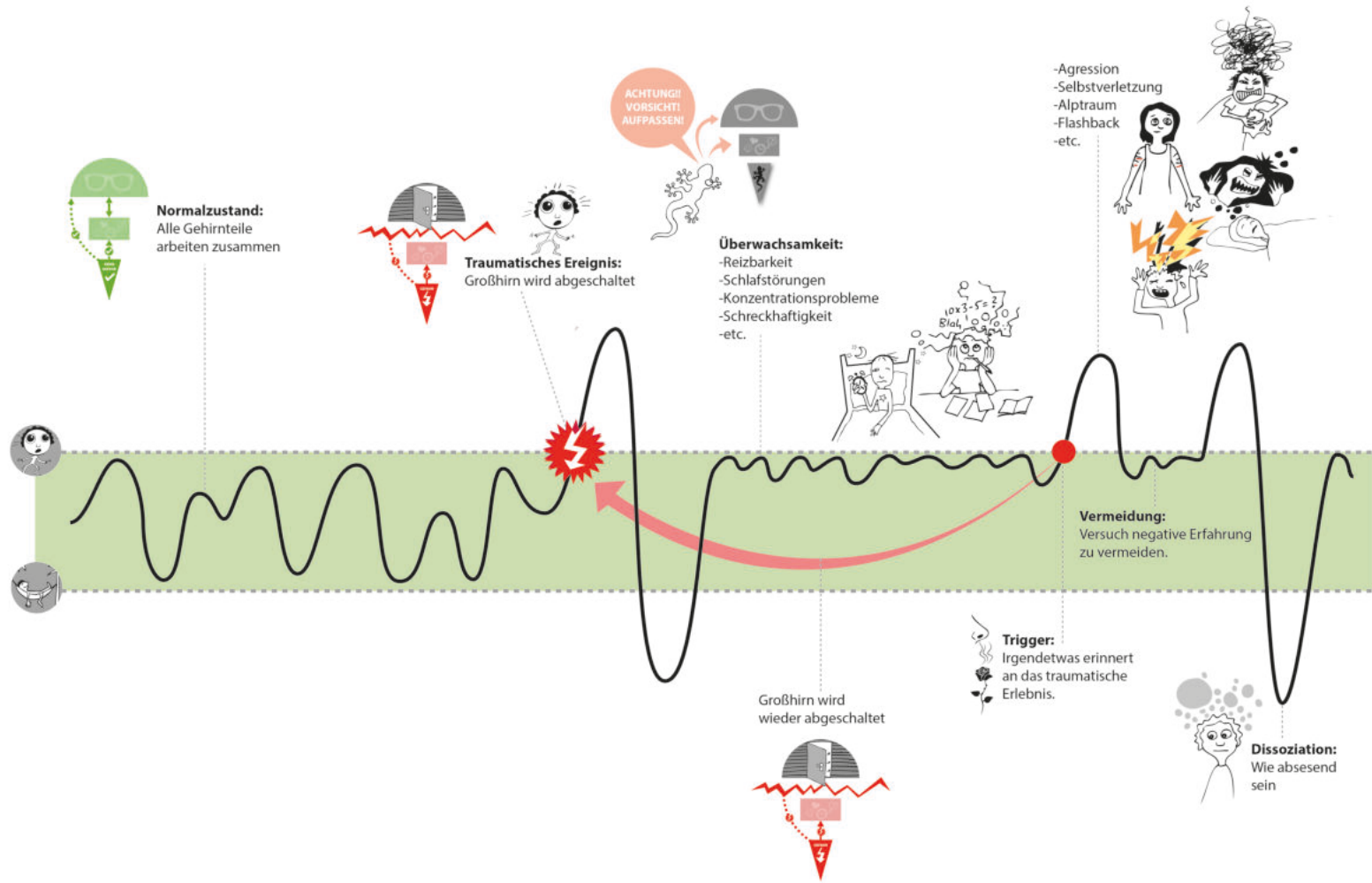
Hierbei sind **von Menschen gemachte** Traumata wie z.B. Folter schwerer zu verarbeiten als beispielsweise Naturkatastrophen, weil dadurch zwangsläufig das Menschen- und Weltbild in Frage gestellt wird. Vor der traumatischen Erfahrung hätte man nicht gedacht, dass Menschen zu solcher Grausamkeit in der Lage sind und dass einem in dieser Welt solche Brutalität widerfahren könnte. Auch die **Häufung oder Aneinanderreihung derartiger Ereignisse** erschwert die Verarbeitung und führt mit höherer Wahrscheinlichkeit zu Traumafolgestörungen.

1.2. Neurophysiologische Erkenntnisse und Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung

Unser Gehirn prüft eingehende Informationen und Reize zunächst automatisch auf Gefahrenhinweise. Dafür zuständig ist der älteste Teil unseres Gehirns: das Stammhirn, gemeinsam mit dem Mittelhirn. Wird hier festgestellt, dass keine Gefahr droht, werden die Informationen an das Großhirn weitergegeben. Dabei ist das Mittelhirn, zu dem die Bestandteile/Strukturen namens Hippocampus und Amygdala gehören, u.a. für Emotionen (Amygdala) und Erinnerung (Hippocampus) zuständig. Für die zeitliche Einordnung des Erinnerten ist allerdings das Großhirn zuständig, das außerdem für Ich-Erleben, bewusstes Wahrnehmen und Entscheiden und die sprachliche Verarbeitung zuständig ist.

Bei Gefahr, die in der Amygdala (der sogenannten „Alarmanlage“ im Gehirn) erkannt wird, ist das Stammhirn verantwortlich für schnelle Reaktionen wie Abwehr, Flucht oder Totstellreflex. Diese Reaktionen müssen schnell erfolgen, weshalb bei Gefahr die Verbindung zum Großhirn kurzzeitig unterbrochen wird. Langes Nachdenken und Entscheiden wären bei akuter Bedrohung von Nachteil. Die unterbrochene Verbindung zum Großhirn führt dann dazu, dass traumatische, also extrem gefährliche Situationen, zwar erinnert werden können, jedoch nicht in geordneter Art und Weise. D.h., dass die Erinnerungen eher bruchstückhaft und zeitlich nicht eingeordnet vorhanden sind. Es treten sogenannte Flashbacks auf: blitzartig tauchen Bilder oder filmartige Szenen der Traumasituation im Kopf auf. Dabei können Traumatisierte bei einem Flashback tatsächlich nicht unterscheiden, ob Ihnen das Traumatische jetzt gerade passiert oder bereits Vergangenheit ist! Einzelne Bruchstücke der Erinnerung wie z.B. ein Geräusch oder ein Geruch können ein solches Flashback auslösen.

Die folgende Abbildung macht mit Hilfe der „Spannungskurve“ deutlich, wann es zu welchen Symptomen kommt und warum.



Normalerweise, also wenn keine akute Gefahr für Leib oder Leben droht, bewegt sich der Mensch spannungsmäßig immer in einem gewissen Bereich zwischen völliger Entspannung und hoher Anspannung. Im Urlaub in der Hängematte liegend also dementsprechend an der unteren Grenze des „grünen“ Bereichs und kurz vor einer wichtigen Prüfung relativ weit oben innerhalb des Bereichs. Das Erleben eines traumatischen Ereignisses übersteigt die Grenze des gut aushaltbaren und bewältigbaren Spannungsbereichs und führt bei fehlender Kampf- und Fluchtmöglichkeit zur völligen Erstarrung oder Dissoziation. Dissoziation bedeutet, dass der Mensch körperlich zwar noch anwesend ist, mental aber wie „weggeschaltet“ ist. Opfer sexueller Gewalt berichten beispielsweise oft, dass sie sich wie von außerhalb ihres Körpers beobachtet haben. Es ist auch möglich, dass sich gar nicht mehr an die Situation erinnert werden kann. All diese Mechanismen sind Schutzmechanismen des Körpers. Sie stellen sozusagen einen Überlastungsschutz dar und ermöglichen dem Menschen eigentlich nicht aushaltbare Situationen zu überleben.

Auch wenn das traumatische Ereignis oder die traumatischen Ereignisse vorbei sind, bleibt unser Stammhirn weiterhin „überwacht“. Es könnte jederzeit erneut große Gefahr drohen und darauf möchte das Gehirn vorbereitet sein, um das Überleben weiterhin zu sichern. Diese erhöhte Wachsamkeit führt leider dazu, dass -auch wenn objektiv keine Gefahr mehr droht- die Anspannung ständig erhöht bleibt und sich oft eng an der oberen Grenze des „grünen“ Bereichs bewegt. Die hohe Anspannung führt dann in der Folge zu Ein- und Durchschlafschwierigkeiten, zu Konzentrationsproblemen, Angst, Schreckhaftigkeit und erhöhter Reizbarkeit. Jetzt genügen Kleinigkeiten um die Anspannung so zu erhöhen, dass das Großhirn erneut abschaltet. Meist passiert das, wenn irgendetwas an die traumatischen Erlebnisse erinnert, also triggert. Das kann alles Mögliche sein: die Farbe eines Teppichs, ein Geruch, das Gefühl der Angst, ein Blick – jedes kleinste Detail, das an die traumatische Situation erinnert. Dabei ist es traumatisierten Menschen meist gar nicht möglich zu benennen oder zu erkennen, was das sein könnte. Diese Auslösereize werden Trigger genannt. Sie triggern unbewusst, d.h. ohne Einflussmöglichkeit lösen sie Erinnerungen aus- die Trauma-erinnerung wurde durch das Großhirn ja nicht eingeordnet. Trotzdem versuchen traumatisierte Menschen die wiederkehrenden Erinnerungen an das traumatische Erlebnis möglichst zu vermeiden, was z.B. zu erhöhtem Alkohol- oder Drogenkonsum führen kann. Steigt die Anspannung infolge von Trigger-erlebnissen stark an, passiert ähnliches wie in der Trauma-situation selbst: die Verbindung zum Großhirn ist unterbrochen. Das führt zu Flashbacks: also intensivem Wiedererleben des traumatischen Ereignisses oder Alpträumen über das Erlebte. Es führt häufig auch zu hochaggressivem oder selbstverletzendem Verhalten. Beides stellt dabei den Versuch dar, den extremen Spannungsdruck abzubauen und ist in dem Moment vom Betroffenen nicht kontrollierbar. Wutausbrüche und selbstverletzendes Verhalten sind Versuche der Emotionsregulation durch die Betroffenen. Es sind also Versuche das Trauma zu bewältigen, indem durch nicht kontrollierbare Handlungen überwältigende Gefühle und extreme körperliche Spannungszustände beendet werden. Auch Abwesenheitszustände (als eine Form der Dissoziation in der Unterspannung) sind mögliche Folgen des Wiedererlebens.

Intrusionen, also wiederkehrende Erinnerungen, sind Folge der nicht zeitlich eingeordneten Erlebnisse. Bilder und Bruchstücke der Erinnerung tauchen unkontrollierbar immer wieder auf. Auch emotionale Taubheit und Abgestumpftheit, ein Gefühl der Entfremdung von anderen oder verminderte emotionale Schwingungsfähigkeit sind häufige Trauma-folgen, die ebenfalls eine Selbstschutzfunktion inne haben – sie schützen vor den überflutenden negativen Gefühlen und der Gefahr erneut von anderen verletzt zu werden. Das Erleben menschengemachter Gewalt führt häufig

auch zu großem Misstrauen und Vorsicht anderen Menschen gegenüber oder gar zum totalen sozialen Rückzug.

Wie oben bereits erwähnt, muss nach den Kriterien des Internationalen Klassifikationsschemas für psychische Störungen (ICD-10) eine bestimmte Anzahl und Kombination von Symptomen vorliegen, um eine Posttraumatische Belastungsstörung zu diagnostizieren. Fakt ist jedoch, dass die meisten Flüchtlinge unter einzelnen Symptomen oder Symptomkombinationen leiden, die oft nicht die Diagnose einer PTBS nach dem ICD rechtfertigen, trotzdem jedoch einen enormen Leidensdruck erzeugen. Deshalb halte ich es an dieser Stelle auch nicht für zentral, ob eine Diagnose gestellt werden kann. Wesentlicher wichtiger ist es dem individuellen Leidensdruck zu begegnen und selbstwirksame Gegenmaßnahmen der Betroffenen zu unterstützen. Traumatische Erschütterungen können neben den posttraumatischen Störungen auch eine ganze Reihe anderer psychischer Beeinträchtigungen auslösen, oder psychische Krankheiten verstärken, weshalb ich sie im Folgenden kurz umschreiben möchte. Oft kommt es in Folgen des Traumas auch zu einer Kombination unterschiedlicher Störungsbilder.

1.3. Anpassungsstörungen

Von Anpassungsstörungen spricht man, wenn nach einem außergewöhnlich belastenden Lebensereignis emotionale Störungen oder Verhaltensstörungen auftreten. Welche Ereignisse als belastend empfunden werden und als Auslöser in Frage kommen, kann je nach Persönlichkeit und vorhandenen Bewältigungsstrategien unterschiedlich sein. Häufig zeigen sich die reaktiven Störungen nach Verlusterlebnissen. Darunter zählt sowohl der Tod nahestehender Menschen, als auch der Verlust der Heimat, die Trennung von Bezugspersonen oder z.B. der Verlust des Arbeitsplatzes. Bei Kindern kommt es infolge von solchen Belastungserlebnissen häufig zu sogenannten regressiven Verhaltensweisen. Das heißt, sie fallen in ihrem Verhalten um einige Entwicklungsstufen zurück und nassen beispielsweise wieder ein, legen Kleinkindverhalten an den Tag, zeigen Trennungsangst usw. Jugendliche dagegen verhalten sich in der Folge oft sozial unangepasst: werden aggressiv, ziehen sich zurück und brechen Regeln.

Depressive Symptome wie Schlafstörungen, verminderter Antrieb, Konzentrationsschwierigkeiten, Appetitlosigkeit, Suizidgedanken, Perspektivlosigkeit, Gefühl von Wertlosigkeit, Schuldgefühle, Interessensverlust und Freudlosigkeit oder gedrückte Stimmung kommen in unterschiedlicher Ausprägung und Kombination vor.

Auch Ängste und ständige Besorgnis sind typische Symptome.

1.4. Depressive Episoden

Von einer depressiven Episode spricht man, wenn eine bestimmte Zahl an typisch depressiven Symptomen vorkommt. Es wird laut ICD je nach Anzahl der Symptome zwischen leichten (4 Symptome sind erfüllt), mittelgraden (5-6 Symptome) und schweren depressiven Episoden (7 und mehr Symptome) unterschieden. Der Name Episode sagt schon, dass es sich hierbei um eine Phase bzw. wiederkehrende Phasen handelt, die unterschiedlich lang dauern können, aber häufig ca. 6-8 Monate anhalten.

Zu den Symptomen gehören:

- Gedrückte Stimmung
- Interessensverlust/Freudlosigkeit
- Verminderter Antrieb/erhöhte Ermüdbarkeit
- Konzentrations- und Aufmerksamkeitsprobleme

- Vermindertes Selbstwertgefühl/Selbstvertrauen
- Schuldgefühle
- Negative Zukunftsperspektive
- Suizidgedanken
- Schlafstörungen
- Appetitminderung

Bei schweren depressiven Episoden können sogar Wahnvorstellungen und Halluzinationen auftreten.

Körperliche Symptome wie Kopf- und Rückenschmerzen sowie ein Druckgefühl auf der Brust oder Übelkeit können zusätzlich auftreten.

1.5. Angststörungen

(vgl. Boon et al., 2013, S.263ff, Liedl et al., 2013, S. 114)

Angst ist zunächst kein krankheitswertiges Gefühl. Im Gegenteil: Angst hat eine lebensschützende Funktion, denn bei Gefahr signalisiert sie dem Körper, dass er jetzt Überlebensstrategien zu mobilisieren hat. Sie löst Fluchtimpulse aus oder liefert Kampfergie. Problematisch wird die Angst dann, wenn sie chronisch aktiviert bleibt, auch wenn keine tatsächliche Gefahr droht. Oder wenn sie sich verselbstständigt und durch Reize ausgelöst wird, die eigentlich nicht gefährlich sind. Schon der Gedanke an eine Sache kann körperliche Reaktionen auslösen, die dann wiederum als Gefahr interpretiert werden und die Angst verstärken. Es entsteht ein sogenannter „Teufelskreis der Angst“. Angstgefühle können körperlich sehr intensiv und als überwältigend erlebt werden. Zittern, erhöhter Herzschlag, Anstieg des Blutdruck, Schwitzen, Übelkeit, Hitze- Kältewallungen, Schwindel, rasende Gedanken, Atemnot oder Hyperventilation mit Kribbeln in Händen und Füßen gehören zu den körperlichen Angstsymptomen. Wenn man gelernt hat mit Gefahren rechnen zu müssen, treten Angstreaktionen häufiger auf, ohne dass dies kognitiv steuerbar ist. Häufig erfolgen Angstreaktionen in der Gegenwart auf die in der Vergangenheit erlebte Angstsituation, obwohl aktuell objektiv betrachtet keine Gefahr besteht. Den Betroffenen ist manchmal selber unklar, woher die Angst ganz plötzlich kommt und sie kommen nicht gegen sie an, auch wenn ihnen kognitiv bewusst ist, dass sie der jetzigen Situation nicht angemessen ist. So ein Zustand intensiver Angst vor einer in diesem Fall angenommenen Bedrohung wird auch Panik genannt. Sie ist eine starke Stressreaktion des Organismus und geht einher mit vielfältigen vegetativen und körperlichen Symptomen (siehe oben). Das Vermeiden der Angst entlastet den Betroffenen kurzfristig, langfristig aber verstärkt es die Angst. Sogenannte Erwartungsangst, also eine Angst vor der Angst entsteht. Das Vermeiden der Angst führt auch dazu, dass die Betroffenen nie Erfahrungen machen können, die heilsam wären: nämlich, dass die Angst nicht bis ins Endlose ansteigt, sondern nach einiger Zeit von alleine wieder abfällt. Die Verlaufskurve der Angst, die im Selbsthilfebuch auch abgebildet ist, zeigt das in anschaulicher Weise auf.

1.6. Selbstverletzung

(vgl. Beckrath- Wilking et al., 2013, S.175; Huber, 2013, S.326f; Sachsse, 2009, S.80-91)

In verschiedenen Kulturen sind Selbstschädigungen des eigenen Körpers als Ausdruck von Trauer, Mutprobe oder Ekstase bei religiösen Zeremonien anerkannt und werden nicht als krankheitswertig betrachtet (vgl. Sachsse, 2009, S.80f). Besonders häufig kommt kulturell akzeptiertes selbstverletzendes Verhalten als Ritual beim Übergang von der Jugend zum Erwachsenenalter vor. Vor dem Hintergrund tradierter verletzender Übergangsriten ordnet Sachsse (2009) auch die krankheitswertige Selbstverletzung in einen Zusammenhang mit den Entwicklungsaufgaben der

Pubertät ein. Und tatsächlich kommt selbstverletzendes Verhalten am häufigsten unter Jugendlichen vor. Rituell übrigens auch in Subkulturen der westlichen Jugend wie z.B. das Stechen von Piercings und das Tätowieren.

Selbstverletzung im Zusammenhang mit traumatischen Erschütterungen ist– wie oben schon erläutert- eine traumabedingte ungünstige Bewältigungsstrategie. Sie dient als Druckventil gegen Hochspannung und holt bei emotionaler Überflutung durch Negativerinnerungen mittels des Schmerzes ins Hier und Jetzt zurück. Der Schmerz beendet die innere Gespanntheit oder innere Leere und vermittelt ein entlastendes Gefühl der Entspannung und Lebendigkeit. Die Wirkung ist vergleichbar mit derjenigen von körperlicher Verausgabung, Muskelentspannungstraining, Alkoholmissbrauch oder hochdosierten Beruhigungsmitteln. Traumatisierte Menschen „entscheiden“ sich nicht für selbstverletzendes Verhalten, sie machen es einfach. Teilweise auch, um nicht stattdessen gegen andere aggressiv zu werden. „Selbstverletzendes Verhalten dient dazu im Sturm der Gedanken und Gefühle wieder Selbstkontrolle zu erlangen“ (Sachsse, 2009, S.87). Außerdem wird sie als Alternativhandlung bei Suizidimpulsen eingesetzt, um dem Impuls nicht nachzugeben und sich eben **nicht** das Leben zu nehmen. Sie können also teilweise als vom Betroffenen selbst eingesetzte Suizidprävention betrachtet werden. Allerdings finden Selbstverletzungen unkontrolliert statt und können deshalb in lebensgefährliche Verletzungen übergehen. Auch Schuldgefühle können selbstverletzendes Verhalten als Form der Selbstbestrafung verursachen.

Nach der selbstverletzenden Handlung schämen sich die Betroffenen meist dafür, versprechen es nicht wieder zu tun und kämpfen gegen erneute Selbstverletzungsimpulse und den Kontrollverlust an. Dabei werden sie solange Scheitern bis sie alternative Strategien zur Emotionsregulation erlernt haben. Nehmen Sie einem sich selbstverletzenden Flüchtling also nie das Versprechen ab, es nicht wieder zu tun. Da er es nicht bewusst kontrollieren kann, fördert das „Wiedertun“ seine Schamgefühle und verstärkt damit letztendlich das selbstverletzende Verhalten.

Es gibt aber auch Betroffene, die den Appellcharakter des selbstverletzenden Verhaltens nutzen. Manchmal fand die Selbstverletzung ursprünglich aus oben genannten Gründen statt, wird aber dann im Nachhinein als Kommunikationsappell genutzt und/oder zukünftig auch als manipulatives Machtmittel eingesetzt. Eine Befindlichkeit, die nicht in Worte gefasst werden kann wird signalisiert.

„Die häufigste Art der Selbstverletzung ist das Schneiden mit Gegenständen wie Rasierklingen, Scherben, Messern oder Scheren in die Haut der Extremitäten, gefolgt von Verbrennungen mit Zigaretten oder Feuerzeugen“ (Sachsse, 2009, S.80). Bei jungen männlichen Flüchtlingen habe ich oft auch das Schlagen mit Fäusten oder dem Kopf gegen die Wand oder intensives Aufkratzen der Haut als Form des selbstverletzenden Verhaltens erlebt. Selbstverletzendes Verhalten ist nicht zwangsweise ein Indiz für eine posttraumatische oder eine Borderline-Störung, mit der es oft in Verbindung gebracht wird. Menschen, die an einer Borderline-Störung leiden, haben zwar sehr häufig Trauma-Erfahrungshintergrund, dennoch unterscheidet sich diese Persönlichkeitsstörung in einigen Bereichen deutlich von der PTBS. So ist beispielsweise ein unklares Selbstbild und manipulatives Beziehungsverhalten typisch für die Borderline-Persönlichkeitsstörung. Der kommunikative Appell- und Beziehungsaspekt der Selbstverletzung steht bei den sogenannten Borderlinern meist im Vordergrund. Im Gegensatz dazu ist bei Traumatisierten der Bewältigungsversuch nicht aushaltbarer Spannungszustände und das Beenden von Flashbacks die Hauptursache. Wenn das selbstverletzende Verhalten zusätzlich auch eine Appellfunktion hat, ist es besonders wichtig, dass es nicht durch Aufmerksamkeit noch verstärkt wird. Mehr zum Umgang mit selbstverletzendem Verhalten in Kapitel 4.

1.7. Dissoziation

(vgl. Opel et al., 2015, S.79f)

Der Begriff der Dissoziation beschreibt in der Psychologie die Trennung von Wahrnehmungs- und Gedächtnisinhalten, die normalerweise miteinander verbunden sind. Ein oder mehrere geistige Prozesse werden vom Bewusstsein getrennt und laufen dann unabhängig voneinander ab.

Zustände, die der Dissoziation ähneln, kennen wir alle. Opel et al. (2015) nennt als Beispiele für Alltagsdissoziationen:

- „Ein Computerspieler ist während des Spiels so tief versunken, dass er zeitweilig das Gefühl für die verstrichene Zeit verliert.
- Ein Student erleidet während einer langweiligen Vorlesung eine kurze Erinnerungslücke, weil er seine Aufmerksamkeit nicht fokussiert.“

Dissoziative **Störungen** kommen gelegentlich auch unabhängig von Traumatisierungen vor. Der Zusammenhang mit Belastungen und Problemen ist jedoch bei dissoziativen Störungsbildern immer gegeben. Dissoziation bedeutet, dass seelische und körperliche Funktionen entkoppelt werden. Also dass beispielsweise über den Körper seelisches Leid ausgedrückt wird, ohne dass dem Betroffenen dies klar ist und er davon überzeugt ist, dass die körperliche Störung wie z.B. eine Lähmung, eine organische Ursache hat. Gemeinsam ist allen dissoziativen Störungen, dass sie eine Entlastungsfunktion für die Psyche beinhalten.

Im Zusammenhang mit Trauma kommen folgende Dissoziationsformen häufig vor:

- Der Betroffene fühlt sich wie nicht er selbst, wie außerhalb seines Körpers
- Die Umgebung fühlt sich für den Betroffenen unwirklich und fremd an
- Der Betroffene wirkt wie erstarrt, es fehlt willkürliche Bewegung und auf äußere Reize erfolgt keine Reaktion
- Der Betroffene geht plötzlich und ohne Begründung weg und kann, wenn er wieder da ist, nicht erklären wo er war
- Der Betroffene kann sich an einen bestimmten Zeitabschnitt nicht erinnern

Im Zusammenhang mit Traumatisierung kommen dissoziative Zustände v.a. durch Hochspannungszustände, die wiederum durch Negativerinnerungen ausgelöst wurden, zustande. Auf die völlige Überlastung folgt ein „Abschalten“ und Fehlen jeglicher Spannung (siehe Kapitel 1.2.). Dabei kann der Übergang von der Hochspannung in die Erstarrung so schnell ablaufen, dass die Hochspannung zuvor nicht bewusst wahrgenommen wurde.

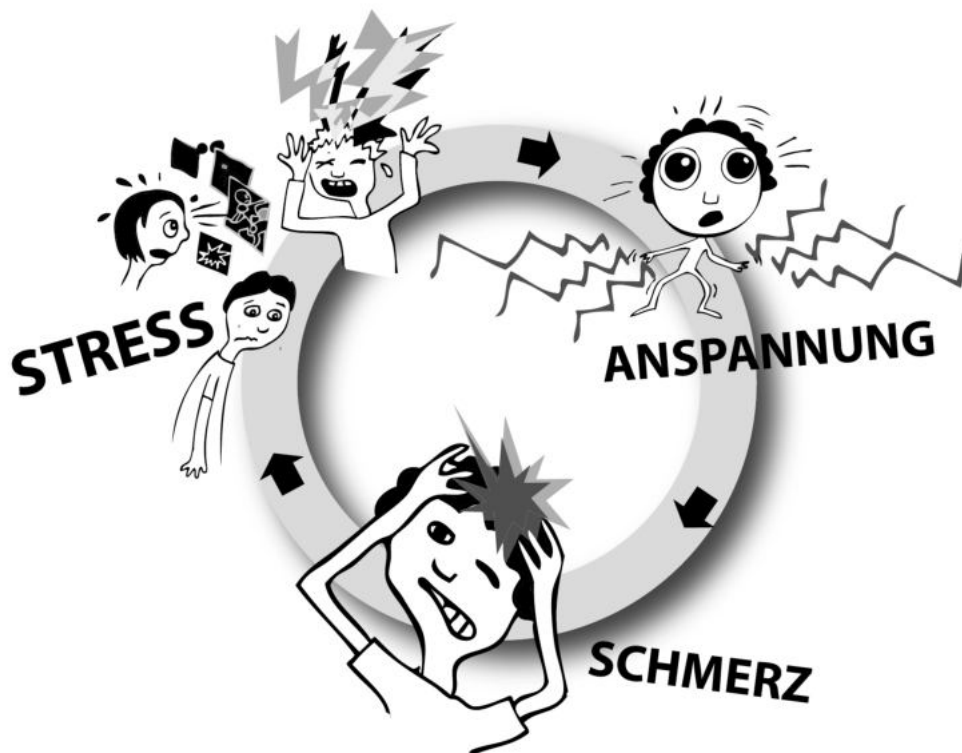
Woran Sie dissoziative Zustände erkennen und wie Sie jemanden aus der Dissoziation holen können, erfahren Sie in Kapitel 4.4. Selbsthilfemaßnahmen für Betroffene finden sich im Selbsthilfebuch Kapitel 3.3.

