

Wissenswertes über Trauma

Wir, **die Gesellschaft zur Unterstützung von Gefolterten und Verfolgten e.V.**, wollen mit dem ‚Wissenswertes‘ einen Beitrag leisten, zu einem besseren Verständnis für traumatisierte Menschen. Die Broschüre richtet sich an Menschen unterschiedlichster Profession sowie an alle, die mit Flüchtlingen und AsylbewerberInnen arbeiten.

Der Schwerpunkt des ‚Wissenswertes‘ liegt dabei auf der Vermittlung von Hintergrundwissen über Traumatisierung, auf Erklärung und Sensibilisierung. Zusätzlich versuchen wir dem häufig geäußertem Bedürfnis nach klaren Richtlinien und Handlungsanweisungen für einen sensiblen Umgang mit Flüchtlingen und AsylbewerberInnen nachzukommen, können dieses aufgrund der Breite menschlicher Reaktionen nach Traumatisierung sowie der Unterschiedlichkeit professioneller Kontexte jedoch nicht grundsätzlich befriedigen. Deshalb ermutigen wir alle, die in ihrer Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen und AsylbewerberInnen zu tun haben, für konkrete Situationen und Probleme Fortbildung, Fachberatung und Supervision in Anspruch zu nehmen.

Denn, so ‚Wissenswert‘ das ‚Wissenswertes‘ auch sein mag – gezielte Fachberatung und Supervision kann und soll unsere Broschüre nicht ersetzen.

Caroline Dorn &
(Diplom-Psychologin)

Manuel Novoa
(Psychologischer Psychotherapeut)

Inhaltsverzeichnis

1. Was ist ein Trauma?

1.1 Das Trauma als situatives Ereignis

1.2 Das Trauma als Prozess

Das Konzept der sequentiellen Traumatisierung

Das Trauma als Zusammenspiel zwischen

Person und Umwelt

Die ‚krankmachende‘ Wirkung der Umwelt

2. Psychische Folgen von Traumatisierung

2.1 Beschwerden und Symptome, die Hinweise auf eine zugrundeliegende Traumatisierung sein können

2.2 Die enge, klinische Definition traumatischer Beschwerden

Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD)

Die Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung

Andauernde Persönlichkeitsveränderung nach

Extrembelastung

Andere Störungen, die gehäuft bei ‚traumatisierten‘

Menschen auftreten

3. Ein Spektrum von Möglichkeiten an Unterstützung

3.1 Was können ‚HelferInnen‘ tun?

Einstellungen

Kommunikationsformen

Verhaltensweisen

3.2 Ab wann ist Psychotherapie sinnvoll?

3.3 Die eigene ‚Psychohygiene‘ – wie kann ich mich schützen?

4. Notfallhilfe für Krisensituationen

Zum Umgang mit Krisen- und Panikreaktionen

Zum Umgang mit gereizt-aggressiven Ausbrüchen

Zum Umgang mit ‚dissoziativen Zuständen‘

5. Anlaufstellen und Kontakte

1. Was ist ein Trauma?

1.1 Das Trauma als situatives Ereignis

Von einem ‚Trauma‘ (aus dem griechischen: ‚Wunde‘) sprechen wir, wenn Menschen mit bedrohlichen Erfahrungen wie Unfällen oder Katastrophen konfrontiert sind, und in deren Folge längeranhaltende psychische und körperliche Spuren davontragen.

Allgemein werden so unter dem Begriff ‚Trauma‘ unterschiedlichste ‚Extremerfahrungen‘ wie Verkehrsunfälle, Naturkatastrophen, Gewaltkriminalität, Inhaftierung, Folter, Verfolgung, Kriegserlebnisse, Vergewaltigung, sexuelle Gewalt an Kindern, zum Teil jedoch auch Erfahrungen wie ‚Mobbing‘, Arbeitslosigkeit etc. zusammengefasst. Da der Begriff ‚Trauma‘ damit in der Alltagssprache sehr weit gefasst ist und inzwischen Gefahr läuft inflationär benutzt zu werden, wurden im klinischen Fachverständnis Kriterien festgelegt, wann ein Ereignis als ‚traumatisch‘ anzusehen ist.

Von einer Traumatisierung ‚im klinischen Sinn‘ sprechen wir immer dann, wenn eine Person und/oder ihre Mitmenschen Situationen außergewöhnlicher Bedrohung bzw. katastrophalen Ausmaßes durchleben, die außerhalb der üblichen menschlichen Erfahrung liegen. Das, was sich "außerhalb der menschlichen Erfahrung" befindet, ist dabei auch vom Entwicklungsstadium der betroffenen Person abhängig. So wirken sich bedrohliche Ereignisse anders auf Kinder als auf Erwachsene aus. Eine Situation ist dementsprechend dann potentiell traumatisch, wenn sie bei fast jedem Menschen, der sich im selben Entwicklungsstadium befindet, eine tiefe Verstörung hervorrufen würde.

Bedrohungen in diesem Sinn gelten als ‚katastrophal‘ und ‚existentiell bedrohlich‘, wenn in der traumatischen Situation entweder

- eine Gefahr für das eigene Leben und/oder die körperliche Unversehrtheit besteht (*existentielle Bedrohung von Leben*), oder
- die Bindung zu einer bedeutenden Bezugsperson akut bedroht ist. Dies ist z.B. bei der Zeugenschaft einer lebensbedrohlichen Situation für (eine) nahestehende Person(en) der Fall (*existentielle Bedrohung von Bindung*) oder
- die Wahrnehmung ein autonom handelnder und denkender Mensch zu sein, bedroht ist (*existentielle Bedrohung von Autonomie*).

In einer ‚traumatischen‘ Situation ist es nicht möglich, zu flüchten oder sich zu verteidigen bzw. eine Flucht oder Verteidigung führt nicht zu einem Nachlassen der Bedrohung; d.h. die Situation kann nur in einem Zustand von intensiver Furcht, Hilflosigkeit, Ausgeliefertsein und Entsetzen ertragen werden.

Ein Trauma ist eine normale körperliche und psychische Reaktion auf ein anormales Ereignis bzw. das nachhaltige Erleben einer anormalen Situation außerhalb der alltäglichen Erfahrung.

Ausgehend von dem traumatischen Ereignis werden verschiedene Arten von Traumatisierung als unterschiedlich schwerwiegend beschrieben.

