

Empfehlungen für die psychosoziale Arbeit mit besonders vulnerablen Asylsuchenden

Inhalt

1. Einleitung	2
2. Vulnerable Geflüchtete	2
3. Das THS-Projekt	3
Ergebnisse.....	4
3. Handreichungen	9
3.1 Arbeit mit Sprach- und Kulturmittler*innen in der therapeutischen Triade – Handreichung für Psychotherapeut*innen.....	9
3.2 Psychosoziale Arbeit braucht Vielfalt – Handreichung zu Diversity	12
3.3 Hinweise auf psychische Erkrankungen bei Geflüchteten - Handreichung für Ehrenamtler*innen und Fachkräfte.....	14
3.4 Selbst- und Fremdgefährdung / Umgang mit Krisen – eine Handreichung für Fachkräfte und eine Information für Ehrenamtliche in der Flüchtlingsarbeit	18
3.5 Suizidprävention in der Unterstützung besonders vulnerabler Geflüchteter - Handreichung für Ehrenamtler*innen und Fachkräfte.....	21
3.6 Selbstfürsorge und Schutz vor eigenen Belastungen in der Begleitung besonders vulnerabler Geflüchteter – eine Handreichung für Fachkräfte und Ehrenamtliche	23
Literatur	28

Diese „Empfehlungen für die psychosoziale Arbeit mit besonders vulnerablen Asylsuchenden wurden erstellt im Rahmen des EU-AMIF-geförderten Projekts „Traumatisierungsketten durchbrechen – Handlungsunsicherheiten überwinden – Schutzsysteme stärken“ (THS).



1. Einleitung

Seit 2015 steigt die Zahl von Schutzsuchenden weltweit stark an, im Jahr 2019 befanden sich ca. 79 Millionen Menschen auf der Flucht, von denen sich ca. 1.1 Millionen Menschen in Deutschland befinden (vgl. UNHCR 2020). Ein Großteil der Schutzsuchenden stammt aus Kriegs- und Krisengebieten wie Syrien und Afghanistan (vgl. BAMF 2020, S. 1f) und war zum Teil Gewalt, Folter oder politischer Verfolgung ausgesetzt. Die gestiegene Anzahl von Schutzsuchenden in Deutschland stellte Bund und Länder, aber auch u. a. Träger der Sozialen Arbeit vor neuartige Aufgaben und erforderte schnelles Handeln. Es entstanden eine Vielzahl von neuen Flüchtlingsunterkünften, Beratungsstellen sowie Wohngruppen für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge, bereits vorhandene Institutionen erfuhren eine Erweiterung oder mussten ihre Konzepte an die Situation anpassen. Diese neue Herausforderung benötigte Fachkräfte - vor allem Sozialarbeiter*innen sowie Ehrenamtler*innen, die in den verschiedenen Institutionen und Unterkünften tätig sind, zum Teil ohne Vorerfahrungen in diesem Bereich.

Viele der schutzsuchenden Menschen gehören zu einer sogenannten vulnerablen Gruppe, aufgrund u. a. ihres Alters, ihres Familienstandes oder Erkrankungen. Die individuellen Erfahrungen der Klient*innen, die häufig geprägt sind von traumatischen Erfahrungen im Heimatland, auf der Flucht oder auch in Deutschland, führen dazu, dass Traumatisierungen sowie Traumafolgestörungen und weitere psychische Erkrankungen ein häufiges Thema sind, mit welchem sich Fachkräfte und Ehrenamtler*innen auseinandersetzen. Das BAfF-Projekt "Traumatisierungsketten durchbrechen - Handlungsunsicherheiten überwinden - Schutzsysteme stärken" (THS) hat sich mit der Erarbeitung von Handlungsempfehlungen befasst, die sich an den Bedarf von Fachkräften und Ehrenamtler*innen orientieren. In den hier vorliegenden „Empfehlungen“ werden die zentralen Ergebnisse vorgestellt.

2. Vulnerable Geflüchtete

Nach Angaben des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF) wurden im Jahr 2019 146.619 Asylsuchende registriert, von denen 142.509 Personen einen Erstantrag gestellt haben (vgl. BAMF 2020, S. 1f.). Der Großteil der Antragsteller*innen kam aus der arabischen Republik Syrien mit 27,6 %, gefolgt von 9,7 % irakischen Antragsteller*innen sowie 7,6 % aus der Türkei(vgl. ebd.). Rund 183.954 Entscheidungen über Asylanträge tätigte das BAMF 2019, von denen 24,5 % nach § 3 Abs. 1 AsylG, Art. 16a GG die Rechtsstellung als Flüchtling erhielten, 10,6 % die Gewährung von subsidiärem Schutz gem. § 4 Abs. 1 AsylG, 3,2 % erhielten die Feststellung eines Abschiebungsverbotes gem. § 60 Abs. 5 o. 7 und 29,4 % der Antragsteller*innen erhielten eine Ablehnung des Asylantrages als unbegründet oder offensichtlich unbegründet (vgl. ebd.). Hinzu kommen Personen mit offenem Schutzstatus,

ohne rechtskräftige Entscheidung über ihren Asylantrag oder Personen, die ihren Schutzstatus verloren haben.

Unter all diesen Menschen gibt es besonders „vulnerable“ Personen oder Gruppen. Was kennzeichnet diese? Der Begriff Vulnerabilität kann mit den Worten „Verletzlichkeit“ oder „Verwundbarkeit“ beschrieben werden. Diese kann aufgrund bestimmter situativer Einflüsse oder bestimmter inhärenter Eigenschaften bestehen. Unter „besonders vulnerablen Geflüchteten“ werden Personengruppen verstanden, die einen besonderen Schutzbedarf haben, welcher ihnen u. a. aufgrund ihres Alters, Geschlechtes oder ihres Gesundheitszustandes zugeschrieben wird. Unter besonders vulnerablen Asylantragsteller*innen werden im Rahmen der EU-Aufnahmerichtlinie sowie der EU-Verfahrensrichtlinie Minderjährige, unbegleitete Minderjährige, Menschen mit Behinderungen, ältere Menschen, Schwangere, Alleinerziehende mit minderjährigen Kindern, Opfer von Menschenhandel, Personen mit psychischen Störungen, Personen mit schweren körperlichen Erkrankungen und Personen, die schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben, verstanden (vgl. Art 21 Richtlinie 2013/33/EU). EU-Mitgliedsstaaten werden mit den genannten Richtlinien zu einer frühzeitigen Identifizierung dieser verpflichtet (vgl. ebd.). Kann anhand des Alters, des Geschlechtes, einer vorhandenen Behinderung oder einer Schwangerschaft relativ leicht erkannt werden, ob eine besondere Vulnerabilität vorliegt, fallen Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Opfer schwerer Gewalttaten und vorhandener Traumafolgestörungen weniger auf, sodass ein besonderer Schutzbedarf zunächst häufig unbekannt bleibt (vgl. PSZ Düsseldorf 2019, S.38f.).

3. Das THS-Projekt

Die Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e.V. (BAfF) ist der seit 1996 bestehende Dachverband der Behandlungszentren für Opfer von politischer Verfolgung und Menschenrechtsverletzungen. Die BAfF vernetzt zurzeit 42 psychosoziale Behandlungszentren, Initiativen und Einrichtungen für medizinische, psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung und Rehabilitation von Opfern von Folter und anderen Menschenrechtsverletzungen (vgl. BAfF e.V. 2020). Im Vordergrund steht die Hilfe für Menschen, die unvorstellbares Leid erlebt haben, u.a. Folterüberlebende, Kriegsoffer und Kindersoldaten. Der Zusammenschluss der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer fördert einen fachlichen Austausch von Wissen und Erfahrungen zwischen den Zentren und setzt sich für eine Verbesserung der Lebensbedingungen von Überlebenden politisch motivierter Gewalt ein. Die BAfF entwickelt Qualitätsstandards für eine angemessene Behandlung traumatisierter Flüchtlinge sowie die

Förderung der Wahrnehmung der Folgen von organisierter Gewalt und des Lebens im Exil in der Öffentlichkeit und den entsprechenden Fachkreisen. Dies geschieht u. a. durch laufende Projekte, die in Zusammenarbeit mit verschiedenen Psychosozialen Zentren durchgeführt werden.

Das BAfF-Projekt "Traumatisierungsketten durchbrechen - Handlungsunsicherheiten überwinden - Schutzsysteme stärken" (THS) wurde aus Mitteln des Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds der EU kofinanziert und umfasste eine Laufzeit von zwei Jahren (Juli 2018 – Juni 2020). Das THS-Projekt beschäftigte sich mit den drei Bereichen "Aufnahmesystem", "Schutzsystem" und "Gesundheitssystem", die von insgesamt elf BAfF-Mitgliedszentren aufgegriffen und bearbeitet wurden.

Zu den Projektpartner*innen gehörten das PSZ Sachsen-Anhalt, Refugio Bremen, Refugio München, Refugio Stuttgart, Refugio Thüringen, Zentrum Überleben in Berlin, NTFN Hannover, MFH Bochum, KOMMIT e.V. Brandenburg und IBIS Oldenburg sowie das PSZ Düsseldorf. Das PSZ Düsseldorf beschäftigte sich im Rahmen des THS-Projektes mit den Schwerpunkten PSZ-Neugründungen und der Erarbeitung von Handlungsempfehlungen für Akteur*innen der haupt- und ehrenamtlichen Flüchtlingsarbeit. Dabei konnte eine Kooperation mit dem Sozial-Wissenschaftsladen der Evangelischen Hochschule Rheinland-Westfalen-Lippe (EvH) aufgebaut werden, um die Forschung im Rahmen des Projekts auf eine breitere Basis zu stellen.

