TRAUMAFOLGESTÖRUNGEN IM KONTEXT VON FLUCHT UND MIGRATION: ANFORDERUNGEN AN PSYCHOSOZIALE BETREUUNGSMODELLE

Klaus MIHACEK, Martin STEPANEK, Psychosoziales Zentrum ESRA

INHALT

1	Traumafolgestörungen und PTSD.....	165
2	Traumafolgestörungen und soziale Beziehungen	168
3	Stressvulnerabilität: Auswirkungen von frühem Stress	169
4	Flucht als sequentielle Traumatisierung.....	170
4.1	Postmigrationsstressoren.....	172
4.2	Die psychosoziale Arbeit des mobilen Teams von ESRA in den Flüchtlingsquartieren.....	173
4.3	Was brauchen Traumatisierte?	175
5	Conclusio.....	176
6	Bibliographie.....	177

1 Traumafolgestörungen und PTSD

Unter „Trauma“ (oder Psychotrauma) versteht man in der Psychotraumatologie körperliche und psychische Reaktionen des Menschen auf Situationen von außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophalem Ausmaß, die nahezu bei jeder Person tiefgreifende Verzweiflung auslösen würden (WHO, ICD-10). Die hinter dem Begriff stehende Vorstellung ist die einer „seelischen Verletzung“, die entsteht, wenn es zu einer Überforderung psychischer Schutzmechanismen durch bestimmte Ereignisse kommt.

In Bezug auf ihre psychischen und körperlichen Folgen lassen sich traumatische Ereignisse in verschiedene Kategorien einteilen (MAERCKER 2013, pp. 14 ff.). Es können zum einen einmalige bzw. kurzfristige Traumata (Typ-I) von mehrfachen bzw. lang-

fristigen Traumata (Typ-II) unterschieden werden. Zum anderen ist zwischen zufälligen („akzidentellen“) sowie „interpersonellen“ (von Menschen intendierten) Traumata zu differenzieren. Mit diesem Schema lassen sich daher vier Kategorien von Psycho-traumata bilden (siehe Tab. 1). Ein durch einen schweren Verkehrsunfall ausgelöstes Psychotrauma ist ein Beispiel für ein akzidentelles Typ-I-Trauma. Andere Beispiele für Ereignisse, die ein solches Trauma auslösen können, sind z.B. das Erleben eines schweren Erdbebens oder einer Explosion, der plötzliche Tod einer geliebten Person oder eine Brandkatastrophe. Personengruppen, die ein erhöhtes Risiko für eine durch diesen Traumatype ausgelöste Folgestörung haben, sind z.B. Soldaten oder Mitglieder von Blaulichtorganisationen. Ist das störungsauslösende Ereignis mit einer für die traumatisierte Person erkennbaren intentionalen Absicht verbunden, ihr zu schaden (oder sie gar zu töten), ist das resultierende Psychotrauma als interpersonelles Typ-I-Trauma zu klassifizieren. Das Erleben von Kämpfen, Vergewaltigungen oder sonstigen Gewalt-handlungen sind Beispiele für diese Traumakategorie. In beiden Fällen spricht man von sog. Typ-I-Traumata (auch „Monotraumen“ genannt).

Tab. 1: **Schematische Einteilung traumatischer Ereignisse (nach MAERCKER 2013)**

	Typ-I-Traumata (einmalig/ kurzfristig)	Typ-II-Traumata (mehrfach/langfristig)
zufällige/ akzidentelle Traumata	Erdbeben, Explosion, plötzlicher Tod einer geliebten Person, Brandkatastrophe, berufsbedingte Traumaereignisse (z. B. bei Soldaten, Mitgliedern v. Blaulichtorganisationen etc.)	Langandauernde Naturkatastrophe (z.B. Verschüttetsein infolge einer Überschwemmung oder eines Bergbauunglücks etc.)
interpersonelle Traumata	Kämpfe, Vergewaltigung, sonstige kurzfristige Gewalthandlungen	Kriegserleben, sexueller Missbrauch, Geiselhaft, politische Inhaftierung, familiäre Gewalt, Folter

Beindet sich eine Person über einen längeren Zeitraum bzw. immer wieder in einer traumatisierenden Situation, dann spricht man von Typ-II-Traumata. Geiselhaft, Gefangenschaft mit Folter, sexueller Missbrauch, familiäre Gewalt sind Beispiele für (interpersonelle) Traumata dieses Typs. In Folge eines Erdbebens oder einer Über-

schwemmung, z.B. im Zuge eines Bergbauunglücks mehrere Tage oder Wochen eingeschlossen oder verschüttet zu sein, ist ein Beispiel für ein akzidentelles Typ-II-Trauma-Ereignis. Gegenüber traumatisierenden Einzelereignissen weisen aus langfristigen oder mehrfachen Ereignissen bestehende Typ-II-Traumata andere und vergleichsweise schwerere psychische und körperliche (Spät-)Folgen auf (MAERCKER 2013).

Die durch traumatisierende Ereignisse ausgelösten Krankheitsbilder werden in der Psychotraumatologie als „Traumafolgestörungen“ bezeichnet. In den letzten Jahren wurden in diesem Bereich unterschiedliche Versuche unternommen Traumafolgestörungen diagnostisch zu klassifizieren und so einheitliche Krankheitsbilder international zu etablieren. Dieser Prozess ist noch nicht abgeschlossen. Mit Traumatisierung verbundene Krankheitsbilder unterscheiden sich in den einzelnen Diagnosemanualen (DSM-III, -IV, -V, bzw. ICD-10 u. -11), in den sie definierenden Symptomen und in der Anzahl der Diagnosemöglichkeiten. Krankheitsbilder, die durch Monotraumen (Typ-I-Trauma) ausgelöst werden können, werden in der psychiatrischen Praxis meist als akute Belastungsreaktion, Anpassungsstörung, (einfache) Posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) oder anhaltende Trauerstörung diagnostiziert. Krankheitsbilder, die auf Mehrfachtraumatisierung (Typ-II-Traumen) zurückgehen, können als „komplexe Posttraumatische Belastungsstörung“ (kPTSD; HERMAN 1992) oder „andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung“ diagnostiziert werden (engl. DESNOS - „Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified“).

