

Erfahrungen psychischer und körperlicher Gewalt

Ein Schulungsprogramm für Personen, die schwer traumatisierte Opfer terroristischer Gewalt beraten und im Alltag betreuen

Hans-Jürgen Luderer

Heilbronn, Deutschland

Alexandra Gutmann

In den Jahren 2015 und 2016 wurde in Heilbronn ein Kriegstrauma-Schulungsprogramm entwickelt. Zielgruppe der Schulung waren Personen, die schwer traumatisierte Opfer von Krieg und Terror beraten und im Alltag betreuen. Zu ihnen gehören Flüchtlingssozialarbeiter und ehrenamtliche Helfer, vor allem aber Sprach- und Kulturmittler. Diese stammen aus den Ländern und sprechen die Muttersprache der Geflüchteten. Sie sind als Laiendolmetscher, v. a. bei Amtsgeschäften und Arztbesuchen, sowie als Lotsen durch den Alltag in Deutschland tätig und vermitteln umgekehrt Kulturspezifika an Behördenmitarbeitende und an das Hilfesystem.

Ziele des Schulungsprogramms sind die Vermittlung von Basiswissen über Traumata und von Fertigkeiten auf dem Gebiet der Gesprächsführung auf der Grundlage des Personenzentrierten Ansatzes und der Narrative Exposure Therapy (NET). Professionelle Berater, Sprach- und Kulturmittler sowie Laienhelfer sollen lernen, einen sicheren Raum zu schaffen und die Betroffenen zu ermutigen, über ihre traumatischen Erlebnisse zu sprechen.

Schlüsselwörter: Flüchtlinge, Trauma, Krieg, Terror, Jesiden, Sprach- und Kulturmittler, Personenzentrierter Ansatz, Narrative Exposure Therapy

Communication with victims of war and terror. An educational program for social workers, cultural mediators and volunteers. This paper summarizes the development of an education program for counseling of and everyday communication with refugees who had become victims of war and terror conceptualized and worked out in 2015 and 2016. Target groups of this educational program were social workers, volunteers who had regular contact with refugees, and particularly cultural mediators. Cultural mediators are native speakers of the refugees' languages who had received a special training for interpretation and for introducing refugees to the organization of everyday life in Germany.

The objective of the educational program is the transfer of knowledge on trauma and of communication skills according to the principles of person-centered approach and Narrative Exposure Therapy (NET). Professional and volunteer helpers learn provide a safe space and to encourage the refugees to talk about the traumatic events.

Keywords: Refugees, Trauma, War, Terror, Yazidis, cultural mediators, person-centered framework, Narrative Exposure Therapy

Kriegstraumata und Traumafolgestörungen: Opfer von Krieg und Terror erleben wiederholt unvorstellbare Grausamkeiten: Bedrohung, körperliche und sexuelle Misshandlung, wochen- und monatelange Gefangenschaft. Oft müssen sie miterleben, wie andere Menschen vor ihren Augen gequält und ermordet werden. Diese Erlebnisse bleiben nicht ohne Folgen. Viele

Betroffenen entwickeln spezifische Traumafolgestörungen wie die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS, englisch PTSD). Diese ist durch Hyperarousal (Unruhe, Schreckhaftigkeit, Schlafstörungen, Angst), Intrusionen (Wiedererleben der Traumata in Alpträumen und Tagträumen), Erinnerungslücken in Bezug auf die Traumata und Dissoziation (innere

Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Luderer war von 1996 bis 2014 Chefarzt im Klinikum am Weissenhof, Weinsberg. Er arbeitet weiterhin in der Institutsambulanz des Klinikums am Weissenhof sowie als Ausbilder und Mitglied der Leitung des Instituts für Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung in Stuttgart (igb-stuttgart.de). Kontakt: hj.luderer@gmx.de

Dipl. Sozialarbeiterin Alexandra Gutmann leitet seit vielen Jahren die „Mitternachtsmission“ des Diakonischen Werks Heilbronn. Die Mitternachtsmission bietet Beratung und Unterstützung für Betroffene bei häuslicher Gewalt, Zwangsprostitution, Menschenhandel sowie Flucht und Trauma. Sie betreibt ein Frauen- und Kinderschutzhaus und betreut unterprivilegierte Kinder und Jugendliche.

Abwesenheit und Taubheit) gekennzeichnet. Zu den unspezifischen Traumafolgestörungen gehören unter anderem Angst-erkrankungen, unipolare Depressionen, Alkohol- und Drogengebrauch, zu den möglichen Folgesymptomen Aggressivität und Gewaltbereitschaft (APA, 2013; Steuwe et al., 2015).

Schwere Traumafolgestörungen bergen eine hohe Chronifizierungsgefahr. Obwohl in allen Verlaufsuntersuchungen die Symptome im Verlauf der Zeit abnahmen, ist bei etwa einem Drittel der Betroffenen ein wechselnder Verlauf mit Symptombelastung über Jahrzehnte hinweg beobachtet worden (Kessler et al., 1995). Körperliche und sexuelle Gewalt zieht besonders häufig die Entwicklung posttraumatischer Belastungsstörungen nach sich (Carmassi et al., 2014; Olaya et al., 2015). Wer Zeuge einer Gewalthandlung wird, entwickelt mit ähnlicher Häufigkeit eine posttraumatische Belastungsstörung wie unmittelbar Betroffene (Atwoli et al., 2013). Dissoziative Symptome (Entfremdungserlebnisse wie Derealisationen und Depersonalisationen, Trance- und Dämmerzustände mit Erleben innerer Abwesenheit) scheinen prognostisch besonders ungünstig zu sein (Lanius et al., 2012).

Psychotherapeutische Modelle der Behandlung traumatisierter Personen: Bei der Behandlung der PTBS und anderer Traumafolgestörungen konkurrieren zwei verschiedene Herangehensweisen miteinander: die psychodynamischen und die kognitiv-verhaltenstherapeutischen Verfahren. Das bekannteste psychodynamische Verfahren ist die psychodynamisch-imaginative Traumatherapie (Reddemann, 2014), die eine dreiteilige Sequenz von Behandlungsschritten vorsieht: Stabilisierung, Konfrontation und Integration. In der Stabilisierungsphase soll die therapeutische Beziehung aufgebaut und durch Durchführen von Stabilisierungsübungen eine bessere Affektkontrolle erreicht werden. Darauf folgt die Phase der vorsichtigen Konfrontation, in der die traumatischen Erlebnisse rekonstruiert werden. Erlebnisaktivierende Methoden kommen nicht zur Anwendung. Die Traumatherapie wird durch die Integration der rekonstruierten Erlebnisse abgeschlossen. Je schwerer und komplexer die Traumatisierung, desto mehr tritt die Konfrontation in den Hintergrund, um eine Retraumatisierung zu vermeiden.

Psychodynamische Verfahren sind in ihrer Wirkung auf die PTBS-Symptomatik nicht sehr gut gesichert. In Reviews kontrollierter Studien und in Metaanalysen konnte keine Wirkung nachgewiesen werden, was möglicherweise an der geringen Anzahl von Studien liegt. Psychodynamische Verfahren werden in internationalen Leitlinien (z. B. NICE, 2005) nicht zur Behandlung der PTBS empfohlen.

Ziele kognitiv-verhaltenstherapeutischer Verfahren sind die Veränderung traumabedingter Denkstrukturen und der Abbau von Vermeidungsverhalten. Die wesentlichen Elemente sind

Psychoedukation, Exposition und kognitive Umstrukturierung. In der Psychoedukation kommunizieren behandelnde und betroffene Personen über das Störungsbild und die geplante Behandlung. Die Psychoedukation ist das Gegenstück zur psychodynamischen Stabilisierungsphase, ist aber wesentlich kürzer und dient der Hinführung auf die Konfrontation. Die Konfrontation selbst findet in der Regel in sensu und nur mit Einschränkungen in vivo statt. Die kognitive Umstrukturierung zielt auf eine Veränderung nicht hilfreicher Denk- und Verhaltensweisen.

Kognitiv-verhaltenstherapeutische Verfahren werden oft mit anderen Techniken kombiniert, z. B. mit geleiteten Augenbewegungen (EMDR). Die Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) beinhaltet neben kognitiv-verhaltenstherapeutischen auch achtsamkeits- und akzeptanzbasierte Elemente und wird mit prolongierter Exposition kombiniert (Übersicht bei Steuwe et al., 2015).

Ein auf die Behandlung der PTBS durch Krieg, Terror und Misshandlung ausgerichtetes Verfahren ist die Narrative Exposure Therapy (NET, Schauer et al., 2011). Im Zentrum des therapeutischen Vorgehens stehen die Schilderung der traumatischen Erlebnisse durch die Betroffenen und deren autobiographische Verarbeitung.

Sowohl die kognitiv-verhaltenstherapeutischen als auch die kombinierten Verfahren sind in ihrer Wirksamkeit durch Studien bestätigt und werden in internationalen Leitlinien empfohlen.

Die deutsche S3-Leitlinie nimmt international eine Sonderstellung ein. Als einzige Leitlinie listet sie eine ganze Reihe relativer Kontraindikationen für die Konfrontation auf (mangelnde Affekttoleranz, instabile körperliche und psychosoziale Situation, komorbide dissoziative Störung, unkontrolliertes autoaggressives Verhalten). In jedem Fall müsse der individuelle Bedarf nach Stabilisierung vor der Konfrontation abgeklärt werden.

Steuwe et al. (2015) weisen jedoch darauf hin, dass die Notwendigkeit einer längeren Stabilisierungsphase empirisch nicht belegt ist und derzeit lediglich eine Expertenmeinung darstellt. (Neuner, 2008, 2015) wies darüber hinaus auf die gravierenden Nachteile einer verzögerten oder ausbleibenden Konfrontation hin.

