

Anita Coenen

**Flucht – Trauma – Zweitsprache**

**Eine explorative Interviewstudie zu**

**Trauma(-folgestörungen) bei Flüchtlingen**

**und im Deutsch-als-Zweitsprache-Unterricht**

Masterarbeit

**Berichte und Materialien [www.daz-portal.de](http://www.daz-portal.de) Bd. 3**

**[www.daz-portal.de](http://www.daz-portal.de)**

Anita Coenen

Flucht – Trauma – Zweitsprache

Eine explorative Interviewstudie zu Trauma(-folgestörungen) bei  
Flüchtlingen und im Deutsch-als-Zweitsprache-Unterricht

# **Berichte und Materialien**

[www.daz-portal.de](http://www.daz-portal.de)

herausgegeben von

Bernt Ahrenholz

Britta Hövelbrinks

Diana Maak

Julia Ricart Brede

Martina Rost-Roth

Band 3

**Bibliographische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

ISSN: 2196-744X

URN: urn:nbn:de:101:1-201707111558

Copyright © 2017 [www.daz-portal.de](http://www.daz-portal.de)

[www.daz-portal.de](http://www.daz-portal.de)

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung der Herausgeber unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Friedrich-Schiller-Universität Jena  
Philosophische Fakultät  
Institut für Auslandsgermanistik und Interkulturelle Wirtschaftskommunikation

**Flucht – Trauma – Zweitsprache**  
**Eine explorative Interviewstudie zu Trauma(folgestörungen)**  
**bei Flüchtlingen und im Deutsch-als-Zweitsprache-Unterricht**

Masterarbeit zur Erlangung des akademisches Grades  
Master of Arts (M.A.)

Vorgelegt von: Anita Coenen

Studiengang: Internationaler Master Auslandsgermanistik – Deutsch  
als Fremdsprache – Deutsch als Zweitsprache

Wahlprofil: Deutsch als Zweitsprache

Weimar, den 15. Oktober 2015

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>Einleitung</b> .....	<b>1</b>
<b>1 Flucht und Exil in Deutschland</b> .....	<b>2</b>
1.1 Fluchtmigration .....	2
1.2 Zur Situation von Flüchtlingen in Deutschland.....	5
<b>2 Zweitspracherwerb und Emotionen</b> .....	<b>15</b>
<b>3 Trauma und (Sprach-)Lernen</b> .....	<b>26</b>
3.1 Traumatisierung: Definition – Arten – Ursachen.....	26
3.2 Folgen und Folgestörungen von Traumatisierungen.....	30
3.3 Auswirkungen von Traumatisierungen und Traumafolgestörungen auf den Zweitspracherwerb .....	36
3.3.1 Allgemeine Auswirkungen von Traumatisierungen auf den Zweitspracherwerb .....	36
3.3.2 Auswirkungen von Retraumatisierungen auf den Zweitspracherwerb .....	40
3.4 Therapie traumatisierter Flüchtlinge.....	43
<b>4 Zur Thematisierung von Traumata und deren Folgestörungen in der handlungsanleitenden Literatur zum Deutsch-als-Zweitsprache-Unterricht</b> .....	<b>49</b>
<b>5 Methodik</b> .....	<b>54</b>
5.1 Datenerhebung.....	54
5.2 Beschreibung der Probanden und des Datenkorpus.....	59
5.3 Auswertung der Daten durch die Zirkuläre Dekonstruktion.....	60
<b>6 Ergebnisse</b> .....	<b>62</b>
6.1 Divergente Traumadefinitionen .....	62
6.2 Symptomerkennung und interkulturelle Kompetenz.....	66
6.3 Deutsch als Zweitsprache in der Traumatherapie .....	71
6.4 Deutsch-als-Zweitsprache-Unterricht aus psychotherapeutischer Perspektive.....	74
6.5 Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen im Deutsch-als-Zweitsprache-Unterricht.....	79
6.6 Anforderungen an die Lehrperson, Institution und Ausbildung .....	85
6.7 Zur Vernetzung der Bereiche ›Deutsch als Zweitsprache‹ und Traumatherapie.....	90
<b>Zusammenfassung und Ausblick</b> .....	<b>94</b>

Literaturverzeichnis .....	96
Abkürzungsverzeichnis .....	120
Abbildungsverzeichnis .....	121
Tabellenverzeichnis .....	122
Anhangsverzeichnis .....	123

## Einleitung

Aktuell finden immer mehr Flüchtlinge ihren Weg nach Deutschland, wobei nicht zuletzt durch die massenmediale Berichterstattung ersichtlich wird, dass sie nicht nur in ihren Herkunftsländern und während der Flucht extremen psychischen Situationen ausgesetzt sind, sondern auch weiterhin in Deutschland – unter anderem durch die ausgereizte Versorgungssituation, aber auch durch die Diskriminierungen in der Öffentlichkeit – belastet werden. Nicht selten entstehen hieraus Traumatisierungen, welche Auswirkungen auf das gesamte weitere Leben der Betroffenen haben können. Die Debatte um traumatisierte Flüchtlinge scheint gerade erst an Antrieb zu gewinnen, wobei sie insbesondere noch im Bereich ›Deutsch als Zweitsprache‹ ein Desiderat bildet. Obwohl sich in den Deutschkursen für Flüchtlinge und Asylbewerber<sup>1</sup> auch Traumatisierte finden, gibt es bisher nur wenige Handreichungen bzw. praktische Orientierungshilfen für die Lehrperson; welche teils keine Kenntnisse über diese psychische Erkrankung und ihre Folgewirkungen hat. Einen Ausweg könnte eine Verknüpfung mit traumatherapeutischen bzw. -pädagogischen Handlungsfeldern darstellen. Doch was kann der Bereich ›Deutsch als Zweitsprache‹ aus der Praxis der Traumatherapie lernen und gegebenenfalls in den Unterricht übernehmen? Dies soll im Folgenden anhand einer empirischen Untersuchung ergründet werden, bei der sechs Expertinnen aus dem traumatherapeutischen Feld zu dem ›state of the art‹ und nach möglichen Konsequenzen für den Deutsch-als-Zweitsprache-Unterricht (DaZ-Unterricht) mit Erwachsenen<sup>2</sup> befragt wurden.

Hierfür wird zunächst (1) betrachtet, was unter dem Begriff ›Flüchtling‹ verstanden wird und aus welchen Gründen Personen aus ihren Herkunftsländern fliehen sowie in welche Phasen und Arten sich die Flucht unterteilen lässt. Ebenfalls erfolgt hier eine Darstellung der Lebenssituation von Flüchtlingen in Deutschland, bei der auch die medizinische und psychosoziale Versorgung näher betrachtet wird. Daraufhin (2) wird dargelegt, was unter Zweitspracherwerb zu verstehen ist sowie welche Gehirn- und Gedächtnisfunktionen beim Lernen im Allgemeinen und dem Spracherwerb im Besonderen von Bedeutung sind. Hierzu wird ebenfalls der Einfluss von Affekten detaillierter ausgeführt, um aufzuzeigen, wie anfällig der Lernprozess für psychische Erkrankungen – hier:

---

<sup>1</sup> In den folgenden Ausführungen wird zugunsten der Lesbarkeit des Textes auf eine durchgehend geschlechtsneutrale Schreibweise verzichtet und stattdessen das generische Maskulinum gebraucht. Sofern nicht explizit darauf hingewiesen wird, sind mit Bezeichnungen, wie Asylbewerber, Traumatherapeut, Lerner etc., stets Personen beiderlei Geschlechts gemeint.

<sup>2</sup> Erwachsene bilden eine heterogene und große Gruppe, die auf verschiedene Weisen untergliedert werden kann. Dies kann beispielsweise im Hinblick auf das Alter geschehen, wobei vom frühen (18-40 Jahre), mittleren (40-60) und späten Erwachsenenalter (über 60 Jahre) gesprochen werden kann. Weitere Unterscheidungskriterien bilden unter anderem normativ-altersbezogene Prozesse (z. B. Pensionierung, Menopause), normativ-historische Ereignisse (z. B. Naturkatastrophen, Babyboomer) sowie nicht-normative Einflüsse (z. B. Frührente, früher Tod des Partners). Diese verschiedenen Unterscheidungsmerkmale zeigen, dass nicht von ›dem‹ Erwachsenen gesprochen werden kann (vgl. C. Schwarzer 2007: 8-13). Diese Arbeit richtet sich zwar nach diesem Gedanken, jedoch bezieht sie sich mit dem Begriff des ›Erwachsenen‹ in erster Linie auf Personen, die juristisch als erwachsen gelten, d. h. sobald sie das 18. Lebensjahr vollendet haben.



Traumatisierungen – ist, die mit starken emotionalen Regungen einhergehen. Im Anschluss daran (3) wird beschrieben, was unter einem ›Trauma‹ zu verstehen ist, welche Arten und Ursachen es gibt sowie welche Folgestörungen sich aus Traumatisierungen ergeben können. Zudem wird der Einfluss von Traumatisierungen und deren Folgestörungen auf das (Sprach-)Lernen erläutert. Einen weiteren Punkt bilden hierbei die Traumatherapie mit ihren einzelnen Phasen sowie die sprachlichen und kulturellen Probleme, welche sich aus der Therapie mit traumatisierten Flüchtlingen ergeben können. Nachfolgend (4) kommt es zu einer Darstellung der Ausführungen zum Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen in der anglo-amerikanischen Literatur und in den Handreichungen im Bereich Deutsch als Zweitsprache. Danach (5) wird die Methode des problemzentrierten und leitfadengestützten Interviews vorgestellt, die Phase der Datenerhebung näher beleuchtet sowie die ›Zirkuläre Dekonstruktion‹ als Auswertungsinstrument beschrieben. Es folgt (6) eine Darstellung der Ergebnisse im Hinblick auf den Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen im DaZ-Unterricht. Schwerpunkte bilden hierbei unter anderem die Symptome der betroffenen Lerner, die Rolle der Sprache in der Traumatherapie, die konkrete Unterrichtssituation sowie mögliche Handlungsorientierungen für die Lehrperson im Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen und die Gestaltung des Unterrichts. Abschließend erfolgt eine Zusammenfassung der Ergebnisse und ein Ausblick auf weitere mögliche Anknüpfungspunkte für die Forschung.

## **1 Flucht und Exil in Deutschland**

Im Folgenden wird näher auf die Zielgruppe ›Flüchtlinge‹ sowie ihre Erfahrungen vor, während und nach der Flucht eingegangen. Hierfür werden zunächst (1.1) eine Definition von ›Flüchtlingen‹ dargeboten und spezifische Fluchtursachen, -phasen und -arten geschildert. Daraufhin erfolgt (1.2) eine Beschreibung der Situation von Flüchtlingen in Deutschland, wobei insbesondere ein Fokus auf die medizinische Versorgungslage im Allgemeinen und die psychosoziale Versorgung im Speziellen gelegt wird.

### **1.1 Fluchtmigration**

Der Flüchtlingsbegriff ist kein historisch stabiles Konstrukt, sondern seit jeher ein Produkt des gesellschaftlichen Kontextes, welches »höchst selektiv, historisch wie aktuell« (Scherschel 2014: 78) ist. Die derzeitige Rahmung für die Klassifikation ›Flüchtling‹ in der BRD bildet die Genfer Flüchtlingskonvention (GFK; eigentlich ›Abkommen über die Rechtsstellung der Flüchtlinge‹) vom 28. Juli 1951, welche ebenfalls im Asylverfahrensgesetz (AsylVfG) zum Ausdruck kommt. Dieses definiert einen Ausländer als

- »Flüchtling im Sinne des Abkommens vom 28. Juli 1951 über die Rechtsstellung der Flüchtlinge (BGBl. 1953 II S. 559, 560), wenn er sich
1. aus begründeter Furcht vor Verfolgung wegen seiner Rasse, Religion, Nationalität, politischen Überzeugung oder Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe
  2. außerhalb des Landes (Herkunftsland) befindet,
    - a) dessen Staatsangehörigkeit er besitzt und dessen Schutz er nicht in Anspruch nehmen kann oder wegen dieser Furcht nicht in Anspruch nehmen will oder
    - b) in dem er als Staatenloser seinen vorherigen gewöhnlichen Aufenthalt hatte und in das er nicht zurückkehren kann oder wegen dieser Furcht nicht zurückkehren will« (AsylVfG § 3 Abs. 1).

Fluchtmigration erscheint hier als eine ›impelled migration‹, d. h. als eine veranlasste Migration, bei der der Migrant keine andere Entscheidung hat (vgl. Han 2010: 23), wobei die Fluchtbewegungen – so zumindest das massenmediale Bild – »von Irrationalität, Desorganisation, Anonymität und Panik geprägt sind« (Treibel 2008: 168). Aus einer soziologischen Perspektive heraus erscheint die Flucht jedoch als etwas gesellschaftlich Generiertes, das in sogenannten ›Migrationssystemen‹ (vgl. Blaschke 1992: 111) verankert ist. Dies sind Netzwerke aus Institutionen, Regierungen und weiteren internationalen Akteuren, wie z. B. die Vereinten Nationen (UN), das UNHCR (United Nations High Commissioner for Refugees) etc., die in miteinander verflochtenen Prozessen Fluchtbewegungen wie auch soziale In- und Exklusionsmechanismen in den Herkunfts- und Zielländern beeinflussen. Innerhalb dieses Netzwerkes kommt es nun seitens der Flüchtlinge zur Fluchtentscheidung, wobei sich diese – laut Petrus Han (vgl. 2010: 198-205) – in fünf Phasen gliedern lässt: 1) soziale Umstände, 2) Motivbildung, 3) Informationssuche, 4) Risikobereitschaft und 5) Entscheidung.

Insgesamt lassen sich Fluchtbewegungen nicht auf eine Ursache reduzieren, sondern sind zu meist multikausal. Wie bereits erwähnt, gelten laut AsylVfG die Furcht vor rassistischen, religiösen, nationalistischen und politischen Verfolgungen als Fluchtursachen, wobei Annette Treibel (2008) darauf verweist, dass hierbei Gründe für aktuelle Fluchtbewegungen nicht mit einbezogen werden. Dies beinhaltet z. B. die Flucht vor Krieg, Natur- und Umweltkatastrophen, die Binnenflucht sowie das sogenannte ›displacement‹ (Vertreibung, Verschleppung) (vgl. Treibel 2008: 161).<sup>3</sup> Aktuell sind vor allem drei Merkmale von Fluchtbewegungen ersichtlich: Erstens die Flucht vor Bürgerkriegen (z. B. Syrien, Afghanistan, Irak), zweitens die Anreise aus Herkunftsländern, in denen keine Verfolgung droht, aber in denen prekäre Verhältnisse überwiegen (z. B. Westbalkanstaaten),<sup>4</sup> sowie

<sup>3</sup> Treibel weist darauf hin, dass die *Konvention über die spezifischen Aspekte von Flüchtlingsproblemen in Afrika* der Organisation für Afrikanische Einheit (1969) sowie die *Flüchtlingsdeklaration von Cartagena* der Mittelamerikanischen Staaten (1984) diesen Fluchtarten und -ursachen eher gerecht werden (vgl. Treibel 2008: 161).

<sup>4</sup> Im aktuellen massenmedialen und politischen Diskurs wird diese Gruppe auch als Wirtschaftsfüchtlinge benannt. Dieser Begriff impliziert, dass die Menschen ausschließlich aus ökonomischen Gründen in die BRD kommen. Derzeit gibt es politische Bestrebungen, diese Gruppe möglichst schnell aus Deutschland auszuweisen, indem ihre Herkunftsländer als ›sicher‹ eingestuft werden. Hierbei liegt den Flüchtlingen das Vorurteil des ›cunning crook‹, des gewitzten Gauners, zugrunde: »Er ist kein politischer Flüchtling, ihn treiben die Armut und das Verlangen, am Wohlstand Europas teilzuhaben« (Scherschel 2014: 14). Um diesen Flüchtlingstyp zu unterbinden, veranlasste die BRD jüngst eine serbische und albanische Facebook-Kampagne, in der sie darüber informiert, dass Asylbewerber aus den Ländern Serbien, Bosnien-Herzegowina, Kosovo, Albanien, Mazedonien und Montenegro pauschal bzw. schneller zurückgeführt werden und dass eine Fluchtmigration nur mit hohen Kosten verbunden wäre (vgl. Migazin 2015a).

drittens die Fluchtbewegung innerhalb der EU (z. B. die weiterführende Flucht von Griechenland und Italien in andere Länder der EU) (vgl. Hirsland 2015: 22-24). Ergänzend entstehen Fluchtbewegungen in Ländern, in denen die Flüchtlinge Opfer willkürlicher Gewalt, Inhaftierungen und Folter werden sowie aufgrund ihrer Glaubensrichtungen, des Geschlechts, Gruppenzugehörigkeiten und sexuellen Orientierungen unterdrückt oder verfolgt werden (z. B. Eritrea, Somalia). Dies sind vor allem Personen, die vor sogenannten ›man made disasters‹ fliehen. Demgegenüber gibt es aber auch Flüchtlingsgruppen, deren Beweggründe ökologischer Natur sind, die also z. B. vor Naturkatastrophen oder Dürreperioden fliehen. Die soeben genannten Fluchtursachen bilden dementsprechend ›Push-Faktoren‹ (Druckfaktoren), auf die die Flüchtenden hauptsächlich reagieren. Demgegenüber gibt es auch noch ›Pull-Faktoren‹ (Sogfaktoren) der Aufnahmeländer, für die sich die Flüchtlinge bewusst entscheiden. Dies können beispielsweise die demokratischen Strukturen, die Religionsfreiheit und/oder die ökonomischen Faktoren sein (vgl. Han 2010: 12-13).