Personen, die an einer (einfachen oder komplexen) PTSD erkrankt sind, zeigen als länger andauernde Reaktion auf ein traumatisierendes Ereignis (oder eine traumatisierende Lebenssituation) zumindest folgende Symptome: unwillkürlich auftretende, lebhaft und mitunter die aktuelle Realität verzerrende Erinnerungen an das Trauma („Intrusionen“/„flash-backs“). Darüber hinaus zeigen die Betroffenen Vermeidungsverhalten in Bezug auf Situationen, die derjenigen, in der sie traumatisiert wurden, ähnlich sind oder Erinnerungen an sie wachrufen könnten („Vermeidung“/„numbing“). Drittens ist bei ihnen ein dauerhaft erhöhter Stresslevel („hyperarousal“), der sich z.B. durch Ein- und Durchschlafstörungen, Reizbarkeit bis hin zur emotionalen Instabilität, Konzentrationsschwierigkeiten oder Schreckhaftigkeit zeigt, beobachtbar (WHO, ICD-10). Handelt es sich um ein interpersonelles Typ-II-Trauma, so können noch zusätzliche Symptome hinzukommen, die (z.B. im Rahmen des ICD-11) die Diagnose einer „komplexen PTSD“ möglich machen: deutliche Probleme in der Kontrolle von Affekten, ein tiefgreifendes negatives Selbstbild und ausgeprägte Schwierigkeiten Beziehungen aufrechtzuerhalten oder sich anderen nahe zu fühlen. Studien weisen darauf hin, dass dieses Krankheitsbild gehäuft bei Flüchtlingen mit traumatisierenden Fluchtverläufen auftritt (MORINA & FORD 2008; PALIC & ELKLIT 2014).

Sind Personen traumatisiert, dann kann es unter bestimmten Umständen zu einer Retraumatisierung kommen. Ausgangspunkt einer Retraumatisierung ist eine Situation, die im Erleben der betroffenen Person in wesentlichen Zügen derjenigen ähnelt, in der sie traumatisiert wurde. Die mit diesem Erleben aktualisierte Erinnerung führt dann zu

heftigen körperlichen und emotionalen Reaktionen, die bei den betroffenen Personen nicht nur starkes Leid verursachen, sondern im Extremfall auch zu Realitätsverlust und damit verbundenen fremd- oder selbstgefährdenden Handlungen führen können.

Die Wahrscheinlichkeit an einer PTSD zu erkranken variiert recht stark nach Geschlecht, sozialer Situation, Heimatland und Alter. Zur Erklärung der Prävalenzunterschiede zwischen verschiedenen Ländern kann man neben der unterschiedlichen Häufung von Naturkatastrophen auch den Einfluss von Kriegsgeschehen und die allgemeine Gewalthäufigkeit in der Gesellschaft heranziehen (MAERCKER et al. 2008). Eine aktuelle Studie kommt zu einer allgemeinen globalen Lebenszeit-Prävalenz von 5,6% (KOENEN et. al. 2017). Diese Zahl gibt eine Abschätzung des generellen Risikos auf ein Trauma irgendwann im Leben mit dem Störungsbild einer PTSD zu reagieren. Je nach Art und Anzahl der erlebten Traumata (sowie der oben bereits erwähnten Faktoren), ergeben sich aber ganz unterschiedliche Wahrscheinlichkeiten für dieses Krankheitsbild, wobei die Beobachtung, dass extreme Formen interpersoneller Gewalt mit einer erhöhten PTSD-Prävalenz verbunden sind, kürzlich durch eine großangelegte internationale Studie bestätigt wurde (LIU et. al. 2017). Gemäß dieser Studie liegt die Prävalenz für PTSD nach einer Vergewaltigung bei 17,4% und bei anderen Formen sexueller Gewalt bei 11%. In anderen Studien liegt dieser Wert wesentlich höher (z.B. 50 bis 55% bei Vergewaltigung; siehe MAERCKER 2013, p. 31). Der Prävalenzwert für eine PTSD ausgelöst durch Kriegerleben variiert in verschiedenen Studien zwischen 38% und 65% (MAERCKER 2013; HECKER & MAERCKER 2015). Es gibt aber auch eine Reihe von Analysen, die sich mit der PTSD-Prävalenz bei Flüchtlingen und Migrant/inn/en auseinandersetzen (z.B. FAZEL et al. 2005; STEEL et al. 2009; TEKIN et al. 2016): Studien bezüglich der PTSD-Prävalenz bei afghanischen Flüchtlingen kommen auf Werte zwischen 25,4 und 50 % (für einen Überblick siehe ALEMI et al. 2014). Untersuchungen zur Prävalenz der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung bei syrischen Flüchtlingen, die psychiatrische Behandlung nachfragten, kamen auf Werte von über 30% (HYLAND et al. 2018; NICKERSON et al. 2016). Zum Vergleich: Ein Survey aus dem Jahr 2002, der die psychologischen Auswirkungen von 9/11 auf die amerikanische Bevölkerung untersuchte, gelangte für den Raum New York zu einem Prävalenzwert von ca. 11% (SCHLENGER et. al. 2002). Generell kann davon ausgegangen werden, dass die Wahrscheinlichkeit der Ausprägung einer Traumafolgestörung steigt, je mehr traumatische Erfahrungen eine Person erlebt (HECKER & MAERCKER 2015).

2 Traumafolgestörungen und soziale Beziehungen

Traumata haben oft massive Folgen für die sozialen Interaktionen und die Beziehungsnetzwerke der Betroffenen (TROOP et al. 2013) – insbesondere bei komplex Traumatisierten (HYLAND et al. 2017). Nach traumatischen Ereignissen kann der Abbruch und Verlust an sozialen Beziehungen rasch, extensiv und tiefgehend sein und es

kommt oft zu einer Vermeidung sozialer Kontakte (SOLOMON et al. 2015). Dadurch sind Traumatisierte meist von sozialer Isolation und sozialer Exklusion betroffen. Durch Störungen der Selbstregulation kommt es zu Problemen im Sozialverhalten und in der Beziehungsgestaltung (SPECKER & NICKERSON 2019). Nähe bzw. Distanz können oft nur schwer oder gar nicht reguliert werden. Enttäuschung und Angst äußern sich in Wut und Jähzorn. Das veränderte Sozialverhalten zeigt sich oft in einer hypersensiblen Wahrnehmung, Nervosität, Kritikunfähigkeit, Rückzug oder auch Aggression. Diese Interaktionsschwierigkeiten haben Auswirkungen auf Familie, Schule, Berufstätigkeit, Freundschaften oder die „Außenwelt“ (Vermieter/innen, Behörden, Gericht etc.). Es kommt zu Misstrauen und häufigen Konflikten. Darüber hinaus kommt es bei Geflüchteten durch den Ausschluss ganzer Funktionssysteme meist auch zu einer strukturellen Exklusion (z. B. vom Arbeitsmarkt) und die oft mangelhafte oder völlig fehlende Kommunikation (Sprachbarrieren) erschwert sämtliche Bereiche massiv (SCHICK et al. 2016).