Personenzentrierte Modelle: Finke und Teusch (2007) betonen die im Vergleich zu anderen Problemen und Störungen erniedrigte Belastungsfähigkeit der Betroffenen. Sie schlugen ein gestuftes Therapiemodell vor, das nach dem Modell von Swildens (1991) mit einem Beziehungsaufbau in der Prä-Therapiephase beginnen solle. In der Symptomphase sei es erforderlich, die Betroffenen in mehreren Schritten zum klassischen personenzentrierten Vorgehen hinzuführen. Zunächst solle die

Symptombelastung und dann die Belastung durch die Erinnerungen empathisch nachvollzogen werden. Dissoziative Derealisations- oder Trancezustände sollten unterbrochen werden, wenn sie im Therapeutenkontakt auftreten. Zu den weiteren therapeutischen Aufgaben gehören die Förderung der Fähigkeit der Betroffenen, sich selbst zu schützen und Geborgenheit zu geben. In der Problemphase gehe es darum, die Bedeutung der bedrängenden Erlebnisse für die Gegenwart zu klären. Eine sich daran anschließende detaillierte Konfrontation sei nicht bei allen Betroffenen indiziert. Insofern ähnelt das von Finke und Teusch (2007) beschriebene Vorgehen dem psychoanalytischen Modell von Reddemann, die mitteilte, dass eine Traumakonfrontation nur bei etwa 40 % der in ihrer Klinik behandelten Patienten durchgeführt werde (Reddemann, 2001).

Biermann-Ratjen und Eckert (2015) stellten ein weiteres personenzentriertes Behandlungsmodell von Traumafolgestörungen vor. Sie gingen dabei mit Elliott, Watson, Goldman und Greenberg (2002) davon aus, dass durch die Traumatisierung der gesunde Erlebensprozess erschüttert und gleichsam in drei Teile zerlegt wird: der Welt vor der Verletzung, in der ein Trauma lediglich als abstrakte Möglichkeit existiert, die verletzte Welt, in der die bisherige Existenz ausgelöscht wurde, und die Welt nach der Traumatisierung, in der die betroffene Person in einer dauernden Erwartung der Wiederholung des Traumas lebt. Elliott et al. (2002) forderte von den behandelnden Personen, sie sollten zunächst das Gefühl der Sicherheit in der therapeutischen Beziehung vermitteln und auf diese Weise ihr Vertrauen in sich selbst und in andere Menschen fördern. Auf dieser Basis solle die betroffene Person schon in den ersten Gesprächen aufgefordert werden, die traumatischen Erfahrungen zu schildern. Biermann-Ratjen und Eckert (2015) weisen darauf hin, dass der Fokus im Gespräch mit traumatisierten Menschen auf der wiederholten Schilderung der traumatischen Ereignisse und nicht auf der betroffenen Person liegen solle. Hilfreich sei dabei die Technik des „sicheren Orts“, die es der betroffenen Person ermöglicht, sich in einen imaginierten Raum vorzustellen, in der ihr nichts geschehen könne. Bedeutsam sei es zudem, die betroffene Person in ihren Gefühlen von Scham, Schuld und Wertlosigkeit akzeptierend und empathisch zu begleiten und ihr dabei zu vermitteln, dass die Gedanken, Gefühle und Handlungen bei den Traumata angemessen waren.

Zusammenfassend betonen sowohl Elliott et al. (2002) als auch Biermann-Ratjen und Eckert (2015), dass beratende und behandelnde Personen die Schilderung der Traumata fördern, dabei aber die Stabilität im Auge behalten sollten. Sie schlagen im Unterschied zu den oben erwähnten psychodynamischen Verfahren keine lange Stabilisierungsphase vor der (narrativen) Konfrontation vor.

Claas (2007) formulierte ihre Kritik an langen Stabilisierungsphasen mit vielen Stabilisierungsübungen vor der eigentlichen Konfrontation noch wesentlich schärfer. Sie erläuterte, ein solches Vorgehen entspreche in der Regel nicht den Bedürfnissen der Betroffenen, da diese zwar Angst haben, über ihre Erlebnisse zu reden, sie aber in der Regel trotzdem in Worte fassen wollen. Durch die lange Stabilisierungsphase werde ihre Angst vor der Konfrontation mit den traumatischen Erinnerungen eher noch verstärkt. Ziel eines personenzentrierten Vorgehens mit traumatisierten Personen sei es, gemeinsam mit ihnen die Erinnerungen auszuhalten. Erforderlich sei insofern keine andere Psychotherapie, sondern eine personenzentrierte Therapie, die die Erkenntnisse der Psychotraumatologie für die Arbeit mit Betroffenen nutzt.

Engelhardt (2016) betonte die Bedeutung der Empathie in Hinblick auf die traumatischen Ereignisse und der Wertschätzung für die Überlebensstrategien der betroffenen Person und der Psychoedukation als Orientierungshilfe. Informationen über Traumata seien entlastend, da die Betroffenen dabei erfahren, dass sie nicht allein sind und dass es Namen und Erklärungen für die Symptome gibt (Liedl et al., 2013; Hantke, Görge, 2012). Als ebenfalls hilfreich erwähnte sie die aus der NET (Schauer et al., 2005, 2011) stammende Arbeit mit Erinnerungen an bessere Zeiten sowie die der DBT entlehnte Anwendung starker Sinnesreize zur Ablenkung von inneren Spannungen (Fleischhaker et al., 2010; Linehan, 1993). Schließlich erwähnte sie die Arbeit mit Sprach- und Kulturmittlern als Dolmetschern. Diese seien nicht als reine „Übersetzungsmaschinen“ zu verstehen, da die Person des Mittlers die Gesprächsatmosphäre entscheidend präge. Die Mittler sollten zum einen darin geschult werden, therapeutische Interventionen als solche zu erkennen und sie als solche zu übersetzen. Zum anderen seien sie teilweise selbst traumatisiert und deshalb sei empfehlenswert, nach Abschluss des Gesprächs ein Nachgespräch mit ihnen zu führen (s. hierzu auch Pinzker, 2018 in diesem Heft).

Gahleitner (2005a) sieht ein Mindestmaß an innerer wie äußerer Sicherheit als zentrale Ausgangsbedingung für eine Verarbeitung traumatischer Erfahrungen. Diese ermögliche eine behutsame Auseinandersetzung mit den traumatischen Erinnerungen. Das Kernstück der Arbeit mit traumatisierten Personen bestehe in der Hilfe bei der Rekonstruktion der Traumata. Die Betroffenen sollen damit in die Lage versetzt werden, ihre Gedanken und Gefühle zu ordnen und die spezifischen und unspezifischen Traumafolgesymptome den traumatischen Erlebnissen zuzuordnen. Bei frühen und lange anhaltenden Traumaerfahrungen seien eine besondere Beachtung der emotionalen Stabilität und ein ruhiger Beziehungsaufbau zu Beginn der Therapie erforderlich. Die betroffenen Personen hätten in ihrem Leben nicht die Möglichkeiten gehabt, eine stabile Bindung zu ihren Bezugspersonen aufzubauen (Gahleitner, 2007).

Das innere Erleben der Opfer von Krieg, Terror, Vertreibung und Flucht müsse ihm Rahmen ihrer äußeren Situation gesehen werden (Gahleitner et al., 2017). Nicht nur die Dimension der Traumata und der Flucht sei kaum vorstellbar, auch die Situation im Aufnahmeland sei schwierig. Geflüchtete seien zum einen innerlich mit dem Schicksal der in den Kriegsländern zurückgebliebenen Familienangehörigen beschäftigt. Zum anderen bangten sie um ihr Bleiberecht und den damit verbundenen Unsicherheiten. Durch Krieg und Verfolgung sei Vertrauen in andere Menschen, in Institutionen und in die Zukunft verloren gegangen. Dieses müsse wieder aufgebaut werden. Hierbei seien soziale Unterstützungskonzepte in gleichem Maße wichtig wie die psychotherapeutische Verarbeitung traumatischer Erfahrungen.

Gahleitner et al. (2017) gehen von einer Dreigliederung der Hilfen für Opfer von Kriegstraumata (Stabilisierung, Traumakonfrontation, Integration) aus. Unter der Stabilisierung verstehen sie jedoch in erster Linie das Herstellen äußerer Sicherheit. Bei der Traumabewältigung unterscheiden die Autorinnen traumareflektierende von „aufdeckenden“ Interventionen und warnen vor einer Überforderung der Betroffenen.

Vor allem sollten Personen, die traumatisierte Geflüchtete begleiten, beraten oder behandeln, deren Denken, Fühlen und Handeln als normale Reaktion auf extreme Belastungen begreifen. Bei der Unterstützung zur Entwicklung eines guten Lebens sollten sie den Betroffenen ihre Fachkompetenz zur Verfügung stellen und sich bemühen, ihre Fluchtbiographien gemeinsam mit ihnen nachzuvollziehen. Hierzu schlagen sie in Anlehnung an Schauer et al. (2011) die Arbeit mit einem Modell der Lebenslinie vor, in dem auf einer am Boden ausgelegten Schnur belastende Ereignisse mit Steinen und gute Zeiten mit Blumen gekennzeichnet werden.

Gahleitner et al. (2017) erweitern im Vergleich zu anderen Modellen die psychotherapeutische Perspektive um die soziale Dimension. In dem Band finden sich Überlegungen und Hinweise zur Unterstützung bei der Wahrnehmung traumaassoziiert Symptome, zur Wortwahl bei der Psychoedukation, zur Selbstberuhigung, zur Ablenkung von Intrusionen und zur Begleitung im Alltag, zur Arbeit mit Dolmetschern und zur Unterstützung im Asylverfahren.

Zusammenfassend findet sich in vielen personenzentrierten Konzepten die klassische Einteilung der Traumaaarbeit in Stabilisierung, Konfrontation und Integration. Die Notwendigkeit langer Stabilisierungsphasen vor der Thematisierung traumatischer Ereignisse oder der mögliche Verzicht auf eine wie auch immer geartete Konfrontation wird jedoch nicht gesehen.