Ergebnisse

Generell gibt es große Engpässe bei der psychotherapeutischen Versorgung traumatisierter oder psychisch erkrankter Flüchtlinge. Gibt es innerhalb dieser bereits unterversorgten Gruppe Fallkonstellationen, in denen die Betreuung, psychosoziale Versorgung und passgenaue Vermittlung in die notwendige Behandlung besonders herausfordernd und schwierig ist? Mit dieser Fragestellung (unter anderen) beschäftigte sich das Gemeinschaftsprojekt der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF). Im Projektschwerpunkt "Qualitative Weiterentwicklung von Betreuungs- und Beratungsangeboten der psychotherapeutischen und psychologischen Angebote für besonders schutzbedürftige Asylsuchende" wurde dazu eine Erhebung des Erfahrungswissens und der Bedarfe durchgeführt. Dazu wurden Fachkräfte aus der Regelversorgung (niedergelassene Psychotherapeutin, Klinik), PSZs, der Flüchtlingssozialarbeit sowie ehrenamtlich Engagierte interviewt. Auf dieser Basis wurden Handlungsempfehlungen und an den Bedarfen orientierte Fortbildungen für Fachkräfte und ehrenamtlich Engagierte entwickelt.

Hoher Bedarf und struktureller Mangel

Die Ergebnisse der Befragungen zeigen, dass die Schwierigkeiten in der Betreuung und (Vermittlung in) Behandlung für besonders belastete Asylsuchende oft weniger im Fortbildungsbedarf der Helfer*innen, sondern in ungünstigen strukturellen Rahmenbedingungen begründet liegen. Diese treffen alle Geflüchteten, manche aber durch eine Akkumulation von Problemlagen umso härter.

Ein relativ hoher Prozentsatz der Geflüchteten ist auf psychotherapeutische Behandlung angewiesen. So belegt eine Studie des Wissenschaftlichen Instituts der AOK vom Oktober 2018, bei der 2021 Geflüchtete untersucht, die nicht länger als zwei Jahre in Deutschland und noch in Aufnahmeeinrichtungen lebten, dass über 75% der Befragten mindestens ein traumatisches Erlebnis selbst erfahren haben (60% haben Krieg erlebt, 40% haben Gewalt durch Militär erlebt, 15% waren Zeuge von Folter und Mord, 19% sind selbst gefoltert worden). Viele sind multipel traumatisiert. Die Studie belegt einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Prävalenz sowohl körperlicher als auch psychischer Beschwerden und erlebten traumatischen Situationen. In der Studie selbst wurden keine traumaspezifischen Symptome (z.B. Intrusionen, Vermeidung, Alpträume, Ängste) erfasst, aber allgemeine psychische Symptome, die z.B. mit Depressionen korrelieren. Danach waren über 44% der Befragten auffällig. Über 15% gaben an, einen Arzt aufgesucht, aber nicht behandelt worden zu sein. Als Zugangsbarrieren wurden vor allem die Sprache und fehlende systematische Sprachmittlung angegeben. Die Autor*innen der Studie fordern einen schnelleren Zugang zur Gesundheitsversorgung, verfügbare Sprachmittlung und den Ausbau der psychotherapeutischen Versorgung, die Bundespsychotherapeutenkammer schließt sich den Forderungen an (vgl. Wissenschaftliches Institut der AOK (2018): „Gesundheit von Geflüchteten in Deutschland“:

<https://www.wido.de/publikationen/widomonitor/wido-monitor-1-2018.html>).

Finanzierung von Psychotherapie und Dolmetscher*innen

Mitarbeiter*innen in der Flüchtlingsberatung berichten, dass es so gut wie unmöglich ist, **Therapieplätze** bei niedergelassenen Psychotherapeut*innen in verschiedenen Sprachen zu finden. Die wenigen Therapeut*innen, die z.B. auch auf Arabisch, Persisch, Französisch arbeiten, sind ausgebucht. Hier könnte der Einsatz geschulter Sprachmittler*innen (oder **Dolmetscher*innen**) helfen, aber dieser gestaltet sich schwierig. Viele Therapeut*innen, oft auch in Kliniken, wollen nicht mit Dolmetscher*innen arbeiten. Bei denjenigen, die es tun würden, ist der Stolperstein häufig die **Finanzierung**. Nur wenige Behandlungseinrichtungen haben ein Budget für den Dolmetscher*innen-Einsatz eingeplant. Somit sind sowohl

längerfristige Psychotherapien als auch akute Interventionen z.B. in der Klinik bei akuter Suizidalität schwer möglich.

Solange die Patient*innen noch im Asylverfahren sind und die Gesundheitsversorgung über die Sozialämter läuft, sollten diese für Dolmetscher*innen in der Therapie aufkommen, und einige tun dies auch, so dass eine Behandlung begonnen werden kann, wenn ein Therapieplatz gefunden wurde. Andere Sozialämter verweigern die Kostenübernahme und auch die Krankenkassen zahlen den Dolmetscher*innen-Einsatz nicht, d.h. die Betroffenen müssten den / die Dolmetscher*in selbst bezahlen (und z.T. überhaupt finden). Das ist für die meisten unmöglich, so dass die Behandlung häufig daran scheitert.

Ein weiterer ungünstiger Punkt ist die **Finanzierung der Behandlung** selbst. In den ersten 15 Monaten des Aufenthalts sind Asylsuchende über die Sozialämter versichert, und nur die „notwendige Behandlung akuter Erkrankungen“ wird finanziert. Viele Sozialämter verweigern in dieser Zeit die Finanzierung einer Psychotherapie. Nach 15 Monaten des Aufenthalts sollten Geflüchtete dann eine Gesundheitskarte und somit eine Gesundheitsversorgung erhalten, die den regulären Leistungen der Krankenkasse entspricht. Da es zu wenige Psychotherapeut*innen mit einem Kassensitz gibt, um die Vielzahl an Asylsuchenden angemessen zu behandeln, wurde mit dem sog. Asylpaket I im Oktober 2015 die Möglichkeit der **Ermächtigung** von Psychotherapeut*innen eingeführt. Die Ermächtigung können approbierte Psychologische Psychotherapeut*innen ohne Kassensitz beantragen, sie gilt für die Behandlung von Geflüchteten, die bereits länger als 15 Monate in Deutschland sind, bis zu deren Anerkennung im Asylverfahren. Diese Regelung führt allerdings dazu, dass Geflüchtete, die eine psychotherapeutische Behandlung bei einer Therapeut*in mit Ermächtigung begonnen haben, diese Behandlung abrechnen müssen, sobald sie eine Anerkennung oder eine Arbeit gefunden haben, weil die Therapie dann nicht mehr von der Krankenkasse finanziert wird. Sie müssten sich dann eine andere niedergelassene Psychotherapeut*in mit Kassensitz suchen. Dies stört den therapeutischen Prozess enorm und führt in der Regel nicht zu einem Psychotherapeut*innen-Wechsel, sondern zum Therapieabbruch. Und das in einem Moment, in dem die Traumabearbeitung erst richtig beginnen könnte, weil endlich die notwendige Sicherheit da ist. In Bezug auf die Psychotherapie mit Ermächtigung, so die Fachkräfte, ist dringend eine Änderung notwendig: die Therapie sollte dort weitergeführt werden können, wo sie begonnen wurde. Einige Psychotherapeut*innen, welche diese Ermächtigung erhalten hatten, haben sie daher bereits wieder zurückgegeben.

Überforderte Familien und Jugendhilfe als Ressource

In Bezug auf Zugang zu psychotherapeutischer Behandlung und Einsatz von Dolmetscher*innen in der Psychotherapie ist die besonders vulnerable Gruppe der unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge im Vergleich zu allen anderen besser versorgt. *„Bei den UMF läuft das vergleichsweise gut. Weil diese Jugendlichen, wenn sie in Obhut genommen werden, in der gesetzlichen Krankenversicherung landen, d.h. da ist klar, wer die Kosten trägt. Dann gibt es Betreuer in den Wohngruppen, die sich um die formalen Dinge kümmern. Wir brauchen ja Einverständniserklärungen in die Behandlungen, Schweigepflichtsentbindungen, die Überweisung muss vorliegen und damit sind die Jugendlichen selbst überfordert, wenn sie nicht schon länger hier sind. Und dann haben wir natürlich noch den Punkt **Dolmetscher**. Und da ist es so, dass die Wohngruppen Dolmetscher einsetzen, die im Tagessatz schon mit berechnet sind und zum Anderen soll ja im Rahmen des Clearings auch die Einschätzung der psychischen Gesundheit erfolgen“* (Psychotherapeut in der Ambulanz).

Kinder und Jugendliche, die mit ihren Angehörigen nach Deutschland kommen, erfahren viel weniger professionelle Unterstützung und entsprechend größere Hürden beim Zugang zu psychotherapeutischer Versorgung: zum einen, weil die Familien häufig auf sich allein gestellt mit dem Prozedere überfordert sind (Psychotherapeut*innensuche, Überweisung, Behandlungsschein etc.), zum anderen, weil das Jugendamt den Dolmetscher*innen-Einsatz nicht übernimmt. Manchmal gibt es Lehrkräfte oder Schulsozialarbeiter*innen, die sich dafür einsetzen, dass Flüchtlingskinder oder –jugendliche in psychotherapeutische Behandlung vermittelt werden, aber ohne eine systematische Unterstützung bleibt vielen der Zugang versperrt.

PSZ als Alternative

Aufgrund der vielen Hürden beim Zugang zu psychotherapeutischer Behandlung (inklusive Dolmetscher*innen-Einsatz) in der Regelversorgung, sind für die Akteure im Flüchtlingsbereich die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge die zentrale Anlaufstelle, wenn sie psychisch belastete oder erkrankte Geflüchtete beraten. Aufgrund der hohen Auslastung der PSZ wenden sich Fachkräfte nur in den schwersten Fällen an die PSZs und versuchen ansonsten anderweitig Behandlung zu organisieren, was allerdings häufig nicht gelingt. Ein weiterer Punkt, der positiv hervorgehoben wird, ist die spezifische Kompetenz der PSZs (Trauma, Asyl, Kultur) in der Arbeit mit Geflüchteten. *„Das sind die einzigen Stellen, wo wir überhaupt noch jemanden ans Telefon kriegen und wo die beste Kooperation ist“* (Flüchtlingsberaterin).