3 Stressvulnerabilität: Auswirkungen von frühem Stress

Wir können uns auf der Grundlage eines solchen Rahmenmodells für Traumatisierungen der Frage zuwenden, welche Umstände oder frühen Belastungs- bzw. Stressfaktoren Menschen besonders vulnerabel werden lassen, also die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass sich ein Psychotrauma im späteren Verlauf besonders schwerwiegend ausprägt. Dazu sind in den letzten Jahren eine Reihe von Kindheitsbelastungsfaktoren und deren gesundheitliche Auswirkungen untersucht worden (z.B. FELITTI et al. 1998; NORMAN et al. 2012; CAMPBELL et al. 2016; für einen deutschsprachigen Überblick siehe EGLE et al. 2016). Vincent FELITTI et al. (1998) haben erstmals den Zusammenhang zwischen gesundheitlichem Risikoverhalten, dem Auftreten bestimmter Krankheiten im Erwachsenenalter und Belastungsfaktoren in der Kindheit in einer empirischen Studie untersucht. Sie beschreiben, wie frühe Stresserfahrungen, psychische Traumatisierung bzw. emotionale Deprivation in letzter Konsequenz und über mehrere Wirkungsstufen hinweg zum Auftreten bestimmter Krankheiten und sozialer Probleme sowie einer deutlichen Verkürzung der Lebensspanne der Betroffenen führen können. Früher Stress bewirkt das gehäufte Auftreten psychischer und biologischer Dysfunktionen, daraus ergeben sich vermehrt emotionale und kognitive Beeinträchtigungen, welche die Betroffenen durch gesundheitliches Risikoverhalten zu kompensieren versuchen. Wer vier und mehr frühe Stressfaktoren aufweist, hat z.B. ein siebenfach erhöhtes Risiko für Alkoholmissbrauch (bereits in der Jugend). Für den Konsum von anderen Drogen sogar ein zehnfach erhöhtes Risiko (!), und auch das Risiko für einen Suizidversuch ist deutlich gesteigert, nämlich um das Zwölfwache.

Wesentliche Belastungsfaktoren sind zum einen schlechte soziale und ökonomische Bedingungen (HUGHES et al. 2016), also das, was man oft vereinfacht als „Armut“ bezeichnet. Solche Lebensumstände gehen fast immer einher mit einer problematischen

Wohnsituation und damit verbundenen Einschränkungen. Kinder, die unter solchen Bedingungen aufwachsen, haben später im Leben ein deutlich erhöhtes Stress-Vulnerabilitäts-Risiko. Ein weiterer Bereich ist das Erleben von Gewalt (CAMPBELL 2002; BLUM et al. 2019). Hier geht es einerseits um das Erleben von Gewalt am eigenen Leib aber auch – und das ist vor allem bei Kindern ein wichtiger Punkt – um das Miterleben solcher Situationen, etwa im selben Zimmer oder im Raum nebenan, wenn es z. B. zu Gewalthandlungen zwischen Erwachsenen kommt. Neben Gewalterfahrung ist aber auch der Faktor einer möglichen „emotionalen Vernachlässigung“ zu berücksichtigen (NORMAN et al. 2012). Diese kann durch vielfältige Ursachen entstehen, wie etwa durch einen Elternteil, der chronisch körperlich oder psychisch krank ist, oder an einer Suchterkrankung leidet. Aber auch das Aufwachsen mit nur einem Elternteil stellt einen nicht zu unterschätzenden Kindheitsbelastungsfaktor dar, da dies oft problematische soziale und ökonomische Bedingungen mit sich bringt. (z. B. ausbleibende, unregelmäßige oder unzureichende Zahlungen von Alimenten, alleinerziehender Elternteil muss für das Haushaltseinkommen alleine sorgen, das Kind wird von vielen wechselnden Personen – Verwandte, Nachbar/inne/n, Tagesmütter, Kindergarten etc. – beaufsichtigt ...). Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge stellen eine Gruppen von Personen dar, die besonders stark von Kindheitsbelastungsfaktoren betroffen sind, da sie über weite Strecken ihrer Kindheit und Adoleszenz gänzlich ohne elterliche Präsenz auskommen müssen und somit besonders vulnerabel sind (KADIR et al. 2019).

Im Gegensatz zu alldem können wir mittlerweile auch entsprechende Schutzfaktoren identifizieren (EGLE 2016; CRANDALL et al. 2019). Bindung ist natürlich ein sehr guter – vielleicht sogar der wichtigste – Schutzfaktor in der Biographie eines Menschen, der meist auch über Generationen hinweg wirkt, denn sicher gebundene Kinder werden mit großer Wahrscheinlichkeit auch als Eltern diese sichere Bindung mit ihren Kindern entwickeln können. Aber auch eine überdurchschnittliche Intelligenz kann protektiv wirken sowie auch ein kontaktfreudiges, robustes Temperament oder aber der Faktor Geschlecht. Frauen sind etwas besser geschützt als Männer, mit der Ausnahme, dass in der Zeit der Pubertät, Mädchen vulnerabler sind als Buben. Auch eine lebenszeitlich spätere Familiengründung sowie verlässlich unterstützende Bezugspersonen im Erwachsenenalter, also z. B. Partner/innen oder Freundschaften, wirken positiv.

Was bedeutet das aber nun, wenn wir all diese Erkenntnisse vor dem Hintergrund von Flucht und Migration betrachten? Hier macht es Sinn, sich den psychologischen Phasen des Migrationsprozesses zuzuwenden.