Flüchtlinge können auf unterschiedliche Arten nach Deutschland gelangen, wobei die genaue Forschung hierzu jedoch sehr lückenhaft ist, da die Fluchtsituation, die Fluchtwege sowie die Umstände empirisch nur schwer zu fassen sind. Charakteristischerweise ziehen die Flüchtlinge »von unsicheren über etwas sicherere in sichere Staaten« (Günther 2014: 27). Die Fluchtrouten und die mit ihnen zusammenhängenden Erfahrungen können dabei sehr unterschiedlich sein: Beispielsweise flüchten oftmals Afghanen über Griechenland in die EU oder über Russland in die Ukraine und von dort aus nach Deutschland. Gleiches gilt für die Flüchtlinge aus den Nachbarländern Afghanistans. Die afrikanischen Flüchtlinge nehmen meist den Seeweg über Italien nach Deutschland, während Somalier über Kenia, den Jemen und Ägypten in die Türkei und dann in die EU-Staaten einreisen. Hierbei greifen sie auf unterschiedliche Arten der Flucht zurück. Während einige wenige mittels Flugzeug in die EU einreisen, gelangen andere durch Schiffe, Züge oder LKWs in das jeweilige Aufnahmeland; oder gar zu Fuß. Dementsprechend kann auch die Fluchtdauer stark variieren und sich zwischen wenigen Wochen bis hin zu mehreren Jahren erstrecken; wobei eine Flucht durchschnittlich mehrere Monate dauert (vgl. ebd.: 27-28). Ein Großteil der Flüchtlinge reist illegal über den Land- und Seeweg nach Europa und dann nach Deutschland ein. Hierbei sind sie zumeist etlichen Gefahren und extremen Situationen ausgesetzt. Ersichtlich wird dies beispielsweise in der Berichterstattung über die Flüchtlinge, die ihren Weg nach Europa über das Mittelmeer suchen und deren Boote auf der Seereise kentern. Auf ihrer Flucht sind sie oftmals auf die Hilfe von Schleusern angewiesen, die ihnen – verbunden mit einem hohen Kostenaufwand –, den Weg nach Europa öffnen und sie in Booten, PKWs und Bussen verstecken, ihnen gefälschte Pässe organisieren und/oder sie durch Flughäfen schleusen. Hierbei begeben sich die Flüchtlinge in die Hände der jeweiligen

Fluchthelfer, sind ihnen auf ihren Fluchtrouten ausgeliefert und werden von ihnen teilweise auch finanziell erpresst bzw. ausgebeutet (vgl. Schloenhardt 2015: 41).

Dass der Weg nach Europa mit einem hohen psychischen Stress verbunden ist, zeigt das Fallbeispiel von Ousman S., der im Rahmen einer Dokumentation beschreibt, wie er von Gambia über Europa nach Deutschland geflohen ist. Er stellt dar, wie er in Gambia im Gefängnis Folterungen ausgesetzt war, von dort fliehen konnte und über Mali nach Libyen gelangte. Unterwegs lebte er auf der Straße, leidete Durst und Hunger, wurde von Rebellen gekidnappt, die ihn verkaufen wollten, und gelangte durch einen Schleuser über die Wüste, in der er erneut Durst leidete und mit den vielen dort bereits Verstorbenen konfrontiert wurde, nach Tripolis. In dieser Stadt angekommen setzte er mit 200 anderen Flüchtlingen in einem Boot nach Italien über. Bereits nach wenigen Stunden versagte der Motor und sie trieben unkontrolliert auf hoher See. Erst nach längerer Zeit wurden sie von einem Dampfer gesichtet und aufgenommen (vgl. Ziegler 2015).

Am Beispiel von Ousman S. wird ersichtlich, dass Flüchtlinge nicht nur in ihren Herkunftsländern mit psychischen Extremsituationen konfrontiert werden, sondern auch während der Flucht starken Belastungen ausgesetzt sind. Diese können einerseits dazu führen, dass sich entweder Traumatisierungen ausbilden oder aber bereits bestehende Traumata verstärkt werden.

## 1.2 Zur Situation von Flüchtlingen in Deutschland<sup>5</sup>

Im ersten Halbjahr des Jahres 2014 waren zirka 5,5 Millionen Menschen aus dem Nahen Osten und Afrika auf der Flucht, wobei sich etwa 1,4 Millionen über die Grenzen ihres Heimatlandes bewegten. Dabei kamen mehr als 200.000 Flüchtlinge nach Deutschland (vgl. Hirsland 2015: 17-18, 21), wobei das hier greifende Recht auf Asyl auf europäischen Konventionen beruht: »Flüchtlingspolitik ist heute vor allem europäische Flüchtlingspolitik. Wichtige Rahmenbedingungen werden mittlerweile auf europäischer Ebene festgelegt und auch die Rechtsprechung wird zunehmend durch europäisches Recht geprägt« (Löhlein 2010: 27).<sup>6</sup> Mitte 2013 trat die Neuauflage des Gemeinsamen

---

<sup>5</sup> Die folgenden Ausführungen – insbesondere in Kapitel 1.2 – beziehen sich auf die Situation vor der derzeitigen ›Flüchtlingskrise‹ in der EU, die vor allem in den vergangenen ein bis zwei Monaten verstärkt in den Medien und der Politik diskutiert wird. Insbesondere durch die tragende Rolle der BRD kann es hierbei seitdem bereits zu weitreichenden Änderungen gekommen sein bzw. ist täglich mit Änderungen zu rechnen. Die vorliegende Arbeit bezieht sich auf die Situation vor dieser Krise, da sich die hieraus ergebenden rechtlichen und politischen Änderungen derzeit noch in der Diskussion bzw. in Bearbeitung befinden und somit noch kein verwertbares Material vorliegt. Darüber hinaus wurden zur aktuellen Lage von Flüchtlingen in Deutschland kurzfristig noch zwei Versorgungsberichte herausgegeben (vgl. Baron/Schriefers 2015; LÄK-BW / LPK-BW 2015), in denen ein Fokus auf die Traumatisierungen und die psychotherapeutische Versorgung gelegt wird. Diese konnten leider nicht mehr berücksichtigt werden.

<sup>6</sup> Löhlein zeigt, dass erst seit 1998 von einer gemeinsamen europäischen Flüchtlingspolitik gesprochen werden kann. Hierbei bezieht er sich auf die Verabschiedung des Amsterdamer Vertrages der EU, der sich maßgeblich auf die Migrations- und Flüchtlingspolitik bezieht. Von einer übereinstimmenden europäischen Flüchtlingspolitik kann jedoch noch nicht die Rede sein: »Nach wie vor gibt es gravierende Unterschiede beim Umgang mit Flüchtlingen in den EU Staaten, vor allem aber kann keine Rede davon sein, dass die EU Staaten ›uneingeschränkt zu ihren Verpflichtungen aus der Genfer Flüchtlingskonvention‹ stehen« (Löhlein 2010: 28).

Europäischen Asylsystems (GEAS) in Kraft. Diese besteht zum einen aus zwei Verordnungen; der Dublin-III-Verordnung, durch die bestimmt wird, welcher Mitgliedstaat für das Asylverfahren des jeweiligen Flüchtlings zuständig ist, und der EURODAC-Verordnung, durch die festgelegt ist, dass eine gemeinsame Fingerabdrucksdatenbank im Rahmen der Registrierung der Flüchtlinge angelegt wird. Zum anderen gehören zu dem GEAS drei Richtlinien, die definieren, aus welchen Schritten die Asylantragstellung besteht (»Asylverfahrensrichtlinie«), welche Unterkunft, Verpflegung, medizinische Versorgung sowie Beschäftigung den Antragstellern zusteht (»Aufnahmerichtlinie«) und aus welchen Gründen internationaler Schutz gewährt wird (»Anerkennungsrichtlinie«) (vgl. Europäische Union 2014). In Deutschland werden die Inhalte des GEAS durch den § 16a des Grundgesetzes (GG) wieder aufgegriffen. Demzufolge genießen politisch verfolgte Personen Asylrecht, wobei dies jedoch nicht für diejenigen Flüchtlinge gilt, die über einen EU-Mitgliedsstaat oder einen Drittstaat nach Deutschland eingereist sind. Diese werden in den jeweiligen Staat zurückgeführt, wenn in diesem das Abkommen über die Rechtsstellung der Flüchtlinge und die Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten angewandt werden. Darüber hinaus ist es laut GG möglich, sichere Herkunftsländer zu bestimmen, d. h. Staaten, »bei denen aufgrund der Rechtslage, der Rechtsanwendung und der allgemeinen politischen Verhältnisse gewährleistet erscheint, daß dort weder politische Verfolgung noch unmenschliche oder erniedrigende Bestrafung oder Behandlung stattfindet« (GG § 16a Abs. 3). Zudem kann – falls einem Flüchtling der Aufenthalt nicht gestattet wird – der Vollzug der Abschiebung ausgesetzt werden, »wenn ernstliche Zweifel an der Rechtmäßigkeit der Maßnahme bestehen« (GG § 16a Abs. 4).

Laut Bundesministerium des Innern (BMI) wurden in der ersten Jahreshälfte 2015 insgesamt 179.037 Asylanträge gestellt. Dies entspricht 132,2 % mehr Anträgen als im Vorjahr, wobei ein Großteil der Antragsteller aus Syrien (34.428), dem Kosovo (31.400), Albanien (22.209) und Serbien (15.822) kamen (vgl. BMI 2015). Laut Karin Scherschel weist das Wort »Asylbewerber« darauf hin, »dass, ähnlich einem Bewerbungsverfahren, dieser Vorgang auch informell als Prüfung angelegt ist, in der sich die Aspirant\_in als *richtiger Flüchtling* bewähren muss« (Scherschel 2014: 71; Herv. i. O.). Im Rahmen einer Vielzahl bürokratischer Schritte werden Flüchtlinge zu »Objekte[n] der Verwaltung« (Wendel 2014: 9) degradiert. Hierbei müssen sie zunächst einen entsprechenden Asylantrag bei einer der 28 Außenstellen des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF) stellen. Daraufhin prüft das Amt im Zuge einer Identitätsfeststellung, ob der entsprechende Antragsteller schon in einem anderen Mitgliedsstaat der EU registriert ist resp. bereits einen Antrag auf Asyl gestellt hat, für den in Konsequenz ein anderer Staat Sorge trägt (vgl. Hirsland 2015: 21). Das Asylverfahren gestaltet sich als derart kompliziert, dass nur wenige Flüchtlinge die gesamten Strukturen

und Vorgänge durchschauen können. Oftmals sind sie auf eine juristische Vertretung angewiesen, die ihnen aufgrund der sprachlichen Barriere auch nicht immer vollständigen Einblick in die Zusammenhänge der Asylbewerbung sowie die Prozesse zwischen den beteiligten Behörden garantieren kann. Häufig sind den Flüchtlingen ihre Rechte kaum bekannt oder es erscheint ihnen nicht ersichtlich, in welchen Kontexten und auf welche Weise sie auf diesen beharren können. Hierdurch werden die Asylbewerber zunehmend von den Vorgängen des Verfahrens entfremdet und durch die Intransparenz der bürokratischen Strukturen verunsichert (vgl. Abdallah-Steinkopff / Soyer 2013: 142-143).<sup>7</sup> Die Erstanhörung findet i. d. R. zeitnah zur Ankunft in der Bundesrepublik Deutschland statt. Geleitet wird diese vom BAMF, das die Flüchtlinge mit vielerlei Fragen konfrontiert, die nach Bedarf von Sprachmittlern übersetzt werden. Die Gründe für den Asylantrag werden erst am Ende der Anhörung erfragt (vgl. Wirtgen 2009: A-2464).

Laut Aufenthaltsgesetz (AufenthG) wird einem Ausländer eine Aufenthaltserlaubnis erteilt,

»wenn er als Asylberechtigter anerkannt ist. Dies gilt nicht, wenn der Ausländer aus schwerwiegenden Gründen der öffentlichen Sicherheit und Ordnung ausgewiesen worden ist. Bis zur Erteilung der Aufenthaltserlaubnis gilt der Aufenthalt als erlaubt. Die Aufenthaltserlaubnis berechtigt zur Ausübung einer Erwerbstätigkeit« (AufenthG 2004 § 25 Abs. 1).

Eine Aufenthaltserlaubnis wird nicht erteilt, wenn »die Ausreise in einen anderen Staat möglich und zumutbar ist« (AufenthG § 25 Abs. 3). Dies bedeutet, dass Flüchtlinge entweder in andere EU-Staaten oder in für sicher erklärte Herkunftsländer zurückgewiesen werden können.<sup>8</sup> Eine Abschiebung erfolgt, sobald der Flüchtling ausreisepflichtig ist, eine Ausreisefrist nicht angesetzt wurde und eine unmittelbare Ausreise zugunsten der öffentlichen Sicherheit erforderlich scheint (vgl. AufenthG § 58 Abs. 1). Demgegenüber kann einem Ausreisepflichtigen Ausländer eine Duldung, d. h. eine vorübergehende Aufenthaltserlaubnis erteilt werden, wenn dies aus humanitären oder persönlichen Gründen bzw. aus Gründen des öffentlichen Interesses notwendig ist (vgl. AufenthG § 25 Abs. 4). Eine Duldung bedeutet aber nicht, dass eine Ausreisepflicht aufgehoben wird; vielmehr wird diese für maximal sechs Monate ausgesetzt, wobei der Auszuweisende einen unrechtmäßigen, aber straffreien Aufenthalt in Deutschland hat (vgl. Täubig 2009: 21). Nach 18 Monaten hat der Geduldete einen Soll-Anspruch auf eine Aufenthaltserlaubnis, sofern er weiterhin unverschuldet an der Ausreise gehindert wird (vgl. AufenthG § 25 Abs. 5). Demgegenüber werden Duldungen oftmals auch kontinuierlich verlängert und somit zu »Kettenduldungen«. Zwar wird dies im Gesetz nicht derart er-

---

<sup>7</sup> Der *Versorgungsbericht zur Situation von Flüchtlingen und Folteropfern in den Bundesländern Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen* zeigt, dass das Asylverfahren und die Unsicherheit der aufenthaltsrechtlichen Situation mit einer Verschlechterung der Symptome von Traumatisierungen im Zusammenhang stehen (vgl. Baron et al. 2014: 11-12).

<sup>8</sup> Hinsichtlich der Überführung in sichere Herkunftsstaaten äußern eine Vielzahl von Flüchtlings- und Menschenrechtsorganisationen Kritik: »Das Asylrecht garantiert jeden Schutzsuchenden eine individuelle Prüfung seines Antrags. Durch die Einstufung einzelner Länder als »sichere Herkunftsstaaten« werde dieses Recht umgangen, lautet die Kritik. Asylanträge würden dann nicht mehr geprüft, sondern pauschal zurückgewiesen« (vgl. Migazin 2015b).

wähnt, jedoch bilden Kettenduldungen eine Art ›Ersatzaufenthaltsrecht‹, wobei dem Geduldeten aber nicht die mit dem Aufenthaltsrecht einhergehenden Rechte und Begünstigungen zuteil werden (vgl. Brahim et al. 2014: 165). Asylbewerber, die erfolgreich das Asylverfahren durchlaufen haben, wird eine Aufenthaltserlaubnis von drei Jahren erteilt. Soweit keine Voraussetzungen für eine Rücknahme der Aufenthaltserlaubnis vorliegen, kann das BAMF dem Flüchtling nach drei Jahren eine Niederlassungserlaubnis erteilen (vgl. AufenthG § 26 Abs. 1).<sup>9</sup>

In der Zwischenzeit befinden sich die Flüchtlinge in Deutschland in einer Situation, die als eine Art ›Warteraum‹ bezeichnet werden kann: »Sie wissen nicht genau, was am nächsten Tag passieren wird, ob sie in Deutschland bleiben können oder möglicherweise wieder abgeschoben werden« (Baron et al. 2014: 12). Damit einher gehen ein hoher Stress hinsichtlich der Unsicherheit der Aufenthaltssituation, der Unterbringung sowie der finanziellen Notlage, wodurch die Flüchtlinge »Erfahrungen des Ausgeliefertseins und des Kontrollverlusts« (ebd.: 12) machen können. Andreas Deimann (vgl. 2015: 425) verweist darauf, dass sich insbesondere durch die Duldungspraxis eine kontinuierlich ansteigende Exklusionsdynamik entwickelt, bei der das fehlende Aufenthaltsrecht zu großen psychischen Belastungen und Ängsten führt. Den Flüchtlingen stehe i. d. R. keine Wohnung und keine Privatsphäre zur Verfügung, sie erhalten keine oder nur ungenügend Sprachförderung, können ihr Leben nicht selbstständig finanzieren und leben in der ständigen Angst, dass ihr Duldungsstatus aufgehoben werden kann. Laut Waltraut Wirtgen führen geduldete Flüchtlinge ein »Leben zwischen zwei Stempeln« (Wirtgen 2009: A-2464), in dem jegliches Gefühl von Sicherheit fehlt.<sup>10</sup> Dies ist das Ergebnis einer »organisierten Desintegration« (Täubig 2009: 57), in der die bürokratischen Strukturen die Flüchtlinge zunehmend von der gesellschaftlichen Teilhabe in Deutschland ausschließen und das Asylverfahren alle Aspekte des Lebens beeinflusst; von der Unterbringung über die medizinische bis hin zur alltäglichen Versorgung. Dies beginnt bereits mit der Zuweisung in eine Unterkunft, die in einem zweischrittigen Verfahren vollzogen wird. Zunächst werden die Asylbewerber anhand des ›EASY-Verfahrens (ErstAufnahmeSYstem) auf Grundlage des Königsteiner Schlüssels<sup>11</sup> auf die Bundesländer verteilt. Die Flüchtlinge können hierbei keine eigenen

---

<sup>9</sup> Ein Überblick zu den aufenthaltsrechtlichen Grundlagen, der vom ›Netzwerk Arbeit für Flüchtlinge‹ im Jahr 2012 erstellt wurde, findet sich im *Anhang 1*. Dort werden die einzelnen Definitionen von Deutschen und Ausländern nach dem AufenthG sowie die sozial- und leistungsrechtlichen Ansprüche von Flüchtlingen und asylsuchenden Drittstaatsangehörigen schematisch dargestellt.

<sup>10</sup> Dass das ständige Gefühl von Unsicherheit der Geduldeten auch einen direkten Einfluss auf die Bildungssituation hat, wird anhand einer Aussage eines minderjährigen Flüchtlings ersichtlich: »Diese Aufenthaltsgenehmigung ermutigt uns nicht, zur Schule zu gehen. Weil die Aufenthaltsgenehmigung nur zwei Wochen oder einen Monat oder höchstens zwei Monate gültig ist. Bevor die Gültigkeit abläuft, ist man nie ruhig und man hat ständig Angst« (Joseph, keine Altersangabe, Sierra Leone, seit einem Jahr in Deutschland, Duldung)« (Schroeder 2003: 238).

<sup>11</sup> Der Königsteiner Schlüssel regelt die Verteilungsquote der Asylbewerber auf die Länder in der BRD. Hierbei basiert er zu zwei Dritteln auf den Steuereinkommen und zu einem Drittel auf der Bevölkerungsanzahl der einzelnen Bundesländer. Zudem beruht er auf einem Länderabkommen von 1949 und wird jährlich neu berechnet sowie veröffentlicht (vgl. BaMF 2015).

Wünsche äußern und höchstens die Aufenthaltsorte von Familienangehörigen ersten Grades angeben (vgl. Baron et al. 2014: 13; A. Müller 2013: 18). Laut AsylVfG (vgl. § 46 Abs. 3 Satz 2) muss lediglich die Einheit der Kernfamilie gewahrt werden, was jedoch in dem Versorgungsbericht von Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen (2014) kritisiert wird:

»Aus Sicht der Praxis resultiert dies für die Betroffenen z. T. in unverhältnismäßigen Härten: Sie werden von wichtigen Bezugspersonen getrennt, haben kaum Zugriff auf weitere Ressourcen, Unterstützungspersonen und Strukturen der spezialisierten gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung« (Baron et al. 2014: 13).

