

Maren Gag  
Franziska Voges  
(Hrsg.)

# Inklusion auf Raten

Zur Teilhabe von Flüchtlingen  
an Ausbildung und Arbeit



Waxmann 2014  
Münster • New York

## Erfahrung mit Trauma

### 1. Einleitung

Traumatisierte Flüchtlinge sind eine Realität der deutschen Gesellschaft und sie brauchen oft besonders für sie angepasste Hilfe – soziale, rechtliche, medizinische und psychotherapeutische Hilfe, die ihnen eine auf humanitäre und demokratische Prinzipien aufbauende Gesellschaft auch geben sollte.

Die Mehrzahl unserer Patienten<sup>1</sup> sind traumatisierte Flüchtlinge und der Alltag unserer psychotherapeutischen Arbeit<sup>2</sup> kann exemplarisch mit Zitaten wie diesen illustriert werden:

„Ich möchte vergessen, was mir und meiner Familie passiert ist, doch es gelingt mir nicht. Immer wieder sehe ich die Bilder von damals, wie in einem Film vor meinen Augen. Es hilft mir, wenn ich arbeite und viel zu tun habe. Dann denke ich weniger. Andererseits fehlt es mir oft an Kraft zur Arbeit zu gehen. Ich schlafe sehr schlecht. Es frustriert mich auch, dass ich mich so schwer konzentrieren kann. Wenn ich an meine Heimat denke, empfinde ich Panik und Trauer. In Deutschland fühle ich mich sicher, doch bin ich sehr einsam hier.“ (eine Patientin)

„Ich lebe schon viele Jahre mit einem gesicherten Aufenthalt hier. Ich habe schon meine Einbürgerung beantragt und bald bin ich wahrscheinlich Deutscher. Aber neulich, als ich zufällig an der damals für mich zuständigen Ausländerbehörde vorbeikam, bekam ich starke Bauchschmerzen. All die Ängste, die ich dort, besonders in den Tagen vor den Verlängerungen meiner Duldungen, ausgestanden habe, kamen auf einmal in mir hoch.“ (ein Patient)

„Ich war kaputt, hatte keinen Glauben mehr und dachte, dass mein Leben nach allem, was man mir im Gefängnis angetan hatte, zerstört war. Als man mir damals bei der Beratungsstelle sagte, ich solle doch eine Psychotherapie machen, wurde ich wütend und traurig, denn jetzt hielt man mich auch noch für verrückt. Schließlich ließ ich mich doch überreden. Heute, zwei Jahre später, bin ich glücklich, dass ich in der Therapie war. Aber noch viel glücklicher sind meine Frau und Kinder, denn ich bin wieder ein guter Ehemann und guter Vater.“ (ein Patient)

- 1 Zur sprachlichen Vereinfachung verzichten wir im Folgenden mitunter auf die weibliche Form, wobei wir betonen möchten, dass die weibliche Form stets mit eingeschlossen ist.
- 2 haveno [bedeutet Hafen auf Esperanto] ist eine psychotherapeutische Praxisgemeinschaft im Gesundheitszentrum St. Pauli auf dem Gelände des ehemaligen Hafenkrankehauses in Hamburg. Schwerpunkte unserer Arbeit sind die Themen Trauma, Flucht und interkulturelle Kommunikation. Wir haben langjährige Erfahrung in der Psychotherapie von Menschen mit traumabedingten psychischen Störungen und von Menschen, die aus – für Westeuropa – fremden soziokulturellen Kontexten stammen. Wir sprechen mehrere Sprachen und können Therapien in diesen Sprachen anbieten. Für Sprachen, die wir nicht sprechen, stehen uns darüber hinaus Dolmetscherinnen und Dolmetscher zur Verfügung. Über die Jahre hat sich eine gute Kooperation mit Beratungsstellen und anderen ‚Kompetenzträgern‘ entwickelt, mit dem Ziel, dass soziale und therapeutische Veränderungen Hand in Hand gehen. Siehe auch: [www.haveno.de](http://www.haveno.de).

Diese Beispiele beleuchten die Lebenslage unserer von Traumatisierung und Flucht betroffenen Patienten und einige der Schwierigkeiten unserer Arbeit. Die Beispiele zeigen aber auch, warum wir unsere Arbeit gerne und mit Freude leisten.

## 2. Was ist ein psychisches Trauma und was sind die Folgen

Ein psychisches Trauma ist eine Erfahrung, die derart schmerzhaft und erschütternd ist, dass jeder seelisch und geistig intakte Mensch sie als völlig unerträglich empfinden würde. Alle Menschen, die ein Trauma erleiden, sind für den Rest ihres Lebens vom Trauma gekennzeichnet. Aber nicht alle Menschen, die ein Trauma erleiden, entwickeln eine psychische Störung – eine Traumatisierung – in Folge des Traumas.<sup>3</sup>

Es gilt für alle traumatisierten Menschen, dass sie beim Erleben des psychischen Traumas mit der eigenen seelischen Verletzbarkeit konfrontiert wurden und diese Erfahrung sie überwältigte. Fischer und Riedesser definieren Trauma wie folgt: „Psychische Traumatisierung lässt sich definieren als vitales Diskrepanzerlebnis zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bedeutet“ (Fischer & Riedesser, 1998, S. 79).

Psychodynamisch gesehen stellt ein Trauma eine Situation dar, bei der die Abwehrmechanismen und Coping-Strategien<sup>4</sup> eines Menschen versagen. Diese werden bei einem Trauma desorganisiert und verlieren somit ihre psychologische Schutzfunktion.

Ein Mensch, der ein Trauma erleidet, zeigt während des Traumas meistens Krisenreaktionen verschiedener Art. Unmittelbar nach dem Trauma kommt es bei vielen traumatisierten Menschen zu einer ‚Akute Belastungsstörung‘. Später im Leben – Wochen bis Jahrzehnte später – kann eine posttraumatische Störung auftreten. Die am häufigsten auftretende posttraumatische Störung ist die ‚Posttraumatische Belastungsstörung‘ (PTBS oder PTSD). Es gibt jedoch auch andere Spätfolgen eines Traumas: verschiedene Arten von depressiven Störungen, Angststörungen, Suchtkrankheiten, schwere Störungen des Sozialverhaltens und eine ‚Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung‘.

