

Landrat-Lucas-Gymnasium Leverkusen

Schuljahr 2013/2014

**Facharbeit
in Psychologie**

Posttraumatische Belastungsstörung am Beispiel einer iranischen Flüchtlingsfamilie



Von Johanna Jetter

PS-GK

Fachlehrer: Herr Kraus

Inhalt

1. Einleitung.....	3
1.1 Motivation	3
1.2 Aufbau und Ziel der Facharbeit.....	3
2. Allgemeine Begriffserklärungen.....	4
2.1 Trauma.....	4
2.2 Posttraumatische Belastungsstörung	4
3. Posttraumatische Belastungsstörung bei Flüchtlingen.....	5
3.1 Definition Flüchtling	5
3.2 Empirische Untersuchung der psychischen Verfassung einer iranischen Flüchtlingsfamilie	6
3.2.1 Die Gesprächssituation	7
3.2.2 Das Essener Trauma-Inventar	7
3.2.3 Herr K.....	8
3.2.4 Tochter L.	9
3.2.5 Auswertung der psychischen Verfassung von Familie K.....	10
4. Therapiemöglichkeiten.....	11
4.1 Allgemeiner Therapieansatz.....	11
4.2 Allgemeine Therapiemöglichkeiten	11
4.3 Konkrete Therapiemöglichkeiten für Familie K.....	12
5. Zusammenfassung und Ausblick auf die Entwicklung von Familie K.....	15
6. Literaturverzeichnis	16
7. Anhang.....	18
7.1 Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie.....	18
7.2 Essener Trauma-Inventar.....	20
7.2.1 Ausgefüllter Fragebogen von Herrn K.	20
7.2.2 Ausgefüllter Fragebogen von Tochter L.....	26
7.3 Erklärung über die selbstständige Anfertigung der Arbeit	31

1. Einleitung

1.1 Motivation

Durch die Arbeit meiner Eltern als Pfarrer bin ich vor einiger Zeit in Kontakt mit einigen iranischen und ghanaischen Flüchtlingsfamilien gekommen. Diese Bekanntschaften führten zu interessanten aber auch verstörenden Gesprächen über ihre Kultur, ihre teilweise unglaublichen Reisen und ihr neues Leben in Deutschland. Aus Bekanntschaften wurden Freundschaften und ich begann deutlich zu spüren, was für eine große psychische Belastung diese Erlebnisse noch heute, Jahre später, für sie darstellen. Nachdem ich meine Kindheit in Norwegen verbracht habe, ist meine Familie vor einigen Jahren zurück nach Deutschland gezogen. Die Erfahrung die Heimat verlassen zu müssen um in ein für einen selber unbekanntes Land zu gehen sowie das damit verbundene Gefühl der Entwurzelung, dass die meisten Flüchtlinge verspüren, kann ich von daher ein wenig nachvollziehen. Auch wenn ich natürlich nie das gleiche Maß an Leid und existenzieller Unsicherheit erfahren habe.

Jedoch hat mich das Thema nicht nur wegen meiner persönlichen Betroffenheit interessiert, sondern vor allem auch aufgrund seiner Aktualität. Zurzeit sind über 45 Millionen Menschen weltweit auf der Flucht (UNO-Flüchtlingshilfe, 2012). In 2013 wurden allein in Deutschland etwa 100.000 Erstanträge auf Asyl gestellt, das sind etwa ein Viertel aller Erstanträge der gesamten EU. Die meisten Antragsteller kommen aus Russland, Syrien, Serbien und Afghanistan. Insgesamt leben zurzeit etwa 600.000 Flüchtlinge in Deutschland (Göroglu, 2013).

Aufgrund von diesen Informationen und meinen eigenen Begegnungen mit Flüchtlingen begann ich mich vermehrt für das Thema zu interessieren und ich erfuhr von Institutionen, die versuchen den Flüchtlingen zu helfen. In diesem Zusammenhang fielen auch zum ersten Mal die Begriffe Trauma und Posttraumatische Belastungsstörung (im Folgenden verwende ich die Abkürzung PTBS).

1.2 Aufbau und Ziel der Facharbeit

In meiner Facharbeit möchte ich die psychische Erkrankung Posttraumatische Belastungsstörung im Allgemeinen und im Speziellen bei Flüchtlingen am Beispiel von zwei iranischen Flüchtlingen darstellen.

Dabei werde ich mich zunächst dem Thema annähern, indem ich eine Begriffserklärung von Trauma und PTBS vornehme. Anschließend werde ich eine Methode zur Diagnose von PTBS darlegen und diese an zwei Fallbeispielen veranschaulichen. Zum Schluss werde ich einige Therapiemöglichkeiten, konkret auf die Fallbeispiele bezogen, erläutern.

2. Allgemeine Begriffserklärungen

2.1 Trauma

„Trauma“ (griechisch „Wunde“) ist zunächst ein medizinischer Begriff, verwendet um eine, z.B. durch einen Unfall hervorgerufene, Verletzung zu beschreiben. Erst gegen Ende des 20. Jahrhunderts wird er analog dazu in der Psychologie eingeführt. Zuvor vertrat man die Meinung, eine psychische Beeinträchtigung würde mit dem Ende der traumatischen Situation enden, nur in der Kindheit erlebte Traumata könnten Langzeitfolgen hervorrufen. Erst die Entdeckung der Latenzzeit, die den zeitlichen Abstand zwischen Ende der traumatischen Situation und Anfang der traumatischen Neurose beschreibt, führt zu einer Entwicklung in der Traumaforschung (Lennertz, 2011, S. 61-64). 1973 definieren Laplanche und Pontalis ein Trauma als ein

„[...]Ereignis im Leben eines Subjektes, das definiert wird durch seine Intensität, die Unfähigkeit des Subjektes, adäquat darauf zu antworten, die Erschütterung und die dauerhaft pathogenen Wirkungen, die es in der psychischen Organisation hervorruft.“

Wesentlich für ein Trauma ist dabei die Verknüpfung zwischen dem äußeren Ereignis und der individuellen Reaktion, die persönliche Prädisposition der Person ist ausschlaggebend (Gröschel, 2008, S. 19-20). Von Fischer und Riedesser wird 1998 daher ein Trauma beschrieben als

„[...] ein 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 bewirkt“.

Zusätzlich lassen sich Gefühle wie Hilflosigkeit, Ohnmacht, Entsetzen und Todesangst feststellen, wenn das Opfer versucht sich durch Abwehr- und Bewältigungsmechanismen zu schützen (Fäh, 2000). Grundsätzlich kann man sagen, dass eine traumatische Störung dann vorliegt wenn die oben genannten Symptome länger als vier Wochen anhalten. Eine Möglichkeit zur Einordnung dieser ist die Posttraumatische Belastungsstörung (Gröschel, 2008, S. 23).

2.2 Posttraumatische Belastungsstörung

Während die Verhaltensauffälligkeiten, die die Überlebenden des Nazi-Regimes in den 1960er Jahren aufwiesen, noch als „Rentenneurose“ und „Überlebenden-Syndrom“ bezeichnet wurden, wurde 1980 der Begriff Posttraumatische Belastungsstörung im Zusammenhang mit den amerikanischen Vietnam-Veteranen eingeführt. Zu diesem Zeitpunkt wurde die Krankheit auch in das damalige Krankheitsklassifikationssystem DSM-III aufgenommen, die dritte Version des „Diagnostischen und Statistischen Handbuchs Psychischer Störungen“. Dies ist ein, zunächst in den USA, mittlerweile auch in anderen Ländern eingeführte, Verzeichnis der Kriterien zur Diagnose von verschiede-

nen psychiatrischen Krankheiten (med.de, 2013). Heute liegen die Versionen DSM-IV und DSM-V vor. Später in meiner Facharbeit werde ich auf diese Art der Diagnose noch genauer eingehen.

PTBS ist kein traumatheoretischer Ansatz zur Heilung des Patienten¹, sondern eine Anzahl von Diagnosekriterien. Dazu gehören fünf Hauptkriterien:

1. das Traumaerlebnis an sich
2. Intrusionen, also das ungewollte Auftreten von Erinnerungen
3. das Unterdrücken von Erinnerungen, auch genannt Vermeidung
4. chronische Hyperarousal, das heißt psychosomatische Symptome
5. ein längeres Anhalten der Symptome

Mardi Horowitz stellt hierzu sein „Information Processing Model“ auf, das unter anderem besagt, dass eine Oszillation zwischen Kriterium 2 und Kriterium 3, also das Abwechseln zwischen der Phase der Wiedererlebenssymptome und der Phase der Vermeidung, zu einer Selbstheilung des Menschen führt. Diese Oszillation dient dazu, einen Teil der Informationen vom Bewusstsein fernzuhalten, da dieses immer nur eine kleine Menge an traumatischen Informationen aufnehmen und verarbeiten kann (Lennertz, 2011, S. 73).

Auch wenn PTBS eine weltweit anerkannte Erkrankung ist, werden einige Aspekte an dem Konzept der Diagnose kritisiert. Zum einen werden durch die strikte Kriterienanalyse jene Opfer ausgegrenzt, in deren Symptomatik das Abwechseln von Wiedererinnern und Vermeiden fehlt. Zusätzlich unterscheidet das Konzept nicht zwischen der Art der äußeren Ereignisse, wie z.B. Unfälle, Naturkatastrophen oder sogenannte „men-made disasters“ also von Menschen herbeigeführte Katastrophen (Lennertz, 2011, S.73). Auch werden die Kategorien den Opfern von langanhaltenden Traumata nicht gerecht (Ubben, 2001, S. 100).