Das Heilbronner Schulungsprogramm

Psychosoziale Versorgung der Opfer von Krieg und Terror im Jahr 2015: Im Jahr 2015 stieg die Anzahl der Menschen, die aus Kriegsgebieten nach Europa flohen, sprunghaft an. Dies veranlasste die deutschen Landesärztekammern und Landespsychotherapeutenkammern, wie z. B. die LÄK und LPK Baden-Württemberg in ihrem 2. Versorgungsbericht (Landesärztekammer Baden-Württemberg und Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg, 2015), auf die Gefahr der Entwicklung von Traumafolgestörungen hinzuweisen.

Diesem Bericht ist zu entnehmen, dass es zu diesem Zeitpunkt in Baden-Württemberg fünf Psychosoziale Zentren für die Schwerpunktversorgung traumatisierter Flüchtlinge gab: das Behandlungszentrum für Folteropfer Ulm (BFU, seit 1995, die Psychologische Beratungsstelle für politisch Verfolgte und Vertriebene (PBV) Stuttgart, Zentrum für Beratung, Begutachtung und Psychotherapie für Überlebende traumatischer Gewalt (seit 2000), Refugio Stuttgart e.V. (seit 2001), Refugio Villingen-Schwenningen e.V. (seit 1998) und die Kontaktstelle für traumatisierte Flüchtlinge, Verein zur Unterstützung traumatisierter Migranten e.V. Karlsruhe (seit 2005). Das Vorgehen war in allen Einrichtungen sehr ähnlich. Sie boten Psychotherapie, soziale Beratung und externe juristische Verfahrensberatung an. In ihrer Kapazität waren diese Stellen jedoch schon in den Jahren vor 2015 überfordert. Hinzu kamen Probleme, die mit der kulturellen Verschiedenheit der Flüchtlinge und mit Sprachproblemen zusammenhingen. Damals sprach kaum ein Asylbewerber oder Flüchtling deutsch, und auch die Englischkenntnisse waren für Gespräche über traumatische Erlebnisse in der Regel nicht ausreichend. Die Kommunikation war deshalb meist an Dolmetscher gebunden. Hinzu kamen strukturelle Einschränkungen der psychotherapeutischen Möglichkeiten (rechtlich, organisatorisch, kapazitätsbedingt) und Personalmangel bei Sozialarbeitern.

Aufnahme Sonderkontingent Nordirak: Seit Sommer 2015 wurde in Baden-Württemberg ein Sonderkontingent besonders schwer traumatisierter und schutzbedürftiger Frauen und Kinder mit ihren Familien aus dem Nordirak aufgenommen. Sie gehörten der Volksgruppe der Jesiden an, einer meist Nordkurdisch sprechenden eigenständigen monotheistischen ethno-religiösen Gruppe. Ihr spirituelles Oberhaupt ist der Bābā Schaich („Vater Scheich“). Im Verlauf ihrer Geschichte mussten die Jesiden zahlreiche Genozide hinnehmen. Der Feldzug der terroristischen Vereinigung Islamischer Staat im Norden des Iraks führte 2014 zu einem weiteren Massaker. Der sogenannte IS verfolgte die Jesiden als Ungläubige und ermordete viele von ihnen. Die gefangenen Frauen und Mädchen wurden als Sklavinnen genommen, was Misshandlungen und wiederholte

Vergewaltigungen nach sich zog. Viele mussten die Ermordung des Ehemannes bzw. Vaters mit ansehen. Das Bundesland Baden-Württemberg bot an, 2015 und 2016 insgesamt mehr als 1000 Jesidinnen mit ihren Kindern aufzunehmen,¹ was von Hilfsorganisationen als „Sternstunde des humanitären Engagements“ bezeichnet wurde.² In einer bewegenden Rede im Baden-Württembergischen Landtag am 1. 12. 2016 dankte die Jesidin Nadia Murad, die in den ersten Jahren nach ihrer Flucht anonym in Heilbronn lebte, dem Land Baden-Württemberg für diese Hilfe.³ Sie wurde 2016 zur ersten UN-Sonderbotschafterin für die Würde der Opfer von Menschenhandel ernannt⁴ und am 5. Oktober 2018 mit dem Friedensnobelpreis ausgezeichnet.^{5 6}

Die Geflüchteten wurden unter der Aufsicht des Staatsministeriums Baden-Württemberg auf 10 Städte in Baden-Württemberg verteilt, etwas mehr als 50 Personen wurden in der Stadt Heilbronn untergebracht. Die fachliche Beratung übernahm Prof. Dr. Jan Kizilhan, DHBW Villingen-Schwenningen, ein Psychologischer Psychotherapeut (VT), der 2006–2010 Projektleiter der Arbeitsgruppe Migration und Rehabilitation am Institut für Psychologie der Universität Freiburg war.⁷ Ein Modell der kultursensiblen Therapie Kriegstraumatisierter findet sich in seinem Handbuch zur Behandlung kriegstraumatisierter Frauen (Kizilhan, 2016).

Die Situation in Heilbronn: In dieser Situation sahen wir uns veranlasst, aktiv zu werden, um die Situation sowohl der Geflüchteten als auch der Helfenden zu verbessern. Dabei gingen wir von folgenden Überlegungen aus:

- Die Kapazität der Psychosozialen Zentren für die Schwerpunktversorgung traumatisierter Flüchtlinge reicht nicht aus, um die psychotherapeutische Versorgung der Geflüchteten sicherzustellen.
- Möglicherweise benötigen nicht alle traumatisierten Geflüchteten eine spezifische Psychotherapie.

- Möglicherweise ist in vielen Fällen eine traumasensible Begleitung geflüchteter Personen im Alltag und eine Vermittlung von Grundprinzipien im Umgang mit Traumata ausreichend.
- Dies kann möglicherweise auch von geschulten Laien (kulturelle Mittler und Laienhelfer) geleistet werden.
- In der Stadt Heilbronn wurde seit 2010 ein System kultureller Mittler aufgebaut, die in der Lage sind, bei Beratungen zu dolmetschen.
- Kulturelle Mittler sprechen nicht nur die Sprachen der Flüchtlinge, sie kennen auch den kulturellen Hintergrund und haben teilweise eigene traumatische Erfahrungen hinter sich.
- Aus diesen Gründen bringen sie gute Voraussetzungen für den empathischen Umgang mit den Betroffenen mit.
- Falls bei Flüchtlingen eine spezifische Traumatherapie erforderlich sein sollte, sind die kulturellen Mittler und Welcome Guides hierfür besonders gut als Dolmetscher geeignet.
- Laienhelfer leisten ebenfalls einen wichtigen Beitrag zur Integration der Geflüchteten.
- Kulturelle Mittler und Laienhelfer benötigen Unterstützung durch professionelle Fachkräfte (Flüchtlingssozialarbeiter).
- Die Kenntnisse und Fertigkeiten der Flüchtlingssozialarbeiter auf dem Gebiet der Psychotraumatologie waren im Jahr 2015 nicht ausreichend.

Für die Pläne einer Schulung kultureller Mittler war die Situation in Heilbronn ausgesprochen günstig. Heilbronn ist eine im nördlichen Baden-Württemberg zwischen Mannheim/Heidelberg und Stuttgart gelegene Stadt mit ca. 120 000 Einwohnern. Der Anteil an Bürgern mit Migrationshintergrund liegt bei ca. 50 %, bei den unter 18-jährigen beträgt er etwa 70 % (Keicher, 2014 S. 12ff.).

Heilbronn und die Region Heilbronn-Franken sind geprägt von großen Industriebetrieben, v. a. Automobilherstellern, Automobilzulieferern und Ketten von Lebensmittelmärkten. Es gibt eine lange Tradition des Mäzenatentums vermöglicher Unternehmer, viele mit der eigenen Stadt und Heimat verbundene mittelständische Familienunternehmen und ein weitgefächertes bürgerschaftliches Engagement.

In Anbetracht des hohen Anteils an Bürgern mit Migrationshintergrund auf der einen und neu hinzukommenden Migranten andererseits wurde von der Stadt Heilbronn seit 2010 ein System von Sprach- und Kulturmittlern aufgebaut. Deren Qualifizierung erfolgt in Heilbronn und an der Evangelischen Hochschule für Soziale Arbeit in Ludwigsburg. In ihrer Arbeit, die vor allem im Dolmetschen und in der Alltagsbegleitung besteht, reflektieren sie kontinuierlich ihre Tätigkeit mit dem städtischen Sozialdienst. Sie erhalten für ihre Tätigkeit eine

1 <https://www.baden-wuerttemberg.de/de/service/alle-meldungen/meldung/pid/un-sonderbotschafterin-dankt-fuer-aufnahme-von-jesidinnen/> [abgerufen letztmals am 12. 3. 2018]

2 <https://www.baden-wuerttemberg.de/de/service/presse/pressemitteilung/pid/sternstunde-des-humanitaeren-engagements/> [abgerufen letztmals am 7. 3. 2018]

3 <https://www.landtag-bw.de/home/mediathek/videos/2016/20161201muradrede1.html?t=0> [abgerufen letztmals am 12. 3. 2018]

4 <https://www.zeit.de/politik/ausland/2016-09/vereinte-nationen-murad-is-sklavin> [abgerufen letztmals am 9. 10. 2018]

5 <https://www.ardmediathek.de/radio/Interviews/Murad-und-Mukwege-erhalten-Friedensnobel/Inforadio/Audio?documentId=56699256> [abgerufen am 9. 10. 2018]

6 <https://www.stimme.de/deutschland-welt/politik/dw/Nadia-Murad-Friedensnobelpreis-geht-auch-nach-Heilbronn;art295,4093997> [abgerufen am 9. 10. 2018]

7 <http://www.d.h.bw-vs.de/hochschule/mitarbeitende/jan-kizilhan.html> [abgerufen 25. 5. 2016]

Aufwandsentschädigung, teilweise werden sie als geringfügig beschäftigte Mitarbeiter angestellt. Kulturelle Mittler können durch Einrichtungen der freien Wohlfahrtspflege sowie kommunale Stellen wie Sozialdienst, Jugendamt und ähnliche Institutionen angefordert werden. Gegen Mitte des Jahres 2016 waren 81 kulturelle Mittler, die 41 Sprachen abdecken, in Heilbronn tätig (Keicher, Stabstelle Integration und Partizipation, persönliche Mitteilung).