Ein Mensch, der ein Trauma oder mehrere psychische Traumata im Leben erlitten hat, kann durch neue qualvolle Erfahrungen neue Traumata erleiden oder er kann retraumatisiert werden. Man spricht von einer Retraumatisierung, wenn der bereits traumatisierte Mensch ein Erlebnis hat, das direkt, indirekt oder auch nur symbolisch an das einst erlittene Trauma erinnert. Es ist zu beachten, dass eine Retraumatisierung gelegentlich durch ein äußerlich betrachtet recht banales Ereignis ausgelöst werden

3 Diese Tatsache, dass nicht alle Menschen, die ein Trauma erlitten haben, im psychiatrischen oder psychologischen Sinne traumatisiert sind, sollte beachtet werden, denn gelegentlich wird in asyl- oder ausländerrechtlichen Verfahren fälschlicherweise der Schluss gezogen, dass ein seelisch gesund erscheinender Mensch, der über eine traumatische Erfahrung berichtet, lügt.

4 Abwehrmechanismus ist ein Begriff, der der Psychoanalyse entnommen ist und bezieht sich auf psychische Vorgänge mit denen der Mensch innere Konflikte zwischen Trieben, Wünschen und Werten, meist unbewusst, löst, um die eigene Psyche zu entlasten. Coping-Strategien sind die von uns Menschen verwendeten und uns bewussten Strategien (beispielsweise Weltanschauungen), die wir nutzen um die Schwierigkeiten des Lebens zu bewältigen.

kann. Darüber hinaus gibt es Ereignisse im Leben eines traumatisierten Menschen, bei denen man sowohl von einer neuen Traumatisierung, wie von einer Retraumatisierung sprechen kann, beispielsweise, wenn der Mensch, der einst eine Gewalttat erlitt, erneut Opfer von Gewalt wird.

Es gibt Umstände, die die psychischen Folgen von Traumen verschlimmern. Traumen, verursacht durch bewusstes Handeln von anderen Menschen („man made disaster“) wie zum Beispiel Folter, haben schwerere und teilweise andere psychische Folgen als Traumen in Zusammenhang mit Unfällen (Herman, 1992, S. 377–392). Wiederholte und sich über einen längeren Zeitraum ereignende traumatische Erfahrungen führen meistens zu schwereren posttraumatischen Störungen. In diesem Zusammenhang spricht man von einer sequentiellen Traumatisierung nach einem Konzept von Hans Keilson (2006).

Verstärkend und verkomplizierend für die Folgen von traumatischen Erfahrungen ist es, wenn die erlittenen Traumen mit schweren Verlusten von wichtigen Bezugspersonen, zuvor erreichten sozialen und beruflichen Kompetenzen und wichtigen Werten einhergehen. Dieser Aspekt trifft für die meisten traumatisierten Flüchtlinge zu und wird in der westlichen Welt bei medizinischen Untersuchungen, in asyl- und ausländerrechtlichen Kontexten und bei Hilfeangeboten oft nicht ausreichend beachtet.

Die in der westlichen Welt genutzten Konzepte zum Verständnis von posttraumatischen Störungen gehen von einem theoretischen Modell aus, in dem der betroffene Mensch durch die traumatische Erfahrung aus einem relativ stabilen und sozial intakten Lebensumfeld gerissen wird, in das er nach dem Trauma wieder zurückkehren kann. Bei Menschen, die in von gewalttätig geführten politischen Konflikten und/oder in von Armut geprägten Regionen leben, stimmt dieses westliche Modell meistens nicht. Etwas plakativ ausgedrückt, in diesen Realitäten kommt der traumatisierte Mensch oft aus dem Elend, erleidet die traumatische Erfahrung und kehrt danach wieder ins Elend zurück.

Bei Flüchtlingen, die vor Gewalt, Krieg, Folter und oder aus anderen sehr schwierigen Lebenslagen als Flüchtlinge nach Deutschland gekommen sind, hat sich in den letzten Jahren ein wesentlicher Aspekt geändert. Auch wenn es früher immer mal wieder vorkam, dass es während der Flucht zu traumatischen Erfahrungen kam, so überwogen deutlich unter den Ursachen der posttraumatischen Störungen die in den Herkunftsländern erlittene Traumen. Aufgrund der erschwerten Fluchtwege in die ‚Festung Europa‘ sind heutzutage die während der Flucht erlittenen Traumen geschätzt ebenso häufig, wie Traumen verursacht in den Herkunftsländern.

### 3. Psychotherapeutische Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen – Erfahrungen aus unserer Praxis

Die meisten der traumatisierten Flüchtlinge waren – bevor sie von den traumatisierenden Ereignissen in ihrer Psyche erschüttert wurden – geistig gesunde Menschen. Der Weg in die Psychotherapie ist für viele von ihnen nicht leicht. Therapieplätze sind rar gesät. Hinzu kommt, dass die traumatischen Erlebnisse mit viel Scham verbunden sind. Sich in psychotherapeutische Hilfe zu begeben bedeutet, sich einzu-

gestehen, dass man Hilfe braucht. Dabei ist die Angst groß, als verrückt zu gelten. Auch verhindert die Traumasymptomatik häufig, dass man über das Trauma sprechen möchte.

Flüchtlinge, die schließlich bei uns eine Psychotherapie beginnen, kommen über Asylberatungsstellen, Betreuer, Ärzte oder Anwälte, die in irgendeiner Form auf die Traumatisierung aufmerksam wurden. Häufig finden sie auch über die Empfehlung von anderen Patienten selbst den Weg zu haveno. Wenn man über traumatisierte Migranten und Flüchtlinge spricht, wird oft vergessen, dass sie eine extrem heterogene Gruppe sind. Sie gehörten in ihren Herkunftsländern unterschiedlichsten sozialen Klassen und Kulturen an und ihr, mit westlichen Maßstäben gemessenes Bildungsniveau ist sehr unterschiedlich. Zudem ist ihre Situation in Deutschland sehr verschieden. Gemeinsam haben sie ein Fluchtschicksal, ein Migrationschicksal und meistens auch ein Traumaschicksal. Manche unter ihnen sind in der hiesigen Gesellschaft sozial erfolgreich und fühlen sich ihr zugehörig, manche sind in jeder Hinsicht stark marginalisiert. Manche sind deutsche Staatsbürger, manche sind illegalisiert. Ebenso heterogen ist ihr Bildungsniveau. Es kommt vor, dass jemand, der zu uns kommt, keinen Begriff davon hat, was Psychotherapie ist. Genauso kann es sein, dass jemand aus der westlich orientierten intellektuellen Klasse einer Großstadt kommt, in der jeder weiß, was eine Psychotherapie ist.