Die Asylsuchenden sind verpflichtet, in der Erstaufnahmeeinrichtung mindestens sechs Wochen, maximal jedoch drei Monate zu bleiben (vgl. AsylVfG § 47 Abs. 1). Hierbei ist die genaue Ausstattung der Erstaufnahmeeinrichtung nicht gesetzlich festgelegt. Kay Wendel (vgl. 2014: 9) von PRO ASYL schreibt diesbezüglich von »verschärften Lebensbeschränkungen«, da beispielsweise die Verpflegung, der räumliche Aufenthalt sowie Ein- und Ausgangskontrollen vorgeschrieben sind. Im Rahmen der Erstaufnahme müssen die Asylbewerber nach § 32 AsylVfG zudem eine teils in die Intimsphäre eindringende ärztliche Untersuchung auf übertragbare Krankheiten erdulden. Hierzu zählen körperliche Untersuchungen offensichtlicher Krankheitszeichen, eine Röntgenaufnahme der Atmungsorgane, Stuhluntersuchungen sowie eine serologische Untersuchung hinsichtlich HIV I und II sowie Hepatitis B (vgl. Bayerischer Landtag 2014: 2).

Nach der Erstaufnahme werden die Asylbewerber innerhalb der Bundesländer – oftmals erneut aufgrund eines Quotenschlüssels – auf die Landkreise verteilt (vgl. A. Müller 2013: 18). Hierbei sind sie entweder in Gemeinschafts- oder dezentralen Unterkünften untergebracht, in denen sie bis zum Abschluss ihres Asylverfahrens bleiben. Die genaue Ausgestaltung der Unterkünfte variiert hierbei von Bundesland zu Bundesland, wobei teilweise spezifische Mindeststandards gegeben sind, die stellenweise jedoch lediglich als Empfehlungen angesehen und umgesetzt werden (vgl. Wendel 2014). Oftmals wird im Hinblick auf die Gemeinschaftsunterkünfte von »mitunter kritische[n] hygienische[n] Bedingungen« (Schäfer 2015: 10) berichtet. Zudem sind die Kommunen zwar verpflichtet Flüchtlinge aufzunehmen, jedoch steht ihnen die Errichtung von Gemeinschaftsunterkünften frei, weshalb oftmals auch leerstehende Kasernen, Gewerberäume und Container zu Gemeinschaftsunterkünften umfunktioniert werden (vgl. Täubig 2009: 23). In den vergangenen Monaten griffen die Kommunen aufgrund hoher Flüchtlingszahlen und fehlender Räumlichkeiten darauf zurück, Zeltlager zu errichten,<sup>12</sup> die jedoch vor allem seitens medizinischer Experten zunehmend kritisiert werden, da dies zu hygienischen und gesundheitlichen Problemen führt, wodurch

---

<sup>12</sup> Z. B. findet sich derzeit in Dresden auf der Bremer Straße ein Zeltlager für ca. 800 Flüchtlinge, bei dem die Zelte für bis zu 34 Personen ausgelegt sind. Die Flüchtlinge kommen aus der Erstaufnahme in Chemnitz und sind in dem Zeltlager den Wetterextremen und mangelnden Rückzugsmöglichkeiten ausgesetzt (vgl. Sächsischer Flüchtlingsrat 2015).



sich unter anderem Infektionen innerhalb der Lager ausbreiten können (vgl. Migazin 2015f).

Die Versorgung von Flüchtlingen wird während des Asylverfahrens durch das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) geregelt. Dieses gewährt ihnen den »notwendige[n] Bedarf an Ernährung, Unterkunft, Heizung, Kleidung, Gesundheitspflege und Gebrauchs- und Verbrauchsgütern des Haushalts [...] bei einer Unterbringung in Aufnahmeeinrichtungen« (AsylbLG § 3 Abs. 1). Zusätzlich wird ihnen ein monatlicher Leistungssatz zugeschrieben, der je nach Alter und Familienstand variiert.<sup>13</sup> Maximiliane Brandmaier (2013) verweist darauf, dass Flüchtlinge im Rahmen des Asylverfahrens nicht nur ökonomisch, sondern auch sozial marginalisiert werden, wodurch sie zunehmend Gefühlen der Wertlosigkeit, Entfremdung und des Ausgeliefertseins ausgesetzt sind. Ebenfalls fühlen sie sich – abgeschnitten von ihrem Herkunftsland – enturzelt und durch den sozialen Statusverlust verängstigt. Ihre psychischen Probleme und Selbstzweifel werden zusätzlich dadurch verstärkt, dass ihnen auch die Erwerbstätigkeit untersagt bleibt (vgl. Brandmaier 2013: 18-19). Flüchtlinge werden somit zu »marginal men« (vgl. Park 1996), d. h. Menschen, die sich an den Rändern zweier Gesellschaften befinden; einerseits abgeschnitten von ihrem Herkunftsland, andererseits ausgeschlossen vom Aufnahmeland. Hierbei erfahren sie sich auf fünf verschiedene Arten und Weisen als fremdbestimmt: Sie 1) verlieren die Kontrolle über die Platzierung ihres Körpers im Raum, 2) müssen Eingriffe in ihre körperlich Integrität über sich ergehen lassen, 3) erfahren Beschränkungen hinsichtlich der sozialen Integration, 4) werden in Bezug auf ihre Identitätskonstruktion reglementiert und 5) empfinden kontinuierlich Unsicherheit und Angst (vgl. Niedrig 2003: 397).<sup>14</sup> Darüber hinaus werden sie täglich mit Diskriminierung bzw. Demütigungen konfrontiert, die nicht nur die belastende Unterkunft betreffen, sondern auch Kontrollen im Zug und in der Öffentlichkeit oder aber die Anfrage bei Behörden um Erlaubnis, sobald ein Bekannter sie besucht oder sie selbst die Kreisgrenze<sup>15</sup> überschreiten (vgl. LÄK-BW/LPK-BW 2011: 43).<sup>16</sup>

Als besonders prekär erscheint die medizinische Versorgungslage der Flüchtlinge. Nach

---

<sup>13</sup> Alleinstehende Leistungsberechtigte erhalten z. B. monatlich 143 €, Ehepartner je 129 € und Kinder zwischen sieben und 14 Jahren 92 € (vgl. AsylbLG§14Bek 2015).

<sup>14</sup> Hierzu schreibt David Becker (2003) von Mechanismen, welche den Asylbewerbern vor Augen führen, dass sie unselbstständig sind: »Was diesen Menschen hier pausenlos gezeigt wird, ist, dass sie weiter ohnmächtig bleiben sollen. Ein entscheidendes Moment von Traumatisierungserscheinungen ist die Ohnmacht und die Nichtselbstbestimmung. Ich denke, dass bei uns Flüchtlinge ganz zentral auf allen Ebenen, von der fehlenden Arbeitserlaubnis bis hin zu der Art, wie sie bei uns leben müssen, auf Ohnmacht und Nichtselbstbestimmung getrimmt werden« (Becker 2003: 72).

<sup>15</sup> Seit 01.01.2015 wurde die Residenzpflicht für Asylbewerber und Geduldete aufgehoben. Diese »erlischt, wenn sich der Ausländer seit drei Monaten ununterbrochen erlaubt, geduldet oder gestattet im Bundesgebiet aufhält« (AufenthG § 61 Abs. 1 Satz 1b). Eine »Wohnsitzauflage« gilt jedoch, wenn sie nicht eigenständig ihren Lebensunterhalt bestreiten können (vgl. AufenthG § 61 Abs. 1 Satz 1d).

<sup>16</sup> Die Einschränkungen, die die Asylbewerber und Geduldeten im Alltag erfahren, werden teilweise durch gemeinnützige Projekte abgefedert. Dies können z. B. eine Online-Jobbörse (vgl. Migazin 2015c) sein, für Flüchtlinge, die unentgeltlich einer Tätigkeit nachgehen wollen oder aber das Angebot eines offenen Hörsaals (vgl. Migazin 2015e), in dem sich Flüchtlinge als Gasthörer setzen können. Diese Angebote erscheinen jedoch im Vergleich zu den umfangreichen ökonomischen und sozialen Begrenzungen als geringfügig.

Richtlinie 2013/33/EU müssen die Mitgliedsstaaten dafür Sorge tragen, den Asylantragsstellern »den Schutz der physischen und psychischen Gesundheit« (Richtlinie 2013/33/EU Art. 17) zu gewährleisten. Dies umfasst »zumindest die Notversorgung und die unbedingt erforderliche Behandlung von Krankheiten und schweren psychischen Störungen« (ebd. Art. 19). Hierbei soll vor allem Folter-, Vergewaltigungs- und Gewaltopfern eine adäquate, professionelle Betreuung gewährleistet werden, wobei diese der Schweigepflicht des jeweiligen Mitgliedstaates unterliegt (vgl. ebd. Art. 25). Diese Richtlinie ist dem deutschen Gesetz zwar übergeordnet, jedoch ist bisher unklar, inwiefern in Deutschland die Geflüchteten hinsichtlich ihrer medizinischen Notlage identifiziert und versorgt werden sowie wer hierfür die finanzielle Sorge trägt (vgl. BAfF-Zentren 2015b). Laut Markus Kaltenborn entsprechen die deutschen Gesundheitsleistungen für Asylbewerber einer Notversorgung, die – unter Berücksichtigung des geltenden EU- und Völkerrechts – »rechtlich nicht mehr länger haltbar ist« (Kaltenborn 2015: 164). Besonders prekär sei hierbei die Tatsache, dass fachkundige Sozialarbeiter darüber entscheiden, ob den Flüchtlingen medizinische Leistungen zuteil werden, die über das Maß der Mindestversorgung hinausgehen (vgl. ebd.).

Laut AsylbLG stehen den Flüchtlingen die Versorgungsmittel für notwendige ärztliche und zahnärztliche Leistungen zur Verfügung für die Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen zu. Zusätzlich werden Leistungen »zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen« (AsylbLG § 4 Abs. 1) gewährleistet. Hierbei können einzelne Kostenpunkte, wie z. B. Brillen, ärztliche Aufklärungen, orthopädische Schuhe und Dolmetscherkosten erstattet werden, wenn diese »im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich« (ebd. § 6 Abs. 1) sind.

Als besonders problematisch erweist sich das Verhältnis zwischen medizinischem Personal und Flüchtlingen. Petrus Han verweist darauf, dass Krankheitserleben, -wahrnehmung und -ausdruck sowie Behandlungserwartungen sich ethnokulturell unterscheiden (vgl. Han 2010: 231). Mögliche Probleme im medizinischen Kontext im Allgemeinen sowie im psychotherapeutischen Kontext im Speziellen können durch sprachliche Hürden, abweichende Schmerzsymptomatiken und -repräsentationen, unterschiedliche Krankheitskonzepte zwischen den Kulturen sowie der Somatisierungsneigung spezifischer Flüchtlingsgruppen auftreten (vgl. Özkan/Belz 2013b: 104-105). Zwar können zu den einzelnen Sprechstunden Dolmetscher hinzugezogen werden, um als Sprach- und Kulturmittler zwischen Arzt und Flüchtling zu agieren, jedoch sind nicht in allen Städten Dolmetscher für eine Vielzahl von Sprachen vor Ort. Darüber hinaus gibt es Einwände seitens der Ärzte, dass Tabuthemen nicht vor dritten, fremden Personen angesprochen werden können, da dies die Offenheit im Gespräch mit dem Patienten beeinflussen könnte (vgl. König 2009: 92). Zudem

können Dolmetscher oftmals auch nicht auf das nötige Fachvokabular für das medizinische Gespräch zurückgreifen (vgl. Dreißig 2005: 229). Darüber hinaus weisen Barbara Abdallah-Steinkopff und Jürgen Soyer (vgl. 2013: 148) darauf hin, dass Dolmetscher dazu neigen würden, den Gesprächsverlauf zu beeinflussen, indem sie kultursensibel den Wortlaut des Arztes modifizieren und der Patient somit teilweise nicht alle nötigen Informationen erhält.<sup>17</sup>

Flüchtlinge werden innerhalb des Gesundheitssystems zunehmend Opfer von Diskriminierung. So wird teils darüber berichtet, wie Flüchtlinge nur mangelhaft ärztlich versorgt oder wie ihnen notwendige Gesundheitsleistungen untersagt werden. Kaltenborn weist darauf hin, dass dies auf die Gesetzgebung zurückzuführen ist, welche das medizinische Leistungsspektrum für Flüchtlinge stark reduziert und ihnen Gesundheitsleistungen oftmals erst nach langer Wartezeit gewährt. So sind sie nicht ins Versicherungssystem eingebunden, sondern unterstehen den §§ 4 und 6 des AsylbLG (vgl. Kaltenborn 2015: 161). Dabei müssen Flüchtlinge sich bisher mit Rücksprache des Sozialamtes einen Behandlungsschein ausstellen lassen, durch den sie erst den Arzt besuchen können. Rezepte, die sie von diesem erhalten, müssen daraufhin ebenfalls vom Amt genehmigt werden. Dieser Prozess kann sich aufgrund der damit zusammenhängenden Bürokratien über einen längeren Zeitraum hinziehen (vgl. Schammann 2015: 29).<sup>18</sup>

Besonders schwer trifft es psychisch erkrankte Flüchtlinge im Allgemeinen und traumatisierte Flüchtlinge im Speziellen. Studien zeigen, dass Flüchtlinge eine hohe Prävalenzrate psychischer Störungen aufweisen und dass diese durch ihre Erfahrungen im Asyl unter Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS), Depressionen und Somatisierungsstörungen leiden (vgl. Brandmaier 2013: 20). Weitere Untersuchungen weisen nach, dass Flüchtlinge eher zu einer PTBS neigen als die Bürger des jeweiligen Aufnahmelandes (vgl. Han 2010: 220; Fazel/Wheeler/Danesh 2005) und dass geduldete Flüchtlinge ebenso anfällig für psychische Probleme sind wie abgeschobene (vgl. Mueller et al. 2010). Hierbei können sich psychische Störungen oftmals im Asyl weiter verstärken. Eine Ursache ist einerseits die Entfremdung aufgrund der Entwurzelung vom Herkunftsland und andererseits die Desozialisation im Rahmen der Aufnahmegesellschaft, die zu einem Identitäts- und Orientierungsverlust führen kann. Dies resultiert letztendlich in einer »doppelte[n] existentielle[n] Unsicherheit und Orientierungsstörung« (Han 2010: 217). Ebenso kommt es oftmals zu einem Verlust der Handlungsautonomie aufgrund der fehlenden Sprachkenntnisse und einer Schwächung des

---

<sup>17</sup> Zur Beschreibung der kommunikativen Probleme von Flüchtlingen in der Psychotherapie siehe Kapitel 3.4.

<sup>18</sup> Eine Ausnahme bilden die Stadtstaaten Bremen und Hamburg, welche für Flüchtlinge die sogenannte »Gesundheitskarte« eingeführt haben. Hierdurch entfällt der langwierige bürokratische Prozess beim Sozialamt und die Leistungen fallen direkt in den Zuständigkeitsbereich des medizinischen Dienstes der Krankenkassen. Positiv äußert sich dies zudem dadurch, dass es aufgrund der Vorsorge zu Einsparungen in der Krankenbehandlung kommt und der Kostenaufwand der Sozialämter reduziert wird (vgl. BAfF-Zentren 2015a: 2). Dem neuen Flüchtlingskonzept zufolge ist auch in Berlin die Gesundheitskarte für Flüchtlinge geplant (vgl. Migazin 2015d).

Selbstwertgefühls, welche aus dem Berufsverbot hervorgeht (vgl. ebd.: 209, 214). Die fehlenden Rückzugsmöglichkeiten in den Gemeinschaftsunterkünften führen zu einer Verletzung der Intimität, welche ebenfalls stark belastend wirken kann (vgl. Engbers 2007: 104). Ibrahim Özkan et al. (2012) beschreiben wie ›Akkulturationsstress‹ sich ebenfalls auf die Traumafolgestörungen von Flüchtlingen auswirken kann. Hierunter sind Stressoren zu verstehen, die aufkommen, wenn sich ein Migrant an eine neue Lebenssituation anpassen bzw. sich von seiner Herkunftskultur lösen muss. Die daraus resultierende fehlende Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft – d. h. die bereits erwähnte Rolle des ›marginal man‹ – führt zu einem Zweifel an der eigenen Identität und zu erhöhtem negativen Stress. Hierzu zählen auch die Diskriminierungs- und Ausgrenzungserfahrungen, die die Flüchtlinge gegebenenfalls in der Aufnahmegesellschaft machen (vgl. Özkan et al. 2012: 112). Die Intensität des Akkulturationsstresses – und somit seine Auswirkungen auf die Psyche – ist abhängig vom Bildungsstand, Alter, Geschlecht und Familienstand des Betroffenen (vgl. Han 2010: 229).

Dem Artikel 21 der EU-Richtlinie 2013/33/EU zufolge zählen Flüchtlinge mit psychischen Störungen zu den ›schutzbedürftigen Personen‹. Ihre Beratung und Betreuung gilt als besonders anspruchsvolle Aufgabe, wobei sich die ökonomischen und sozialstrukturellen Rahmenbedingungen des Asylverfahrens erschwerend auf die therapeutische Arbeit auswirken. Diesbezüglich schreibt Antje Krueger (2012: 33):

»Die fürsorgliche Begleitung erfordert nicht nur ein einfühlsames Einlassen auf die psychischen Leiden und Nöte der Klientel, sondern bedeutet gleichsam die beidseitige Konfrontation mit limitierten Möglichkeiten der Unterstützung. In der Regel können aus asylrechtlichen Gründen kaum bis keine längerfristigen therapeutischen Angebote gemacht werden.«

Für die psychische Betreuung traumatisierter Flüchtlinge haben sich deutschlandweit insgesamt 30 Psychosoziale Zentren (PSZ) gebildet, die ein umfangreiches Leistungsspektrum für die Behandlung der Betroffenen bieten. Das Angebot reicht hierbei vom Erstgespräch und von der psychosozialen Beratung über individuell abgestimmte Therapieformen bis hin zur Anleitung von Selbsthilfegruppen und Gesprächen mit Sprach- und Integrationsmittlern (vgl. Baron et al. 2014: 26). Jedoch sind die PSZ nur unzureichend besetzt und können insgesamt lediglich zehn bis zwanzig Prozent des Versorgungsbedarfs decken, wobei es in einigen Bundesländern teilweise sogar nur eine einzige Anlaufstelle gibt, wie z. B. in Mecklenburg-Vorpommern, Saarland und Thüringen (vgl. BAF-Zentren 2015a). Erschwerend kommt hinzu, dass zwar seit dem 1. März 2015 Flüchtlinge, die über 15 Monate in Deutschland sind, eine Krankenversicherung erhalten, viele der Therapeuten innerhalb der PSZ jedoch keine Kassenzulassung haben und die Dolmetscherkosten, die oft im Rahmen der Therapie entstehen, nicht von den Krankenkassen getragen werden (vgl. Schwager 2015). Ebenfalls bleibt eine Unterstützung durch niedergelassene Psychotherapeuten aus verschiedenen Gründen

größtenteils aus. Dies sind z. B. die begrenzten Versorgungskapazitäten, der bürokratische Aufwand, die mangelhafte Qualifikation zur Behandlung von Flüchtlingen, sprachliche Barrieren sowie etwaige Vorbehalte gegenüber der Zielgruppe (vgl. Baron et al. 2014: 38-39). Somit kommt es, dass die durchschnittliche Wartezeit von Flüchtlingen auf einen Therapieplatz zirka 6,5 Monate beträgt. 50 % warten hierbei zwischen sechs und zwölf Monate bis zum Therapiebeginn. Bis zu 13 % der Betroffenen können hierbei sogar bis zu mehr als einem Jahr warten, während es nur 10 % möglich ist, die Therapie zeitnah, d. h. innerhalb von einem Monat, zu beginnen (vgl. ebd.: 33).