Unterschieden wird einmal nach der Dauer des traumatischen Ereignisses in

- einmalige bzw. kurzdauernde traumatische Ereignisse (*Typ-I-Traumata*) sowie
- wiederholte und/oder über lange Zeiträume hinweg andauernde Traumatisierungen (*Typ-II-Traumata*).

Des Weiteren wird nach der Verursachung des Traumas unterschieden zwischen

- von Menschenhand ausgelösten Traumen (sog. '*man-made disasters*', wie Krieg, Folter, Vergewaltigung, etc.) und
- z.B. Naturkatastrophen, als nicht direkt von Menschen verursachte Traumata.

In ihren Auswirkungen werden Typ-II-Traumata und von Menschen verursachte Verletzungen als schwerwiegender betrachtet, da sie das Vertrauen in menschliche Beziehungen fundamental erschüttern.

1.2 Das Trauma als Prozess

In der Arbeit mit Flüchtlingen und Opfern von gesellschafts-politischer Gewalt erweist sich die isolierte Betrachtung des ‚Trauma’s als Ereignis‘ schnell als unzureichend. Diese Perspektive erklärt z.B. nicht, wieso einige Menschen traumatische körperliche und psychische Beschwerden nach extrem bedrohlichen Erfahrungen entwickeln, andere jedoch nicht. Zusätzlich werden bei einer isolierten Betrachtung des punktuell auslösenden Ereignisses weitere potentiell ‚krankmachende‘ Faktoren wie die Bedingungen auf der Flucht, der Verlust von Heimat und sozialer Identität genau wie die Lebensbedingungen im Aufnahmeland in ihrer pathogenen Wirkung außer acht gelassen. Flüchtlinge und AsylbewerberInnen sind nicht nur durch einen biographischen Hintergrund von Extrembelastung vor der Flucht (wie Folter, Inhaftierung, Vergewaltigung) belastet. Nach einer ebenfalls strapaziösen Flucht sind sie auch im Aufnahmeland Deutschland extrem destabilisierenden Lebens- und Rahmenbedingungen ausgesetzt.

Selten ist nur ein einmaliges Ereignis für die Traumatisierungsreaktion verantwortlich. Die Traumatisierung ist ein Prozess und entsteht bzw. entwickelt sich individuell aus dem Aufeinanderfolgen von potentiell erschütternden Belastungsereignissen.

Das Konzept der sequentiellen Traumatisierung

Das schädigende Zusammenwirken von vergangenen und gegenwärtigen Belastungserfahrungen wird mit dem von Keilson 1979 geprägten Begriff der ‚sequentiellen Traumatisierung‘ beschrieben. Keilson unterscheidet drei Phasen von Traumatisierung und damit Möglichkeiten einer Traumaverschärfung oder Traumaverarbeitung: die primäre, die sekundäre und die tertiäre Traumatisierung.

Neben individuellen Unterschieden und Ressourcen für den Umgang mit dem aktuellen Trauma und kurz danach (primäre und sekundäre Phase) ist nach Keilson insbesondere die

dritte Phase, die tertiäre Traumatisierung, für die Ausbildung einer Traumatisierungsreaktion bzw. Chronifizierung psychischer und körperlicher Beeinträchtigungen relevant. Dritte ‚Phase‘ bezieht sich dabei auf die Möglichkeit und Notwendigkeit, sich nach dem erlittenen Trauma ein neues Leben mit sozialer Sicherheit und Stabilität aufzubauen. Bei mangelnder sozialer Integration und Unterstützung kommen nicht nur neue zu den alten Wunden hinzu, sondern die traumatischen Erfahrungen bzw. Lebensabschnitte erhalten durch das Fortdauern der Belastung eine neue Qualität und verhärten sich zu einem zusammenhängenden traumatischen Prozess.

Das Trauma als komplexes Zusammenspiel zwischen Person und Umwelt

Ein anderes Modell zur Beschreibung und Erklärung komplexer traumatischer Reaktionen ist das *Verlaufsmodell psychischer Traumatisierung* von Fischer und Riedesser. Neben dem potentiell traumatischen Ereignis sind hier die verfügbaren individuellen und sozialen Ressourcen der Person von zentraler Bedeutung.

Fischer & Riedesser definieren ein extremes psychisches Trauma mit den Worten:

"Ein Trauma ist ein vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“ (Fischer et al., 1996).

Potentiell traumatisierend ist entsprechend dieser Definition das Missverhältnis, das sich aus dem Spannungsfeld zwischen dem realen Ereignis und dem Erleben der Person betroffenen Person ergibt. D.h. auf der einen Seite steht das extrembedrohliche Ereignis, auf der anderen Seite stehen die von der Person subjektiv in der Situation wahrgenommenen Bewältigungsmöglichkeiten. Die individuelle Reaktion eines Menschen auf eine andauernde traumatische Situation ist dabei zu verstehen als Versuch, die traumatische Situation auszugleichen (Prozess der traumatischen Kompensation).

Entscheidend für die Möglichkeit einer Traumaverarbeitung bzw. umgekehrt einer Aufrechterhaltung der Traumatisierung ist damit auch, wie sich die mitmenschliche soziale Umwelt zu dem traumatischen Leiden verhält (z.B. Anerkennung des erlittenen Unrechts) und wie die soziale Umwelt nach Ende der traumatischen Erfahrung gestaltet ist (Soziale Perspektive vs. Verschärfung der Situation).

Die ‚krankmachende‘ Wirkung der Umwelt

Die Lebenssituation und Rahmenbedingungen für Flüchtlinge und AsylbewerberInnen, die im Aufnahmeland Deutschland Schutz und Sicherheit suchen, wie z.B. die verordnete Untätigkeit, sind so ausgelegt, dass sie die individuelle Überzeugung, 'keinen Einfluss auf das eigene Leben ausüben zu können' leicht verstärken und festigen können.

Das psychologische Konzept der ‚erlernten Hilflosigkeit‘ (Seligman, 1975) besagt, dass wenn ein Individuum auf nichtkontrollierbare Situationen und Ereignisse trifft und immer wieder die

Erfahrung macht, dass es keine Veränderungen bewirken kann bzw. seine Handlungen nicht die gewünschten Effekte erzielen, die Gefahr besteht, diese Erfahrungen zu generalisieren.

Aus der in der Situation erlebten Hilflosigkeit (z.B. wiederholte oder vergebliche Beantragung von Genehmigungen) wird zunehmend eine generalisierte Hilflosigkeitsüberzeugung und – Erwartung. Die Bereitschaft, Einfluss nehmen zu wollen, verringert sich. Auch teilweise kontrollierbare Ereignisse werden als unkontrollierbar wahrgenommen und die Gefühlswelt spiegelt zunehmend eine hoffnungslose, resignierte, aussichtslose und depressive Verstimmung wider.