Auswahl des psychotherapeutischen Modells: Bei der Auswahl des psychotherapeutischen Modells für das Heilbronner Schulungsprogramm gingen wir von folgenden Überlegungen aus:

- Das Modell soll mit der personenzentrierten Grundorientierung vereinbar sein.
- Es soll den beratenden und begleitenden Personen Möglichkeiten an die Hand geben, mit den Betroffenen Gespräche über kriegs- und terrorbedingte Traumata zu führen.
- Diese Gespräche sollen hinsichtlich ihrer Intensität und Dauer unterhalb der Ebene therapeutischer Gespräche liegen.
- Sie sollen den Betroffenen die Angst nehmen, auch mit anderen Betroffenen über die Traumata zu sprechen.

Nach diesen Kriterien entschieden wir uns für ein an die Narrative Exposure Therapy (Schauer et al. 2005, 2011) angelehntes Modell. NET wurde für die Therapie von Opfern organisierter Gewalt entwickelt. Die Wirksamkeit ist in vielen Studien nachgewiesen. Die Grundidee dieses Verfahrens ist die narrative Konfrontation mit den traumatischen Erinnerungen und die Einordnung dieser Erinnerungen in einen biographischen Zusammenhang. Das NET-Manual beinhaltet eine Fülle von Schilderungen des inneren Erlebens Betroffener und damit viele wertvolle Anregungen zur störungsspezifischen Empathie bei dieser Personengruppe. Zusätzlich vermittelt es Regeln zur Gestaltung der einzelnen Gespräche, auf die wir bei der Beschreibung des Heilbronner Schulungsprogramms eingehen werden. Die narrativen Aspekte von NET sind gut mit den Prinzipien des Personenzentrierten Ansatzes vereinbar, zumal dieses Verfahren von den behandelnden Personen explizit Empathie, positive Wertschätzung und Transparenz fordert.

Organisatorischer Rahmen: Ausgehend von diesen Überlegungen wurde seit Herbst 2015 in Heilbronn ein Kriegstrauma-Schulungsprogramm entwickelt. Geschult wurden Personen, die schwer traumatisierte Opfer von Krieg und Terror beraten und im Alltag betreuen, zuerst die städtischen Flüchtlingssozialarbeiter, dann die Sprach- und Kulturmittler und schließlich die Laienhelfer. Ab Herbst 2016 wurden Schulungen bei Flüchtlingssozialarbeitern und ehrenamtlichen Helfern im Landkreis Heilbronn durchgeführt.

Die Schulung ist modular aufgebaut und beinhaltet

- die Erklärung, was ein Trauma ist und welche Arten von Traumata es gibt,
- die Vermittlung eines Modells zur Entstehung von Traumafolgen und die Erklärung, warum viele Traumaopfer sich nur unvollständig an Traumata erinnern,
- Grundprinzipien des Umgangs mit traumatisierten Personen und
- ein Training zur Anwendung dieser Prinzipien im Rollenspiel.

Im Folgenden werden wir die Inhalte der einzelnen Module darstellen.

Modul 1: Was ist ein Trauma?

Ursprünglich bezeichnete das aus dem Altgriechischen stammende Wort „Trauma“ eine Verletzung oder Wunde. Gegen Ende des 17. Jahrhunderts wurde es zu einem Medizinischen Fachbegriff für jede Form der körperlichen Gewalteinwirkung. Die Worte Schädel-Hirn-Trauma, Polytrauma (Gewalteinwirkung auf verschiedene Teile des Körpers) oder ähnliche Bezeichnungen sind bis heute gebräuchlich. Seit 1894 bedeutet Trauma auch „Psychische Verletzung durch ein schwerwiegendes belastendes Ereignis“.

In der (körperlichen) Medizin als auch in Psychologie und Psychiatrie können mit dem Wort „Trauma“ sowohl das Ereignis (Gewalteinwirkung) als auch die Folgen (körperliche oder psychische Verletzung) bezeichnet werden. Das ist manchmal verwirrend.

In dieser Schulung ist mit „Trauma“ immer ein traumatisches Ereignis gemeint. Das innere Leiden als Folge eines Traumas oder wiederholter Traumata wird in dieser Schulung unter den Begriffen „Traumatisierung“, „Traumafolgen“ oder „Traumafolgeerkrankungen“ bzw. „Traumafolgestörungen“ zusammengefasst. Das innere Leiden traumatisierter Personen kann sich in einzelnen Symptomen wie Angst, Hilflosigkeit, Freudlosigkeit, Unruhe oder Schlafstörungen äußern, aber auch in schweren Traumafolgeerkrankungen.

Als Traumata werden nur schwerwiegende Ereignisse bezeichnet, z. B. das Erfahren, Androhen oder Miterleben körperlicher, psychischer oder sexueller Gewalt, das Erleben eines schweren Unfalls oder einer Naturkatastrophe, das Erleben von Terror oder Krieg.

Man unterscheidet zwischen Typ-I-Traumata, d. h. einmaligen oder kurz andauernden Traumata wie einem Unfall, einer Naturkatastrophe oder einer einmaligen körperlichen oder sexuellen Misshandlung. Typ-II-Traumata sind dagegen wiederholte Traumata wie schwere Vernachlässigung im Kindes- und Jugendalter, fortgesetzte körperliche Misshandlung, fortgesetzter sexueller Missbrauch oder fortgesetzte schwere Demütigung.

Menschen können zufällig zu Traumaopfern werden, z. B. bei einer Naturkatastrophe. Sie können durch unbeabsichtigtes Fehlverhalten einer anderen Person z. B. bei manchen Verkehrsunfällen oder zufällig durch Kriegshandlungen verletzt werden. Sie können aber auch Opfer von absichtlich und gezielt herbeigeführter Traumata werden. Hierzu zählen Vergewaltigung, körperliche Misshandlung, schwere Demütigung in Friedenszeiten oder gezielter körperlicher und sexueller Missbrauch bei regulären oder terroristischen Kriegshandlungen.

Typ-II-Traumata im Zusammenhang mit Krieg, Terror, organisiertem Verbrechen oder Folter weisen eine Besonderheit auf: Die Gewalt ist sorgfältig geplant, hat klare Ziele und richtet sich gegen Personen oder Gruppen mit anderer Religion, anderen politischen Einstellungen oder anderer Herkunft. Mit diesen Handlungen sollen die Opfer eingeschüchtert und gedemütigt werden. Die Täter sehen die Gewalt als richtig und die Opfer als minderwertig an. Diese Form der Gewalt betrifft Frauen, Männer, Kinder und Jugendliche (Schauer et al., 2011).

Exkurs: Gewalt gegen Frauen

Bei einem Teil der professionellen und ehrenamtlichen Helfer standen 2015 und 2016 die jesidischen Frauen als Opfergruppe im Vordergrund. Deshalb wiesen wir darauf hin, dass Frauen in anderen Kriegen in ähnlicher Weise zu Opfern wurden (Hause & Griese, 2015). Die Art der Gewalt unterscheidet sich von den an Männern verübten Gräueltaten, da bei Frauen die Vergewaltigung weit im Vordergrund steht. Das Ziel der Vergewaltigung im Krieg ist nicht allein die Befriedigung des Sexualtriebs, sondern die Erniedrigung und Demütigung der Opfer. Täter können Soldaten, Polizisten, Paramilitärs und Zivilisten sein. In der Regel erfolgen Vergewaltigungen nicht auf Befehl von oben, aber sie werden in der Regel durch die militärische oder paramilitärische Führung geduldet oder gar unterstützt. Die Gefahr der Strafverfolgung ist gering.

Die bekannten Zahlen sind erschreckend. Beim Bürgerkrieg und Genozid in Ruanda in den 1990-er Jahren wurden mehr als 250 000 Frauen vergewaltigt, eine ähnliche Anzahl in Sierra Leone (1991–2002) und in der Demokratische Republik Kongo seit 1998. Die Frauen erleiden meist zusätzlich andere Formen der Gewalt: Bewusstes Zufügen von Verletzungen, Bedrohung und Ermordung von Familienmitgliedern, vor allem ihrer Männer, Entführung, Internierung in Lagern, sexuelle Versklavung und Zwang, die Kinder der Vergewaltiger auszutragen. Manche Frauen werden nach der Vergewaltigung getötet. Zudem werden missbrauchte Frauen und ihrer Kinder sozial geächtet. Reden über Vergewaltigungen ist oft gefährlich, v. a. in Ländern, in denen Staatsbedienstete an den Taten beteiligt sind.

Modul 2: Wie fühlen sich Traumaopfer?

In diesem Modul erläutern wir die Kernsymptome der posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). Die Teilnehmer erfahren, dass diese durch *Hyperarousal* (Unruhe, Schreckhaftigkeit, Schlafstörungen, Angst), *Intrusionen* (Wiedererleben der Traumata in Alpträumen und Tagträumen), *Erinnerungslücken* in Bezug auf die Traumata und *Dissoziation* (innere Abwesenheit und Taubheit) gekennzeichnet ist.

Hierzu führen wir aus: Die Betroffenen leiden bei der Traumatisierung und nach der Traumatisierung. Bei der Traumatisierung spüren sie oft massive innere Anspannung, manchmal Angst, Hilflosigkeit und Wut. Andere Opfer spüren gar nichts, sie erleben das, was mit ihnen geschieht, wie im Traum.