1.8. Somatoforme Schmerzstörung

Als somatoforme Störungen werden körperliche Beschwerden bezeichnet, die nicht umfassend organmedizinisch erklärbar sind. Die seelischen Ursachen werden von den Betroffenen jedoch nicht gesehen bzw. verleugnet. Über den Körper werden innerpsychische Probleme zum Ausdruck gebracht, wodurch die Psyche von Anspannung und Angst entlastet wird. Die Aufmerksamkeit und Zuwendung, die man bei körperlichen Beschwerden erhält, kann die Störung noch verstärken bzw. aufrecht erhalten. Somatoforme Störungen sind auch bekannt als psychosomatische Beschwerden,

also psychisch verursachte körperliche Beschwerden. Verursacht werden können diese z.B. durch seelische Überforderung und psychosozialen Stress. Sie treten natürlich auch unabhängig von Traumatisierung auf. Kennzeichnend ist die Verursachung durch seelischen Stress. Besonders häufig kommt im Zusammenhang mit Traumatisierung die somatoforme Schmerzstörung vor, bei der Schmerzen ohne organische Erklärung immer wieder auftreten. Der Zusammenhang mit seelischen Problemen wird von den Betroffenen verneint und ist nicht bewusst. Gerade bei den somatoformen Schmerzen gibt es eine enge Verbindung zu den an sich natürlichen Stressreaktionen.

Der Schmerz, meist Kopf- oder Rückenschmerz entsteht durch einen Kreislauf von Stress, Anspannung und Schmerz.



Stress, auch in Form von wiederkehrender Erinnerung und Flashbacks führt zu erhöhter Anspannung im Körper. Die chronisch angespannten Muskelpartien verursachen dann wiederum Schmerzen in bestimmten Regionen. Das Schmerzempfinden erhöht dann wiederum den Stress usw.

Bei Kopfschmerzen spricht man deshalb auch von Spannungskopfschmerz. Muskelverspannungen im Nacken- und Schulterbereich lösen die Kopfschmerzen aus.

Natürlich kann seelischer Stress auch körperliche Erkrankungen verursachen. In jedem Fall müssen körperliche Beschwerden immer organisch abgeklärt werden. Was dann bei fehlendem organischen Befund gegen die Schmerzen gemacht werden kann, finden Sie im Selbsthilfebuch Kapitel 3.9. und in diesem Buch in Kapitel 4.10. Nehmen Sie Schmerzen immer ernst.

1.9. Sucht

(vgl. Beckrath-Wilking et al., 2013, S. 247; Sachsse, 2009, S.372)

Die meisten von uns kennen den Drang, sich bei Problemen mal so richtig zu betrinken um alles zu vergessen. Deshalb ist gut nachvollziehbar, dass - wie oben bereits erwähnt- Suchtmittel von

Traumatisierten oft als Vermeidungsstrategie eingesetzt werden. Negativerinnerungen und emotionale Überflutungen sollen vermieden werden. Symptome der PTBS sollen also mithilfe des Konsums kontrolliert oder gemildert werden. Kurzfristig stellt Alkohol- und Drogenkonsum tatsächlich eine effektive Bewältigungsstrategie dar: im Gehirn werden konsumbedingt vermehrt Endorphine ausgeschüttet, was antidepressiv wirkt. Längerfristig führt dies allerdings dazu, dass das Gehirn ohne den Konsum immer weniger Endorphine ausschüttet, was jegliches positive Erleben vom Konsum abhängig macht und die depressive Stimmung in nicht alkoholisiertem Zustand verstärkt. Selbst bei ausgeprägtem Missbrauch oder bereits bestehender Abhängigkeit steht deshalb bei Menschen mit Traumaerfahrung die Behandlung der PTBS im Vordergrund. Sie werden kaum auf ein bewährtes Mittel der Symptomlinderung verzichten, solange keine gesünderen Selbststabilisierungsstrategien erlernt worden sind. Wie Sie bei auffälligem Alkohol- oder Drogenkonsum unterstützen können, erfahren Sie in Kapitel 4.11.

Wie Sie in diesem Kapitel sehen konnten gibt es zwar auch andere psychiatrische Diagnosen, die auf viele Flüchtlinge zutreffen, die meisten hängen jedoch eng mit den traumatischen Erfahrungen zusammen. Oft treten Symptome verschiedener Störungsbilder gemischt auf und erfüllen kein eindeutiges Diagnoseschema. Aber wie gesagt geht es auch für uns als HelferInnen zunächst nicht darum treffsicher Diagnosen zu stellen, sondern im Alltag sofort und praktisch hilfreiche Unterstützung anbieten zu können, um das individuelle Leid und die Belastung zu lindern.

Hier wurden die Störungsbilder für Sie nur kurz erläutert, um ein Grundverständnis über psychische Folgen von Trauma-Erfahrungen zu generieren. Eine ggf. notwendige Testdiagnostik überlassen Sie dem Psychiater. Psychiatrische Diagnostik kann z.B. relevant sein für das Asylverfahren oder zur Veranlassung der richtigen Therapie. Wenn ein Mensch psychisch leidet, kann die psychiatrische Klärung auf der einen Seite eine Hilfe sein, die wichtige Orientierung gibt, auch hilft eine Diagnose Fehlbehandlungen oder überflüssige Maßnahmen zu vermeiden. Andererseits sind gerade für Flüchtlinge oft diese Prozeduren erheblich belastend, manchmal verwirrend. Manchmal lösen sie sogar in sehr spezifischer Weise traumatische Reaktionen aus, gerade dann, wenn ein Mensch z.B. in Institutionen gequält oder einer Gehirnwäsche unterzogen wurde.

2. Wie kann ich helfen? –Beziehungsgestaltung und sicherer Rahmen: Stabilisierung

(vgl. Beckrath-Wilking et al., 2013, S. 299-307; Gschwend, 2006, S.81f; Hantke & Görges, 2012, S.143)

2.1. Beziehungsarbeit

(vgl. Beckrath-Wilking et al., 2013, S.129-133 und S.290; Gschwend, 2006, S. 81f)

2.1.1. Wertschätzende Grundhaltung

Das Leben im Krieg, kriegsähnlichen Zuständen oder existentieller Armut bedeutet oft ständiges Erleben von Gewalt, Gegeneinander, Misstrauen, Angst, Verrat und Verlust. Hinzu kommen traumatische Erlebnisse auf der oft monate- oder gar jahrelangen Flucht. Flüchtlinge bringen eine Aneinanderreihung von Negativerfahrungen über lange Zeiträume mit, man spricht auch von sequentieller Traumatisierung (vgl. Weeber & Gögercin, 2014). Eine mitfühlende, wertschätzende und authentische Haltung ermöglicht den Betroffenen korrigierende positive Beziehungserfahrungen machen zu können. In einer tragfähigen zwischenmenschlichen Beziehung

können sie Wertschätzung erfahren für ihre Überlebensstrategien. Unter all dem Negativen verschüttete Ressourcen können gemeinsam wieder entdeckt und gestärkt werden. Die Verarbeitung von belastenden Erlebnissen kann erklärend und empathisch begleitet werden. Und dem authentischen, also dem echten und ehrlich meinenden Gesprächspartner gegenüber kann Vertrauen langsam wieder wachsen. Ihr offenes Beziehungsangebot ist für den Betroffenen hilfreicher und wertvoller als jede andere Hilfsmaßnahme. Beziehung bildet das Fundament jeder weiteren Stabilisierungsintervention. Seien Sie sich dessen bewusst und investieren Sie Zeit und Energie deshalb v.a. in die Beziehungspflege.

2.1.2. Begegnung auf Augenhöhe

Hantke & Görge (2012) fordern eine Beziehungs- Haltung, die davon ausgeht, dass der Betroffene nicht weniger kann, weiß, vermag, bedeutet oder wert ist als der Helfer oder die Helferin. Eine respektvolle, akzeptierende und wertschätzende Haltung. Was bedeutet das konkret?

„Ich kann fragen, Angebote machen und vor allem eines: neugierig sein. Im Laufe unseres Kontakts kann sich herausstellen, ob es hilfreich für den anderen ist, meine Angebote für sich zu nutzen. Weil er oder sie dieses Angebot ablehnen kann. Und ich muss dann zusehen, ob mir etwas Neues einfällt“ (Hantke & Görge, 2012, S.146). Auch Sachsse (2009) betont wie wichtig es ist, dass der Traumatisierte ernst genommen wird, weil er am besten weiß, was für ihn gerade wichtig und „dran“ ist. Respektieren Sie, wenn der Betroffene sagt, dass er etwas nicht will oder kann.

2.1.3. Dinge nicht persönlich nehmen

(vgl. Huber, 2013, S.333)

Das bedeutet natürlich nicht, dass wir alles gut finden müssen, was der Betroffene tut und sagt. Für die eigene Arbeit hilfreich ist aber die Auffassung, dass es für jedes Verhalten gute Gründe gibt. „Wenn ich denken kann, dass jemand nicht etwa eklig, fordernd, gehässig oder unangenehm ist, weil er mir das Leben schwer machen will, sondern deshalb, weil er – noch- keine andere Möglichkeit findet, als sich so zu verhalten, führt das zunächst einmal dazu, dass meine eigene Anspannung nachlässt. Ich gehe schließlich davon aus, dass er mich nicht persönlich meint, und dann kann ich mich auch wieder interessieren: Wo, in welchen Zeiten seines Lebens, an welchem Punkt seiner Zeitlinie mag dieses Verhalten Sinn gemacht haben? Ihn selbst werde ich das vielleicht jetzt noch gar nicht fragen, aber ich könnte ihn auf andere Gedanken bringen: einmal gemeinsam um den Block zu gehen, zusammen einkaufen oder Fußball spielen. Vielleicht erzählt er mir später- wenn er wieder in seinem Ressourcenbereich angekommen ist-, was ihm so auf die Nerven ging“ (Hantke & Görge, 2012, S.146f).

2.1.4. Angebote machen, die abgelehnt werden dürfen

Wichtig ist, dem Gegenüber nicht gutgemeinte Hilfsangebote aufzudrücken, sondern ihn einzubeziehen, zu fragen, was er braucht, was er ändern möchte und lediglich anzubieten dabei zu helfen. Ziele setzen die Betroffenen selber, und zwar dann, wenn es für sie passend ist. Wenn jemand formuliert, dass er besser schlafen können möchte, dann bestimmt dieses Ziel die gemeinsame Arbeit und nicht etwa ein von uns gestecktes, in unseren Augen dringlicheres Ziel wie etwas das Reden über die Vergangenheit oder der Umgang mit Wutausbrüchen. Auf von uns anvisierte Ziele kann der Betroffene sich zum einen sowieso nicht einlassen, zum anderen verhindert das Setzen von Zielen durch andere, dass er selbst wieder mehr Kontrolle über sein Leben durch Selbstbestimmung erfahren kann. Und diese Selbstwirksamkeits- und Kontrollererfahrungen sind für von Trauma Betroffene extrem wichtig, da sie dem Ohnmachtsgefühl des Traumas etwas entgegen

setzen. Die Grundlage für Veränderung ist, dass jemand ein Problem damit hat, wie er sich fühlt oder verhält. Es reicht nicht, dass andere denken er müsste dies oder jenes verändern. Bleiben Sie in solchen Fällen akzeptierend und offen und versuchen sie die Not des Gegenübers zu verstehen. Dass er ihre wohlgemeinten Ziele oder Veränderungsvorschläge nicht annimmt, hat nichts mit Ihnen oder einer Ablehnung von Ihnen als Person zu tun. Bieten sie andere Dinge an, die gerade gebraucht werden könnten: Geduld, eine Tasse Tee, ein Freizeitangebot, Ruhe, die Begleitung zum Amt... Oft entsteht die Veränderungsmotivation erst, wenn der Betroffene sich akzeptiert und verstanden fühlt so wie er ist!

Bieten Sie Beziehung an, auch wenn der Betroffene sich zunächst ablehnend, misstrauisch oder zurückhaltend verhält. Er misstraut nicht Ihnen als Person, sondern traumabedingt hat er das Vertrauen in andere Menschen verloren. Bleiben sie verlässlich, auch wenn Ihnen mit Unzuverlässigkeit oder Ablehnung begegnet wird. Nehmen Sie Zurückweisungen nicht persönlich und bieten Sie sich unaufdringlich, aber konsequent weiterhin an. Auch wenn der Betroffene Angebote zu reden, zu spielen oder etwas gemeinsam zu unternehmen zunächst nicht annimmt, nimmt er das Interesse an sich und das kontinuierliche Angebot für ihn da zu sein trotzdem genau wahr. Vielleicht dauert es nur einige Zeit, bis er es annehmen kann. Bestehen Sie den Vertrauens- Test, indem Sie dran bleiben.

Eine **Atmosphäre der menschlichen Wärme** durch Beziehungswärme schafft Geborgenheit und Sicherheit. Ein Lächeln, ein offener Blick und eine freundliche Geste fördern eine solche Atmosphäre intensiver als viele gutgemeinte Hilfsangebote, die u.U. – noch- nicht angenommen werden können. Vertrauen braucht Zeit, um sich entwickeln zu können. Bleiben Sie geduldig (vgl. Baer & Frick-Baer, 2016, S.88ff).

2.1.5. „Empathische Zeugenschaft“

Zu der von Beckrath- Wilking et al. (2013) geforderten „**empathischen Zeugenschaft**“ gehört auf der einen Seite Respekt vor dem Schweigen, wenn jemand nicht über seinen traumatische Vergangenheit sprechen möchte. Auf der anderen Seite muss ohne Druck die Möglichkeit bestehen, über die gemachten Erfahrungen sprechen zu können, wenn der Betroffene das möchte. Manche haben das eine und manche das andere Bedürfnis. Für beides sollte Akzeptanz bestehen. Manche wollen zunächst nicht darüber reden, lassen nach einer Phase des Beziehungsaufbaus ihre Negativerfahrungen aus der Vergangenheit dann doch von sich aus im Gespräch einfließen. Dann sollten sie ein wertschätzendes, empathisches und unerschrockenes Interesse und die Haltung: „Ich halte deine Vergangenheit mit dir aus“ spüren dürfen (vgl. Engelhardt, 2016, S.7). Wenn jemand also über seine leidvollen Erfahrungen sprechen möchte, ist es wichtig, dass Sie Zuhören ohne zu Beschwichtigen. Erkennen Sie das Leid an, indem Sie es aushalten grauenvolle Erlebnisse anzuhören. Die Hilflosigkeit, die wir dabei empfinden ist nur ein Bruchteil des Gefühls, das der traumatisierte Mensch auszuhalten hatte. Machen Sie sich bewusst, dass Sie durch dieses Aushalten und Zuhören gar nicht hilflos sind, sondern im Gegenteil dem Gegenüber dadurch effektiver helfen als wenn Sie versuchen zu trösten oder zu beschwichtigen. Sätze wie „aber jetzt wird alles wieder gut“ oder „...die Zeit heilt alle Wunden“ können die Kommunikation und letztendlich die Beziehung stören, da sich die Betroffenen nicht verstanden und in Ihrem Leid nicht ernst genommen fühlen. Sagen Sie stattdessen: „Es ist schlimm, was Sie durchmachen mussten!“ (vgl. Baer & Frick-Baer, 2016, S.97). Dadurch erkennen Sie das Leid an. Versuchen Sie gleichzeitig nicht Mitleiden: es braucht etwas professionelle Distanz, um nicht in Mitleid zu zerfließen. Denn dann hat der Betroffene das Gefühl sich Ihnen nicht zumuten zu können.

Und Sie halten das Mitleiden auch nicht lange aus und werden sich zurückziehen oder mit Burn Out kämpfen. Stattdessen hilft eine gesunde Distanz dabei Mitgefühl zu zeigen ohne Mitleiden (vgl. Huber, 2013, S.334). Eignen Sie sich selbstschützende Distanzierungstechniken an (siehe Kapitel 5). Dass das schwer fällt ist normal und natürlich ist es auch absolut legitim und sogar unbedingt notwendig, dass Sie auch **Grenzen setzen**, um sich selbst zu schützen. Wenn Sie also merken, dass es z.B. ein Tag ist, an dem es Ihnen gerade nicht so gut geht oder Sie unter Zeitdruck stehen oder Sie es insgesamt zu sehr mitnimmt, wenn von traumatischem Erleben gesprochen wird, dann ist es besser ehrlich mitzuteilen, dass es für Sie (jetzt gerade oder generell) nicht passt, diese Dinge anzuhören. Sie dürfen und sollen zu Ihrem eigenen Schutz den Betroffenen in solchen Fällen an eine entsprechende Beratungsstelle verweisen oder das Gespräch auf einen anderen Zeitpunkt verschieben. Achten Sie zuerst auf sich selbst und das was für Sie machbar und möglich ist und was nicht! Wenn Sie das nicht tun, überlasten Sie sich und können dem Betroffenen unter Umständen bald gar nicht mehr hilfreich sein, weil Sie selbst Hilfe brauchen. Nehmen Sie also Ihre Gefühle und Bedürfnisse unbedingt ernst und äußern Sie dem Betroffenen gegenüber ehrlich, wenn Ihnen etwas zu viel ist. Er wird es zu schätzen wissen!

2.1.6. Professionelle Distanz bei Übertragungs-/Gegenübertragungsphänomenen

(vgl. Beckrath-Wilking et al., 2013, S.144 und S.292-295 und Weiß, 2009, S.183-192)

Neben der Empathie als grundsätzlicher Haltung gegenüber traumatisierten Flüchtlingen, ist auf der anderen Seite eine gewisse „**professionelle Distanzierung**“ notwendig. Was damit gemeint ist, möchte ich versuchen zu erläutern. Ganz **unbewusst** laufen im Beziehungsgeschehen bestimmte Prozesse ab, die uns emotional stark beeinflussen. So **übertragen** nicht nur traumatisierte Menschen beispielsweise **in früheren Beziehungen gemachte Erfahrungen** auch auf das aktuelle Gegenüber und reagieren dementsprechend und mit allen dazugehörigen Affekten, Wünschen und Erwartungen. Nach Erfahrungen von Gewalt können aktuelle Bezugspersonen besonders leicht verzerrt wahrgenommen werden. „Aktuelle Situationen werden gewissermaßen aus der Perspektive der Vergangenheit und auf potenzielle Bedrohung hin zentriert interpretiert. So können geringfügige Anlässe wie ein als kritisch oder ablehnend wahrgenommener Blick der Beraterin heftige Stimmungsausbrüche, ‚Gegenattacken‘ oder – auch körperliche- Fluchtimpulse auslösen“ (Beckrath-Wilking et al., 2013, S.145).

Negative Übertragungen von Hass, Misstrauen, aber auf der anderen Seite auch Idealisierung und Rettungserwartungen können vorkommen. Solche übertragenen Gefühle lösen bei uns, also den HelferInnen, unbewusst wiederum **Gegenübertragungsgefühle** aus. D.h. wir reagieren auf die uns entgegengebrachte Rollenzuweisung und werden z.B. wütend oder überfürsorglich aufopfernd- so wie es der Betroffene in seiner Übertragung von uns erwartet! Gegenübertragungsgefühle, also Emotionen und Impulse, die im Kontakt mit dem traumatisierten Betroffenen entstehen, können zu übermäßiger Distanzierung, Aggression und Ablehnung (v.a. bei feindseligen, traumatischen Übertragungen) führen. Sie können auf der anderen Seite auch zu Überidentifikation mit dem Betroffenen führen und überfürsorgliches, grenzüberschreitendes Verhalten bei uns auslösen. Beides erfordert unbedingte Reflexion, am besten in der Supervision, also dem Austausch mit nicht involvierten Personen über die bei uns ausgelösten Gefühle. Diese müssen als Gegenübertragungsgefühle erkannt werden, um sich nicht zerstörerisch auf die Beziehung zum Betroffenen auszuwirken. Erst der „**Blick aus der Distanz**“ ermöglicht die Relativierung der eigenen

Gefühle und ermöglicht überlegtes (professionelles) Handeln anstelle von persönlich gekränktem destruktiven oder kontraproduktiv aufopferndem Verhalten.

Laut Reddemann (2008) helfen bei negativer Übertragung folgende Strategien:

- Wieder reflektierenden Abstand gewinnen, nicht aus dem Situationsdruck heraus entscheiden oder handeln (z.B. vorschnell Sanktionen verhängen)
- Verstehen mithilfe von Supervision: Der Blick von außen ermöglicht die Relativierung der eigenen Gefühlszustände
- Liebens- und schätzenswerte Seiten am Betroffenen entdecken
- Daran denken, dass der Betroffene mit Aggression evtl. seine Würde schützt
- Positive Vision für die Zukunft entwickeln
- Dosierte Mitteilung über eigene Gefühle
- Eigene Psychohygiene, traumatisches Material nicht behalten, sondern z.B. imaginativ entsorgen (mehr dazu in Kapitel 5)

Typische Gegenübertragungsreaktionen in der Arbeit mit traumatisierten Menschen sind (vgl. Beckrath-Wilking et al., 2013, S.144):

- Aggressive Reaktion auf Verletzungen und Entwertungen
- Abwehr von Wut und Hass durch Überfürsorge
- Abwehr von Langeweile oder Entwertung durch Bezeichnung des Gegenübers als „hoffnungsloser Fall“
- Distanzierung aus Angst vor der Heftigkeit der traumatischen Inhalte durch Nicht-glauben der Geschichte oder Schuldzuweisung an den Betroffenen
- Ausagieren von Fürsorge- und Retterimpulsen
- Ohnmacht, Hilflosigkeit und Resignation
- Wut auf den Täter, etwas gegen den Täter unternehmen wollen
- Gefühl von Ungenügen, Inkompetenz, Versagensängste
- Gefühl der Abneigung und des Abgestoßenseins
- Zurückweisung, Entwertung und Meiden des Betroffenen

Erschrecken Sie also nicht vor solchen Gefühlen. Sie brauchen sich dafür nicht zu schämen. Tauschen Sie sich mit anderen HelferInnen aus und reflektieren gemeinsam. Das hilft wieder alles in die richtige Distanz zu bringen und nicht persönlich enttäuscht, gekränkt oder gar mit Burn Out nach Hause zu gehen! Und es hilft in Beziehung zu bleiben mit den Betroffenen! Das wiederum hilft den Betroffenen neue, gesündere Beziehungserfahrungen machen zu können und die alten Muster zu durchbrechen. Das ganze kann also zu einem wertvollen, hilfreichen Prozess werden, wenn Sie die Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomene als solche erkennen lernen.

2.2. Sicherheitsgefühl

2.2.1. Äußere Sicherheit

Damit nach Traumatisierung ein stabilisierender heilsamer Prozess überhaupt in Gang kommen kann, bedarf es unerlässlich zunächst der **äußeren Sicherheit**. Meist ist diese nach der Flucht in Deutschland zunächst gegeben: es fallen keine Bomben mehr, man ist keiner Folter oder Zwangsverheiratung mehr ausgesetzt usw. Ob man in diesen sicheren äußeren Umständen bleiben darf, ist allerdings für die meisten Flüchtlinge für die oft lange Dauer eines Asylverfahrens und bei

Ablehnung darüber hinaus unklar. Außerdem fühlt sich das Leben in einer Asylbewerberunterkunft oft auch nicht besonders sicher an: da gibt es u.U. Auseinandersetzungen mit Mitbewohnern, fremdenfeindlichen Nachbarn, Diebstahl usw.

Grundsätzlich gilt: äußere Belastungen kosten viel Energie und haben Vorrang vor innerer Arbeit und Traumatherapie. Alltagsfunktionieren vor Innenleben lautet die Devise (vgl. Beckrath-Wilking, 2013, S.169). Die Unterstützung bei der Organisation des Lebens in Deutschland ist also eine äußerst wichtige Hilfe für traumatisierte Menschen. Hierbei gilt: Helfen Sie so viel wie nötig, aber so wenig wie möglich. Denn die Betroffenen sollen erfahren dürfen, dass Sie selbst Dinge in die Hand nehmen und regeln können. Das wirkt den wohl bekannten Ohnmachtsgefühlen entgegen und ermöglicht die Übernahme von Kontrolle.

Weil äußere Sicherheit v.a. bei Flüchtlingen nie auf Dauer gesichert werden kann, kommt dem Erleben von Sicherheit in neu geknüpften Beziehungen (siehe 2.2.2.) und im Alltag (siehe 2.2.3.) besondere Bedeutung zu. Nur am Rande sei erwähnt, dass äußere Sicherheit sowieso für keinen Menschen langfristig garantiert werden kann. Das gilt ja auch für unser eigenes Leben: täglich können sich Dinge verändern, die wir nicht in der Hand haben: einen Unfall haben, die Arbeit verlieren usw.

2.2.2. Sicherheit in Beziehungen

(vgl. u.a. Sachsse, 2009, S.189)

Tragfähige Beziehungen sind Voraussetzung für **innere Sicherheit**. Diese sollten gekennzeichnet sein, durch:

- **Klare Grenzen des Beziehungsrahmens:** Diese sind enorm wichtig, geben Halt und werden oft getestet. Seien Sie eindeutig, was Kontaktaufnahme außerhalb ihrer Arbeitszeiten betrifft. Stecken Sie den Rahmen Ihrer Beziehung klar ab. Bei hauptamtlich im Flüchtlingsbereich Arbeitenden bedeutet dies z.B. keine privaten Kontaktdaten heraus zu geben.
- **Zuverlässigkeit und Transparenz:** Ein Grundprinzip ist laut Wöller (2006; zitiert nach Hantke & Görge, 2012): „Maximaler Kontrast zur traumatischen Situation“. Das bedeutet, verlässlich und vorhersagbar sein, Auftrag und Ziele mit dem Betroffenen gemeinsam klären, alle Schritte mit dem Betroffenen absprechen und ihn über seine Angelegenheiten gut informiert halten, Autonomie und Selbstwirksamkeit beachten und stärken. Zuverlässigkeit und Transparenz bedeuten Kontrolle und Wahlmöglichkeit im Gegensatz zum traumatischen Kontrollverlust.
- **Klare Grenzsetzungen durch festgelegte Regeln:** Regeln gibt es überall, in der Jugendhilfe besonders viele. Erklären Sie dem Betroffenen die Regeln und zeigen Sie Konsequenzen im Falle einer Regelverletzung prophylaktisch auf. Setzen Sie die vorher angekündigten Sanktionen im Falle eines Regelverstoßes unbedingt konsequent um! So stellen Regeln für den Betroffenen Handlungssicherheit her: er kann selbst entscheiden, ob er sich an die Regeln hält und weiß, was für Konsequenzen sein Handeln hat, wenn er sie übertritt. Vorhersehbarkeit schafft im Gegensatz zu willkürlicher und spontaner Sanktionierung Sicherheit. Gleichzeitig sollten Regeln und Grundsätze immer wieder überprüft werden und die Möglichkeit auf Anfrage und begründet gemeinsame Lösungen außerhalb des Regelwerks zu finden, sollte gegeben sein. Das erhöht die Selbstwirksamkeitserwartung, indem durch Mitsprache Einfluss genommen werden kann.
- **Keine abrupten Beziehungsabbrüche:** Abschiede gehören zum Leben. Die Frage ist, wie man Sie gestaltet. Traumatisierte Menschen sollten auf bevorstehende Abschiede vorbereitet werden, von vornherein befristete „Arbeitsbeziehungen“ sollten wie oben bereits erwähnt einen klaren

Rahmen haben. Auch kurzzeitige Beziehungen können sehr heilsam sein. Nur nicht dann, wenn sie mit unkontrollierbarem und unvorhersehbarem Ende verbunden sind. Das kann alle vorher gemachten Positiverfahrungen in der Beziehung vernichten. Deshalb: kündigen Sie Abschiede rechtzeitig an, feiern Sie Abschiedsfeste, entwickeln Sie Abschiedsrituale. Das wirkt dem Gefühl des hilflosen Ausgeliefertseins entgegen und eröffnet selbstwirksame Gestaltungsspielräume.