Die sog. Selbstwirksamkeit als der Teil des Selbstkonzepts, der besagt ‚Ich bin jemand, der Situationen meistern kann‘ und damit einen wichtigen Teilbereich seelischer Gesundheit sowie die motivationale Basis für Handeln darstellt, nimmt ab.

Flüchtlinge machen in Deutschland immer wieder die Erfahrung, dass sie ihre Leben nicht aus eigener Kraft beeinflussen können und übertragen diese Erfahrung als generalisierte Formel auf alle Bereiche ihres Lebens.

Die Lebenssituation traumatisierter Flüchtlinge und AsylbewerberInnen ist so gekennzeichnet durch einen mindestens **doppelten Belastungshintergrund**: der biographischen Erfahrung einer Extrembelastung vor bzw. auf der Flucht sowie den erheblich eingeschränkten Lebensbedingungen bei mangelnder bis fehlender Lebensperspektive im Aufnahmeland Deutschland (insbesondere bei Menschen mit ungesichertem Aufenthaltsstatus und Duldung). Der enge Rechtsrahmen sowie die staatlich verordnete soziale Ausgrenzung halten häufig vergangene Traumata aufrecht und erhöhen die Gefahr von Chronifizierung und Retraumatisierung.

Die o.g. Konzepte ‚vitales Diskrepanzerlebnis‘, ‚traumatischer Prozess‘ sowie ‚sequentielle Traumatisierung‘ weisen dabei hin auf weitere Schutz- und Risikofaktoren mit Bedeutung für die Vertiefung und insbesondere den Verlauf einer traumatischen Reaktion. Zu Risikofaktoren zählen so neben einer mangelnden Sicherheit, Stabilität und sozialen Integration, die mangelnde Möglichkeit zu ‚Erholung‘, die mangelnde Möglichkeit zu Sinnstiftung von Gegenwart und Zukunft, die mangelnde Perspektivbildung sowie die mangelnde Erfahrung von Kompetenz und Selbstwirksamkeit. Jede neue Hilflosigkeits-, Ohnmachts- und Ausgrenzungserfahrung kann so alte Wunden wieder aufreißen und wird subjektiv erlebt als eine Fortführung der nicht-enden-wollenden Verfolgung.

Körperliche und psychische Spuren traumatischer Ereignisse bleiben in Deutschland häufig bestehen und verhärten sich zu vielfältigen körperlichen und psychischen Beschwerdekomplessen.

2. Psychische Folgen von Traumatisierung

Die möglichen körperlichen und psychischen Folgen von Traumatisierung sind vielfältig und können so unterschiedlich sein, wie die Menschen selbst. Auch sind Menschen, die Opfer von Gewalteinwirkung geworden sind, unterschiedlich in der Lage mit den körperlichen und psychischen Folgen der Verletzung alleine, mit der Hilfe ihrer Familie und der Unterstützung durch andere umzugehen. Jedoch gibt es in der Fachwelt verschiedene Anstrengungen, häufig auftretende Phänomene und Strukturelemente psychischer Traumatisierung zusammenzustellen.

2.1 Beschwerden und Symptome, die Hinweise auf eine zugrundeliegende Traumatisierung sein können

Folgende Beschwerden und Symptome treten häufig in Folge von Traumatisierung auf und können Hinweise auf eine potentiell zugrundeliegende Traumatisierung sein:

- **Erinnerungsattacken** - sog. Flashbacks und Intrusionen, d.h. ein plötzliches ‚Überwältigt-Werden‘ von den traumatischen Erinnerungen bzw. ein Sich-Fühlen oder ständiges Erleben, als ob das Trauma gerade passieren würde.
- **Alpträume** – d.h. Wiederkehren des traumatischen Ereignisses bzw. von Szenen des traumatischen Ereignisses in Träumen; nächtliches Erwachen mit Angst, Zittern und Schwitzen.
- **ausgeprägte Schlafstörungen** – d.h. nicht Einschlafen können, nicht Durchschlafen, Früherwachen, Schlaflosigkeit, Angst vor der Nacht und nicht im Dunkeln schlafen können.
- **Abwesenheitszustände** - sog. dissoziative Zustände, wie z.B. „auf die Straße gehen, obwohl die Ampel rot ist“, „die richtige Busstation verpassen“, geistige Abwesenheit im Gespräch „und nichts mehr mitkriegen“.
- **Konzentrationsstörungen** – beim Lesen, Lernen, Arbeiten, bei der Verrichtung alltäglicher Dinge, wie z.B. „am Satzende den Satzanfang des Gelesenen nicht mehr wissen“.
- **Gedächtnis- und Erinnerungsstörungen** – d.h. ein ganzer Zeitabschnitt, häufig das traumatische Erlebnis, wird nicht mehr erinnert oder „vergessen“; es wird komplett vermieden, mit der Vergangenheit in Berührung zu kommen.
- **Nervosität, Anspannung, innerer Druck und Unruhe** – d.h. ständig auf 'hab' Acht Stellung' sein.
- **Ausgeprägte Schreckhaftigkeit** – z.B. Zusammenzucken bei kleinsten Geräuschen oder plötzliche Bewegungen.
- **Ausgeprägte Stimmungsschwankungen** – d.h. niedergeschlagen oder wütend werden wegen Kleinigkeiten, plötzliche Weinanfälle bis Weinkrämpfe, Reizbarkeit und Wutanfälle.
- **Befürchtung ‚nicht mehr normal zu sein‘** - die Kontrolle zu verlieren oder verrückt zu werden, da die Beschwerden wahrgenommen werden, aber nicht zugeordnet und verstanden werden können; der Betroffene verhält sich plötzlich anders, als er sich kennt.

- **Ausgeprägtes Misstrauen und Gefühl isoliert zu sein** - Gefühl, dass einem niemand verstehen oder helfen kann.
- **Grübeln** – über die Vergangenheit, das Verlorene, aber auch die Gegenwart, im Sinne von ‚Warum ich?‘.
- **Verlangsamung und Erstarrung** – d.h. niedriges Aktivitätsniveau.
- **Vegetative Symptome** - wie Zittern, Atembeschwerden, Herzrasen, Herzschmerzen.
- **Unterschiedliche Körperschmerzen** - wie anhaltende Kopfschmerzen, Migräne, Körper- und Gliederschmerzen, Kreislaufprobleme, gynäkologische Beschwerden.