Eine Möglichkeit, um den Flüchtlingen einen Teil ihrer Handlungsautonomie sowie ihrer Selbstsicherheit wiederzugeben, findet sich in der Implementierung spezifischer ›Deutschkurse für Asylbewerber‹, an denen auch Geduldete teilnehmen können. Diese wurden erstmals 2013 in Bayern eingeführt sowie evaluiert und seitdem von anderen Bundesländern modifiziert übernommen. Die Anzahl der angebotenen Unterrichtseinheiten (UE) variiert hierbei je nach Bundesland, wobei in Hamburg, Bayern und Schleswig-Holstein mit 400<sup>19</sup> UE bisher die umfangreichsten Kurse angeboten werden. Ein weiteres Beispiel bilden die Volkshochschulprojekte ›STAFF.SH – Starter Paket für Flüchtlinge der Volkshochschulen Schleswig-Holstein‹ sowie das Projekt ›WiR – Willkommen in Rheinland-Pfalz‹. Dies sind niederschwellige Sprachkurse, die den Flüchtlingen einen Einstieg in die deutsche Sprache gewährleisten sollen. All diese Kurse beziehen sich zwar primär auf Asylbewerber, jedoch dürfen auch Geduldete an ihnen teilnehmen, damit diese nicht aufgrund mangelnder Sprachfähigkeiten dem Druck einer zunehmenden Isolation in der deutschen Gesellschaft ausgesetzt sind (vgl. Deutscher Volkshochschul-Verband 2014).<sup>20</sup>

Bis hierhin lässt sich zusammenfassen, dass sich ein Großteil der Flüchtlinge in Deutschland in einer prekären Situation befindet und sie aufgrund ihrer Erfahrungen, die sie vor, während, aber auch nach der Flucht machen, kontinuierlich psychischen Belastungen ausgesetzt sind. Hierzu zählen vor allem auch die Umstände, mit denen sie während des Asylverfahrens konfrontiert werden. Gerade da auch viele traumatisierte Flüchtlinge keine adäquate Therapie erhalten, lässt sich annehmen, dass auch Teilnehmer der Deutschkurse für Asylbewerber und Geduldete ebenfalls mit

---

<sup>19</sup> Es ist jedoch zu erwähnen, dass sich die Anzahl der UE beispielsweise in Hamburg zwischen Asylbewerbern und Geduldeten aufsplitten. So erhalten Asylbewerber von vornherein die vollen 400 UE, während Geduldete mit einer Duldung von unter sechs Monaten nur 100 UE gestattet bekommen. Erst wenn diese eine Duldung und Aufenthaltsgestattung von mindestens sechs Monaten erhalten, werden ihnen 300 weitere UE gewährt. Das Prekäre an dieser Regelung in Hamburg ist jedoch, dass Kettengeduldete, deren Duldung stets nur für weniger als sechs Monate verlängert wird, nur einmalig 100 UE erhalten, während ihnen daraufhin weitere Deutschstunden versagt bleiben, obwohl sie sich im Bundesgebiet aufhalten und auf eine Erstorientierung angewiesen sind (vgl. A. Schwarzer 2015).

<sup>20</sup> Asylbewerber, die erfolgreich das Asylverfahren beendet haben, haben Anspruch auf die Teilnahme an einem Integrationskurs. Da dies aber nicht bedeutet, dass sie aufgrund ihres Statuswechsels auch ihre psychischen Probleme hinter sich lassen, ist anzunehmen, dass sich auch eine Vielzahl traumatisierter Flüchtlinge innerhalb der Integrationskurse wiederfindet. Die weiteren Ausführungen in dieser Arbeit beziehen sich zwar primär auf die Deutschkurse für Asylbewerber und Geduldete, da in diesen traumatisierte Flüchtlinge gebündelt vorgefunden werden können, jedoch ist anzunehmen, dass sich ein Großteil der Aussagen auch auf Integrationskurse übertragen lässt.

psychischen Störungen oder einer Traumatisierung am Unterricht teilnehmen. Traumatisierte Flüchtlinge bilden somit – neben der Heterogenität, den kulturellen Differenzen, der Sprachbarriere etc. – eine weitere Herausforderung für die Lehrkräfte im Bereich ›Deutsch als Zweitsprache‹.

## **2 Zweitspracherwerb und Emotionen**

Im Folgenden wird dargelegt, wie der Zweitspracherwerb und Emotionen bei Erwachsenen aus neurowissenschaftlicher und psychologischer Perspektive miteinander im Verhältnis stehen. Dies soll ein grundlegendes Verständnis dafür sichern, welchen Einfluss Extremlastungen und Traumatisierungen auf den gesteuerten Erwerb der deutschen Sprache in entsprechenden Kursen für Asylbewerber und Geduldete haben können.

Unter der Zweitsprache ist hier jegliche Sprache zu verstehen, die nach der Erstsprache erworben wird. Es handelt sich also nicht bloß um die zweite Sprache, sondern kann sich auch auf eine dritte, vierte oder n-te Sprache beziehen (vgl. Ahrenholz 2010: 19). Ein zentrales Konzept des Zweitspracherwerbs bildet die ›Lernersprache‹ bzw. ›Interlanguage‹ (Selinker 1972), die eine »Übergangs- oder Zwischensprache« (Apeltauer 2010: 833) bildet, welche sich in ihren Strukturen anfangs an der Erstsprache orientiert und sich im Erwerbsverlauf zunehmend der Zweitsprache annähert. Hierbei bildet sie ein eigenständiges, lernerspezifisches und dynamisches System, das zudem störungsanfällig sowie vom Vergessen bedroht ist. Im Hinblick auf den Verlauf ist die Lernersprache insofern als variabel und diskontinuierlich zu bezeichnen, dass der Lerner nicht nur Fortschritte macht, sondern auch »Phasen des Verweilens (Lernplateau) oder der Rückentwicklung (*backsliding*)« (ebd.: 835) durchläuft. Die Ausbildung der Zweitsprache wird im Wesentlichen von der Lebens- und Lernsituation beeinflusst, wobei Hans Barkowski darauf hinweist, dass – und dies trifft, wie gezeigt, insbesondere auf Flüchtlinge in Deutschland zu – diese Lebensbedingungen gekennzeichnet sind durch eine kulturelle, soziale sowie politische Unterprivilegierung sowie die mangelnde »Bereitschaft der Mehrheitsgesellschaft, in Bemühungen zur sozialen und sprachlichen Eingliederung der Einwanderer angemessen zu investieren« (Barkowski 2003: 157).

In der Forschung wird zwischen ungesteuertem und gesteuertem Zweitspracherwerb unterschieden. Ersterer bezieht sich auf Aneignungsprozesse, die nicht im unterrichtlichen Rahmen erfolgen oder systematisch beeinflusst werden, sondern »in und durch (sozial hochrelevante) Kommunikation« (Ahrenholz 2010: 19) erfolgen. Demgegenüber bezieht sich Letzterer auf den Unterricht bzw. eine andere Lehr-Lernsituation, innerhalb derer die zu erwerbende Sprache nicht von Bedeutung für den kommunikativen Erfolg ist. Der Zweitspracherwerb ist hierbei dahingehend gesteuert, dass er zu großen Teilen systematisch, intentional und unterrichtlich gestützt befördert wird (vgl.

Ahrenholz 2008: 7).<sup>21</sup> Da es in der vorliegenden Arbeit um den Einfluss von Traumatisierungen und deren Folgestörungen auf den DaZ-Unterricht geht, wird im Folgenden primär auf den gesteuerten Zweitspracherwerb Bezug genommen. Dies bedeutet jedoch nicht, dass der Lerner nicht auch ungesteuert Input erhält. Vielmehr verweist das Wort ›gesteuert‹ darauf, dass *vorwiegend* ein Lernen, d. h. eine intentionale und systematische Sprachaneignung stattfindet. Diese wird jedoch ergänzt durch ungesteuerte Spracherwerbsprozesse, die im Hintergrund ablaufen und die der Lehrperson oftmals im Verborgenen bleiben. So trägt der Lerner seine Spracherfahrungen aus dem Alltag auch unbewusst in den Unterricht hinein und beeinflusst diesen dadurch zusätzlich.

Im Folgenden wird der Zweitspracherwerb zunächst hinsichtlich der ihm zugrunde liegenden Gehirnfunktionen beobachtet.<sup>22</sup> Hierbei ist der Zweitspracherwerb zunächst als ein neurobiologisches und -physiologisches Phänomen zu beschreiben; genauer: als »Prozess der Aufnahme von Reizen und Informationen über die Sinnesorgane und deren langfristige Einspeicherung in bestimmte Gehirnstrukturen« (Ogasa 2011: 116). Grundlegend für die Gehirnfunktion sind die Neuronen, welche durch Synapsenbildung miteinander in Verbindung treten. Dadurch entstehen neuronale Netzwerke, die umso ausgeprägter sind, je größer das Wissen um einen Bereich ist. Die Synapsenstärke gibt hierbei vor, wie fest dieses Wissen verankert ist und wie häufig es frequentiert wird (vgl. Spitzer 2002: 42-43).<sup>23</sup> Lernen ist demzufolge eine interne, neuronale Umstrukturierung, d. h. eine »Veränderung der betroffenen Neuronenpopulationen, indem das neue Wissen an bereits vorhandenes andockt« (Grein 2013: 14). Die Hirnforschung zeigt, dass Erwachsene zwar weniger, dafür aber festere neuronale Verbindungen aufweisen als Kinder (vgl. Grein 2013: 8),<sup>24</sup> und dass ihre Synapsen veränderungsresistenter sind bzw. dass auch für die Bildung neuer neuronaler Netzwerke mehr Zeit benötigt wird (vgl. Schmidt 2010: 671). Dies ist die neurobiologische Grundlage für die Hypothese der ›fluiden‹ und ›kristallinen Intelligenz‹, nach der Ersterer die Geisteskapazität sowie die Auffassungsgabe bezeichnet, die mit dem Alter abnimmt, während Letztere das spezifische Wissen sowie die Fähigkeit zur Verbindung von Informationen zu vorhandenen Wissensbeständen darstellt und kontinuierlich ansteigt. Die Informationsaufnahme und -verarbeitung beanspruchen folglich zunehmend mehr Zeit, während der Rückgriff auf bestehende Problemlösungsansätze sowie

---

<sup>21</sup> Die Attribute ›gesteuert‹ und ›ungesteuert‹ stehen hierbei im Verhältnis mit den Tätigkeiten des ›Lernens‹ und ›Erwerbens‹. Diese Dichotomie geht zurück auf Stephen D. Krashen (1981).

<sup>22</sup> Einen Ausgangspunkt hierfür nennt John H. Schumann (1999: 28): »The brain is, of course, the site of language acquisition, and thus a better understanding of the brain can shed light on how language learning process functions.«

<sup>23</sup> Aus dieser Erkenntnis heraus entstammt die bereits 1949 entstandene sog. Hebb'sche Lernregel: ›Neurons that fire together, wire together‹ (Hebb 2002). Dies zeigt sich z. B. auch darin, dass Lernungewohnte wesentlich weniger aktive Neuronennetzwerke im Kortex vorweisen können als dies bei Lernungewohnten der Fall ist (vgl. Grein 2013: 45).

<sup>24</sup> Imke Biermann (vgl. 2013: 548) weist darauf hin, dass die Synapsendichte und -leistungsfähigkeit nicht-linear miteinander zusammenhängen. Dies bedeutet, dass weniger Verschaltungen nicht notwendigerweise weniger Effizienz bedeuten. Vielmehr kommt es auf die Verbindungsstärke der Neuronen an.

das logische Denken und das Erkennen von Zusammenhängen weiter ausgebaut werden (vgl. Grein 2013: 61; Hasselhorn 2009: 40-41; Horn/Cattell 1967).<sup>25</sup> Dies lässt sich neurowissenschaftlich einerseits auf Grundlage der eben genannten Verfestigung der neuronalen Netzwerke begründen, andererseits aber auch mithilfe der Myelinhülle,<sup>26</sup> die sich um die Axone<sup>27</sup> eines jeden Neurons bildet. Diese nimmt im Laufe des Alters ab, wodurch auch die in den Nerven befindlichen elektrischen Impulse langsamer weitergeleitet werden und folglich auch die Informationsverarbeitung älterer Menschen mehr Zeit beansprucht (vgl. Grein 2013: 15-16).

Da sich das Gehirn im Lernprozess aufgrund der stattfindenden Synaptogenese kontinuierlich verändert, hat jede Erfahrung einen Einfluss auf dessen Plastizität (vgl. Hüther 2013: 99-100). Ganz im Sinne des ›lifelong learning-Konzepts (vgl. Alheit/Dausien 2010) befindet sich das Gehirn in einer lebenslangen Transformation; einem andauernden Prozess neuronaler Veränderung (vgl. Lüpke 2006: 75). Dies bedeutet zudem, dass gewachsene Verschaltungen auch korrigiert werden können (vgl. Hüther 2013: 83-84), was beispielsweise von Bedeutung für die Weiterentwicklung der Lernersprache oder das Aufbrechen von Fossilisierungen ist. Durch die kontinuierliche Veränderung entwickelt sich jedes Gehirn unterschiedlich, wobei es jedoch nicht als eine stets anwachsende Festplatte zu denken ist, bei der Daten unverändert abgelegt und erneut aufgerufen werden können, sondern vielmehr in Form eines ›storage-and-restoreage-Modells, bei dem Gedächtnisinhalte fortwährend stabilisiert und destabilisiert werden (vgl. Huber 2006: 64).

Das Gehirn stellt ein interdependentes, ganzheitliches und komplexes System dar, in dem alle Teile miteinander verknüpft sind (vgl. Arnold 2002: 173-174).<sup>28</sup> Hierbei kann es in drei hierarchisch und funktionell geordnete Teile untergliedert werden: a) das Ur- bzw. Stammhirn, b) das Limbische System (Limbus) und c) die Großhirnrinde (Cortex) (vgl. Arnold 2002: 22-24; Grein 2013: 9-13). Das a) *Ur- bzw. Stammhirn*, das auch ›Reptiliengehirn‹ genannt wird, reguliert die einfacheren Grundemotionen (z. B. Angst, Aggression), das Erkundungsverhalten sowie die unterschiedlichen instinktgesteuerten Körperbewegungen, wie z. B. den Kampf-, Flucht- und Erstarrensreflex bei drohender Gefahr. Das Ur- bzw. Stammhirn wird dementsprechend dann aktiviert, wenn ankommende Reize als Gefahrensignale wahrgenommen werden, woraufhin eine Stress-Reaktion im Gehirn ausgelöst wird (vgl. Arnold 2002: 22-24). Aus diesem Grund wird das ›Reptiliengehirn‹ dominant im dritten Kapitel dieser Arbeit thematisiert. Für das Sprachlernen außerhalb derartiger Stress-Reaktionen ist es jedoch nicht maßgeblich relevant. Vielmehr sind hierfür vor allem

---

<sup>25</sup> Einen Überblick über die Merkmale und Wirkweisen fluider und kristalliner Intelligenz gibt Grein (vgl. 2013: 61).

<sup>26</sup> Die Myelinhülle ist eine Schutzschicht, die sich um die Axone der Neuronen ausbildet, elektrisch isoliert und eine schnellere Weiterleitung der elektrischen Impulse innerhalb der Nervenfortsätze gewährleistet (vgl. Grein 2013: 15).

<sup>27</sup> Die Axone sind die Nervenfortsätze, welche die Reize weiterleiten.

<sup>28</sup> Ein Überblick über den Aufbau des Gehirns und das Limbische System findet sich im *Anhang 2*.



das limbische System und der Cortex von Bedeutung (vgl. Grein 2013: 9-13):

b) *Das limbische System* besteht unter anderem aus der Amygdala, dem Hippocampus, dem Fornix, der Gyrus cinguli und Teilen des Thalamus. Es ist zentral im Gehirn zu verorten und im Wesentlichen dafür verantwortlich, ob Reize, die durch die Sinnesorgane wahrgenommen werden, als bekannt/unbekannt, wichtig/unwichtig und angenehm/unangenehm eingeordnet werden. Die ankommenden Informationen werden einerseits mit bestehenden Gedächtnisinhalten abgeglichen und andererseits werden sie emotional bewertet. Wird eine Information als bekannt und unwichtig eingestuft, wird diese nicht an weitere Hirnstrukturen weitergeleitet (vgl. Grein 2013: 10-11). Hierbei spielt vor allem der Hippocampus eine zentrale Rolle, der deshalb stellenweise auch als »Neuigkeitsdetektor« bezeichnet wird. Somit ist der Hippocampus unabdingbar für das Lernen neuer Wissens Elemente und insbesondere für das Lernen von Fakten; und demnach auch für das Lernen von Vokabeln (vgl. ebd.: 22, 34, 37). Eine weitere wichtige Rolle kommt der Amygdala zu, die Verbindungen mit einer Vielzahl von Gehirnstrukturen aufweist und für die Wahrnehmung sowie damit einhergehend für die Aufmerksamkeit und das Lernen von Bedeutung ist. Hierbei ist sie auch stark mit dem Hypothalamus verknüpft, wodurch sie an homöostatischen und hormonellen Vorgängen beteiligt ist. Ebenfalls verbunden ist sie mit dem präfrontalen Cortex und den Basalganglien, durch die das Arbeitsgedächtnis und die Aufmerksamkeit gesteuert werden, dem sensorischen Cortex, durch den Wahrnehmungen und Kurzzeitspeicherungen erfolgen, sowie dem Hippocampus, der neben der Erkennung von neuen Reizen auch für die Speicherung von Informationen im Langzeitgedächtnis verantwortlich ist. Da die Amygdala ebenfalls mit den sensorischen Feldern des Cortex verbunden ist, weist sie auch einen hohen, modulierenden Einfluss auf die frühe Wahrnehmung auf, was insbesondere für das Lernen von großer Bedeutung ist. Darüber hinaus ist die Amygdala ein Kernelement des Angstsystems im Gehirn. Durch sie werden einerseits äußerliche Reize als Gefahren eingestuft und andererseits entsprechende Abwehrmechanismen eingeleitet, sei es in Form eines körperlichen Reflexes oder hormoneller Ausschüttungen. Hierdurch ist sie auch daran beteiligt, dass emotionale Stimuli in der Erinnerung abgespeichert werden und zukünftig wieder abrufbar sind (vgl. Arnold 2002: 79-83, 96).