2.2.3. Tagesstruktur, regelmäßige Übungen und Rituale

(vgl. Beckrath-Wilking et al., 2013, S.169-174 und S.304; Hantke & Görge, 2012, S.143f; Sachsse, 2009, S.195)

„Das Trauma erschüttert unser Verständnis von uns selbst und von der Welt in seinen Grundfesten. Besonders unsere vitalen Bedürfnisse nach Sicherheit und nach einer verlässlichen ‚Weltordnung‘ sind betroffen. Durch die einfallsreiche, aber auch konsequente Gestaltung eines Tagesrituals bauen wir unsere eigene Weltordnung wieder auf. Wir signalisieren dem verletzten Kind, dem verletzten Lebewesen in uns, dass die Gefahr vorüber ist, dass die Umgebung wieder überschaubar ist und es sich wieder sicher fühlen kann. Wenn diese Botschaft in der Tiefe unseres Seelenlebens ankommt, schaltet auch der Körper allmählich wieder zurück auf ‚Normalbetrieb‘“ (Fischer, 2011, S.40). Sich einen festen, überschaubaren und geregelten Tagesablauf einzurichten trägt also maßgeblich zum sich- sicher- fühlen bei. Tagesstruktur schafft einen sicheren Rahmen für unseren Alltag. Beim Erarbeiten einer Tagesstruktur kann an alte Gewohnheiten und Freizeitvorlieben angeknüpft werden. Solange die Betroffenen nicht arbeiten dürfen, kann das Übertragen von Alltagspflichten und anderen Aufgaben sinnstiftend sein und Selbstwirksamkeitserfahrungen ermöglichen. Die Regelmäßigkeit und das „Trainieren“ von Übungen (wie sie im Selbsthilfebuch und Kapitel 4 benannt sind) ist enorm wichtig, um die durch das Trauma veränderten Gehirnareale wieder in positiver Richtung zu beeinflussen. Es ist wissenschaftlich nachgewiesen, dass trainierte Hirnareale sich vergrößern, wenn sie regelmäßig angesprochen werden. So ist z.B. bei Klavierspielern die motorische Hirnrinde für die Finger deutlich größer als bei anderen Menschen, die nicht Klavier spielen (vgl. Sachsse, 2009, S.197). Erst wenn etwas alltägliche Routine geworden ist, läuft es auch in Krisenmomenten automatisch ab. Sachsse (2009) bringt das Beispiel der ersten Fahrstunde, in der erst gelernt werden muss, wann welches Pedal zu treten ist. Später müssen wir nicht lange überlegen und treten automatisch das Bremspedal, wenn Gefahr im Verzug ist. Ähnliches gilt also für selbstberuhigende, affektregulierende und entspannende Übungen im Selbsthilfebuch (z.B. Übung 15, 16, 18, 21-25). Diese Übungen dienen dem Selbstmanagement und ermöglichen dem Betroffenen innere Kontrolle zu erlangen, was wiederum ein Gefühl der inneren Sicherheit ermöglicht.

Im Selbsthilfebuch findet sich in Kapitel 2 (Übung 11) eine Anregung zur Gestaltung einer Tages- und Wochenstruktur. Kleine Rituale, z.B. vor dem Schlafengehen fördern die Sicherheit-gebende Struktur zusätzlich. Unterstützen Sie den Betroffenen beim Erarbeiten und Einhalten einer sinnvollen Tagesstruktur und motivieren Sie ihn einzelne Übungen fest in den Tagesablauf einzubauen. Kapitel 2.6. im Selbsthilfebuch kann dabei unterstützen. Zunächst sollte der Betroffene verstehen, weshalb das für ihn wichtig ist.

2.3. Gegenwartsorientierung

Da traumatisierte Menschen darunter leiden ohne Kontrolle immer wieder in die Vergangenheit zurückgeworfen zu werden (Intrusionen) und dabei teilweise auch nicht mehr unterscheiden können, ob ihnen das traumatische Ereignis jetzt gerade passiert oder ob es bereits in der Vergangenheit liegt (Flashback), ist die Re-orientierung ins Hier und Jetzt eine äußerst wichtige Hilfestellung. Die Betroffenen können selbst erlernen sich in die Gegenwart zurückzuholen. Anleitung dazu finden Sie

im Selbsthilfebuch (Kapitel 2.5. und 3.3.). Auch können Sie den Betroffenen dabei unterstützen sich solche Selbstkontrollstrategien anzueignen und einzuüben. Und Sie können jemanden Reorientieren, wenn Sie merken, dass er gerade in die Vergangenheit abdriftet. Lesen Sie dazu Kapitel 4.4.

Wenn Sie mit dem Betroffenen aus welchen Gründen auch immer (z.B. der Betroffene fängt von sich aus an darüber zu sprechen oder sie wollen ihn auf die Asylanhörung vorbereiten) über seine traumatische Vergangenheit sprechen oder sprechen müssen, gilt es Folgendes zu beachten (vgl. Huber, 2013, S.333f):

Auch wenn Sie es interessieren würde und Sie Mitgefühl zeigen wollen: Ermutigen Sie **nicht** dazu Traumamaterial **im Detail** zu erzählen oder fragen wie sich der Betroffene dabei **geföhlt** hat! Hören Sie stattdessen zu, tragen Sie mit, was der Betroffene von seinem Leid erzählen möchte (siehe 2.1.5.) und bemühen Sie sich gleichzeitig, dass Traumatisierungen **eher in Stichworten als im Detail** berichtet werden, **eher emotionsarm und „aus der Vogelperspektive“**. Also wie wenn es jemand anderem widerfahren wäre oder man nichts dabei geföhlt hätte.

Ich habe oft erlebt, dass eine von Jugendlichen selbst so angewandte Erzählweise von BetreuerInnen bewertet wurde und die Inhalte der Traumaberichte als nicht glaubwürdig verkannt wurden, weil sie so emotionslos dargestellt wurden. Nach dem Motto „Das ist so eine schlimme Sache, die kann man doch nicht ohne Geföhle der Trauer, Angst, Verzweiflung berichten!“. Das Gegenteil ist regelmäßig der Fall! Menschen, die in dieser Art berichten können, schützen sich selbst vor emotionaler Überflutung, Flashbacks und Retraumatisierung! Sie haben bereits eine wichtige Distanzierungs- und Selbstregulierungsstrategie erlernt! Würdigen Sie das und ermutigen Sie diejenigen dazu, die das noch nicht können! **Nach Möglichkeit sollte natürlich niemand dazu gezwungen werden über schlimme Erfahrungen zu berichten über die er nicht sprechen möchte!** Leider müssen in Erstgesprächen in der Jugendhilfe und später bei der Asylanhörung diese Themen wohl oder übel trotzdem angesprochen werden. Versuchen Sie deshalb eine **distanzierte Erzählweise zu unterstützen**. Außerdem können Sie **statt nach Details, nach Ressourcen fragen** und so den Fokus verschieben: Wenn jemand erzählt wie sehr er unter bestimmten Bedingungen litt und wie schlimm das alles für ihn war, fragen Sie: „Wie hast du das durchgehalten? Was hat dir Kraft und Mut gegeben? An wen hast du gedacht, um weitermachen zu können?“ o.ä. Dadurch machen Sie dem Betroffenen deutlich welche enormen Kräfte er aufgebracht hat, um die Situation zu überstehen! Die unglaublichen Bewältigungsstrategien, die viele Flüchtlinge entwickelt haben, sind den meisten selbst nicht bewusst! Arbeiten Sie heraus, wie beachtlich das ist, was der Betroffene geleistet hat, um bis nach Deutschland zu kommen, um sich aus traumatischen Bedingungen zu befreien. Drücken Sie Ihre Anerkennung aus!

Zur Gegenwartsorientierung gehört ansonsten, dass Sie eben nicht ständig über Dinge aus der Vergangenheit sprechen oder danach fragen, sondern dass sie gemeinsam mit dem Betroffenen die **Gegenwart mit positiven Erlebnissen füllen**. Dass Sie ihm ermöglichen schöne, unbeschwerte Momente zu erleben z.B. bei Ausflügen in den Tiergarten, ins Museum, ins Kino, beim Klettern, Schwimmbadbesuch oder Geburtstag feiern. Gemeinsam Kochen, Kuchen backen, musizieren, malen: all das schafft Positiverfahrungen und stärkt damit das Erleben im Hier und Jetzt! Und es aktiviert wichtige Ressourcen des Betroffenen.

2.4. Ressourcenaktivierung

(vgl. Baer & Frick-Baer, 2016, S.123; Beckrath- Wilking et al., 2013, S. 176, S.301; Hantke & Görge, 2012, S.153, S.301, S.370ff; Opel et al., 2015, S.16)

Jeder Mensch hat Ressourcen. Zu diesen gehören z.B. Interessen, Fähigkeiten, Vorlieben, Wünsche, Visionen, Werthaltungen, Vorbilder, Hoffnung, soziale Unterstützung uvm.

„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 erlernter Hilflosigkeit geprägt ist“ (Beckrath-Wilking et al., 2013, S.176). Die Ressourcen sind unter Negativerfahrungen verschüttet und oft dem bewussten Denken zunächst nicht zugänglich. Zentrales Element von Stabilisierung bei Traumatisierten ist das Wieder-verfügbar-machen von Ressourcen. Auch können die Ressourcen zusätzlich erweitert und ausgebaut werden. Das Sich-bewusst-werden über die eigenen Ressourcen schafft Selbstvertrauen und ermöglicht den Betroffenen sich wieder selbstwirksam zu fühlen.

„**Ressourcenorientierung heißt nicht**, dass wir eine Erfahrung schönreden, die Probleme nicht ernst nehmen, die Bedenken nicht mit bedenken. All das hieße, unser Gegenüber nicht ernst zu nehmen. **Ressourcenorientierung heißt**, den Fokus zu verändern, der Klientin ermöglichen, sich auf etwas anderes zu konzentrieren und erst einmal einen Boden zu schaffen, von dem aus Probleme betrachtet werden können“ (Hantke & Görge, 2012, S.154).

Ressourcenaktivierung bedeutet, dass wir uns gemeinsam mit dem Betroffenen auf die Suche machen nach seinen Fähigkeiten, Kräften und Energien. Wir sammeln, was jemand schon kann, welche Möglichkeiten er hat sich zu entspannen und aktivieren die vielen guten Erinnerungen, die jemand in sich trägt. Wir üben wahrzunehmen, welche Ressourcen jemand mitbringt (und nicht immer nur die Schwierigkeiten und problematischen Verhaltensweisen zu sehen). Wir achten darauf welche kraftvollen, förderlichen, angenehmen Erinnerungen, Erfahrungen und Wünsche in dem vom Betroffenen Geäußerten stecken und benennen sie, um sie unserem Gegenüber wieder bewusst zu machen. Und wir motivieren den Betroffenen zusätzlich neue kraftvolle, selbstgesteuerte Strategien zu suchen und zu stärken.

Wir können die Ressourcen des Betroffenen **implizit** stärken, indem wir aufgreifen, was der Betroffene gerne und/oder gut macht und dies z.B. gemeinsam mit ihm tun. Das kann heißen: wir gehen zusammen Fußball spielen, organisieren die Teilnahme an einem Malkurs für den Betroffenen oder stellen eine Gitarre zur Verfügung. Wir ermöglichen Erfolgserlebnisse in Unterricht und Freizeit und würdigen diese, machen erlebnispädagogische Angebote, feiern religiöse Feste und unterstützen den Aufbau sozialer Kontakte zu Gleichgesinnten.

Und wir können Ressourcen auch **explizit** mithilfe bestimmter Techniken und Übungen herausfinden und stärken: Im Selbsthilfebuch Kap. 2.3. finden sich dazu einige Übungen.

Das **ressourcenorientierte Fragen** wurde am Beispiel des Berichtens über Negativerfahrungen in Punkt 2.3. bereits erwähnt. Natürlich kann es auch gezielt außerhalb von Gesprächen über problematische Vergangenheitserfahrungen angewendet werden:

„Fragen sind nicht gleich Fragen. Die Konzentration auf angenehme Augenblicke, auf etwas, das wir schon geschafft haben, auf unsere Stärken und auf positive Zukunftsaussichten, Hoffnungen und Zielvorstellungen bewirkt, dass es uns eher besser geht...“ (Hantke & Görge, 2012, S.370).

Ressourcen sind uns oft selber nicht bewusst, erst recht nicht einem Traumatisierten. Deshalb müssen Sie gezielt erfragt und entdeckt werden. Dazu bedarf es nicht nur konkreter Fragen, sondern v.a. einer ressourcenorientierten **Haltung**, die uns ermöglicht Stärken und Potenziale beim Gegenüber wahrzunehmen, auch wenn sie teilweise tief vergraben oder gut versteckt sind.

Vielen Flüchtlingen fällt auf die Frage, was sie gerne machen oder sich Schönes für die Zukunft wünschen zunächst nichts ein. Es reicht deshalb meist nicht aus nur eine ressourcenorientierte Frage zu stellen. Sie können Ihre **Beobachtungen mitteilen**: z.B. „gestern hatte ich das Gefühl, dass dir das Karten spielen Spaß macht und du darin geübt bist“ oder „Ich habe gehört, du hattest großes Interesse an der Gitarre, die der Betreuer dabei hatte?“. Oft laden solche Beobachtungen dazu ein über Interessen und Fähigkeiten ins Gespräch zu kommen. Eine andere Form von Einladung über Ressourcen ins Gespräch zu kommen, sind **Bilder oder Fotos**. Im Selbsthilfebuch Kap 2.3. finden Sie beispielsweise eine Bildkartei, die dabei unterstützen kann. Bildkarteien dieser Art gibt es mehrere z.B. von Krause & Storch(2011) oder Diegelmann & Isermann (2012).

Für das ressourcenorientierte Fragen gibt es ein paar hilfreiche Techniken:

- Die **Frage nach Ausnahmen**: Wenn jemand z.B. berichtet, dass er immer schlecht schlafe, fragen Sie ihn: „Wann hast du zuletzt ausnahmsweise mal gut geschlafen?“, dann „Was war an dem Tag anders?“
- **Zirkuläres Fragen**: Wenn es jemandem –vielleicht auch aus schambesetzter Bescheidenheit- schwer fällt eigene Fähigkeiten und Stärken zu benennen, können Sie fragen: „Was würde dein Freund xy sagen, was du gerne machst?“
- **Copingfragen**: Wenn jemand von verzweifelten und hoffnungslosen Situationen berichtet, können Sie fragen: „Was gibt Dir die Kraft trotzdem weiter zu machen?“ oder „Bei welchen Tätigkeiten geht es dir weniger schlecht?“ (vgl. 2.3.).
- **Wunderfrage** (vgl. Steve de Shazer & Insoo Kim Berg, 1985, zitiert nach Hantke & Görge, 2012, S.376 bzw. Caby & Caby, 2009, S.48): Sie stärkt die Vorstellung von positiven Veränderungen und ermöglicht das Nachdenken über die Zukunft, indem nicht nach Wünschen und Hoffnungen gefragt wird, die oft nicht mehr bzw. noch nicht wieder vorhanden sind, sondern fordert zur gedanklichen **Vorstellung einer wahr gewordenen besseren Zukunft** auf. Die Wunderfrage kann so oder ähnlich formuliert werden: „Stell dir vor, du gehst heute Abend ins Bett und schläfst ein. Du schläfst ganz tief und fest und während du schläfst, geschieht über Nacht ein Wunder! Am nächsten Morgen wachst du auf, und deine Probleme sind gelöst! Du hast gar nicht mitbekommen was in der Nacht passiert ist, weil du tief geschlafen hast. Woran merkst du, dass ein Wunder passiert ist? Was wäre anders? Wer würde es sonst noch bemerken? Und woran?“
Daran anknüpfend kann auch gefragt werden: „Stell dir vor, es sind fünf Jahre vergangen seit ‚das Wunder‘ passiert ist und es geht dir viel besser. Wie wirst du leben? Wirst du in die Schule gehen oder Arbeiten? Was wird dir wichtig sein?“
Wenn jemand die Frage ablehnt, indem er z.B. Dinge sagt wie: „Wunder gibt es nicht...“ können Sie entgegnen: „Und wenn es doch Wunder gäbe?“. Bleiben Sie hartnäckig. Traumatisierte sind es nicht gewohnt über Hoffnungen und Positives zu sprechen, aber gerade deswegen ist es wichtig nicht mit der ersten kurzen Antwort zufrieden zu sein, sondern weiter nach dem Schatz zu graben.

Die Unterstützung des Aufbaus von „**spezifischen**“ Ressourcen beispielsweise zur besseren Selbstregulierung und Affektkontrolle bei Aggression oder Selbstverletzungstendenzen wird in Kapitel 4 weiter beschrieben.

2.5. Kultursensible Haltung und Neugier

(vgl. Engelhardt, 2016, S.7f)

Wer mit Flüchtlingen arbeitet, sollte bereit sein, kultursensibel und wertoffen zu arbeiten. Werte und kulturelle Unterschiede können interessiert erfragt und einbezogen werden. Authentisch kann der eigene kulturelle Hintergrund ebenfalls mit einfließen. So handeln Sie eine gemeinsame kulturelle Basis für die Zusammenarbeit aus. Es entsteht eine Begegnung auf Augenhöhe.

Die Zielgruppe der Flüchtlinge ist in sich wiederum sehr heterogen. Nicht nur, was die kulturellen Unterschiede anbelangt, sondern auch in Bezug auf Bildungsstand, Alter und Erfahrungshintergrund. Ein Jugendlicher, der bereits zehn Jahre eine Schule besucht hat und aus einer Hauptstadt kommt, bringt ganz andere Voraussetzungen mit als ein erwachsener Analphabet, der mit seiner Familie als Nomade gelebt hat. Das macht den kreativen und flexiblen Einsatz an Methoden und Angeboten, die immer auch individuell angepasst werden müssen, erforderlich. Dies bedeutet, dass es kein Rezept oder Handlungsmanual geben kann, jedoch durchaus Bausteine, die hilfreich sein können, solange sie flexibel und dem Einzelfall entsprechend eingesetzt werden. Bringt man als HelferIn die nötige Kulturoffenheit mit, wird man auch herausfinden, welche Angebote für einzelne Kulturgruppen nicht und welche gut funktionieren. So musste ich z.B. in meiner Arbeit feststellen, dass sich v.a. somalische Jugendliche mit „Smileys“, die Gefühlsausdrücke symbolisieren sollen, schwer tun. Sie konnten nicht erkennen, dass die Smileys Gesichter darstellen und deshalb natürlich auch nicht die symbolisierte Emotion. Verständlich wird dies unter Einbezug der Lebenswelt, aus welcher die Menschen jeweils kommen. Wohl hat kaum ein somalischer Jugendlicher jemals ein Bilderbuch gesehen oder ein Kunstmuseum betreten, d.h. er ist mit bildlichen Darstellungen dieser Art überhaupt nicht vertraut. Ressource ist dagegen oft eine Vielfalt an sprachlichen Bildern, was leider durch die Sprachbarriere selbst unter Einbezug von Sprachmittlern nur schwer nutzbar gemacht werden kann. Hilfreich ist hier, das Verstehen nicht vorauszusetzen, sondern diese Bilder zunächst in ihrer Bedeutung zu klären. Dieser Austausch kann auch sehr spannend sein: so lernte ich beispielsweise, dass unser Ausdruck „vor Wut kochen“ im Arabischen „das Blut brennt“ heißt. Oder aber, dass der Ausdruck „Mir fällt ein Stein vom Herzen“ im Arabischen genau so verwendet wird. **Seien Sie neugierig und lassen Sie sich „unterrichten“.** So erweitern auch wir unseren Horizont und ermöglichen den Betroffenen wichtige Selbstwirksamkeitserfahrungen! Sie können auch uns sehr viel beibringen und unser Leben bereichern!

Ein weiteres Beispiel, das die Notwendigkeit einer kultursensiblen Haltung deutlich macht, sind Trauerfälle. In der Trauerbegleitung darf nicht unser kultureigener Umgang mit Trauer Maßstab sein (falls es diesen überhaupt gibt, da Trauer individuell sehr verschieden gelebt wird und auf gesellschaftlicher Ebene als eher vernachlässigt gesehen werden kann). Es gilt, Trauerrituale der jeweiligen Kultur (und Religion) zu erfragen und dem Jugendlichen das Praktizieren dieser entsprechend zu ermöglichen, falls er es wünscht.

Generell gilt: Fragen Sie nach statt Vorauszusetzen!

„In manchen Kulturen sind z.B. heftiges Weinen, Klagen und auch Körpereinsatz Teil eines Austauschs über unangenehmes Erleben, in viel stärkerem Ausmaß, als es für ‚uns‘ angenehm ist. Bei einem anderen Menschen haben wir vielleicht das Gefühl, er zeige sich unberührt, weil er nicht weint oder weiterhin lächelt. Fragen Sie nach, sagen Sie auch, dass Sie so dumm fragen müssen, weil Sie es eben nicht anders kennen. – Die Klientin wird sich in der Regel freuen, dass unsere Kultur nicht einfach als Leitlinie vorausgesetzt wird“ (Hantke & Görge, 2012, S. 242).

2.6. Grenzen: Übergang zu Therapie

„Viele Menschen verstehen unter Traumatherapie ausschließlich die Durcharbeitung der einst unaushaltbaren Erfahrungen. Sie glauben, wenn sie nur rasch an den Kern der Sache- ihre schrecklichen Bilder und schmerzhaften Erinnerungen- herankämen, wenn sie darüber sprechen könnten, vielleicht sogar es herausschreien und dann weinen- dann wäre es gut. Wer sich mit solchen Vorerwartungen in stationäre oder ambulante Traumabehandlung begibt, wundert sich sehr, wieso ganz anders begonnen wird“ (Huber, 2013, S.91).

Auch ich habe in meiner Arbeit als Psychologischer Fachdienst für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge oft erlebt, dass die BetreuerInnen dachten, wenn Jugendliche zu Gesprächsterminen zu mir kommen immer über die schlimmen Erlebnisse reden müssen und deshalb danach ganz aufgewühlt sein könnten. Hätte ich das so gemacht, hätte ich wohl den Beruf verfehlt. Traumatisierte Menschen brauchen zunächst eine Phase der Stabilisierung und Ressourcenarbeit. Die Arbeit mit dem Trauma an sich, setzt einen „sicheren Boden unter den Füßen“ voraus. Ansonsten führt sie zu Retraumatisierung. Der Betroffene muss zunächst befähigt werden, seine Ressourcen wieder zu spüren, Emotionen und Spannungszustände selbst besser zu regulieren und damit einen gewissen Grad an innerer Sicherheit zu erreichen. Viele Menschen mit ausgeprägten Zeichen der posttraumatischen Belastungsstörung (ca. 1/3) schaffen es auch ihr Trauma selbst zu integrieren, d.h. das Trauma ohne die Hilfe von Therapeuten zu verarbeiten. Mit Hilfe von traumasensibler stabilisierender und ressourcenaktivierender Begleitung sind es ca. weitere 30%.

Wenn das nicht ausreicht und der Betroffene nach Monaten stabilisierender Begleitung noch keine Besserung spürt, kann ihm angeboten werden ihn traumatherapeutisch anzubinden. Wichtig ist hierbei dem Betroffenen zunächst genau zu erklären, was Therapie überhaupt ist und wie ein Psychotherapeut arbeitet. Hierbei kann Kap. 4 im Selbsthilfebuch eingesetzt werden.

3. Anderen helfen sich selbst zu verstehen: Psychoedukation und Normalisierungsintervention

(vgl. Beckrath-Wilking et al., 2013, S. 159, S. 299; Hantke & Görge, 2012, S.95 und 110)

Wie bereits erläutert, erleben Menschen nach Traumaerfahrungen Veränderungen an sich, die sie nicht kontrollieren können und deren Entstehung sie meist nicht mit den schlimmen Erlebnissen in Verbindung bringen. Das Gefühl der Unkontrollierbarkeit macht Angst „verrückt“ zu werden oder „im Kopf kaputt“ zu sein. Das Erklären, woher diese Veränderungen kommen können und die Erkenntnis, dass diese „Symptome“ fast alle Menschen, die Schreckliches erleben mussten, betreffen, entlastet die Betroffenen enorm. Die Aufklärung und Informationsvermittlung über die Folgen traumatischer Erlebnisse (= Psychoedukation) stellt deshalb nach den Erfahrungen von Liedl, Knaevelsrud und Müller (2013) einen ersten entscheidenden Stabilisierungsschritt dar. „Nur wenn Betroffene ihre Symptomatik einschätzen können und lernen, damit umzugehen, können Veränderungen erzeugt werden“ (Liedl et al., S.VII). Dies reduziert Ohnmacht und Angst vor der Symptomatik bei den Klienten (vgl. ebd.) und ermöglicht das Erlernen eines erleichternden Umgangs mit den Symptomen. Das Wissen, dass es anderen ähnlich geht, entlastet und ermöglicht einen offeneren Umgang mit den Symptomen, die vorher oft schambesetzt und deshalb nicht besprechbar sind. Das Verständnis für die eigenen Symptome eröffnet den Betroffenen zugleich die Perspektive, dass ihre Probleme bewältigbar sind.

Psychoedukation wird die Erklärung der Zusammenhänge zwischen traumatischem Erleben und den psychischen Folgen dieses Erlebens genannt. Hierbei gilt es die „Normalität“ des Auftretens dieser Folgen zu betonen:

„Nicht der Betroffene oder das Traumaopfer ist verrückt. ‚Verrückt‘ sind vielmehr die Situation oder die Lebensumstände, mit denen es konfrontiert ist oder war“ (Fischer, 2011, S.19).

Traumafolgen sind eine normale Antwort auf eine extrem bedrohliche Erfahrung und vor allem als Bewältigungsversuche zu sehen. Die Bezeichnung als Krankheitssymptome und PTBS als Krankheit halte ich den Betroffenen gegenüber für kontraproduktiv. Insbesondere auch, weil wie bereits erläutert bei vielen sowieso nicht ausreichend Kriterien für die Diagnose PTBS vorliegen. Das ändert aber nichts daran, dass Symptome auftreten, die auf traumatische Erlebnisse zurückzuführen sind und dass eine „Notfallreaktion“ im Gehirn stattgefunden hat. D.h. dass Teile der Erfahrung nicht integriert werden konnten und nun als Symptome auftauchen. Die Erklärung der Abläufe im Gehirn bei traumatischem Erleben ist deshalb eine wesentliche Information, die allen Betroffenen – egal welchen Alters und welcher Intelligenz- zur Verfügung gestellt werden sollte (vgl. Hantke & Görge, 2012, S.113).

Um die neurophysiologischen Vorgänge bei traumatischem Erleben anschaulich und verständlich zu erklären, können Sie Kapitel 1 des Selbsthilfebuches einsetzen.