### 3.1 Beginn einer Therapie

Der Anfang einer Therapie bedeutet zunächst sich gut kennen zu lernen, nach den Erwartungen des Gegenübers zu fragen und sich aufeinander einzustimmen. Sowohl Therapeuten als auch Patienten sind nicht neutral. Beide Seiten tragen ihre Weltbilder in sich und haben ihre Sprachen. Um eine gemeinsame Ebene zu finden, ist es wichtig, dass sich der Therapeut seines Weltbilds bewusst ist und sich sprachlich auf die Welt des Gegenübers einstimmt. Kommt jemand beispielsweise aus einer ländlichen Gegend, wird es hilfreich sein, im Gespräch Bilder zu finden, die zum Lebenshintergrund des Patienten passen. Wenn die Psychotherapie mit Sprachvermittlung eines Dolmetschers durchgeführt wird, muss dieser selbstverständlich in diese Prozesse einbezogen werden (Brune & Akbayir, 2008; Brune, Eiroá-Orosa, Delijaj, Fischer-Ortman & Haasen, 2011, S. 144–151).

Für das therapeutische Bündnis ist ebenfalls wichtig herauszufinden, mit welchen Vorstellungen von Krankheit und Heilung jemand in die Therapie kommt. Es werden andere Themen angesprochen und andere Erwartungen gestellt, abhängig davon, ob der Therapeut als Arzt, Heiler, Dorfältester oder Psychotherapeut gesehen wird. Wenn es gelingt, gleich zu Beginn der Therapie in Kontakt zu kommen, ist ein großer Schritt getan. In der ersten Phase einer Therapie ist es sinnvoll nach der Lebensgeschichte zu fragen, um das Trauma besser einordnen zu können und um Anhaltspunkte für positive Lebensmomente zu haben, die im Laufe der Therapie als Kraftquellen dienen können.

### 3.2 Therapeutische Interventionen

Es gibt Patienten, die von der ersten Stunde an alles erzählen, weil sie über sich sagen, dass sie sonst innerlich platzen. Auf der anderen Seite gibt es andere, die sich lieber an der Gegenwart orientieren und die Probleme im Alltag in Deutschland lösen möchten. Ebenso gibt es zahlreiche unterschiedliche Ansätze in der Traumatherapie.<sup>5</sup> Gemeinsam ist ihnen die Auffassung, dass Vergessen ist nicht möglich, doch dass es gelingen kann, die traumatischen Ereignisse als einen Teil des Lebens zu verstehen und ihnen einen Platz in der eigenen Biografie zu geben, der weniger belastend ist. Die vielen unterschiedlichen Behandlungsmethoden mit jeweils anderen theoretischen Ansätzen ergänzen sich häufig sowohl in Bezug auf das Verständnis des Psychotrauma als auch auf die Behandlung (Van der Veer, 1998; Gurriss, 1996) oder kommen zumindest, von verschiedenen theoretischen Ansätzen ausgehend, zu ähnlichen Schlussfolgerungen (Fischer & Riedesser, 1998).

Manche Therapieansätze betonen die Notwendigkeit, die Traumata wieder zu erinnern und durchzuarbeiten. Andere gehen davon aus, dass es auch möglich ist, ein positives Gegengewicht in der Gegenwart zu schaffen, indem an positiven Bildern gearbeitet wird<sup>6</sup>, die den traumatischen Bildern die Kraft nehmen, ohne dass dabei eine Phase der schmerzhaften Wiedererweckung des Traumas durchlaufen werden muss. Besserung ist auch möglich, dadurch dass jemand immer mehr Einflussmöglichkeiten im Alltag entwickelt und sich weniger ohnmächtig fühlt. Hinzu kommt, dass Traumaeexposition häufig nicht indiziert ist, dadurch dass der Aufenthalt von Flüchtlingen in vielen Fällen nicht gesichert ist und viele existenzielle Probleme hinzukommen, so dass die Lebensumstände für eine Traumadurcharbeitung nicht stabil genug sind. Klassische traumaspezifische Ansätze lassen sich daher nicht ohne weiteres auf Psychotherapie mit Flüchtlinge übertragen (Graessner, Gurriss & Pross, 1996).

Der theoretische Hintergrund der meisten Psychotherapien bei haveno ist tiefenpsychologisch fundiert. Methodisch nutzen wir jedoch klientenzentriert und eklektisch Anleihen aus verschiedenen Therapierichtungen, die sich aus der spezifischen Situation und der therapeutischen Beziehung ergeben. Dabei ist es uns ein großes Anliegen, das Trauma in einem gesamtgesellschaftlichen Rahmen zu sehen. Insgesamt lässt sich sagen, dass wir viel Stabilisierungsarbeit leisten. Hinzu kommt auch Psychoedukation, in Fällen, in denen jemand wenig über die Funktionsweise seines Körpers weiß oder auch nicht weiß, was Psychotherapie bedeutet. Beispielsweise hilft es, wenn man weiß, dass es zum Trauma gehört, dass man regelmäßig starke Aggressionen empfindet, die gegen sich selbst und andere gewendet sind oder es sogar vorkommt, dass man sich mit dem Aggressor identifiziert. Hilfreich ist auch die Aufklärung darüber, wie stark der Körper mit physischen Symptomen auf seelischen Stress reagieren kann.

Ein wichtiger Teil der Therapie mit Menschen, die an Folgen einer ‚man made‘-Traumatisierung leiden, ist oft auch existenzielle Fragen in der Therapie anzusprechen (Brune, Haasen, Krausz, Yagdiran, Bustos & Eisenman, 2002, S. 451–458). Man sollte als Therapeut offen dafür sein, sich von den traumatisierten Flüchtlin-

5 Es gibt keine spezifischen Behandlungsmethoden für traumatisierte Flüchtlinge, sondern vielmehr geht es darum, die gängigen Methoden manchmal mehr und manchmal weniger zu modifizieren

6 Dabei sind imaginative Verfahren in der Therapie hilfreich, die dazu beitragen, die positiven Bilder entstehen zu lassen und sie zu verstärken. (Siehe dazu z.B. Reddemann, 2001)

gen erklären zu lassen, was ihre Philosophie, ihre Gedanken zum Leben, ihre Religion und ihre politische Überzeugung sind. Über existenzielle Aspekte der Traumata zu sprechen, kann auch ein Weg sein, einem Menschen einen Teil seiner Identität zurück zu geben, die er im Exil leicht verlieren kann.

### 3.3 Sozialarbeit in der Therapie

Flüchtlinge haben viele reale soziale Probleme, die gelöst werden müssen. Meistens ist ihr Aufenthalt nicht gesichert, sie wohnen unter sehr schlechten Bedingungen und sie müssen viele Behördengänge erledigen, um den Alltag in Deutschland zu organisieren. Der therapeutische Prozess wird stark eingeschränkt, wenn gleichzeitig allzu viele ungelöste, soziale Probleme warten. Die psychologische Perspektive allein reicht nicht aus, damit es jemand langfristig besser gehen kann. Psychotherapie kann nur helfen, wenn sich gleichzeitig das Umfeld des Patienten positiv verändert.