4 Flucht als sequentielle Traumatisierung

Wir wissen heute, dass ein Trauma nicht nur ein einzelnes Ereignis ist, sondern ein dynamisches und langanhaltendes Reaktionsmuster des Nervensystems darauf darstellt. Traumata entwickeln und entfalten sich daher prozesshaft bzw. in Phasen. Hans KEIL-

SON (1979), der mit jüdischen Waisenkindern im Holland der Nachkriegszeit gearbeitet hat, beschrieb die sequenziellen Phasen des Traumatisierungsprozesses. David Becker hat in Zusammenarbeit mit Barbara WEYERMANN (2006, pp. 43 f.) auf dieser Basis eine Weiterentwicklung erarbeitet, die KEILSONS Konzept ausbaut und dadurch eine Übertragung in unterschiedliche Kontexte ermöglicht. Diese Weiterentwicklung wird nun kurz vorgestellt.

Sequenz 1: Vom Beginn der Verfolgung bis zur Flucht

Diese Zeit ist charakterisiert durch die umgebenden Lebensstrukturen, bevor eine Bedrohung so massiv wird, dass nur noch die Flucht bleibt. Die Entscheidung zur Flucht ist immer unfreiwillig und von ambivalenten Gefühlen geprägt: vom verzweifelten Aufgeben und Akzeptieren, dass kein anderer Ausweg mehr möglich ist und dem ebenso verzweifelten Wunsch, die eigene Familie und sich selbst zu retten.

Sequenz 2: Auf der Flucht

Die Flucht dauert manchmal ein paar Tage, manchmal – sehr oft sogar – mehrere Monate. Es kann zu lebensgefährlichen Situationen kommen. Viele Flüchtende – besonders Frauen – sind neuen traumatischen Erfahrungen ausgesetzt.

Sequenz 3: Der erste Übergang – der Ankunftsort

Die Ankunft am Ziel ist sehr oft schockierend, der Fluchttort garantiert keine wirkliche Sicherheit und entspricht den eigenen Erwartungen und Hoffnungen in der Regel nicht. Die nunmehrigen Probleme des Überlebens sind vielfältig und zumeist absolut überfordernd. Erstmals haben die Menschen Zeit, bewusst das Erlittene wahrzunehmen. Zusätzliche Probleme der äußeren Versorgung drängen in den Vordergrund: die Wohnsituation (oft Kollektivunterkünfte oder in einem Lager, keine Rückzugsmöglichkeit), die rechtliche Situation (das Asylverfahren), fehlender oder mangelhafter Schutz vor kriminellen Übergriffen, Sprachbarrieren, ökonomisch prekäre Lebensverhältnisse etc. drängen als belastende Themen in das Bewusstsein der Geflüchteten.

Sequenz 4: Chronifizierung der Vorläufigkeit

In dieser Sequenz kommt es zu mehreren Entwicklungen, wobei jedoch nicht jede/r Flüchtende alle durchläuft: Da ist zum einen die Anpassung an die Verhältnisse, an die vorläufigen Verhältnisse müsste man genauer sagen. Die Vorläufigkeit, die ja nichts anderes als eine Unsicherheit bedeutet, erleichtert das Aufrechterhalten der Bindungen im Herkunftsland und die Verteidigung der bisherigen Identität. Als Konsequenz wird dadurch jedoch die Integration erschwert. Oder aber es wird mit einer bald bevorstehenden Rückkehr nicht mehr gerechnet, dies erleichtert und fördert wiederum die Integration. Diese Verläufe sind jedoch nicht nur von den Flüchtenden abhängig, sondern im selben Ausmaß auch von der aufnehmenden Gesellschaft und den Möglichkeiten, die diese den Betroffenen bietet. Wenn ein über Jahre unsicherer Aufenthaltsstatus droht, tragen solche Länder selbst zur Marginalisierung und Traumatisierung von Flüchtlingen bei.

Sequenz 5: Der zweite Übergang – die Rückkehr

Diese Sequenz umfasst die Zeit von der Entscheidung zur Rückkehr, die Rückreise bis hin zur Anfangszeit im Heimatland. Die erzwungene Rückkehr (Abschiebung, Ausweisung) bedeutet in der Regel eine schwere Re- bzw. Neutraumatisierung. Aber auch die freiwillige Rückkehr ist nur vermeintlich „frei-willig“, denn auch hierbei kommt es sehr oft zu persönlichen Krisen und zur Reaktivierung des Traumas.

Sequenz 6: Die Zeit „danach“ – nach der Verfolgung

Obwohl sich viele Flüchtlinge im Aufnahmeland auf Dauer niederlassen und mit der Zeit auch heimisch werden, bleibt die Wunde der – oft auf unabsehbare Zeit – unmöglichen Rückkehr. Das Exil wird zu einem umfassenden Teil der Lebenserfahrung. Neue Lebenserfahrungen und Möglichkeiten zählen zu den positiven Seiten einer solchen Entwicklung, die Erfahrung des Nicht-Dazugehörens zu den negativen. In den Familien der Betroffenen bleibt eine solche Zwangsmigration über Generationen hinweg ein Thema.

4.1 Postmigrationsstressoren

Auch während der Phase der vermeintlichen Sicherheit kann also noch eine Fülle von Stressfaktoren auf die Betroffenen einwirken. Unter dem Begriff Postmigrationsstressoren verstehen wir Faktoren und Lebensumstände, die sich nach der eigentlichen Migration (Flucht, Vertreibung) im Aufnahmeland niederschlagen und häufig negative Auswirkungen auf die psychische Gesundheit haben (SILOVE et al. 1997; LABAN et al. 2005; SCHICK et al. 2016). Das ist z. B. die Sorge um Familienmitglieder, die sich noch im Heimatland aufhalten bzw. in Gefahr sind, das ist die soziale Isolation, das sind fehlende Beschäftigungsmöglichkeiten bzw. Arbeitsverbote oder aber Probleme mit Integration und Inklusion, Sprachschwierigkeiten, prekäre sozioökonomische Lebensumstände („Armut“) und auch Erfahrungen von Ausgrenzung und Diskriminierung etc. Insbesondere Beschäftigungslosigkeit und die Trennung von Familienmitgliedern können einen Einfluss auf die PTSD-Symptomatik haben. In verschiedenen Studien wurde auch der Zusammenhang zwischen chronifizierten psychischen Belastungen und Postmigrationsstressoren festgestellt (SILOVE et al. 1997; LABAN et al. 2005; BOGIC et al. 2012).