4. Was hilft bei...?: Der Umgang mit bestimmten Symptomen

4.1. Begleitung der Übungen im Selbsthilfebuch und ergänzende Methoden

In diesem Kapitel geht es um den gezielten Umgang mit bestimmten Symptomen. Sie können sich gezielt aussuchen, was Sie im Umgang mit dem Betroffenen gerade brauchen könnten und müssen nicht alles lesen. Sie finden Anregungen zum Einsatz des Selbsthilfebuchs, aber auch ergänzende Übungen und Methoden, die vom Betroffenen alleine nicht umgesetzt werden können oder meist Motivation und Begleitung von außen brauchen. Die Anregungen sind der Einfachheit halber in Aufforderungsform geschrieben, was aber nicht heißen soll, dass Sie sie machen müssen! Im Gegenteil: Bitte suchen Sie immer nur Übungen und Methoden aus, mit denen auch Sie persönlich etwas anfangen können. Hinter denen Sie also authentisch stehen können. Im zweiten Schritt überlegen Sie dann noch, ob das zu dem Betroffenen mit dem Sie arbeiten, passen könnte. Können Sie sich vorstellen, dass er sich darauf einlassen könnte diese Übung mit Ihnen zu machen? Bei Entspannungs- und Körperübungen ist es für viele Betroffene erfahrungsgemäß oft schwer sich darauf einzulassen die Übung *gemeinsam* auszuprobieren. Wenn Sie merken, dass jemand sich schämen könnte, erklären Sie nur wie die Übung funktioniert, ggf. machen Sie sie vor ohne dass der Betroffene mitmachen muss. Bestehen Sie nicht darauf die Übung gemeinsam zu machen. Erklären Sie aber, warum das Ausprobieren dieser Übung für den Betroffenen wichtig und gut sein könnte. Sie können dann nachfragen, ob für den Betroffenen vorstellbar ist diese Übung mal für sich auszuprobieren. Wenn ja, können Sie ihn fragen wie es geklappt hat und wo noch Schwierigkeiten sind, wenn Sie ihn das nächste Mal sehen. Sie können immer an Übungen erinnern, für die sich jemand einmal entschieden hat und die Notwendigkeit des regelmäßigen Übens betonen. Schon das ist für viele eine wichtige Hilfe! Außerdem zeigen Sie dadurch, dass sie weiterhin Interesse an der Befindlichkeit des Betroffenen haben und ihm zutrauen etwas zu verändern. Sie helfen ihm sein Verhalten zu reflektieren und wichtige Selbstwirksamkeitserfahrungen zu machen. Bei einigen Übungen im Selbsthilfebuch braucht der Betroffene Stifte und Schere, manchmal auch einen Block oder Notizbuch. Wenn möglich stellen Sie dem Betroffenen diese Materialien zur selbstständigen Nutzung zur Verfügung. Auch das Anbieten anderer materieller Hilfsmittel wie z.B. eines MP3 Players mit Entspannungsmusik oder nonverbaler Rätsel- oder Ausmalbücher kann sehr unterstützen.

Bitte fühlen Sie sich nicht verpflichtet dem Betroffenen, den Sie betreuen, *möglichst viel* anzubieten und fühlen Sie sich **nicht** dafür verantwortlich ihm allumfassend zu helfen! Darunter leidet sonst ihre eigene psychische Gesundheit. Und Sie können vermutlich dann schnell gar nicht mehr helfen, weil die Überforderung Sie außer Gefecht setzt. Mehr zum Thema Selbstfürsorge und eigene seelische Gesundheit in Kapitel 5.

Überlegen Sie sich also sehr gut, was Sie sich zutrauen, was Sie leisten können und wollen und ob Sie überhaupt die Möglichkeiten dazu haben. Bitte suchen Sie sich nur die Übungen und Methoden aus, die sie ansprechen und die für sie umsetzbar sind! Viele der in diesem Kapitel aufgeführten Übungen und Methoden sind z.B. nur in einem umfassenderen Betreuungsrahmen wie dem der Jugendhilfe einsetzbar. In vielen anderen Bereichen der Flüchtlingsarbeit sind die Kontakte zu den Betroffenen nur punktuell und meist zeitlich sehr begrenzt. Oder Sie haben eigentlich einen anderen Auftrag, z.B. den des Unterrichtens oder der rechtlichen Beratung. Passen Sie den Einsatz ausgewählter Methoden also Ihren Möglichkeiten an und haben Sie nicht den Anspruch in möglichst wenig Zeit möglichst viel anzubieten. Das kann auch den Betroffenen völlig überfordern. Weniger ist oft mehr! Auch ist klar, dass z.B. pädagogisch ausgebildete Hauptamtliche sich leichter tun in der Umsetzung, als jemand der sich ehrenamtlich, womöglich neben einem ganz anderen Job, engagiert. Es ist toll, dass Sie alle mit Flüchtlingen arbeiten und Ihre Arbeit ist unglaublich wertvoll. Sie tun schon jetzt das, was für die Stabilisierung traumatisierter Menschen am wichtigsten ist: Sie sind da und bieten Beziehung an! Sie können niemandem mehr weiterhelfen, wenn Sie sich selbst überlasten und überfordern. Deshalb also noch einmal die große Bitte: Handeln Sie nur Ihren Ressourcen und Möglichkeiten entsprechend und verstehen Sie den folgenden Teil nur als Ideenpool! Wenn Sie merken, dass jemand mehr Hilfe braucht, als ihm derzeit durch Sie und andere angeboten werden kann, können Sie nach ergänzenden Maßnahmen suchen. Sie können den Betroffenen z.B. dabei unterstützen sich einen Therapieplatz zu suchen. Lassen Sie sich von den Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge dazu beraten (siehe Adressverzeichnis im Anhang des Selbsthilfebuchs oder unter www.baff-zentren.org).

4.2. Ein- und Durchschlafschwierigkeiten

Ein- und Durchschlafstörungen sind eine Folge des Symptoms der Übererregung. Das hyperaktive Stammhirn bleibt wachsam, um alle eingehenden Reize sofort auf mögliche Gefahren hin zu überprüfen. Wie im Erklärungsmodell in Kapitel 1 dargestellt, ist es notwendig die generell erhöhte Anspannungskurve langfristig wieder abzusenken. Dies kann beispielsweise durch regelmäßige Entspannungsübungen gezielt gefördert werden.

Um den durch die Übererregung gestörten Schlaf-wach-Rhythmus positiv zu beeinflussen, gilt es vorab bestimmte Regeln der Schlafhygiene zu beachten. Diese werden im Selbsthilfebuch ausführlich erläutert, weshalb sie hier nur in Kürze noch einmal aufgeführt werden:

- **Feste Bettgeh- und Aufstehzeiten festlegen**
- **Tagsüber nicht schlafen**
- **Das Bett ist nur zum Schlafen da!**
- **Versuche dich tagsüber viel zu bewegen oder Sport zu machen!**
- **Zwei bis drei Stunden vor dem Schlafen gehen, sollte dein Körper sich langsam auf mehr Ruhe einstellen. (Kein Sport, keine schweren, fetten Mahlzeiten, keine aufregenden Filme/Musik usw., kein schwarzer Tee, Cola, Energy Drink, Alkohol, Zigaretten) → ruhige Beschäftigung wie malen, deutsch Vokabeln, lesen...**
- **Finde ein Einschlafritual**

Wichtig ist, dass Sie den Betroffenen immer wieder an die Wichtigkeit dieser Regeln zur Schlafhygiene erinnern und dazu motivieren sie so weit es geht einzuhalten. Wenn Sie die Möglichkeit haben, besprechen Sie mit dem Betroffenen wie die Einhaltung der Regeln gelingt, welche Regeln gut klappen und welche schwer fallen. Versuchen Sie dabei nicht zu bewerten oder zu belehren, sondern würdigen Sie die Versuche des Betroffenen und ermutigen Sie zum Weiterüben. Betonen Sie die Notwendigkeit des aktiven Übens. Hierzu können Sie ein Beispiel verwenden wie: auch wenn man ein guter Fußballspieler werden will oder ein Instrument lernen will, muss man das regelmäßig üben bevor man es gut kann.

Mit weiteren Nachfragen und Angeboten können Sie den Betroffenen zusätzlich unterstützen:

- Wie waren deine Schlafgewohnheiten früher in der Heimat? Gab es geregelte Aufstehzeiten? Abendrituale?
- Wie sah dein Schlafplatz aus? Wie sieht er jetzt aus? Gibt es etwas, dass du an der Schlafsituation ändern möchtest und kannst? Unterstützen Sie den Betroffenen dabei sich den Schlafplatz so gemütlich es geht zu gestalten. Dabei kann z.B. ein besonderes Kissen oder sogar ein Stofftier helfen. Jugendliche können Kuschtiere manchmal erstaunlich gut annehmen. Die inneren Anteile (oder das sogenannte innere Kind), die in der Vergangenheit feststecken, können dadurch (kindliche) Beruhigung erfahren. Auch ein kleines Nachtlicht kann helfen. Fragen Sie vorsichtig nach, was hilfreich sein könnte und unterstützen sie ggf. bei der Beschaffung (vgl. Boon, S.118).
- Achten Sie darauf, dass der Betroffene nicht in seiner Tagesbekleidung schläft. Ein bequemer Pyjama, der nur zum Schlafen getragen wird, signalisiert schon beim Anziehen, dass es Zeit zum Schlafen ist.
- Motivieren Sie den Betroffenen ein **Schlafprotokoll** (vgl. Opel et al., 2015, S.49 und 89) zu führen (siehe Anlage 1) und besprechen sie die Eintragungen und Beobachtungen regelmäßig gemeinsam. Schenken Sie dabei v.a. den Nächten Beachtung, in denen der Betroffene **gut** geschlafen hat. Was war da anders? Wenn es dem Betroffenen mit seinen Schlafschwierigkeiten auch nach wochenlanger Übung nicht besser geht, sollte ein Hausarzt aufgesucht werden. Für den Arzt ist das geführte Schlafprotokoll sehr hilfreich!
- Generell hilft der Fokus auf Ausnahmen: Gibt es Tage, an denen das Einschlafen besser klappt? Was ist dann anders? (vgl. Caby & Caby, 2009, S.150).
- Wenn Sie die Möglichkeit haben (z.B. als BetreuerIn in einer Jugendhilfeeinrichtung), erarbeiten Sie mit dem Betroffenen ein **Einschlafritual**. Solche Rituale helfen „runterzukommen“ und sich innerlich aufs Schlafen vorzubereiten. Ein Ritual kann das gemeinsame Trinken eines Einschlaftees (z.B. Baldrian, Hopfen ...) oder einer heißen Milch mit Honig sein. Es kann der gemeinsame Rückblick auf positive Erlebnisse des Tages sein (Was war heute gut?). Oder das Vorlesen eines Bilderbuchs, wenn sich der Betroffene darauf einlassen kann. Erstaunlicherweise können auch viele männliche Jugendliche das gut und gerne annehmen. Auch ein Lavendelfußbad kann gut tun. Finden Sie heraus, was für Ihren Schützling gut und annehmbar ist. Seien sie kreativ, um gemeinsam ein individuell passendes Ritual zu finden! Bei einer möglichen Tagesreflexion ist es wichtig, immer eine positive Kleinigkeit zu finden. Wenn Ihrem Schützling nichts einfällt, unterstützen Sie ihn mit Ihren Wahrnehmungen: z.B. „ich kann mich erinnern, dass dir das Mittagessen heute richtig gut geschmeckt hat. Du hast sogar noch Nachschlag geholt.“ Suchen Sie mit der imaginären Lupe

nach positiven Details! Und lassen Sie sich keinesfalls auf den möglicherweise dominanten Negativfokus ein.

- Wenn der Betroffene ein Bild von seinem persönlichen „inneren Ruheort“ (siehe Selbsthilfebuch, Übung 18, angefertigt hat, können Sie ihn durch Fragen anregen sich imaginativ an diesen zu begeben: Fragen Sie z.B. wie es dort riecht, ob es warm oder kalt ist, usw. Wenn der Betroffene nicht selbst malen möchte, können Sie auch gemeinsam das Bild eines ähnlichen Ortes im Internet suchen und ausdrucken.
- In einige Sprachen übersetzte Fantasiereisen an den Wohlfühlort und angeleitete Entspannungsübungen gibt es vertont auf CDs, herausgegeben vom Psychosozialen Zentrum für Flüchtlinge in Düsseldorf (erhältlich im Von Loeper Literaturverlag). Auch sind die Übungen als Audiodateien kostenlos zugänglich unter: <http://www.refugee-trauma.help/> Möglicherweise können Sie dem Betroffenen diese Übungen in seiner Muttersprache als MP3 Datei auf sein Handy übertragen, so dass er diese abends für sich nutzen kann. Auf YouTube gibt es unter folgendem Link Videos zum Wohlfühlort auf Deutsch, Arabisch und Farsi https://www.youtube.com/channel/UCf4ArRYBA2ecLVrOo8Z6_Ug

4.3. Alpträume:

4.3.1. Gegenwartsanker

Sie können Betroffenen, die über Alpträume klagen, helfen, indem sie dazu motivieren und dabei unterstützen in Sichtweite des Bettes Gegenwartsanker anzubringen. Gegenwartsanker sind Bilder oder Gegenstände, die dem Betroffenen sofort signalisieren, dass er im Hier und Jetzt ist. Es ist wichtig, dass jemand, der aus einem Alptraum erwacht, sich schnell in die Gegenwart orientieren kann, um zu erleben: „Ich bin hier in Deutschland. Das war nur ein Traum. Es ist vorbei!“. Auch kann ein ähnlicher Satz aufgeschrieben und übers Bett gehängt werden. Es können aber auch z.B. Fotos von schönen Erlebnissen in Deutschland wie Ausflügen, Museumsbesuchen o.ä. sein, die nach dem Aufwachen in den Blick genommen werden können. Viele finden eine Deutschlandflagge hilfreich. Auch wenn es sich oft schwierig gestalten lässt, weil in Gemeinschaftsunterkünften und Jugendhilfeeinrichtungen die Zimmer von mehreren Personen gemeinsam bewohnt werden, ist es für die Betroffenen wichtig, sich nach dem Erwachen von einem Alptraum kurzzeitig mit etwas anderem beschäftigen zu können. Das Bett sollte verlassen werden. Ein Glas Wasser oder eine Dehnübung hilft dabei auch den Körper zurück in die Gegenwart zu orientieren. Die kurze ruhige Beschäftigung mit etwas anderem außerhalb des Bettes beugt einem sich im Bett herumwälzen und nicht mehr einschlafen können vor. Es kann z.B. ein Ausmalbild ausgemalt werden oder ein Buch gelesen werden. Sie können dabei unterstützen eine solche Möglichkeit zu finden ohne dabei andere beim Schlafen zu stören. Der Betroffene sollte sich erst dann wieder ins Bett legen, wenn er wieder richtig müde ist.

4.3.2. Alptraumprävention

Die wunderschönen Traumfänger aus Südamerika haben sich auch in Europa weit verbreitet. Das Wissen der Indianer scheint vielen zu helfen, auch wenn wissenschaftlich nicht genau erklärt werden kann, wieso das Ganze wirkt. Die Vorstellung, dass sich die „bösen Träume“ in den Netzen des Traumfängers verfangen und nur die guten durchgelassen werden scheint eine hilfreiche Imagination. Schenken Sie jemandem, der von Alpträumen berichtet so einen Traumfänger oder noch besser: stellen sie mit ihm gemeinsam einen eigenen her! Bastelanleitungen für Traumfänger finden sich im Internet oder bei Krüger (2015, S.104f).

Nicht nur für Kinder sind therapeutische Geschichten oder Märchen heilsam (vgl. Caby & Caby, 2009, S.104ff). Der Betroffene identifiziert sich mit der Hauptperson und erlebt, dass Lösungen möglich sind. Er fühlt sich darin bestärkt, eigene Fähigkeiten einzusetzen, um eine positive Wendung herbeizuführen. Es kann eine eigene Geschichte erfunden werden, in die Elemente eingebaut werden mit denen sich der Betroffene identifizieren kann. Dabei sollte unbedingt mit den Fähigkeiten des Betroffenen gearbeitet werden, so dass deutlich wird, wie er selbst zu einem positiven Ausgang beigetragen hat. Im Verlauf der Geschichte kann eine Lösung aufgezeigt werden, oder aber die Geschichte endet mit der Frage: Was denkst du, was jetzt helfen könnte?

Bei Alpträumen kann vor dem Schlafengehen gemeinsam die Geschichte vom Traumfresserchen gelesen werden, welches herbeigerufen werden kann, um die schlechten Träume zu vertilgen (Ende & Fuchshuber, 1978).

4.3.3. Alptraummodifikation

(vgl. Opel et al., 2015, S.50ff; Thünker & Pietrosky, 2010)

Wenn Sie Zeit für regelmäßige Gespräche und eine Verständigungsmöglichkeit (z.B. durch das Hinzuziehen von Dolmetschern) haben, können Sie mit dem Betroffenen auch intensiver an den Alpträumen arbeiten. Das ist allerdings weit überwiegend eine Aufgabe für eine geplante Psychotherapie mit ihrer klaren Rollenverteilung. Hierzu ist wichtig, zunächst genau zu explorieren wie oft in einer Woche jemand Alpträume hat und um welche Themen es dabei geht. Sind es immer wieder dieselben oder ähnliche Träume? Kehren die Themen wieder? Geht der Traum inhaltlich um real Erlebtes? Träumt der Betroffene immer wieder von real erlebten traumatischen Erfahrungen, handelt es sich um eine andere Form des Flashbacks. Die Bearbeitung solcher Träume beinhaltet dann eine Konfrontation mit dem Trauma und sollte in solchen Fällen nur von erfahrenen TherapeutInnen durchgeführt werden.

Knüpfen Gefühle und Themen im Alptraum nur an Erlebnisse an und kehren in ähnlichen Varianten immer wieder, können Sie mit dem Betroffenen eine Veränderung des Traumes erarbeiten. Sie können dem Betroffenen erklären, dass Alpträume Horrorfilmen ähneln und ihm vorschlagen Regisseur seines eigenen Films zu werden. Gemeinsam können Sie das Drehbuch umschreiben und ein Happy End des Traumes ermöglichen. Damit wird der Betroffene selbst zum aktiven Alptraum-Bezwinger, was ein Überwinden der passiven Ohnmachts- und Angstgefühle, die durch den Traum ausgelöst wurden, fördert.

Wenn der Betroffene ausprobieren möchte seinen Traum zu verändern, motivieren sie ihn zunächst eine Selbstbeobachtung zu seinen Alpträumen durchzuführen. Der Betroffene soll hierzu auf einem Block direkt nach dem Aufwachen notieren, was er geträumt hat. Seine Aufzeichnungen können Sie dann miteinander besprechen und gemeinsam wählen Sie einen Traum aus, der exemplarisch verändert werden soll.

Diesen Traum sehen Sie sich dann nach folgendem Schema genau an:

1. Welche Elemente sind bedrohlich und müssen raus aus dem Traum?
2. Welche Elemente müssen erhalten bleiben, damit es der gleiche Traum nur mit verändertem Ausgang bleibt?

Was könnten Alternativen zu den bedrohlichen Elementen sein? Was könnte stattdessen passieren? Schreiben sie alle Einfälle und Ideen auf. Malen sie sich die „Neufassung“ des Traumes genau aus: beziehen Sie dabei alle 5 Sinne ein. Evtl. zeichnen sie den neuen Traum oder drucken passende Bilder

aus dem Internet aus. Die Endversion wird dem Betroffenen dann noch einmal als Vorstellungübung vorgetragen. Motivieren Sie den Betroffenen jeden Abend vor dem Einschlafen an den modifizierten Traum zu denken. Erklären Sie, dass die Alpträume nicht schlagartig aufhören werden, aber die Häufigkeit der Alpträume sich verringern kann, wenn regelmäßig geübt wird sich den „neuen“ Traum vorzustellen.

4.4. Flashbacks, Intrusionen und Dissoziation

Die Situation beim Aufbrechen von Erinnerungen und im Flashback kann mit einer akuten Krisensituation verglichen werden. Der Betroffene weiß oft nicht, ob er die traumatische Situation jetzt in diesem Moment erlebt oder ob es sich um eine Erinnerung handelt. Deshalb sind sofortige Interventionen gefragt, wenn Sie feststellen, dass jemand gerade „wegdriftet“ oder „außer sich“ ist.

4.4.1. Erkennen von Flashbacks und Dissoziationen

Sie erkennen dissoziative Zustände und Flashbacks daran, dass die Aufmerksamkeit des Gegenübers plötzlich in eine andere Zeit oder einen anderen Gefühlszustand rutscht.

Flashback: Der Betroffene wird plötzlich von Wut, Angst oder Trauer überschwemmt. Das erhöhte Erregungsniveau macht sich körperlich bemerkbar. Manche brechen plötzlich in Tränen aus, andere sind auf einmal unruhig und nervös, können kaum noch still sitzen, stören andere oder können die innere Erregung nur abbauen, in dem sie gewalttätig werden gegen sich und andere.

Dissoziation: Jemand ist auf einmal ganz abwesend, der Blick wird unscharf und der Betroffene driftet weg. Möglicherweise fällt Ihnen auf, dass sich der Betroffene plötzlich kaum noch konzentrieren kann, von Ihnen Gesagtes nicht hört und nicht mehr auf Ansprache reagiert. Oder in die Leere starrt. Auch plötzlich auftretende Orientierungslosigkeit und nicht mehr im Kontakt sein, können Hinweise sein.

4.4.2. Re-orientierung von außen

Sowohl bei Dissoziation als auch bei Flashbacks ist eine möglichst schnelle Reorientierung ins Hier und Jetzt angezeigt. Reorientierende Maßnahmen stellen Dissoziationsstopps dar und Unterbrechen das Wiedererleben oder Wegdriften, in dem sie den Betroffenen in die Gegenwart zurückholen. Erreicht werden kann dies durch starke Reize, die klar und direktiv von außen, also von Ihnen, gesetzt werden und damit die Aufmerksamkeit des Betroffenen auf einen anderen Punkt lenken. Dies kann schon durch sehr einfache Interventionen geschehen:

- Ziehen Sie die Aufmerksamkeit durch akustische Reize auf sich! Lassen Sie z.B. Ihren Schlüssel fallen oder stellen Ihr Glas mit deutlich hörbarem Geräusch auf dem Tisch ab
- Bitten Sie den Betroffenen aufzustehen und gehen mit ihm zum Fenster. Lassen Sie ihn beispielsweise die vorbeifahrenden Autos zählen oder fragen Sie ihn, was er sieht.
- Unterbrechen Sie den gerade stattfindenden traumabedingten Ablauf durch Musterunterbrechungen: Bieten Sie ein Glas Wasser oder etwas zu essen an, öffnen Sie das Fenster oder animieren Sie zu einem Spaziergang, fragen Sie nach etwas Belanglosem (Wie spät ist es eigentlich?), machen Sie Musik an oder bieten Sie eine Zigarette an
- Fokussieren Sie die Aufmerksamkeit des Gegenübers auf die Gegenwart: Stellen Sie eine Rechenaufgabe oder ein Rätsel (=kognitive Reorientierung) oder drücken Sie ihm einen Igelball in die Hand und fragen wie es sich anfühlt, wenn man diesen fest drückt
- Atmen Sie selbst tief durch und fordern Sie den Betroffenen auf es Ihnen gleichzutun. Atmen Sie tief über die Nase ein und etwa doppelt so lang über den Mund aus. Kommentieren Sie

ihr Vorgehen. Achten Sie vor allem auf die Ausatmung und verstärken Sie diese durch lautes Ausatmen. Zur Verstärkung können Sie eine Hand auf die Brust und die andere auf den Bauch legen. Bewegen Sie Ihre Hände durch die Atmung.

Versuchen Sie dabei mit klarer, kräftiger Stimme und in einfachen Sätzen und Aufforderungen zu sprechen. Es geht nicht darum viel zu tun, sondern dafür zu sorgen, dass die Aufmerksamkeit wieder einen Anhaltspunkt im Hier und Jetzt findet! (vgl. Hantke & Görge, 2012, S.230).

Und haben Sie keine Angst, sie können nichts falsch machen! Der Betroffene kennt den Zustand, nur für Sie ist das Miterleben neu! Wenn Sie sich stark beunruhigen lassen, können Sie Ihrem Gegenüber wenig hilfreich sein. Probieren Sie ruhig und zuversichtlich Ihr Gegenüber wieder in die Gegenwart zu holen. Wenn es nicht auf Anhieb klappt, probieren Sie weiter! Übung macht den Meister! Das müssen die Betroffenen sich auch ständig anhören und geduldig bleiben.

Sie können auch zu folgender Übung anleiten:

5-4-3-2-1 Übung

(vgl. Opel et al. 2015, S.82, ursprünglich von Yvonne Dolan)

Diese einfache Übung kann einen Ausweg aus Gedankenkreisen, ein Zurückholen ins Hier und Jetzt und ein Lindern aufkommender Panik bewirken. Machen Sie die Übung vor und ermuntern Sie den Betroffenen zur Teilnahme:

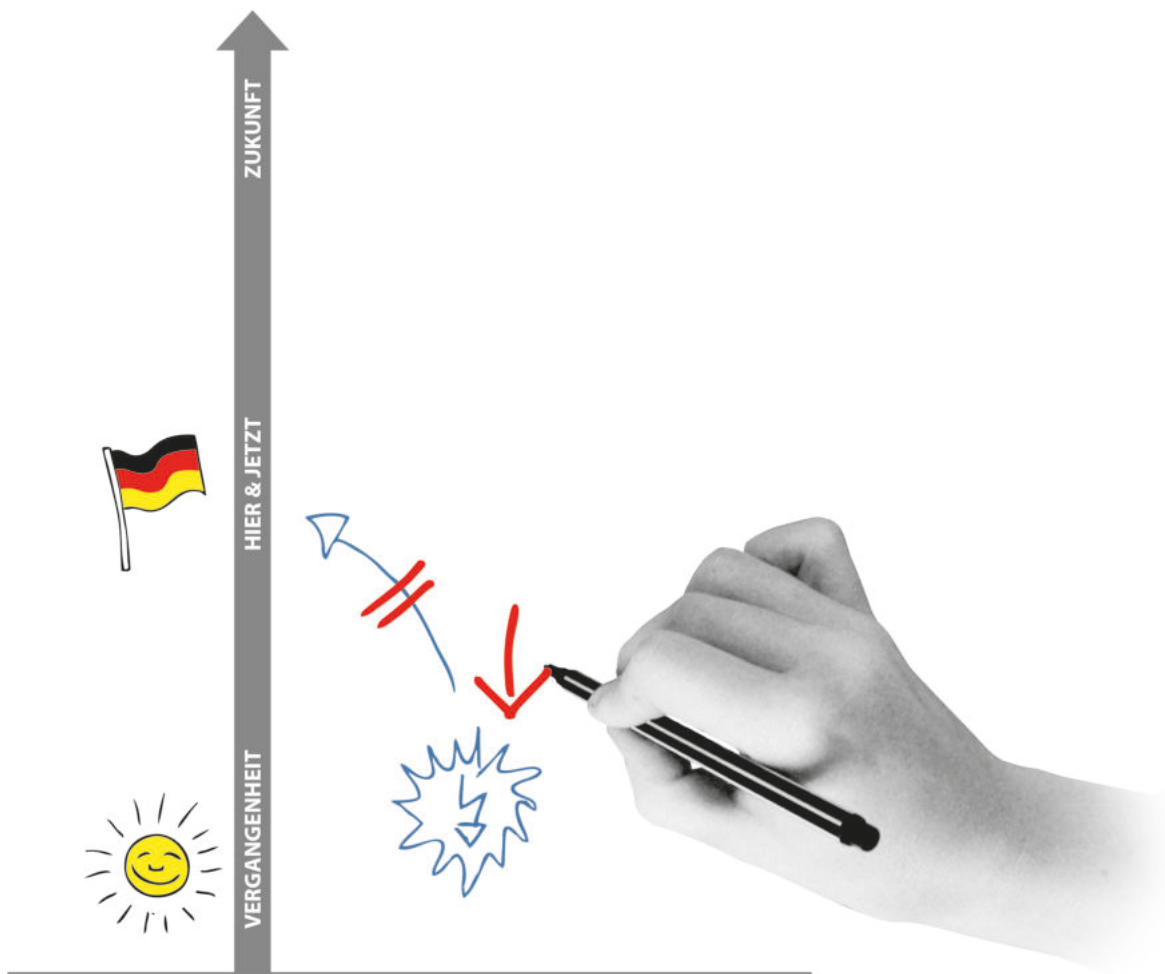
- Benennen Sie 5 Dinge, die Sie gerade sehen
- Benennen Sie 5 Geräusche, die sie gerade hören (z.B. Surren des Computers, Schritte im Gang, Autogeräusche von draußen, prasselnden Regen)
- Benennen Sie 5 Dinge, die sie gerade spüren (keine Gefühle, sondern Körperempfindungen!) z.B. Füße auf dem Boden, Rücken an der Lehne, Hände auf den Oberschenkeln...
- Nun machen Sie dasselbe 4 x
- Danach 3x
- Dann 2x
- Und schließlich 1x

Dabei dürfen sich die Nennungen auch wiederholen. Es kommt nicht darauf an möglichst viele verschiedene Dinge aufzuzählen, sondern bewusst das Hier und Jetzt wahrzunehmen.