2.2 Die enge, klinische Definition traumatischer Beschwerden

Neben der akuten Belastungsreaktion (Schock, Lähmung, Entsetzen und Rückzug für Stunden bis Wochen nach dem Trauma) sind anhaltende körperliche und psychische Leiden aufgrund von Traumatisierung international von den beiden weisungsgebenden Institutionen – der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der American Psychiatric Association (APA) - unter den Begriffen **Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD)** und **anhaltende Persönlichkeitsveränderung nach Extremtraumatisierung** als Störung von Krankheitswert, für die ein Heilauftrag besteht, anerkannt.

Die im Folgenden genannten Kriterien sind dementsprechend für psychotherapeutisch mit Flüchtlingen und AsylbewerberInnen arbeitende ÄrztInnen und PsychologInnen sowie in der Gutachtenerstellung bindend.

Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD)

Eine PTSD ist gekennzeichnet durch (Zusammenfassung nach WHO und APA):

- **ein wiederholtes sensorisches Wiedererleben des Traumas**, in Form von
 - (a) sich aufdrängenden Bildern und Erinnerungen (Intrusionen, Flashbacks),
 - (b) wiederholten, stark belastenden Träumen (Alpträume),
 - (c) einem plötzlichem Fühlen und Handeln, als ob das Trauma wiedergekehrt wäre (z.B. Gefühl, das Ereignis wieder zu durchleben) sowie
 - (d) intensiven psychischem Leiden bei der Konfrontation mit Ereignissen, die das traumatische Ereignis symbolisieren oder ihm in irgendeiner Weise ähnlich sind.
- **anhaltende Vermeidung von Situationen oder ‚Auslösereizen‘**, die dem ursprünglichen traumatischen Erlebnis ähneln oder die Erinnerungen an das Trauma wachrufen können. Dazu gehören
 - (a) Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen

hervorrufen

(b) Gedanken und Gefühle, die Erinnerungen hervorrufen bis hin zu

(c) der Unfähigkeit sich an wichtige Bestandteile des Traumas zu erinnern als typische Gedächtnisstörung (psychogene Amnesie).

- ***anhaltende Symptome eines erhöhten Aroussals***, d.h. eine andauernde Übererregung, die sich ausdrücken kann in Schlafstörungen, Reizbarkeit oder Wutausbrüchen, Konzentrationsstörungen, Schreckhaftigkeit.
- ***eine Einschränkung der allgemeinen Reagibilität***, d.h. ein eingeschränkter Affekt in Form eines andauernden Gefühls von Betäubt-Sein und emotionaler Stumpfheit, Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen in Form von Isolierung und Entfremdung, Teilnahmslosigkeit gegenüber der Umgebung in Form mangelnden Interesses an bedeutenden Aktivitäten und dem Gefühl einer überschatteten Zukunft.

Dabei sind die o.g. Symptome und Beschwerden bei traumatisierten Menschen nicht gleichermaßen vorhanden, sondern treten in individuell unterschiedlichen Mustern auf. Auch können die Symptom- und Beschwerdekompexe sich mit der Zeit verändern, d.h. es handelt sich nicht um ein statisches Krankheitsbild, sondern um Symptome eines intrapsychischen traumatischen Prozesses. Die Diagnose einer PTSD wird gestellt, wenn mehrere Symptome aus oben genannten Gruppen gemeinsam auftreten und der Bezug zu einem traumatischen Ereignis gegeben ist (siehe 1.1). Die Beschwerden sollen dazu in einem maximalen zeitlichen Abstand von sechs Monaten von dem traumatischen Ereignis aufgetreten sein und seit nicht länger als zwei Jahren bestehen.

Häufig reicht das Konzept der PTSD so nicht aus, um die Folgen für Menschen zu beschreiben, die über lange Zeiträume hinweg traumatischen Ereignissen ausgesetzt waren und bei welchen die Traumatisierung von ‚Menschen‘ (sog. man-made Desasters) verursacht wurde. Deshalb wurde von Herman (1992) der Begriff der ‚Komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung‘ geprägt und der WHO und APA zur Anerkennung vorgeschlagen.

Dieses Störungsbild, welches bislang nicht in die Diagnosemanuale der beiden weisungsgebenden Institutionen aufgenommen wurde, war die Grundlage für die Kennzeichnung der Andauernden Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung. In dem Konzept der Komplexen PTSD sind neben dem Bezug zum traumatischen Ereignis die tiefgreifende Erschütterung des Selbst- und Weltbildes bei gleichzeitig vollständigem Ausgeliefertsein, die Ohnmacht und Hilflosigkeit sowie die Handlungseinschränkung stärker berücksichtigt.

Die Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung

Die Komplexe PTSD ist zusätzlich zu den für die PTSD o.g. Symptomen gekennzeichnet durch:

- **Störungen in der ‚Gefühlswelt‘**, wie Depression, Hoffnungslosigkeit, chronische Beschäftigung mit Suizidgedanken, autoaggressives und selbstbeschädigendes Verhalten.
- **Veränderungen im Selbstbild bzw. der Wahrnehmung der eigenen Person**, wie ausgeprägte Schamgefühle und Schuldgefühle, Gefühle von Fremdheit sich selbst, anderen und der Welt gegenüber, Gefühle von Wertlosigkeit und Stigmatisierung.
- **Veränderung in den sozialen Beziehungen**, d.h. ausgeprägtes Misstrauen, sozialer Rückzug, Isolation, Verlust sozialer Fähigkeiten, herabgesetzte Fähigkeit sich selbst zu schützen

Sehr schwere und chronische, d.h. über viele Jahre bestehende und zum Teil irreversible psychische Traumafolgen werden abgeleitet von diesem Konzept in dem von der WHO herausgegebenen Diagnosemanual unter dem Begriff Andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung beschrieben.

Andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung

Als Andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung gilt, wenn eine Person ihre innere und äußere Welt über einen Zeitraum von mehr als zwei Jahren in den unterschiedlichsten Lebensbereichen situationsübergreifend und ohne Ausnahmen wie folgt gestaltet:

- Eine feindliche, misstrauische Haltung der Welt gegenüber.
- Sozialer Rückzug, Isolation bis hin zum Verlust basalster sozialer Kompetenzen.
- Gefühl der Leere und Hoffnungslosigkeit.
- Ein chronisches Gefühl von Nervosität bei ständigem Bedroht-Sein.
- Entfremung (dem eigenen Selbst, der Welt und den Mitmenschen gegenüber).