Fluchtspezifische Kontextbedingungen

Die fluchtspezifischen Kontextbedingungen (Aufenthalt, andauernde Konflikte im Herkunftsland) treffen quasi alle Geflüchteten, beeinflussen die therapeutischen Prozesse und destabilisieren Klient*innen immer wieder: *„Es ist ein permanentes Störfeuer, dass man eigentlich nie kontinuierlich Traumabehandlung machen kann, dann kommt irgendwas mit dem Aufenthalt oder allein nur die Anhörung wühlt wieder ganz viel auf, irgendwas passiert im Heimatland, ein Kriegsereignis, irgendwas passiert mit der Familie... Therapie ist deutlich erschwert durch diese ganzen Faktoren“* (Psychotherapeut in der Ambulanz).

Natürlich gibt es auch Symptome und psychopathologische Störungsbilder auf Seiten der Geflüchteten, welche die (Vermittlung in) Behandlung in Einzelfällen zusätzlich erschweren können, wie psychosomatische Symptome, selbstverletzendes Verhalten oder frühe Bindungsstörungen. In der überwiegenden Mehrheit der Fälle aber berichten alle Interviewten übereinstimmend, dass es vor allem die schwierigen Rahmenbedingungen sind, welche große Mühe und Leid verursachen.

Benötigte Handlungsempfehlungen

Die Ergebnisse der durchgeführten Forschung innerhalb des Projektes *„Traumatisierungsketten durchbrechen- Handlungsunsicherheiten überwinden- Schutzsysteme stärken“* konnte verschiedene Bedürfnisse an Themenbereichen von Handlungsempfehlungen und Fortbildungen ermitteln.

Besonders die Thematik *„Trauma“* wurde in Bezug auf die Arbeit mit Geflüchteten bereits in vielen Materialien und Fachliteraturen aufgegriffen und behandelt, was dadurch ein eher unerwartetes Ereignis war. Deutlich wurde jedoch auch, dass Fachkräfte und Ehrenamtler*innen eine praxisorientierte Anwendung des Gelernten wünschen, anderen mangelte es bereits an Basisinformationen im Themengebiet. Es wurde in der Projektkonzeption zunächst davon ausgegangen, dass der Bedarf deutlich komplexere Fälle ansprechen wird. Durch die Expert*inneninterviews wurde deutlich, dass es vielmehr an Basisinformationen fehlt und ein Bedarf an praktischen Handlungsempfehlungen besteht.

Aufgrund der Forschungsergebnisse konnten verschiedene Bereiche formuliert werden, welche in die Erstellung der Handlungsempfehlungen seitens des PSZ Düsseldorf mit einbezogen wurden.

3. Handreichungen

Auf der Basis der ermittelten Bedarfe wurden im Projektverlauf sechs Handreichungen erarbeitet. Da als ein Haupthindernis der Mangel an Therapieplätzen benannt wurde bzw. an Psychotherapeut*innen, die bereit sind, Geflüchtete mit Hilfe von Dolmetscher*innen zu behandeln, wurde als erstes eine Handreichung zur „Arbeit mit Sprach- und Kulturmittler*innen in der therapeutischen Triade“ erstellt – in der Hoffnung, Psychotherapeut*innen damit für diese Arbeit gewinnen zu können.

Ebenso an Fachkräfte der Regelversorgung, aber auch an Ehrenamtliche richtet sich die Handreichung zum „Umgang mit Vielfalt / Diversity-Kompetenz“.

Ein weiteres Ergebnis der Erhebungen war die vielfach benannte Unsicherheit im Erkennen von und im Umgang mit psychischen Erkrankungen. Hier wollten wir auf die Bedarfe differenzierter eingehen und haben Handreichungen a) zum Erkennen psychischer Erkrankungen, b) zu Selbst- und Fremdgefährdung sowie c) vertiefend zur Suizidprävention erstellt. Darüber hinaus wurde als Bedarf der Schutz vor eigenen Belastungen in der Flüchtlingsarbeit herausgearbeitet, auch hierzu haben wir eine Handreichung mit Empfehlungen zusammengestellt.

An dieser Stelle dokumentieren wir die wesentlichen Inhalte der Handreichungen. Sie können einzeln als Ergebnisse des THS-Projekts auf der Internetseite des PSZ Düsseldorf heruntergeladen werden. In den Handreichungen werden relevante Inhalte knapp und übersichtlich zusammengefasst. Für eine Vertiefung können Fortbildungen / Seminare als Inhouse-Schulungen angefragt werden.

3.1 Arbeit mit Sprach- und Kulturmittler*innen in der therapeutischen Triade – Handreichung für Psychotherapeut*innen

*„Therapie mit Dolmetscher*innen – das geht doch gar nicht!“*

Diese Auffassung ist immer noch weit verbreitet. Mit dieser Handreichung zum Dolmetscher*innen-Einsatz wollen wir Sie unterstützen, erfolgreich mit Geflüchteten zu arbeiten. Wir haben sie bewusst knapp, stichpunktartig, übersichtlich gehalten. Am Ende finden Sie Literaturverweise, wenn Sie mehr erfahren wollen.

Was nicht geht:

- Übersetzung durch Personen aus dem privaten / sozialen Umfeld der Klient*in
 - Community
 - Mitbewohner*innen in der Unterkunft / Jugend-WG
 - Freunde, Bekannte
 - Angehörige / Kinder (!)

→ Klient*in spricht evtl. Nicht offen (Scham, schützen wollen, unklare Schweigepflicht...)

→ Übersetzung evtl. verzerrt (Rollenunklarheit, sprechen für Klient*in...)

- Übersetzung durch zufällig in der Einrichtung anwesende sprachkundige Personen (z.B. Reinigungskraft, Küchenhilfe...)

→ Qualität der Übersetzung, Rollenklarheit, Vertrauen nicht gewährleistet

Was geht: Therapie mit Sprach- und Kulturmittler*in funktioniert!

Langjährige Erfahrung in den PSZ: Erfahrungen und Empfehlungen aus der Praxis
Psychotherapie mit Dolmetscher*innen ist effizient!

Voraussetzungen: geschulte Dolmetscher*innen und Therapeut*innen, professionelles Setting (Brune et al., 2010)

Vorher klären: Passung der Sprach- und Kulturmittler*in

- Suche über lokalen Dolmetscher*innen-Pool (z.B. Sprint)
- Sprache / Dialekt (bei mehrsprachigen Klient*innen nach bevorzugter Therapiesprache fragen)
- Wohnort (keine privaten Überschneidungen)
- Geschlecht (i.d.R. möglichst gleich)
- Zugehörigkeit (z.B. Milieu, ethn. Gruppe, polit. Orientierung)
- Wenn möglich: geschulte Sprach- und Kulturmittler*in (hat Verständnis von therapeutischem Setting, Rolle)
- Persönliche Merkmale: z.B. psychische Stabilität, therapeutischen Raum halten können, Rollenklarheit

Vor dem ersten Einsatz: Vorgespräch mit Sprach- und Kulturmittler*in

- Kennenlernen (persönliche Merkmale, evtl. religiöse / politische Überzeugungen)
- Information über Zeitrahmen, Bezahlung, Schweigepflicht
- Information über Dolmetsch-Stil (direkte Rede...)
- Verständigung bei Kommentaren, zu langen Beiträgen...
- Informationen über Klient*in, Ziel der Sitzung

Beginn des Gesprächs in der therapeutischen Triade

- Direkter Kontakt der Therapeut*in zur Klient*in
- Persönliche Begrüßung der Klient*in, aus dem Wartebereich abholen
- Kein gemeinsames Warten von Sprachmittler*in und Klient*in
- Vertrauensvolle Atmosphäre schaffen
- Haltung: Gastgeber*in
- Sitzplatz wählen lassen, etwas zu Trinken anbieten
- Vorstellen aller Gesprächspartner*innen
- Vorstellung der Einrichtung / Praxis und des Arbeitsansatzes (Simplifizieren!)

Während des Gesprächs

- Regeln freundlich und verbindlich erläutern
 - alles Gesprochene wird übersetzt
 - Schweigepflicht
 - Kein Kontakt zwischen Dolmetscher*in und Klient*in außerhalb der Therapien (bzw. nur nach Absprache, z.B. Begleitung und nur vermittelt über Therapeut*in)
 - Kein Austausch der Handynummern
 - Bezahlung durch Institution / Therapeut*in
- Klären: verstehen Sprach- und Kulturmittler*in sich sprachlich?
 - Ggf. Dolmetscher*innen-Wechsel
- Den Kontakt nicht an die Dolmetscher*in abgeben
 - Blickkontakt zur Klient*in halten / anbieten
 - Direkte Ansprache
- An das Niveau der Klient*in anpassen
 - Angepasste Ausdrucksweise (ist Klient*in Akademiker*in oder Analphabet*in?)
 - z.T. gibt es keine Begriffe in der jeweiligen Sprache → umschreiben
 - ggf. Simplifizieren: verständliche Begriffe und Bilder wählen
 - abstrakte / komplexe Begriffe direkt im Deutschen erklären → nicht der Dolmetscher*in überlassen!
- Rollenklarheit
 - Therapeut*in → Prozessverantwortung
 - Sprach- und Kulturmittler*in → Sprachliche Vermittlung

Die dritte Person im Raum

- Sprach- und Kulturmittler*in ist keine „Übersetzungsmaschine“ → „Neutralität“ ist unmöglich
- Bei aller Rollenklarheit dennoch immer subjektiv, Übersetzung immer (bewusst oder unbewusst) individuell gefärbt (welche Begriffe werden gewählt, was wird „vergessen“, betont, emotionale Färbung...)