Nach der Traumatisierung leiden sie unter Erinnerungen an die schrecklichen Ereignisse. Sie kommen nicht zur Ruhe (*Hyperarousal*) und erleben die Ereignisse in Tagträumen oder nachts in Alpträumen (*Intrusionen*). Dabei spüren sie Angst, Hilflosigkeit und Wut oder sie spüren gar nichts (*Dissoziation*). Die Gefühle ähneln dem, was sie während der Ereignisse erlebt haben. Die Erinnerungen kommen immer wieder, und die Betroffenen können nichts dagegen tun.

Manche Opfer wissen genau, dass die Erinnerungen nur Erinnerungen sind, und sie fühlen sich jetzt sicher. Andere Opfer leben in einer ständigen Unruhe und Angst, als ob jederzeit wieder etwas Schlimmes geschehen könnte. Manche sind wach und träumen, dass alles wieder geschieht. Andere wachen in der Nacht aus Träumen von den Gewalthandlungen schweißgebadet auf und trauen sich aus Angst vor dem nächsten Alptraum nicht, wieder einzuschlafen. Oft reden sie nicht über ihre Ängste.

Das Wiedererleben der schrecklichen Ereignisse kann durch vieles ausgelöst werden, was an sie erinnert: Personen, die ähnlich aussehen wie die Täter, Orte, die den Orten des Geschehens ähneln, bestimmte Geräusche oder bestimmte Gerüche. Manchmal erinnern scheinbar neutrale Reize an traumatische Ereignisse: Eine fremde Person kommt in das Beratungszimmer hinein und wird als gefährlich wahrgenommen. Von einer Baustelle hört eine betroffene Person einen Presslufthammer und denkt, es sei ein Maschinengewehr. Ein Brieföffner wird als Messer verkannt. Die Betroffenen leiden unter diesen Erinnerungen und versuchen oft, diese zu vermeiden. Manche ziehen sich in eine Traumwelt zurück, um nichts mehr zu spüren (*Dissoziation*).

In diesem Zusammenhang wurde immer wieder deutlich, wie sehr die Polizei von den Betroffenen bisher als traumatisierende Institution wahrgenommen wurde. Wir wiesen darauf hin, wie wichtig es ist, den Flüchtlingen die Rolle der Polizei in Europa als Ordnungsmacht, aber auch als helfende und

beschützende Institution zu erläutern. Ihre Erinnerung war oft genau umgekehrt. Viele von ihnen hatten die Polizei als bedrohliche Institution kennengelernt und reagierten mit Angst beim Anblick von Dienstwaffen und Uniformen.

Bei der Darstellung des subjektiven Erlebens fragten wir die Teilnehmer immer wieder, ob sie ähnliche Erlebnisse von Flüchtlingen gehört hätten oder ob sie ihnen aus ihrem eigenen Erleben bekannt seien. Dabei wurde immer wieder deutlich, dass die meisten professionellen und ehrenamtlichen Helfer solche und ähnliche Erlebnisse aus Erzählungen Betroffener kannten. Ein Teil der kulturellen Mittler schilderte in der Gruppe eigene traumatische Erlebnisse und erläuterte, wie sie gelernt hätten, mit diesen Erinnerungen umzugehen. Immer wieder wurde deutlich, dass die Betroffenen unter den kulturellen Mittlern die bewusste Auseinandersetzung mit den traumatischen Ereignissen schon vor der Schulung als Kern ihrer Traumabewältigung erlebt hatten. Sie nutzten das Schulungsprogramm zur Wiederholung und Vertiefung ihrer eigenen Problematik.

Exkurs: Kinder als Traumaopfer

Kinder sind von Gewalt oft nicht selbst betroffen. Sie sind aber Zeugen von Gewalt, hören Gespräche Erwachsener über Gewalt mit, wachsen in der Atmosphäre von Angst oder von Aggression auf. Traumafolgen können sich bei Kindern und Jugendlichen in vielfältiger Form äußern: Sie schlafen schlecht und haben Angstträume, nassen in der Nacht ein, obwohl sie diese körperliche Entwicklung schon hinter sich haben, oder weinen, ohne dass dafür ein Anlass erkennbar ist. Sie haben Angst vor der Dunkelheit, leiden unter Bauchschmerzen und essen entweder zu wenig oder zu viel. Häufig sind sie unruhig und unkonzentriert und können in der Schule nicht aufpassen.

Wenn Kinder spüren, dass ihre Eltern leiden, fragen sie sich oft, ob sie daran schuld sind. Wir vermittelten den Teilnehmern, wie wichtig es ist, dass sie mit Eltern und eventuell auch mit den Kindern reden. Besonders wichtig waren uns dabei die Aussagen: Kinder brauchen Eltern, die mit ihnen reden. Wenn die Eltern das nicht können, müssen andere Personen diese Aufgabe vorübergehend übernehmen. Alle Beteiligten müssten im Gedächtnis behalten: Kinder sind verletzlicher als Erwachsene und brauchen vor allem Sicherheit.

Eltern oder andere Bezugspersonen sollten die Kinder und Jugendlichen fragen, wie es ihnen geht und bereit sein zuzuhören, wenn sie über ihre Träume und ihre Erinnerungen reden möchten. Wenn sie darüber nicht reden möchten, sollten die Eltern nicht auf einer Antwort bestehen. Sie sollten ihnen sagen, dass jetzt alles vorbei ist, dass sie in Sicherheit sind, dass die Angstträume normal sind, und sie sollten mit ihnen Dinge tun, die sie gerne tun möchten.

Modul 3: Trauma und Gedächtnis

In diesem Modul erfahren die teilnehmenden Personen, dass sich viele Traumaopfer nur bruchstückhaft an die traumatischen Ereignisse erinnern und dass dies die Auseinandersetzung mit den traumatischen Ereignissen schwierig macht. Erinnerung an Traumata werden als sensomotorischer und nicht als symbolisch-linguistischer Code, d. h. als Körperempfinden und nicht als genau nachvollziehbarer Ablauf gespeichert (Kirsch et al., 2015). Die Erfahrungen können deshalb nicht in bestehende Bedeutungsstrukturen des Individuums integriert werden. Der bewusste Zugang zu den Erinnerungen wird dadurch erschwert, und Intrusionen werden durch ähnliche Stimuli ausgelöst.

Dabei gingen wir vom hirnbioologischen Modell der Traumatisierung nach LeDoux (1996) aus. Nach diesem setzen angstauslösende Reize zwei Prozesse in Gang: 1. die emotionale Verarbeitung mit einer groben Einteilung in gefährliche und ungefährliche Situationen aufgrund grober Reizmuster („Quick and dirty“) zur Vorbereitung schneller Reaktionen und 2. die kognitive Verarbeitung mit genauer Speicherung der bei der emotionalen Verarbeitung gewonnenen Informationen. Anatomisch führt der Weg der emotionalen Verarbeitung vom Thalamus (dem Tor zum Bewusstsein) direkt zu der Amygdala (dem Mandelkern), während bei der kognitiven Verarbeitung die Informationen über den Hippocampus an die Großhirnrinde weitergegeben werden.

In Situationen, die rasches Handeln erfordern, findet in der Regel kognitive Verarbeitung in der Regel nur in sehr geringem Umfang statt. Diese muss später nachgeholt werden. Bei traumatischen Ereignissen ist dies oft nicht möglich, da die kognitive Verarbeitung durch Ängste blockiert wird oder die Zeit von einem Ereignis bis zum nächsten nicht für den kognitiven Prozess ausreicht.

Die Informationen über den Ablauf des der traumatischen Ereignisse werden dann in der Amygdala gemeinsam mit den Gefühlen als Erinnerungsfragmente gespeichert. Durch auslösende Reize können die Gefühle und Erinnerungsfragmente als Intrusionen ins Bewusstsein gelangen.

Dieses Modell wurde in vereinfachter Form in fast alle praktischen Darstellungen als didaktisches Erklärungsmuster für Traumafolgesymptome aufgenommen (z. B. Hantke & Görge, 2012, 2017). Es bildet zudem eine der wesentlichen Grundlagen zur Begründung konfrontativer und narrativer Therapieverfahren.

Im Heilbronner Curriculum wurde dieses Modell anhand einfacher schematischer Zeichnungen des Gehirns erläutert. Auch hier wurden die Teilnehmer nach ihren Erfahrungen mit unvollständigen Erinnerungen gefragt. Das Miterleben oder Erleben der fragmentierten Erinnerungen wurde in der Gruppe bearbeitet.

Anschließend sprachen wir die Folgen für den Umgang mit diesen Erinnerungsfragmenten an und führten aus, dass die ruhige, bewusste Auseinandersetzung mit dem Trauma eine Gemeinsamkeit vieler wirksamer Traumatherapien darstellt. Wenn Traumaopfer über ihre Erlebnisse reden, könne es ihnen gelingen, die Erinnerungsfragmente zusammzusetzen. Eine vollständige Erinnerung erleichtere die Auseinandersetzung mit dem Trauma. Im Laufe der Zeit nehmen Angst, Hilflosigkeit und Wut ab.

Modul 4: Beratung und Begleitung traumatisierter Menschen im Alltag

Hilfreiche Gespräche: Ziel dieses Moduls ist es, den teilnehmenden Personen nahezubringen, wie sie hilfreiche Gespräche mit kriegstraumatisierten Menschen führen können. Dabei gehen wir zunächst auf die Frage ein, was im Umgang mit Kriegstraumata hilfreich ist und was nicht.

Wir erläutern: Nicht hilfreich ist es, ständig über die Traumata zu reden und ständig zu klagen, denn das verstärkt das Leiden und das Gefühl der eigenen Ohnmacht. Nicht hilfreich ist es aber auch, überhaupt nicht über die Traumata zu reden und zu versuchen, sie zu vergessen, denn das verstärkt die Angst, sich mit den Traumata zu beschäftigen. Es sei kaum möglich, die Traumata zu vergessen. Die teilnehmenden Personen bestätigten dabei aus eigenem Erleben oder Miterleben, dass die „Schublade“ mit den Traumata immer wieder aufgehe, ohne dass die Betroffenen einen Einfluss darauf hätten.