Wie oben ausgeführt, entwickeln nicht alle Menschen, die traumatische Ereignisse erlitten haben, psychische Auffälligkeiten und Beschwerden. Neben dem Spannungsfeld zwischen traumatischen Erlebnis und individuellen Ressourcen und Bewältigungsmöglichkeiten, sind unterschiedliche Schutz- und Risikofaktoren mit Einfluss auf die traumatische Reaktion wirksam, die die Entwicklung eines traumatischen Prozesses fördern oder hemmen.

Auch ist die Posttraumatische Belastungsstörung in ihren unterschiedlichen Ausprägungen nur eine von vielen Reaktionsmöglichkeiten, d.h. das Erleiden traumatischer Ereignisse erhöht insgesamt die Wahrscheinlichkeit an psychischen Störungen zu erkranken.

Andere Störungen, die gehäuft bei ‚traumatisierten‘ Menschen auftreten sind:

- Anpassungsstörungen
- Depressionen
- Ängste
- Somatisierungsstörungen

3. Ein Spektrum von Möglichkeiten an Unterstützung

Genauso vielfältig wie die Reaktionen von Menschen auf traumatische Ereignisse und teilweise individuell die Verläufe traumatischer Reaktionen sind die Möglichkeiten und Notwendigkeiten an Unterstützung. Allen voran brauchen traumatisierte Menschen Sicherheit und Stabilität. Unterstützungsmöglichkeiten beziehen sich so neben aufenthaltsrechtlicher Unterstützung und Klärung (gesicherter Aufenthaltsstatus als Grundsicherheit) auf unterschiedliche Bereiche und Möglichkeiten von Stabilisierung.

Stabilisierung in diesem Zusammenhang meint den Aufbau und die Förderung von äußeren aber auch inneren Strukturen, die ein Erleben von Sicherheit, Orientierung, Einflussnahme, Fähigkeiten und Selbstwert sowie ein verlässliches und verbundenes Miteinander im Sozialen sowie Sinn, Kontinuität und Perspektive der eigenen Existenz ermöglichen.

In diesem Sinn bezieht Stabilisierung sich immer auf verschiedene äußere Lebensbereiche genau wie auf eine Förderung und Unterstützung positiven inneren Erlebens. D.h. sie umfasst im Äußeren die Unterstützung von Schule, Beruf, Ausbildung und Qualifizierung bis hin zum Aufbau und der Unterstützung sozialer Integration und Eingliederung sowie der Förderung von Selbstorganisation. Für das ‚Innere‘ umfasst Stabilisierung jedwede Unterstützung und Förderung sich im eigenen Leben als ‚Selbst Handelnder‘ mit positiven Erfahrungen zu erleben. Stabilisierung in diesem Sinn braucht verschiedene Berufsgruppen, sie setzt an in unterschiedlichen Bereichen und umfasst ein breites Spektrum an Möglichkeiten, die potentiell dazu beitragen, einen traumatischen Prozess zu lindern bzw. nicht weiter zu verschlimmern. Unterstützung in diesem Sinn ist ein ‚Baukastensystem‘ bezogen auf die Bereiche Aufenthaltsrecht, berufliche und soziale Einbindung sowie psychosoziales Wohlbefinden.

Was brauchen traumatisierte Menschen?

Stabilisierend im Sinne dieses ‚Baukastensystems‘ sind alle Maßnahmen, Handlungen und Kontakte, die traumatisierten Menschen Entscheidungs- und Handlungsspielräume öffnen und damit folgende Erfahrungen – zumindest ansatzweise - ermöglichen:

Weg von...

der ‚erlernten Hilflosigkeit‘ als alltägliche Erfahrung von Hilflosigkeit und Ohnmacht

Hin zu ...

der Erfahrung von Selbstwirksamkeit, d.h. der Erfahrung ‚ich bin zu etwas kompetent und nütze‘.

der Erfahrung von Kontrollverlust durch Verordnete Passivität und Tatenlosigkeit

der Erfahrung von Kontrollüberzeugung durch Handlung und Selbstständigkeit.

der Festschreibung auf eine apathische Opferidentität und dem aufgezwungen Verharren in dieser

der Möglichkeit des (Wieder-) Aufbaus einer positiv besetzten Identität durch Schaffung eines Zugangs zu Kompetenzen u. Ressourcen.

der Erfahrung von Ausgrenzung

der Erfahrung von sozialer Zugehörigkeit, Teilhabe und Anerkennung.

der Erfahrung von Perspektiv- und Sinnlosigkeit

zur Möglichkeit einer Sinnstiftung von Gegenwart und Zukunft

3.1 Was können ‚HelferInnen‘ tun?

Das Bedürfnis nach detaillierten Richtlinien für einen sensiblen, Retraumatisierung vermeidenden Umgang mit Flüchtlingen und AsylbewerberInnen ist nachzuvollziehen, kann jedoch aufgrund der Breite menschlicher Reaktionen nach Traumatisierung sowie der Unterschiedlichkeit professioneller Kontexte nicht grundsätzlich befriedigt werden.

Jedoch können eine Reihe von Einstellungen, Kommunikationsformen und Verhaltensweisen benannt werden, die hilfreich sind, wenn man potentiell traumatisierten Menschen gegenübertritt. Über diese allgemeinen ‚Richtlinien‘ hinaus sind spezifische Situationen und Fragen sowie konkrete Probleme im Umgang mit traumatisierten Menschen ein Thema für Fachberatung und Supervision.