→ Bewusster Umgang, nachfragen, thematisieren

Chancen und Risiken des Dolmetscher*innen-Einsatzes

- Risiken
 - Beeinträchtigung des Prozesses, z.B. eigenes Agieren
 - Verzerrung des Gesagten
 - Als Therapeut*in nicht sofort reagieren können
- Chancen
 - Weitere Ressource (Zeug*in, Anteilnehmende) im Raum
 - Sprach- und Kulturmittler*in als „Brücke“ mit Kenntnissen beider Systeme, evtl. Rollenmodell
 - Einbeziehung kulturspezifischen Wissens (Beispiel Sexualität, Glaubenssysteme, Verhalten)
 - Evtl. Hintergrundinformationen zur Herkunftsregion
 - Zeit zum beobachten und reflektieren

Weitere Einbeziehung der Sprach- und Kulturmittler*in

- Inhaltliche Anmerkungen
 - Grundsätzlich nach der Sitzung
 - Auf Absprache währenddessen (bewusster Umgang mit Rollenwechsel)
 - Transparenz des Gesagten auch für Klient*in (Reflekting Team)
- Nachbesprechung mit Dolmetscher*in:
 - Anmerkungen und Kommentare
 - Auffälligkeiten bei der Klient*in? Sprachstil, Ausdrucksweise...
 - „Kulturspezifisches“?
 - Belastungen bei der Dolmetscher*in? Entlastung notwendig?
- Angebot von Fortbildung und Supervision

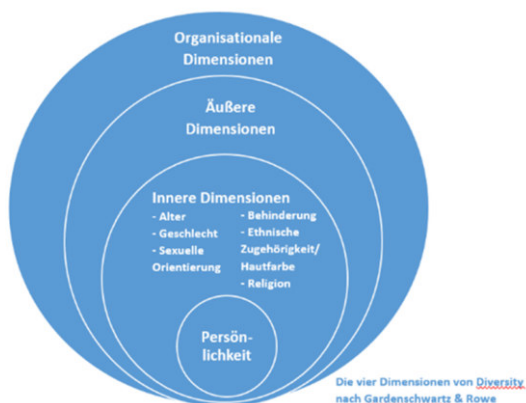
Fazit: Unter Beachtung einiger grundlegender Regeln ist die Einbeziehung der dritten Person (Sprach- und Kulturmittler*in) bereichernd und therapeutisch effizient!

3.2 Psychosoziale Arbeit braucht Vielfalt – Handreichung zu Diversity

Akzeptanz von Vielfalt (Diversität) und einer daraus resultierenden Haltung führt zur inklusiven psychosozialen Arbeit.

- 1.) Die psychosoziale Arbeit im Kontext von Akzeptanz von **Diversität** und Wahrnehmung von **Intersektionalität** bedeutet:
 - Ständiges reflexives Handeln und Denken
 - Bereitschaft und Fähigkeit immer wieder andere Standpunkte wahr- und einzunehmen
 - Aushalten von Ambiguität, dem Gefühl von Fremdheit und Ungewissheit über den wirklichen Prozess der Interaktion

a) Kriterien von **Diversität**



→Konzentration auf die Inneren Dimensionen (Kerndimensionen: Eigenschaften einer Person, die nur unter viel Aufwand zu verändern sind)

b) Beschreibung von **Intersektionalität**
Unter Intersektionalität wird im weiten Sinne die Gleichzeitigkeit, Mehrdimensionalität,

Verwobenheit und/oder Verschränktheit unterschiedlicher Ungleichheitsstrukturen, Diskriminierungen, Identitäten und Repräsentationspolitiken verstanden“

Barskanmaz(2009)

2.) Grundlage für die Entwicklung einer **diversen Haltung** in Bezug auf inklusive psychosoziale Arbeit, bedeutet wahrzunehmen, dass die Arbeitsbeziehungen in diesem Kontext geprägt sind von:

- Statusunterschieden
- Wohlstandsgefälle
- Machtasymmetrien
- Rechtsungleichheit
- Nicht gleicher Zugang zu gesellschaftlichen Privilegien

Diese **Haltung** muss auf zwei Ebenen entwickelt werden:

In Form einer personenbezogenen Auseinandersetzung in Bezug auf interaktionelle Diskriminierung – das Ich als handelnde Person, die abwertet und ausgrenzt und in Form der organisationsbezogenen Auseinandersetzung in Bezug auf institutionelle Diskriminierung – durch tradierte Regeln und ungeschriebene Gesetze.

Birgit Rommelsbach (2009)

3.) Fragen zur eigenen Diversitätsbiographie – unterschiedliche Annäherung zur Haltungsentwicklung

- a) Welcher „Kulturbegriff“ hat mich geprägt und wie kann ich diesen der Realität anpassen?
 - ✓ Anregung: Aus einer Zuordnung zu einer „kulturellen Gruppe“ kann ggf. eine Prägung abgeleitet werden, was ein Individuum daraus jedoch für sein Leben für Schlüsse zieht oder Handlungsperspektiven entwickelt, bleibt offen.
- b) Wie gestalte ich mein Beratungssetting in Bezug auf Diversitätskriterien?
 - ✓ Anregung: Sorge ich als Dienstleisterin im Psychosozialen Bereich für eine funktionierende Kommunikation, z.B., in dem ich eine/n SprachmittlerIn hinzuziehe oder eine einfache Sprache benutze?
- c) Wie ist mein Überblick über die Realität von Diskriminierungserfahrungen, der Menschen mit denen ich zusammenarbeite?
 - ✓ Anregung: Welche Lebensrealitäten von Benachteiligung kenne ich und kann ich beschreiben? Wie und an welcher Stelle trage ich selber zur Diskriminierung und Ausgrenzung bei und warum?

Verhaltensanalyse nach Auernheimer in interkulturellen/vielfältigen Kommunikationssituationen	Machtasymmetrie (z.B. Zugriff auf soziale Ressourcen, Kommunikationsregeln bestimmen) Fremdbilder (Stereotype und Fremdheitszuschreibungen) Kollektiverfahrungen (Geschichtliche Dimensionen, Sozialstrukturen und Machtverhältnisse) Kulturelle Codes (Ausdrucksformen von Respekt, Nähe & Distanz)
---	---

- d) Welche Fremdbilder sind in meinem Handlungssystem und Bewertungssystem implementiert. Welche Eigenschaften beschreibe ich für diese Bilder und welche Erwartungen verknüpfe ich damit?
 - ✓ Anregung: Analysiere die Herkunft der Beschreibungen und deren Modifizierbarkeit.
- e) Welche Kollektiverfahrungen kann ich für meinen Sozialisationsprozess beschreiben?

Schlussfolgerung: Diversity-kompetentes Handeln

- ist lernendes Handeln
- ist die Bereitschaft, sich in der Interaktion mit anderen verunsichern zu lassen...
- ist der Versuch, mit Unterschieden angemessen umzugehen, zwischen Othering (Betonung von Unterschieden) und Unsichtbarmachung (Vernachlässigung von Differenzen und sozialer Ungleichheit)
- begleitet dieses Bemühen selbstironisch und freundlich, auch mit sich selbstvergleichend

Mecheril(2004) und Foitzik(2009)

3.3 Hinweise auf psychische Erkrankungen bei Geflüchteten - Handreichung für Ehrenamtler*innen und Fachkräfte

Diese Handreichung soll Sie unterstützen, in Ihrer ehrenamtlichen oder beruflichen Arbeit mit Geflüchteten Hinweise auf psychische Belastungen wahrzunehmen und einordnen zu können, damit Sie rechtzeitig passende Unterstützung hinzuziehen können.

Viele Geflüchtete sind aufgrund ihrer Erfahrungen im Herkunftsland, auf der Flucht und auch in Deutschland psychisch belastet. Die Zahl der Geflüchteten, die an einer Traumafolgestörung leiden, ist nicht niedrig. Verschiedene Untersuchungen gehen von Zahlen zwischen 30 - 50% aus (vgl. Bozorgmehr 2016).

Wichtig ist jedoch auch zu wissen: Nicht jede geflüchtete Person ist traumatisiert oder leidet an einer Traumafolgestörung!

Trauma

Unter einem Trauma wird ein belastendes Ereignis oder eine Situation verstanden mit einer außergewöhnlichen Bedrohung oder mit einem katastrophalen Ausmaß, der Personen ausgesetzt sind und die bei der Mehrzahl der Menschen eine tiefe Verstörung hervorrufen würde (ICD-10. F 43.1).

Traumatisierungen – also diagnostizierbare Traumafolgestörungen - liegen nicht nach jedem traumatischen Ereignis vor, da sie von einem Zusammenspiel verschiedener Faktoren abhängig sind.

Dabei spielen die Ereignisfaktoren eine Rolle: Wie schwer, wie schlimm war das, was passiert ist? Handelt es sich um ein einmaliges Ereignis oder eine mehrmals erlebte oder lang andauernde Situation? Traumatisierungen, die von Menschen zugefügt werden, werden auch als „Man-Made-Desaster“ bezeichnet und haben eine deutlich gravierendere und komplexere Auswirkung auf Betroffene, da sie zu einer Erschütterung des eigenen Menschenbildes führen (vgl. Ghaderi 2016, S. 63).

Die Personenfaktoren beschreiben die verschiedenen Eigenschaften eines Menschen, die einen Einfluss auf die Entwicklung einer Traumatisierung haben. Ein wichtiger Faktor sind

vorhandene Schutz- oder Risikofaktoren bei einer Person. So besteht ein erhöhtes Risiko in einem jüngeren Alter, bei bereits zuvor erlebten belasteten Erfahrungen, früheren psychischen Störungen und körperlichen Vorerkrankungen oder der Zugehörigkeit einer sozialen Randgruppe (vgl. Ghaderi 2016, S. 64f.).

Zu Schutzfaktoren gehört die individuelle Resilienz einer Person, also die individuelle Widerstandskraft oder Belastbarkeit eines Menschen, persönliche Kompetenzen oder die Einstellung, wie bspw. eine positive Lebenseinstellung oder Religiosität. Sicherheit gebende Bindungs- und Bezugspersonen bieten ebenfalls Sicherheit und sind ein wichtiger Schutzfaktor (vgl. ebd.).

Ein weiterer Faktor ist die posttraumatische Umwelt, d.h. das Lebensumfeld nach der traumatischen Situation. Ist die Umwelt geprägt von Ruhe, persönlicher als auch gesellschaftlicher Unterstützung, vermittelt diese Sicherheit und kann sich positiv auf die Verarbeitung einer Traumatisierung auswirken.