Ein besonders belastender Faktor ist die Ungewissheit und Unsicherheit, wenn das Asylverfahren noch in Schwebelage ist. Aus niederländischen Studien von LABAN et al. (2004, 2005) wissen wir, dass sich solche Postmigrationstressoren auf die PTSD – sowie die Angstsymptomatik und besonders auch auf die Depressionssymptomatik auswirken. Ein Ergebnis, das am Universitätsspital Zürich von HEEREN et al. (2014) in einer vergleichenden Untersuchung zwischen Asylwerber/innen, Flüchtlingen, illegalen Migrant/innen, Arbeitsmigrant/innen und Schweizer Einwohner/innen im Wesentlichen

bestätigt wurde: Personen, die im Asylverfahren waren, wiesen eine signifikant höhere Rate – besonders hinsichtlich depressiver Symptomatik – auf als die anderen verglichenen Gruppen. Zudem wurde festgestellt, dass eine traumabezogene Symptomatik auch nach positivem Asylbescheid – oder sogar bei Zuerkennung von dauerhaftem Aufenthalt – bestehen bleibt, wenn keine Behandlung erfolgt. Auch in dieser Studie wiesen die Autor/inn/en auf die nachhaltig entscheidende Rolle der Situation im Aufnahmeland, also auf die Zeit nach der Migration hin.

4.2 Die psychosoziale Arbeit des mobilen Teams von ESRA in den Flüchtlingsquartieren

Für die Quartierbetreuung hat ESRA beginnend im Jahr 2012 vom Fonds Soziales Wien den Auftrag zur aufsuchenden Arbeit bekommen. Der Auftrag umfasst heute neun Quartiere, die jeweils ca. 20 Plätze für Menschen mit sog. erhöhtem Betreuungsbedarf haben. Dabei geht es um Personen mit psychischen Erkrankungen, zumeist mit Symptomen einer posttraumatischen Belastungsstörung nach Flucht und Verfolgung. Zur psychischen Erkrankung kommen oft aber noch weitere Problematiken hinzu: fehlende Krankheitseinsicht, mangelnde Compliance, z.B. durch Abbruch früherer Behandlungsversuche, Schwierigkeiten im sozialen Zusammenleben, schwere chronische und möglicherweise unheilbare Krankheiten oder schwere Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen. Die Patient/inn/en werden von Betreuer/inne/n zugewiesen, wenn eine psychiatrische Diagnose schon vorhanden ist oder wenn psychische Auffälligkeiten beobachtet wurden. In der Regel handelt es sich um Patient/inn/en, bei denen eine ambulante Betreuung beim/bei der niedergelassenen Facharzt/-ärztin oder über die psychosozialen Dienste der Stadt Wien nicht funktioniert hat. Gemäß dem Auftrag zur aufsuchenden Betreuung geschieht die Behandlung in der vertrauten Umgebung des Quartiers, oft im Beisein des Betreuers bzw. der Betreuerin und dolmetschegestützt. Organisatorisch gesehen ist darauf hinzuweisen, dass es sich nicht um eine reine Arzt-Patient-Beziehung, sondern um eine interdisziplinäre und interinstitutionelle Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen (Psycholog/inn/en, Sozialarbeiter/innen, Psychotherapeut/inn/en, Fach- und praktische Ärzt/inn/e/n) und Institutionen (Quartier, psychiatrische Krankenhäuser, Psychotherapie anbietende Institutionen, psychosoziale Einrichtungen, niedergelassene Fachärzt/inn/e/n, Hausärzt/inn/e/n und suchtspezifische Behandlungseinrichtungen) handelt. Dies bedeutet oft einen erhöhten Kommunikations- und Koordinationsaufwand für alle Beteiligten.

Die Situation in den Quartieren dürfte aus psychiatrischer Sicht in mehrfacher Hinsicht eher ungünstig für eine erfolgreiche Behandlung sein. Die vorgefundenen Räumlichkeiten bieten meist wenig bis gar keine Rückzugsmöglichkeiten, die Bewohner/innen finden daher kaum Intimsphäre und es fällt ihnen meist dementsprechend schwer zur Ruhe zu kommen. Vor allem über Nacht sind nur wenige Betreuer/innen im Quartier

anwesend, es gibt daher kaum Ansprechpartner/innen und es kommt in den Quartieren dementsprechend häufig zu eskalierenden Konflikten und anderen Zwischenfällen. Die Informationslage über die Gesundheitssituation der Behandelten ist oft lückenhaft. Auch die fehlende Tagesstruktur behindert die Besserung der psychischen Probleme.

Die von ESRA behandelten Flüchtlinge leiden an einer Reihe von psychischen Beschwerden, wie sie für Patient/inn/en mit Traumafolgestörungen typisch sind: Schlafstörungen, Alpträume, Flashbacks, Depressionen, Suizidalität, sozialer Rückzug, Misstrauen, Selbstwertproblematik, Gereiztheit, innere Anspannung, selbstverletzendes Verhalten, kompensatorischer Drogen-/Alkoholkonsum, chronische Schmerzen, Konzentrationsstörungen und Angst sind typische zu behandelnde Symptome.

Bei den diagnostizierten Störungen der in den Flüchtlingsquartieren Behandelten (vgl. Graphik 1) dominiert die posttraumatische Belastungsstörung, andere Belas-

Abb. 1: **Relative Häufigkeiten der gestellten psychiatrischen Diagnosen der von ESRA im Jahr 2018 in Flüchtlingsquartieren betreuten Asylwerber/innen, Flüchtlinge und Migrant/inn/en**

tungsstörungen (z.B. Panikstörung) sowie somatoforme Störungen (z.B. somatoforme Schmerzstörung). Aber auch affektive Störungen (insbesondere Depression und bipolare Störungen) in verschiedenen Ausprägungen gehören zu den am meisten gestellten Diagnosen. Oft kann auch ein ursächlicher Zusammenhang zwischen den durch die PTSD-Symptomatik ausgelösten Beschwerden und dem Auftreten einer depressiven Erkrankung als Reaktion darauf angenommen werden. Weitere typische Diagnosen in diesen Patient/inn/en Gruppen (die oft ebenfalls als Reaktionen auf die schwere Traumatisierung angesehen werden können) sind nichtorganische Insomnie und Störungen ausgelöst durch Drogen und Alkohol, die von den Betroffenen als Selbstmedikation zur Symptombekämpfung eingenommen werden. Schließlich ist auch noch der relativ hohe Anteil an Diagnosen aus dem schizophrenen Formenkreis zu nennen (z.B. paranoide Schizophrenie, wahnhaftige Störung).