4.4.3. Normalisieren und Unterstützen beim selbst Reorientieren

(vgl. Hantke & Görge, 2012, S.234ff)

Wenn Ihnen auffällt, dass der Betroffene oft mit seiner Aufmerksamkeit in andere Bereiche abrutscht, sprechen Sie diese Thematik an, ohne zu dramatisieren. Erklären Sie, dass so etwas **normal** ist nach traumatischen Erfahrungen. Zeichnen Sie z.B. eine Zeitlinie auf und zeigen dem Betroffenen auf dieser, was gerade passiert ist: Das Trauma aus der Vergangenheit kam ins Hier und Jetzt. Kennzeichnen Sie das durch einen Pfeil. Dann zeichnen Sie eine Unterbrechung in den Pfeil und malen einen Pfeil zurück in die Vergangenheit. Damit helfen Sie dem Betroffenen die traumatische Erfahrung in die Vergangenheit einzuordnen. Sprechen Sie dabei nicht über die Inhalte der traumatischen Erinnerung!



Fragen Sie nach, ob etwas das Sie gemacht haben (Dissoziationsstopps) hilfreich war und überlegen Sie gemeinsam, was beim nächsten Mal helfen würde. Bestärken Sie Selbstreorientierungsversuche und –ideen durch Lob und Anerkennung. Würdigen Sie ggf. vorhandene Strategien. Das stärkt die Selbstwirksamkeitserfahrung und damit das Sicherheitsempfinden des Betroffenen.

Erarbeiten Sie Dissoziationsstopps, die der Betroffene selbst anwenden kann: Erklären Sie, wie starke Sinnesreize dabei helfen in die Gegenwart zurück zu kommen (siehe Selbsthilfebuch Übung 20 und 21) und bieten Sie Hilfsmittel wie Igelbälle, Haushaltsgummibänder fürs Handgelenk , saure Bonbons (z.B. Center Shock oder Ahoi Brause) oder Duftöfläschchen zum Mitnehmen und selbst ausprobieren an. Sie können nachfragen, ob im Falle eines erneuten Flashbacks oder einer Dissoziation eine Berührung hilfreich sein könnte. Seien Sie vorsichtig mit Berührungen, wenn diese vorher nicht abgesprochen sind. Bei Betroffenen mit Gewalterfahrungen können diese noch weiter triggern und u.U. sogar aggressive (Abwehr-)Verhaltensweisen auslösen. Wenn Sie Berührungen abgesprochen haben, kündigen Sie diese vorher immer verbal an: „Ich nehme jetzt deine Hand.“

4.4.4. Distanzierung

Wenn der Betroffene mit seiner Aufmerksamkeit wieder im Hier und Jetzt angekommen ist, kann es sein, dass er durch die eben durchlebte Erinnerung noch sehr aufgewühlt ist. Es kann ihm helfen sich innerlich weiter von der Erfahrung zu distanzieren, dabei können folgende Distanzierungstechniken helfen:

- Aufschreiben oder Malen, was belastet und dann demonstrativ wegpacken oder weg werfen.
- Sich vorstellen die negativen Erinnerungen in einen Tresor oder anderen persönlichen Verwahrungsort zu packen. Erfragen Sie, ob der Betroffene einen solchen Ort kennt und wie dieser aussieht (siehe Selbsthilfebuch Übung1).

4.4.5. Selbstberuhigung

(vgl. Beckrath-Wilking et al., 2013, S.203)

Um wieder zur Ruhe zu kommen, können selbstberuhigende Übungen im Anschluss gut tun. Das können z.B. Achtsamkeitsübungen aller Art sein. Dazu gehört z.B.: sehr langsam gehen und die Fußsohlen beim Abrollen genau spüren, das Ausmalen von Mandalas oder anderen Ausmalbildern, Fehlersuchbilder, Rätsel oder Rechenaufgaben lösen. Auch eine Atemübung (siehe Selbsthilfebuch Übung 15) oder Progressive Muskelentspannung (siehe Selbsthilfebuch Übung 16) kann hilfreich sein. Sie können anbieten dies gemeinsam zu tun. Beachten Sie jedoch, dass viele das gemeinsame Durchführen von Entspannungsübungen unangenehm und wenig entspannend finden. Erinnern Sie ggf. nur an diese Option, die der Betroffene dann auch wenn er alleine und ungestört ist machen kann, falls er das möchte. Kleine Körperübungen können mit weniger Schamgefühl gemeinsam probiert werden: z.B. Spannung aufbauen und halten, in dem man die Unterarme übereinander und gegeneinander hält. Oder einen Antistressball fest zusammendrücken.

4.5. Selbstverletzendes Verhalten

(vgl. Beckrath-Wilking et al., 2013, S.210f; Hantke & Görges 2012, S.219 und S.239; Huber, 2013, S.326ff)

Selbstverletzende Verhaltensweisen wie sich-schneiden, Kopfanschlagen, mit der Faust gegen die Wand schlagen sind verursacht durch einen Anstieg der Anspannung in einen kaum auszuhaltenden Bereich. Wie in Kapitel 1 erläutert ist dies meist durch Intrusionen oder andere negative Gefühle, die mit Trauma-erinnerungen in Verbindung stehen verursacht.

Wichtig ist deshalb in der akuten Anspannungssituation eine Reorientierung ins Hier und Jetzt (vgl. Selbsthilfebuch Übung 20, 21). Meist werden Sie in diesen Momenten jedoch nicht dabei sein, um reorientierende Reize wie in Kapitel 4.4.2. erläutert von außen setzen zu können. Aber Sie können mit Betroffenen, von deren selbstverletzendem Verhalten sie wissen, besprechen, welche alternativen Sinnesreize diese selbst setzen können. Dazu ist wichtig, dass der Betroffene zunächst lernt sein Spannungsniveau zu beobachten und bei einem Anstieg rechtzeitig zu reagieren. Im Selbsthilfeteil wird mit der Übung 24 dazu angeleitet. Sie können den Betroffenen beim Erstellen einer „Notfallliste“ behilflich sein. Der Betroffene soll eigene Ideen über selbstberuhigend wirkende individuelle Strategien sammeln. Diese kann er dann bei Wahrnehmung eines Spannungsanstiegs anwenden. Haben Sie gemeinsam eine solche Liste erarbeitet, können Sie, wenn Sie einen Anstieg des Erregungsniveaus beim Betroffenen feststellen, an diese Liste erinnern und ggf. unterstützen die Strategien anzuwenden. Auf der Liste dürfen alle dem Betroffenen hilfreichen Ressourcen gesammelt werden. Ein Beispiel könnte so aussehen:

Meine Notfallliste

(vgl. Huber, 2013, S.30)

1. Joggen, Schwimmen, Fitnessstudio o.ä. körperliches Workout (das ermöglicht Endorphinausschüttung)
2. Meine Lieblingsserie anschauen (ebenfalls Endorphinausschüttung!)
3. Atem- oder andere Entspannungsübung (z.B. PMR) machen (15min)
4. Ruhige Musik hören, Tee trinken, Kuscheltier drücken...
5. In einem Tagebuch aufschreiben, was in mir vorgeht
6. Das Gefühl oder den Druck zeichnen/malen
7. Mit xy über meine Not/den Druck sprechen
8. xxx anrufen
9. Sinnesreiz setzen: z.B. Igelball drücken, Gummiband schnalzen usw.

Wenn jemand sich akut selbst verletzt hat, kümmern Sie sich zunächst um ggf. ärztliche Wundversorgung. Verurteilen Sie das selbstverletzende Verhalten nicht, die meisten Betroffenen schämen sich sowieso sehr über ihren Kontrollverlust. Verstehen Sie die Selbstverletzung als Bewältigungsversuch: der Betroffene hat versucht nicht aushaltbare negative Gefühle zu beenden. Überlegen Sie mit etwas Abstand zum akuten Geschehen gemeinsam Alternativen (siehe oben). Wenn Sie die Möglichkeit haben, besprechen Sie mit dem Betroffenen die Selbstverletzungssituation nach. Dabei können Sie sich an folgendem Schema orientieren:

Analyse der Selbstverletzungshandlung (nach Huber, 2013, S.331):

1. Auslöser:

Welches Erlebnis oder Ereignis löste das Gefühl aus, dich so schlecht zu fühlen, dass du dich selbst verletzen musstest?

2. Negative Emotionen:

Welche negativen Gefühle hattest du nach dem auslösenden Ereignis/Erlebnis?

3. Negative Gedanken:

Welche negativen Gedanken hattest du dann? Was hast du zu dir selbst gesagt?

4. Dissoziation:

Wie hast du dich innerlich von diesen negativen Gefühlen und Gedanken zurückgezogen? Hat sich dabei deine Wahrnehmung verändert?

5. Betäubender Effekt:

Wo in deinem Körper fühlte es sich taub oder gefühllos an?

6. Unmittelbare positive Auswirkungen:

Welche Entlastung oder Erleichterung ist nach dem Selbstverletzen eingetreten? Z.B. wieder Kontakt zur Umwelt haben, schlechte Gefühle gehen weg etc...

7. Negative Konsequenzen:

Welche negativen Folgen hat das selbstverletzende Verhalten (z.B. Scham, Schuldgefühle, Gefühl des Kontrollverlusts, ...)

Ansonsten ist es wichtig im Umgang mit sich selbstverletzenden Klienten folgende Dinge zu beachten:

- Schenken Sie dem Betroffenen keine Zuwendung infolge von Selbstverletzung. Dies würde das Verhalten belohnen und zusätzlich verstärken!
- Lassen Sie die Verantwortung für sein Verhalten beim Betroffenen: so können oberflächliche Wunden beispielsweise vom Betroffenen selbst versorgt werden. Stellen Sie lediglich das

Material zur Verfügung. Bei tiefen Schnittwunden, Brüchen o.ä. gilt es natürlich die ärztliche Versorgung zu arrangieren.

- Schließen Sie z.B. einen „Sicherheitsvertrag“ (vgl. Huber, 2013, S.329) mit dem sich der Klient verpflichtet bei dem verspürten Impuls sich zu verletzen zu versuchen sich selbst davor zu schützen. Nehmen Sie **kein** Versprechen ab, dass Selbstverletzung nicht mehr vorkommt! Das erhöht das Schamgefühl bei erneutem Kontrollverlust und **erhöht** dadurch die Anspannung und damit die Selbstverletzungsgefahr! Der Sicherheitsvertrag umfasst also nur das Versprechen beim Bemerkten des Impulses **zu versuchen** alternative Strategien anzuwenden.
- Sammeln Sie gemeinsam mögliche selbstberuhigende, emotionsregulierende Strategien auf einer Notfallliste, die Teil des „Sicherheitsvertrages“ wird. Erinnern Sie dabei auch an Dissoziationsstops durch das Setzen von Sinnesreizen (vgl. Selbsthilfebuch Übung 20).
- Bieten Sie dem Betroffenen immer wieder an, auch ohne Not immer zu Ihnen kommen zu können, um zu reden.
- Bemühen Sie sich um ein klares, Halt gebendes, pragmatisches und nicht dramatisierendes Vorgehen!

Wichtig zu wissen ist übrigens, dass selbstverletzendem Verhalten kein suizidaler Impuls zugrunde liegt. Ziel auch schwerster Selbstverletzungen ist der Spannungsabbau und nicht die Selbsttötung. Natürlich kann das unkontrollierte Selbstverletzen im schlimmsten Fall tödliche Folgen haben. Dies ist vom Ausführenden aber meist nicht intendiert. Oft ist das Gegenteil der Fall: durch den Spannungs- und Druckabbau sollen suizidale Gedanken beendet werden.

4.6. Aggressives Verhalten

(vgl. Beckrath-Wilking et al., 2013, S.305; Dudenko, 2015; Hantke & Görge, 2012, S.211 und S.217; Weiß, 2009, S.177)

Aggressives Verhalten stellt auch für die engagiertesten HelferInnen eine enorme Belastung dar. Es fällt besonders schwer aggressive Verhaltensweisen nicht persönlich zu nehmen und nicht mit Abneigung und extremen Gegenübertragungsgefühlen zu reagieren. Gegenübertragungsgefühle sind Reaktionen auf die traumatische Übertragung destruktiver Erfahrungen der Betroffenen auf das Gegenüber. Das heißt die Betroffenen verhalten sich Ihnen gegenüber teilweise so, wie sie sich dem eigentlichen Täter oder Urheber der traumatischen Situation gegenüber verhalten haben oder wollten. Und darauf reagieren Sie mit ähnlichen Gefühlen wie der Betroffene sie als Opfer eigentlich selbst hatte.

Aggressives Verhalten konfrontiert mit der eigenen Hilflosigkeit. Es fällt schwer, aggressive Verhaltensweisen als „normale“ Reaktion auf unnormale Ereignisse zu sehen und so werden diese oft als Angriff auf die eigene pädagogische Integrität und persönliche Wertvorstellungen gewertet.

Oft wird hauptsächlich versucht die Aggression zu begrenzen: Vom Betroffenen wird verlangt, dass er seine Gefühle kontrollieren muss. Konsequenzen werden angedroht. Die hinter der Aggression stehenden unverarbeiteten Gefühle und Stressreaktionen finden keine Beachtung und führen dann dazu, dass die Betroffenen sich nicht verstanden fühlen, was eine Zunahme des Problemverhaltens bewirken kann. Aggression und Gewalt traumatisierter Menschen erzeugen oft auch aggressive Impulse bei PädagogInnen und anderen Menschen, die mit ihnen zu tun haben. Wenn diese dann tabuisiert und unterdrückt werden, kann Frust, Enttäuschung und Erschöpfung die Arbeitsfähigkeit in diesem Bereich einschränken oder sogar zu Krankheit und Arbeitsunfähigkeit führen. Wenn

Jugendliche aus der Gegenaggression und eigenen Hilflosigkeit heraus als untragbar, unbeschulbar usw. abgelehnt werden, kann keine Pädagogik des „Sicheren Ortes“ entstehen (vgl. Beckrath-Wilking et al., 2013, S.306).

Besonders wichtig im Umgang mit diesem Traumasymptom ist deshalb ein fundiertes Hintergrundwissen über die Ursachen der Aggression bei traumatisierten Menschen und eine ständige Reflexion der eigenen Reaktionen auf aggressive Verhaltensweisen sowie der Versuch die biografischen Erfahrungen der Betroffenen zu verstehen. Im Kapitel 1 wurden die Zusammenhänge zwischen Trauma und Aggression bereits erläutert. Im Folgenden geht es zusätzlich um konkrete Handlungsstrategien im Umgang mit traumabedingter Aggression.

Eine dissoziativ bedingte Aggression beim Betroffenen zu bremsen, in dem man z.B. Dissoziationsstops und damit reorientierende Maßnahmen anwendet, ist nicht einfach. Einem vor Zorn bebenden Jugendlichen, der vor Wut rot sieht und u.U. gewaltbereit ist, gegenüber zu stehen und dabei ruhig und gelassen die eigenen Reaktionsmöglichkeiten abzuwägen ist eine Riesenherausforderung! Da ist es zunächst einmal nötig, selbst sicher im Hier und Jetzt verankert zu sein! Bevor ich den Betroffenen reorientieren kann, reorientiere ich mich deshalb zu allererst selbst.

Machen Sie sich zunächst klar:

„Es handelt sich um ein Geschehen, das mit der unverarbeiteten Situation der Klientin zu tun hat und nicht primär mit uns selbst als Gegenüber. Hier geht es also um ein klares Wissen um die Entstehung solcher Symptome und natürlich um Selbstfürsorge: gut verankert zu bleiben und darauf zu achten, dass eine akute Gefährdung ausgeschlossen wird“ (Hantke & Görge, 2012, S.215).

1. Ergreifen Sie Schutzmaßnahmen!

(vgl. Hantke & Görge, 2012, S.217)

Menschen unter Hochspannung können gefährlich werden, weil in dem Moment ihre Selbstkontrolle versagt. Eigensicherung und die der Mitbewohner oder anderen anwesenden Menschen ist deshalb immer der erste Schritt.

- Wenn möglich, **holen Sie Hilfe!**- die Anwesenheit einer zweiten Person beruhigt auch Sie. Im Bedarfsfall ziehen Sie auch die Polizei hinzu!
- **Halten Sie Abstand!** – Nähe oder eine Bewegung auf den angespannten Menschen zu überschreitet womöglich dessen Sicherheitsraum und wird als Angriff interpretiert
- **Keine Zuschauer!** – Versuchen Sie entweder mit dem Betroffenen an einen ruhigeren Ort zu gehen oder falls das nicht möglich ist oder der Betroffene sich weigert, bringen Sie Zuschauer außer Sicht- und Hörweite. Wenn eine zweite Person anwesend ist, kann diese das übernehmen.

2. Handeln sie deeskalierend!

Versuchen Sie nicht zu diskutieren. Für logische Argumente ist der Betroffene gerade nicht empfänglich. Sein Großhirn hat abgeschaltet.

- **Setzen Sie klare Stop-Signale!** Ein klares „Stop“ darf direktiv ausgesprochen werden und muss in einer solchen Situation nicht weich und einladend klingen. Eine Aufforderung muss als klarer, starker Reiz gesetzt werden, ohne „Bitten“ soll der Betroffene seine Aufmerksamkeit auf Sie und damit auf das Hier und Jetzt richten. Sprechen Sie deshalb mit

kräftiger Stimme, in einfachen Sätzen und eindeutigen Aufforderungen, ohne jedoch konfrontativ zu werden.

- **Halten Sie den Fluchtraum offen!** Stellen Sie sich möglichst nie zwischen einen wütenden Menschen und die Tür. Lassen Sie den Wütenden gehen, wenn er gehen möchte. Das ermöglicht ihm sich zu beruhigen und die Selbstkontrolle wieder zu erlangen. Sieht er keine Fluchtmöglichkeit fühlt er sich zum Kampf gezwungen. Vergessen Sie nicht, dass er gerade ähnliches wie in der eigentlichen Traumasituation durchlebt und deshalb zu allem bereit sein kann.
- **Beenden Sie die Situation durch eine Auszeit!**- Nach Möglichkeit können Sie mit dem Betroffenen, der häufiger aggressiv reagiert, vereinbaren, dass Sie ihm in Situationen, in denen er aggressiv wird, ein Signal geben, das ihn daran erinnert die Situation zu verlassen. Setzen Sie das vereinbarte Signal oder schlagen Sie dem Betroffenen vor z.B. in sein Zimmer oder zu einem Spaziergang in den Park zu gehen, um sich zu beruhigen. Unbedingt sollte mit diesem Vorschlag das Angebot verbunden sein später in Ruhe über sein Bedürfnis, das hinter der Aggression steckt, zu sprechen! Wenn der Betroffene sich weigert oder Sie sich beispielsweise in seinem Zimmer befinden, verlassen Sie selbst die Situation mit der Ankündigung in z.B. einer halben Stunde wieder zu kommen, um dann in Ruhe miteinander zu sprechen.

Handelt es sich noch nicht um eine hochaggressive Situation, sondern z.B. um eine hitzige Diskussion, in der der Betroffene Sie beleidigt und/oder anschnauzt, merken Sie wahrscheinlich, dass es Ihnen schwer fällt ruhig zu bleiben, Auch wollen Sie sich so ein Verhalten nicht gefallen lassen. Was tun? (vgl. Hantke & Görge, 2012, S.236f).

- **Eigene Reorientierung:** Versuchen Sie zunächst Ihren eigenen Zustand zu beeinflussen, in dem Sie z.B. Ausatmen oder eine Position einnehmen, in der Sie sich wohl fühlen. Sie können Kontakt zu Ihren Füßen aufnehmen und den Kontakt zum Boden als Anker im Hier und Jetzt wahrnehmen.
- **Erst denken, dann handeln:** Versuchen Sie sich anschließend zu verdeutlichen, wo Ihr Gegenüber sich gerade auf der Erregungskurve befindet. Und sich bewusst zu machen, weshalb es ihm so schwer fällt sich in Situationen wie diesen zu kontrollieren.
- **Reorientierung:** Was könnte Ihr Gegenüber jetzt „aus seinem Film“ holen? Rausgehen, ihm den Vorschlag machen etwas ganz anderes zu machen oder ihn nach dem Fußballtraining am Vortag fragen? Vielleicht auch seinen Zustand ruhig anzusprechen und ein vorab vereinbartes Stichwort nennen oder Signal setzen?
- **Wut externalisieren:** Sie können ihm auch anbieten, seine Wut auf anderem Wege auszudrücken, indem er sie z.B. auf ein Papier kritzelt, Knetmasse knetet oder ein Stück Papier zerreißt. Auch einen Antistressball zum festen Zusammenpressen können Sie ihm reichen. Ein Wutkritzelbuch (vgl. Dudenko 2015), ein Stück Knete und einen Antistressball parat haben, lohnt sich immer. So kann die Wut externalisiert werden, was reorientierende Wirkung hat (vgl. Hantke & Görge, 2012, S.231).
- **Keine Diskussion:** Machen Sie sich in jedem Fall klar, dass Diskutieren oder Erklären in dem jetzigen erregten Zustand nichts bringt. Verschieben Sie das auf einen späteren Zeitpunkt!
- **Selbstberuhigung:** Ermöglichen Sie dem Betroffenen Selbstberuhigung. Z.B. durch das Eröffnen der Möglichkeit sich zu bewegen, zu duschen, sich in einen gemütlichen Raum zum Musik hören zurückzuziehen usw.

- **Reflexion:** Gehen Sie dann zum vereinbarten Zeitpunkt (z.B. eine Stunde später) auf den Betroffenen zu und bieten ihm ein Gespräch an. Reflektieren Sie gemeinsam was vorgefallen ist: was war los? Was hat dich so wütend gemacht? Welche Wünsche und Bedürfnisse wolltest du mit deiner Wut ausdrücken? Welche Lösungen lassen sich dafür finden? Was hat dir geholfen dich zu beruhigen? Wie hat sich die Situation für mich angefühlt? Sie dürfen Grenzüberschreitungen klar benennen und verdeutlichen, dass sie nicht akzeptiert werden. Ggf. können jetzt auch Sanktionen für das grenzüberschreitende Verhalten besprochen werden. Hierbei sollte der Betroffene möglichst selbst Vorschläge der Wiedergutmachung machen dürfen.

Wenn der Betroffene nicht zum ersten Mal die Kontrolle verloren hat:

Besprechen Sie mit dem Betroffenen woher seine Verhaltensweisen kommen und erklären Sie ihm seine Aggression als Traumasymptom. Hierzu können Sie den psychoedukativen Teil des Selbsthilfebuches (Kapitel 1) einsetzen. Auch wenn Sie diesen Teil bereits in anderem Zusammenhang mit dem Betroffenen schon besprochen haben sollten, das gezielte Wiederholen kann den Betroffenen stark entlasten. Dies trägt wiederum zu Entspannung bei und wirkt damit präventiv neuen Aggressionen entgegen. Erarbeiten Sie mit dem Betroffenen zeitnah Selbstbeobachtungs- und Selbstberuhigungsstrategien und vereinbaren Sie Signale, wann diese anzuwenden sind. Sie können dazu die Übung 25 aus dem Selbsthilfebuch verwenden.

Selbstreflexion und Selbstfürsorge: Gestehen Sie sich zu, dass das Verhalten des Betroffenen bei Ihnen ebenfalls extreme Gefühlsregungen auslösen kann. Sprechen Sie darüber ohne sich zu schämen. Suchen Sie Austausch und Rückhalt im Team und in der Supervision. Enttabuisieren Sie das Thema Gewalt und sprechen Sie darüber als Traumafolgestörung. Sprechen Sie eigene aggressive Impulse im sicheren Rahmen Ihres Teams aus und suchen gemeinsam reflektierend nach Lösungen anstatt aus der eigenen Betroffenheit und Gegenaggression heraus vorschnell allein Entscheidungen zu treffen oder drakonische Sanktionen zu verhängen.

4.7. Depression

Wie in Kapitel 1 beschrieben führen traumatische Erlebnisse zu Vermeidungsverhalten. Das kann auch das Vermeiden von Gefühlen generell und von zwischenmenschlichen Beziehungen beinhalten. Vor allem von Menschen verursachte Traumaerlebnisse führen oft zu einem generellen Vertrauensverlust und einer grundlegend misstrauischen Haltung.

Depressive Stimmung, Gefühlsarmut und Gleichgültigkeit können die Folgen sein. Wichtig ist dies als Vermeidungsstrategie und damit als Traumasymptom sehen zu können. Und nicht als persönlich gemeinte Haltung. Es handelt sich um Schutzmechanismen und Bewältigungsversuche.

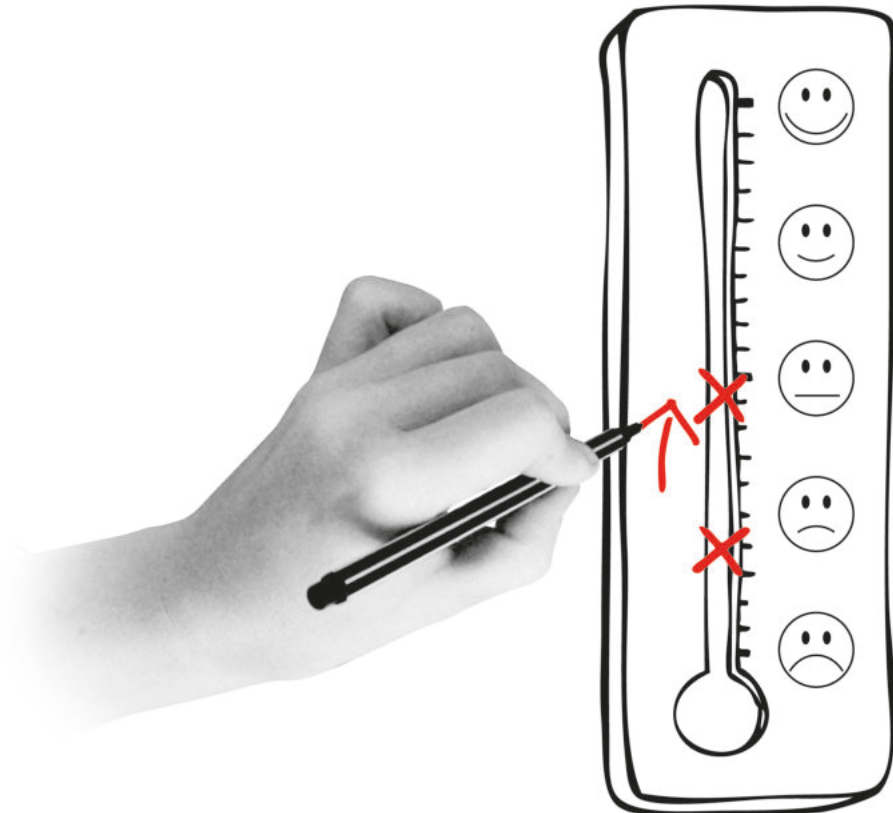
Wir können die Betroffenen aber dabei unterstützen langfristig wieder Vertrauen aufzubauen, die Stimmungslage zu verbessern und wieder schwingungsfähiger zu werden.