Einstellungen

- ***Sensibilität*** für möglicherweise im Hintergrund stehende Traumatisierungen. Genau wie ein sensibler und vorsichtiger Umgang mit der Benennung: ‚du bist traumatisiert‘, da traumatisiert zu sein für viele Stigmatisierung bedeutet, d.h. verstanden wird als ‚krank‘ oder ‚durchgeknallt‘,
- ***Parteilichkeit und Akzeptanz*** – nicht der ‚Person‘ die Schuld für seinen Zustand suggerieren.
- ***‚Den Menschen da abholen, wo er steht‘***, als allgemeiner Grundsatz jeder psychosozialen Arbeit. Dazu gehört auch Vermeidungsreaktionen von Flüchtlingen gegenüber dem Ihnen Widerfahrenen als bewährte Bewältigungsversuche zuzulassen und zu würdigen.
- ***Traumatisierte Menschen nicht nur als Opfer zu sehen, sondern als ‚Überlebende‘***, d.h. als Menschen, die es geschafft haben eine katastrophale Bedrohung zu überleben, die es geschafft haben, zu flüchten, die den Versuch unternommen haben, Sicherheit zu finden.
- ***Sich auf einen langsamen Beziehungsaufbau und wiederkehrende Beziehungstests gefasst machen***, da jeder Mensch der in seinem Vertrauen in die menschliche Umwelt sehr stark erschüttert wurde, dieser (zu Recht) immer wieder misstraut, das Gefühl hat alleingelassen, nicht verstanden und ausgeliefert zu sein. Hierzu gehört insbesondere auch misstrauische und vorwurfsvolle Haltungen einem Selbst gegenüber nicht persönlich nehmen. Nicht, wenn angebotene Ratschläge nicht angenommen und/oder umgesetzt werden, denken, ‚das nützt alles nichts‘ und in der weiteren Unterstützung nachlassen. Hilfreich hier ist z.B., ‚gemeinsam zu schauen‘, was es verhindert, dass aus professioneller Sicht sinnvolle Hilfe nicht angenommen werden kann.

Kommunikationsformen

- **Zuhören können** – d.h. darauf eingehen, wenn der Betroffene etwas über seine Erlebnisse und Erfahrungen erzählen möchte. Sprechen *kann* helfen, die Situation besser zu verstehen und verarbeiten.
- **Ein Gesprächsangebot machen: ‚nicht abwiegeln, aber auch nicht drängeln‘** – ungünstig ist sowohl ‚da brauchen Sie jetzt nicht drüber nachdenken, jetzt sind Sie in Sicherheit‘ als auch ‚da müssen Sie unbedingt drüber sprechen‘, denn: Der betroffene Mensch selbst entscheidet, wann, wo und worüber er mit wem spricht.
- **Geduld haben – gelassen reagieren** – Sich ausreichend Zeit lassen!

Verhaltensweisen

- **Informationen und Erklärung geben:** Wenn man psychosomatische und psychische Symptome wahrnimmt, ist es wichtig, eventuelle Zusammenhänge mit biographischen Erfahrungen anzusprechen und die Symptome und Beschwerden als **normale** körperliche und psychische Reaktion auf eine anormale Situation einzuordnen (Prinzip Psychoedukation). Dies gilt auch für Gefühlsausbrüche und angstmachende Gedanken, wie ‚verrückt zu werden‘. Gerade hier gilt es, Ruhe zu bewahren, sie zuzulassen, sie nicht zu bewerten und sie zur Entlastung des Betroffenen immer wieder als normale Reaktion auf seine psychische Situation einzuordnen.
- **Entspannungsmöglichkeiten fördern** – z.B. besprechen, welche Möglichkeiten der Entspannung jemand vor dem belastenden Ereignis hatte, an die sich eventuell anknüpfen lässt.
- **Normalität herstellen und wiederfinden** – d.h. Unterstützung des Betroffenen bei der Planung ‚normaler‘ Tagesabläufe, mit Einkauf, Freizeit und sozialen Kontakten, gegebenenfalls auch Ermutigung an Zeremonien/Festen, die für die jeweilige Kultur wichtig sind, teilzunehmen, etc.
- Das **Selbstwertgefühl stärken** – z.B. dadurch, dass man Anerkennung dafür signalisiert, was jemand in der Vergangenheit geleistet hat, dadurch, dass man das Augenmerk darauf richtet, was jemand kann/schafft, dadurch, dass man auf kleine Fortschritte und Erfolge hinweist, d.h. auch positive Rückmeldung geben, Stärken herausstellen, gemeinsam lachen, füreinander Dasein, etc.
- Die **Selbstwirksamkeit stärken**, heißt jemanden unterstützen, aber ihm nicht zu viel abnehmen, immer darauf hinarbeiten, dass durch die Unterstützung für den Betroffenen eigene kleine Handlungsspielräume eröffnet werden, in welchen er/sie sich in seinem Alltag, z.B. seinen sozialen Beziehungen, als Selbst erfolgreich Handelnde/r wahrnehmen kann.

- **Gegen Generalisierungen arbeiten** – d.h. extreme Bewertungen, wie ‚alles‘, ‚nichts‘, ‚immer‘ oder ‚nie‘ aufgreifen und anhand von Alternativbeispielen relativieren.

3.2 Ab wann ist Psychotherapie sinnvoll?

Ein weiterer Baustein im Spektrum der Unterstützungsmöglichkeiten ist eine fachlich ärztlich-psychotherapeutische oder psychologisch-psychotherapeutische Unterstützung. Neben Defiziten in der gesundheitlichen Versorgungsstruktur sowie Schwierigkeiten bei der Sicherung der Übernahme der Finanzierung ist ein weiteres Hindernis hier jedoch häufig, dass der Betroffene Selbst sich nicht in Behandlung begeben möchte, weil er glaubt, sich selbst oder anders helfen zu können bzw. er als Überlebensstrategie mit seiner Vergangenheit nichts mehr zu tun haben will.

Eine Vermittlung an Fachleute – PsychiaterInnen, Ärztliche und Psychologische PsychotherapeutInnen – ist insbesondere dann sinnvoll und notwendig, wenn:

- **Leidensdruck** besteht, d.h. der betroffene Flüchtling selbst möchte sich in Behandlung begeben, da er von den traumatischen Symptomen gequält ist.
- **schwere, anhaltende depressive Verstimmungen** bestehen, d.h. ein erheblicher Antriebsmangel, Apathie, Lustlosigkeit, Appetitverlust und Gewichtsabnahme, körperliche Schwäche, sich zunehmend aus Kontakten zurückziehen, das Haus nicht mehr verlassen, weinen.
- **Andere schwere psychische Störungen, wie Psychosen, Ängste** bestehen.
- **Selbst- und/oder Fremdgefährdung** besteht, d.h. Suizidgedanken und –Impulse geäußert werden, sich selbst verletzt wird in Form von z.B. Schneiden, Schlagen, Kratzen aber auch bei zunehmend aggressiven Ausbrüchen, die sich gegen Sachen und/oder andere Menschen richten.

Auch **Körperliche Beschwerden, Schmerz- und Lähmungserscheinungen** sowie Ohnmachtsanfälle sollten in jedem Fall einer körperlichen, aber auch psychosomatischen Abklärung zugeführt werden.