Personen, die Traumatisches erlebt haben, können sehr unterschiedlich auf die Belastung reagieren. Nicht selten ist eine psychische Reaktion: die Entwicklung einer Traumafolgestörung. Unter diesem Oberbegriff können mehrere klinische Diagnosen gefasst werden. Die häufigste Traumafolgestörung ist die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS).

Posttraumatische Belastungsstörung

Die PTBS lässt sich durch klar definierte Symptome beschreiben, die sich in drei Bereiche zusammenfassen lassen:

Wiedererleben

Unerwartetes, intensives Wiedererleben der traumatischen Situation in Form von Bildern, filmartigen Szenen oder Alpträumen sowie Körperempfindungen und Gerüchen (vgl. BAfF 2017, S. 25). Da während der traumatischen Situation das Erlebte nicht verarbeitet werden konnte, dies wird im Nachhinein durch den Körper versucht, häufig in Momenten, in denen der Körper zur Ruhe kommt (Einschlafen, Alpträume, Aufwachen) (vgl. ebd.). Auch am Tag kann es zu sogenannten Flashbacks kommen, die durch „Trigger“, also Schlüsselreize ausgelöst werden, wie Gerüche, Farben, Geräusche oder auch andere Reize, die an die traumatische Situation erinnern und mit dieser verbunden, auch wenn dies oft unbewusst ist. Flashbacks lösen unerwartete extreme Angst oder Dissoziation aus. Die Erinnerungen führen zu einem Ohnmachtsgefühl, da der Eindruck entstehen kann, dass die traumatische Situation erneut durchlebt werden muss (vgl. ebd.).

Vermeidung/ Numbing

Die Vermeidung von Dingen oder Personen, die mit dem traumatischen Ereignis verbunden werden, wie Orte, Personen, aber auch Gefühle (vgl. Ghaderi 2017, S. 269).

Hyperarousal oder „erhöhte angstbedingte Erregung“

Starke/ übermäßige Reaktionen auf alltägliche Phänomene, auch auf Reize aus der Umwelt. Dies macht sich bemerkbar in Form von Konzentrationsstörungen, Reizbarkeit, Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit oder übermäßiger Wachsamkeit (vgl. Ghaderi 2017, S. 269).

Häufig kommt es auch zu weiteren psychischen Störungen, die neben einer Traumafolgestörung zeitgleich auftreten, was auch als „komorbide Störungen“ beschrieben wird. Häufige weitere psychische Störungen sind Suchterkrankungen sowie Depressionen.

Substanzbezogene Störungen

Medizinisch wird die „Substanzbezogene Störung“ als psychische und/oder physische Abhängigkeit und Missbrauch von zeitweise oder andauernd eingenommenen Substanzen definiert, die auf das Zentrale Nervensystem einwirken (vgl. Schäfer 2019, S. 279). Zu diesen gehören u.a. Alkohol, Marihuana, Psychotherapeutika wie Beruhigungsmittel sowie synthetische Drogen wie Kokain, Heroin oder Halluzinogene.

Das Kernsymptom der Substanzgebrauchsstörung ist der übermäßige Konsum einer Substanz, welcher von weiteren Merkmalen der Schweren Abhängigkeit bestimmt ist (vgl. Kring et. al. 2019, S. 378f.). Weitere Symptome sind Toleranzentwicklung, Steuerungsverlust, dem heftigen Verlangen nach der Substanz sowie Entzugssymptome wie Schweißausbrüche, Schlafstörungen oder Muskelschmerzen bei Abbruch oder Reduzierung des Konsums (vgl. ebd.).

Der Konsum dieser Substanzen kann als „Selbstmedikation“ verstanden werden, als Versuch, sich selbst durch einen erhöhten Konsum von Alkohol und Substanzen zu betäuben, Gefühle zu regulieren und die Traumasymptome in den Griff zu bekommen.

Auch wenn die betroffene Person die Wirkung der Substanzen deshalb zunächst positiv bewertet, führt der Konsum letztlich nicht zur Verarbeitung, sondern eher zur Verdrängung der traumatischen Ursachen (vgl. BAfF 2017, S. 22). Das Aufzeigen von alternativen Lösungsmöglichkeiten ist besonders wichtig, auch eine Behandlung kann notwendig werden, bevor weitere Folgeerkrankungen oder Probleme entstehen (vgl. ebd.).

Depressive Störungen

Ursachen depressiver Symptome können traumatische Erfahrungen sein, Auswegs- und Perspektivlosigkeit, die Unlösbarkeit von Problemen und keine vorhandene Möglichkeit Trauer und Schmerz angemessen zu verarbeiten (vgl. BAfF 2017, S. 22). Zu typischen Symptomen einer Depression gehören eine gedrückte Stimmung, Interessenverlust, Freudlosigkeit, Antriebs- und Energielosigkeit, innere Unruhe, erhöhte Ermüdbarkeit, Erschöpfung, Schlafstörungen, Konzentrationsschwierigkeiten, negative bzw. pessimistische Zukunftsperspektiven, ein vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen,

Schuldgefühle, das Gefühl von Wertlosigkeit, verminderter Appetit und in einer besonders stark ausgeprägten Depression auch Suizidalität.

Unsere Aufmerksamkeit ist gefordert, wenn...

- jemand häufig an Schlafstörungen leidet
- jemand nachts schreit, nachts oft aus den Träumen (Alpträumen) hochschreckt
- jemand nicht zum Deutschkurs oder anderen Orten geht, weil er nicht mit vielen Leuten in einem Raum sein kann
- jemand sehr häufig unter Kopf-, Magen-, Darm- oder Unterleibsschmerzen leidet
- jemand Schmerzen in Gliedern und Extremitäten/ Gelenken hat
- jemand schnell wütend und aggressiv wird
- jemand häufige Erinnerungen an schmerzhaftere Ereignisse hat
- jemand häufig Angst oder Panik ohne Grund hat, verängstigt wirkt
- jemand sich immer sehr nervös und unruhig fühlt
- jemand sehr viel vergisst, auch in Alltagsdingen, und sich schlecht konzentrieren kann
- jemand wie „abgeschaltet“ wirkt, über längere Zeit nicht reagiert
- jemand über mehrere Tage nichts essen kann
- jemand berichtet, dass er viel Gewicht verloren hat (abgenommen hat)
- jemand kein Interesse an seiner Umgebung hat, immer teilnahmelos und gleichgültig ist
- jemand regelmäßig Alkohol trinkt oder andere Drogen konsumiert
- jemand häufig über Müdigkeit klagt

Jeder dieser Punkte zeigt, dass eine Belastung vorliegt. Einzelne Auffälligkeiten können bei jedem auftreten. Treffen viele dieser Punkte zu, brauchen diese unsere Beobachtung und es sollte genau geschaut werden, ob vorhandene Symptome sich verbessern oder verschlechtern. Kann der Alltag nicht mehr bewältigt werden, sollte Kontakt zu einer Beratungsstelle oder weiteren Anlaufstellen aufgenommen werden.

Direktes handeln ist geboten, wenn

- jemand ständig in Panik und voller Überlebensangst ist, sich nicht beruhigen lässt, Situationen missversteht
- jemand sich selbst verletzt, z.B. mit einem Messer oder Rasierklinge
- jemand über Selbstmordgedanken, Selbstmordpläne etc. spricht
- jemand darüber spricht, einen anderen verletzen/ töten zu wollen
- jemand nicht orientiert zum Datum, Ort, Jahreszeit, zur eigenen Person ist
- jemand Stimmen hört, auch wenn er alleine ist oder etwas sieht, dass es nicht gibt (Halluzinationen)

→ Mit der Person sprechen, dass Sie sich Sorgen machen. Fachliche Hilfe hinzu ziehen (z.B. Sozialarbeiter*in in der Einrichtung, Sani-Station informieren...)

3.4 Selbst- und Fremdgefährdung / Umgang mit Krisen – eine Handreichung für Fachkräfte und eine Information für Ehrenamtliche in der Flüchtlingsarbeit

In der Arbeit mit vulnerablen / psychisch belasteten Geflüchteten sind wir manchmal mit Menschen konfrontiert, die selbst- oder fremdgefährdendes Verhalten zeigen.

Diese Handreichung soll Sie unterstützen, Hinweise auf Selbst- und Fremdgefährdung wahrzunehmen und einordnen zu können, damit Sie rechtzeitig deeskalierend intervenieren, passende Unterstützung hinzuziehen oder Klient*innen weitervermitteln können. Diese Handreichung kann nur erste Anhaltspunkte liefern und ersetzt keine konkrete fachliche Beratung vor Ort.

Menschen, die sich selbst verletzen oder suizidieren könnten, brauchen schnelle fachliche Hilfe und Schutz. Wenn sie nicht absprachefähig sind, reicht ein ambulantes Setting (Psychosoziale Zentren für Flüchtlinge, Beratungsstellen, Begegnungsorte...) zu ihrer Unterstützung nicht aus, und sie müssen in der Klinik behandelt werden. Ebenso ist ein ambulantes Setting nicht geeignet, um mit fremdgefährdenden Klient*innen zu arbeiten, die gegen andere Menschen gewalttätig werden - um Mitarbeiter*innen und andere Klient*innen nicht zu gefährden.

Häufig wissen wir aber nicht vorher, ob Menschen selbst- oder fremdgefährdend sind, wenn sie sich anmelden oder zum ersten Termin kommen.

Anhaltspunkte für eine mögliche Selbst- oder Fremdgefährdung

Viele Geflüchtete haben traumatische Erfahrungen, es geht ihnen schlecht, sie haben einen unsicheren Aufenthalt. Das bedeutet nicht automatisch, dass sie sich selbst- oder fremdgefährdend verhalten. Was sind möglicherweise weitere

Risikofaktoren?