Beispielsweise kommt es vor, dass wir in der Therapie gemeinsam überlegen, wie jemand den Weg in die Arbeitswelt zurück finden kann. Traumatisierte Menschen brauchen Struktur, die sie durch Arbeit oder Schule erhalten. Therapieerfolge wären sehr viel größer, wenn parallel auch die soziale Eingliederung und das Asylverfahren schneller vonstatten gehen würden. Da unserem psychosozialen Engagement Grenzen gesetzt sind, um die Psychotherapie nicht zu kurz kommen zu lassen, ist uns die Kooperation mit anderen Beratungsstellen, sozialen Einrichtungen, Ärzten, Pädagogen und Anwälten ein großes Anliegen, um Aufgaben untereinander entsprechend der jeweiligen Kompetenzen delegieren zu können.

### 3.4 Fallgeschichten

An den folgenden Fallbeispielen wird deutlich, wie wichtig Beziehung, Struktur, Ausbildung, Arbeit und nicht zuletzt ein gesicherter Aufenthaltsstatus für den Heilungsprozess sind:

#### *Die Geschichte des Jugendlichen T:*

T ist 16 Jahre alt, stammt aus Sierra Leone und lebt als unbegleiteter, minderjähriger Flüchtling in Hamburg in einer Jugendwohnung. Er geht zur Schule und hat Spaß daran zu lernen. Als ihm Herr P – ein privater Vormund – zugeteilt wird, entsteht schnell ein freundschaftlich-väterliches Band zwischen beiden. Oft übernachtet T bei Herrn P und sie verbringen viel Zeit zusammen. Während T anfangs aufgeschlossen, kontaktfreudig und sorglos erscheint, kippt die Situation nach einiger Zeit. T kann nicht mehr schlafen und wacht regelmäßig schweißgebadet und von Alpträumen geplagt auf. Morgens geht er übermüdet zur Schule und schläft dort regelmäßig im Unterricht ein. Er fühlt sich schwach, kann sich nicht mehr konzentrieren. Schließlich traut er sich kaum noch aus dem Haus und geht auch immer seltener zur Schule. Sein Vormund ist sehr besorgt, verbringt manche Nächte an seinem Bett und erfährt schließlich von T, dass er in Sierra-Leone als Kindersoldat dienen musste. T mag jedoch keine Einzelheiten erzählen und zieht sich weiter zurück. Er leidet außerdem unter starken Bauchschmerzen, die ihm das Gefühl geben, ihn inner-

lich aufzufressen. Betrachtet er sich im Spiegel, hat er den Eindruck, er sei um Jahre gealtert. In der Öffentlichkeit hat er den Eindruck, alle starren ihn an und vermuten in ihm eine Bedrohung. T kann seinen Zustand selbst immer weniger ertragen und droht mit Selbstmord.

Herr P ist überfordert, er geht mit T zu vielen Ärzten und kommt schließlich mit ihm zu haveno. Während er überzeugt davon ist, dass T über seine traumatisierenden Erfahrungen sprechen müsse, will T dagegen vor allem sein körperliches Unwohlsein loswerden. Er sagt, er sei bereit, alles zu tun, was dafür notwendig sei, denn er könne keinen Tag mehr unter diesen Qualen weiter leben. T beginnt daraufhin eine Psychotherapie. Zunächst steht sein körperliches Befinden im Vordergrund. T ist es nicht gewohnt, über sich zu erzählen. An der Gegenwart orientiert, beginnen wir zunächst über sein Leben in Hamburg zu sprechen. Auf Fragen zu seiner Vergangenheit reagiert er mit großem Unbehagen. Bruchstückhaft erzählt er, dass er viele schlimme Dinge getan habe und sogar andere Menschen getötet. Sein Vater sei in Sierra Leone ums Leben gekommen, den Kontakt zu anderen Familienmitgliedern habe er verloren. Im Laufe der Therapie wird T zunehmend offener. Schlafstörungen und Bauchschmerzen lassen nach und T verspürt neue Lebenslust. Als ihn Herr P nach einigen Monaten adoptiert und T zu ihm zieht, stabilisiert sich sein Zustand endgültig.

Typisch ist bei vielen Patienten, dass ursprünglich körperliche Symptome, der Auslöser dafür sind, eine Psychotherapie zu beginnen.

Bei diesem Fallbeispiel wird deutlich, wie sehr Beziehung und sichere und geborgene Lebensumstände zu einer Heilung beigetragen haben. Andererseits war bei dem Fall auch interessant, dass das Trauma aufbrach, als sich T in Sicherheit befand. Das wunderte T selbst ganz besonders. Er fragte immer wieder: warum bin ich jetzt krank und nicht als ich noch in Sierra Leone war, wo ich ein schlimmes Leben hatte? Häufig kommt es vor, dass eine Traumatisierung sich erst zeigt, wenn gewisse Stabilität in der Lebenslage des Betroffenen sich eingestellt hat. In der Ruhe und Entspannungsphase kommt der ganze verdrängte Stress an die Oberfläche.

Die folgenden Schilderungen einer Patientin zeigen, wie wichtig Arbeit, verbunden mit dem Gefühl etwas Sinnvolles zu tun, für sie gewesen ist, um wieder Fuß im Leben zu fassen.

*Frau A erzählt:*

Wenn ich heute auf meine Geschichte und die letzten Jahre zurückblicke, kann ich sagen: Ich habe es geschafft, mich in letzter Sekunde zu retten. Vor einigen Jahren dachte ich noch: Ich will nicht mehr leben. Damals hatte ich noch keine professionelle Hilfe. Ich wollte zwar schon immer eine Psychotherapie machen, doch das Sozialamt lehnte zunächst ab, weil sie sagten: „Sie muss sowieso bald zurück in ihr Land. Das bezahlen wir nicht.“ Deshalb habe ich viele Jahre alle meine Gedanken und Gefühle nur geschluckt. 7 ½ Jahre ist alles in mir geblieben, denn ich konnte nicht mit meinem Mann und den Kindern über meine Probleme sprechen.