4.3 Was brauchen Traumatisierte?

Wir möchten an dieser Stelle die Ergebnisse einer von ESRA im Jahr 2008 durchgeführten Studie vorstellen (VYSSOKI et al. 2008), in der u.a. mit 15 Klient/inn/en qualitative Interviews geführt wurden. Alle Befragten waren NS-Überlebende der 1. Generation, also zum Teil bereits hochbetagt und zeigten die Symptome einer PTSD mit einer Chronifizierung im Krankheitsgeschehen, multiplen Ko-Morbiditäten und einer – oft jahrzehntelangen – Latenzzeit des Schweigens. Zusätzlich wurden narrative Fallverlaufsdokumentationen und Dekurse einer strukturierten Dokumentenanalyse unterzogen.

Welche waren nun die wichtigsten Ergebnisse? Freundlichkeit und Zugewandtheit sowie das Wissen um den politisch-historischen Kontext des Erlittenen werden als entlastend empfunden und besonders geschätzt. Diese subjektiv empfundene Sicherheit ist ein wichtiges Kriterium für den Beziehungsaufbau. Die Studie hat außerdem bestätigt, wie wesentlich die Qualität des Erstkontaktes – als erste positive Erfahrung – für den weiteren Betreuungsverlauf ist. Viele Personen konnten sich Jahre später zwar an das Thema ihrer ersten Besuche nicht mehr erinnern, jedoch blieb ihnen die erste Ansprechperson sehr gut im Gedächtnis. Darin wird die emotionale Dimension dieser (Beratungs-)Gespräche sichtbar. Oft war die Anlassthematik der Kontaktaufnahme ein (vermeintlich) nichttraumabezogenes Problem. ESRA bietet ja ein sehr umfassendes Beratungs- und Behandlungsangebot. Oft waren anfangs eher informative Anliegen vorgebracht worden, wie z.B. sozialrechtliche, medizinische oder pflegerische Fragen, materielle Unterstützung in der Sozialarbeit oder Angehörigenberatung. Auch der Zeitfaktor ist ein wesentlicher, dies wurde von den Befragten wiederholt hervorgehoben. Zeitdruck in einer traumasensiblen Gesprächssituation führt seitens der Betroffenen sehr oft zu sozialem und emotionalem Rückzug, nicht selten kommt es sogar zu einem völligen Kontaktabbruch. Und deutlich wurde zudem, dass insbesondere Grundsätze

der Freiwilligkeit, Mitsprache und Selbstbestimmung – auch hinsichtlich des eigenen Tempos – in der Traumaarbeit ganz wesentlich sind.

Wir können also Folgendes zusammenfassen: Traumatisierte Menschen benötigen einen „sicheren Ort“ in „geschütztem Rahmen“. Wesentlich hierzu beigetragen hat in unserem Fall vor allem eine grundsätzlich solidarische Haltung gegenüber den Überlebenden, aber auch die Anerkennung bzw. das Wissen um ihren Leidensweg, also ein Wissen um das Trauma.

Hier bietet sich der sog. Trauma-Informed Approach an (HARRIS et al. 2001), also die Entwicklung von Trauma-Informed Communities durch eine umfassende Wissensverbreitung und Bewusstseinsbildung hinsichtlich der Prävalenz traumatischer Störungen. Diese Bewusstseinsbildung sollte Professionist/inn/en bzw. Organisationen sensibilisieren, die mit traumatisierten Menschen arbeiten. Wir machen immer wieder die Erfahrung, dass das Nichterkennen oder Bagatellisieren von Symptomen gerade bei Menschen mit Traumafolgestörungen gravierende Folgen haben kann. Dies kann einen Vertrauensbruch verursachen, der dann in einen Beziehungsabbruch und in weiterer Folge in einen Rückzug des/der Betroffenen mündet. Kommt hierbei auch noch eine sprachliche Barriere hinzu, sind die Folgen umso schwerwiegender.

Traumaarbeit bedeutet immer auch interdisziplinäre psychosoziale Arbeit. Infolge der speziellen Struktur findet man bei ESRA alle Angebote interdisziplinär eng verknüpft und unter einem Dach vor: die Medizin/Psychiatrie wird von der Pflege flankiert, ein wichtiger Fokus liegt des Weiteren auf der Sozialen Arbeit und den sozialräumlichen Angeboten. Die Psychologie und Psychotherapie deckt neben dem Erwachsenen- auch den Kinder- und Jugendbereich ab. Die rasche Weitervermittlung, z. B. im Zuge einer sozialarbeiterischen Abklärung oder zur Krisenintervention, kann vielfach einer Verschlechterung der Situation und auch der Gefahr einer Retraumatisierung entgegenwirken oder die Folgen zumindest abfedern (z. B. nach schlechten Nachrichten aus dem Herkunftsland, Ungewissheit über Familienangehörige, Tod eines nahen Menschen, negativer Asylbescheid etc.).

Aus unserer aktuellen Arbeit mit Betroffenen unterschiedlichster Traumaursachen können wir sagen, dass sich diese Erkenntnisse auch auf andere Opfergruppen übertragen lassen: Im Anlassfall rasch handeln zu können, erachten wir ganz allgemein als eine unbedingte Notwendigkeit in der psychosozialen Traumaarbeit. Und dies schafft man am besten in interdisziplinär vernetzten Strukturen.

5 Conclusio

Welche Anforderungen ergeben sich nun für die psychosoziale Betreuung von Migrant/inn/en, Asylsuchenden und Flüchtlingen? Orientiert an den „Sonnenberger Leitlinien zur Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von

Migrantinnen und Migranten“ (MACHLEIDT 2002), die auch heute noch immer vieles an aktuellen Diskussionsinhalten bieten, müssen wir dort ansetzen, wo Menschen, die gesundheitliche Probleme verspüren, zuerst andocken. Wir müssen also die zentrale Rolle des Hausarztes/der Hausärztin in den Fokus rücken. Wir wissen, dass Migrant/inn/en – wie viele andere Bürger/innen auch – zu allererst einen praktischen Arzt aufsuchen. Diese Praxen sind oft der Dreh- und Angelpunkt für den weiteren Verlauf einer Behandlung. Sprachliche oder kulturelle Barrieren können sich hier höchst problematisch auswirken. Dies gilt vor allem für die Diagnostik psychosomatischer Erkrankungen und deren Behandlung sowie ganz allgemein für die Kommunikation und Behandlungsqualität (vgl. MACHLEIDT 2002 und et al. 2006). Selbiges lässt sich auf die – bekannterweise überfüllten – Spitalsambulanzen und Notaufnahmen übertragen.