3. Posttraumatische Belastungsstörung bei Flüchtlingen

3.1 Definition Flüchtling

Laut Artikel 1 der Genfer Flüchtlingskonvention wird ein Flüchtling als eine Person definiert, die

„[...] aus der begründeten Furcht vor Verfolgung wegen ihrer Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen ihrer politischen Überzeugung sich außerhalb des Landes befindet, dessen Staatsangehörigkeit sie besitzt, und den Schutz dieses Landes nicht in Anspruch nehmen kann oder wegen dieser Befürchtungen nicht in Anspruch nehmen will [...]“.

¹ Zu Gunsten der einfacheren Lesbarkeit wird sowohl für die männliche wie die weibliche Form die männliche Form verwendet.

Wenn ein Flüchtling in Deutschland ankommt, muss er sich zunächst bei der Behörde als Asylsuchender zu erkennen geben. Daraufhin kommt er in eine Erstaufnahmeeinrichtung, von wo aus er Antrag auf Asyl stellen kann. Bis entschieden wird ob der Antrag angenommen oder abgelehnt wird, erhält er eine Aufenthaltsgestattung. In den ersten 9 Monaten dieser Zeit darf er nicht arbeiten, danach wäre es ihm theoretisch erlaubt. Praktisch erhält er jedoch nur dann einen Job, wenn es keine bevorrechtigten Mitbewerber wie z.B. Deutsche oder EU-Ausländer gibt. Dieser Fall tritt nur sehr selten auf. Nach 4 Jahren darf er ohne Einschränkungen arbeiten oder eine Ausbildung beginnen (Pro Asyl, 2012). Wenn der Antrag abgelehnt wird, wird der Asylsuchende in sein Heimatland abgeschoben, gegen diesen Prozess kann er jedoch Einspruch einlegen. Wenn der Antragsteller als Asylberechtigter anerkannt wird, bekommt er eine Aufenthaltsgenehmigung für drei Jahren. Währenddessen besteht die medizinische Versorgung aus der Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen, sowie Schwangerschafts- und Geburtshilfe. Wenn man fünf Jahre lang in Besitz einer Aufenthaltsgenehmigung gewesen ist, kann man eine unbefristete Niederlassungserlaubnis erhalten (UNO-Flüchtlingshilfe, 2013).

3.2 Empirische Untersuchung der psychischen Verfassung einer iranischen Flüchtlingsfamilie

Zur Verdeutlichung der Belastungen, denen Flüchtlinge vor, während und nach ihrer Flucht ausgesetzt sind, hatte ich die Möglichkeit ein Gespräch mit einer aus dem Iran kommenden Familie zu führen. Familie K.² besteht aus Vater, Mutter und zwei Kindern. [REDACTED]

[REDACTED] Da der Vater, Herr K., ein kritisches Buch über [REDACTED] verfasste, musste er vor [REDACTED] Jahren [REDACTED] fliehen, wohin er seine Familie nach drei Jahren nachholte. Ein Jahr später flohen sie mit Hilfe von Fluchthelfern [REDACTED], von wo aus sie in einem Flüchtlingsboot über das Mittelmeer nach Italien gelangten. Dort angekommen wurden sie von der italienischen Polizei aufgegriffen, es gelang ihnen jedoch zu fliehen. Ein Freund half ihnen mit dem Zug nach Deutschland zu reisen, wo sie Asyl beantragten. Während der ersten zwei Jahre ihres Aufenthaltes drohte der Familie mehrfach die Abschiebung nach Italien als zuständiges EU-Einreiseland. Vor einem Jahr wurde ihr Antrag auf Asyl angenommen. Heute warten sie auf die Aufenthaltsgenehmigung, aber auch eine Rücksendung in den Iran ist möglich.

Im Folgenden werde ich das Interview beschreiben und den bei Vater und Tochter angewandten Fragebogen „Essener Trauma-Inventar“ (ETI) auswerten.

² Name geändert

³ Zum Schutz der Familie sind in dieser Version der Arbeit einige Daten zensiert

3.2.1 Die Gesprächssituation

Als ich in der Wohnung ankomme, werde ich zunächst nach typischer nahöstlicher Tradition mit Essen und Getränken bewirtet. Zunächst halten sich die Gespräche im alltäglichen Bereich, ich unterhalte mich hauptsächlich mit Tochter L.⁴ über ihre Schule und Ähnliches. Der Vater, Herr K., sitzt daneben und schweigt. Er blickt allerdings freundlich, wenn auch etwas abwesend. Die Mutter kümmert sich hauptsächlich um meine Bewirtung, spricht dabei selber auch nicht viel. Sie wirkt jedoch, als würde sie dem Gespräch angeregt folgen. Die [REDACTED] Tochter, sitzt vor dem Fernseher, er macht einen aufgeweckten Eindruck und spricht genau wie seine Schwester gut Deutsch.

Nach etwa zwanzig Minuten beginnt das eigentliche Interview zu ihrer Flucht. Meine Fragen beantwortet hauptsächlich L., ihre Mutter mischt sich nur selten ein. Zwar scheint sie alles zu verstehen, kann sich selber jedoch nicht sehr gut ausdrücken. Zunächst bin ich mir unsicher, inwiefern der Vater versteht, was ich sage, nach einiger Zeit beginnt er jedoch immer wieder einige Einwürfe auf Persisch zum Thema zu machen, die anschließend von L. übersetzt werden. Das Gespräch wird hin und wieder von ihrer Schwester unterbrochen, die Hilfe bei seinen Hausaufgaben braucht. Nach einer Weile, als L. zu den dramatischeren Ereignissen ihrer Flucht kommt, beginnt ihre Mutter zu weinen. Es wird deutlich, dass sie das Erlebte nach wie vor stark belastet. Als ich sie auf Probleme anspreche, erfahre ich, dass sie hauptsächlich an psychosomatischen Beschwerden leidet, also an körperlichen Symptomen aufgrund von seelischen Belastungen. Sie erzählt von starken Schulter- und Rückenschmerzen und Bandscheibenproblemen aufgrund der schwierigen Schiffsüberfahrt. Als ich nach dem Gespräch die drei bitte den ETI auszufüllen, sind nur Vater K. und Tochter L. dazu bereit. Die Mutter sieht sich nicht in der Lage auf diese Art und Weise ihre Beschwerden zu analysieren.

3.2.2 Das Essener Trauma-Inventar

Das Essener Trauma-Inventar ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen zur Erfassung von psychotraumatischen Ereignissen und posttraumatischen Störungen. Dabei lässt sich mithilfe der Diagnosekriterien des Klassifikationssystems DSM-IV sowohl eine Posttraumatische Belastungsstörung als auch eine Akute Belastungsreaktion (eine Erkrankung, die ähnliche Symptome wie eine PTBS aufweist, allerdings nur von kurzer Dauer ist), diagnostizieren. Der Fragebogen ist auf alle Bevölkerungsgruppen anwendbar. Er ist dafür in verschiedene Sprachen übersetzt. Zusätzlich wird differenziert zwischen einem Fragebogen für Erwachsene (ab 18 Jahre) und einem für Kinder und Jugendliche zwischen 12 und 17 Jahren, genannt ETI-KJ (Tagay et al., 2007).

Der Test ist in fünf Teile unterteilt, mit insgesamt 58 (52 bei ETI-KJ) Items, von denen jedoch nur einige Kriterien zur endgültigen Testauswertung herangezogen werden.

⁴ Name geändert

1. Teil: Eine Checkliste mit vorgegebenen Ereignissen, wie z.B. „Naturkatastrophe“ und „schwere Krankheit“ muss ausgefüllt werden. Bei jedem Item hat man die Wahl zwischen „Nein“, „Ja: Persönlich“ und „Ja: als Zeuge“. Die nächsten Teile befassen sich ausschließlich mit dem als „schlimmstes Ereignis“ bezeichneten Objekt.

2. Teil: Eine zeitliche Einordnung findet statt, sowie eine Beurteilung der physischen Integrität (Stressorkriterium A1) und eine subjektive Einschätzung von Angst, Entsetzen und Hilflosigkeit im Bezug auf das Ereignis (Stressorkriterium A2).

3. Teil: Der Betroffene gibt an, wie häufig er die durch 23 Items beschriebenen Symptome im letzten Monat empfunden hat (Beispiel: „Hatten Sie Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen? 1 Gar nicht; 2 Selten; 3 Häufig; 4 Sehr oft“). Mit diesen Objekten wird die aktuelle posttraumatische Symptomatik gemessen. Differenziert wird dabei zwischen Intrusions-, Vermeidungs-, Hyperarousalsymptomen (Kriterium B-D), sowie Dissoziationssymptomen, die nur für die Diagnose einer akuten Belastungsreaktion von Bedeutung sind.

4. Teil: Die Symptome müssen zeitlich eingeordnet (Kriterium E), das Erleben der Belastung des Geschehenen bewertet und körperliche Beschwerden angegeben werden.

5. Teil: Abschließend werden symptombedingte Einschränkungen im Alltag erfasst (Kriterium F).

Um die Annahme, dass eine PTBS vorliegt, zu bestätigen, muss von Kriterium A1 und A2 immer mindestens ein Item positiv sein. Zusätzlich müssen mindestens ein Intrusionssymptom, drei Vermeidungssymptome und zwei Hyperarousalsymptome mit „sehr häufig“ bewertet werden. Darüber hinaus müssen die Beschwerden schon seit mindestens einem Monat vorhanden sein und eine aktuelle psychosoziale Beeinträchtigung muss vorliegen (mindestens ein Item muss als „stark“ bewertet sein). Zusätzlich wird die im dritten Teil erreichte Punktzahl errechnet. Dabei gilt ein Wert unter 15 als unauffällig, ein Wert zwischen 16 und 26 als grenzwertig und jede Punktzahl darüber wird als Hinweis auf das Vorliegen einer PTBS gesehen.