Und dann hatte ich schließlich das Gefühl, ich platze innerlich, wenn ich so weitermache. Der Kloß muss raus. Ich konnte nicht mehr und spürte täglich, wie ich gegen eine Wand lief. Häufig hatte ich Panik, besonders nachts und die Bilder von früher kamen wieder. Dann habe ich am ganzen Körper gezittert. Das war schlimm. Ich konnte nicht schlafen. Ich störte die ganze Familie und musste oft draußen im Flur

spazieren gehen. Ich habe an Selbstmord gedacht, wollte vor eine U-Bahn springen und fühlte oft, wie sich meine Beine alleine hin zum Gleis bewegten. Mein Leben war in großer Gefahr. Ich musste mit jemand sprechen und überlegen, was ich tun konnte.

Ich war dann bei einer Beratungsstelle, wo mir Frau T sehr geholfen hat. Sie hat mich dann an Dr. S weiter verwiesen, der mir auch viel geholfen hat am Anfang. Er riet mir zu einer Psychotherapie. Ich war damals zufrieden, als ich sah, dass da Menschen waren, die verstehen, dass ich Hilfe brauche.

Aber der Anfang war sehr schwer. Ich habe alles erzählt, was ich erlebt habe und was mit mir passiert ist. Als ich angefangen habe zu erzählen, kamen alle Bilder wieder von dem, was ich erlebt habe, auch die alten Schmerzen in meinem Körper spürte ich. Das war sehr schwer für mich, doch ich spürte gleichzeitig, dass ich darüber sprechen musste.

Dann kam auch noch hinzu, dass ein neuer Nachbar auf unseren Flur zog, der wie einer der Folterer von früher aussah. Ich fühlte mich in meiner Wohnung nicht mehr sicher und traute mich nicht mehr allein auf die Straße, weil ich Angst hatte, ich könnte dem Nachbarn begegnen. Da war ich ganz fertig und hatte viel Panik. Die Panik ging so weit, dass meine Familie und ich schließlich umziehen mussten. Heute habe weniger Angst. Zusammen mit meiner Therapeutin habe ich Möglichkeiten ausprobiert, was ich tun kann, wenn die Bilder von früher wiederkommen. Ich gehe dann meistens in die Küche, wo ich meine Familie nicht störe. Wir haben nicht so viel Platz. Und dann versuche ich ruhiger zu werden. Ich laufe hin und her und versuche, die Bilder weiter wegzuschieben. Ich sage: „Geht weg, geht weg. Ich bin jetzt in Hamburg, ich bin nicht in Z. Ich bin weit weg.“ Ich habe ein kleines Kissen, das nehme ich in die Hand, lege es vor meine Augen, dass ich nichts mehr sehe, sage: „Weg, weg, weg!“ und mache mit der anderen Hand eine Handbewegung dazu. Und wenn die Bilder weniger geworden sind, nehme ich das Kissen wieder weg. Diese Methode habe ich für mich entwickelt. Manchmal hilft mir das gut, manchmal dauert es länger. Als die erste Phase der Therapie vorüber war, war mir leichter. Es war ein Gefühl, wie wenn ein großer Stein in meinem Bauch kleiner wurde, obwohl ich immer noch Magenprobleme hatte. Mein Mann und meine Kinder waren in der Zeit sehr wichtig für mich, auch wenn ich mit ihnen kaum über mich gesprochen habe. Ich denke immer: „Gott sei dank sind wir alle zusammen, es fehlt keiner von uns.“ Als ich dann anfang eine Fortbildung in Gesundheit und Pflege zu machen, ging es mir noch besser. Ich war sehr beschäftigt und da war nicht mehr viel Platz für all meine Gedanken an früher. Dann begann mein Praktikum und die Gedanken und Ängste wurden noch weniger. Ich war froh, dass ich jemand helfen konnte. Da war z.B. eine Frau ganz ohne Kraft, sie wollte nicht alleine essen. Und ich habe ihr geholfen und sie gefüttert. Nach der 3. Woche hat sie selber angefangen zu essen und sich die Haare alleine gekämmt.

Als die Praktikumszeit vorbei war, war es für mich schwer, mich von den Frauen, die ich gepflegt habe zu verabschieden. „Kommst du wieder?“, wollten sie wissen. Eine Kollegin aus dem Heim rief mich später an und sagte: „Alle Frauen fragen nach dir und wollen wissen, wann du kommst.“ Ich war sehr traurig, dass ich nicht weitermachen konnte und erst auf meine Aufenthaltserlaubnis warten musste, bis ich eine feste Stelle in einem Altenheim bekam.

Mir geht es heute insgesamt besser, auch wenn ich immer noch viele Hochs und Tiefs erlebe. Die Therapie war eine große Hilfe. Wenn man mir damals gesagt hätte: „Geh mal einen Kurs besuchen!“ Das hätte ich nicht gekonnt. Das hätte mich überfordert. Ich habe mich nur schlecht gefühlt. Ich war tot und wollte nicht mehr leben. Doch durch die Therapie war das später möglich und heute kann ich sogar arbeiten.

Die Ergebnisse einer im Grunde erfolgreichen Psychotherapie werden manchmal durch die Lebensbedingungen des Flüchtlings zunichte gemacht:

*Herr Ws Geschichte:*

Herr W stammt aus einem heute eigenständigen Staat der ehemaligen Sowjetunion. Bei seiner Flucht nach Deutschland, vor nunmehr fast fünfzehn Jahren war er etwa 40 Jahre alt. Er kam mit seiner Ehefrau, zwei Söhnen und einer Tochter nach Deutschland.

In seinem Herkunftsland hatte Herr W ein abgeschlossenes Universitätsstudium der Wirtschaftswissenschaften und er hatte bei der Flucht nach Deutschland eine lange Berufserfahrung als Wirtschaftsberater bei einem großen Unternehmen vorzuweisen. Er war von diesem Unternehmen vornehmlich für den Auslandsdienst eingesetzt, unter anderem war er sehr oft in Deutschland; ein Land, das er bei vielen Besuchen „hatte lieben gelernt“.

In den Jahren nach der sowjetischen Zeit herrschten in Herrn Ws Herkunftsland chaotische Zustände und kriminelle Banden und maffiöse Strukturen dominierten und terrorisierten das Land. Herr W war ein sehr wohlhabender Mann und war ständig Erpressungsversuchen von Kriminellen, die nicht im Geringsten vor Gewalt zurückschreckten, ausgesetzt. Von solchen Kriminellen wurde seine damals vierzehnjährige Tochter in seinem Hause vergewaltigt und die Drohung hinterlassen, beim nächsten Male würde man die ganze Familie umbringen, wenn Herr W nicht eine bestimmte Summe zahlen würde. Herr W befand sich zum Zeitpunkt der Vergewaltigung im Ausland, als er nach seiner Rückkehr erfuhr was passiert war, entschloss er mit seiner Familie sofort aus dem Land zu fliehen. Die Flucht brachte ihn gezielt nach Deutschland, das Land, das er so sehr hatte schätzen gelernt.