Hilfreich ist es hingegen, für eine begrenzte Zeit (bis zu etwa 1½ Stunden) und ruhig über die Traumata zu reden und dabei den Zeitpunkt, zu dem man über die Traumata redet, bewusst zu bestimmen. Beides vermittelt das Gefühl: Ich beschäftige mich mit meinen Erinnerungen, wann ich es will und so lange es gut für mich ist, und nicht dann, wenn sich die Erinnerungen aufdrängen.

Zusammenfassend vermittelten wir zu Beginn des Moduls die Grundeinstellung, nicht wegzuschauen, sondern hinzuschauen.

Durch das Reden über die Erinnerungen an die traumatischen Ereignisse ist es möglich, die damaligen Wahrnehmungen und Gefühle wieder zu erleben, sich wieder an Einzelheiten zu erinnern und zu erkennen: Aktuelle Ängste sind ein Spiegel der Erinnerungen. Damals war damals, und jetzt ist jetzt. Jetzt spüre ich die Ängste, aber diese Ängste beziehen sich auf damals. Durch das Reden über die Erinnerungen wird es möglich, diese in die eigene Lebensgeschichte einzuordnen. Sie bekommen örtlich und zeitlich einen festen Platz und werden zu einem Teil des biographischen Gedächtnisses.

Die Gesprächsprinzipien, die wir vermitteln, orientieren sich an den Prinzipien des Personenzentrierten Ansatzes und

an der narrativen Expositionstherapie (NET), vor allem an dem im Manual zu diesem Verfahren Beschriebenen Umgang mit Erinnerungen. Wir entschieden uns dabei für die in der ersten Auflage des NET-Manuals beschriebenen Vorgehensweise (Schauer et al., 2005), die für geplante, gezielte therapeutische Gespräche über Traumata entwickelt wurde, deren Grundprinzipien aber auch bei spontanen Gesprächen im Alltag hilfreich sind.

Vorbereitung der Gespräche: Zur Vorbereitung der Gespräche ist es sinnvoll, zunächst nach folgenden Symptomen zu fragen.

1. Intensive Erinnerungen, die sich aufdrängen (Intrusionen):
Träume und Tagträume, Angst bei Ereignissen, die an die Traumata erinnern
„Kommen die Erinnerungen wieder, so als ob alles noch einmal geschehen würde, auch wenn Sie das nicht möchten?“
2. Unvollständige Erinnerungen:
„Können Sie sich an manche Dinge, die geschehen sind, nicht mehr so richtig erinnern?“
3. Innere Anspannung:
„Haben Sie Angst, ärgern Sie sich, sind Sie wütend oder verzweifelt ohne richtigen Grund, leiden Sie unter körperlichen Schmerzen, obwohl der Arzt nichts findet?
„Sind Sie jetzt noch angespannt, ähnlich wie damals, denken Sie manchmal, alles könnte wieder geschehen?“
4. Vermeiden von Erinnerungen:
„Versuchen Sie, allem aus dem Weg zu gehen, was Sie an das erinnert, das geschehen ist?“

Ein zweiter Schritt der Vorbereitung von Gesprächen über Traumata dient der Information über Traumafolgen. Dabei ist es wichtig zu bestätigen, dass es normal und gerechtfertigt ist, an Traumafolgesymptomen zu leiden (Normalisierung) und dass die betroffene Person keine Schuld trifft.

In einem dritten Schritt erläutert die helfende Person, dass es Sinn und Zweck der Gespräche sei, Erinnerungen gemeinsam anzuschauen und sie dadurch in das eigene Leben einzuordnen. Die betroffene Person muss reden wollen und soll ausreichend Gelegenheit haben, alles zu fragen, bevor das eigentliche Gespräch beginnt (Freiwilligkeit). Die helfende Person werde im Gespräch genauer nachfragen, wenn die betroffene Person das, was sie erlebt hat, nur vage andeutet.

Wichtig ist es auch, die Betroffenen darauf vorzubereiten, was sie nach den Gesprächen empfinden werden. Es werde sich zum einen die Erleichterung einstellen, sich die schlimmen Erfahrungen von der Seele geredet zu haben. Die betroffene Person werde aber unter den schlimmen Erinnerungen leiden, und die folgende Nacht könne unruhig werden.

Ablauf der Gespräche über Traumata: Im ersten Schritt sprechen die Betroffenen über die **Zeit vor den Traumata**, d. h.

die glückliche Zeiten in der Familie, in der Gemeinschaft mit Freunden und Verwandten. In den Seminaren berichteten vor allem die professionellen und ehrenamtlichen Helfer der jesischen Frauen, diese zeigten immer wieder Fotos und Videos aus guten Zeiten, von Festen, vom Tanzen und vielen anderen Dingen.

In einem **zweiten Schritt schildern Betroffene die Traumata** selbst. Dabei erleben sie die Gefühle, die sie während der Traumatisierung erlebt hatten, von neuem, aber in einer sicheren Umgebung, und sie erinnern sich an den äußeren Ablauf der Traumatisierung und gehen dabei auf die Fragen ein, was sie gesehen, gehört, gespürt oder gerochen haben, und wie sich das jetzt (im Gespräch) anfühlt⁸.

Die wichtigste Aufgabe der helfenden Person ist es, die betroffene Person zu unterstützen, ihr Erleben in Worte zu fassen, es zu ordnen und das Gespräch nach einer gewissen Zeit zu beenden. Eine wichtige Regel in NET ist es, langsam und zeitlich geordnet vorzugehen, um es der betroffenen Person zu ermöglichen, ruhig über ihre Erinnerungen zu reden, Details lebendig werden zu lassen und alles selbst in eine zeitliche Ordnung zu bringen. Die Betroffenen werden so in die Lage versetzt, Gefühle und äußeren Ablauf einander zuzuordnen, um so Zugang zu und Kontrolle über ihre Gefühle zu gewinnen.

Die Beendigung eines Gesprächs über Traumata kann mit den Worten eingeleitet werden: „Wie hat das alles aufgehört? Was ist danach geschehen?“, denn jede einzelne Traumatisierung geht irgendwann einmal zu Ende. Diese Form der Beendigung eines Gesprächs folgt der grundsätzlichen Gesprächsregel, zeitlich geordnet vorzugehen. Zudem endet die Schilderung nicht mit dem Bild eines Traumas, sondern mit dem Ende der Qualen, wenigstens für diesen Tag.

Nach dem Ende des eigentlichen Gesprächs sollte sich die helfende Person nach dem Befinden der betroffenen Person erkundigen und sie dann fragen: „War es gut, darüber zu reden? War es belastend? Oder war es beides?“ Anschließend ist es sinnvoll, sie noch einmal darauf hinweisen, dass die folgende Nacht unruhig werden kann.

Ablauf von Gesprächen über Traumata im Alltag:

Gespräche über Traumata im Alltag können sich ergeben, ohne dass sie vorher geplant sind. Gespräche dieser Art verlaufen anders. Viele der im Rahmen von NET entwickelten Regeln zum Umgang mit Erinnerungen gelten für sie jedoch ebenfalls.

Vor allem muss klar sein, worüber gesprochen wird: über gute Zeiten, über die Symptome der Traumatisierung, über

den Ablauf der Traumatisierung, über die Flucht oder über das Leben in Deutschland.

Gespräche über gute Zeiten sind meist unproblematisch. Die Betroffenen sprechen oft von sich aus über die Zeit vor den Traumata und sind erleichtert, wenn sie danach gefragt werden. Die helfende Person sollte sich das Leben in guten Zeiten schildern lassen, sich mit den Betroffenen darüber freuen und Bedauern äußern, dass diese Zeiten vorbei sind „wegen der schlimmen Dinge, die geschehen sind“. Damit unterbreitet die helfende Person implizit das Angebot, auch über diese Zeiten zu reden und könnte hinzufügen: „... und irgendwann können wir vielleicht darüber auch reden, wenn Sie das möchten.“

Bei **Gesprächen über die Symptome der Traumatisierung** sollte die helfende Person auf Schilderungen von sich aufdrängenden Erinnerungen, innerer Anspannung, körperlichen Symptomen, emotionalen Problemen oder Vermeidung achten. Sie sollte die Schilderungen wiederholen, nachfragen, ob sie alles richtig verstanden hat, und noch einmal darauf hinweisen, dass die geschilderten Symptome Traumafolgen sind.

Gespräche über die Traumatisierung erfordern von helfenden Personen besondere Konzentration. Die betroffene Person sollte den Ablauf der Traumatisierung langsam schildern, die helfende Person sollte die Schilderung wiederholen und nachfragen, ob sie das Geschehene richtig verstanden hat. Im Alltag ist es besonders wichtig, darauf zu achten, dass die Schilderung eines bestimmten Ereignisses auf keinen Fall aus zeitlichen Gründen abgebrochen werden muss. Wenn die helfende Person wenig Zeit hat, muss sie auf ihren Zeitdruck hinweisen, das Gespräch verschieben und einen festen Termin vereinbaren: „Wir sollten über diese Dinge auf jeden Fall sprechen, wenn Sie das möchten. Das sollten wir aber auf keinen Fall unter Zeitdruck tun.“

Die Regel, zeitlich geordnet vorzugehen, nichts zu überspringen, und nie zeitlich zurückgehen, ist bei diesem Gesprächsinhalt besonders wichtig. Bei unklaren oberflächlichen Schilderungen („... und dann ist es geschehen“) ist es hilfreich nachzufragen: „Irgendetwas wollen Sie damit andeuten?“

Wenn es offensichtlich ist, was die betroffene Person sagen möchte, ist es besser, das, was die betroffene Person andeuten wollte, in klare Worte zu fassen: „Sie möchten damit andeuten, dass ...“. Wichtig ist es, rücksichtsvoll, aber klar zu formulieren, aber gerade am Anfang von Gesprächen bestimmte Reizworte zu umschreiben und z. B. nicht zu sagen: „Dann sind Sie vergewaltigt worden“, sondern: „Dann hat der Mann mit Ihnen etwas gemacht, das Sie nicht wollten, und das war schlimm.“ Entlastend ist es, Ruhe auszustrahlen und zu vermitteln, dass traumatische Erlebnisse und ihre Folgen in diesem Rahmen ein ganz normales Gesprächsthema sind.