- Akute äußere Belastungen (aus subjektiver Sicht: Verluste, bedrohliche Situationen, Ungerechtigkeiten)
- Frühere auto-/fremdaggressive Verhaltensweisen
- Sucht
- Impulskontrollstörungen
- Erfahrungen systematischer Gewalt in Kindheit
- Akute Frustrationen, Enttäuschungen
- Unrealistische Erwartungen, Kränkungen
- Eigene Täterschaft in der Biographie
- Erfahrung im Umgang mit Waffen
-

Anzeichen für Krisen im Klient*innenkontakt:

- Klient*in will sich nicht mehr auf Interventionen einlassen, reagiert ablehnend oder verärgert auf alle Vorschläge zur Bewältigung der Krise
- Klient*in ist nicht mehr zugänglich
- Klient*in droht Mitarbeiter*innen, sich selbst oder anderen etwas anzutun
- Klient*in hat bereits Vorbereitungen getroffen, um sich oder anderen Gewalt anzutun
- Klient*in wird in der Einrichtung aggressiv (verbal, gegenüber Gegenständen, gegenüber Personen, tätlich)
- Suizidale Krisen: siehe Handreichung Suizidprävention
- ...

Ratschläge für Fachkräfte:

- **Kooperationskolleg*in suchen**, sich regelmäßig über diese/n Risiko-Klient*in austauschen, sich gegenseitig informieren und gemeinsam überlegen, ob zusätzliche oder andere Maßnahmen ergriffen werden sollen.
- Klient*in in der **Supervision** vorstellen
- Bei persönlicher Belastung durch die Arbeit mit diesem Klient*in, im Falle von ausgesprochenen Drohungen und bei erfolgten Gewalttätigkeiten (auch autoaggressive Verletzungen) **Leitung** informieren

Alarmstufe ROT:

- Aggressive Grenzüberschreitung
- persönliche Drohung
- Belästigung von Mitarbeiter*innen
- Mitführen von Waffen

Maßnahmen:

Ziel aller Maßnahmen: Größtmöglicher Schutz für Teammitglieder, für Klient*innen und Angehörige. Vermeiden von Gewalt, Verletzungen, lebensgefährlichen Zuspitzungen.

Im Notfall: Kolleg*innen informieren bzw. bitten, dass sofort Hilfe kommt (daher keine Klient*innentermine alleine in der Einrichtung durchführen, v.a. keine Erstgespräche).

Allgemeine Ratschläge für Fachkräfte:

- Alle Angriffe werden zur Anzeige gebracht, kein Verschweigen, um Klient*innen zu schützen
- Wachsamkeit (bedeutet nicht: ständiges Misstrauen)
- Bauchgefühl ernst nehmen (bedeutet nicht: ständige Ängstlichkeit oder besorgte Hypervigilanz)
- Krise hat Vorrang, alle informieren!
- Wechsel des Arbeitsmodus: statt „klient*innenorientiert und im Klient*innenauftrag handeln“ muss dies im Falle einer akuten fremd - oder autoaggressiven Krise übergeordnet verstanden werden:

„Ich tue dem Klienten/ der Klientin etwas Gutes, wenn ich jetzt so handle, dass weder ihm / ihr noch anderen etwas zustößt – selbst gegen den Willen des / der Klient*in.“

(bei traumatisierten Klient*innen letztes Mittel der Wahl, aber kommt vor).

Bei Selbstgefährdung:

- Bei Klient*in bleiben, beruhigend oder ablenkend einwirken, in Kontakt bleiben, wenn möglich Weglaufen verhindern ohne bedrohlich zu wirken.
- aufpassen, dass niemand sich durch Fenster / Balkon / Zugang zu Messern (Küche) etc. gefährdet.

Bei akuter Eigengefährdung und wenn deeskalative Maßnahmen nicht mehr greifen, muss **Polizei Tel. 110** informiert werden. Falls in der Beratungsstelle/ Ambulanz eine ärztliche Kolleg*in vor Ort ist, kann sofort Psych KG (Landesgesetz für psychisch kranke Personen) eingeleitet werden. Im Kontakt zur Polizei unbedingt angeben, dass es sich um eine traumatisierte Person handelt und bitten, in ärztlicher Begleitung zu kommen, ggf. in Zivil. Es kommt dann meist zur Einweisung in die Psychiatrie. Ein Anruf im Vorfeld und ein Fax an den aufnehmenden Arzt*in mit den wesentlichen Angaben zur Klient*in sowie einer Schilderung der vorliegenden Gefährdungsaspekte und Begründung der Behandlungsnotwendigkeit ist zu empfehlen.

Bei Fremdgefährdung:

- sich selbst nicht in Gefahr bringen, ruhig und aufrecht bleiben,
- alle Mitarbeiter*innen und weitere anwesenden Klient*innen in Sicherheit bringen,
- ggf. Klient*in anbieten zu gehen, selbst aus der Situation gehen, deeskalativ einwirken und räumlichen Abstand schaffen,
- **Polizei Tel. 110** rufen,
- Unterkunft verständigen,
- weitere Schutzmaßnahmen planen.

Exkurs: Notfallprophylaxe - bevor die Krise sich zuspitzt

- Deeskalation ist am wichtigsten und immer der erste Schritt
- Soziales Netzwerk einbeziehen
- Kleine Schritte – von einem Tag zum nächsten Tag planen
- Absprachen treffen (kurze Termine, Telefontermine, Krisentelefon, Tagesstruktur und Aktivitäten planen, Kontaktpersonen...)
- Zeitliche Perspektive einbauen („jetzt ist es schlecht, wir warten bis die Krise vorbei ist, wie ein Gewitter vorbeizieht, nichts dauert ewig, auch keine Krise, was brauchen Sie, damit wir das schaffen? ...“)

Hilfreich in der Krisenprophylaxe: Konkreten „**Notfallkoffer**“ planen und verschriftlichen (in Erstsprache bzw. mit Bildern) oder handwerklich erstellen:

1. Woran merke ich (Klient*in) dass es mir gleich viel schlechter gehen wird? Stufe 1
(z.B. „Knoten in der Brust, brennendes Gefühl, will mich zurück ziehen“)

2. Was kann ich dann präventiv tun?
(z.B. „Handybilder von der Hochzeit meiner Tochter ansehen, nicht alleine sitzen, auch wenn ich keine Lust auf Kontakt habe, mit meinem Mann einen Spaziergang machen“)
3. Wann ist Alarmstufe 1? (Stufe 2)
(z.B. „Stimmen nehmen zu, sie sprechen zu mir, ich werde aufgeregt und kann nicht mehr schlafen“)
4. Gibt es etwas, mit dem ich die Spirale abwärts stoppen kann?
(z.B. „Beruhigungsmittel einnehmen, meine Bedarfmedikation einnehmen, Ehemann bitten, mir das zu geben (Ehemann einbeziehen bei Planung), draußen laufen mit Ehemann und Baum umarmen“)
5. Wann ist Alarmstufe 2? (Stufe 3)
(z.B. „Wenn ich nur noch an Messer denke; wenn die Stimmen laut werden - und dann hasse ich mich und will mich lieber umbringen“)
6. Was ist dann zu tun, um zu verhindern, dass etwas Schlimmes passiert?
(z.B. Mit Ehemann zur Klinik fahren, Therapeut*in per Notfallhandy informieren.)

In den Notfallkoffer gehören dann meist auch...

- die Adresse der nächsten zuständigen Psychiatrie,
 - ggf. auch Taxi Tel. Nr.
 - ggf. Geld, um das Taxi zu bezahlen
 - kurze Bescheinigung für aufnehmenden Arzt/Ärztin mit eigenen Kontaktdaten
-

3.5 Suizidprävention in der Unterstützung besonders vulnerabler Geflüchteter - Handreichung für Ehrenamtler*innen und Fachkräfte

Diese Handreichung soll Sie unterstützen, in Ihrer ehrenamtlichen oder beruflichen Arbeit mit Geflüchteten Hinweise auf Suizidalität wahrzunehmen und angemessen darauf reagieren zu können.

Suizidalität

Das gewollte, selbst herbeigeführte Beenden des eigenen Lebens in dem Wissen darüber, dass die eigene Entscheidung nicht rückgängig gemacht werden kann, wird als „Suizid“ verstanden. Unter Suizidalität werden Suizidpläne, Suizidversuche, Suizidgedanken und Suizidankündigungen verstanden (vgl. AWMF 2016, S.7). Kann eine konkrete Methode formuliert werden, mit welcher eine Person plant, ihr Leben zu beenden, liegt ein Suizidplan vor (vgl. ebd.).

In Verbindung mit der Posttraumatischen Belastungsstörung ist Suizidalität ein nicht seltener Zustand, der nicht außer Acht gelassen werden sollte. So liegt die Rate an Suizidversuchen unter Menschen, die an einer PTBS leiden achtmal höher als im Durchschnitt der Allgemeinbevölkerung (vgl. Huber 2012, S.150 / Zito 2015, S.80). Ein erhöhtes Suizidrisiko besteht ebenfalls bei einer depressiven Störung (vgl. Zito 2015, S.79 / Maier et al. 2007, S.64). Häufig können betroffene Personen ihre negativen Gedanken und möglicherweise gemachte traumatische Erfahrungen, nicht verarbeiten und suchen den Suizid als Ausweg (vgl. BAfF 2018, S. 24).

Wichtig ist, dass Suizidgedanken sowie direkte und indirekte Äußerungen von Suizidabsichten, immer ernst genommen werden und mit Priorität behandelt werden sollten (vgl. BAfF 2018, S.63). Sie sollten nicht heruntergespielt oder bewertet werden, sondern es sollte mit Verständnis für die Situation reagiert werden (vgl. ebd.). Denn so kann Entlastung geschaffen werden. Wichtig ist, im Gespräch zu bleiben, sich dafür zu nehmen und dabei Zuwendung und Anteilnahme vermitteln (vgl. ebd.). In dem Gespräch sollten Struktur, Sicherheit und Ruhe vermittelt werden.

Liegt eine akute Suizidgefährdung vor?

Die Alarmstufe Rot...