In Hamburg kamen er und die Familie in ein endlos erscheinendes asyl- und ausländerrechtliches Verfahren. Herr W, seine Frau und die Tochter kamen in psychotherapeutische bzw. psychiatrische Behandlungen und die Familie erhielt nach knapp zehn Jahren, auf Grund ihrer psychischen Störungen, aus ‚humanitären Gründen‘ ein Aufenthaltsrecht.

Herr W war bei haveno über fünf Jahre in Behandlung, die ersten beiden Jahre in einer Psychotherapie, später kam er zu unterstützenden Gesprächen, die letztendlich als einziges Ziel hatte, dass Herr W nicht an den Bedingungen des Lebens mit einer ‚Duldung‘ zerbrach. In der Psychotherapie der ersten beiden Jahre ging es vor allem um sein vorwiegend von depressiver Symptomatik geprägtes seelisches Leiden und seinen Schuldgefühlen gegenüber der Tochter, dass er sie damals nicht vor der Vergewaltigung hatte beschützen können. Das Leiden konnte im Rahmen der Therapie insoweit bewältigt werden, dass Herr W wieder Lebensmut und Zuversicht bezüglich seiner Zukunft entwickelte.

Herr W war nach zwei Jahren Therapie sehr motiviert zu versuchen, wieder in seinen Beruf einzusteigen. Er hatte eine gute Ausbildung, eine lange berufliche Erfahrung in der Handelswirtschaft und sprach fünf Sprachen fließend, unter ihnen Deutsch, Englisch und Russisch, eigentlich war er ‚wie geschaffen‘ für eine Arbeit in der Handelsmetropole Hamburg. Nur als geduldeter Ausländer hatte er keine Arbeitserlaubnis, mit viel Mühe gelang es ihm schließlich zu erreichen, dass er eine Arbeitserlaubnis für zwei Stunden täglich erhielt. Mit dieser begrenzten Arbeitserlaubnis verteilte er einige Jahre Werbeblätter an Hamburger Haushalte.

Als er mit 51 Jahren schließlich ein Aufenthaltsrecht mit uneingeschränkter Arbeitserlaubnis erhielt, war jedoch sein Elan einen Neuanfang in seinem Beruf zu versuchen endgültig dahin. Zwei-drei Jahre verteilte er weiter Werbeblätter, heute ist er seit zwei Jahren, wegen einer chronischen depressiven Symptomatik, dauerhaft krankgeschrieben.

#### **4. Die Ursachen von Erfolge und Misserfolgen in der Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen**

Bei vielen Flüchtlingen sind die erlittenen Traumen und Verluste derart groß, dass eine Heilung im Sinne einer völligen Überwindung der seelischen Problematik in Folge der Traumatisierung nicht erreicht werden kann. Es ist häufig als Maximalziel anzustreben, dass der traumatisierte Mensch wieder Lebenslust verspürt, fähig wird mit Zuversicht in seine Zukunft zu blicken und die sozialen Kompetenzen aufzubauen, die er von sich selbst, sein Umfeld von ihm und auch die Gesellschaft, in der er lebt, von ihm erwarten. Der traumatisierte Mensch muss akzeptieren, dass schmerzhafteste Erinnerungen immer wieder in ihm hochkommen werden und dann auch von Traurigkeit begleitet sein werden. Dieses hinzunehmen fällt nicht leicht und manche scheitern an dieser Aufgabe, die manchmal nicht zu bewältigen ist. Dies gilt nicht nur für den Patienten, sondern kann ebenso den Therapeuten betreffen.

Wenn man von frühkindlichen Traumen absieht, gilt generell, dass je jünger der traumatisierte Mensch ist, umso besser sind seine Möglichkeiten sich seelisch zu erholen, vorausgesetzt er lebt in einer sozialen Realität, die ihm eine Perspektive bietet. Diese Perspektive fehlt allzu oft bei traumatisierten Flüchtlingen, weil sie einen Aufenthaltstatus haben, der die Möglichkeiten einer persönlichen und sozialen Entfaltung stark begrenzt. Hier sind Arbeit und Ausbildung besonders wichtige Faktoren, die Flüchtlingen oft versagt werden. Den Satz ‚Arbeitslosigkeit macht krank‘ bekommen wir in unserer Arbeit immer wieder bestätigt.

Jeder Flüchtling ist auch ein Einwanderer, der eine für ihn funktionierende Lebensform in der neuen Gesellschaft finden muss. Für die zukünftige seelische Gesundheit des traumatisierten Flüchtlings ist es wichtig, dass er den Einwanderungsprozess beginnen kann, sobald er sich von seinen Traumen soweit erholt hat, dass er fähig ist, den Prozess zu starten. Die Realität sieht aber leider anders aus, auch hier sind die Folgen der langen Zeiten der aufenthaltsrechtlichen Verfahren und des Duldungsstatus nicht selten fatal.

Einem Menschen, der viel Leid erfahren hat und viel verloren hat, ist wesentlich besser zu helfen, wenn er in seinem direkten und engsten Umfeld Impulse erfährt,

die ihn motivieren weiter zu leben. Jemand, der nachvollziehbar empfindet, dass er alles verloren hat, ist schwerer dazu zu bewegen, für seine seelische Gesundheit zu arbeiten und zu kämpfen. In diesem Sinne ist das Beste, was dem traumatisierten Menschen passieren kann, ist, dass er minderjährige Kinder hat, für die er sich verantwortlich fühlt. Oft kann nichts stärker motivieren wieder Lebenswillen zu finden, als das eigene Kind, das von einem abhängig ist.

Belastend für die Psychotherapie mit Flüchtlingen und schwer in der Therapie zu hantieren ist, dass viele von ihnen im Herkunftsland wichtige Bezugspersonen zurücklassen haben müssen, um die sie sich ständig Sorgen machen. Angehörige sind permanent real davon bedroht, dass ihnen etwas Schlimmes widerfährt und/oder es ist unmöglich, etwas über ihre Schicksale zu erfahren. Darüber hinaus haben Flüchtlinge Werte sozialer und kultureller Natur im Herkunftsland zurückgelassen, die sie im neuen Land nicht ohne weiteres wieder finden. Dies erschwert die Therapie, insbesondere wenn ihre verlorenen Werte stark idealisiert werden.