Wie bereits erwähnt werden durch den Hippocampus neue Informationen gelernt. Darüber hinaus werden aber auch unvollständige Informationen durch Inhalte des Langzeitgedächtnisses ergänzt. Dies führt auch zu dem Phänomen der Inferenz, dem »Mitdenken«, bei dem z. B. Lücken innerhalb eines Textes aufgrund des Kontextes durch vorhandene Wissensbestände vervollständigt werden können (vgl. Solmecke 2010: 970-971). Ebenfalls werden aufgenommene Informationen durch den Hippocampus in das Langzeitgedächtnis eingespeist, welches sich im Cortex befindet.

Dies geschieht vorwiegend in der Schlafphase, in der »das Gehirn äußerst aktiv [ist] und die Neuronen oft aktiver als im Wachzustand« (Grein 2013: 76) sind. Dies ist die Phase, in der die am Tag aufgenommenen Reize konsolidiert, »d.h. in stabilere Neuronenpopulationen überführt« (ebd.) werden, und folglich auch der Moment, in dem die bestehenden neuronalen Netzwerke im Cortex transformiert werden. Hierbei wird davon ausgegangen, dass prozedurale Gedächtnisinhalte vorwiegend in der REM-Schlafphase verarbeitet und deklarative Gedächtnisinhalte primär in der Non-REM-Phase gefestigt werden.<sup>29</sup> Die für die Konsolidierung benötigte Zeit variiert dabei von Person zu Person. Generell lässt sich jedoch sagen, dass Schlafmangel zu Aufmerksamkeitsdefiziten und einer Verschlechterung des Arbeitsgedächtnisses, der Stimmungslage, der Motorik sowie des logischen Denkens führen kann; wodurch ersichtlich wird, dass psychische Erkrankungen, die mit Schlafstörungen einhergehen, Lernprobleme verursachen können (vgl. ebd.).

c) *Der Cortex* ist insofern wichtig für das Sprachlernen, dass sich in ihm die für das Sprachverstehen sowie die Sprachproduktion relevanten Gehirnareale befinden (vgl. Spitzer 2002: 36). Er ist der Bereich des Gehirns, in dem sich die neuronalen Netzwerke aufbauen und reorganisieren, d. h. zu lernende Informationen abgespeichert sowie bereits vorhandene Wissensbestände umstrukturiert werden (vgl. Grein 2013: 9, 14). Der Cortex ist in zwei Hemisphären unterteilt.<sup>30</sup> Der Zweitspracherwerb wird hierbei dominant der linken Hemisphäre zugeschrieben, beansprucht jedoch auch die rechte Hemisphäre (vgl. List 1987: 90, 94). Im Cortex finden sich zudem die Sprachzentren des menschlichen Gehirns, wobei die beiden Hauptsprachzentren das Broca- und das Wernicke-Areal sind. Diese befinden sich bei den meisten Menschen in der dominanten Hemisphäre – bei Rechtshändern wäre dies beispielsweise oftmals die linke Hemisphäre<sup>31</sup> –; genauer gesagt: oberhalb des dort gelegenen Schläfenlappens (vgl. Lehmann 2014). Diese beiden Areale grenzen jedoch nicht aneinander, sondern werden durch den Fasciculus arcuatus miteinander verbunden; was auch zeigt, dass die beiden nicht unabhängig voneinander funktionieren, sondern sich gegenseitig beeinflussen (vgl. Legutko-Marszałek 2013: 24). Das Broca-Areal ist für die Sprachproduktion zuständig, reguliert die Sprachmotorik sowie die dabei angewandten grammatikalischen und syntaktischen

---

<sup>29</sup> Insgesamt gliedert sich der Schlaf in fünf Phasen, wobei die ersten vier Phasen die Non-REM-Schlafphasen bilden. Diese dauern insgesamt zirka 90 bis 120 Minuten. Zu ihnen gehört auch die Tiefschlafphase (Phase IV), welche von hoher Bedeutung für die Verarbeitung des deklarativen Wissens ist. Die fünfte Schlafphase bildet die REM-Schlafphase (Rapid Eye Movement). Diese zeichnet sich durch schnelle Augenbewegungen aus, während der Rest des Muskelskeletts entspannt ist. Demgegenüber erhöhen sich der Blutdruck und die Herzrate sowie die Atemgeschwindigkeit. Die REM-Phase dauert ca. 10 Minuten. Bei den fünf Schlafphasen handelt es sich um einen Zyklus, d. h. nach der REM-Phase beginnt erneut Phase I der Non-REM-Phase. Mit zunehmendem Verlauf der Zyklen steigt auch die Dauer REM-Phase. Die letzte REM-Phase kann hierbei bis zu einer Stunde andauern (vgl. Swierzewski 2000).

<sup>30</sup> Während die linke Hemisphäre vorwiegend für das analytische und intellektuelle Denken sowie abstrakte und logische Sinnzusammenhänge verantwortlich ist, lassen sich in der rechten Hemisphäre das intuitive und konkrete Denken sowie affektive Sinnzusammenhänge verorten (vgl. Edmondson/House 2011: 105).

<sup>31</sup> Die linke Hemisphäre bildet bei ca. 95 % der Rechtshändigen und 70 % der Linkshändigen den sprachdominanten Teil des Gehirns (vgl. Legutko-Marszałek 2013: 21).

Regeln. Grein hebt hervor, dass beim Zweitspracherwerb die mentalen Lexika, welche im Broca-Areal verortet sind, bis zu den Kompetenzniveaus A2 bzw. B1 aktiviert werden. Dies weist darauf hin, dass bis zu diesem Stadium neue Vokabeln zunächst an die Erstsprache anknüpfen, obwohl bereits Teile der Fremdsprache in anderen Bereichen des Gehirns abgespeichert sind. Ebenfalls wird hierdurch ersichtlich, dass der Zweitspracherwerb nicht ohne die Erstsprache zu denken ist, da erste Erwerbsprozesse an das Wissen um die Erstsprache anknüpfen (vgl. Grein 2013: 43). Das Wernicke-Areal ist hingegen für die Sprachrezeption verantwortlich. Es speichert akustische Erinnerungen von Wörtern, verarbeitet akustische Reize rational und ordnet ihnen eine Bedeutung zu, weswegen es auch als Spracherinnerungszentrum bezeichnet wird (vgl. Lehmann 2014). Hierfür werden die Wörter mit den Wissensbeständen des Sprachgedächtnisses sowie des entsprechenden Kontextwissens abgeglichen (vgl. Grein 2013: 38). Die Sprachverarbeitung lässt sich jedoch nicht nur auf eine Hemisphäre beschränken, sondern vielmehr wird derzeit eine »komplementäre Hemisphärenspezialisierung« angenommen (vgl. H. Müller 2013: 75-78), bei der beide Gehirnhälften auf je unterschiedliche Art mit demselben Stimulus umgehen. Hierdurch sind beide Hemisphären an der Sprachverarbeitung beteiligt (vgl. Legutko-Marszałek 2013: 22), wobei aber ca. ab dem 25. Lebensjahr die Sprachverarbeitung dominant von der rechten übernommen wird (vgl. Grein 2013: 36).

Der Cortex lässt sich in drei historisch nacheinander entstandene Teile untergliedern: den Archicortex, den Paleocortex sowie den Neocortex. Der jüngste Teil, der Neocortex, ist für die Rationalität und die Entwicklung von Ideen zuständig. Zudem entstehen hier Bewertungen, die in Interaktion mit subkortikalen Strukturen – und somit auch mit dem Limbischen System – emotionale Reaktionen evozieren können. Durch diese Verbindungen ist der Neocortex ebenfalls dafür verantwortlich, die in den subkortikalen Strukturen auftretenden emotionalen Informationen in eine größere Handlungskohärenz und -flexibilität zu integrieren (vgl. Arnold 2002: 24).

Generell lassen sich aus der Neurolinguistik drei wesentliche Erkenntnisse ableiten (vgl. Ogas 2011: 109-110): Sprachlernen basiert 1) auf einem unbewussten Prozess, der auf bereits vorhandenem Wissen beruht, 2) auf der Einordnung von Informationen als wichtig und angenehm und 3) auf der Tatsache, dass »der menschliche Organismus [...] nicht bewusst entscheiden [kann], was er erlernen und damit erinnern will« (ebd.: 110).

Aus lernpsychologischer – genauer: aus konstruktivistischer – Sicht stellen die Informationen, die das Gehirn verarbeitet, ein Produkt sozial-konstruktiver Prozesse dar, die problemorientiert und aktiv aufgenommen und abgespeichert werden (vgl. Renkl 2010: 740). Lernen ist hierbei ein emergentes Phänomen, d. h., dass es nicht auf spezifische Ausgangspunkte zurückgeführt werden kann. Zudem stellt es eine »Interaktion zwischen bereits vorhandenem Wissen und den

eingehenden Informationen« (Wolff 2004: 94) dar, bei der die resultierenden Wissensbestände subjektive Konstrukte bilden. Lernen ist hierbei stets situiert, also zu jeder Zeit an die spezifische Lernumgebung gebunden (vgl. Renkl 2010: 746), wobei insbesondere im Hinblick auf erwachsene Lerner die kulturelle sowie sozioökonomische Situiertheit berücksichtigt werden muss (vgl. Gruber/Harteis 2008: 207-208). Wichtige Aspekte der situativen Lernfähigkeit sind diesbezüglich die Sozialisationsschicksale und der Sozialstatus der Familie, der schulische Bildungsgang sowie spezielle Lebensschicksale, also die individuellen Umstände und die altersspezifischen Merkmale (vgl. Döring/Ritter-Mamczek 1997: 179). Aus der Situiertheit des Lerners erfolgt ebenfalls der Anspruch auf mehrkanaliges Lernen, wodurch das Lernen handlungsorientiert und ganzheitlich verstanden wird (vgl. Grein 2013: 69). Darüber hinaus ist Lernen im unterrichtlichen Kontext aber auch stets aufmerksamkeitsgesteuertes Lernen, bei dem die Priorität auf einzelne Informationen gelenkt wird, welche aus den vorliegenden Informationen selektiert werden. Je intensiver sich der Lerner mit den Lerninhalten auseinandersetzt und je stärker seine Aufmerksamkeit ist, umso tiefer und nachhaltiger werden die Informationen im Gedächtnis verarbeitet (vgl. Spitzer 2002: 6).<sup>32</sup>

Das Gedächtnis lässt sich nach dem ›Mehr-Speicher-Modell‹ in drei Teile untergliedern (vgl. Jecklin 2001: 124; Ogasa 2011: 119; Speckmann/Wittkowski 1998: 143-145): 1) Ultrakurzzeitgedächtnis oder sensorisches Gedächtnis, 2) Kurzzeitgedächtnis und 3) Langzeitgedächtnis.<sup>33</sup>

1) *Das Ultrakurzzeitgedächtnis* wird nur wenige Sekunden aufgrund eines wahrgenommenen Reizes aktiviert, wodurch das Gehörte bzw. Gesehene unmittelbar wiedergegeben werden kann. Es dient vor allem zur Mustererkennung, bei der den jeweiligen Reizen Aufmerksamkeit zugewendet wird. Das Ultrakurzzeitgedächtnis nimmt hierbei Reize durch alle Sinnesorgane auf und speichert sie, wobei diese aufgrund der Fülle von Informationen nach kurzer Zeit aber wieder vergessen werden. Nur einige von ihnen – nämlich: die als relevant eingeordneten – werden an das Kurzzeitgedächtnis weitergeleitet.

2) *Das Kurzzeitgedächtnis* ist länger aktiv als das sensorische Gedächtnis. In ihm können für wenige Sekunden bis hin zu wenigen Minuten zirka  $7 \pm 2$  Informationseinheiten gespeichert werden (vgl. Miller 1956). Diese Leistungsfähigkeit nimmt aber etwa nach dem 40. Lebensjahr ab, wodurch es zu entsprechenden Lerndefiziten kommen kann (vgl. Edmondson/House 2011: 178). Alan Baddeley und Graham J. Hitch führten 1974 das Modell des Arbeitsgedächtnisses<sup>34</sup> ein, welches verdeutlicht, dass das Kurzzeitgedächtnis drei unterschiedliche Speichermodule beinhaltet, die sie als

---

<sup>32</sup> Dies drückt Spitzer prägnant im Folgenden Satz aus: »Je intensiver wir uns mit Inhalten beschäftigen, desto eher hinterlassen sie Spuren im Gedächtnis. [...] Je mehr, je öfter, je tiefer, desto besser für das Behalten.« (Spitzer 2002: 6).

<sup>33</sup> Eine Übersicht zu den Gedächtnisoperationen und zur Sprachwahrnehmung findet sich im *Anhang 3*.

<sup>34</sup> In der Forschung werden die Begriffe Kurzzeit- und Arbeitsgedächtnis stellenweise synonym verwendet. Teilweise wird das Arbeitsgedächtnis aber auch als eine Ergänzung zum Kurzzeitgedächtnis gefasst (vgl. Ogasa 2011: 119).

›phonologische Schleife‹, ›räumlich-visuellen Notizblock‹ und ›episodischen Puffer‹ bezeichnen.<sup>35</sup> Zudem beschreiben sie die sogenannte zentrale Exekutive, welche dafür verantwortlich ist, die Aufmerksamkeit einem und mehreren der jeweiligen Subsysteme zuzuordnen. Das Arbeitsgedächtnis dient hierbei nicht nur der Aufnahme und Bereitstellung aktueller Reize, sondern integriert auch bereits vorhandenes Wissen aus dem Langzeitgedächtnis in seinen Verarbeitungsprozess (vgl. Markowitsch et al. 2013: 291). Zoltán Dörnyei bezeichnet das Arbeitsgedächtnis und insbesondere die phonologische Schleife aufgrund ihres Zusammenhangs mit den für die akustischen Reize zuständigen Hirnregionen und Sinnesorganen als »to be an ideally suited memory construct for SLA<sup>36</sup>« (Dörnyei 2005: 55). Jean-Marc Dewaele weist darauf hin, dass die Kapazität des Arbeitsgedächtnisses eine zentrale Komponente für die Sprachbegabung darstellt, wobei eine Verbindung zwischen der Kapazität des Arbeitsgedächtnisses für die Erstsprache und der Kapazität für die Zweitsprache bzw. für die Fähigkeit zum Zweitspracherwerb besteht (vgl. Dewaele 2013: 167).

3) *Das Langzeitgedächtnis* beinhaltet schließlich jede Information, die über den Minutenbereich hinaus gespeichert wird. Während das Kurzzeitgedächtnis noch anfällig für Störungen ist, erscheint das Langzeitgedächtnis demgegenüber größtenteils immun, wobei jedoch das Abrufen von Informationen durch verschiedene Einflüsse beeinträchtigt werden kann (z. B. durch Drogeneinnahme). Längerfristig eingespeicherte Informationen werden auch als ›konsolidierte‹ Gedächtnisinhalte bezeichnet (vgl. Ogasa 2011: 119-120), welche entweder in das deklarative oder das nicht-deklarative Langzeitgedächtnis eingehen. Das deklarative Gedächtnis beinhaltet das episodische Gedächtnis, welches für die Speicherung autobiographischer Ereignisse zuständig ist, und das semantische Gedächtnis, durch das kontextfreie Fakten gespeichert werden (vgl. Grein 2013: 21). Insbesondere das Wissen, welches im episodischen Gedächtnis abgespeichert ist, hat einen Einfluss darauf, wie der Lerner sich im Rahmen des Zweitsprachunterrichts verhält, ob er Unterrichtserfahrungen hat, an die er anknüpfen kann und wie er den Unterricht in seine Biographie eingliedert (vgl. Dewaele 2013: 159). Das nicht-deklarative Gedächtnis umfasst das prozedurale Gedächtnis, welches sich auf mechanische und motorische Fertigkeiten bezieht, das Priming, das zur unbewussten Wiedererkennung wahrgenommener Reize dient, die klassische Konditionierung sowie das nicht-assoziative Lernen, welches auf Gewöhnung und Routinierung beruht (vgl. Grein 2013: 21). Das Langzeitgedächtnis scheint derart mit dem Kurzzeitgedächtnis verwoben, dass Informationen nicht nur einseitig vom Kurz- ins Langzeitgedächtnis übertragen werden, sondern auch umgekehrt das

---

<sup>35</sup> Ursprünglich führten Baddeley und Hitch 1974 ein dreiteiliges Modell, bestehend aus der phonologischen Schleife, dem räumlich-visuellen Notizblock und der zentralen Exekutive ein. Im Jahr 2000 ergänzte Baddeley dieses Modell durch das Speichermodul des episodischen Puffers (vgl. Baddeley 2000).

<sup>36</sup> SLA = Second Language Acquisition.

Kurzzeitgedächtnis – wie bereits angedeutet – Informationen aus dem Langzeitgedächtnis bei Bedarf abrufen, bearbeiten und wieder zurückführen kann (vgl. Ogasa 2011: 119-120). Dies bildet die Grundlage dafür, dass Inhalte des Langzeitgedächtnisses auch modifiziert werden können, sobald sie aktiv erinnert werden. Dieses Erinnern beruht hierbei auf Hinweis- und Abruffreizen und entsprechenden Situationen, in denen diese auftreten (vgl. Huber 2006: 68).