3.2.3 Herr K.

Herr K. ist ■ Jahre alt und im Iran geboren. ■

■ Als Regimegegner saß er eine Weile im Gefängnis, dort wurde er auch gefoltert ■ Aufgrund eines Haftbefehles floh er ■

■ Zusätzlich zu diesen Ereignissen gibt er im ETI noch einige weitere an, sowie die Erschießung eines Verwandten vor seinen Augen als schlimmstes Erlebnis. Bis auf das Kriterium der Vermeidung sind alle Kriterien bei ihm erfüllt. Dies zeigt deutlich die Verfassung von Herrn K.: Er leidet noch immer stark unter dem Erlebten.

Kriterien zur Diagnose von PTBS	Auswertung Herr K.
Belastende Ereignisse	Persönlich: z.B. „gewalttätiger Angriff durch fremde Person“ und „Gefangenschaft“ Als Zeuge: z.B. „Tod einer wichtigen Bezugsperson“
Schlimmstes Erlebnis	Erschießung des Neffen vor seinen Augen
Stressorkriterium A1 (objektive Lebensbedrohung)	4 von 4 Items → erfüllt
Stressorkriterium A2 (subjektive Einschätzung der Situation)	4 von 4 Items → erfüllt
Kriterium B (Intrusion)	4x sehr häufig → erfüllt
Kriterium C (Vermeidung)	0x sehr häufig → nicht erfüllt
Kriterium D (Hyperarousal)	3x sehr häufig → erfüllt
Cut-off-Wert	33 → Vorliegen einer PTBS
Kriterium E (Zeitraum der Beschwerden)	Über 3 Monate → erfüllt
Kriterium F (Einschränkungen im Alltag)	1x stark → erfüllt

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Herr K. eine starke Tendenz zur PTBS hat, seine erlebten traumatischen Ereignisse passen in das Schema, genau wie die meisten der Kriterien. Dies wird zusätzlich bestärkt durch die kritische Gesamtpunktzahl von 33, ein Wert der deutlich über dem grenzwertigen Bereich von 16 bis 26 Punkten liegt. Im Gegensatz dazu steht die relativ niedrige Symptomatik im Vermeidungsbereich. Allerdings wird auf dieses Phänomen schon von Lennertz hingewiesen. Er kritisiert, dass PTBS nur diejenigen einbezieht, deren Verhaltensweisen in das Schema der Intrusion-Vermeidungs-Wechselwirkung hineinpassen. Wenn man das fehlende Vermeidungsverhalten von Herrn K. auf die Theorie von Horowitz bezieht, so könnten seine allgemeinen psychischen Probleme mit dieser Symptomatik zusammenhängen. Da keine Oszillation von Kriterium 3 und 4 erfolgt, findet auch keine stückweise Verarbeitung des Traumas statt. Ob nun eine PTBS vorliegt oder nicht, kann ich als Schülerin nicht anhand eines Fragebogens feststellen. Jedoch kann man auf Grundlage dieser Ergebnisse von einer starken psychosozialen Beeinträchtigung von Herrn K. ausgehen.

3.2.4 Tochter L.

L. ist die Tochter von Herrn K. [REDACTED]. Dort plant sie ihr Abitur zu machen und möchte danach [REDACTED] studieren. Mit 10 Jahren ist sie aus dem Iran [REDACTED] geflohen und vor drei Jahren nach Europa. Letzteres Erlebnis definiert sie im ETI als das „schlimmste Ereignis“. Auch L. hat eine Tendenz zur PTBS wie der hohe Cut-off-Wert von 27 zeigt. Weitere Kriterien sind erfüllt, wenn auch nicht alle. Zusätzlich treten bei ihr noch heute körperliche Beschwerden wie Übelkeit und Schwindel auf. Allerdings passt auch sie nicht in das Schema der vorgegebenen Mindestanzahl an erlebten Intrusions-, Vermeidungs-, und Hyperarousalsymptome.

Kriterien zur Diagnose von PTBS	Auswertung L.
Belastende Ereignisse	Persönlich: „Flucht“ Als Zeuge: z.B. Gefangenschaft ihres Vaters
Schlimmstes Erlebnis	Flucht
Stressorkriterium A1 (objektive Lebensbedrohung)	3 von 4 Items → erfüllt
Stressorkriterium A2 (subjektive Einschätzung der Situation)	4 von 4 Items → erfüllt
Kriterium B (Intrusion)	2x sehr häufig → erfüllt
Kriterium C (Vermeidung)	1x sehr häufig → nicht erfüllt
Kriterium D (Hyperarousal)	1x sehr häufig → nicht erfüllt
Cut-off-Wert	27 → Vorliegen einer PTBS
Kriterium E (Zeitraum der Beschwerden)	Über 3 Monate → erfüllt
Kriterium F (Einschränkungen im Alltag)	1x mittelmäßig → nicht erfüllt

Auch wenn das Trauma-Inventar keine so deutlichen Indizien für eine PTBS bei L. aufweist wie beispielsweise bei ihrem Vater, scheint auch sie ihr Erlebtes nicht vollständig verarbeitet zu haben. Auch im Gespräch selber ist dies deutlich geworden, sie erzählt ihre Geschichte weitgehend emotionslos. Sogar als sie beschreibt wie sie die letzten zwei Tage auf dem Flüchtlingsboot ohnmächtig vor Hunger gewesen ist, lächelt sie und lacht sogar hin und wieder. Sie fängt nur an zu stocken wenn ich sie direkt auf ihre Gefühle zu einem Erlebnis anspreche. Dies kann sie nur beantworten wenn ich ihr Antwortmöglichkeiten vorgebe, z.B. „Warst du traurig?“, „Hattest du Angst?“. Ein Faktor, der eine komplette Selbstheilung verhindert ist die Rollenverschiebung in der Familie durch die Parentisierung von L. Da sie trotz allem noch in besserer psychischer und körperlicher Verfassung als ihre Eltern ist, übernimmt sie im alltäglichen Leben die Verantwortung für diese. So ist sie es, die ihrer Schwester bei den Hausaufgaben hilft, sie führt die Telefonate ihrer Eltern, hält den Kontakt zu Ämtern und dem Rechtsanwalt der Familie. Die Wohnung, in der die Familie lebt hat sie organisiert. Die Last, die ihr von ihren Eltern unwissentlich auferlegt wird, wird deutlich als ihre Mutter sie beschreibt. „L. ist meine Mutter, meine Schwester und meine beste Freundin.“ Ihr fällt nicht auf, dass die eigentliche Rolle von L. als Tochter unerwähnt bleibt.

3.2.5 Auswertung der psychischen Verfassung von Familie K.

Das Gespräch mit der Familie so wie die Auswertung des ETI zeigt ein klares Bild von der Familie. Herr und Frau K. leiden noch immer am stärksten unter den Folgen der Erlebnisse. Herr K. scheint gefangen in seinen Erinnerungen, dies wird durch die hohe Intrusions-Punktzahl deutlich. Er schafft es nicht zurück in den Alltag zu finden. Im Gegensatz dazu sind Frau K. Probleme eher psychosomatischer Natur. Jedoch sieht die Asylgesetzgebung in Deutschland ärztliche Hilfe nur im Notfall vor, das Sozialamt bezahlt nur die Behandlung von akuten Krankheiten, sowie Schmerzlinderung. Die Physiotherapie, die Frau K. brauchen würde, müsste sie selber bezahlen, was für Asylbewerber wegen der Schwierigkeiten hinsichtlich des Erhaltens einer Arbeitserlaubnis in der Regel unmög-

lich ist. Im Gegensatz zu ihren Eltern scheint L. die Erlebnisse besser überwunden zu haben. Sie hat keine Probleme damit ihre Flucht zu schildern und sieht generell nur wenig Einschränkungen in ihrem aktuellen Leben.

4. Therapiemöglichkeiten

4.1 Allgemeiner Therapieansatz

Eine Traumatherapie kann nur dann erfolgreich durchgeführt werden, wenn das Trauma in der Vergangenheit liegt. Dabei ist der richtige Ansatz von hoher Bedeutung; eine falsche Therapie kann zu einer Verfestigung des Traumas oder sogar zu einer Retraumatisierung führen. Um dies zu verhindern schöpft die Traumatherapie aus vielen verschiedenen Bereichen und Paradigmen der Psychologie. Da es sich um eine integrative Therapie handelt, werden meistens mehrere Verfahren gleichzeitig in einer Therapie angewandt, wie z.B. die kognitive und die psychodynamische Verhaltenstherapie. Erstere beschäftigt sich hauptsächlich mit dem geschützten Wiedererinnern an das Ereignis, während durch letztere eine vorsichtige Integration des Erlebten ermöglicht werden soll. Zusätzlich kann man auf eine medikamentöse Therapie zurückgreifen, so wird z.B. durch Medikamente wie Antidepressiva eine Milderung der belastenden Auswirkungen von PTBS erzielt (Schaarschmidt, 2012).

4.2 Allgemeine Therapiemöglichkeiten

Um konkrete Handlungsvorschläge für eine Therapie von Flüchtlingen wie z.B. Familie K. zu erhalten, habe ich mit Frau Annette Windgasse vom Psychosozialen Zentrum für Flüchtlinge in Düsseldorf telefoniert. Sie stellte mir die Vorgehensweise des Instituts vor.

Im Psychosozialen Zentrum arbeiten die Psychotherapeuten hauptsächlich mit zwei therapeutischen Ansätzen. Bei der Verhaltenstherapie geht es hauptsächlich um jene Faktoren, die verhindern, dass das Trauma verarbeitet wird. Durch intensive Verhaltensanalyse und daraus resultierenden Methoden und praktischen Übungen wird eine Veränderung des problematischen Verhaltens erzielt. Im Gegensatz dazu dient die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie der Aufarbeitung der traumatischen Ereignisse. Durch Gesprächstherapie und Psychoanalyse werden zunächst die Ursachen und Hintergründe geklärt und dadurch die Beschwerden verringert (Thiele, 2011). Im Gegensatz zu vielen Traumata, z.B. solchen, die durch sexualisierte Gewalt hervorgerufen wurden, muss bei Flüchtlingstraumata nicht das Unterdrücken der Gefühle bekämpft werden, sondern das Überflutetwerden. Kontrolle über diese Gefühlsüberflutung, ist daher das primäre Ziel der Therapeuten.