Wie in jeder Therapie, ist es natürlich auch für Flüchtlinge so, dass ein Mensch in seinem gegenwärtigen Leben Dinge erlebt, die ihn ärgern oder Freude bereiten, die sein Leben und somit auch die Therapie beeinflussen. Mensch verliebt sich, trennt sich, ist enttäuscht, hat Erfolge und so weiter. Diesen Umstand kann man leicht in einer ‚Traumatherapie‘ vergessen. Die Gefahr besteht, dass die Therapie manchmal zu traumafokussiert ist. Das Leben geht auch im neuen Land weiter!

Natürlich spielen schlechte Erfahrungen im Alltag des neuen Landes immer wieder eine negative Rolle für das seelische Befinden des traumatisierten Flüchtlings. Unfreundliche Nachbarn, herablassende Beamte und vieles mehr, bis hin zu rassistischen Gewalttaten, sind für einen traumatisierten Flüchtling hochgradig belastend. Umgekehrt können positive Erfahrungen, wie z.B. eine freundliche Aufnahme in einer Nachbarschaft, ein respektvolles Begegnen bei einem Amt und Unterstützung von Solidaritätsgruppen zu guten individuellen Entwicklungen beitragen.

Vorurteile und Stereotypen von der Mehrheitsgesellschaft gegenüber Flüchtlingen, aber auch umgekehrt, von Flüchtlingen gegenüber der Mehrheitsgesellschaft stehen manchmal der Therapie im Wege. Die Vorurteile und Stereotypen müssen oft gezielt in den Therapien angesprochen werden, sonst können sie unterschwellig die Therapien blockieren.

## **5. Unsere Motivation zur psychotherapeutischen Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen**

Die Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen ist manchmal schwer, weil man als Therapeut Erlebnisse berichtet bekommt, die nur noch mit den Worten unerträglich und unfassbar annähernd zu charakterisieren sind. Solche Berichte belasten den Therapeuten und können einem zumindest vorübergehend ein Stück Kraft rauben, die man zum Weitermachen braucht. Für uns Therapeuten ist es jedoch hilfreich, sich bewusst zu machen, mit wie viel Stärke jemand sein Leid getragen hat und dass Leid nicht ansteckend ist. Das Erleben von Trauma trägt neben dem Leid auch oft zu einer Lebensweisheit und Reife bei, die viele unserer Patientinnen und Patienten besitzen. Aus den Gesprächen mit Menschen, die oft derart traumatisiert sind und so viel ver-

loren haben, ist es, wie oben erwähnt, unausweichlich auch Gespräche über existenzielle Fragen zu führen: „Was ist wirklich wichtig im Leben?“, „Warum und wozu leben wir eigentlich?“, „Warum gibt es Böses in der Welt?“ und ähnliche Themen. Aus diesen Gesprächen, kann man – auch bei Beibehalten des Fokus auf den Bedarf des Patienten in einer Psychotherapie – sehr viel für sich selbst lernen.

Gelegentlich stellen wir uns die Frage, wie wir selbst mit dem Schicksal unserer Patienten umgegangen wären, wenn wir in ihrer Lage gewesen wären und ihre Erlebnisse gehabt hätten. Dieser imaginierte Rollentausch trägt erstens dazu bei, die starken Seiten eines Patienten besser wahrnehmen zu können und zweitens ist es lehrreich für einen selbst zu erfahren, wie ein Mensch fähig ist, auch die schwersten Krisen im Leben zu bewältigen.

Für die Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen ist eine Neugier politisch, gesellschaftlich, geschichtlich, kulturell und letztendlich auch psychologisch über den eigenen Tellerrand hinwegzuschauen wichtig. In alle diesen Aspekten erfährt man viel Neues und Wissenswertes über die Arbeit.

Um gute therapeutische Arbeit leisten zu können, gilt letztendlich, wie im Grunde für jede Arbeit, dass der Therapeut für die Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen das Gefühl braucht, dass die Arbeit sinnvoll ist und als solche auch eine Freude und eine persönliche Bereicherung darstellt. Es gibt in dieser Arbeit immer wieder sehr positive Veränderungen bei Patienten zu beobachten, der Therapeut begleitet manchmal außergewöhnlich positive Entwicklungen, bei denen er/sie auch zu recht annehmen darf, dass er/sie einen wesentlichen Anteil an diesen Entwicklungen hat. Wir erleben immer wieder mal, wie aus einem Menschen, der zu Beginn einer Therapie am Boden zerstört und völlig am Ende seiner Kräfte erscheint, in der Therapie nach ein bis zwei Jahren zu einem strahlenden und starken Menschen mit vielen Ressourcen wächst.

## **6. Hamburger Besonderheiten aus psychotherapeutischer Sicht bei der Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen**

In Hamburg gibt es abgesehen von der Flüchtlingsambulanz für jugendliche Flüchtlinge des UKE keine öffentlich geförderte Einrichtung, die auf die Behandlung von traumatisierten Flüchtlingen spezialisiert ist.<sup>7</sup> Das einzige psychosoziale Zentrum für Flüchtlinge, das es in Hamburg gegeben hat – accept – wurde 2004 geschlossen mit dem Argument, Flüchtlinge könnten auch im Rahmen der Regelversorgung psychotherapeutische Hilfe finden.<sup>8</sup> Die Therapeutendichte in Hamburg ist groß. Doch das Asylbewerberleistungsgesetz schränkt die Möglichkeiten in eine Psychotherapie zu kommen ein, so dass für Flüchtlinge das Angebot trotzdem gering ist. Hinzu kommt, dass es nach streng formaler Anwendung der Richtlinien des Psychotherapeutengesetzes für viele der traumatisierten Flüchtlinge kein geeignetes Richtlinienverfahren für Psychotherapien gibt, was eine Schwierigkeit bei der Finanzierung der Psychotherapien darstellt. Bei manchen gesetzlichen Krankenkassen und anderen Kostenträgern wird diese Realität erkannt und sie übernehmen die Kosten für indizierte Psy-