Der Zweitspracherwerb ist nicht nur ein rein kognitiver Prozess, sondern wird auch durch Emotionen geprägt. Danuta Gabryś-Barker (2013: 100) schreibt diesbezüglich, »that there is interaction between the ›thinking‹ brain and the ›feeling‹ brain and that furthermore the information entering the brain is received first by the emotional brain and filtered through it«. Unter Emotionen wird im Folgenden – in Anschluss an Luc Ciompi (1997: 67) – »eine von inneren oder äußeren Reizen ausgelöste, ganzheitliche psycho-physische Gestimmtheit von unterschiedlicher Qualität, Dauer und Bewusstseinsnähe« verstanden. Die Verbindung von Emotionen und Zweitspracherwerb wird bereits von Krashen (vgl. 1981: 19-39) hervorgehoben, der diesbezüglich auch von ›affective filters‹ spricht, die den Spracherwerb bzw. das Sprachlernen beeinflussen und einen Einfluss auf die abgespeicherte Information haben. Demzufolge sind es vor allem niedrige Motivation, mangelhafte Selbsteinschätzung und vorhandene Angst, welche den Spracherwerb beeinträchtigen. Martina Rost-Roth nennt diesbezüglich die Kritik, dass Krashens Modell sehr pauschalisierend wirkt, so dass beispielsweise die Intensität einzelner Elemente kaum bis gar keine Berücksichtigung findet (vgl. Rost-Roth 2010: 877). Dennoch wird ersichtlich, dass diese affektiven Filter, obwohl sie sehr allgemein gefasst erscheinen, einen erheblichen Einfluss auf den Spracherwerb haben, diesen befördern oder hemmen können (vgl. Ogasa 2011: 9). In der Emotionswissenschaft ist man sich derzeit einig darüber, dass Emotionen drei wesentliche Funktionen besitzen: 1) Sie steuern die Aufmerksamkeit und lenken die Wahrnehmung auf spezifische Ereignisse, 2) sie stellen anderen kognitiven Subsystemen Informationen und Bewertungen zur Verfügung und 3) sie dienen als Motivation, durch die ein individuelles und zielgerichtetes Lernen befördert werden kann (vgl. Reisenzein et al. 2013: 267). Laut Margret Arnold (vgl. 2002: 123-124) bedarf es eines gewissen Grades an emotionaler Erregung, wobei sowohl zu viel als auch zu wenig Erregung zu einem ›Downshifting‹ führen kann, bei dem der Lerner an Selbstvertrauen verliert und seine Lernfähigkeit gehemmt wird. Downshifting ist eine psycho-physiologische Reaktion auf Bedrohung, bei der sich die betroffene Person hilflos oder erschöpft fühlen kann und es auch zu regressiven Stadien kommen kann, bei denen der rationale Denkmodus des Gehirns ausgeschaltet wird und das instinktgesteuerte Stammhirn in den Vordergrund rückt. Demgegenüber gibt es aber auch Situationen mit einem optimalen Erregungsgrad, die Arnold als ›high challenge‹ bezeichnet. Diese zeichnen sich dadurch aus, dass die Lehrperson eine

hohe Erwartungshaltung an den Lerner richtet, um bei diesem bestenfalls eine intrinsische Motivation auszulösen, die auf einer persönlichen emotionalen Beteiligung beruht. Zudem wird hierbei Selbstwirksamkeit hergestellt, d. h. »ein Glaube, dass Erfolg auf Grund eigener Anstrengung möglich ist« (Arnold 2002: 123).

Aus neurowissenschaftlicher Sicht sind Emotionen zunächst lebenserhaltende Energiequellen, welche in spezifischen Situationen entsprechende Reaktionen bewirken und den Körper auf diese vorbereiten (vgl. ebd.: 64-65). Die affektiven Informationen werden hierbei auch zusammen mit anderen Gedächtnisinhalten in den neuronalen Netzwerken gespeichert, »d.h. sie werden in denselben Netzwerken gespeichert wie die visuellen, verbalen, auditorischen und auch olfaktorischen Daten« (Ogasa 2011: 34). Eine zentrale Rolle für die emotionale Erregung spielt das limbische System, wobei insbesondere die Amygdala, die mit dem Angstsystem des Gehirns zusammenhängt, maßgeblich an der Entstehung von Emotionen beteiligt ist. Die Stimulation der Amygdala befördert die Konsolidierung deklarativer Gedächtnisinhalte. Zudem ist sie an den Verarbeitungs- und Speicherprozessen von Emotionen entscheidend beteiligt (vgl. ebd.: 104-105). Insbesondere positive Stimuli befördern die Speicherung von Informationen, wohingegen negative Stimuli die Konsolidierung behindern (vgl. Grein 2013: 72).

Stress-Reaktionen werden mithilfe verschiedener Neurotransmitter hervorgerufen, deren Ausschüttung durch die Prozesse in der Amygdala beeinflusst wird. Neurotransmitter sind »chemische Überträgerstoffe« (Jecklin 2001: 118), die »zur Übertragung eines Reizes auf eine Synapse oder ein Erfolgsorgan« (ebd.) benötigt werden. Sie dienen der Weiterleitung elektrischer Impulse und haben einen Einfluss auf die kognitiven und emotionalen Prozesse in unserem Gehirn sowie auf Bewegungsentwürfe (vgl. ebd.: 121). Das Zusammenspiel der Neurotransmitter wirkt sich entscheidend auf die Leistungsfähigkeit aus und ist somit entweder lernförderlich oder -blockierend; wobei die optimale Zusammensetzung der Neurotransmitter von Lerner zu Lerner variieren kann (vgl. Grein 2013: 23). Im Folgenden wird ein Überblick über die Neurotransmitter<sup>37</sup> und ihre Funktionen sowie Wirkungen gegeben, die wesentlich für das Lernen sind:

---

<sup>37</sup> Eine besondere Gruppe von Neurotransmittern bilden die Neuropeptide (z.B. Oxytocin), welche sich dahingehend unterscheiden, dass sie sich frei im gesamten Gehirn bewegen können und nicht von den Neuronen gespeichert werden. Ihre Funktion variiert mit dem jeweiligen Rezeptor, wobei sie auch die Intensität der neuronalen Impulse modulieren. Neuropeptide treten insbesondere im limbischen System auf. Hier wurden bereits über 200 verschiedene Neuropeptide und deren spezifische Rezeptoren ausfindig gemacht (vgl. Arnold 2002: 29). Daneben wird das (Sprach-)Lernen auch durch Hormone, wie z. B. Adrenalin und Cortisol, beeinflusst.

Neurotransmitter	Funktion bzw. Wirkung	Wirkungen bei zu hoher Ausschüttung	Wirkungen bei zu geringer Ausschüttung
<b>Acetylcholin (anregend)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informationsaufnahme, -verarbeitung u. -speicherung</li> <li>• Aufmerksamkeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hemmung des Abrufs und der Weiterverarbeitung fester Wissensbestände</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gedächtnisstörung</li> <li>• Verlust der Selbstkontrolle</li> <li>• Alzheimer</li> </ul>
<b>Dopamin (anregend)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Belohnungssystem</li> <li>• Signalübertragung zwischen den Neuronen</li> <li>• Motivation</li> <li>• Aufmerksamkeit/Neugierde</li> <li>• Konzentration</li> <li>• körpereigene Immunabwehr</li> <li>• Speichern u. Abrufen als positiv bewerteter Informationen aus dem Cortex</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schizophrenie</li> <li>• Erschöpfung</li> <li>• Zerstörung von Neuronen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parkinson</li> <li>• Bewegungsstörung</li> <li>• Motivationslosigkeit</li> <li>• Depression</li> <li>• Aufmerksamkeitsdefizite</li> </ul>
<b>GABA (hemmend)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verminderung der Erregbarkeit der Neuronen</li> <li>• Beruhigung</li> <li>• Angstlösung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angstzustände</li> <li>• Müdigkeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anfälle, Zittern</li> <li>• Schlaflosigkeit</li> <li>• Bluthochdruck</li> <li>• Depressionen</li> <li>• Vergesslichkeit</li> <li>• Herzrasen</li> </ul>
<b>Noradrenalin (anregend)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Wachheit</li> <li>• Reaktionsbereitschaft</li> <li>• Motivation</li> <li>• Konzentration</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Angstzustände</li> <li>• verringerte Reizweiterleitung</li> <li>• Lernblockade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depression</li> <li>• Konzentrationsstörung</li> <li>• Motivationsabfall</li> </ul>
<b>Serotonin (vorwiegend hemmend)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stimmungsbildung</li> <li>• Gelassenheit</li> <li>• Zufriedenheit</li> <li>• Angstlösung</li> <li>• Konsolidierung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Unruhe</li> <li>• Halluzinationen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depressionen</li> <li>• Migräne</li> <li>• Schlafprobleme</li> <li>• Essstörungen</li> <li>• Angst</li> </ul>
<b>Glutamat (anregend)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Übertragung von Sinneswahrnehmungen</li> <li>• Bewegungssteuerung</li> <li>• Lernen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neuropathologie (Alzheimer)</li> <li>• Niedergeschlagenheit</li> <li>• Angst, Unruhe</li> <li>• Epilepsie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Müdigkeit</li> <li>• Erschöpfung</li> <li>• Wahrnehmungsstörungen</li> </ul>

*Tabelle 1:* Neurotransmitter und ihre Wirkungen  
(vgl. Arnold 2002: 28-30; Grein 2013: 23-26; Myers 2014: 56; Neurolab 2014; Pontes 2012)

Bis hierhin wurde gezeigt, dass Lernen im Allgemeinen und der Zweitspracherwerb im Besonderen zunächst körperliche Prozesse sind, bei denen es zu neuronalen Verflechtungen kommt. Die Informationsaufnahme und -abspeicherung wird hierbei durch die situativen Affekte beeinflusst, welche sich im Körper durch die Ausschüttung spezifischer Neurotransmitter auswirken, die entweder



positive oder negative Auswirkungen auf die Informationsaufnahme, Motivation und Konsolidierung haben. Aus diesen Ausführungen heraus wird deutlich, dass der Lernprozess äußerst anfällig gegenüber psychischen Erkrankungen ist, die mit starken affektiven Regungen einhergehen.

### 3 Trauma und (Sprach-)Lernen

Im Folgenden wird der Zusammenhang von Traumata, deren Folgestörungen und dem Zweitspracherwerb näher erläutert. Hierzu wird zunächst (3.1) näher auf den Begriff ›Trauma‹, dessen Arten und Ursachen eingegangen. Daraufhin (3.2) werden die Folgen und Folgestörungen von Traumatisierungen thematisiert. Die hier stattfindende Ausbreitung der neurobiologischen und psychologischen Symptomatiken bildet die Grundlage dafür, dass im Anschluss (3.3) der Einfluss dieser Folgen und Folgestörungen auf das Lernen im Allgemeinen und den (gesteuerten) Zweitspracherwerb im Speziellen beschrieben wird. Den Abschluss dieses Kapitels bildet (3.4) eine nähere Betrachtung der Traumatherapie, wobei insbesondere deren Ziele, Phasen und flüchtlingspezifische Problemfelder in den Fokus rücken.

#### 3.1 Traumatisierung: Definition – Arten – Ursachen

Das Wort ›Trauma‹ wird aus dem altgriechischen *τραύμα* (*tráuma*) abgeleitet, was soviel bedeutet wie ›Verletzung‹ und ›Verwundung‹. Seit Ende des 19. Jahrhunderts bezeichnet es im psychologischen Kontext ›seelische Erschütterungen‹ und ›Schocks‹ (vgl. dwds 2015). Diese Erschütterung ist, laut ICD-10<sup>38</sup>, »ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde« (DIMDI 2015c: F43.1). Im DSM-5<sup>39</sup> wird diese Definition enger gefasst, indem es explizit darauf verweist, dass eine traumatische Situation eine »exposure to actual or threatened death, serious injury, or sexual violence« (APA 2013: 271) beinhaltet. Ein Trauma ist hierbei jedoch nicht als eine gleichbleibende Einheit zu verstehen, sondern vielmehr als ein dynamischer Prozess, weswegen im Folgenden der Begriff ›Traumatisierung‹ bevorzugt verwendet wird (vgl. Baierl 2014a: 22). Zudem ist eine Traumatisierung keine rein objektive Erfahrung, sondern – im Sinne Gottfried Fischers und Peter Riedessers (1998: 351) – 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«.

<sup>38</sup> Das ICD-10 (engl. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) ist die zehnte, revidierte, international anerkannte »amtliche Klassifikation zur Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung« (DIMDI 2015a). Hierzu mehr im Kapitel 3.2.

<sup>39</sup> Das DSM-5 (engl. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) ist das fünfte, anerkannte Klassifikationssystem der American Psychiatric Association (APA). Hierzu mehr im Kapitel 3.2.

Hierbei wird das Bewusstsein des Menschen mit aversiven Reizen überflutet, die sich von diesem Zeitpunkt an in seinem Gedächtnis festsetzen und ihn fortan als ›haunting histories‹ begleiten (vgl. Köhne 2013: 161). Peter D. Yeomans und Evan M. Forman weisen darauf hin, dass das, was als traumatisch wahrgenommen wird, von Kultur zu Kultur variieren kann. Beispielsweise beschreiben sie die Erfahrungen von Tibetern, für die die Zerstörung religiöser Zeichen als höchst traumatisches Ereignis gilt. Dementsprechend muss die kulturelle Prägung innerhalb der Traumadefinition berücksichtigt werden (vgl. Yeomans/Forman 2009: 221-222).

Traumatisierungen lassen sich auf zwei Weisen unterscheiden: Einerseits können sie dahingehend differenziert werden, ob Traumatisierungen non-man-made oder man-made disasters sind, d. h. akzidentiell oder interpersonell verursacht, andererseits bildet die Dauer des traumatischen Ereignisses eine weitere Kategorisierungsmöglichkeit, also ob es einmalig bzw. kurzfristig (Typ-I-Traumata) oder mehrfach und langfristig stattfand (Typ-II-Traumata). Zudem gibt es medizinisch bedingte Traumata (vgl. Maercker 2013: 16). Diese Arten lassen sich wie folgt schematisch darstellen:

	<b>Typ-I-Traumata</b> (einmalig/kurzfristig)	<b>Typ-II-Traumata</b> (mehrfach/langfristig)	<b>Medizinisch bedingte Traumata</b>
<b>Akzidentelle Traumata</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• schwere Verkehrsunfälle</li> <li>• berufsbedingte Traumata (z.B. Polizei, Feuerwehr, Rettungskräfte)</li> <li>• kurzdauernde Katastrophen (z.B. Wirbelsturm, Brand)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• langdauernde Naturkatastrophen (z.B. Erdbeben, Überschwemmung)</li> <li>• technische Katastrophen (z.B. Giftgaskatastrophen)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• akute lebensgefährliche Erkrankungen (z.B. kardiale, pulmonale Notfälle)</li> <li>• chronische lebensbedrohliche/schwerste Krankheiten (z.B. Malignome, HIV/Aids, Schizophrenie)</li> <li>• als notwendig erlebte medizinische Eingriffe (z.B. Defibrillationsbehandlung)</li> </ul>
<b>Interpersonelle Traumata (man made)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sexuelle Übergriffe (z.B. Vergewaltigung)</li> <li>• kriminelle bzw. körperliche Gewalt</li> <li>• ziviles Gewalterleben (z.B. Banküberfall)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sexuelle und körperliche Gewalt/Missbrauch in der Kindheit bzw. im Erwachsenenalter</li> <li>• Kriegserlebnis</li> <li>• Geiselnhaft</li> <li>• Folter, politische Inhaftierung (z.B. KZ-Haft)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• komplizierter Behandlungsverlauf nach angenommenem Behandlungsfehler*</li> </ul>
* Der Status dieser Eingruppierung ist noch Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen.			

Tabelle 2: Schematische Einteilung traumatischer Ereignisse (Maercker 2013: 16)

Was in dieser Tabelle nicht ersichtlich wird, ist, dass die Umstände der Flucht ebenfalls zu einer Traumatisierung führen können. Wie in Kapitel 1 beschrieben, sind die Flüchtlinge auf ihrem Weg unterschiedlichen Erlebnissen ausgesetzt, die sie auf traumatisierende Art belasten. Dies betrifft beispielsweise Formen extremer Abhängigkeit, geringer Kontrolle und Orientierungslosigkeit (unter anderem im Umgang mit Schlepperbanden und Grenzbeamten), das zunehmende Gefühl des Ausgestoßenseins von der Heimat sowie teils Handlungen und Verhaltensweisen, die den eigenen Weltanschauungen widersprechen (unter anderem Diebstahl, Prostitution, Im-Stich-Lassen von Freunden etc.) (vgl. Baierl 2014b: 243). Ebenfalls wird in der Übersicht nicht deutlich, dass auch die Exilerfahrung traumatisierende Wirkungen haben kann, z. B. durch die ständige Angst vor der Abschiebung oder aber durch Diskriminierung und Entfremdungs- sowie Rassismuserfahrungen innerhalb der Aufnahmegesellschaft (vgl. Wirtgen 2000: 82). Diesem Gedanken liegt das Konzept der ›sequentiellen Traumatisierung‹ nach Hans Keilson (1979) zugrunde. Keilson zeigte in seiner Langzeitstudie über jüdische holländische Kriegskinder, die den Krieg überlebt haben, dass eine über das traumatische Ereignis stattfindende Entwertung der Überlebenden zu einer zunehmenden psychischen Belastung führt und somit weiter traumatisierend wirkt. Bisher wurde diesem Konzept aber nur ungenügend Aufmerksamkeit zuteil, da es das Trauma nicht als ein punktuell, sondern als ein langfristiges Ereignis beschreibt, es somit auch die langfristige Arbeit nach Ankunft im Aufnahmeland impliziert und die Grenze zwischen traumatisierenden und nicht traumatisierenden Elementen unscharf werden lässt (vgl. Teckentrup 2010: 100). Dies zeigt, dass »viele Flüchtlinge [...] somit nicht in der posttraumatischen Phase, sondern noch mitten im Trauma« (Eppensteiner 2015: 130) sind. Hierbei, so weist David Becker (vgl. 2006: 13) darauf hin, müssen aufgrund der Heterogenität von Flüchtlingen Traumatisierungen nicht universell, sondern in ihren je spezifischen sozialen und kulturellen Kontexten betrachtet werden.<sup>40</sup>

Zusätzlich gibt es noch die ›Retraumatisierung‹, in der die betroffene Person das traumatische Erlebnis in ihren Erinnerungen erneut durchläuft und von erhöhten Symptomäußerungen gezeichnet ist. Während der Retraumatisierung kommt es nicht zu einer psychischen Entlastung, sondern nur zu einer emotionalen Belastung. Dies kann langanhaltende Folgeschäden sowie eine Verschlechterung des Zustandes der Traumatisierten nach sich ziehen (vgl. Maercker 2013: 15-16).

Eine weitere Form der Traumatisierung stellt die ›transgenerationale Weitergabe‹ dar, bei der »die traumatische Logik in der Psyche anderer Personen ihre Fortsetzung findet« (Köhne 2013:

---

<sup>40</sup> Diesbezüglich schreibt Becker (2006: 13): »Wir können also davon ausgehen, dass ein chilenischer Flüchtling, der in seinem Heimatland gefoltert wurde, ein Beinamputierter, der aus dem Bürgerkrieg in Sierra Leone zu uns kam [sic] oder eine bosnische Frau, die vergewaltigt wurde und hierher flüchtete, traumatisiert sind. Aber unsere Beschreibung und unser Verständnis des Traumas bleiben zwangsweise hohl, ungenügend und oberflächlich, wenn wir uns nicht die Mühe machen, die einzelnen Personen detailliert in ihren jeweiligen Kontexten zu beschreiben.«

159). Hierbei werden die Betroffenen von traumatisierenden ›Phantomen‹ überwältigt, welche auf die Traumatisierungen der vorherigen Generation verweisen. Die Ursache bildet oftmals ein Verschweigen oder Verleugnen des traumatischen Ereignisses durch die erste Generation, wodurch es sich auf die zweite und dritte Generation überträgt (vgl. ebd.). Dies bedeutet, dass die Interaktion der Eltern mit ihren Kindern einen Einfluss auf diese hat und traumatische Reaktionen evozieren kann. Entscheidend hierfür ist die intergenerationale Grenzziehung und eine intrafamiliäre Auseinandersetzung mit der Traumatisierung (vgl. Lennertz 2011: 386).