In einer Therapie für Flüchtlinge mit PTBS besteht der erste Schritt in einer Stabilisierung des Klienten. Ziel dieser Stabilisierung ist die Förderung der Resilienz bei ihm, also die Fähigkeit mit inneren und äußeren Veränderungen umgehen zu können (Albigeard, 2011). Konkret wird der Klient

dabei unterstützt, die belastenden Erinnerungen zu kontrollieren. Ohne Stabilisierung kann es zum Beispiel zu Retraumatisierungen kommen (Plassmann, 2004). Dabei wird unterschieden zwischen äußerer Stabilisierung, also die Stabilisierung des Umfelds und der inneren Stabilisierung, also der Stabilisierung des psychischen Systems (Gröschel, 2008). Zur inneren Stabilisierung gehören drei Schritte: Zunächst werden einige Erstmaßnahmen durchgeführt, dann wird eine Orientierung im Hier und Jetzt gewährleistet und abschließend werden Techniken der „Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie“ angewandt. Anschließend findet die eigentliche Traumabearbeitungsphase statt. Diese hat den Zweck der kompletten Durcharbeitung der belastenden Ereignisse, so dass das Erlebte in das eigene Leben integriert werden kann (Gröschel, 2008).

4.3 Konkrete Therapiemöglichkeiten für Familie K.

In einer Therapie von Familie K. würde zunächst eine Stabilisierung der gesamten Familie vollzogen werden, denn auf der einen Seite ist „das innere Gefühl der Sicherheit, Geborgenheit und Sinnhaftigkeit zerstört“ (Gröschel, 2008, S.91). Darüber hinaus jedoch entsteht, „durch Vertreibung, Flucht und Entwurzelung sowie den häufig unsicheren Bleibebedingungen im Gastland mit fehlender sozialer Integration [...] eine reale ‚äußere‘ Unsicherheit“ (Gröschel, 2008, S.91). Im Fall von Familie K. würde ein großer Schritt in Richtung äußerer Stabilisierung tatsächlich durch das Erhalten einer Aufenthaltsgenehmigung getan werden. Die ständige Angst abgeschoben zu werden belastet alle Mitglieder. Ohne ein Ende dieses psychischen Drucks wird eine Heilung wohl kaum komplett möglich sein.

Der Psychotherapeut hat auf diese äußeren Umstände natürlich keinen Einfluss, allerdings hat er verschiedene andere Möglichkeiten den Klienten zu stabilisieren. So könnte er z.B. motivieren und Vorschläge geben zur besseren sozialen Einbindung. Während die beiden Kinder der Familie durch Schule und Sportvereine sich schon ein neues Umfeld gesucht haben, verbringen Herr und Frau K. die meiste Zeit zuhause. Dadurch, dass sie ohne Aufenthaltsgenehmigung nicht arbeiten dürfen, lernen sie keine Einheimischen kennen und auch ihre Deutschkenntnisse verbessern sich nicht. Die beiden sollten motiviert werden Sport und Hobbys zu betreiben und Kontakte zu knüpfen. Bei Frau K. liegt die fehlende Aktivität vornehmlich an ihrer chronischen Schmerzsymptomatik. Hier würde zunächst eine Physiotherapie Sinn ergeben, möglichst eine Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie (z.B. Massage, Physiotherapie und Rückenschulung oder Vergleichbares in der Gruppe). Dieses Konzept würde an den körperlichen Symptomen ansetzen und gleichzeitig ihre soziale Integration fördern. Im Anschluss daran wäre sicher eine Gesprächstherapie hilfreich, um die belastenden Erinnerungen aufarbeiten.

Bei Tochter L. sehe ich vor allem einen Unterstützungsbedarf in Bezug auf die große Verantwortungslast, die sie trägt. Sie braucht eine Ansprechperson, mit der sie ihre Alltags- und

Teenagerprobleme besprechen kann. Zurzeit besteht meiner Meinung nach kein akuter Therapiebedarf, dem entspricht auch ihre eigene Selbsteinschätzung.

Im Gegensatz dazu braucht und wünscht sich der Vater weitere psychotherapeutische Unterstützung, bei ihm würde eine äußere Stabilisierung nicht genügen. Die drei Schritte zur inneren Stabilisierung müssten durchgeführt werden.

1. Im Psychosozialen Zentrum für Flüchtlinge werden zunächst die oben genannten Erstmaßnahmen ergriffen. Zu Beginn der Gespräche wird dem Klienten verdeutlicht, dass die Symptome eine ganz normale Reaktion auf eine unnormale Situation sind. Ihm muss die Angst genommen werden, dass er verrückt wird, und es soll ihm deutlich gemacht werden, dass seine Symptomatik behandelbar ist. Dabei muss eine auf Vertrauen basierende Beziehung zwischen Therapeut, Klient und, wenn vorhanden, dem Dolmetscher aufgebaut werden.

2. Als nächster Schritt in der Therapie findet die Orientierung im Hier und Jetzt statt. Bei vielen der Flüchtlinge führen simple Trigger wie Gerüche oder Geräusche zu einer Überflutung durch alte Erinnerungen. Diese Symptomatik ist auch bei Herrn K. stark vorhanden, im Trauma-Inventar gibt er an z.B. sehr oft das Ereignis plötzlich noch einmal zu durchleben. Er hat noch immer sehr oft Alpträume und fühlt sich desorientiert, das heißt es gibt Momente, in denen er sich unsicher ist wo er sich befindet und welche Uhrzeit es ist. Um dies zu verhindern, wird versucht dem Patienten die Einstellung „Ich bin sicher“ zu vermitteln. Dies wird im Zentrum verstärkt durch das Gebrauchen der Sinnesorgane. So soll er sich z.B. besonders auf Fühlen, Riechen oder Schmecken konzentrieren. Auch das bewusste Wahrnehmen, dass man sitzt oder läuft, gehört zur Orientierung in der Gegenwart dazu. An dieser Stelle bietet sich auch die Teilnahme an den im Psychosozialen Zentrum angebotenen Yoga-Kursen an. Um dieses Gefühl der Sicherheit und Orientierung auch an anderen Orten als nur im Zimmer des Therapeuten hervorrufen zu können, werden Verstärkungsmittel, die sich wiederum der Sinnesorgane bedienen, verwendet. So sucht der Klient sich z.B. beim Spaziergehen während der Therapiestunde einen schönen Stein, den er immer hervorholen und fühlen kann, oder er benutzt ein Duftöl, dessen Geruch ihn im Hier und Jetzt verankert.

3. Als letzter Schritt zur inneren Stabilisierung des Klienten bedient sich der Therapeut der „Psychodynamisch Imaginativen Traumatherapie“ (PITT), entwickelt 2000 von Reddemann und Sachse. Traumatische Erinnerungen werden meistens emotional-sensorisch anstatt verbal gespeichert. PITT ist ein Therapieansatz mit dem Ziel der Selbstregulierung dieser Erinnerungen und einer abschließenden Selbstheilung durch das Verwenden von Imaginationen (Gröschel, 2008, S. 73). Bei PITT gibt es viele verschiedene Imaginationenübungen, bei Herrn K. halte ich besonders zwei für sinnvoll. Zum einen könnte bei ihm eine Technik angewandt werden, bei der der „innere Beobachter“ kennen gelernt wird. Dabei werden der eigene Körper und seine Empfindungen durch

bewusstes Beobachten wahrgenommen. Dadurch lernt man sich von außen zu beobachten und gewinnt dadurch ein Stück Distanz. Diese Übung ist eine Technik, mit der versucht wird Gefühlsüberflutungen zu verhindern. Zusätzlich werden mit Hilfe des Therapeuten schöne und freundliche Bilder zur Selbstberuhigung und Entspannung erstellt, die immer wieder hervorgeholt werden können. Hierbei handelt es sich um die Imagination eines „inneren sicheren Ortes“ über den der Klient selber bestimmen kann. So entscheidet er z.B. wo der Ort liegt, wie er aussieht, wer hinein darf und wer nicht, sodass ein „Wohlfühlort“ entsteht. Zum Schluss wird dieser Ort mit einer Geste verbunden, die jedes Mal bei Ausführung zu einem schnellen sich Hineinversetzen in diesen Ort führt. Bei Herrn K. könnte diese Technik zum einen die traumatischen Intrusionen und Flashbacks verhindern und zum anderen dem Gefühl der Taubheit entgegenwirken, das sich bei ihm häufig einstellt.

Sobald eine ausreichende innere und äußere Stabilisierung beim Traumatisierten hergestellt ist, beginnt die eigentliche Traumatherapie. Auch hier lassen sich Verfahren der PITT anwenden, wie z.B. die „Bildschirmtechnik“. Dabei stellt sich Herr K. einen Bildschirm vor, auf dem ein Film mit Szenen seines eigenen Lebens abläuft. Diesen Film kann er mithilfe einer imaginären Fernbedienung steuern. So kann er ihn beispielsweise auf stumm oder schwarzweiß schalten oder ihn anhalten und vor- oder zurückspulen. Auch kann er den Fernseher ausmachen, die DVD wegpacken und fest verschließen, wenn er dies für nötig hält. Auf diese Art und Weise nimmt man sich nicht das gesamte traumatische Ereignis auf einmal vor, sondern es wird schrittweise die Kontrolle über das Geschehene wieder erlangt.