- Die Person hat konkrete Suizidpläne (die evtl. nicht verraten werden sollen)
- Es wurden evtl. sogar Abschiedsbriefe vorbereitet
- Es liegen Handlungsimpulse mit Kontrollverlust vor
- Nach einer suizidalen Krise wirkt die betroffene Person sehr entspannt und möchte sich „nochmal herzlich für alles bedanken“ (Mögliche Abschiedsrunde vor dem Suizid?)
- Die Person äußert Bedauern darüber, dass die eigenen Suizidversuche nicht geklappt haben
- Es liegt eine ganz akute Verlust- oder Belastungssituation vor

Weniger akute Suizidgefährdung...

- Person äußert Erleichterung, dass eigene suizidale Verhaltensweisen ohne Konsequenzen blieben („Zum Glück kam mein Betreuer...“)
- Die Person berichtet über suizidale Gedanken, es liegen jedoch keine konkreten Suizidpläne vor
- Die eigenen suizidalen Gedanken sind aus Rücksicht auf Kinder/ Familie/ Partei/ Religion, kontrollierbar („Dann denke ich an meine Kinder und denke, dass ich ihnen dies nie antun könnte“)

Hilfe holen

Wichtig: Suizidalen Menschen nicht alleine/ unbeaufsichtigt lassen. Kolleg*innen oder Freund*innen hinzu bitten.

Möglichkeiten zur Hilfe:

- Ambulante*r Psychiater*in
- Psychiatrische Ambulanz der nächsten Psychiatrie
- Psychotherapeut*in (falls Person sich in Therapie befindet)

In manchen Kommunen gibt es weitere mögliche Anlaufstellen wie sozialpsychiatrische Zentren.

→ Es gilt: Lieber zehnmals zu früh Hilfe in die Wege leiten, als einmal zu spät!

Die psychiatrische Aufnahme:

In jeder Stadt befindet sich eine zur Aufnahme verpflichtete Psychiatrie. Es empfiehlt sich, zuvor anzurufen und abzuklären, ob es tatsächlich die zuständige Psychiatrie ist, ausgehend von der Adresse des/der Klient*in.

Die Psychiatrie am besten vor 16 Uhr (in Begleitung) aufsuchen und nach der AUFNAHME und dem AVD (Arzt vom Dienst) fragen.

Wenn möglich eine sprachliche Verständigung ermöglichen z.B. durch die Anwesenheit eines/einer Dolmetscher*in. Viele Kliniken haben die Möglichkeit, Dolmetscher*innen einzusetzen und zu bezahlen.

Es sollte daran gedacht werden, dass die Versicherungskarte oder der Krankenschein mitgenommen wird.

Nachsorge:

- Im Anschluss eines Psychiatrie-Aufenthaltes kann manchmal antidepressive Medikation sinnvoll sein. In der psychiatrischen Institutsambulanz der Klinik geht es am unkompliziertesten, da ambulant mit längeren Wartezeiten zu rechnen ist.

Es bietet sich bei Bedarf an, an bereits während der stationären Behandlung nach diesen zu fragen.

- Falls gewünscht, einen Psychotherapieplatz suchen (oder Beratung) mit ggf. einem/einer Dolmetscher*in.

- Falls möglich, weitere Unterstützung hinzuziehen, um akute Probleme zu lösen (z.B. Rechtsanwält*innen, Beratungsstellen)

- Wichtig ist auch der Aufbau einer Tagesstruktur und sozialer Kontakte

- Sich selbst nicht überfordern und auf eigene Grenzen achten!

3.6 Selbstfürsorge und Schutz vor eigenen Belastungen in der Begleitung besonders vulnerabler Geflüchteter – eine Handreichung für Fachkräfte und Ehrenamtliche

Warum ist Selbstfürsorge in der Flüchtlingsarbeit so wichtig?

Wenn wir Menschen unterstützen, die in existenziellen Notlagen sind, fällt es uns häufig schwer, Grenzen zu setzen, abzuschalten und uns um uns selbst zu kümmern. Angesichts des hohen Bedarfs und der Notlagen unseres Gegenübers, erscheinen uns die eigenen Bedürfnisse und Lebensumstände oft nicht so wichtig.

Gerade die Unterstützung besonders vulnerabler Geflüchteter kann so aber zu besonderen Belastungen führen. Das hat vor allem mit unserer Fähigkeit zur Empathie, zu Mitgefühl zu tun. Durch unsere Spiegelneuronen fühlen wir die Gefühle unseres Gegenübers mit. Wenn wir viel Kontakt zu Menschen haben, die sehr belastende Gefühle erleben, fühlen wir auch

diese belastenden Gefühle mit – Angst, Trauer, Schmerz, Wut... Wenn wir das sehr viel tun und uns schlecht abgrenzen und entlasten können, bedeutet das für unseren eigenen Gefühlshaushalt Mitgefühlstress, der irgendwann zu Mitgefühlerschöpfung führen kann. Dann verschließt sich unsere Emotionalität, um sich vor den belastenden Gefühlen zu schützen.

Eine andere Gefahr in der Arbeit mit belasteten Menschen ist die Sekundärtraumatisierung. Viele Geflüchtete sind durch Erfahrungen wie Krieg, Gewalt und Lebensgefahr im Herkunftsland und auf der Flucht traumatisiert. Sekundärtraumatisierung bedeutet, dass ein Mensch nicht durch eigene traumatische Erfahrungen, sondern durch den intensiven Kontakt mit traumatisierten Menschen traumatisiert wurde, an „zweiter Stelle“ sozusagen. Wenn wir als ehrenamtliche oder professionelle Helfer*innen im intensiven Kontakt mit den Menschen, die wir unterstützen, traumatische Gefühle mitfühlen, wenn wir uns traumatische Situationen berichten lassen und dazu innere Bilder entwickeln, können wir selbst Trauma-Symptomatik entwickeln.

Typische Symptome können sein:

- Wiedererleben: von den Geschichten und Bildern verfolgt zu werden, immer wieder daran denken müssen, nicht abschalten können.
- Vermeidung: Bestimmte Situationen, die an traumatische Inhalte erinnern, vermeiden (wollen)
- Hyperarousal / erhöhte angstbedingte Erregung: Anspannung, Nervosität, schneller gereizt oder wütend werden.

Selbstfürsorge in der Arbeit mit besonders vulnerablen Geflüchteten ist kein egoistisches Anliegen, sondern eine unabdingbare Voraussetzung, um mit belasteten Menschen arbeiten zu können. Nur wenn wir dafür sorgen, dass wir selbst bei Kräften bleiben, können wir andere Menschen stärken. Und dafür können wir viel tun. Im Folgenden einige Empfehlungen, die sich in der Praxis bewährt haben:

Balance aus Nähe und Distanz

Empathie und Nähe sind notwendig, um belasteten Menschen helfen zu können. Wenn wir allzu distanziert sind, werden sich vulnerable Geflüchtete bei uns nicht willkommen und sicher fühlen, werden sich mit ihren Verletzungen nicht öffnen können. Genauso wenig hilft es, allzu „nah dran“ und involviert zu sein, emotional bei aller Wut und Verzweiflung mitzuschwingen. Wir brauchen eine gute Balance aus Nähe und Distanz: uns auf die Menschen einlassen, uns berühren lassen und nach dem Kontakt wieder Abstand gewinnen. Während des Kontakts immer gut in uns selbst verankert bleiben, stabil sein und den Überblick wahren.

Sich Grenzen erlauben

Machen Sie sich bewusst, was Sie in Ihrer Unterstützungsarbeit leisten möchten und was nicht, was Sie aus vollem Herzen geben können und wo Ihre thematischen und zeitlichen Grenzen liegen. Vielleicht ist das durch Ihr Aufgabengebiet im Job, durch Ihre Arbeitsplatzbeschreibung festgelegt, vielleicht müssen Sie es auch im Rahmen Ihrer ehrenamtlichen Tätigkeit individuell oder im Austausch mit anderen Aktiven selbst eingrenzen. Wenn Sie klar und wertschätzend kommunizieren, was Ihre Aufgaben sind und was nicht, sind Sie auch für die Menschen, die sie unterstützen möchten, einschätzbar. Das trägt zur Sicherheit bei.

Nehmen Sie wahr, wann jemand mit einem Anliegen Ihre Grenzen übertritt und erlauben Sie sich, Grenzen zu setzen. Das muss nicht kalt und abweisend geschehen. Wenn Sie signalisieren: „Ich sehe deine Not und verstehe, dass dein Anliegen berechtigt ist, aber es überschreitet meine Möglichkeiten“, muss eine Abgrenzung nicht verletzend sein. Wenn Sie es sich herausnehmen, an bestimmten Stellen Nein zu sagen, geben Sie gleichzeitig auch Ihrem Gegenüber die Erlaubnis, sich abzugrenzen, gut gemeinte Vorschläge abzulehnen. Auch das kann stärken. Und wenn Sie gleichzeitig schauen, ob es andere Menschen oder spezialisierte Einrichtungen gibt, die an dieser Stelle weiterhelfen können, dann muss sich die Person auch nicht alleine gelassen fühlen.

Schutz vor traumatischen Inhalten

Seien Sie achtsam im Umgang mit potentiell traumatischen Inhalten. Es kann Menschen gut tun, sich mit dem, was sie erlebt haben, einem anderen Menschen in einem vertrauensvollen Rahmen anzuvertrauen. Über traumatische Erlebnisse zu sprechen, kann aber auch sowohl für die Betroffenen selbst, als auch für Sie als Helfer*in belastend und überfordernd sein. Wenn Sie mit geflüchteten Menschen die Anhörung im Asylverfahren vor- und nachbereiten, wenn Menschen Ihnen erzählen, was zu ihrer Flucht geführt hat und was sie unterwegs erlebt haben, kann es sein, dass Sie mit traumatischen Erfahrungen oder Traumareaktionen konfrontiert werden.