Darüber hinaus bildet die ›sekundäre Traumatisierung‹ eine weitere Form, bei der die traumatische Belastung dadurch ausgelöst wird, dass der Betroffene entweder Zeuge einer Traumatisierung einer anderen Person ist oder aber Wissen darüber erlangt, was dieser widerfahren ist (vgl. Frey 2007: 237). Baierl et al. (vgl. 2014: 67) weisen darauf hin, dass sich sekundäre Traumatisierungen auf die gleiche Weise äußern, wie (primäre) Traumatisierungen. Hierbei sind sie zwar nicht nur, aber oftmals im Kreis der Helfer traumatisierter Personen vorzufinden.

Traumatisierungen sind Prozesse, die sich zeitlich in eine prä-, peri- und posttraumatische Phase untergliedern lassen. Die prätraumatische Phase ist der Zeitraum vor dem traumatischen Ereignis, in dem die betroffene Person verschiedene Schutzfaktoren aufbauen oder aber auch bereits unter großem Stress und sozioökonomischen Restriktionen leiden kann. Die peritraumatische Phase ist jene Zeitspanne, während der das traumatische Ereignis noch akut wirkt und sich der Betroffene noch nicht in Sicherheit befindet. Die posttraumatische Phase ist schließlich der Zeitraum nach dem traumatischen Ereignis, wobei präzisiert werden muss, dass die Akutphase zirka vier bis sechs Wochen dauert und die posttraumatische Phase zirka nach einem Monat beginnt (vgl. Juen/Warger 2015: 163). Innerhalb dieser drei Phasen lassen sich verschiedene Risiko- und Schutzfaktoren vorfinden. Risikofaktoren der prätraumatischen Phase können insbesondere ein niedriger sozioökonomischer Status, Vortraumatisierungen, ein Minoritätenstatus, ein jüngeres Alter sowie das weibliche Geschlecht sein. Ebenfalls können gestörte Familienstrukturen ein Risikofaktor für folgende Traumatisierungen darstellen (vgl. Kultalahti/Rosner 2008: 214). Zudem haben Flüchtlinge ein erhöhtes Risiko während der Flucht traumatisiert zu werden, wenn sie vorab bereits psychische Störungen und Traumatisierungen aufweisen (vgl. Assion/Bransi/Kousse mou 2011: 530). In der peritraumatischen Phase hat insbesondere die Intensität des Ereignisses, die wahrgenommene Lebensgefahr und der Verlust eigener Ressourcen eine befördernde Wirkung auf die Traumatisierung. Ebenfalls kann diese aber auch durch die Verletzung und den Tod Bekannter, eigene Verwundungen, das Verhalten von Bezugspersonen und erschwerte Umstände des Ereignisses begünstigt werden. In der posttraumatischen Phase sind insbesondere Psychopathologien, wie Ängstlichkeit und Depression,

akute Belastungsstörungen, mangelnde Unterstützung, dysfunktionale Verhaltensweisen (Alkohol- und Drogensucht, Essstörungen) und weitere belastende Lebensereignisse wichtige Risikofaktoren. Des Weiteren zählen hierzu Traumatisierungen in der früheren Generation, gestörte Familienverhältnisse und auch Wohnortswechsel (vgl. Kulturalahti/Rosner 2008: 214).

Demgegenüber können Personen aber auch ›Resilienz‹ aufbauen, also »die Widerstandskraft gegen Belastungen, d.h. die Fähigkeit dem Schädigungspotenzial diverser biopsychosozialer Risikokonstellationen zu widerstehen bzw. diese zu überwinden« (Pielmaier/Maercker 2011: 73). In der Psychotraumatologie wird hierbei vor allem von mobilisierbaren ›Ressourcen‹ gesprochen, welche die betroffene Person aufgreifen kann. Diese können, in Anlehnung an Pierre Bourdieu (1982), ökonomischer, kultureller oder sozialer Natur sein (vgl. Brandmaier 2011: 31). D. h., es hängt vom Besitz, den kulturellen Wissensbeständen und der sozialen Vernetzungen der betroffenen Person ab, wie gut deren Resilienz ausgebaut ist. Martin Baierl nennt verschiedene Faktoren, welche die Resilienz bestärken, wie z. B. eine sichere Bindung und das Vertrauen zu nahestehenden Bezugspersonen, stabile Familienverhältnisse, eigene spirituelle Erfahrungen, die Fähigkeit das traumatische Ereignis sinnhaft in das Weltbild eingliedern zu können, ein positives Selbstwertgefühl und eine optimistische Grundeinstellung, ein ausgebautes Selbstwirksamkeitsverhältnis sowie die Bereitschaft, Verantwortung zu übernehmen. Des Weiteren zählen hierzu Erfolge innerhalb des Bildungsweges bzw. des Berufes, die Bestärkung durch Dritte, eine ausgeprägte soziale Integration, körperliche und psychische Gesundheit, Intelligenz, die Fähigkeit, sich selbst zu regulieren (z. B. durch Entspannungsübungen), soziale Kompetenzen, lösungsorientierte Bewältigungsstrategien sowie Flexibilität. Ein Ereignis scheint zudem weniger traumatisch, wenn es einmalig, von kurzer Dauer, absehbar, non-man-made und mit wenig körperlichen Schmerz einhergehend ist (vgl. Baierl 2014a: 40-42). All dies sind entscheidende Faktoren dafür, ob und wie intensiv die im Folgenden dargestellten Störungen nach einem traumatischen Ereignis auftreten.

### **3.2 Folgen und Folgestörungen von Traumatisierungen**

Derzeit gibt es zwei zentrale Klassifikationssysteme für die Anwendung durch medizinisches Personal, durch die Folgestörungen von Traumatisierungen näher definiert und beschrieben werden; einerseits das ICD-10 und andererseits das DSM-5. Das *ICD-10* dient zur Diagnostik und entsprechenden Verschlüsselung im Rahmen der medizinischen Versorgung. Hierbei bezieht es sich nicht nur auf psychische Erkrankungen, sondern schließt auch andere medizinische Bereiche mit ein. Während das ursprüngliche ICD-10 von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) veröffentlicht wird, erscheint seit 2004 unter der Bezeichnung ICD-10-GM (German Modification) eine deutschsprachige,

vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information herausgegebene Version (vgl. DIMDI 2015b). Demgegenüber wird das *DSM-5* (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) seit 1952 von der American Psychiatric Association (APA) publiziert, wobei es sich ausschließlich auf psychologische Störungen fokussiert (vgl. APA 2015). Aufgrund seiner Spezialisierung gilt dieses Klassifikationssystem als homogener und differenzierter, weswegen es innerhalb der Forschung häufiger gebraucht wird als das ICD-10. In dem DSM-5 werden Kinder und Erwachsene separiert betrachtet und kulturelle Unterschiede im Hinblick auf die Prävalenz berücksichtigt. Ebenfalls wird von einer verbesserten Therapieplanung durch das DSM-5 ausgegangen (vgl. Rettenbach/Christ 2014: 47). Dennoch ist nach § 295 Abs. 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) das ICD-10 das verbindliche Klassifikationssystem in Deutschland, weswegen auch im Folgenden hauptsächlich auf das ICD-10 zurückgegriffen wird. Wo es jedoch erforderlich ist, wird auf die ergänzenden Stellen im DSM-5 verwiesen.

»Psychische und Verhaltensstörungen« finden sich im Kapitel V des ICD-10-GM 2015 unter den Diagnoseschlüsseln F00-F99. Die Folgestörungen traumatisierender Ereignisse sind einerseits in der F43-Gruppe »Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen« und andererseits in der Kategorie F62.0 »Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung« aufgeführt, wobei vier primäre Folgestörungen differenziert werden können: 1) Akute Belastungsreaktion (F43.0), 2) Anpassungsstörungen (F43.2), 3) Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) sowie 4) Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (F62.0).

1) *Die akute Belastungsreaktion* (F43.0) ist nach ICD-10

»eine vorübergehende Störung, die sich bei einem psychisch nicht manifest gestörten Menschen als Reaktion auf eine außergewöhnliche physische oder psychische Belastung entwickelt, [sic] und die im allgemeinen innerhalb von Stunden oder Tagen abklingt« (DIMDI 2015c: F43.0).

Sie weist verschiedene, einander abwechselnde Symptomatiken auf, wie beispielsweise ein »Betäubungsgefühl«, ein eingengtes Bewusstsein mit zeitgleicher Einschränkung der Aufmerksamkeit, Probleme bei der Reizverarbeitung sowie Desorientierung. Zudem kann diese Störung einhergehen mit einem sozialen Rückzug, Unruhe oder Überaktivität, wobei die Betroffenen oftmals panische Angst haben, schwitzen oder erröten. Stellenweise kann es hierbei zu unvollständigen oder vollständigen Amnesien in Bezug auf das traumatische Ereignis kommen (vgl. ebd.).

2) *Die Anpassungsstörung* (F43.2) bezeichnet

»Zustände von subjektiver Bedrängnis und emotionaler Beeinträchtigung, die im allgemeinen soziale Funktionen und Leistungen behindern und während des Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung oder nach belastenden Lebensereignissen auftreten« (ebd.: F43.2).

Das belastende Ereignis ist hierbei entweder innerhalb des sozialen Netzwerkes (z. B. Trauerfall, Trennung) der Betroffenen zu verorten oder bezieht sich auf die soziale Unterstützung bzw.

eigenen Werte. Das ICD-10 nennt in Bezug auf die Belastung der eigenen Werte und der Unterstützung explizit auch die Emigration bzw. die Phase nach der Flucht. Die Ursache für die Anpassungsstörung kann aber auch in einzelnen größeren Entwicklungsschritten liegen, wie beispielsweise dem Schulbesuch, der Elternschaft oder der Eintritt des Ruhestandes. Die Symptome können sich dabei individuell voneinander unterscheiden und beinhalten unter anderem Depression, Sorge und Angst sowie die Annahme, dass der Alltag nicht alleine und vorausplanend zu bewältigen sei. Zudem geht die Anpassungsstörung einher mit einem dysfunktionalen Sozialverhalten (vgl. ebd.).

3) *Die Posttraumatische Belastungsstörung* (PTBS bzw. engl. PTSD)<sup>41</sup> (F43.1) ist »eine verzögerte oder protrahierte Reaktion« (DIMDI 2015c: F43.1) auf ein traumatisches Ereignis. Hierbei weist sie verschiedene Symptome auf, deren Ausgangspunkt die fragmentarische Abspeicherung der traumatischen Situation darstellt. Dieses wird nicht in sich geschlossen und ausreichend vernetzt ins Gedächtnis integriert, sondern in Form einzelner Fragmente auf unterschiedliche Gehirnregionen verteilt, wobei diese bruchstückhaften Erinnerungen nur unzureichend miteinander verschaltet sind. Eine zusammenhängende Wahrnehmung ist hierdurch nur erschwert möglich (vgl. Huber 2012: 43). Für die PTBS lassen sich drei Symptombereiche unterscheiden, nämlich a) Intrusionen, b) Übererregung und c) Konstriktion (vgl. ebd.: 74):

a) Intrusionen sind gekennzeichnet durch ein sich gedanklich aufdrängendes Wiedererleben der traumatischen Situation, wobei die Erinnerungen sowohl als bruchstückhafte Nachhallerinnerungen als auch in vollständiger, intensiver Form – den sogenannten ›Flashbacks‹ – auftreten können, »deren Intensität das aktuelle Wahrnehmen überdeckt und eine ›doppelte Wahrnehmung‹ oder sogar ein vollkommenes ›Wegtreten in die Erinnerung‹ erzwingt« (ebd.). Flashbacks werden hierbei durch ›Trigger‹ ausgelöst. Dies sind sensorisch-somatische oder ikonische Auslösereize, welche an das spezifische Traumagedächtnis gebunden sind, wie beispielsweise Bildfragmente, akustische Signale oder Gerüche, und die die intensive Erinnerung an die traumatische Situation unkontrolliert und schon allein aufgrund ihres Auftretens triggern können (vgl. Köhne 2013: 157-158). b) Die Übererregung (Hyperarousal) ist dadurch gekennzeichnet, dass die betroffene Person ein hohes Maß an innerer Anspannung aufweist, die sich in einer übersteigerten Aufmerksamkeit, hohen Schreckhaftigkeit und Schlafstörungen äußert, wobei der Körper bereits auf geringste Reize mit hoher Intensität reagieren kann (vgl. DIMDI 2015c: F43.1). Schließlich kann es im Rahmen einer PTBS auch zu c) Konstriktionen kommen, die sich vor allem im Verhalten der betroffenen Personen äußern können. So schreibt das ICD-10-GM von »Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen,

---

<sup>41</sup> Die PTBS findet sich sowohl im ICD-10 als auch im DSM-5. Innerhalb dieser beiden Klassifikationssysteme weichen deren Definitionen insofern voneinander ab, dass das ICD-10 die Diagnose weiter fasst. Hierdurch kommt zustande, dass die PTBS nach dem ICD-10 ca. doppelt so häufig diagnostiziert wird wie nach dem DSM (vgl. Hensel 2014: 30).

Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Freudlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten« (ebd.). Ebenfalls kann es hierbei zu Gefühlen des »Betäubtseins und emotionaler Stumpfheit« (ebd.) kommen.

Die Ausbildung einer PTBS steht im Zusammenhang mit dem Geschlecht der betroffenen Person. Während das ICD-10 dies nicht berücksichtigt, verweist das DSM-5 darauf, dass Frauen häufiger dazu neigen, eine PTBS auszubilden, welche zudem noch länger andauert als bei Männern (vgl. APA 2013: 278). Auch sind geschlechtsspezifische Verhaltensweisen vorzufinden. So verweist Sabine Scheffler darauf, dass Männer eher zu externalisierenden Verarbeitungsstrategien neigen, also beispielsweise offene Aggression, Gewalt, aber auch Stummheit, dissoziales oder Suchtverhalten. Frauen tendieren hingegen zu internalisierenden Strategien, wie z. B. zu Scham- und Schuldgefühlen, Selbstverletzungen, Depressionen und Gefühlsleere (vgl. Scheffler 2015: 76). Neben geschlechtsspezifischen Unterscheidungen lassen sich zudem auch noch kulturelle Abweichungen feststellen, wobei das DSM-5 nicht nur darauf verweist, dass einige Kulturen stärker zur Ausbildung einer PTBS neigen, sondern auch darauf, dass es spezifische kulturgebundene Symptomatiken gibt. So tendieren beispielsweise Lateinamerikaner und Kambodschaner eher zu Panikattacken als Personen aus anderen Kulturkreisen (vgl. APA 2013: 278).

Während die akute Belastungsreaktion höchstens einige Tage andauert, handelt es sich bei der PTBS um eine länger andauernde psychische Störung. Diese beginnt zunächst mit einer mehrwöchigen, teilweise auch mehrmonatigen Latenzphase. Nach Auftreten der verschiedenen Symptome, kann der Krankheitsverlauf in seiner Intensität sehr variieren. Sofern keine Heilung eintritt, kann sich die PTBS chronifizieren und mitunter in eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung übergehen (vgl. DIMDI 2015c: F43.1).

#### 4) Die Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (komplexe PTBS)<sup>42,43</sup> (F62.0)

---

<sup>42</sup> Der Begriff »Komplexe PTBS« wurde erstmals 1992 durch Judith Hermann eingeführt, wird seitdem in Deutschland verwendet, konnte sich aber noch nicht in den einschlägigen Klassifikationssystemen etablieren. Ein Äquivalent zur komplexen PTBS findet sich im ICD-10-GM unter der Kategorie F62.0 »Andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung«. Da sich jedoch der Begriff komplexe PTBS in der deutschsprachigen Psychotraumatologie durchgesetzt hat (vgl. Schellong 2013: 43-44), wird dieser auch im Folgenden verwendet.

<sup>43</sup> Stellenweise werden in der Forschungsliteratur die Begriffe »Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung« und »Extremtraumatisierung« parallel genannt. Insbesondere Letzterer zielt darauf, so Ingrid Koop (vgl. 2000: 563), das Konzept der PTBS dahingehend zu erweitern, dass auch die Symptomatiken von Menschen erfasst werden können, die länger anhaltenden oder sequentiell-verlaufenden Traumatisierungen ausgesetzt waren. Laut Koop werden deren Symptomatiken unzureichend durch das etablierte Konzept der PTBS abgedeckt. Der Begriff der Extremtraumatisierung geht zurück auf Bruno Bettelheim, der diesen erstmalig im Zusammenhang mit Überlebenden aus Konzentrationslagern angewandt hat. In der Literatur wird die Extremtraumatisierung auch im Zusammenhang mit soziopolitischen Prozessen und der gezielten Zerstörung des Individuums genannt (vgl. Koop 2000: 563-564; Eppensteiner 2011: 7). Eine eindeutige Unterscheidung zwischen der Extremtraumatisierung und der komplexen PTBS kann jedoch nicht gezogen werden. Auch das ICD-10 und das DSM-5 nehmen keine derartige Unterscheidung vor. Aus diesem Grund erscheint die Extremtraumatisierung m. E. als eine Sonderform der komplexen PTBS. Zur Vereinfachung wird im Folgenden dementsprechend nicht zwischen beiden differenziert, sondern der Begriff der komplexen PTBS bevorzugt verwendet.



resultiert aus Erfahrungen extrem belastender und anhaltender Situationen. Hierunter zählen – nach Angaben des ICD-10-GM – Folter, Aufenthalte in Konzentrationslagern, Katastrophen sowie langandauernde Gefangenschaften und Situationen der Hilflosigkeit unter Lebensgefahr (vgl. DIMDI 2015d: F62.0). Die komplexe PTBS kann direkt im Anschluss an das traumatische Ereignis auftreten, sie kann sich aber auch aus einer chronifizierten PTBS (F43.2) heraus entwickeln. In beiden Fällen handelt es sich um eine Persönlichkeitsänderung, welche mindestens eine Dauer von zwei Jahren aufweist. Die komplexe PTBS ist gekennzeichnet durch »eine feindliche oder misstrauische Haltung gegenüber der Welt, durch sozialen Rückzug, Gefühle der Leere oder Hoffnungslosigkeit, ein chronisches Gefühl der Anspannung wie bei ständigem Bedrohtsein und Entfremdungsgefühl« (DIMDI 2015d: F62.0). Das ICD-10-GM weist darauf hin, dass diese Diagnose nur dann zu stellen ist, wenn sich das Verhalten, die Wahrnehmung und das Denken der betroffenen Person eindeutig und anhaltend verändert haben. Zudem soll diese Persönlichkeitsänderung explizit an ein ausgeprägtes Fehlverhalten und Unflexibilität gebunden werden können, welches vor der traumatischen Situation nicht derart bestand (vgl. ebd.: F62.-).