Eine weitere Methode zur Traumaverarbeitung ist die sogenannte „Imagery Rehearsal Therapy“. Dieses Konzept befasst sich hauptsächlich mit den Alpträumen von Traumatisierten. Ihm zugrunde liegt die „Drehbuchtheorie“ des Schlafwissenschaftlers Victor Spoormaker. Durch die im Traum freigesetzte Angst setzt sich der Alptraum im Gedächtnis fest. Sobald in einem beliebigen Traum ein Element diesem ähnelt, wird er abgespielt (Reuter, 2011). Um diesem Effekt entgegenzuwirken erhält der Patient die Aufgabe einige Wochen lang ein Traumtagebuch zu führen. Anschließend schlüpft er in die Rolle des Regisseurs und schreibt die beängstigenden Szenen zu einer langweiligen Alltagssituation um. So könnte man z.B. einen Traum über einen Flugzeugabsturz zu einem guten Ende verhelfen, indem man sich vorstellt wie das Flugzeug sanft und sicher auf dem Boden landet. Dieses „Alptraumskript“ muss der Klient jeden Tag einüben und verinnerlichen bis die ursprüngliche belastende Traumgeschichte nach und nach durch positive Elemente ersetzt wird (Alptraum-Coach, 2008). Das Ergebnis ist ein viel selteneres Auftreten der Alpträume. Zusätzlich hat die Therapie auch eine positive Wirkung auf andere traumatisch bedingte Symptome (Reuter, 2011). Gerade diese Therapie ist von hoher Relevanz für Herrn K., da er im Trauma-Inventar angibt noch „sehr häufig“ von Alpträumen geplagt zu werden.

Nachdem die Stabilisierung und die Traumakonfrontation stattgefunden haben, muss als letzte Phase in der Therapie eine Reintegration erfolgen. Dazu gehört sowohl die Akzeptanz des Erlebten als Teil des eigenen Lebens als auch das Setzen von Zielen und Zukunftsperspektiven und die Einbindung in die soziale Gesellschaft (Gröschel, 2008, S.76).

5. Zusammenfassung und Ausblick auf die Entwicklung von Familie K.

Etwa 40% aller Flüchtlinge leiden unter einer traumatischen Störung. Diese Statistik konnte mir auch durch die Untersuchung der iranischen Flüchtlingsfamilie K. bestätigt werden. Die Fluchterlebnisse führen zu Symptomen der Intrusion, Vermeidung und Hyperarousal, sowie zu physischen Problemen. Die psychischen und psychosomatischen Symptome sowie die symptomatischen Einschränkungen im Alltag der Familie K. lassen sich auf viele Flüchtlinge weltweit, aber auch in Deutschland übertragen. Das Fallbeispiel zeigt, dass die Gewährleistung des physischen Wohls des Flüchtlings durch das Aufnahmeland nicht ausreicht, auch eine psychologische Beratung und eventuell Therapie sind wichtig. Asylbeantragende Flüchtlinge verlieren viel Zeit durch das komplizierte Asylverfahren, was zu einer weiteren Erhöhung des Leidensdrucks führt. Während sich der Prozess hinzieht, ist es daher notwendig frühzeitig mit einer Therapie zu intervenieren. Problematisch ist dabei, dass es sehr wenig Psychiater und Therapeuten gibt, die bereit sind, den komplizierten Abrechnungsprozess des Sozialamts in Kauf zu nehmen.

Zumindest für Herrn K. und seine Tochter L. ließen sich Schritte zur Lösungen ihrer Probleme mittlerweile einleiten. Für Herrn K. wurde mit Hilfe der Caritas eine psychotherapeutische Behandlung bei einem Institut für traumatisierte Flüchtlinge in die Wege geleitet. L. hat eine Ansprechpartnerin in einer Lebensberatungsstelle, die auf Kinder und Jugendliche spezialisiert ist, bekommen. Mit ihr kann sie kurzfristig Gespräche führen, um sich so zu entlasten und unterstützen zu lassen.

6. Literaturverzeichnis

- Albgaard, Peer (2011): Einführung in die stabilisierende Psychotherapie. [http://www.ahg.de/AHG/Standorte/Remscheid/Klinik/Remscheider_Gespraech/Hintergrund/Stabilisierende_Psychotherapie_2011.pdf] (abgerufen am 28.02. 2014)
- Albtraum Coach (2008): Imagery Rehearsal Therapy (IRT). [<https://www.albtraumcoach.de/page/cms/view?id=1024&p=7>] (abgerufen am 18.02.14)
- Fäh, Rosmarie Barwinski (2000): „Psychisches Trauma“ - ein unmögliches Konzept. [<http://www.psychotrauma.ch/Artikel%20R.%20Barwinski.html>] (abgerufen am 03.01.14)
- Fischer, Gottfried/ Riedesser, Peter (1998): Lehrbuch der Psychotraumatologie. Ernst Reinhardt Verlag
- Göroglu, Rana (2013): Wer nimmt die meisten Flüchtlinge auf?. [<http://mediendienst-integration.de/artikel/wer-nimmt-die-meisten-fluechtlinge-auf.html>] (abgerufen am 10.02.14)
- Gröschel, Christian (2008): Traumatisierung durch Krieg, Flucht und Migration. Der Stellenwert der Psychologie im Umgang mit Betroffenen. Ibidem-Verlag, Stuttgart
- Hoher Flüchtlingskommissar der Vereinten Nationen (1951): Abkommen über die Rechtsstellung der Flüchtlinge vom 28. Juli 1951. [http://www.unhcr.de/fileadmin/rechtsinfos/fluechtlingsrecht/1_international/1_1_voelkerrecht/1_1_1_FR_int_vr_GFK-GFKundProt_GFR.pdf] (abgerufen am 01.01.14)
- Laplanche, Jean/ Pontalis, Jean-Bertrand (1973): Das Vokabular der Psychoanalyse. Suhrkamp Verlag, Berlin
- Lennertz, Ilka (2011): Trauma und Bindung bei Flüchtlingskindern. Erfahrungsverarbeitung bosnischer Flüchtlingskinder in Deutschland. In: Schriften des Sigmund-Freud-Instituts. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Med.de – Ihr Gesundheitsportal (2013): DSM. [<http://www.med.de/lexikon/dsm.html>] (abgerufen am 03.01.14)
- Plassmann, Reinhard (2004): Psychotherapie traumatisierter Patienten. Die Arbeit mit bipolarem EMDR. [<http://www.praxisvertretung-allgemeinmedizin.de/Genaueres/Psychotraumatologie3.pdf>] (abgerufen am 28.02.2014)
- Pro Asyl (2012): Arbeiten?. In: Rechte der Flüchtlinge. [<http://www.proasyl.de/de/themen/basics/basiswissen/rechte-der-fluechtlinge/>] (abgerufen am 19.02.14)

- Reddemann, Luise (2001): Imagination als heilsame Kraft. Leben lernen 141. Klett Cotta
- Reddemann, Luise/ Sachsse, Ulrich (1997): Traumazentrierte Psychotherapie I: Stabilisierung. Persönlichkeitsstörungen PTT. Zitiert nach: Kreusel, Monika (2007): Imagination nach Luise Reddemann. [<http://www.blumenwiesen.org/imagination.html>] (abgerufen am 22.02.14)
- Reuter, Benjamin (2011): Happy End für Albträume. In: Zeit Online. [<http://www.zeit.de/2011/32/Traumsteuerung>] (abgerufen am 18.02.14)
- Schaarschmidt, Henrik (2012): Posttraumatische Belastungsstörung – Psychotherapien. [<http://www.derlangeweginslicht.de/ptbs.php?kat=237>] (abgerufen am 26.01.14)
- Tagay, Sefik et al. (2007): Das Essener Trauma - Inventar für Kinder und Jugendliche: Beschreibung. [<https://www.uni-due.de/imperia/md/content/rke-pp/projekte/etikjbeschreibung.pdf>] (abgerufen am 29.12.13)
- Thiele, Eberhard (2011): Unterschiede Tiefenpsychologie - Verhaltenstherapie. [<http://www.psychotherapiepraxis-dr-thiele-limburg.de/therapieverfahren/26-therapieverfahren2.html>] (abgerufen am 26.01.14)
- Ubben, Caren (2001): Psychosoziale Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen. Fallstudie über einen Beratungs- und Therapieansatz. BIS-Verlag
- UNO-Flüchtlingshilfe (2012): Flüchtlinge – Zahlen und Fakten. [<http://www.uno-fluechtlingshilfe.de/fluechtlinge/zahlen-fakten.html>] (abgerufen am 19.02.14)
- UNO-Flüchtlingshilfe (2013): Flüchtlinge – Fragen und Antworten. [<http://www.uno-fluechtlingshilfe.de/fluechtlinge/fragen-antworten.html>] (abgerufen am 03.02.14)

7. Anhang

7.1 Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie

Beispiel: Den „inneren Beobachter“ kennen lernen (Reddemann, 2001)