3.3 Die eigene ‚Psychohygiene‘ – wie kann ich mich schützen?

Am wichtigsten, um potentiellen Überforderungen im Umgang mit Traumatisierten vorzubeugen und sie zu vermeiden, ist, wie oben bereits dargestellt, der Austausch im Team – aber auch im Sinne von Fachberatung, Supervision und Coaching. Je stärker die persönliche Betroffenheit, desto wichtiger ist es mit anderen bzw. auch einem Experten über die eigene emotionale Befindlichkeit, die Hilflosigkeit, die Wünsche, etc. zu sprechen – teilweise um gemeinsam das weitere Vorgehen zu planen, teilweise um eine notwendige professionelle Distanz wiederzugewinnen. Weiter ist für die eigene ‚Psychohygiene‘ hilfreich:

- Eine gute, klare und transparente Zeitstruktur – Klarheit und Transparenz bzgl. Anfang, Ende, Raum und Zeit für ein Gespräch kann helfen keine übertriebenen

Erwartungen zu wecken und kann überhöhten Ansprüchen an sich selbst und die Betroffenen vorbeugen.

- Sich zu trauen, Grenzen zu setzen, d.h. sich nicht scheuen, jemanden angemessen zu ‚stoppen‘, wenn man merkt, dass man nicht mehr zuhören kann.
- Die eigene Belastbarkeit einschätzen können und wissen, wo die Grenzen der Belastbarkeit liegen. Die Belastungsgrenzen ansprechen (gegenüber dem Team und der Leitung).
- Natürliches und institutionelles Unterstützungsnetz aktivieren („Ich bin nicht der letzte Strohalm“).
- Die Verantwortung für das Schicksal und Leiden des Menschen, den man berät, betreut, etc. immer bei den Stellen lassen, die tatsächlich dafür verantwortlich sind.

4. ‚Notfalltips‘ für Krisensituationen

Zum Umgang mit Krisen- und Panikreaktionen

- Klare Aufgabenteilung mit den anwesenden Kollegen/Kolleginnen (Wer macht jetzt was?).
- Prioritäten setzen (Was muss sofort erledigt werden?, Was kann warten?).
- Hergang der Ereignisse genau erfragen (Sachlage).
- Bewusst langsam agieren (Kein blinder Aktionismus).
- ‚Erdende Interventionen‘: Blickkontakt suchen, Wasser anbieten, usw..
- Inhalte im ‚Hier und Jetzt‘ formulieren, eindeutige Formulierungen sowie einfache Wörter und Sätze benutzen.
- Keine Versprechungen machen, die nicht gehalten werden können.
- Seltenes, abweichendes Verhalten als ‚Bewältigungsversuch‘ würdigen.
- Vorhersagbarkeit herstellen, Absichten aussprechen.

Zum Umgang mit gereizt-aggressiven Ausbrüchen

- Unbeteiligte Personen aus der Situation herausnehmen.
- Überflüssige Reizkulisse ausschalten (Außengeräusche, Musik, usw.).
- Physische Distanz halten und mit Hilfe kurzer Sätze und deeskalierender Gestik kommunizieren.
- Weitere deeskalierende Verhaltensalternativen sind: Ruhiges Ansprechen, Realitätsbezug herstellen, Provokationen ignorieren, Einsatz von Humor, überraschende (paradoxe) Interventionen.
- Vorschläge machen, dabei aber Entscheidungs-freiheit lassen: Forderungen und Befehle führen eher zur Steigerung von Aggression!

- Falls die Eskalation bereits ihren Lauf genommen hat und Gewalt im Spiel ist, sollte die Verletzungsgefahr für Betroffene und Beteiligte mittels gefahrenmindernden Verhaltensweisen minimiert werden. Dies kann z.B. durch Ausweichen, gewaltlosem Verteidigen und notfalls durch Festhalten geschehen.
- Der Dialog mit dem Betroffenen sollte auch nach eskalierenden Phasen aufrechterhalten werden, damit die Beziehung nicht in Mitleidenschaft gezogen wird.

Zum Umgang mit ‚dissoziativen Zuständen‘

Um jemanden zu unterstützen, aus einem ‚dissoziativen Zustand‘ zurückzukehren, sind alle Strategien hilfreich, die einen Bezug zum ‚Hier und Jetzt‘, zur aktuellen Realität herstellen:

- Sich zunächst immer vorstellen, sagen, wer man ist und was man als nächstes tun wird (z.B. „Ich bins, XY, deine Lehrerin, ich werde jetzt mit dir sprechen“).
- Hilfreich sind ‚erdende Interventionen‘, wie Blickkontakt suchen, ein Glas Wasser anbieten, dabei einfache Sätze und Wörter benutzen, etc.
- Zentral ist, den Kontakt zur äußeren Realität herzustellen, z.B. dadurch, dass man beschreibt, wo man sich befindet, und ‚den Dissoziierten‘ auffordert, sich umzuschauen und die Umgebung genau zu beschreiben, bis der/diejenige ‚zentriert‘ ist. M. Huber (2003) schlägt hier die „5-4-3-2-1-Reorientierungsübung“ vor: Derjenige, der droht, wegzurutschen, wird gebeten, zunächst fünf Gegenstände im Raum, fünf Geräusche und fünf Körperempfindungen zu beschreiben, dann je vier, dann je drei, dann je zwei, dann je eins (S.116).
- Hat man eine gute Beziehung zu jemanden, der wegdissoziiert ist, kann es zur Herstellung von Kontakt mit dem Hier und Jetzt zusätzlich hilfreich sein, jemanden anzufassen (z.B. an Hand oder Arm). Dies ist in jedem Fall vorher anzukündigen! Meistens ist es besser, jemanden zu instruieren, sich selbst zu umarmen, um den Kontakt zur eigenen Person wiederherzustellen.

5. Anlaufstellen und Kontakte

Einrichtungen der psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen in Hamburg

Accept (leider geschlossen)

Psychosoziales Betreuungs- und Behandlungszentrum für Flüchtlinge (Gesellschaft zur Unterstützung von Gefolterten und Verfolgten e.V.)

Grindelberg 7

20144 Hamburg

Tel.: 040 / 411723 – 6

Fax.: 040 / 411723 -70

E-Mail: accept@gesellschaft-hamburg.de

Basics

Koordinations- und Vermittlungsstelle für Beschäftigung und Qualifizierung und psychosoziale Rehabilitation von Flüchtlingen (Gesellschaft zur Unterstützung von Gefolterten und Verfolgten e.V. & Beschäftigung und Bildung e.V.)