6 Bibliographie

- ALEMI Q., JAMES S., CRUZ R., ZEPEDA V. & RACADIO M. (2014), Psychological Distress in Afghan Refugees: A Mixed-Method Systematic Review. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 16, pp. 1247–1261. <<https://doi.org/10.1007/s10903-013-9861-1>>.
- BECKER D. & WEYERMANN B. (2006), *Gender, Konflikttransformation & der psychosoziale Ansatz*. Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit (DEZA) Eidg. Departement für auswärtige Angelegenheiten (EDA), Bern.
- BLUM R.W., LI M. & NARANJO-RIVERA G. (2019), Measuring Adverse Child Experiences among Young Adolescents Globally: Relationships with Depressive Symptoms and Violence Perpetration. *Journal of Adolescent Health*, 65, pp. 86–93. <<https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.01.020>>.
- BOGIC M., AJDUKOVIC D., BREMNER S., FRANCISKOVIC T., GALEAZZI G.M., KUCUKALIC A., LECIC-TOSEVSKI D., MORINA N., POPOVSKI M., SCHÜTZWOHL M., WANG D. & PRIEBE S. (2012), Factors associated with mental disorders in long-settled war refugees: refugees from the former Yugoslavia in Germany, Italy and the UK. *The British Journal of Psychiatry*, 200, pp. 216–223. <<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.084764>>.
- CAMPBELL J.C. (2002), Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet*, 359, pp. 1331–1336. <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08336-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08336-8)>.
- CAMPBELL J.A., WALKER R.J. & EGEDE L.E. (2016), Associations between Adverse Childhood Experiences, High-Risk Behaviors, and Morbidity in Adulthood. *American Journal of Preventive Medicine*, 50, p. 344. <<https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.07.022>>.
- CRANDALL A., MILLER J.R., CHEUNG A., NOVILLA L.K., GLADE R., NOVILLA M.L.B., MAGNUSSON B.M., LEAVITT B.L., BARNES M.D. & HANSON C.L. (2019), ACEs and counter-ACEs: How positive and negative childhood experiences influence adult health. *Child Abuse & Neglect*, 96, 104089. <<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104089>>.
- EGLÉ U.T., FRANZ M., JORASCHKY P., LAMPE A., SEIFFGE-KRENKE I. & CIERPKA M. (2016), Gesundheitliche Langzeitfolgen psychosozialer Belastungen in der Kindheit – ein Update. *Bundesgesundheitsblatt*, 59, pp. 1247–1254. <<https://doi.org/10.1007/s00103-016-2421-9>>.

- FAZEL M., WHEELER J. & DANESH J. (2005), Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *The Lancet*, 365 (6), pp.1309–1314.
- FELITTI V.J., ANDA R.F., NORDENBERG D., WILLIAMSON D.F., SPITZ A.M., EDWARDS V., KOSS M.P. & MARKS J.S. (1998), Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14, pp. 245–258. <[https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)>.
- HARRIS M. & FALLOT R.D. (2001), *Using Trauma Theory to Design Service Systems*. New Directions for Mental Health Services, 89, Wiley.
- HECKER T. & MAERCKER A. (2015), Komplexe posttraumatische Belastungsstörung nach ICD-11. *Psychotherapeut*, 60, pp. 547–562. <<https://doi.org/10.1007/s00278-015-0066-z>>.
- HEEREN M., WITTMANN L., EHLERT U., SCHNYDER U., MAIER T. & MÜLLER J. (2014), Psychopathology and resident status – comparing asylum seekers, refugees, illegal migrants, labor migrants, and residents. *Comprehensive Psychiatry*, 55, pp. 818–825. <<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.02.003>>.
- HERMAN J.L. (1992), Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5, pp. 377–391. <<https://doi.org/10.1002/jts.2490050305>>.
- HUGHES K., LOWEY H., QUIGG Z. & BELLIS M.A. (2016), Relationships between adverse childhood experiences and adult mental well-being: results from an English national household survey. *BMC Public Health*, 16, 222. <<https://doi.org/10.1186/s12889-016-2906-3>>.
- HYLAND P., CEANNT R., DACCACHE F., DAHER R.A., SLEIMAN J., GILMORE B., BYRNE S., SHEVLIN M., MURPHY J. & VALLIÈRES F. (2018), Are posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex-PTSD distinguishable within a treatment-seeking sample of Syrian refugees living in Lebanon? *Global Mental Health*, 5, e14. <<https://doi.org/10.1017/gmh.2018.2>>.
- HYLAND P., SHEVLIN M., BREWIN C.R., CLOITRE M., DOWNES A.J., JUMBE S., KARATZIAS T., BISSON J.I. & ROBERTS N.P. (2017), Validation of post-traumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD using the International Trauma Questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 136, pp. 313–322. <<https://doi.org/10.1111/acps.12771>>.
- KADIR A., SHENODA S. & GOLDHAGEN J. (2019), Effects of armed conflict on child health and development: A systematic review. *PLOS ONE*, 14, e0210071. <<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210071>>.
- KEILSON H. (1979), *Sequentielle Traumatisierung bei Kindern. Untersuchung zum Schicksal jüdischer Kriegswaisen*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- KOENEN K.C., RATANATHARATHORN A., NG L., McLAUGHLIN K.A., BROMET E.J., STEIN D.J., KARAM E.G., RUSCIO A.M., BENJET C., SCOTT K., ATWOLI L., PETUKHOVA M., LIM C.C.W., AGUILAR-GAXIOLA S., AL-HAMZAWI A., ALONSO J., BUNTING B., CIUTAN M., GIROLAMO G., DE DEGENHARDT L., GUREJE O., HARO J.M., HUANG Y., KAWAKAMI N., LEE S., NAVARRO-MATEU F., PENNELL B.-E., PIAZZA M., SAMPSON N., HAVE M. TEN, TORRES Y., VIANA M.C., WILLIAMS D., XAVIER M. & KESSLER R.C. (2017), Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*, 47, pp. 2260–2274. <<https://doi.org/10.1017/S0033291717000708>>.
- LABAN C., GERNAAT H., KOMPROE I., TWEEL I. VAN DER & JONG J.D. (2005), Postmigration Living Problems and Common Psychiatric Disorders in Iraqi Asylum Seekers in the Netherlands. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193, pp. 825–832. <<https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000188977.44657.1d>>.
- LABAN C.J., GERNAAT H.B.P.E., KOMPROE I.H., SCHREUDERS B.A. & DE JONG J.T.V.M. (2004), Impact of a Long Asylum Procedure on the Prevalence of Psychiatric Disorders in Iraqi