4.7.1. Stimmung skalieren

(vgl. Caby & Caby, 2009, S.133)

Sie können mithilfe eines Stimmungsbarometers (z.B. aus Holz, erhältlich bei www.kikt-thema.de) die aktuelle Befindlichkeit des Betroffenen erfragen. Vorab ist immer gut zu erklären, welche Smileys welche Stimmungslage symbolisieren und an welchem Ende „Es geht mir sehr schlecht“ und „Es geht mir sehr gut“ liegt. Natürlich können auch andere Skalen verwendet werden. Solange der Betroffene dann seine Stimmungslage nicht als ganz positiv einordnet, kann gefragt werden: „Wie könntest du

ein kleines Stück nach oben kommen? Was könntest du tun? Was müsste eintreten?“ Symbolisch den Regler dann schon mal ein kleines Stück nach oben zu schieben signalisiert: „Es ist machbar!“ Regelmäßig angewendet, kann es zu Eigeninitiative motivieren.



4.7.2. Rituale und Symbole der Hoffnung

(vgl. Geschwend, 2006, S.70f)

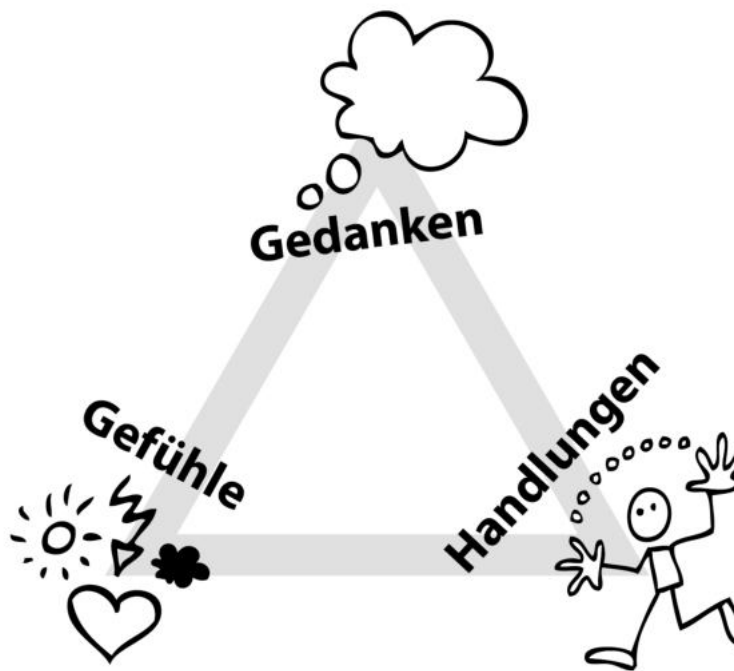
Bei akut gedrückter Stimmungslage kann es hilfreich sein gemeinsam nach Symbolen der Hoffnung zu suchen. Gibt es in der Kultur des Betroffenen solche Symbole? Welche sind das? Können sie besorgt oder gemalt werden? Es kann auch gemeinsam etwas gesät oder gepflanzt werden, was dann Pflege erfordert und Gespräche über das Wachstum eröffnen kann. Die Beobachtung und bewusste Betrachtung einer aufblühenden Blume kann den Betroffenen neue Kraft tanken lassen. Man kann auch besprechen, dass man sich im Winter meist nicht vorstellen kann, dass es auch wieder Sommer wird und es warm sein wird usw. Und obwohl im Winter die Vorstellung vom Sommer schwer fällt, kommt der Sommer dann doch! Sie können dazu beispielsweise auch gemeinsam ein Bild malen.

Sehen Sie sich als Schatzsucher und graben Sie aktiv nach positiven Erinnerungen mit dem Betroffenen. Dabei können Fragen helfen, aber auch der Rückgriff auf bereits gemeinsam erlebte schöne Tage. Vielleicht haben Sie ein Foto von einem gemeinsamen Ausflug zur Hand oder wissen noch wie begeistert der Betroffene vom Achterbahnfahren auf dem Volksfest war o.ä. Nutzen Sie dieses Wissen und erinnern Sie gezielt daran. Sie können den Betroffenen auch motivieren solche positiven Erlebnisse aufzuschreiben (siehe Selbsthilfebuch Übung 12) oder ein Fotoalbum anlegen.

4.7.3. Veränderung von Denkmustern

(vgl. Beckrath-Wilking et al., 2013, S.193; Liedl et al., 2013, S.96 ff)

Bei Depression gilt die kognitive Verhaltenstherapie als eine sehr effektive Therapiemethode. Die Grundlage des sogenannten kognitiven Umstrukturierens (also einer Veränderung des Denkens) ist nicht schwer zu verstehen und kann auch von Ihnen psychoedukativ (erklärend) genutzt werden. Dabei geht es darum, dem Betroffenen zunächst zu verdeutlichen, dass sich unsere Gedanken, Gefühle und unser Verhalten gegenseitig beeinflussen.



Für diese Erklärung können Sie die Übung 26 und die Erklärungen aus dem Selbsthilfebuch (Kapitel 3.5.) nutzen.

Helfen Sie dem Betroffenen dabei irrationale Gedanken aufzuspüren und stellen Sie diese in Frage. Ein irrationaler Gedanke kann z.B. sein: „Keiner mag mich“. In diesem Fall eine unangemessene Verallgemeinerung. Sagen Sie nicht einfach: „So ein Quatsch, das stimmt doch gar nicht.“, sondern fragen Sie geschickt nach: „Woran machst du fest, dass keiner dich mag?“, „Was ist mit xy, der besucht dich fast jeden Tag. Obwohl er dich nicht mag?“...

Sammeln Sie also mit dem Betroffenen Negativannahmen und suchen dann mithilfe von Fragen nach Gegenbeispielen, Gegenerfahrungen und Denkfehlern. Hilfreiche Fragen können nach Beckrath-Wilking et al.(2013, S.196) z.B. sein:

- „Wie kommst du darauf?“

- „Wie wahrscheinlich ist es, dass...?“
- „Muss das so kommen, oder was könnte noch geschehen?“
- „Möchtest du das weiterhin glauben?“
- „Was sind die Folgen dieser Einstellung?“

So decken Sie Widersprüche zwischen dem Denken des Betroffenen und der Realität auf bzw. helfen ihm diese selber zu erkennen! Sie erarbeiten gemeinsam eine neue Sichtweise. Diese „korrigierten“ Gedanken wirken sich dann auf Gefühle und Stimmung positiv aus!

Zusätzlich können Sie durch eine eigene bewusst aufrechte Körperhaltung auch dazu beitragen die des Betroffenen zu verändern. Man nimmt nämlich häufig unbewusst die Körperhaltung des Gegenübers an. Wenn der Betroffene Ihnen also mit hängenden Schultern und Blick zum Boden gegenüber sitzt, lassen Sie sich nicht „anstecken“, sondern achten Sie darauf selbst aufrecht und mit zielgerichtetem Blick sitzen zu bleiben. Das kann ihr Gegenüber zu einer Veränderung der eigenen Haltung anregen, was sich wiederum positiv auf die Stimmung auswirkt.

4.7.4. Selbstwert und Selbstwirksamkeitserwartung stärken

Stärken Sie zusätzlich Selbstwert und positives Denken, in dem Sie jemandem immer wieder mitteilen, was Sie an ihm schätzen. Sie können auch gemeinsam positive Eigenschaften und/oder Erfolge des Betroffenen auf Kärtchen schreiben und ihm zum Anschauen in schwierigen Situationen mitgeben. Melden Sie jemandem immer wieder rück, was er alles schon geschafft hat! Und lassen Sie nicht gelten, wenn Aussagen kommen wie „Ich hatte halt Glück.“ Zeigen Sie auf, weshalb es nicht Glück war, sondern die eigene Kraft des Betroffenen, die ihn z.B. bis nach Deutschland gebracht hat.

4.7.5. Aktivierung durch Bewegung und Sport

Bewegung und Sport setzen nachweislich Endorphine frei. Botenstoffe, die für Glücksgefühle verantwortlich sind! Von denen haben depressive Menschen leider zu wenig. Motivieren Sie deshalb den Betroffenen zu jeder Art von Bewegung. Die Depression macht es dem Betroffenen schwer sich aufzuraffen. Es kann motivierend sein, wenn Sie anbieten z.B. gemeinsam joggen oder spazieren zu gehen. Lassen Sie nicht so schnell locker. Erklären Sie, dass Bewegung gut tut! Unterstützen Sie jede Form der sportlichen Aktivität des Betroffenen, in dem Sie z.B. dabei helfen einen Fußballverein, ein Tanztraining o.ä. zu finden, wo der Betroffene ohne große Kosten teilnehmen kann.

4.7.6. Grübeln

(vgl. Caby & Caby, 2009, S.112)

Wenn Sie merken, dass jemand oft in seinen Sorgen gefangen ist und ständig über seine Situation oder die Zukunft nachgrübelt, können Sie den Betroffenen zu Übung 27 aus dem Selbsthilfebuch motivieren. Und Sie können z.B. in einem Weltladen Sorgenpüppchen besorgen. Dieser aus Südamerika kommende Brauch kann dabei helfen Sorgen und Grübeleien zu externalisieren und dadurch zu mindern. Man erzählt den Minipüppchen z.B. vor dem Schlafen gehen seine Sorgen und Probleme und legt sie dann unter das Kopfkissen. Der Legende nach kümmern sich dann des Nachts die Püppchen um die ihnen berichteten Sorgen, so dass sie am Morgen weg sind. Trauen Sie sich ruhig auch Jugendlichen und Erwachsenen diese Püppchen anzubieten. In anderen Kulturen sind derartige Bräuche und Rituale oft viel selbstverständlicher als bei uns.

4.7.7. Schuldgefühle

(vgl. Beckrath-Wilking et al., 2013, S.180; Boon et al., 2013, S.273-284)

Viele traumatisierte Menschen leiden unter starken Schuldgefühlen, die häufig nicht ausgesprochen werden und trotzdem eine verheerende Wirkung haben.

Bei Flüchtlingen handelt es sich in den meisten Fällen, um eine sogenannte „Überlebensschuld“, d.h. sie fühlen sich schuldig, weil sie überlebt haben und andere nicht. Ihrer Ansicht nach haben sie das nicht verdient. Sie fühlen sich wertlos. Das kann auch dazu führen, dass sie versuchen diese Gefühle abzuwehren und deshalb andere angreifen. Die Schuld wird auf andere projiziert um sie von sich selbst abzuwehren. Dies geschieht natürlich unbewusst und stellt einen typischen psychischen Abwehrmechanismus dar, welcher der Entlastung der eigenen Psyche dient.

Bei der Bearbeitung von Schuldgefühlen ist wichtig zwischen **angemessenen und unangemessenen** Schuldgefühlen zu unterscheiden. Meist wird es sich im Fall der Flüchtlinge um **unangemessene** Schuldgefühle handeln, da in traumatischen Situationen keine bewusste Handlungssteuerung möglich war. Schuldgefühlen liegt die Überzeugung zugrunde, dass man sich bewusst für das Verhalten entschieden hat. Dies steht im Widerspruch zu dem neurophysiologischen Wissen, dass während einer Traumerfahrung gar keine Möglichkeit für bewusste Entscheidungen gegeben ist, da das Großhirn in solchen Situationen nicht einbezogen wird. Erklären Sie dies dem Betroffenen immer wieder, um ihn zu entlasten. Auch Fragen wie: „Wenn das was dir passiert ist, deinem Sohn passiert wäre, würdest du sagen, dass er daran Schuld ist?“ können dazu beitragen, dass die Botschaft nicht nur im Kopf, sondern auch im Bauch ankommt.

Sie können auch mithilfe des Buches „Busfahrt ins Ungewisse“ von Chalabari & Chosrawani (2012), das zweisprachig in Deutsch und Persisch erschienen ist, über das Thema Schuld und Schuldgefühle ins Gespräch kommen. In der Geschichte wird sehr schön verdeutlicht, dass keiner Schuld war, an dem wofür er sich für schuldig hielt und der Bus alle Insassen ins Paradies und nicht in die Hölle bringt.

Im Falle **angemessener** Schuldgefühle ist es wichtig dem Betroffenen den Umgang mit seiner Schuld zu erleichtern, indem man ihn motiviert seine Schuld anzuerkennen und dafür Verantwortung zu übernehmen, was ihm ermöglicht in Zukunft anders zu handeln. Entlasten kann man durch die Betonung der Aussage, dass niemand perfekt ist und jeder Mensch Fehler macht. Kindern oder Jugendlichen, denen Erwachsene z.B. Waffen überlassen haben oder sie sogar instruiert haben diese einzusetzen, ist natürlich jede Verantwortung abzunehmen. Die Verantwortung für die Folgen haben die Erwachsenen, die das ermöglicht bzw. dazu animiert haben! Kinder trifft in solchen Fällen keine Schuld! Die Schuldgefühle gehören **nicht** zu den angemessenen. Sie haben ein Recht auf den Schutz durch Erwachsene. Man kann in solchen Fällen auch entlasten, in dem man erklärt, dass man in Deutschland unter 18 z.B. nur sehr eingeschränkt strafrechtlich belangt werden kann, was auf eine verminderte **Schuldfähigkeit** im Kindes- und Jugendalter zurückzuführen ist.

4.8. Trauerfälle

(vgl. Beckrath-Wilking et al., 2013, S.245; Caby u. Caby, 2009, S.156f; Gschwend, 2006, S.30f; Liedl et al., 2013, S. 147; Weinberger & Papastefanou, 2008, S.226-238; Worden, 2011)

Trauer ist eine natürliche und gesunde Reaktion auf Verlusterlebnisse. Dabei wird der Verlust eines nahestehenden Menschen durch Tod aufgrund der Endgültigkeit als am größten erlebt. Die Konfrontation mit dem Tod erhöht das bei Traumatisierung sowieso schon erhöhte Gefühl von Kontrollverlust und Hilflosigkeit.

Flüchtlinge müssen meist mit vielen Verlusten zeitgleich oder aneinandergereiht zurechtkommen. Sie verlieren ihr soziales Netzwerk, ihre Arbeit und ihre Heimat. Wenn dann vor oder auf der Flucht noch der Tod eines nahestehenden Menschen dazu kommt oder einen in Deutschland die Todesnachricht aus der Heimat erreicht, kommt es zu einer Zusammenballung von Verlusterlebnissen, die einen normalen Trauerprozess schwer und „kompliziert“ macht.

4.8.1. Komplizierte Trauer

Man spricht mittlerweile von „komplizierten“ und nicht mehr von „pathologischen“ Trauerprozessen, da die Reaktion auf solche aneinandergereihten Belastungen eher als normal und nicht als pathologisch zu betrachten ist. Auch bei plötzlichem unerwarteten oder gewaltsamen Tod, dem Tod eines Kindes, Mangel an sozialer Unterstützung und unzureichender Bearbeitungsmöglichkeit können Trauerprozesse erschwert, also verkompliziert, auftreten.

Äußern kann sich dies in fehlender, chronischer, verzögerter oder somatisierter, also sich körperlich zeigender, Trauerreaktion. Es können Symptome einer anhaltenden Depression auftreten.

4.8.2. Normale Trauerreaktionen

Schon die „normalen“ Trauerreaktionen werden oft als solche nicht erkannt, deshalb an dieser Stelle eine Auflistung an Anzeichen für **typische** Trauerreaktionen.

Trauer drückt sich **emotional, körperlich** sowie im **Denken und Verhalten** aus:

- Es werden häufig nicht nur **Gefühle** von Traurigkeit, sondern auch Wut, Schuld, Angst, Einsamkeit, Erschöpfung, Hilflosigkeit, Sehnsucht, Befreiung, Erleichterung oder emotionale Taubheit durchlebt.
- **Körperliche Reaktionen** können sein: Beklemmungsgefühle auf der Brust, „Stein im Magen“, zugeschnürte Kehle, Überempfindlichkeit gegen Lärm, das Gefühl neben sich zu stehen (Depersonalisation), Atemlosigkeit, Muskelschwäche und Energielosigkeit. Auch Appetitlosigkeit und Schlafstörungen treten häufig auf.
- Das **Denken und Verhalten** kann geprägt sein durch: die Leugnung des Todes oder dessen Bedeutung, Verwirrung, ständige gedankliche Beschäftigung mit der verstorbenen Person, gefühlte Präsenz der verstorbenen Person, Konzentrationsstörungen, Geistesabwesenheit, sozialen Rückzug, Vermeidung von Erinnerung, Rastlosigkeit und Hyperaktivität, das Beisichtragen von Gegenständen, die an die verstorbene Person erinnern, Weinen, die Idealisierung der verstorbenen Person, Halluzinationen oder Träumen von der verstorbenen Person.

Bei Jugendlichen können Trauerprozesse auch anders aussehen. Die Trauer verläuft sprunghafter, ambivalenter und in anderem Rhythmus als bei Erwachsenen. Es ist beispielsweise auch „lautes“ Trauern möglich, das sich durch lautes Aufdrehen der Musik, Türen knallen, Ausgehen, sich betrinken und Risikoverhalten äußert. Oft wird solches Verhalten nicht als Trauerreaktion erkannt, was es schwer macht dem Wunsch der meisten Jugendlichen „normal“ behandelt zu werden nachzukommen. Viele Jugendliche wollen kein Mitleid und reden lieber mit Gleichaltrigen über ihren Verlust als mit Erwachsenen.

Eine normale Trauerreaktion hält wohl mindestens ein Jahr an. Der Trauerprozess ist abgeschlossen, wenn der Schmerz eine neue Qualität gewonnen hat und erträglich geworden ist.

4.8.3. Traueraufgaben

Unabhängig davon, ob eine „normale“ oder eine „komplizierte“ Trauerreaktion vorliegt, gilt es für den Trauernden bestimmte Traueraufgaben zu bewältigen. Die Aufgaben sind nicht unbedingt in einer Reihenfolge zu sehen und der Umgang damit ist stets individuell und in ganz eigenem Tempo zu leisten. Worden (2011), der diese Aufgaben formuliert hat, betont die Einzigartigkeit jeder Trauererfahrung und jedes Trauerprozesses. Dies sollten auch wir HelferInnen uns immer wieder bewusst machen, wenn wir Trauernde begleiten.

1. Den Verlust als Realität akzeptieren:

Selbst wenn man mit dem Tod eines nahestehenden Menschen rechnet, weil er beispielsweise schwer krank ist, tritt mit dem Tod zunächst ein Schockgefühl ein. Fassungslos und wie benommen steht man dem eingetretenen Tod gegenüber. Dem „Nicht-wahrhaben-Wollen“ steht die Aufgabe gegenüber den Tod als Realität zu begreifen.

2. Den Schmerz verarbeiten:

Der tiefe Schmerz, der körperliche, emotionale und verhaltensspezifische Komponenten hat, muss zugelassen und durchgearbeitet werden. Trauer muss erfahren und durchlebt werden, ansonsten verlängert sich der Trauervorgang und kann in Empfindungslosigkeit (bedingt durch das Unterdrücken der Gefühle und das Leugnen des Schmerzes) und Depression münden.

Das Aushalten und Zulassen des Schmerzes wird oft von der Umwelt erschwert, da viele Menschen selbst nicht wissen wie sie mit dem Trauernden und dessen Trauer umgehen sollen. Wohlgemeinte Ablenkungsversuche und Tröstungen wie z.B. „das Leben geht weiter“, „er/sie würde nicht wollen, dass du dich so hängen lässt“ usw. erschweren das Sich-Einlassen auf die Trauer und damit die erfolgreiche Trauerarbeit.

3. Sich an eine Welt ohne die verstorbene Person anpassen:

Die Suche nach Sinn ist für Trauernde ein wichtiger Prozess. Lebenseinstellungen werden durch Tod erschüttert und müssen neu geordnet werden. Unter Umständen muss eine neue Rolle im Alltag gefunden und die früheren Aufgaben des Verstorbenen übernommen werden.

4. Eine dauerhafte Verbindung zu der verstorbenen Person inmitten des Aufbruchs in ein neues Leben finden:

Früher war man der Auffassung, dass Menschen sich erst von dem Verstorbenen lösen müssten, ihn loslassen, um sich dem Leben wieder zuwenden zu können. Heute weiß man, dass Trauernde nach Möglichkeiten suchen eine fortbestehende Bindung an sie zu erhalten. Wir wollen die Erinnerung an den Toten bewahren und zugleich weiterleben. Kinder sprechen z.B. häufig mit verstorbenen Elternteilen, denken an sie, träumen von ihnen und fühlen sich geschützt. Es geht also nicht darum den Verstorbenen aus dem Leben zu streichen, sondern der Verbindung zu ihm einen neuen Platz einzuräumen. Erst dann haben wir wieder neue Energie für das eigene Leben.

Im Selbsthilfebuch (Kapitel 3.7.) wird der Trauerprozess nicht in Aufgaben, sondern in Phasen für die Betroffenen beschrieben. Das Wissen über den Trauerprozess kann den Umgang mit der Trauer erleichtern und dabei helfen die Angst vor der Auseinandersetzung mit dem Tod zu nehmen. Hilfestellung bei der Bewältigung der Traueraufgaben können Sie zusätzlich geben.

4.8.4 Anregungen zur Trauerbegleitung

(vgl. Weinberger & Papastefanou, 2008; Worden, 2011, S.89)

Ich möchte noch einmal betonen, dass es keine „richtige“ Art zu trauern gibt. Jeder Mensch trauert auf seine eigene Art und Weise und in seinem Tempo. Schon innerhalb einer Kultur besteht ein

breites Spektrum an Trauerreaktionen und –verläufen. Geht es um Menschen aus anderen Kulturen wird das Spektrum der jeweils „normalen“, individuellen Ausdrucksformen noch breiter. Besonders bei Jugendlichen haben Abwehr, Ablenkung und lautes Ausagieren genauso ihre Berechtigung wie stiller Ausdruck von Kummer und Rückzug.

1. Trauernden helfen, den Verlust zu realisieren:

Es hilft dem Betroffenen den Verlust zu realisieren, wenn wir mit ihm über den Verlust sprechen und dabei die offene und direkte Fragen stellen: „Wo ist die Person gestorben?“, „Wie kam es dazu?“, „Wie hast du davon erfahren?“ usw. Das Sprechen über das Todesereignis hilft den Betroffenen zu begreifen, was geschehen ist. Trauernde müssen auch oft stets aufs Neue über das Erlebte sprechen, um es zu begreifen. Seien Sie ein geduldiger Zuhörer. Für Flüchtlinge ist das Begreifen des eingetretenen Todes noch zusätzlich erschwert, weil sie nicht mehr an einer Beerdigung teilnehmen oder an ein Grab gehen können. Wichtig ist deshalb zu erfragen, ob es z.B. religiöse Abschiedsrituale gibt, die der Betroffene gerne durchführen würde. Das Anbieten von Trauerfeiern unter Einbezug eines Imams hat sich bei muslimischen Jugendlichen in Jugendhilfeeinrichtungen als hilfreich erwiesen und wird von den meisten Jugendlichen gerne angenommen. Auch die nicht selbst betroffenen Jugendlichen der Wohngruppe hatten so die Möglichkeit mit dem betroffenen Gruppenmitglied angemessen und unterstützend umzugehen. Die aktive Auseinandersetzung mit dem Todesereignis vermittelt außerdem die Botschaft, dass der Tod zum normalen Leben gehört und nicht tabuisiert oder aus Unsicherheit und Hilflosigkeit ausgeblendet wird.

2. Trauernden helfen, Gefühle zu benennen und zuzulassen:

Viele Trauernde haben den Wunsch ihren Schmerz so schnell wie möglich zu beenden. Gerne würden sie einfach eine Tablette einnehmen, um den Schmerz zu bekämpfen. Dabei zu helfen den Schmerz anzunehmen und durcharbeiten ist deshalb eine wichtige Aufgabe der Trauerbegleitung. Indem Sie Trauer als natürliche Reaktion erklären, können Sie dem Betroffenen die Hemmung nehmen Gefühle auszudrücken.

Dabei müssen **alle** auftauchenden Gefühle Raum bekommen:

Wut: Direkt angesprochen können viele Menschen ihre Wut nicht eingestehen, teils weil sie sich ihrer nicht bewusst sind, teils weil kulturell tradierte Vorgaben verbieten schlecht über einen Toten zu sprechen oder zu denken. Sie können erklären, dass auch Wut auf eine verstorbene Person normal ist und sein darf.

Schuldgefühle: Viele Trauernde machen sich Selbstvorwürfe oder fühlen sich schuldig, wenn sie trotz des Verlustes wieder Spaß haben. Entlasten Sie den Betroffenen von Verantwortung durch einen Realitätstest und wecken Verständnis für sein eigenes Handeln. Wenn sich jemand also beispielsweise vorwirft nicht da gewesen zu sein, fragen Sie nach, was er dann hätte tun können? Was dann anders gewesen wäre? Schnell gelangt man so meist zu der Erkenntnis, dass man auch dann den Tod nicht verhindern hätte können.

Betonen Sie die Wichtigkeit des Krafttankens zwischendurch ohne das man die Trauer kaum bewältigen kann.

Traurigkeit: Viele Menschen trauen sich nicht in der Gegenwart anderer zu weinen, weil sie fürchten es könnte den anderen stören oder in Verlegenheit bringen oder man könnte als schwach verurteilt werden. Sie können gemeinsam Fotos des Verstorbenen anschauen (sofern vorhanden) oder sich von gemeinsamen Erlebnissen erzählen lassen, was vermutlich starke Emotionen beim Betroffenen hervorruft. Wichtig ist, im Umgang mit Trauernden deren Traurigkeit auszuhalten und auch schweigen zu können. Nehmen Sie das Leid ernst und versuchen Sie nicht zu beschwichtigen oder

abzulenken. Oft ist das schwer zu leisten, v.a. wenn man von eigenen unverarbeiteten Trauergefühlen überrollt werden könnte. Sie können dem Betroffenen Zuversicht vermitteln, dass der Schmerz eines Tages ausgestanden sein wird, wenn er jetzt zugelassen wird.

3. Trauernden helfen, ohne die verstorbene Person weiterzuleben:

Das Einbeziehen des Betroffenen in den gewohnten Alltag hilft dem Betroffenen eine Normalisierung zu empfinden: Die Rückkehr in den Alltag stärkt das Gefühl, dass das Leben weiter geht. In Jugendhilfeeinrichtungen sollten Jugendlichen deshalb nicht wohlgemeint für längere Zeit ihrer gewohnten Pflichten entbunden werden, sondern sensibel begleitet wieder in den normalen Alltag integriert werden. Das Zurechtkommen ohne die verstorbene Person ist bei Flüchtlingen sowieso gefordert, schließlich müssen sie in der neuen Kultur zurechtkommen und dort eine Rolle finden. Den Betroffenen dabei unterstützen neue Lebensziele zu entwickeln ist deshalb auch ohne einen Trauerfall gefragt.

4. Trauernden helfen, die verstorbene Person emotional neu zu „verorten“

Indem Sie nach schönen Erinnerungen an die verstorbene Person und deren Einfluss auf das Leben des Betroffenen fragen, kann sie ins Leben weiterhin einbezogen werden. Welche Werte wurden vermittelt? Was von dem Verstorbenen Gesagte bleibt ein Leben lang im Ohr? Die verstorbene Person darf und wird immer zum eigenen Leben dazugehören. Wenn der Betroffene der verstorbenen Person noch viel sagen wollte, können Sie ihn animieren dies in einem Brief zu tun oder z.B. symbolisch einen Luftballon mit persönlicher Botschaft steigen zu lassen. Auch zirkuläre Fragen wie „Wenn dein Vater jetzt hier im Raum wäre und wir ihn fragen könnten, was würde er sagen, was jetzt zu tun wäre?“ oder „Wenn deine Mutter dich an deine stärksten Fähigkeiten erinnern würde, woran würde sie dich dann erinnern?“ können die Einbindung der verstorbenen Person in das neue Leben unterstützen. Im Selbsthilfebuch findet sich der Vorschlag ein Erinnerungsbuch anzulegen, dabei können Sie den Betroffenen unterstützen und begleiten.