„Machen Sie sich bewusst, dass Sie ohne die Fähigkeit zu beobachten nicht hätten wahrnehmen können, dass Ihr Körper Kontakt mit dem Boden hat oder dass er atmet. Nutzen Sie jetzt ganz bewusst Ihre beobachtende Funktion, indem Sie achtsam beobachtend durch den Körper wandern, vom Scheitel bis zu den Sohlen, und nehmen Sie wahr, wo es im Körper schmerzhaft Stellen oder Verspannungen gibt. Nehmen Sie sich dafür einige Minuten Zeit ... Und machen Sie sich zwischendurch immer wieder klar: Ich kann meinen Körper beobachten, also bin ich mehr als mein Körper ... Und beobachten Sie auch, wie es sich auf Sie auswirkt, dass Sie sich diese beobachtende Funktion zu Nutze machen ... Konzentrieren Sie sich jetzt einige Zeit darauf, dass Sie wahrnehmen, was Sie denken. Beobachten Sie, was Sie denken. Wobei es manchmal so ist, wenn man anfängt, beobachten zu wollen, was man denkt, denkt man nicht mehr, der Kopf ist wie leergefegt. Aber nach einer Weile fängt es dann doch wieder an ... Sie können Ihren Gedanken auch eine gewisse Ordnung geben, indem Sie unterscheiden zwischen Gedanken, die sich auf die Gegenwart, auf die Zukunft und auf die Vergangenheit beziehen. Und dadurch, dass Sie sie immer wieder beobachten, wird Ihnen auch klarer, worüber Sie viel nachdenken, jetzt in dieser Übung geht es mehr darum, sich die beobachtenden Fähigkeiten bewusst zu machen. Und deshalb möchte ich Sie wieder einladen, dass, während Sie ihre Gedanken beobachten, Sie sich bewusst machen: Ich kann meine Gedanken beobachten, also bin ich mehr als meine Gedanken ... Jetzt möchte ich Sie einladen, dass Sie beobachten, welche Stimmung im Moment vorherrscht und ob sie sich verändert hat. Wieder mit dem Wissen, ich kann meine Stimmung oder meine Stimmungen beobachten, also bin ich mehr als meine Stimmung ... Und dann lassen Sie sich noch einen Moment Zeit, Ihre Gefühle zu beobachten. Welche Gefühle sind da jetzt? ... Ich kann meine Gefühle beobachten, also bin ich mehr als meine Gefühle ... Und zum Schluss machen Sie sich klar, dass Sie auch beobachten können, dass Sie beobachten. Dieser Teil, der beobachtet, dass wir beobachten, den können wir auch den inneren Zeugen nennen. Es ist der Teil, der neutral wahrnimmt, was ist. Und diese Fähigkeit, die können Sie sich zu Nutze machen. Wenn Sie verwickelt sind, können Sie sich auf diesen Beobachter des Beobachters zurückziehen und dadurch Distanz bekommen, wenn Sie möchten ... Kommen Sie dann mit der vollen Aufmerksamkeit zurück in den Raum.“

Beispiel: Der „innere sichere Ort“ (Reddemann/Sachse, 1997)

„Ich bitte Sie jetzt, daß Sie in Ihrem Inneren schauen nach einem sicheren Ort, an dem Sie sich ganz wohl fühlen und den nur Sie allein betreten können. Vielleicht sehen Sie Bilder, vielleicht spüren Sie etwas, vielleicht denken Sie zunächst auch nur an einen solchen Ort. Lassen Sie auftauchen, was immer auftaucht, und nehmen Sie es an[...].

Sagen Sie mir bitte bescheid, wenn Sie das Gefühl haben, daß Sie jetzt an Ihren sicheren Ort sind. Wenn Sie möchten können Sie mir jetzt Ihren sicheren Ort beschreiben. Wenn es Ihnen lieber ist, mir nichts darüber zu sagen, ist das für mich in Ordnung. Bitte prüfen Sie, ob Sie sich dort wirklich ganz und gar wohl, sicher und geborgen fühlen. Schauen Sie nach, ob Sie es sich dort wirklich bequem machen können. Es ist wichtig, daß Sie sich vollkommen wohl, si-

cher und geborgen fühlen. Richten Sie sich Ihren sicheren Ort also bitte so ein, daß dies möglich ist [...].Spüren Sie jetzt bitte ganz genau, wie es Ihrem Körper damit geht, an diesem inneren sicheren Ort zu sein. Was sehen Sie ? Was hören Sie ? Was riechen Sie ? Was spüren Sie auf der Haut ? Wie geht es Ihren Muskeln ? Wie ist die Atmung ? Wie geht es Ihrem Bauch ? Nehmen Sie das bitte so genau wie möglich wahr, damit Sie wissen, wie es sich anfühlt, am diesem Ort zu sein...Verabreden Sie jetzt mit sich ein Zeichen, mit dessen Hilfe Sie jederzeit an den sicheren Ort gehen können. Sie können zum Beispiel eine Faust machen oder sich die Hände geben. Immer wenn Sie diese Geste machen werden, können Sie an den sicheren Ort gehen, wenn Sie es möchten. Führen Sie diese Gestik bitte jetzt aus, damit Ihr Körper sich erinnert. Die Gestik kann so sein, daß ich sie bemerken kann, aber auch so, daß nur Sie sie kennen...Spüren Sie bitte noch einmal, wie gut es Ihnen jetzt an diesem sicheren Ort geht, und kommen Sie dann bitte wieder zurück in mein Behandlungszimmer."

Beispiel: Bildschirmtechnik (Reddemann, 2001)

„Patientin und Therapeutin sitzen nebeneinander und stellen sich einen imaginären Bildschirm vor, auf den beide schauen. Die Patientin wird eingeladen zu beschreiben, was sie auf dem Bildschirm sieht, so als sei es eine andere Person die dort erscheint. Sie spricht also nicht von ‚ich tue dort...‘, sondern von ‚das Kind oder das Mädchen...‘ Es wird ihr empfohlen, die Möglichkeiten einer imaginären Fernbedienung zu nutzen, d.h. sie kann das Bild kleiner machen, schwarz-weiß einstellen, den Ton abstellen und natürlich auch ganz abschalten.“

7.2 Essener Trauma-Inventar

7.2.1 Ausgefüllter Fragebogen von Herrn K.

Essener Trauma - Inventar
Tagay S., Stoelk B., Möllering A., Erim Y., Senf W.
LVR-Klinikum Essen, Universität Duisburg – Essen
© 2004

ETI

Essener Trauma – Inventar

Chiffre/Name: _____

Alter: _____

Untersuchungsdatum: _____

Anleitung: Sie finden nachstehend eine Liste von belastenden Ereignissen, die Menschen irgendwann einmal in Ihrem Leben erleben können. Bitte kreuzen Sie für jedes der folgenden Ereignisse an, ob Sie es erlebt haben (**JA**) oder nicht (**NEIN**). Wenn Sie mit JA antworten können, kreuzen Sie bitte an, ob Sie es entweder **persönlich** oder als **Zeuge** erlebt haben. Haben Sie ein belastendes Ereignis sowohl persönlich als auch als Zeuge erlebt, kreuzen Sie bitte beides an. Es sei hier noch einmal darauf hingewiesen, dass alle Ihre Antworten der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen. Bitte beantworten Sie jede Frage.

1. Naturkatastrophe (z.B. Flutkatastrophe, Gewittersturm, Erdbeben)

NEIN: | JA: Persönlich Zeuge

2. schwerer Unfall, Feuer oder Explosion (z.B. Verkehrsunfall, Arbeitsunfall, Flugzeug- oder Schiffsunglück)

NEIN: | JA: Persönlich Zeuge

3. schwere Krankheit (z.B. Schlaganfall, Krebs, Herzinfarkt, schwere Operation)

NEIN: | JA: Persönlich Zeuge

4. gewalttätiger Angriff durch fremde Person (z.B. körperlich angegriffen, ausgeraubt, mit einer Schusswaffe bedroht werden)

NEIN: | JA: Persönlich Zeuge

5. gewalttätiger Angriff durch jemanden aus dem Familien- oder Bekanntenkreis (z.B. körperlich angegriffen, ausgeraubt, mit einer Schusswaffe bedroht werden)

NEIN: | JA: Persönlich Zeuge

6. Tod einer wichtigen Bezugsperson (z.B. durch Unfall, Suizid, Mord)

NEIN: | JA: Zeuge

7. Gefangenschaft (z.B. Strafgefangener, Kriegsgefangener, Geisel)

NEIN: | JA: Persönlich Zeuge

8. als Kind/Jugendlicher sexueller Missbrauch durch fremde Person (z.B. ungewollter oder aufgedrängter sexueller Kontakt, Vergewaltigung)

NEIN: | JA: Persönlich Zeuge

9. als Kind/Jugendlicher sexueller Missbrauch durch eine Person aus dem Familien- oder Bekanntenkreis (z.B. ungewollter oder aufgedrängter sexueller Kontakt, Vergewaltigung)

NEIN: | JA: Persönlich Zeuge

10. Kampfeinsatz im Krieg oder Aufenthalt im Kriegsgebiet

NEIN: | JA: Persönlich Zeuge

11. Folter (z.B. tagelanger Schlafentzug, Elektroschocks, Erstickungsversuche)

NEIN: | JA: Persönlich Zeuge

12. Vernachlässigung, Verwahrlosung (z.B. ständige Ablehnung erfahren, wenig Zuwendung von den Eltern bekommen)

NEIN: | JA: Persönlich Zeuge

13. als Erwachsener sexueller Angriff durch fremde Person (z.B. Vergewaltigung oder versuchte Vergewaltigung)

NEIN: | JA: Persönlich Zeuge

14. als Erwachsener sexueller Angriff durch jemanden aus dem Familien- oder Bekanntenkreis (z.B. Vergewaltigung oder versuchte Vergewaltigung)

NEIN: | JA: Persönlich Zeuge

15. anderes belastendes Ereignis

NEIN: | JA: Persönlich Zeuge

Welches: _____

Achtung Wichtig!

Welches war Ihr schlimmstes Erlebnis? (Frage bezieht sich auf eines der oben aufgelisteten Ereignisse; bitte die entsprechende Nummer angeben. Wenn Sie vorher nur für eines der Ereignisse JA angekreuzt haben, ist mit „schlimmstes Erlebnis“ dieses Ereignis gemeint. Falls Ihr „schlimmstes Erlebnis“ nicht oben aufgelistet ist, geben Sie es bitte hier an.)

16.

— Erschießung [redacted] vor Augen [redacted]
— [redacted] _____

Bitte beantworten Sie nun die folgenden Fragen FÜR DIESES SCHLIMMSTE ERLEBNIS.