Die Beendigung des Gesprächs erfolgt, wie oben beschrieben, mit der Frage, wie alles aufgehört hat, was danach geschehen

8 In der Psychotherapie nach NET schreibt die therapeutisch tätige Person nach der Sitzung die Schilderung auf. Bei der nächsten Sitzung lesen beide Gesprächspartner das Protokoll und ergänzen es. Dieses Vorgehen eignet sich nicht für Gespräche über Traumata im Alltag.

ist, wie es der betroffenen Person nach dem Gespräch geht und dem Hinweis auf eine wahrscheinlich unruhige Nacht.

Gespräche über die Flucht folgen den gleichen Regeln wie Gespräche über Traumata. Bei **Gesprächen über das Leben in Deutschland** wird deutlich, dass die betroffenen Personen hier zwar Sicherheit gewonnen, aber die Heimat und ihnen nahestehende Menschen verloren haben. Ein immer wiederkehrender Inhalt dieser Gespräche ist die Angst vor Verfolgern. Manche Betroffene befürchten, dass ihre früheren Peiniger sie bis nach Deutschland verfolgen. Sie trauen sich kaum, die Wohnung allein zu verlassen, auf die Straße zu gehen oder öffentliche Verkehrsmittel zu nutzen. Befürchtungen dieser Art entsprechen fast nie der Realität. Alle helfenden Personen sollten die Betroffenen ermutigen, sich von solchen Ängsten nicht in die Enge treiben zu lassen.

Ambivalenz: Die meisten traumatisierten Personen kämpfen mit der Frage: Will ich und soll ich über die schrecklichen Ereignisse reden oder soll ich das alles unausgesprochen lassen? Hilfreich ist es in solchen Situationen, die Ambivalenz in Worte zu fassen („Da sind zwei Seelen in Ihrer Brust?“, „... und immer bleiben Sie an der Frage hängen, soll ich oder soll ich nicht?“). Solange sich eine betroffene Person noch nicht entschieden hat, ist das wichtigste Gesprächsthema die Ambivalenz. Dabei muss ein Überreden-Wollen oder Bedrängen unbedingt vermieden werden. Die Betroffenen müssen die Bereitschaft der helfenden Personen spüren, ihnen zuzuhören.

Das Vorgehen in Alltagsgesprächen wurde mit Hilfe von Fallvignetten im Rollenspiel geübt.

Diskussion

Die Situation in Heilbronn: Das Heilbronner Schulungsprogramm ist ein praktisches Projekt, das in einer Situation entstand, in der die meisten Fachkräfte im Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen eine große Unsicherheit verspürten. Die wenigen in den Jahren 2015 und 2016 traumatologisch kompetenten und erfahrenen Fachkräfte waren zeitlich überfordert.

Das Heilbronner Programm erreichte über 50 Mitarbeitende im Sozialdienst der Stadt und des Landkreises Heilbronn, etwa 30 Sprach- und Kulturmittler und weit über 100 ehrenamtliche Helfende. Überwiegend erhielten wir die Rückmeldung, dass sich die Teilnehmer nach den Seminaren im Umgang mit kriegstraumatisierten Personen wesentlich sicherer fühlten. Sie hatten den Mut gewonnen, bei aller Vorsicht traumatische Erlebnisse zum Gesprächsthema werden zu lassen. Eine muttersprachliche Sozialarbeiterin, die im Rahmen des Sonderkontingents Nordirak in Heilbronn tätig war, berichtete noch im Verlauf des Seminars, wie bereitwillig die betroffenen Frauen ihr Gesprächsangebot annehmen.

Auch außerhalb des Seminars änderten sich viele Bedingungen zum Besseren. Die Flüchtlingsunterkünfte in Heilbronn werden von einem Team von Sozialarbeitern sowie Sprach- und Kulturmittlern als Dolmetscher betreut. Wegen des großen Bedarfs an Dolmetschern für Arztbesuche erhielten die Sprach- und Kulturmittler zusätzlich zur Traumschulung eine medizinische Basisschulung.

2016 nahm die Beratungsstelle „STABIL“ für traumatisierte Flüchtlinge ihre Arbeit auf⁹. Sie bietet Traumaberatung für Erwachsene und Kinder an. Im Jahr 2017 eröffnete refugio Stuttgart eine Zweigstelle in Heilbronn. Psychosoziale Fachkräfte in Beratungsstellen absolvierten Weiterbildungen in der Arbeit mit traumatisierten Personen. Die Deutschkenntnisse der Geflüchteten besserten sich zunehmend, sodass Gespräche über Traumata zunehmend auch in deutscher Sprache geführt werden können.

NET und der Personzentrierte Ansatz: Personzentrierte Berater und Therapeuten arbeiten bei allen Zielgruppen mit den Grundelementen des personzentrierten Ansatzes: empathisch, akzeptierend und echt sein. Barth (2009) geht in seiner Zusammenfassung eines personzentrierten Verständnisses von Traumaarbeit davon aus, dass Vermeidung, Intrusion und Hyperarousal Versuche sind, das Unerträgliche zu begreifen und zu bewältigen. Im Vermeiden der Erinnerung an die Traumata sucht die betroffene Person Schutz und Stabilität. Intrusionen drängen sie, die Traumata anzuschauen, und die unter dem Begriff des Hyperarousals zusammengefassten Symptome sind ein Ausdruck der Zerrissenheit angesichts der gegensätzlichen Strebungen. Vermeidung, Intrusionen und Hyperarousal blockieren sich in diesem Verständnis gegenseitig. Traumatisierte Personen benötigen Hilfe bei ihrem Versuch, die sich widersprechenden Bedürfnisse nach Stabilität und nach Klarheit miteinander in Einklang zu bringen. Insofern seien Stabilisierung und bewusste Auseinandersetzung mit den traumatischen Ereignissen notwendige Elemente einer Personzentrierten Traumatherapie. Barth (2009) versteht jedoch Stabilisierung und Konfrontation nicht als zwei aufeinanderfolgende Phasen der Traumabewältigung, sondern als zwei Aspekte des therapeutischen Vorgehens, die in jeder Phase des Bewältigungsprozesses notwendig und hilfreich sind.

In diesem Zusammenhang nennt er über die empathische, akzeptierende und kongruente Grundhaltung hinaus zahlreiche Möglichkeiten, den Betroffenen einen Zugang zu ihrem Erleben zu ermöglichen. Zum einen sollten helfende Personen die Regulierungskompetenz der betroffenen Person unterstützen. Sie sollen ihr helfen, sowohl die Tendenz, Erinnerungen zu vermeiden als auch die Tendenz, sich ihnen zu stellen, in

⁹ <http://www.diakonie-heilbronn.de/was-wir-bieten/unsere-abteilungen/mitternachtsmission/stabil.html> [abgerufen letztmals am 30.10.2018]

kontrollierte Bahnen zu lenken. Er empfiehlt, Betroffene, die sich sofort sehr intensiv mit den Traumata beschäftigen, darauf aufmerksam zu machen, dass sie sich möglicherweise zu viel zumuten. Betroffene, die lange brauchen, um Traumata anzusprechen, solle man nicht drängen, sondern sie schrittweise an die Auseinandersetzung mit ihnen heranzuführen. Stabilisierend könnten darüber hinaus jede Form von Ablenkung oder körperlicher Betätigung wirken, distanzierend allgemeine Informationen über Traumata.

Der Weg zur Bewältigung der Traumata sei das integrative Verstehen. Hierunter versteht der Autor die Integration von Ereignissen in den Kontext der Lebensgeschichte und des Selbstverständnisses der betroffenen Personen. Die traumatischen Ereignisse, die bisher noch nicht zugehörig waren, werden „in die Summe des Bestehenden einbezogen“. Das Bestehende seinerseits werde sich dadurch verändern. Ähnliche Aussagen finden sich auch in den oben referierten Modellen zur Personenzentrierten Traumaarbeit (z. B. Biermann-Ratjen & Eckert, 2015; Claas, 2007; Gahleitner et al., 2017).

Die Grundidee des Erinnerns an traumatische Ereignisse im Rahmen der Narrative Exposure Therapy (NET, Schauer et al., 2005, 2011) folgt diesen Prinzipien: Beachten der Stabilität der Betroffenen, gemeinsames Nachvollziehen und anschließende Integration des Erlebten. Im Unterschied zu bisherigen Personenzentrierten Modellen macht NET jedoch Vorgaben zum Ablauf der Gespräche. Zunächst werden gemeinsam mit den Betroffenen die Symptome des Hyperarousal, der Intrusionen, der Erinnerungslücken in Bezug auf die Traumata und der Dissoziation betrachtet. Dann erfolgt eine Information über die vorgesehene Art und Weise der Gespräche über die Traumata und die Frage, ob die betroffene Person hierzu bereit ist. Abschließend werden die Traumata chronologisch in die Lebensgeschichte eingeordnet. Themen der eigentlichen therapeutischen Gespräche sind die Zeit vor den Traumata und daran anschließend der Ablauf der Traumata. NET sieht dabei vor, in den Gesprächen dem chronologischen Ablauf der traumatischen Ereignisse zu folgen und das Gespräch mit der Frage nach dem Ende des Ereignisses abzuschließen.