Zuletzt noch ein paar allgemeine Hinweise:

Es ist menschlich sich angesichts eines leidenden, trauernden Menschen hilflos zu fühlen. Machen Sie trotzdem nicht den Fehler sich zu gutgemeinten Sätze wie „Du bist so tapfer“, „das Leben geht weiter“ und „bald wird es dir besser gehen“ hinreißen zu lassen. Auch ein „Ich weiß, wie du dich fühlst“ bewirkt eher das Gegenteil von Trost, da der Betroffene sich nicht verstanden fühlen wird und ihn Aussagen wie diese eher wütend machen können.

Helfen Sie dem Trauernden der Trauer Zeit zu geben und berücksichtigen Sie individuelle Unterschiede. Gerade bei Jugendlichen können aggressive Reaktionen oder Vermeidung von Trauer durch Substanzkonsum auftreten. Versuchen Sie verständnisvoll zu bleiben und zu vermitteln, dass Trauern und traurig sein, kein Zeichen von Schwäche ist, sondern wichtig ist für den Verarbeitungsprozess. Drängen Sie nicht auf bestimmte Trauerrituale oder Emotionsausdrücke. Machen Sie jedoch immer wieder Angebote in diese Richtung. Wenn Sie feststellen, dass die Trauer „komplizierter“ Natur ist und Sie sich um den Betroffenen Sorgen machen, sind vermutlich besondere Interventionen eines Therapeuten notwendig. Regen Sie deshalb in solchen Fällen eine psychotherapeutische Behandlung an.

4.9. Angstzustände

(vgl. Boon, 2013, S.263)

4.9.1. Reorientierung und Entspannung

Sie können den Betroffenen dabei unterstützen zu überprüfen, ob die Angst der Situation angemessen ist, also ob es einen aktuellen Angstauslöser gibt oder ob die Angst u.U. auf der Wahrnehmung der früheren Traumasituation beruht. Oft wird sich herausstellen, dass die Angst durch Trigger ausgelöst wurde und die aktuelle Situation eigentlich keine Gefahr darstellt und somit keine Angst auslösen müsste. In diesem Fall können Sie dem Betroffenen helfen, indem Sie ihn in die Gegenwart zurückholen durch das Fokussieren auf das Hier und Jetzt (siehe Kapitel 4.4.2.).

Anschließend motivieren Sie zu selbstberuhigenden Entspannungsübungen (siehe Selbsthilfebuch Übung 15 und 16). Es gilt also in diesem Fall ähnliches wie bei Intrusionen oder Flashbacks.

Wenn Sie jemanden vorab auf eine angstauslösende Situation vorbereiten müssen, weil z.B. die Asylanhörung bevorsteht, können Sie mit dem Betroffenen gemeinsam einen Plan erarbeiten wie mit der Situation umgegangen werden könnte. Gezielt können Sie z.B. zur Vorstellung des inneren Ortes der Ruhe (Übung 18 Selbsthilfebuch) und zu Achtsamkeitsübungen motivieren, um den Betroffenen dabei zu unterstützen sich zu entspannen und in der Gegenwart zu bleiben.

Entspannung ist eine hilfreiche Strategie gegen Angst, da Entspannung und Angst sich wechselseitig hemmen, d.h. nicht vereinbar sind. Die Konzentration auf die Atmung, Übungen zur Progressiven Muskelentspannung können deshalb viel bewirken. Nicht für alle Menschen sind aber Entspannungsverfahren das Richtige. Manche brauchen eher robuste Tätigkeiten wie Unkraut jäten oder Holzblöcke sägen.

Auch mit kleinen Körperübungen aus dem Buch „Nur Mut!“ von Dr. med. Claudia Cross-Müller können Sie die Betroffenen bei Angstzuständen unterstützen. Vergessen Sie bei diesen Übungen nicht, zu erklären, weshalb sie der Angst entgegenwirken, sonst fühlt sich der Betroffene womöglich nicht ernst genommen, wenn Sie ihn beispielsweise auffordern auf einem Bein zu stehen.

Exemplarisch eine Übung aus dem empfehlenswerten Büchlein:

Übung: Auf einem Bein stehen

(aus Cross-Müller, 2014, S.22f)

Steh einfach auf einem Bein.

Eine Minute lang.

Dann wechsele auf das andere Bein.

Eine Minute lang.

Wenn du am Anfang noch unsicher bist und dir die Knie zittern: Dann hebe ein Bein einfach ein wenig an, damit zur Sicherheit die Zehenspitzen noch den Boden berühren, du aber schon auf dem andere Bein ganz fest stehst- wie die ersten Übungen beim Ballettanzen.

Wenn du dann sicherer bist, dann sei auch mal übermütig: Hebe und strecke das Bein aus, dazu die Arme. Hurra!

Die Übung kannst du (fast) überall machen.

Vor allem immer dann, wenn ein Angst- oder Panikanfall dir den Boden unter den Füßen wegziehen will: Einbeinstand!

4.9.2. Exposition

Im Selbsthilfebuch wird dem Betroffenen die Angstkurve erklärt (Selbsthilfebuch, Kapitel 3.8.). Die Betroffenen haben meist Angst, dass die Angst unaushaltbar werden könnte und ins Endlose geht. Aus diesem Grund entwickeln Sie Vermeidungsverhalten, was die Angst aber zusätzlich verstärkt. Die

sogenannte Angst vor der Angst oder Erwartungsangst führt zu immer extremerem Vermeidungsverhalten und schränkt die Betroffenen stark ein. Dies nimmt ihnen die Möglichkeit zu erleben, dass die Angst eben nicht bis ins Unermessliche ansteigt, sondern nach kurzer Zeit von alleine abflacht, wenn man sich der Situation stellt. Verhaltenstherapeuten nutzen dieses Prinzip und animieren zu sogenannter Exposition, d.h. der Betroffene soll sich der Angstsituation stellen, eine Flucht oder Vermeidung wird verhindert. Die Angstsituation wird solange ausgehalten bis die Intensität der Angst von alleine abflacht. Auch Sie können in kleineren Angstsituationen den Betroffenen dabei unterstützen diese Erfahrung machen zu können. Nutzen Sie vorher die psychoedukativen Erklärungen zur Angstkurve im Selbsthilfebuch (Kapitel 3.8.3.).

4.9.3. Medikation

Bei gravierenden Angst- und Panikstörungen können vom Hausarzt oder Psychiater angstlösende Medikamente verordnet werden. Diese sind jedoch soweit irgend möglich nur vorübergehend und unterstützend einzusetzen, da sie Abhängigkeiten erzeugen können. Die Einnahme von Medikamenten ersetzt nicht oben erwähnte Maßnahmen oder Psychotherapie.

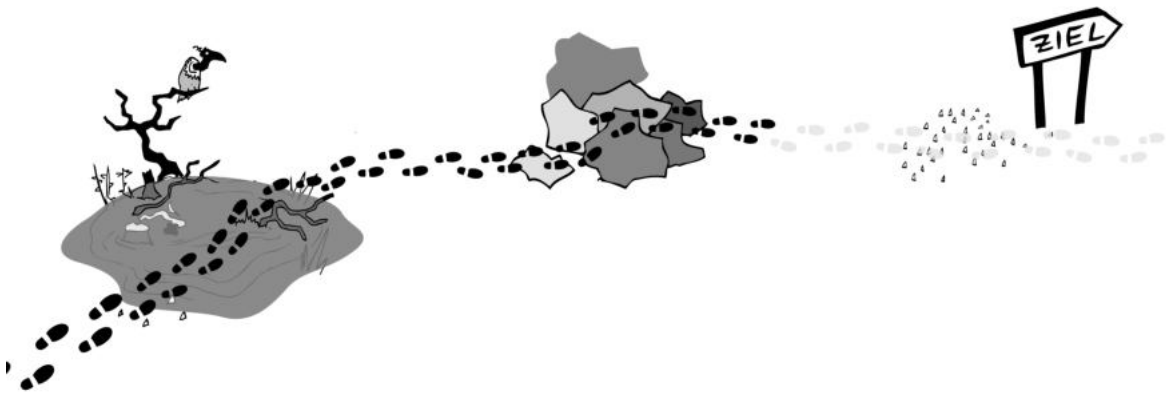
4.9.4. Zukunftsängste

(vgl. Opel et al., 2015, S.54-59)

Die oft jahrelange unklare Zukunftsperspektive, die Angst vor Ablehnung und Abschiebung lässt verständlicherweise große Zukunftsängste bei Flüchtlingen entstehen. Leider sind die Befürchtungen oft auch nicht ganz unrealistisch. Deshalb werden diese Ängste und Sorgen den Betroffenen auch kaum genommen werden können. Trotzdem können Sie den Umgang mit Sorgen und Ängsten erleichtern, indem Sie dem Betroffenen die Möglichkeit eröffnen über diese sprechen zu können. Außerdem unterstützen Sie den Betroffenen, indem Sie den Fokus auf die Gegenwart richten und aktuelle Gestaltungsspielräume betonen. Die Gegenwart ist aktiv gestaltbar und oft ist dadurch auch die Einflussnahme auf die Zukunft möglich. Arbeiten Sie solche Einflussmöglichkeiten heraus: so kann z.B. Geld angespart werden für den Fall im Asylverfahren einen Rechtsanwalt zu benötigen. Oder der Betroffene kann durch das Zeigen seiner Integrationsbereitschaft die Chancen auf einen langfristigen Aufenthalt erhöhen. Dazu kann er z.B. Deutsch lernen, Respekt der neuen Kultur gegenüber zeigen, sich an die in Deutschland gültigen Gesetze und Regeln halten.

Sie können erklären, dass es gut ist Ziele und Pläne für die Zukunft zu haben, auch wenn diese zu einem gewissen Grad ungewiss ist. Dass das bei jedem Menschen so ist, können Sie an Beispielen aus der eigenen Lebensgeschichte belegen: oft kommen Dinge anders als man denkt und manchmal ist das sogar gut!

Kleine Schritte, die man JETZT tun kann, können aber den Weg zu großen Zielen in der Zukunft bereiten. Arbeiten Sie heraus, welche Schritte der Betroffene bereits gemacht hat. Oft ist den Betroffenen gar nicht bewusst, was sie alles schon geschafft und erreicht haben. Würdigen Sie diese Schritte!



4.10. Spannungskopfschmerzen

(vgl. Caby & Caby, 2009, S.141; Hantke & Görge, 2012, S.420ff; Liedl et al., 2014)

Um herauszufinden, ob es sich bei den Kopfschmerzen um sogenannte Spannungskopfschmerzen handelt, die durch Belastung und Stress verursacht sind, ist es sinnvoll zunächst zum Führen eines Kopfschmerztagebuchs zu animieren. Dies können Sie mit dem Betroffenen unter Einbezug des Selbsthilfebuchs (Kapitel 3.9.1.) besprechen. Fragen Sie nach, wann, wie oft und wie stark der Schmerz auftritt. Und motivieren Sie dazu Schmerzmitteleinnahme und durchgeführte Maßnahmen gegen den Schmerz zu dokumentieren (siehe Anhang 2: Schmerztagebuch). Selbstbeobachtung kann für sich oft schon sehr wirksam Zusammenhänge bewusst machen und Änderungen auslösen. Chronische Kopfschmerzen sollten immer ärztlich abgeklärt werden, um mögliche körperliche Ursachen ausschließen zu können. Auch für den Arzt ist ein vorgelegtes Schmerztagebuch hilfreich, um die Situation besser beurteilen zu können.

Hilfreich kann es für den Betroffenen sein, den Schmerz zu externalisieren. Das heißt z.B. ihn mit Worten und sprachlichen Bildern zu beschreiben oder zu malen oder eine „Schmerzfigur“ zu kneten. Das schafft Distanz zum Schmerz und der dahinterstehenden Belastung. Sicher gibt es in den unterschiedlichen Kulturen verschiedene Vorstellungen über die Zusammenhänge von Seele und Körperlichen Schmerzen. Fragen Sie nach Ritualen, schamanistischen Bräuchen u.ä.

Gegen Spannungskopfschmerzen helfen auch Entspannungsübungen jeglicher Art. (z.B. Selbsthilfebuch Übung 15 oder 16). Eine Anleitung zu gezielter Entspannung der Schulter- und Nackenmuskulatur durch Progressive Muskelentspannung findet sich im Selbsthilfebuch (Übung 29).

4.11. Alkohol- und Drogenmissbrauch

(vgl. Schneider, 2010, S.177f)

Wie in Kapitel 1 erläutert treten Suchterkrankungen häufig in Kombination mit posttraumatischen Belastungsstörungen auf.

Wichtig ist, den Substanzmittelkonsum als Vermeidungsstrategie zu erkennen und zunächst ggf. auch als Bewältigungsstrategie zu würdigen. In unserer Gesellschaft und Kultur kennt fast jeder das Bedürfnis alles mal vergessen und sich mal ordentlich betrinken zu wollen. Verurteilen wir also nicht das Konsumverhalten der vom Schicksal hart gebeutelten Menschen allzu vorschnell. Sprechen Sie Ihre Sorge beim Betroffenen an und verzichten Sie auf Vorwürfe und Vorhaltungen. Zeigen Sie ihr persönliches Interesse an der Person und sehen Sie nicht nur die Probleme mit dem Alkohol oder den Drogen.

Berauscht sich der Betroffene bislang nur ab und zu, ist es sehr wichtig mit ihm alternative Bewältigungsstrategien zu erarbeiten. Versuchen Sie in Gesprächen herauszufinden, was genau der Betroffene durch den Konsum versucht zu vermeiden. Fragen Sie nach den Gründen des Trinkens oder Drogen Einnehmens! Sind es wiederkehrende Erinnerungen bieten Sie Übungen aus Kapitel 4.4. an. Geht es um depressive Verstimmungen, Schuldgefühle oder Schmerzen? Dann suchen Sie nach geeigneten Angeboten in den jeweiligen Kapiteln. Wenn Sie nicht genau wissen, ob bereits eine Abhängigkeit besteht und sie sicher gehen wollen, versuchen sie den Betroffenen psychotherapeutisch anzubinden. Es gibt z.B. ein Therapieprogramm namens „Sicherheit finden“ bei Posttraumatischer Belastungsstörung und Substanzmissbrauch von Najavits (2009). Wenn Sie feststellen, dass der Betroffene bereits keine Kontrolle mehr über sein Trink- oder Konsumverhalten hat und immer höhere Mengen oft auch unter Verheimlichung zu sich nimmt, versuchen Sie ihn an eine Drogenberatungsstelle anzubinden und lassen sich auch selber von einer spezialisierten Beratungsstelle zum Umgang mit dem Suchtkranken beraten. Ggf. muss ein Entzug in die Wege geleitet werden. Seien Sie nicht enttäuscht darüber, dass Versprechungen aufzuhören nicht eingehalten werden. Der Betroffene kann es wirklich wollen, aber seine Sucht erlaubt es ihm nicht so schnell. Konfrontieren Sie in jedem Fall weiterhin mit dem problematischen Konsum. Nehmen Sie Rückfälle nicht persönlich und lassen Sie die Verantwortung fürs Aufhören beim Betroffenen.

4.12. Akute Suizidalität

(vgl. Beckrath-Wilking et al., 2013, S. 211-213 und S.238-241; Dormann, 2009; Weinberger & Papastefanou, 2008, S.239-250)

Depression und Posttraumatische Belastungsstörung gehören zu den psychischen Störungsbildern, bei denen Suizidalität (=Selbsttötungsabsichten) am häufigsten vorkommt. Suizidalität beginnt bei dem passiven Wunsch tot sein zu wollen und endet in der selbsttötenden Handlung.

Wichtig ist, vor Gedanken des Betroffenen an Selbsttötung nicht zu erschrecken und zu wissen wie man den Grad der Suizidalität einschätzen kann, um ggf. entsprechende Hilfsmaßnahmen in die Wege zu leiten und damit dann auch die Verantwortung abzugeben.

Nach Walter Pöldinger gibt es verschiedene **Phasen der Suizidalität**:

1. In der **Phase der Erwägung** denkt der Betroffene über Suizid nach. Meistens sind die Suizidgedanken mit sozialem Rückzug verbunden.
2. Die **Phase der Ambivalenz** ist gekennzeichnet durch Ankündigungen eines Suizids, der Betroffene hat den Impuls sich selbst zu töten, ist aber noch hin und her gerissen bei der Entscheidung zwischen Leben und Tod. **Nehmen Sie Selbstmordankündigungen IMMER ernst!** 75% der durch Suizidhandlungen Sterbenden kündigen diese vorher an!
3. **Entschlussphase**: Hat der Betroffene sich dann zur Selbsttötung entschlossen, trifft er konkrete Vorbereitungen. Vermutlich wird er nicht mehr über seinen Plan sprechen und wirkt ruhiger als bisher. Oft denken Menschen im Umfeld, dem Betroffenen gehe es besser, dabei handelt es sich sozusagen um die „Ruhe vor dem Sturm“. In dieser Phase ist der Betroffene nicht mehr „erreichbar“. Wenn Sie also vermuten, dass jemand darüber nachdenkt sich das Leben zu nehmen, ist es äußerst wichtig dies anzusprechen und abzuklären wie weit der Entschluss bereits gereift ist.

Entgegen der allgemein verbreiteten Sorge, dass das Ansprechen von Selbstmordgedanken diese verstärken oder wecken könnte, erleichtert das darüber-Sprechen den Betroffenen und für Sie ist es die einzige Möglichkeit herauszufinden, ob eine **akute** Suizidalität vorliegt und ob Sie sofort handeln müssen!

An folgenden Abstufungen erkennen Sie den **Schweregrad der Suizidalität**:

- **Stufe 1: Passiver Todeswunsch:** also z.B. der Wunsch nach Ruhe oder einer „Auszeit“
Bsp.: „Ich möchte nicht sterben, ich wünschte nur die ganzen Probleme würden aufhören“ oder indirekte Andeutungen z.B. in Zeichnungen oder Gedichten
- **Stufe 2: Unspezifische Suizidgedanken:**
Bsp.: „Am liebsten wäre ich tot, dann hätte ich keine Probleme mehr.“
- **Stufe 3: Konkrete Suizidgedanken**
Bsp.: „Ich will sterben.“
- **Stufe 4: Planung des Suizids**
Bsp.: „Ich werde von der XY-Brücke springen“
- **Stufe 5: Konkrete Vorbereitungsaktionen**
Bsp.: „Ich habe bereits Schlaftabletten besorgt und einen Abschiedsbrief geschrieben“
- **Suizidhandlung**

Bei Verdacht auf Selbsttötungsgedanken, können Sie durch folgende **Fragen** herausfinden, **welcher Schweregrad bereits erreicht ist**:

- Hast du schon einmal darüber nachgedacht dein Leben zu beenden?
- Hast du schon einmal versucht dir das Leben zu nehmen? Wie hast du es versucht?
- Hast du schon darüber nachgedacht WIE du es tun würdest?
- Hast du schon konkrete Vorbereitungen getroffen?
- Kannst du versprechen dir bis morgen nichts anzutun?

Je konkreter die Vorstellungen und Pläne sind, desto akuter ist die Suizidalität einzuschätzen. Sofortiger Handlungsbedarf besteht dann, wenn der Betroffene Ihnen nicht versprechen kann, dass er sich für einen bestimmten Zeitraum (also z.B. bis zum morgigen Tag) nichts antun wird. Dann müssen Sie ihm erklären, dass Sie sicher gehen wollen und müssen, dass er morgen noch lebt und ihn deshalb gerne in eine Klinik bringen möchten, wo dies sicher gestellt werden kann und ihm geholfen wird. In der psychiatrischen Klinik kann der Betroffene Unterstützung und Hilfe bekommen, um am Leben zu bleiben. Wünschenswert wäre, dass der Betroffene der vorübergehenden stationären Unterbringung zustimmt und freiwillig in die Klinik geht. Notfalls müssen Sie ihn mit Hilfe des Notarztes oder der Polizei dort hinbringen lassen. Erklären Sie vorab immer, dass Sie das tun müssen, um sein Leben zu retten, das ihnen am Herzen liegt. Zuständig ist die nächstgelegene Psychiatrie, in die Sie den Betroffenen entweder selbst bringen oder bringen lassen. Diese wird die Suizidalität des Betroffenen zunächst selbst noch einmal abklären und den Betroffenen entweder wieder entlassen oder sicherheitshalber vorübergehend (meist zunächst bis zum folgenden Tag) da behalten. Wenn der Betroffene Ihnen versprechen kann, dass er sich bis zu einem abgesprochenen, nicht zu weit entfernten Zeitpunkt (z.B. nächster Tag) nichts antut, können Sie darüber schriftlich einen Vertrag machen oder sich die Hand als Versprechen geben lassen. Erfahrungen mit solchen so genannten Non-Suizid-Bündnissen zeigen, dass Betroffene sich daran stark gebunden fühlen. Nach dem vereinbarten Zeitraum, ist natürlich erneut abzuklären wie akut die Suizidalität dann zu diesem Zeitpunkt ist.

Kann der Betroffene also versprechen, dass er sich zunächst nicht das Leben nimmt, ist es wichtig nach Möglichkeit sein soziales Umfeld in den nächsten Stunden mit einzubeziehen. In einer Jugendhilfeeinrichtung können die BetreuerInnen z.B. den betroffenen Jugendlichen in Aktivitäten einbinden und ihn zwischendrin immer mal wieder fragen wie es ihm geht oder ob er etwas braucht.

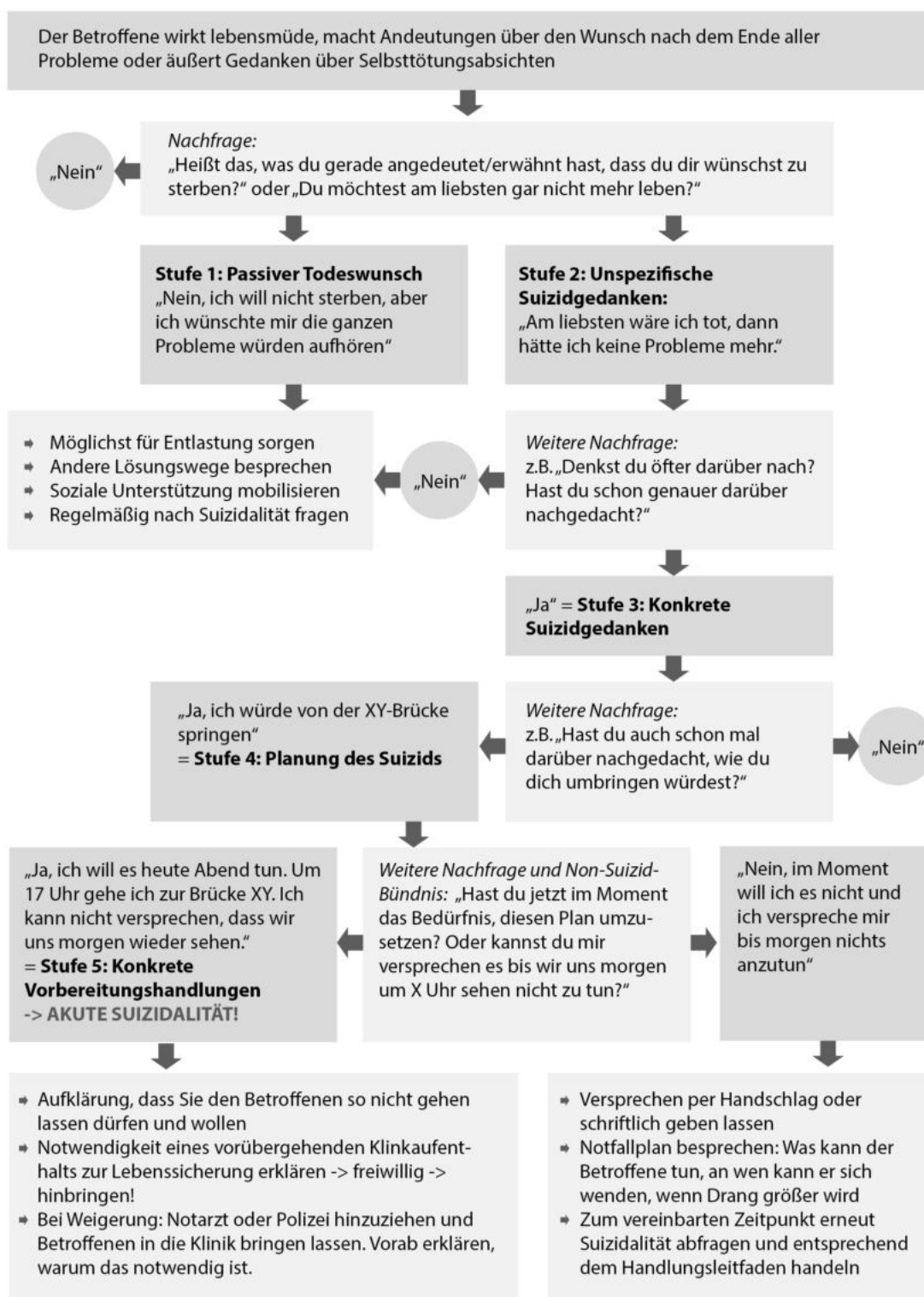
Besprechen und planen Sie mit dem Betroffenen, was er die nächsten Stunden machen wird und helfen Sie ihm ggf. bei der Organisation.

Falls es einen aktuellen Konflikt gab, der die massiven Suizidimpulse verstärkt oder mit ausgelöst hat, gilt es diesen zu bearbeiten und bestenfalls zu klären.

Ermöglichen Sie dem Betroffenen seinen Gefühlen Raum zu geben und nehmen Sie diese ernst und versuchen nicht zu beschwichtigen. Aktives Zuhören und emotionale Zuwendung entlasten den Betroffenen von seinem enormen Druck. Vermeiden Sie Appelle wie „Das kannst du doch xy nicht antun“. Sie können versuchen herauszufinden, was den Betroffenen bisher am Leben hielt und wofür es sich lohnt trotz aller Last weiterzuleben.

Im folgenden Schaubild können die erklärten Handlungsschritte noch einmal nachverfolgt werden:

Handlungsleitfaden bei Suizidalität



Wenn Sie sich unsicher sind und/oder niemanden haben mit dem Sie sich über weiteres Vorgehen austauschen können, ziehen Sie das regionale Gesundheitsamt oder die Psychiatrie hinzu. Diese Stellen sind verpflichtet die Suizidalität professionell abzuklären und in der Verantwortung zu handeln. Auch die Entscheidung über eine möglicherweise medikamentöse Einstellung obliegt dem Psychiater.

5. Selbstfürsorge! Prävention von Burn Out und Sekundärtraumatisierung

(vgl. Baer & Frick-Baer, 2016, S.202-210; Beckrath-Wilking et al., 2013, S.367-375; Huber, 2013, S.275-296; Sachsse, 2009, S. 437-441; Weiß, 2009, S.183-185; Zito & Martin, 2016, S.90-96)

„Wenn wir mit Menschen arbeiten, die in existenziellen Notlagen sind, fällt es uns häufig schwer, Grenzen zu setzen, abzuschalten und uns um uns selbst zu kümmern. Es ist wichtig, dass wir uns immer wieder bewusst machen, dass Selbstfürsorge kein egoistisches Anliegen ist, sondern eine unabdingbare Voraussetzung, um mit belasteten Menschen arbeiten zu können. Nur wenn wir dafür sorgen, dass wir selbst bei Kräften bleiben, können wir andere Menschen stärken“ (Zito & Martin, 2016, S.90).

Wie an verschiedenen Stellen dieses Buches bereits immer wieder erwähnt, ist Selbstfürsorge im Umgang mit von Traumafolgen Betroffenen sehr wichtig. Zur Selbstfürsorge gehört das Achten auf eigene Bedürfnisse und Gefühle und ein angemessener Selbstschutz.