Machen Sie sich klar: welche Inhalte wollen und müssen Sie in Ihrer Arbeit erfahren, welche nicht? Was gehört zu Ihrer Aufgabe? In der Asylverfahrensberatung z.B. müssen Sie möglichst Vieles explorieren, im Deutschkurs hingegen nicht. Drängen Sie Menschen nicht dazu, über potentiell traumatische Inhalte zu sprechen, wenn es nicht unbedingt notwendig ist und wenn diese es nicht von selbst tun. Gleichzeitig gilt: drängen Sie auch sich selbst nicht, sich traumatischen Inhalten auszusetzen, sich Dinge anzuhören, die Sie nicht wissen müssen und wollen. An dieser Stelle auf Ihre Grenzen zu achten und diese zu setzen, kann trotzdem empathisch und mitfühlend geschehen, indem Sie anerkennen, wie schlimm es ist, was dieser Mensch erlebt hat und Sie ihn unterstützen, die richtige Hilfe (eine Traumatherapeut*in, eine spezialisierte Beratungsstelle...) zu finden.

Belastungen ablegen und Abstand gewinnen

Wenn wir schwer belastete Menschen unterstützen und uns belastenden Situationen und Inhalten stellen, ist es wichtig, dass die Themen uns nicht rund um die Uhr beschäftigen, dass wir Feierabend machen können, Abstand gewinnen. Wenn Ihnen das schwer fällt, kann es helfen, Rituale zu entwickeln, die dabei helfen. Vielleicht reichen tatsächlich das abendliche bewusste Aufräumen des Schreibtischs und das bewusste Verlassen der Arbeitsstelle oder des Einsatzortes. Vielleicht hilft es, wenn Sie sich noch einen Moment Zeit nehmen, bevor Sie nach Hause gehen, um den Tag noch einmal Revue passieren zu lassen und dann abzuschließen. Vielleicht können Sie den Heimweg, den Fußweg zum Bahnhof, die Fahrt mit dem Auto oder Fahrrad nutzen, um bewusst alles abzulegen, was Sie noch beschäftigt.

Manchen Menschen hilft es, Atem- oder Visualisierungsübungen durchführen, um das Gewicht, das sie vielleicht noch auf den Schultern tragen, abzulegen. Empfehlenswert sind hier z.B. die „Tresorübung“ oder „Rucksack ablegen“ (z.B. nach Michaela Huber). Vielleicht kann es ihnen beim „Ablegen“ und Abstand gewinnen auch helfen, sich eigene Symbole und Rituale zu suchen, welche die Tätigkeit eingrenzen: Wenn Sie zur Arbeit oder zum ehrenamtlichen Einsatz kommen, legen Sie eine bestimmte (Dienst-)Kleidung, eine Uhr oder ein Schmuckstück etc. an, dass sie bewusst wieder ablegen können, wenn Sie wieder gehen. Und damit legen Sie auch Ihre berufliche oder ehrenamtliche Rolle „rituell“ ab. Rituale sind definierte symbolische Handlungen, mit denen wir unserem Unterbewusstsein etwas mitteilen. Sie können hilfreich und effektiv sein, um in einen anderen psychischen Zustand zu kommen.

Unterstützung annehmen

Sie müssen nicht alles alleine schaffen. Manchmal gelingt es uns nicht, Abstand zu gewinnen. Manche Themen gehen uns besonders nahe. Manchmal wollen wir helfen und wissen einfach nicht weiter. Wenn Sie in diesem Sinne an Ihre Grenzen stoßen, holen Sie sich Unterstützung. Suchen Sie den Austausch mit anderen Aktiven. Entlasten Sie sich gegenseitig, lassen Sie sich Empfehlungen geben, wie andere bestimmte Probleme angehen, geben Sie Ihre Erfahrungen weiter. Vielleicht gibt es ein Ehrenamtlichentreff en, wo Sie sich regelmäßig austauschen können? Vielleicht können Sie sich in einer Facebookoder Whatsapp-Gruppe vernetzen und auf diesem Wege schnell Feedback und Antworten auf drängende Fragen bekommen?

Wenn Sie beruflich mit Geflüchteten arbeiten, treffen Sie sich mit Kolleg*innen zur Intervision. Nutzen Sie Supervisionsangebote oder fordern Sie ein, dass auch an Ihrem Arbeitsplatz Supervision angeboten wird. Kooperieren Sie mit spezialisierten Beratungsstellen. Viele Psychosoziale Zentren für Flüchtlinge bieten auch Informationsveranstaltungen, Fortbildungen und Fachberatung für Mitarbeiter*innen der Flüchtlingsarbeit an.

Sich um die eigenen Wunden Punkte kümmern

Wenn wir mit Menschen arbeiten, die schwere Verletzungen überlebt haben, so wie vulnerable Geflüchtete, berührt das möglicherweise eigene Wunden Punkte – Dinge, die wir selbst erlebt und noch nicht verarbeitet haben. Wenn Sie feststellen, dass Sie selbst noch unverheilte Wunden in sich tragen, so ist das kein Makel und auch kein Zeichen von „mangelnder Professionalität“. Es ist vollkommen normal. Um gut mit belasteten Menschen arbeiten zu können, ist es allerdings sinnvoll, die eigenen Wunden zu kennen und zu versorgen. Sonst besteht die Gefahr, dass sich Dinge vermischen, sodass in der Unterstützungsarbeit belastende Gefühle aufkommen, die genauso viel oder gar mehr mit uns selbst als mit den Klient*innen zu tun haben. Oder dass sogar bestimmte Themen vermieden und umschifft werden, um sich selbst zu schützen und dabei der oder die Hilfesuchende aus dem Blickfeld gerät. Also: Es ist normal, dass der Kontakt mit traumatisierten Menschen an eigenen Verletzungen rührt, und es ist „professionell“ und sinnvoll, sich darum zu kümmern, dass diese heilen können. Wenn Sie solche Verletzungen bei sich feststellen, gönnen Sie sich eine eigene Begleitung, vielleicht auch Therapie.

Kraft tanken

Gönnen Sie sich Ruhepausen ebenso wie Aktivitäten, die Ihnen Kraft geben. Alles, was Ihnen individuell gut tut. Denn: es darf uns gut gehen! Nur dann können wir andere Menschen aus vollem Herzen unterstützen!

Literatur

- ARBEITSGEMEINSCHAFT DER WISSENSCHAFTLICHEN MEDIZINISCHEN FACHGESELLSCHAFTEN E.V. (AWMF) (2016): Suizidalität im Kindes- und Jugendalter. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-031I_S2k_Suizidalitaet_KiJu_2016-07_01.pdf - aufgerufen am 12.07.2020
- BAfF e.V. (2017): Traumasensibler und empowernder Umgang mit Geflüchteten- ein Praxisleitfaden.
Der Praxisleitfaden kann frei heruntergeladen werden unter:
 - http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2018/11/BAfF_Praxisleitfaden-Traumasensibler-Umgang-mit-Gefluechteten_2018.pdf (Stand 18.09.2020)
- BOZORGMEHR, Kayvan / MOHSENPOUR, Amir / SAURE, Daniel / STOCK, Christian / LOERBROKS, Adrian / JOOS, Stefanie / SCHNEIDER, Christine (2016): Systematische Übersicht und „Mapping“ empirischer Studien des Gesundheitszustands und der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in Deutschland (1990–2014). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 59(5), 599–620.
- M. Brune, F.J. Eiroá-Orosa, J. Fischer-Ortman, B. Delijaj, C. Haasen (2011): Intermediated communication by interpreters in psychotherapy with traumatized refugees. In: International Journal of Culture and Mental Health, Vol. 4. No. 2, 2011: 144-151. (Zugriff: 19.10.2012)
- GHADERI, Cinur (2017): Begleitung traumatisierter Flüchtlinge. In: SCHÄFER, Gerhard K. / MONTAG, Barbara / DETERING, Joachim / GIEBEL, Astrid (Hg.): Geflüchtete in Deutschland- Ansichten-Allianzen-Anstöße. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG., S. 267- 277.
- Ghaderi, C./van Keuk,E., 2008: Transkulturelle Psychotherapie mit traumatisierten Flüchtlingen unter Mitwirkung von DolmetscherInnen. In: Golsabahi, S./Heise, T. (Hrsg.): Von Gemeinsamkeiten und Unterschieden. Reihe: Das Transkulturelle Psychoforum, Bd. 15 Verlag für Wissenschaft und Bildung, S. 177-187
- Ghaderi, C./van Keuk, E. 2013: Dolmetschereinsatz in der Psychotherapie – Erfahrungsbericht aus der Praxis. In: Reddeman, L. (Hrsg.): Trauma und Sprache, ZPPM 2013 Heft 3. Asanger, S. 37-46.
- HUBER, Michaela (2012): Trauma und die Folgen- Trauma und Traumabehandlung, Teil 1. (5. Aufl.) Paderborn: Junfermann.
- KRING, Ann / JOHNSON, Sheri / HAUTZINGER, Martin (2019): Klinische Psychologie (9. vollst. überarb. Aufl.) Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- MAIER, Thomas / SCHNYDER, Ulrich (Hrsg) (2007): Psychotherapie mit Folter und Kriegsopfern- ein praktisches Handbuch. Bern: Verlag Hans Huber.
- SCHÄFER, Ingo (2019): Traumatisierung und Sucht. In: SEIDLER Günter H. / FREYBERGER, Harald J. / GLAESMER, Heide / GAHLEITNER, SILKE (Hrsg.): Handbuch der Psychotraumatologie. (3. vollst. überarb. Aufl.) Stuttgart: Klett-Cotta, S.295-304
- Schriefers, S. & Hadzic, E. (Hrsg.) (2018) Sprachmittlung in Psychotherapie und Beratung mit geflüchteten Menschen. Wege zur transkulturellen Verständigung. Göttingen: V&R-Verlag
- UNHCR (2020): *Refugee Data Finder*. <https://www.unhcr.org/refugeestatistics> (aufgerufen am 01.09.2020)
- ZITO, Dima (2015): Überlebensgeschichten. Kindersoldatinnen und -soldaten als Flüchtlinge in Deutschland. Eine Studie zur sequentiellen Traumatisierung. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- ZITO, Dima / Martin, Ernest (2016): Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen- Ein Leitfaden für Fachkräfte und Ehrenamtliche. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.