Dieses Vorgehen beinhaltet zahlreiche stabilisierende und vor allem distanzierende Elemente: das gemeinsame Betrachten der Symptome, die Information über den vorgesehenen Ablauf der Gespräche, das Thematisieren der Zeit vor den Traumata und das chronologische Vorgehen bei den Gesprächen. Vorgaben dieser Art sind im Rahmen des Personenzentrierten Ansatzes ungewöhnlich. Sie stehen jedoch im Dienst der Distanzierung, d. h. der Unterstützung der Selbstregulierungskompetenz (Barth, 2009) der Betroffenen. Der vorhersehbare Ablauf der Gespräche über die traumatischen Ereignisse unterstützt Betroffene, die sofort über ihre Traumata reden möchten, bei der Begrenzung des Mitgeteilten. Betroffenen, die sich mit der

Beschreibung der traumatischen Ereignisse zunächst schwer tun, gibt er Sicherheit, dass die Gespräche nicht zu schnell zu intensiv werden. Direktiv sind Gespräche nach NET-Vorgaben somit hinsichtlich des Prozesses, nicht hinsichtlich der Inhalte. Die helfende Person behält die Kontrolle über den Ablauf der Gespräche, nicht aber über den Inhalt des Mitgeteilten. Damit können die NET-Vorgaben als Ausdruck störungsbezogener Empathie gesehen werden.

Über die hier skizzierten Abläufe hinaus enthält das NET-Manual zahlreiche Äußerungen Betroffener, in denen diese ihr Erleben der Traumata schildern und Anregungen, diese Äußerungen aufzugreifen. Auch diese sind als Empathiehilfen zu verstehen, d. h. als Möglichkeiten, die typischen Inhalte des Erlebens der Betroffenen nachzuvollziehen.

Empathie und Konfrontation sind somit keinesfalls als Gegensätze aufzufassen. Hilfreiche empathische Äußerungen von begleitenden, beratenden oder behandelnden Personen weisen in der Arbeit mit traumatisierten Betroffenen immer sowohl distanzierende als auch konfrontierende Aspekte auf.

Integratives Verstehen sehen wir in Übereinstimmung mit NET vor allem als Integration der traumatischen Ereignisse in den Kontext der Lebensgeschichte. Traumata sind demnach schicksalhafte Ereignisse. Sie treffen Menschen, ohne dass diese die Möglichkeit gehabt hätten, sie zu verhindern. Da ihr Eintreten außerhalb des Einflussbereichs der betroffenen Personen liegt, tragen sie für diese Ereignisse keine Verantwortung. Es ist wünschenswert, dass sie mit der Unterstützung helfender Personen lernen, die Ereignisse als Teil ihrer Biographie zu akzeptieren und mit diesen Erinnerungen zu leben.

Literatur

- American Psychiatric Association – APA (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Washington D. C.: American Psychiatric Publishing (Deutsch 2015: P. Falkai & H.-U. Wittchen (Hrsg.). Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5.) Göttingen: Hogrefe.
- Atwoli, L.; Stein, D. J.; Williams, D. R.; McLaughlin, K. A.; Petukhova, M.; Kessler, R. C. & Koenen, K. C. (2013). Trauma and posttraumatic stress disorder in South Africa: analysis from the South African Stress and Health Study. *BioMed Central Psychiatry*, 13, 182–193.
- Barth, M. (2009). Gesprächspsychotherapie mit folter- und kriegstraumatisierten Menschen. *Person* 13(2), 148–154.
- Biermann-Ratjen, E. M. & Eckert, J. (2015). Die gesprächspsychotherapeutische Behandlung. In G.H. Seidler, H.J. Freyberger & A. Maercker (2015). *Handbuch der Psychotraumatologie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Carmassi, C.; Dell’Osso, L.; Manni, C.; Candini, V.; Dagani, J.; Iozzino, L.; Koenen, K. C. & de Girolamo, G. (2014). Frequency of trauma exposure and Post-Traumatic Stress Disorder in Italy: analysis from the World Mental Health Survey Initiative. *Journal of Psychiatric Research* 59, 77–84.

- Claas, P. (2007). Brauchen wir eine Personenzentrierte Traumatherapie oder brauchen wir eine Personenzentrierte Psychotherapie mit traumatisierten Klientinnen und Klienten? In GwG-Akademie (Hrsg.). *Personenzentrierte Psychotherapie mit traumatisierten Klientinnen und Klienten*. Köln: GwG-Verlag.
- Elliott, R.; Watson, J. C.; Goldman, R. N. & Greenberg, L. S. (2002). *Learning emotion-focused therapy*. Washington D. C.: American Psychological Association.
- Engelhardt, A. M. (2016). Integrative (trauma)therapeutische Arbeit mit unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung* 47, 6–12.
- Finke, J. & Teusch, L. (2007). Gesprächstherapie bei posttraumatischer Belastungsstörung. In GwG-Akademie (Hrsg.). *Personenzentrierte Psychotherapie mit traumatisierten Klientinnen und Klienten* (S. 69–92). Köln: GwG-Verlag.
- Fleischhaker, C.; Sixt, B. & Schulz, E. (2010). *DBT-A. Dialektisch-behaviorale Therapie für Jugendliche*. Ein Therapiemanual mit Arbeitsbuch auf CD. Freiburg: Springer.
- Gahleitner, S. B. (2005). *Gendersensible Konzepte zur Behandlung komplexer Traumatisierung. Methodische Überlegungen zur Untersuchung von Veränderungsprozessen in Therapie und Beratung*. Online-Publikation. PSYDOC, Volltextserver der Virtuellen Fachbibliothek Psychologie. Online verfügbar: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:bsz:291-psydok-4538>.
- Gahleitner, S. B. (2007). Neue Bindungen wagen – Bindungstheorie als Voraussetzung für beziehungsorientierte Psychotherapie bei komplex traumatisierten KlientInnen. In GwG-Akademie (Hrsg.). *Personenzentrierte Psychotherapie mit traumatisierten Klientinnen und Klienten* (S. 93–115). Köln: GwG-Verlag.
- Gahleitner, S. B.; Zimmermann, D. & Zito, D. (2017). *Psychosoziale und traumapädagogische Arbeit mit geflüchteten Menschen (Reihe: Fluchtaspekte)*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Hause, M. & Griese, K. (2015). Sexualisierte Gewalt gegen Frauen im Krieg: Hintergründe, Folgen und Unterstützungsansätze. In G. H. Seidler, H. J. Freyberger, & A. Maercker. *Handbuch der Psychotraumatologie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Keicher, R. (Redaktion), Stadt Heilbronn (Hrsg.) (2014). 2. *Integrationsbericht der Stadt Heilbronn 2007–2013*, Heilbronn. https://www.heilbronn.de/ord_soz/integration/integrationsbericht/_files/Integrationsbericht_2014.pdf [abgerufen am 25. 5. 2016]
- Kessler, R. C.; Sonnega, A.; Bromet, E.; Hughes, M. & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* 52, 1048–1060.
- Kirsch, A.; Michael, T. & Lass-Hennemann, J. (2015). Trauma und Gedächtnis. In Seidler, G. H.; Freyberger, H. J. & Maercker, A. (2015). *Handbuch der Psychotraumatologie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kizilhan, J. (2016). *Handbuch zur Behandlung kriegstraumatisierter Frauen: transkulturelle Behandlungsmethoden und Techniken am Beispiel der Frauen aus dem Irak*. Berlin: VWB Verlag für Wissenschaft und Bildung.
- Landesärztekammer Baden-Württemberg und Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg (Hrsg.) (2015). *Ambulante medizinische, psychosoziale und psychotherapeutische Versorgung von traumatisierten MigrantInnen in Baden-Württemberg – 2. Versorgungsbericht*. https://www.lpk-bw.de/archiv/news2015/pdf/20151002_laek_lpk_bw_traumatisierte_fluechtlinge_versorgungsbericht_2.pdf [Letzter Abruf 22. 2. 2017].
- Lanius, R. A.; Brand, B.; Vermetten, E.; Frewen, P. A. & Spiegel, D. (2012). The dissociative subtype of posttraumatic stress disorder: Rationale, clinical and neurobiological evidence. *Depression and Anxiety* 29, 701–708.
- Le Doux, J. E. (1996). *The Emotional Brain: The Mysterious Underpinnings of Emotional Life*. New York: Simon & Schuster.
- Liedl, A.; Schäfer, U. & Knaevelsrud, C. (2013). *Psychoedukation bei posttraumatischen Störungen. Manual für Einzel- und Gruppensetting*. Stuttgart: Schattauer.
- Neuner, F. (2008). Stabilisierung vor Konfrontation in der Traumatherapie – Grundregel oder Mythos? *Verhaltenstherapie* 18, 109–118.
- Neuner, F. (2015). Risiken und Nebenwirkungen der Traumatherapie. In G. H. Seidler; H. J. Freyberger & A. Maercker. *Handbuch der Psychotraumatologie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- NICE – National Institute for Health and Clinical Excellence (2005). *Post-traumatic stress disorder: management. Clinical guideline [CG26]*. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg26>
- Olaya, B.; Alonso, J.; Atwoli, L.; Kessler, R. C.; Vilagut, G. & Haro, J. M. (2015). Association between traumatic events and post-traumatic stress disorder: results from the ESEMED-Spain study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 24(2), 172–83.
- Reddemann, L. (2001). *Imagination als heilsame Kraft*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Reddemann, L. (2008). *Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT – Das Manual*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Schauer, M.; Neuner, F. & Elbert, T. (2005, 2. Auflage 2011). *Narrative Exposure Therapy*. Göttingen: Hogrefe.
- Steuwe, C.; Driessen, M. & Beblo, T. (2015). Traumaorientierte Psychotherapie. Technik, Anwendungsmöglichkeiten und Ergebnisse. *Nervenarzt* 86, 1427–1437.