5.1. Definition von Sekundärtraumatisierung und Burn Out

Das ist deshalb so wichtig, weil Trauma auch „ansteckend“ sein kann. Das heißt, dass wir, wenn wir uns viel mit den traumatischen Erfahrungen anderer beschäftigen und dabei stellvertretend mitleiden ebenfalls Gefahr laufen in Folge von der dadurch entstehenden Belastung Traumasymptome zu entwickeln. Man spricht in so einem Fall von „**Sekundärtraumatisierung**“, d.h. wir haben die traumatische Situation nicht selbst erlebt, sind aber durch die Beschäftigung mit der Traumaerfahrung eines anderen und der daraus resultierenden eigenen Belastung (ausgelöst durch die dauernde mitfühlende Auseinandersetzung mit Angst, Bildern des Schreckens und Hoffnungslosigkeit) selbst traumatisiert. Die Traumaerfahrungen anderer konfrontieren uns mit der eigenen Verletzlichkeit, Hilflosigkeit und Ohnmacht. Auch unser Menschen- und Weltbild verändert sich: wir müssen uns mit der Verletzlichkeit des Menschen und dem Potenzial des Bösen in ihm auseinandersetzen, unser Grundvertrauen wird erschüttert. Als selbstschützende Folge von intensivem Mitleiden kann dann eine sogenannte Mitgefühlerschöpfung entstehen, die sich in Gleichgültigkeit und einer Abstumpfung der Gefühlswelt zeigt. Auch Schuldzuweisungen an Traumabetroffene („Der ist doch selber schuld, dass er geschlagen wurde“), entwertender Zynismus, das Abstempeln des Betroffenen als „hoffnungsloser Fall“ und Beziehungsabbrüche zu den Betroffenen können die Folge sein. Ebenso können „Schuldgefühle“ entstehen: HelferInnen fühlen sich schuldig, weil Ihnen ein derartiges Schicksal erspart blieb. Solche Gefühle führen zu Schwierigkeiten die Annehmlichkeiten des eigenen Lebens zu genießen.

Der Begriff „Burn Out“ ist heutzutage in aller Munde und man hat eine ungefähre Vorstellung von dem, was damit gemeint ist. Kurz zusammengefasst beschreibt der Begriff einen ausgeprägten Erschöpfungszustand. Unser Stressverarbeitungssystem ist mit der anhaltenden Dauerbelastung überfordert. Menschen, die sich engagieren und alles gut, richtig und möglichst perfekt machen

wollen, sind davon besonders häufig betroffen. Dem „Ausbrennen“ geht ein „brennendes“ (Über-?!) Engagement voraus. Wer dann irgendwann nicht mehr kann, erlebt Gefühle von Resignation, Leere, Erschöpfung und psychosomatische Beschwerden.

Folgende Symptome können Anzeichen für ein Burn Out sein:

- Abschalten und entspannen fällt schwer
- Alkohol- und/oder Schmerzmittelkonsum
- Gleichgültigkeit
- chronische Müdigkeit, Depressionen, Erschöpfung
- zynisch-abweisende Grundstimmung
- Unfähigkeit sich zu konzentrieren oder zuzuhören
- Vernachlässigung von Beziehungen, Partner, Familie
- Schwindel, Kopfschmerz, Rückenschmerzen, Verspannungen, Magen-Darm- oder Kreislaufbeschwerden, häufige Erkältungen

Zu helfen erschöpft die Seele, aber wir können und sollten uns bewusst die Mühe machen wieder aufzutanken!

5.2. Strategien zum gesund bleiben

1. Mitgefühl statt Mitleid - Distanz herstellen

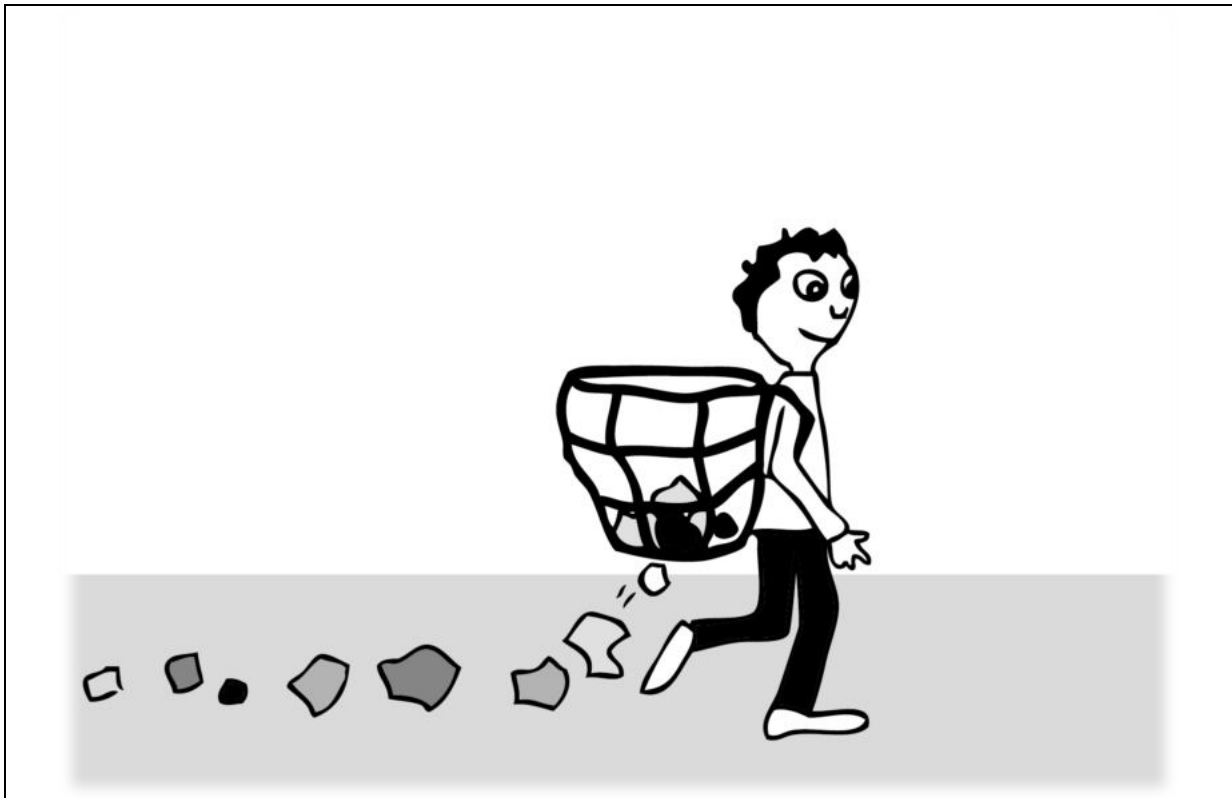
Sich einfühlen können, empathisch zu sein, mitzufühlen sind wichtige Voraussetzungen dafür anderen hilfreich sein zu können. Wenn wir jedoch zu dicht dran sind an den Gefühlen des Gegenübers, wenn wir selbst die gleichen Gefühle nacherleben wie der Betroffene, dann leiden wir auch und können langfristig weniger hilfreich sein. Nachempfinden, was der andere fühlt, muss nicht zwangsweise heißen, dass ich selbst leiden muss. Natürlich ist es menschlich, dass uns schreckliche Schicksale nahe gehen und uns betroffen machen. Um uns aber vor der emotionalen Überflutung zu schützen bzw. uns von den Gefühlen wieder bewusst zu befreien, können auch wir bestimmte Techniken zur Distanzierung anwenden. Das Ziel ist die Trauma-erlebnisse nicht zu „behalten“ und weiter mit sich herum zu tragen und mit nach Hause zu nehmen.

So können wir selbst die Tresorübung (Übung 1 im Selbsthilfebuch) für uns anwenden, um z.B. nach einem Gespräch mit einem Betroffenen über belastende Erfahrungen, die Inhalte dort imaginativ abzulegen.

Eine weitere Übung können Sie beispielsweise auf dem Heimweg von der Arbeit oder dem Ort des Helfens für sich machen:

Übung: „Steine“ ablegen (angelehnt an Huber, 2013, S.116f)

Bevor Sie sich auf den Heimweg machen, stellen Sie sich Ihren Nachhauseweg gedanklich vor. Stellen Sie sich vor wie sich das gute Gefühl anderer Menschen um Sie herum anfühlt, das Sie mitnehmen wollen. Stellen Sie sich auch vor, was sich an Bildern, Gefühlen und Körperempfindungen noch wie eine schwerer mit Steinen gefüllter Sack auf Ihren Schultern anfühlt. Überlegen Sie sich, ob Sie Teile dieser Last unterwegs loswerden wollen, damit Sie sie nicht in Ihr Zuhause mitnehmen und sich noch beim Abendessen und Einschlafen damit „beschweren“. Vielleicht können Sie den einen oder anderen Stein aus dem Lastenkorb unterwegs aus dem Sack nehmen und irgendwo am Wegesrand ablegen. Stein für Stein bleibt am Wegesrand liegen. Kurz bevor Sie zu Hause angekommen sind, können Sie dann noch den leeren Sack irgendwo deponieren.



Sie können sich auch vorstellen eine reinigende Dusche zu nehmen, die alle Belastungen und alle Schwere langsam aber sicher von Ihnen spült. Oder Sie begeben sich an Ihren persönlichen inneren Ort der Ruhe (Übung 18 im Selbsthilfebuch) um sich von den Belastungen zu entfernen.

Probieren Sie aus, was für Sie passt. Für Sie gilt das Gleiche wie für die von Trauma Betroffenen: Übung macht den Meister! Die entlastende, distanzierende Wirkung tritt u.U. erst nach regelmäßigem Training und einer Verinnerlichung der Übung ein.

2. Abgrenzung

Geben Sie Ihrer Arbeit mit den Betroffenen einen klaren Rahmen, indem Sie beispielsweise nicht rund um die Uhr erreichbar sind und ein klar abgegrenztes „Privatleben“ führen bzw. ganz klar „traumafreie Räume“ schaffen. Dazu gehört, dass Sie als Hauptamtlicher in Ihrer Freizeit nicht ausschließlich über Dienstliches reden und sich kaum noch mit anderen Themen als der Flüchtlingspolitik beschäftigen. Ein Ritual, das die Grenze zwischen Arbeit und Freizeit markiert, kann hilfreich sein. Z.B. den Dienstschlüssel beim Betreten der Wohnung an einem bestimmtem Ort abzulegen oder die Kleidung zu wechseln. Gönnen Sie sich außerdem regelmäßige „Auszeiten“ vom Thema Trauma und Flüchtlinge, indem Sie Urlaub machen oder sich genussvoll mit Freizeitbeschäftigungen gefüllte Zeit nehmen.

Im Kontakt mit den Betroffenen ist folgendes wichtig:

„Nehmen Sie wahr, wann jemand mit einem Anliegen Ihre Grenzen übertritt und erlauben Sie sich, Grenzen zu setzen. Das muss nicht kalt und abweisend geschehen. Wenn Sie signalisieren: ‚Ich sehe Ihre Not und verstehe, dass Ihr Anliegen berechtigt ist, aber es überschreitet meine Möglichkeiten‘, muss eine Abgrenzung nicht verletzend sein. Wenn Sie es sich herausnehmen, an bestimmten Stellen Nein zu sagen, geben Sie gleichzeitig auch Ihrem Gegenüber die Erlaubnis, sich abzugrenzen, gut

gemeinte Vorschläge abzulehnen. Auch das kann stärken. Und wenn Sie gleichzeitig schauen, ob es andere Menschen oder spezialisierte Einrichtungen gibt, die dem Flüchtling an dieser Stelle weiterhelfen können, dann muss er sich nicht alleine gelassen fühlen“ (Zito & Martin, 2016. S.92).

3. Unterstützung annehmen

Oft ermöglicht erst der Austausch mit anderen einen neutraleren Blick, eine distanzierende Reflexion oder eine persönliche Entlastung. Das Mitteilen der eigenen Gefühle von Ohnmacht, Trauer, Hilflosigkeit und Resignation gegenüber dem Trauma der anderen entlastet und deckt den eigenen Bedarf an Zuspruch und Bestärkung. Regelmäßiger Austausch mit anderen Aktiven oder KollegInnen und vor allem Supervision ermöglichen bei offenem und vertrauensvollem Umgang miteinander einer Mitgefühlerschöpfung vorzubeugen oder auftretende erste Anzeichen zu erkennen und rechtzeitig zu intervenieren. Das Reflektieren im Team und der Supervision ermöglicht uns Gegenübertragungsgefühle (siehe Kapitel 2.1.6.) aufzudecken und Verhaltensweisen der Betroffenen und eigene Gefühle ihnen gegenüber (wie beispielsweise persönliche Kränkung) anders einzuordnen.

Manchmal brechen im Umgang mit Traumatisierungen anderer Menschen auch eigene traumatische Erinnerungen auf, mit denen man bisher gut zurecht gekommen ist. Eine eigene psychotherapeutische Begleitung kann sehr sinnvoll sein, um zunächst die eigenen Wunden zu versorgen.

4. Wissen und Kompetenz

Wie bereits in Kapitel 1 erwähnt ist laut Weiß (2009) Sachkompetenz eine von drei Grundkompetenzen im Umgang mit traumatisierten Menschen. Das Hintergrundwissen über Traumafolgen, das Sie durch das Lesen dieses Buches und Ihr generelles Interesse an der Thematik bereits erworben haben, hilft Ihnen dabei, besser mit den Traumata der anderen zurecht zu kommen, denn Ihr Kompetenzzuwachs vermindert das Gefühl der Hilflosigkeit! Jede Fortbildung, die Sie besuchen, jedes Buch, das Sie lesen und jede praktische Erfahrung bringt erneuten Kompetenzzuwachs und dieser eröffnet Einordnung sowie Kontroll- und Interventionsmöglichkeiten. Und verdrängt Hilflosigkeit. Genau das, was Traumafolgestörungen entgegenwirkt!

5. Ressourcenorientierung

Was für die von Traumaerfahrungen Betroffenen gilt, gilt natürlich auch für Sie: aktivieren und pflegen Sie Ihre Ressourcen! Machen Sie sich klar, was Sie alles gerne machen, was Ihnen Energie gibt, sie entspannt und was Ihnen Freude bereitet und räumen Sie diesen Dingen ganz bewusst Zeit in Ihrem Leben ein. Auch Sie können die Entspannungsübungen aus dem Selbsthilfebuch oder die Anregungen zur Ressourcenaktivierung für sich nutzen. Sie können meditieren, Yoga machen, sich in der Natur erholen, Musik und Kunst genießen und Schönes erleben. All das Positive können Sie in einem „Tagebuch angenehmer Aktivitäten“ (Übung 12 im Selbsthilfebuch) oder einem Freudentagebuch festhalten.

Und zuletzt können Sie die Unterstützung von Traumatisierten als Chance zur persönlichen Weiterentwicklung betrachten. Der Umgang mit traumatisierten Menschen kann einen dankbaren Blick auf das Gute im eigenen Leben eröffnen, großen Respekt vor den Ressourcen, der Kreativität und den Überlebenskräften des Menschen wecken. Ich fühle mich oft wie ein Schatzsucher, der mit großer Begeisterung gräbt und sich über die garantierten Funde riesig freut.

In diesem Sinne: Vielen Danke für Ihren Einsatz für geflüchtete Menschen. Sie leisten Großartiges!
Bleiben Sie gesund, achten Sie auf sich und lassen Sie es sich gut gehen!

Weiterführende Adressen, Links und Bücher:

Die Adressen der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge finden Sie unter:

<http://www.baff-zentren.org/mitgliedszentren-und-foerdermitglieder/>

Regionale Supervisionsangebote (v.a. für Ehrenamtliche) finden Sie u.a. unter:

<https://www.gwg-ev.org/engagement-für-flüchtlinge>

<http://www.thzn.org/home/fachleute/flüchtlinge/>

BPtK-Ratgeber Flüchtlingshelfer - Wie kann ich traumatisierten Flüchtlingen helfen?

http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/BPtK_Infomaterial/Ratgeber-Fl%C3%BChtlingshelfer/20160513_BPtK_RatgeberFluechtlingshelfer_deutsch.pdf

Broschüre „Psychische Erkrankungen bei Flüchtlingen“ (BPtK):

http://www.bptk.de/uploads/media/20150916_BPtK-Standpunkt_psychische_Erkrankungen_bei_Fluechtlingen.pdf

Broschüre „Flüchtlinge in unserer Praxis. Informationen für ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen“ (BAfF):

http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2016/03/BAfF-Fluechtlinge_in_unserer_Praxis.pdf

Materialien und Übungen für traumatisierte Flüchtlinge sowie zur Selbstfürsorge von HelferInnen zum Downloaden: <http://www.refugee-trauma.help/>

Webseite als Informations- und Selbstfürsorgetool für Helfende im Bereich der Arbeit mit geflohenen Menschen: www.be-here-now.eu

Bilderbuch zum Thema Trauma für Flüchtlingsfamilien und ihre Unterstützer/innen:

<http://www.susannestein.de/VIA-online/traumabilderbuch.html>

Buchempfehlungen für Ehrenamtliche:

Baer, U. & Frick-Baer, G. (2016): Flucht und Trauma. Wie wir traumatisierten Flüchtlingen wirksam helfen können. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.

Zito, D. & Martin, E. (2016): Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen. Ein Leitfaden für Fachkräfte und Ehrenamtliche. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

Schlusswort

Das Selbsthilfebuch und dieses Handbuch wären nie entstanden ohne die unglaublich bereichernde Arbeit mit unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen, die ich machen darf. So viele junge Menschen könnte ich hier nennen, von denen ich lernen durfte und die ihre Erfahrungen mit mir geteilt haben. Mit denen ich gemeinsam nach für jeden einzelnen passenden Lösungen suchen durfte. Ich bewundere die Energie, den Überlebenswillen und die Kreativität dieser jungen Leute, die mir so sehr am Herzen liegen. Und möchte mich bei ihnen bedanken für ihr Einlassen auf einen gemeinsamen Prozess und die Offenheit im Umgang mit ganz persönlichen Problemen.

Ich möchte mich außerdem bedanken bei so vielen KollegInnen, die mich inspiriert und ermutigt haben, die sich Zeit genommen haben Korrektur zu lesen und kritische Rückmeldung und

Anregungen zu geben. Namentlich gilt dieser Dank v.a. Sonja Ziesemer und Daniela Mildenberger. Durch den Austausch von Erfahrungen und Methoden z.B. im Arbeitskreis psychologische Fachdienste für Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge Mittelfranken konnte die praktische Arbeit mit den Jugendlichen profitieren und die Idee zu diesem Buch überhaupt erst entstehen. Ich hoffe die mit diesem Handbuch entstandene Sammlung kann wiederum jeder und jedem unter Euch im Arbeitsalltag hilfreich sein. Vor allem das übersetzte Selbsthilfebuch kann hoffentlich die Arbeit mit Flüchtlingen erleichtern. Teilt mir Eure Erfahrungen damit mit! Nur durch den Austausch und gegenseitige Unterstützung kann unsere Arbeit mit Flüchtlingen weiterhin professioneller und reicher werden.

Außerdem danke ich dem TraumaHilfeZentrum Nürnberg e.V., das als Träger dieses Buchprojekts die Umsetzung erst ermöglicht hat und vor Ort wertvolle Arbeit für traumatisierte Menschen leistet! Ganz besonders danke ich Dr. Helmut Rießbeck und Karin von Vopelius für Ihre wertvolle Unterstützung und Ermutigung!

Ganz herzlichen Dank natürlich auch allen Spendern und Unterstützern, die Übersetzungen und Druck des Buches erst ermöglicht haben. Ein weiteres großes Dankeschön geht an Josef Schechner für das zur Verfügung stellen seiner schönen Fotografien und an Barbara Mutzbauer für die Gestaltung des tollen Covers. Den Übersetzern und Übersetzerinnen, die teilweise sogar ehrenamtlich über die Organisation Translators without Borders das Buch in wochenlanger Arbeit übersetzt haben, danke ich von ganzem Herzen! Auch Jeanette Niqué danke ich für die tolle Umsetzung der Illustration.

Für Rückfragen, Kritik, Rückmeldungen und Anregungen kontaktieren Sie mich gerne per Email:

selbsthilfebuch@gmail.com

oder über

TraumaHilfeZentrum Nürnberg e.V.

Glockenhofstraße 47

90478 Nürnberg






www.thzn.org

Telefon: 0176 44752020

E-Mail: kontakt@THZN.org

Schlafprotokoll der Woche von _____ bis _____

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
ABENDS							
Hast du heute tagsüber geschlafen? Wann und wie lange?							
Um wie viel Uhr bist du ins Bett gegangen?							
MORGENS							
Wie gut hast du geschlafen?	😊😊😊😊😊	😊😊😊😊😊	😊😊😊😊😊	😊😊😊😊😊	😊😊😊😊😊	😊😊😊😊😊	😊😊😊😊😊
Wie lange hat es gedauert bis du eingeschlafen bist?							
Warst du nachts wach? Wie oft und wie lange etwa?							
Wovon bist du aufgewacht?							
Wann bist du aufgestanden?							

<p>DATUM</p> 	<p>UHRZEIT</p> 	<p>SCHMERZ- STÄRKE</p> 	<p>WAS WAR LOS?</p> 	<p>WAS HABE ICH GEGEN DEN SCHMERZ GEMACHT?</p> 

Literaturverzeichnis:

- Abdallah-Steinkopff, B. (1999). Psychotherapie bei Posttraumatischer Belastungsstörung unter Mitwirkung von Dolmetschern. In: Verhaltenstherapie 9-1999, S. 211-220
- Baer, U. & Frick-Baer, G. (2016): Flucht und Trauma. Wie wir traumatisierten Flüchtlingen wirksam helfen können. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus
- Beckrath-Wilking, U., Biberacher, M., Dittmar, V. & Wolf-Schmid, R.(2013): Traumafachberatung, Traumatherapie & Traumapädagogik. Ein Handbuch für Psychotraumatologie im beratenden, therapeutischen & pädagogischen Kontext. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Boon, S., Steele, K. & Van der Hart, O. (2013): Traumabedingte Dissoziation bewältigen. Ein Skills-Training für Klienten und ihre Therapeuten. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Butollo, W. & Karl, R.(2014). Dialogische Traumatherapie. Manual zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Caby, F. & Caby, A. (2009): Die kleine Psychotherapeutische Schatzkiste. Tipps und Tricks für kleine und große Probleme vom Kindes- bis zum Erwachsenenalter. Dortmund: Borgmann Media
- Chalatbarie, F. & Chosrawani, S. (2012): Busfahrt ins Ungewisse. Berlin: Edition Orient
- Croos-Müller, C. (2014): Nur Mut! Das kleine Überlebensbuch. Soforthilfe bei Herzklopfen, Angst, Panik & Co. München: Kösel-Verlag
- Croos-Müller, C.(2015). Schlaf gut. Das kleine Überlebensbuch. Soforthilfe bei Schlechtschlafen, Alpträumen und anderen Nachtqualen. München: Kösel.
- Diegelmann, C. & Isermann, M. (2012). TrustBilder. Set mit 64 Bildkarten in Metallbox mit Manual. Kassel: ID Institut für Innovative Gesundheitskonzepte.
- Dorrmann, W. (2009): Suizid. Therapeutische Interventionen bei Selbsttötungsabsichten. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Dudenko, J. (2015): Mein Wut-Kritzeltuch. München: Pattloch Verlag
- Fleischhaker, C., Sixt, B. & Schulz, E. (2010). DBT-A. Dialektisch-behaviorale Therapie für Jugendliche. Ein Therapiemanual mit Arbeitsbuch auf CD. Freiburg: Springer.
- Baer, U. & Frick-Baer, G. (2016): Flucht und Trauma. Wie wir traumatisierten Flüchtlingen wirksam helfen können. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus.
- Frick-Baer, G. (2015): Kreative Traumatherapie: Aufrichten in Würde. Methoden und Modelle leiborientierter kreativer Traumatherapie. Neukirchen-Vluyn: Semnos Verlag

- Hantke, L. & Görge, H.-J. (2012). Handbuch Traumakompetenz. Basiswissen für Therapie, Beratung und Pädagogik. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Haus, C. (2015). Interkulturelle Psychotherapie. Psychotherapie mit Asylbewerbern aus der Sicht der Existenzanalyse. Saarbrücken: Akademikerverlag.
- Huber, M. [o.J.]. Ressourcium. www.kikt-thema.de
- Ende, M. & Fuchshuber, A. (1978): Das Traumfresserchen. Stuttgart: Thienemann Verlag
- Engelhardt, A.-M.(2016): Integrative (trauma-)therapeutische Arbeit mit unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen. In: Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung. 1/2016. Köln: GwG Verlag.
- Fischer, G. (2011): Neue Wege aus dem Trauma. Erste Hilfe bei schweren seelischen Belastungen. Ostfildern: Patmos Verlag
- Krause, F. & Storch, M. (2011). Ressourcen aktivieren mit dem Unbewussten. ZRM-Bildkartei. Bern: Huber.
- Krüger, A.(2015). Powerbook. Erste Hilfe für die Seele. Trauma-Selbsthilfe für junge Menschen. Hamburg: Elbe & Krüger.
- Liedl, A., Knaevelsrud, C. & Müller, J. (2014). Trauma und Schmerz. Manual zur Behandlung traumatisierter Schmerzpatienten. Stuttgart: Schattauer.
- Liedl, A., Schäfer, U. & Knaevelsrud, C. (2013). Psychoedukation bei posttraumatischen Störungen. Manual für Einzel- und Gruppensetting. Stuttgart: Schattauer.
- Najavits, L.M. (2009): Posttraumatische Belastungsstörung und Substanzmissbrauch. Das Therapieprogramm „Sicherheit finden“. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Opel, H., Dermirtas, N., Haardt, S., Hartung, J. & Kromp, C.(2015): Psychotherapie mit unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen. Manual für Einzel- und Gruppentherapie. Nürnberg: Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter, Klinikum Nürnberg. (unveröffentlichtes Manuskript)
- Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge Düsseldorf (Hg.). (2006). NaWa. Informationen und Übungen für traumatisierte Menschen. Textheft zur CD-Reihe. Düsseldorf: <http://www.wiki.psz-duesseldorf.de/images/7/77/PszNAWA.pdf> (Zugriff am 08.12.2015)
- Reddemann, L.(2008). Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT- Das Manual. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Sachsse, U. (Hg.) (2009): Traumazentrierte Psychotherapie. Theorie, Klinik und Praxis. Stuttgart: Schattauer.

Schneider, R. (2010): Die Suchtfibel. Wie Abhängigkeit entsteht und wie man sich daraus befreit. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.

Steil, R. & Rosner, R. (2009): Posttraumatische Belastungsstörung. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychotherapie. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Thünker, J. & Pietrowsky, R.(2010). Alpträume. Ein Therapiemanual. Göttingen: Hogrefe.

Tosic-Memarzadeh, R., Egenolf, C., Giesin, C.& Besikci, A.(2003). Dolmetschende im Beratungs- und Behandlungskontext. In: Deutsches Rotes Kreuz (Hg.) Materialien zur Traumarbeit mit Flüchtlingen. Manual 5. Karlsruhe: von Loeper Literaturverlag.

Weeber, V.M. & Gögercin, S. (2014). Traumatisierte minderjährige Flüchtlinge in der Jugendhilfe. Ein interkulturell- und ressourcenorientiertes Handlungsmodell. Herbolzheim: Centaurus.

Weinberger, S. & Papastefanou, C. (2008). Wege durchs Labyrinth. Personzentrierte Beratung und Psychotherapie mit Jugendlichen. Weinheim und München: Juventa.

Weiß, W. (2009): Philipp sucht sein Ich. Zum pädagogischen Umgang mit Traumata in den Erziehungshilfen. Weinheim und München: Juventa Verlag

Worden, W. (2011): Beratung und Therapie in Trauerfällen. Ein Handbuch. Bern: Verlag Hans Huber.

Zito, D. & Martin, E. (2016): Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen. Ein Leitfaden für Fachkräfte und Ehrenamtliche. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.