- Asylum Seekers in The Netherlands. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, pp. 843–851. <<https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000146739.26187.15>>.
- LIU H., PETUKHOVA M.V., SAMPSON N.A., AGUILAR-GAXIOLA S., ALONSO J., ANDRADE L.H., BROMET E.J., GIROLAMO G. DE, HARO J.M., HINKOV H., KAWAKAMI N., KOENEN K.C., KOVSS-MASFETY V., LEE S., MEDINA-MORA M.E., NAVARRO-MATEU F., O'NEILL S., PIAZZA M., POSADA-VILLA J., SCOTT K.M., SHAHLY V., STEIN D.J., HAVE M. TEN, TORRES Y., GUREJE O., ZASLAVSKY A.M., & KESSLER R.C. (2017), Association of DSM-IV Posttraumatic Stress Disorder with Traumatic Experience Type and History in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA Psychiatry*, 74, pp. 270–281. <<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.3783>>.
- MACHLEIDT W. (2002), Die 12 Sonnenberger Leitlinien zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von MigrantInnen in Deutschland. *Nervenarzt*, 73, pp. 1208–1212. <<https://doi.org/10.1007/s00115-002-1460-7>>.
- MACHLEIDT W., SALMAN R. & CALLIESS I.T. (2006), *Sonnenberger Leitlinien: Integration von Migranten in Psychiatrie und Psychotherapie; Erfahrungen und Konzepte in Deutschland und Europa*. Berlin. VWB.
- MAERCKER A. (ed.) (2013), *Posttraumatische Belastungsstörungen*; mit 40 Tabellen, 4., vollst. überarb. und aktualisierte Aufl. Berlin, Springer.
- MAERCKER A., FORSTMEIER S., WAGNER B., GLAESMER H. & BRÄHLER E. (2008), Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland. *Nervenarzt*, 79, 577. <<https://doi.org/10.1007/s00115-008-2467-5>>.
- MORINA N. & FORD J.D. (2008), Complex Sequelae of Psychological Trauma among Kosovar Civilian War Victims. *International Journal of Social Psychiatry*, 54, pp. 425–436. <<https://doi.org/10.1177/0020764008090505>>.
- NICKERSON A., CLOITRE M., BRYANT R.A., SCHNYDER U., MORINA N. & SCHICK M. (2016), The factor structure of complex posttraumatic stress disorder in traumatized refugees. *European Journal of Psychotraumatology*, 7, 33253. <<https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.33253>>.
- NORMAN R.E., BYAMBAA M., DE R., BUTCHART A., SCOTT J. & VOS T. (2012), The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Medicine*, 9. <<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>>.
- PALIC S. & ELKLID A. (2014), Personality Dysfunction and Complex Posttraumatic Stress Disorder Among Chronically Traumatized Bosnian Refugees. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202 (2), pp. 111–8. <<https://doi.org/10.1097/nmd.000000000000079>>.
- SCHICK M., ZUMWALD A., KNÖPFLI B., NICKERSON A., BRYANT R.A., SCHNYDER U., MÜLLER J. & MORINA N. (2016), Challenging future, challenging past: the relationship of social integration and psychological impairment in traumatized refugees. *European Journal of Psychotraumatology*, 7, 28057. <<https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.28057>>.
- SCHLENGER W.E., CADDELL J.M., EBERT L., JORDAN B.K., ROURKE K.M., WILSON D., THALJI L., DENNIS J.M., FAIRBANK J.A. & KULKA R.A. (2002), Psychological Reactions to Terrorist Attacks: Findings from the National Study of Americans' Reactions to September 11. *JAMA*, 288, pp. 581–588. <<https://doi.org/10.1001/jama.288.5.581>>.
- SILOVE D., SINNERBRINK I., FIELD A., MANICAVASAGAR V. & STEEL Z. (1997), Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: Associations with pre-migration trauma and post-migration stressors. *The British Journal of Psychiatry*, 170, pp. 351–357. <<https://doi.org/10.1192/bjp.170.4.351>>.

- SOLOMON Z., BENSIMON M., GREENE T., HOESH D. & EIN-DOR T. (2015), Loneliness Trajectories: The Role of Posttraumatic Symptoms and Social Support. *Journal of Loss and Trauma*, 20, pp. 1–21. <<https://doi.org/10.1080/15325024.2013.815055>>.
- SPECKER P. & NICKERSON A. (2019), Investigating the relationship between distinctive patterns of emotion regulation, trauma exposure and psychopathology among refugees resettled in Australia: a latent class analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 10, 1661814. <<https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1661814>>.
- STEEL Z., CHEY T., SILOVE D., MARNANE C., BRYANT R.A. & OMMEREN M. VAN (2009), Association of Torture and Other Potentially Traumatic Events With Mental Health Outcomes Among Populations Exposed to Mass Conflict and Displacement: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*, 302, pp. 537–549. <<https://doi.org/10.1001/jama.2009.1132>>.
- TEKIN A., KARADAĞ H., SÜLEYMANOĞLU M., TEKIN M., KAYRAN Y., ALPAK G. & ŞAR V. (2016), Prevalence and gender differences in symptomatology of posttraumatic stress disorder and depression among Iraqi Yazidis displaced into Turkey. *European Journal of Psychotraumatology*, 7, 28556. <<https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.28556>>.
- TROOP N.A. & HISKEY S. (2013), Social defeat and PTSD symptoms following trauma. *British Journal of Clinical Psychology*, 52, pp. 365–379. <<https://doi.org/10.1111/bjc.12022>>.
- VYSSOKI D., SCHÜRMANN-EMANUELY A., DRAXL K. & SCHNEEBAUER W. (2008), *Child Survivors der NS-Verfolgung in Österreich nach 1945 Mental Health Promotion bei schwerst traumatisierten Menschen*. Eine Studie zur Erhebung von ressourcenstärkenden Bewältigungsstrategien. (Endbericht No. 1039). Fonds Gesundes Österreich.
- WHO (ed.) (2019), *DIMDI - ICD-10-WHO Version 2019* [WWW Document]. <<https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-who/kode-suche/htmlamtl2019/>> [Zugriff: 14-11-2019].