Nagelsweg 10

20097 Hamburg

Tel.: 040 / 731130 – 41

Fax: 040 / 731130 – 50

E-Mail: Demirbilek@accept-hamburg.de

elke.daempfling@bb-ev.de

Beratungsstelle für MigrantInnen Wilhelmsburg

Vogelhüttendeich 81

21107 Hamburg

Tel.: 040 / 7533106

Fax: 040 / 42873291

E-Mail: migrantenberatung@psk-Hamburg.de

FLuchtpunkt

(Beratung im Asylverfahren und Geltendmachung von Abschiebungshindernissen)

Eifflerstr. 3

22767 Hamburg

Tel.: 040 / 43250080

Fax: 040 / 43250075

E-Mail: info@fluchtpunkt-hamburg.de

Haveno (Julia Fischer Orthmann, Michael Brune)

Seewartenstr. 10

21107 Hamburg

Tel.: 040 / 31793535

Lotse

Psychosoziale Kontaktstelle in Wilhelmsburg

Fährstr. 70

21107 Hamburg

Tel.: 040 / 75660175

Fax: 040 / 75660176

Opferhilfe Beratungsstelle

Paul-Neveermann-Platz 2-4

22765 Hamburg

Tel.: 040 / 381993

Fax: 040 / 3895786

Psychiatrisches Krankenhaus Ochsenzoll

Langenhorner Chaussee 560
22419 Hamburg
Tel.: 040 / 5271 – 0 (Zentrale)
040 / 5271 – 2143 (Psychiatrische Aufnahme rund
um die Uhr)

Sozialpsychiatrisches Zentrum Altona

Große Bergstraße 231
22767 Hamburg
Tel.: 040 / 38907800

Suchttherapiezentrum Hamburg

(Beratung bei Alkohol- und Medikamentenproblemen)
Am Hehsel 40
22339 Hamburg
Tel.: 040 / 5381038

***Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Ambulanz für Flüchtlingskinder und ihre Familien***

Martinistr. 52
20246 Hamburg
Tel.: 040 / 428032633

Wichtige Internetseiten:

Für die Suche nach auf Fremdsprachen spezialisierten Fachärzten/Fachärztinnen und Psychologischen PsychotherapeutInnen:

- www.kvhh.de: ‚Webside‘ der Kassenärztlichen Vereinigung – umfasst alle kassenärztlich zugelassenen ÄrztInnen und Psychologischen PsychotherapeutInnen (Startseite wegklicken, Rubrik: Arzt finden, in dem erscheinenden Fenster kann in der Rubrik ‚Fachgebiet‘ der jeweilige Facharztbereich bzw. die Psychotherapie ausgewählt werden, in der Rubrik ‚Fremdsprache‘ kann die gewünschte Sprache spezifiziert werden.

Für die Suche nach auf die Bearbeitung von Traumata spezialisierten TherapeutInnen:

- www.emdria.de : ‚Webside‘ des EMDR-Instituts Deutschland (**E**ye **M**ovement **D**esenzitation and **R**eprocessing als ein Verfahren in der Traumatherapie) (Suche nach EMDR-TherapeutInnen nach Postleitzahlengebieten möglich)
- www.traumatherapie.de : ‚Webseite‘ des Instituts für Traumatherapie Berlin (Suche nach in Traumatherapie ausgebildeten TherapeutInnen nach Postleitzahlengebieten möglich)

Allgemeiner Therapieführer für Hamburg im Internet:

- www.hamburg.de : Im Feld ‚Suchen‘ Therapieführer‘ eingeben.
Der Therapieführer enthält Angaben zu diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Angeboten im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie für das Stadtgebiet Hamburg. Davon abweichend sind einige Angebote auch außerhalb Hamburgs bei den Versorgungsangeboten für Drogenabhängige, Suchtkranke und den Krankenhäusern aufgenommen worden.

Literatur

American Psychiatric Association (Hrsg.): Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, DSM-IV, (deutsche Bearbeitung Sass, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M.), Hogrefe, 1996

Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (Hrsg.): Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD 10, Kapitel V (F), klinisch-diagnostische Leitlinien / Weltgesundheitsorganisation, 4. korrigierte und ergänzte Auflage, Huber, 2000

Fischer, G. & Riedesser, P.: Lehrbuch der Psychotraumatologie, 2.Auflage, Reinhardt, 1999

Graessner, S. & Wenk-Ansohn, M.: Die Spuren von Folter, Eine Handreichung, Schriftenreihe Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin, 2000

Huber, M.: Trauma und die Folgen, Trauma und Traumabehandlung, Teil 1, Junfermann, 2003

Huber, M.: Wege der Traumabehandlung, Trauma und Traumabehandlung, Teil 2, Junfermann, 2003

Materialien und Ratgeber:

Deutsches Rotes Kreuz (Hrsg.): Materialien zur Traumaarbeit mit Flüchtlingen, Ariadne Buchdienst, von Loeper Literaturverlag, 2003

Therapiezentrum für Folteropfer, Caritas-Asylberatung Köln, e.V.: Zuhören hilft... Ratgeber für ehrenamtliche HelferInnen im Umgang mit Betroffenen von Krieg und Menschenrechtsverletzungen (zu bestellen mit Postkarte bei: Therapiezentrum für Folteropfer Köln, Spiesergasse 12, 50670 Köln).

Herausgeberinnen:

basics

Ein Kooperationsprojekt der Gesellschaft zur Unterstützung von Gefolterten und Verfolgten e. V. und Beschäftigung und Bildung e.V. in der EQUAL – Entwicklungspartnerschaft „Qualifizierungsoffensive für Asylbewerber/innen und Flüchtlinge in Hamburg“

Kontakt:

basics (Elke Dämpfling)

Nagelsweg 10, 20097 Hamburg

Tel.: 040 / 73 11 30 41 / 44

dorn@gesellschaft-hamburg.de; elke.daempfling@bb-ev.de

PASSAGE gGmbH (Iris Beckmann-Schulz, Maren Gag)

Tel.: 040/ 24 19 27 86 / 85

Iris.beckmann-schulz@passage-hamburg.de; maren.gag@passage-hamburg.de

Gefördert durch das Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds und der Hamburger Behörde für Soziales und Familie sowie der Behörde für Wirtschaft und Arbeit des Senats der Freien und Hansestadt Hamburg