7 Im Vergleich: in Berlin gibt es gleich zwei Behandlungszentren für Flüchtlinge.

8 Siehe dazu die Stellungnahme der Psychotherapeutenkammer Hamburg vom 7.12.2004 ([www.ptk-hamburg.de/aktuelles/nachrichten/60290.html](http://www.ptk-hamburg.de/aktuelles/nachrichten/60290.html)). [18.10.2013]

chotherapien, andere dagegen halten sich streng an die vorgegebenen Richtlinien. Während die Stadt Hamburg bis April 2011 Psychotherapiekosten in Einzelfällen inklusive Dolmetscherkosten vom Sozialamt übernommen hat, wurden diese Möglichkeiten von der Behörde eingeschränkt. Seitdem sind nur noch Kurzzeitpsychotherapien möglich und nur bei niedergelassenen Psychotherapeuten,<sup>9</sup> die jedoch nicht alle für diese spezielle Gruppe qualifiziert sind, abgesehen davon, dass Psychotherapie mit Flüchtlingen auch bedeutet, viel Schreibarbeit parallel zu erledigen – Atteste und Stellungnahmen, so dass viele Therapeuten weniger arbeitsintensive Fälle bevorzugen. Inzwischen sind Asylbewerber in Hamburg bei der AOK Bremen-Bremerhaven versichert, was den Status jedoch nicht verbessert hat, da die Stadt Hamburg weiterhin bestimmt, welche Kosten die AOK übernehmen darf.

habeto kann nur im sogenannten Kostenerstattungsverfahren abrechnen, so dass wir mit Anfragen überhäuft werden, die wir nicht erfüllen können. Da die Finanzierung einer Therapie in Hamburg sich als so kompliziert gestaltet, sind wir gezwungen, zunehmend Fälle aus anderen Bundesländern zu nehmen, so dass die Versorgungslücke in Hamburg besonders für erwachsene Flüchtlinge wächst.

Unsere Klientel ist zugleich Spiegel der Weltpolitik. Über die Jahre hat sich unsere Klientel entsprechend der politischen Ereignisse verändert. Waren es vor 10 Jahren noch Flüchtlinge aus dem Kosovo, Westafrika und Tschetschenien, stammen inzwischen die meisten Flüchtlinge aus Afghanistan, dem arabisch geprägten Raum und Nordafrika. Ein wenig – aber eben nur ein wenig – überspitzt ausgedrückt, kann man sagen, dass wenn heute irgendwo in der Welt ein mit Gewalt ausgefochtener politischer Konflikt ausbricht, dann sehen wir ihn ein halbes Jahr später in unserer Praxis.

## Literatur

- Brune, M. & Akbayir, E. (2008). Die Macht der Sprache in der Psychotherapie. In: Psychotherapie zu Dritt. Flüchtlingsrat, *Zeitschrift für Flüchtlingspolitik in Niedersachsen*; Ausgabe 04/08. Sonderheft 125. Dezember 2008.
- Brune, M., Eiroá-Orosa, F., Delijaj, B., Fischer-Ortman, J. & Haasen, C. (2011). Intermediated communication by interpreters in psychotherapy with traumatized refugees. *International Journal of Culture and Mental Health*; Vol. 4, No. 2. 2011, 144–151.
- Brune, M., Haasen, C., Krausz, M., Yagdiran, O., Bustos, E. & Eisenman, D. (2002). Belief systems as coping factors for traumatized refugees: a pilot study. *European Psychiatry* 2002, 17, S. 451–458.
- Fischer, G. & Riedesser, P. (1998). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München, Basel: Reinhardt. Graessner, S. Gurriss, N. & Pross, C. (Hrsg.). (1996). *Folter – An der Seite der Überlebenden – Unterstützung und Therapien*. München: Verlag C. H. Beck.
- Gurriss, N. (1996). Seelisches Trauma durch Folter – Heilung durch Psychotherapie? In: Graessner, S., Gurriss, N. & Pross, C. (Hrsg.), *Folter – An der Seite der Überlebenden – Unterstützung und Therapien*. München: Verlag C. H. Beck.
- Herman, J. (1992). Complex PTSD: A Syndrome in Survivors of prolonged and Repetead Trauma. *Journal of Traumatic Stress* 5, S. 377–392.

<sup>9</sup> Das Argument für das eingeschränkte Asylbewerberleistungsgesetz ist dabei, dass Asylbewerber ja nur für kurze Zeit diesen Status haben. Dass dieser Status manchmal über viele Jahre anhalten kann, wird dabei nicht berücksichtigt.

- Keilson, H. (2006). *Sequentielle Traumatisierung bei Kindern. Untersuchungen zum Schicksal jüdischer Kriegswaisen*. Gießen: Psychosozialverlag.
- Van der Veer, G. (1998<sup>2</sup>). *Counselling and Therapy with Refugees and Victims of Trauma*. London: Willey & sons Ltd.

*Weiteres zur Thematik Trauma und Flucht (eine begrenzte Auswahl)*

*Lesenswerte Fachbücher und Fachartikel:*

- Améry, J. (1988) *Jenseits von Schuld und Sühne*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag GmbH & Co. KG.
- Becker, D. (1992). *Ohne Hass keine Versöhnung*. Freiburg: Kore.
- Brune, M. (2001). Posttraumatische Störungen. In: Haasen C & Yagdiran, O. (Hrsg.). *Psychiatrische Diagnostik in einer Multikulturellen Gesellschaft*. S. 107–124. Freiburg: Lambertus Verlag.
- Brune, M. (2010). Wenn Verbrechen nicht gestraft werden – Reflexionen zur Psychotherapie mit Opfern lateinamerikanischer Diktaturen. In: Ottomayer, K. Preitler, B. & Spitzer, H. (Hrsg.). *Look I am a Foreigner*. Klagenfurt-Wien: Drava Verlag.
- Fischer-Ortman, J. (2005). *Über-Lebensgeschichten*. Verfügbar unter: <http://www.themenpool-migration.eu/download/dtraum03.pdf>. (18.10.2013)
- Frankl, V. (1977). *... trotzdem Ja zum Leben sagen – Ein Psychologe erlebt das Konzentrationslager*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag GmbH & Co. KG.
- Graessner S., Gurrin N. & Pross C. (Hrsg.). (1996). *Folter. An der Seite der Überlebenden von Folter und Flucht*. München: Verlag C.H. Beck.
- Ninck Gbeassor D., Schär Sall H., Signer D., Stutz D. & Wetli E. (1999). *Überlebenskunst in Übergangswelten. Ethnopsychologische Betreuung von Asylsuchenden*. Berlin: Reimer.
- Reddemann, L. (2001). *Imagination als heilsame Kraft*. Stuttgart: Klett-Cotta.

*Lesenswerte Belletristik und andere Bücher:*

- Cavelius, A. (2000). *Leila, Ein bosnisches Mädchen*. Berlin: Ullstein Verlag.
- Cavelius, A. (2002). *Die Zeit der Wölfe. Eine tschetschenische Familie erzählt*. München: Econ Ullstein List Verlag.
- Fallaci, O. (1997). *Ein Mann*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch.
- Grjasnowa, O. (2012). *Der Russe ist einer, der Birken liebt*. München: Carl Hanser Verlag.