17. Wie lange ist dieses schlimmste Erlebnis her?

Tage: _____ Wochen: _____ Monate: _____ Jahre: 15

18. Während dieses schlimmsten Erlebnisses...?

(bitte jeweils JA oder NEIN ankreuzen)

	JA	NEIN
A1. Wurden Sie körperlich verletzt.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
A2. Dachten Sie, dass Ihr Leben in Gefahr war.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A3. Wurde jemand anderes körperlich verletzt.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A4. Dachten Sie, dass das Leben einer anderen Person in Gefahr war.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A5. Fühlten Sie sich hilflos.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A6. Hatten Sie starke Angst.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A7. Waren Sie voller Entsetzen.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A8. Fühlten Sie sich machtlos.....	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anleitung: Im Folgenden finden Sie eine Reihe von Problemen, die Menschen manchmal nach sehr belastenden Erlebnissen haben. Bitte lesen Sie sich jedes der Probleme sorgfältig durch. Wählen Sie diejenige Antwortmöglichkeit (Gar nicht, Selten, Häufig, Sehr oft) aus, die am besten beschreibt, wie stark Sie **IM LETZTEN MONAT** (d.h. in den letzten vier Wochen bis einschließlich heute) von diesem Problem betroffen waren. Die Fragen sollten sich dabei auf Ihr **schlimmstes Erlebnis** beziehen.

1. Hat das Geschehene belastende Gedanken oder Erinnerungen in Ihnen hervorgerufen, die ungewollt auftraten und Ihnen durch den Kopf gingen, obwohl Sie nicht daran denken wollten?
Gar nicht (0) Selten (1) Häufig (2) Sehr oft (3)
2. Haben Sie versucht, nicht an das Geschehene zu denken, nicht darüber zu reden oder damit verbundene Gefühle zu unterdrücken?
Gar nicht () Selten (1) Häufig (2) Sehr oft (3)
3. Hatten Sie Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen?
Gar nicht (0) Selten (1) Häufig (2) Sehr oft ()
4. Hatten Sie Momente, in denen Sie nicht mehr wussten, was vor sich ging oder fühlten Sie sich so, als ob Sie nicht Teil von dem waren, was passierte?
Gar nicht (0) Selten (1) Häufig () Sehr oft (3)
5. Hatten Sie Alpträume über das Geschehene?
Gar nicht (0) Selten (1) Häufig (2) Sehr oft ()
6. Haben Sie versucht, Situationen zu vermeiden, die Sie an das Erlebnis erinnern (z.B. Aktivitäten, Menschen oder Orte)?
Gar nicht (0) Selten (1) Häufig () Sehr oft (3)
7. Hatten Sie Wutausbrüche oder waren Sie häufiger gereizt?
Gar nicht (0) Selten (1) Häufig () Sehr oft (3)
8. War Ihr Zeitgefühl verändert, so als ob alles wie im Zeitlupentempo zu passieren schien?
Gar nicht (0) Selten (1) Häufig () Sehr oft (3)
9. War es so, als würden Sie das Ereignis plötzlich noch einmal durchleben?
Gar nicht (0) Selten (1) Häufig (2) Sehr oft ()
10. Konnten Sie sich an einen wichtigen Bestandteil des Geschehenen nicht erinnern?
Gar nicht () Selten (1) Häufig (2) Sehr oft (3)
11. Hatten Sie Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren (z.B. vergessen, was Sie gerade tun wollten, vergessen, was Sie gerade gelesen oder im Fernsehen gesehen haben)?
Gar nicht (0) Selten (1) Häufig () Sehr oft (3)
12. Erschien Ihnen das Geschehene unwirklich, so als ob Sie in einem Traum seien oder einen Film oder ein Theaterstück sehen?
Gar nicht (0) Selten (1) Häufig () Sehr oft (3)
13. Belastete es Sie, wenn Sie an das Geschehene erinnert wurden (fühlten Sie sich z.B. hilflos, wütend, traurig, schämten Sie sich)?
Gar nicht (0) Selten (1) Häufig (2) Sehr oft ()

14. Haben Sie starkes Interesse an Aktivitäten verloren, die vor dem Geschehenen wichtig für Sie waren?

Gar nicht (0) Selten (1) Häufig (2) Sehr oft (3)

15. Waren Sie übermäßig wachsam (z.B. Leute in der Umgebung prüfen, die verdächtig aussehen, ein Telefon in der Nähe haben, um schnell Hilfe rufen zu können)?

Gar nicht (0) Selten (1) Häufig (2) Sehr oft (3)

16. Erlebten Sie gelegentlich, dass Sie in den Spiegel schauen und sich nicht erkennen?

Gar nicht (0) Selten (1) Häufig (2) Sehr oft (3)

17. Hatten Sie körperliche Reaktionen, wenn Sie an das Geschehene erinnert wurden (z.B. innere Unruhe, Zittern oder Herzrasen)?

Gar nicht (0) Selten (1) Häufig (2) Sehr oft (3)

18. Fühlten Sie sich Menschen Ihrer Umgebung gegenüber entfremdet oder isoliert?

Gar nicht (0) Selten (1) Häufig (2) Sehr oft (3)

19. Waren Sie leicht zu erschrecken oder sehr unruhig (z.B. durch laute Geräusche)?

Gar nicht (0) Selten (1) Häufig (2) Sehr oft (3)

20. Fühlten Sie sich desorientiert? Gab es Momente, in denen Sie sich unsicher waren, wo Sie sich befanden und welche Zeit es gerade war?

Gar nicht (0) Selten (1) Häufig (2) Sehr oft (3)

21. Hatten Sie das Gefühl von emotionaler Taubheit (z.B. nicht weinen können, keine positiven Gefühle erleben können)?

Gar nicht (0) Selten (1) Häufig (2) Sehr oft (3)

22. Hatten Sie das Gefühl, dass sich Ihre Zukunftspläne und Hoffnungen nicht erfüllen werden (z.B. dass Sie keine Familie haben werden, weniger Glück im Leben oder Beruf als andere haben werden)?

Gar nicht (0) Selten (1) Häufig (2) Sehr oft (3)

23. Hatten Sie manchmal das Gefühl, dass Ihr Körper nicht zu Ihnen zu gehören scheint?

Gar nicht (0) Selten (1) Häufig (2) Sehr oft (3)

24. Hatten Sie nach diesem Erlebnis vermehrt körperliche Beschwerden? Wenn ja welche?
(Mehrere Kreuze sind möglich)

Bauchschmerzen	<input checked="" type="checkbox"/>	Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	Übelkeit	<input type="checkbox"/>	Durchfall	<input type="checkbox"/>
Zittern	<input checked="" type="checkbox"/>	Schwindel	<input checked="" type="checkbox"/>	Herzrasen	<input checked="" type="checkbox"/>	Atemnot	<input type="checkbox"/>
Krampfanfälle	<input type="checkbox"/>	Weitere / Sonstige: Wenn ja,					

Welche?: _____

25. Wie belastend fühlt sich das Geschehene für Sie zur Zeit an?

- gar nicht belastend 0
- sehr wenig belastend 1
- wenig belastend 2
- mittelmäßig belastend 3
- stark belastend 4
- extrem stark belastend 5

26. Wie lange haben Sie die oben angegebenen Beschwerden (Frage 1-23)?

(bitte eine Antwortmöglichkeit ankreuzen)

- weniger als einen Monat 1
- bis 3 Monate 2
- über 3 Monate 3

27. Wann nach dem traumatischen Erlebnis traten diese Beschwerden auf (Frage 1- 23)?

(bitte eine Antwortmöglichkeit ankreuzen)

- innerhalb der ersten 6 Monate 1
- nach 6 Monaten oder später 2

Anleitung: Bitte geben Sie an, ob die oben angegebenen Probleme Sie **IM LETZTEN MONAT** in den unten aufgeführten Bereichen beeinträchtigt haben. Wählen Sie die Antwort, die am besten beschreibt, welche Schwierigkeiten Sie in den jeweils genannten Bereichen hatten (Gar keine, Wenige, Mittelmäßige, Starke).

28.

Schwierigkeiten

	Gar keine 0	Wenige 1	Mittel- mäßige 2	Starke 3
a. Schule/ Ausbildung / Beruf.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
b. Aufgaben im Haushalt.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Hobbies und Freizeitaktivitäten.....	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Beziehungen zu Freunden, Kollegen	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Beziehungen zu Familienmitgliedern.....	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Sexualität.....	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7.2.2 Ausgefüllter Fragebogen von Tochter L.

Essener Trauma – Inventar für Kinder und Jugendliche (ETI-KJ)

Tagay S., Hermans BE., Düllmann S., Senf W.

LVR-Klinikum Essen, Universität Duisburg – Essen

© 2007

ETI-KJ

Essener Trauma – Inventar für Kinder und Jugendliche

Chiffre/Name: _____

Alter: _____

Untersuchungsdatum: _____

Anleitung: Du findest hier eine Liste von belastenden Ereignissen, die Menschen irgendwann einm ihrem Leben erleben können. Bitte kreuze für jedes der folgenden Ereignisse an, ob du es erlebt (JA) oder nicht (NEIN). Wenn du mit JA antworten kannst, kreuze bitte an, ob du es entweder selbst oder als Beobachter erlebt hast. Hast du ein belastendes Ereignis sowohl selbst als auch Beobachter erlebt, kreuze bitte beides an. Deine Antworten werden absolut vertraulich behandelt unterliegen der Schweigepflicht. Bitte beantworte jede Frage.

	NEIN	JA	
		selbst	Beobachter
1. Naturkatastrophe (z.B. Flutkatastrophe, Gewittersturm, Erdbeben)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Schwerer Unfall, Feuer oder Explosion (z.B. Verkehrsunfall, Arbeitsunfall, Flugzeug- oder Schiffsunglück)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Schwere Krankheit (z.B. Schlaganfall, Krebs, Herzinfarkt, schwere Operation)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Gewalttätiger Angriff durch eine fremde Person (z.B. körperlich angegriffen, ausgeraubt, mit einer Schusswaffe bedroht werden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5. Gewalttätiger Angriff durch eine Person aus dem Familien- oder Bekanntenkreis (z.B. körperlich angegriffen, ausgeraubt, mit einer Schusswaffe bedroht werden)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tod einer wichtigen Bezugsperson (z.B. durch Unfall, schwere Krankheit, Selbstmord, Mord)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
7. Gefangenschaft (z.B. Haft, Kriegsgefangener, Geisel)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8. Sexueller Missbrauch durch eine fremde Person (z.B. ungewollter oder aufgedrängter sexueller Kontakt, Vergewaltigung)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Sexueller Missbrauch durch eine Person aus dem Familien- oder Bekanntenkreis (z.B. ungewollter oder aufgedrängter sexueller Kontakt, Vergewaltigung)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Aufenthalt in einem Kriegsgebiet	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Vernachlässigung, Verwahrlosung (z.B. ständige Ablehnung erfahren, wenig Zuwendung von den Eltern bekommen)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Andere belastende Ereignisse Welche: <u>Flucht</u>			

Achtung Wichtig!

Welches war dein schlimmstes Erlebnis? (Frage bezieht sich auf eines der oben aufgelisteten Ereignisse; bitte die entsprechende Nummer angeben. Falls dein „schlimmstes Erlebnis“ nicht oben aufgelistet ist, schreib es bitte hierhin.)

13.

Flucht

Bitte beantworte nun die folgenden Fragen **FÜR DIESES SCHLIMMSTE ERLEBNIS.**

14. Wie lange ist dieses schlimmste Erlebnis her?

Tage: _____ Wochen: _____ Monate: _____ Jahre: 3

15. Während dieses schlimmsten Erlebnisses:

(bitte jeweils JA oder NEIN ankreuzen)

	JA	NEIN
A1. Wurdest du körperlich verletzt?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
A2. Dachtest du, dass dein Leben in Gefahr war?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
A3. Wurde jemand anderes körperlich verletzt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
A4. Dachtest du, dass das Leben einer anderen Person in Gefahr war?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
A5. Fühltest du dich hilflos?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
A6. Hattest du starke Angst?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
A7. Warst du stark angespannt?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
A8. Warst du stark ruhelos?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anleitung: Hier findest du eine Reihe von Problemen, die Menschen manchmal nach sehr belastenden Erlebnissen haben. Bitte lies dir jedes der Probleme sorgfältig durch. Wähle die Antwort (Gar nicht, Selten, Häufig, Sehr oft) aus, die am besten beschreibt, wie stark du **IM LETZTEN MONAT** (d.h. in den letzten vier Wochen bis einschließlich heute) von diesem Problem betroffen warst. Die Fragen sollten sich dabei auf dein **schlimmstes Erlebnis** beziehen.

	Gar nicht	Selten	Häufig	Sehr oft
1. Gehen dir zu dem Ereignis ungewollt belastende Gedanken und Erinnerungen durch den Kopf, obwohl du das nicht willst?	①	②	<input checked="" type="radio"/>	③
2. Hast du versucht, nicht an das Erlebnis zu denken, nicht darüber zu reden oder damit verbundene Gefühle zu unterdrücken?	①	<input checked="" type="radio"/>	②	③
3. Hast du Schlafprobleme?	<input checked="" type="radio"/>	①	②	③
4. Hast du Momente, in denen du dich so fühlst, als ob du nicht Teil von dem bist, was passiert?	①	<input checked="" type="radio"/>	②	③
5. Hast du seit dem Erlebnis Alpträume?	①	<input checked="" type="radio"/>	②	③
6. Hast du versucht Situationen zu vermeiden, die dich an das Erlebnis erinnern (z.B. Aktivitäten, Menschen oder Orte)?	①	②	<input checked="" type="radio"/>	③
7. Hast du Wutausbrüche oder bist du häufiger gereizt?	①	<input checked="" type="radio"/>	②	③
8. War dein Zeitgefühl verändert, so als ob alles wie im Zeitlupentempo zu passieren schien?	①	②	<input checked="" type="radio"/>	③
9. Ist es manchmal so, als würdest du das Ereignis plötzlich noch einmal durchleben?	①	②	<input checked="" type="radio"/>	③
10. Kannst du dich an einen wichtigen Teil des Erlebnisses nicht mehr erinnern?	<input checked="" type="radio"/>	①	②	③

	Gar nicht	Selten	Häufig	Sehr oft
11. Hast du Schwierigkeiten, dich zu konzentrieren ?	①	②	②	③
12. Erscheint dir das Erlebnis unwirklich, so als ob du in einem Traum bist oder einen Film oder ein Theaterstück siehst?	①	①	②	③
13. Belastet es dich, wenn du an das Erlebnis erinnert wirst (fühlst du dich dann z.B. hilflos, wütend, traurig, schämst du dich)?	①	①	②	③
14. Hast du die Freude an Aktivitäten verloren, die vor dem Erlebnis für dich wichtig waren (z.B. Hobbies, Sport etc.)?	①	②	②	③
15. Bist du manchmal besorgt und wachsam, obwohl in dem Moment eigentlich kein Grund dazu besteht (z.B. Leute in der Umgebung prüfen, die verdächtig aussehen, ein Telefon in der Nähe haben, um schnell Hilfe rufen zu können)?	①	①	②	③
16. Passiert es dir gelegentlich, dass du in den Spiegel schaust und dich nicht erkennst?	①	②	②	③
17. Hast du körperliche Reaktionen, wenn du an das Geschehene erinnert wirst (z.B. innere Unruhe, Zittern oder Herzrasen)?	①	①	②	③
18. Fühlst du dich seit dem Erlebnis den Menschen in deiner Umgebung gegenüber fremd oder alleine?	①	②	②	③
19. Bist du leicht zu erschrecken oder sehr unruhig (z.B. durch laute Geräusche)?	①	①	②	③
20. Gibt es Momente, in denen du dir unsicher bist, wo du dich befindest und welche Zeit es gerade ist?	①	②	③	③
21. Hast du manchmal den Eindruck von Gefühlstaubheit (z.B. nicht weinen können, keine positiven Gefühle erleben können)?	①	②	②	③
22. Hast du das Gefühl, dass sich deine Zukunftspläne und Hoffnungen nicht erfüllen werden (z.B. dass du keine Familie haben wirst, weniger Glück im Leben, in der Schule oder im Beruf als andere haben wirst)?	①	①	②	③
23. Hast du manchmal das Gefühl, dass dein Körper nicht zu dir gehört?	①	①	②	③

24. Wie lange hast du die oben angegebenen Beschwerden und Probleme (Frage 1-23)?

- Weniger als einen Monat ①
- Bis 3 Monate ②
- Über 3 Monate ~~③~~

25. Wann nach dem schlimmsten Erlebnis traten diese Beschwerden auf (Frage 1-23)?

- Innerhalb der ersten 6 Monate ~~①~~
- Nach 6 Monaten ②

26. Hast du nach diesem Erlebnis vermehrt körperliche Beschwerden? Wenn ja, welche?
(Mehrere Kreuze sind möglich)

- Bauchschmerzen Kopfschmerzen Übelkeit ^{meis} Durchfall
 Zittern Schwindel Herzrasen Atemnot
 Krampfanfälle Sonstige: Wenn ja, welche? _____

27. Wie belastend fühlen sich das Erlebnis und die Folgen für dich jetzt an?

- Gar nicht belastend ①
 Sehr wenig belastend ①
 Wenig belastend ②
 Mittelmäßig belastend ③
 Stark belastend ④
 Extrem stark belastend ⑤

Anleitung: Bitte kreuze an, ob die oben angegebenen Beschwerden dir **IM LETZTEN MONAT** Schwierigkeiten gemacht haben. Wähle die Antwort, die am besten beschreibt, wie groß die Schwierigkeiten in dem jeweils genannten Bereich gewesen sind: Gar keine, Wenig, Mittelmäßig, Stark.

28. Aktuelle Schwierigkeiten in verschiedenen Lebensbereichen

	Gar keine	Wenig	Mittelmäßig	Stark
a. Schule/ Ausbildung/ Beruf	<input type="radio"/> ①	<input checked="" type="radio"/> ②	<input type="radio"/> ③	<input type="radio"/> ④
b. Aufgaben im Haushalt	<input type="radio"/> ①	<input type="radio"/> ②	<input checked="" type="radio"/> ③	<input type="radio"/> ④
c. Hobbies und Freizeitaktivitäten	<input type="radio"/> ①	<input checked="" type="radio"/> ②	<input type="radio"/> ③	<input type="radio"/> ④
d. Beziehungen zu Freunden, Bekannten, Kollegen	<input checked="" type="radio"/> ①	<input type="radio"/> ②	<input type="radio"/> ③	<input type="radio"/> ④
e. Beziehungen zu Familienmitgliedern	<input checked="" type="radio"/> ①	<input type="radio"/> ②	<input type="radio"/> ③	<input type="radio"/> ④
f. Sexualität	<input type="radio"/> ①	<input checked="" type="radio"/> ②	<input type="radio"/> ③	<input type="radio"/> ④

7.3 Erklärung über die selbstständige Anfertigung der Arbeit

Ich erkläre hiermit, dass ich die Facharbeit ohne fremde Hilfe angefertigt und nur die im Literaturverzeichnis angeführten Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Mir ist bekannt, dass Verstöße gegen diese Regelung Auswirkungen auf die Benotung der Facharbeit haben.

Datum, Ort

Unterschrift