Neben den primären Folgestörungen lässt sich auch eine Vielzahl unterschiedlicher sekundärer Folgestörungen benennen, wie z. B. Depressionen, Suchtverhalten, Angstgefühle, Dissoziationen, Somatisierungen und Suizidalität, aber auch spezifische soziale Folgen. An dieser Stelle sollen insbesondere zwei sekundäre psychische Folgestörungen sowie einige mögliche soziale Folgestörungen aufgegriffen werden, welche einen wesentlichen Einfluss auf die Situationen im DaZ-Unterricht haben können. Die erste Störung bildet die »Dissoziation«. Diese ist »eine spezifische Form des Bewusstseins [...], bei der gewöhnlich miteinander verbundene Ereignisse voneinander getrennt sind« (Hinckeldey/Fischer 2002: 45). Hierbei werden die Erinnerungen fragmentiert, automatisiert und einer reflexiven Betrachtung unzugänglich (vgl. ebd.). Derartige Automatisierungen sind im Alltag zunächst keine Ausnahme, sondern eine Unterstützung dafür, parallel ablaufende mentale Prozesse zu bewältigen. Sie bilden eine Art Isolation, genauer: eine »Abtrennung von überwältigenden Affekten oder Erinnerungen vom aktuellen Bewusstsein und eine Separierung/Trennung von einzelnen Bewusstseinssebenen« (Friedrich 2014: 21). Dissoziationen werden tagtäglich erlebt, beispielsweise in Form von Tagträumen, beim Einfühlen in einen Film und dem vertieften Lesen eines Romans. In Verbindung mit der fragmentierten Erinnerung an die traumatische Situation können Dissoziationen jedoch pathologisch wirken. Hierbei können sie durch einzelne Erinnerungsstücke getriggert werden und ein unweigerliches »Abdriften« der betroffenen Person bewirken, welches über das Normalmaß der alltäglichen Dissoziationen hinausgeht (vgl. Baierl 2014a: 33-34). Dissoziationen bilden zunächst einen Schutzmechanismus, welcher die Psyche vor dem Extremstress der

traumatisierenden Situation bewahrt (vgl. Friedrich 2014: 13-16, 20). Laut Putnam gibt es hierbei vier Kategorien dissoziativer Symptome: a) Amnesien und Gedächtnisdysfunktionen (z. B. Zeitverlust, Blackouts, Erinnerungsstörungen), b) Identitätsstörungen (z. B. Depersonalisation, Derealisation), c) Trancezustände und Halluzinationen sowie d) Verhaltensänderungen, bei denen der Betroffene das Gefühl hat passiv beeinflusst zu werden (vgl. Putnam 1997: 80-92). Diese Symptomgruppen untergliedert Putnam zusätzlich in drei ihnen zugrunde liegende Abwehrmechanismen, nämlich Automatisierungen, Identitätsalterationen sowie die Kompartimentalisation (d. h. eine Isolation/Abtrennung) von Gefühlszuständen und Informationen (vgl. ebd.: 16). Nach Esther Kamala Friedrich kann es zu einem Kontrollverlust über die motorischen und sensorischen Fähigkeiten kommen, wobei die »somatoforme Dissoziation« eine Sonderform bildet, bei der das körperliche Erleben kognitiv nicht integriert werden kann. Dies kann sich in »negativen Symptomen« äußern, d. h. in langanhaltenden funktionalen Beeinträchtigungen, bei denen es zu Amnesien, motorischen Störungen und zur Empfindungslosigkeit (Anästhesien) kommt. Es können zusätzlich aber auch »positive Symptome« auftreten, d. h. irreguläre Phänomene, die zu den normalen Bewusstseinszuständen hinzutreten, wie plötzliche Schmerzzustände, Veränderungen des Geschmacks- und Geruchssinns sowie Seh- und Empfindungsstörungen (Dysästhesien) (vgl. Friedrich 2014: 24-28).

Eine weitere sekundäre Störung ist die »Somatisierung«, bei der psychische Belastungen und Störungen auf die körperlichen Funktionen übertragen werden.<sup>44</sup> Sigmund Freud führte diese Symptomatik auch unter dem Begriff der »Konversion« ein, worunter er einen »Sprung aus dem Seelischen in die somatische Innervation« (Freud 1973: 36) bezeichnet; oder anders ausgedrückt: Die Übertragung psychischen Leids in das Soma (Körper). Somatisierungen bilden einen körperlichen Abwehrmechanismus und einen Lösungsansatz psychischer Konflikte, in dem sich die Psyche auf motorischer, sensorischer und somatischer Ebene äußert (vgl. Teckentrup 2010: 101). Michael Kraus weist darauf hin, dass die Trennung von Emotionen und Körper vorwiegend ein westliches Konstrukt ist und dass Somatisierungen ein wichtiger Bestandteil verschiedener Kulturen sind, in denen psychische Störungen und körperliches Erleben als Einheit wahrgenommen werden. Hierbei werden die Symptome kulturspezifisch geäußert und können dementsprechend semantisch voneinander abweichen (vgl. Kraus 2006: 364-365, 372).

Eine weitere sekundäre Traumafolgestörung bilden die sozialen Folgen. Hierzu zählt

---

<sup>44</sup> Somatisierungen und Dissoziationen hängen insofern miteinander zusammen, dass Erstere auch ein Symptom Letzterer darstellen können. Dies wird insbesondere am Beispiel der somatoformen Dissoziation deutlich. Aus diesem Grund wird die dissoziative Störung im ICD-10-GM auch als Konversionsstörung bezeichnet. Hierdurch wird die Wirkung auf den Körper des Dissoziierenden kenntlich gemacht (vgl. DIMDI 2015c: F44.-). Da Somatisierungen jedoch nicht notwendigerweise aus Dissoziationen hervorgehen, sondern beispielsweise auch im DSM-5 (vgl. APA 2013: 309-328) sowie in der F45-Gruppe des ICD-10-GM (vgl. DIMDI 2015c: F45.-) als eigenständige Kategorie geführt werden, werden diese im Folgenden gesondert betrachtet.

zunächst, so Gertrud Wolf (vgl. 2011: 86), der Zusammenbruch des Erwachsenenbildes, durch den die betroffene Person insofern von sich selbst, aber auch von anderen abgewertet wird, dass ihr die Selbstbestimmung und die Fähigkeit verantwortungsvollen Handelns entzogen wird. Zudem wird ihr oftmals abgesprochen, in belastenden Situationen rational und souverän agieren zu können. Damit einher geht auch ein Auseinanderreißen des sozialen Netzwerkes, in das die betroffene Person eingebunden war und durch das sie im Alltag Sicherheit, ein Zugehörigkeitsgefühl und Sinn erlangt hat. Nach Gabriele Teckentrup bildet sich somit eine Ich-Schwäche der traumatisierten Person aus, sie wird zunehmend isoliert bzw. isoliert sich selbst und erfährt oftmals auch – und dies trifft insbesondere auf Flüchtlinge zu – einen Abbruch innerhalb der Schul- bzw. Karrierelaufbahn. Hierdurch resultieren erneute Entfremdungs- und Entwurzelungsgefühle (vgl. Teckentrup 2010: 103).

Wie gezeigt wurde, folgt auf traumatisierende Ereignisse eine Vielzahl unterschiedlicher Symptomatiken<sup>45</sup>, welche sich auf die Psyche des Betroffenen auswirken können. Hierbei zeigt sich: »Traumatische Belastungen zerstören normale psychische, körperliche und physiologische Reaktionen. Sie zerstören Erwartungen im Hinblick auf die Zukunft ebenso wie bis dahin entwickelte Fähigkeiten« (Streeck-Fischer 2014: 2-3). Somit lässt sich annehmen, dass Traumatisierungen auch einen Einfluss auf den Zweitspracherwerb haben können, da dieser – wie in Kapitel 2 gezeigt – auf psychischen und physischen Reaktionen sowie den spezifischen Zukunftserwartungen und Tätigkeiten der Lerner beruht. Die genauen Folgen werden im nachstehenden Kapitel näher erläutert.

### **3.3 Auswirkungen von Traumatisierungen und Traumafolgestörungen auf den Zweitspracherwerb**

#### **3.3.1 Allgemeine Auswirkungen von Traumatisierungen auf den Zweitspracherwerb**

Traumatische Erlebnisse haben lebenslange Auswirkungen auf das Lernen und die damit zusammenhängenden Gehirnstrukturen (vgl. Gordon 2011: 3). Infolge der Traumatisierung passen sich die Gehirnstrukturen dem Erlebten an und modifizieren ihre Funktionen derart, dass es möglichst nicht mehr zu einer solchen Situation kommen kann. Die Gehirnstruktur gestaltet sich demnach »traumatoplastisch«, d. h. das Gehirn »automatisiert Überlebensreaktionen, auf die es später reflexartig zurückgreift, oft schon bei kleinen alltäglichen Stressanlässen« (Besser 2009: 42).<sup>46</sup> Das Trauma ändert das Gehirn,<sup>47</sup> wobei diese Änderungen einige wichtige Gehirnbereiche betrifft, die für die

---

<sup>45</sup> Eine Übersicht traumareaktiver Entwicklungen findet sich in *Anhang 4*.

<sup>46</sup> Eine detaillierte Übersicht über die Auswirkungen der Traumatisierungen auf die einzelnen Gehirnareale, Neurotransmittersysteme und das kardiovaskuläre System findet sich im *Anhang 5*.

<sup>47</sup> Wesentlich beteiligt an dieser Entwicklung sind die gehäuft auftretenden Stresshormone und Neurotransmitter. So führen Cortisol und Glutamat dazu, dass die Neuronen im Hippocampusbereich bei einer dauerhaft erhöhten Ausschüttung geschädigt werden. Zudem wird dadurch die Neurogenese gehemmt und die Langzeitpotenzierung sowie das deklarative Gedächtnis beeinträchtigt (vgl. Flor 2013: 294; Moore/Stammermann 2009: 216).

Aufnahme neuer Informationen und für deren Abspeicherung notwendig sind (vgl. Perry 2006: 21). Die Traumaplastizität betrifft hierbei vor allem folgende (sprach-)lernrelevante Gehirnbereiche: den Hippocampus, den präfrontalen Cortex, die Amygdala und das Stammhirn.

Der Rückgang des Volumens des *Hippocampus* führt zu Defiziten im deklarativen Gedächtnis und beeinträchtigt das Abspeichern im Langzeitgedächtnis (Flor 2013: 294). Zudem kommt es zu Dysfunktionen in der Verarbeitung von Erinnerungen, wodurch Intrusionen, Nachhallerinnerungen und Alpträume befördert werden. Darüber hinaus führt die Reduktion des Hippocampus zu Defiziten der verbalen und visuellen Gedächtnisleistung (vgl. Carrion/Wong 2012: S24). Folglich bewirkt eine Traumatisierung eine Verschlechterung der Aufnahme und Abspeicherung deklarativer Lerninhalte. Da die Verarbeitung verbaler und visueller Informationen beeinträchtigt wird, scheint auch der verbale und visuelle Input im Zweitspracherwerb gehemmt. Zudem können Intrusionen zu Aufmerksamkeitsstörungen führen, da diese von Unterrichtseinheiten ablenken.

Der *präfrontale Cortex* weist infolge einer Traumatisierung eine reduzierte Aktivierung für traumatische und affektive Stimuli auf (vgl. Flor 2013: 293). Studien zeigen, dass durch die Veränderungen dieses Gehirnbereichs Defizite in der Aufmerksamkeitssteuerung entstehen und es zu einer Dysfunktion in der Assoziationsbildung kommen kann. Die Betroffenen scheinen weniger in der Lage dazu, ihre Aufmerksamkeit bewusst zu steuern, und lassen sich einfacher ablenken. Ebenfalls sind sie nicht in der Lage, die intrusiven Gedächtnisinhalte in ausreichendem Maße zu unterdrücken und zielgerichtet zu handeln sowie Angstreaktionen problemlos auszuschalten (vgl. Carrion/Wong 2012: S24). Durch die Beeinträchtigung des präfrontalen Cortex kommt es zu stressbedingten Defiziten des Arbeitsgedächtnisses (vgl. Streeck-Fischer 2014: 218). Mit den daraus resultierenden Aufmerksamkeitsdefiziten, den stärker auftretenden Angstreaktionen und der mangelhaften Leistung des Arbeitsgedächtnisses sind wesentliche Fähigkeiten beeinflusst, die innerhalb des ungesteuerten wie auch des gesteuerten Zweitspracherwerbs eine zentrale Rolle spielen. Ebenfalls stellt die beeinträchtigte Assoziationsleistung ein Hindernis dar, denn: »Lernen aus Erfahrung bedeutet [...], dass das, was geschieht, im präfrontalen Cortex registriert, mit anderen Erfahrungen verglichen und für eine passende Antwort evaluiert wird« (ebd.: 220). Dies ist mit einer Traumatisierung wesentlich schwerer umzusetzen.

Die Evaluation der neu ankommenden Informationen findet in der *Amygdala* statt. Diese reagiert nun verstärkt auf traumatische Stimuli und führt zu einer vermehrten Bewertung von Informationen als Bedrohung (vgl. Flor 2013: 293). Es kommt somit zu einer stärkeren Verbindung neutraler Informationen mit bedrohlichen Reizen, wobei es nun zu instinktiven Reaktionen (z. B. Kampf-Flucht-Reaktion) anstelle von reflektierten Handlungen kommt (vgl. Streeck-Fischer 2014:

218). Hierbei löst die Amygdala – wie auch während der traumatischen Situation selbst – eine erhöhte Ausschüttung an Noradrenalin aus (vgl. Bremner 2006: 447). Die Dysfunktion der Amygdala führt folglich dazu, dass die betroffene Person schnell in einen Zustand der Übererregung gerät, durch den ein instinktives Verhalten hervorgerufen wird und eine kognitive Verarbeitung von Lerninhalten erschwert wird.

Durch die erhöhte Übererregung wird auch das *Stammhirn* verstärkt aktiviert, wobei es zunehmend für Stresssituationen sensibilisiert wird, Angstzustände generalisiert und eine mangelhafte Unterscheidung von Furchtreaktionen entwickelt (vgl. Flor 2013: 293). Hierdurch entsteht auch eine vermehrte Hyperaktivität, Impulsivität und Aggression der betroffenen Person (vgl. Streeck-Fischer 2014: 220). Traumatisierte erscheinen dadurch auch in ungefährlichen Situationen dauerhaft im Kampf-Flucht-System zu verharren, instinktgebunden und demnach weniger in der Lage kognitive Leistungen zu vollbringen. Aus dieser Position heraus erscheint auch der DaZ-Unterricht zunächst als ein Ort der Bedrohung, indem Lernprozesse zugunsten von potentiell notwendigen Fluchtreaktionen gehemmt werden.

Insgesamt lassen sich folgende Auswirkungen von Traumatisierungen auf das Gedächtnis und die Informationsverarbeitung feststellen (vgl. Kapfhammer et al. 2001: 125): Es kommt zu einer Hemmung des Neulernens und einer langsamer fortschreitenden Habituation, das emotional konditionierte Gedächtnis dominiert über das autobiographische Gedächtnis und fragmentarische Informationen werden emotional bewertet bevor es zu einer bewussten emotionalen Wahrnehmung kommt, wodurch primär impulshafte statt reflektierte Handlungen entstehen. Durch das Nebeneinander von unterschiedlichen Triggerreizen und Erinnerungslücken treten Hypermnesie (verstärkte Erinnerungsfähigkeit) und Amnesie gleichzeitig auf. Zudem überwiegt beim Betroffenen die sensomotorische Reaktion und das affektive Erleben.

Laut Herta Flor lassen sich folgende allgemeine und traumaspezifische Gedächtnisstörungen im Rahmen einer PTBS feststellen:

	Allgemein	Traumabezogen
<b>Deklarativ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Defizite im Arbeitsgedächtnis mit stärkeren Effekten im verbalen als im visuellen Bereich und mehr retroaktiver Interferenz</li> <li>• Defizite im spezifischen autobiographischen Gedächtnis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mangelnde Flexibilität der Traumaeinprägung</li> <li>• Defizite im bewussten Vergessen von Gedächtnisinhalten</li> <li>• stärker desorganisierte Erinnerungen</li> </ul>

	Allgemein	Traumabezogen
<b>Nicht-deklarativ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erhöhte Hinweisreiz-Furchtkonditionierung und verzögerte Extinktion, schlechteres Extinktionsgedächtnis</li> <li>• Defiziente Kontextkonditionierung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• erhöhter Erwerb und verzögerte Extinktion konditionierter Reaktionen auf einen traumarelevanten unconditionierten Reiz</li> <li>• erhöhtes Priming auf traumarelevante Reize</li> </ul>

*Tabelle 3: Gedächtnisstörungen bei der PTBS (Flor 2013: 297)*

Diese Gedächtnisstörungen haben auch einen Einfluss darauf, dass die Ausbildung von repräsentativen Gedächtnisinhalten, d. h. die Enkodierung, Konsolidierung und Abspeicherung im Langzeitgedächtnis sowie das Abrufen der entsprechenden Informationen, gestört werden (vgl. Hinckeldey/Fischer 2002: 51). Insbesondere zeigt sich eine reduzierte Informationsverarbeitung, wenn diese kontinuierlich durch die traumaspezifischen Erinnerungen überlagert werden (vgl. Uttendörfer 2009: 5). Es kommt zu retroaktiven Interferenzen, also zu einer vermehrten Beeinflussung und Überlagerung früherer – nicht-traumaspezifischer – Gedächtnisinhalte durch später Gelerntes, so dass zuvor Erlerntes teilweise gar nicht mehr erinnert werden kann. Ebenfalls weisen traumatisierte Personen eine niedrigere intellektuelle Leistungsfähigkeit auf, die sowohl zu einer verschlechterten Informationsverarbeitung als auch zu einer mangelhaften Logik führen kann (vgl. Flor 2013: 295).

Bisher ist nur unzureichend erforscht worden, welchen genauen Einfluss Traumatisierungen auf den Spracherwerb haben. Durch den andauernden »state of lowlevel fear« (Perry 2006: 25) kann es jedoch zu einem länger anhaltenden Zustand der Übererregung kommen, welcher schließlich in dem bereits erwähnten »Downshifting« mündet. Der Lerner verfällt dabei in starre Routineverhaltensweisen und Prozeduren, die oftmals auch in seiner Kindheit oder im Jugendalter entstanden sind. Hierzu zählen unter anderem Verzögerungstaktiken, das offenkundige Ignorieren anderer Personen, Vermeidungsverhalten und Ungeduld. Teilweise kann es auch zu Disziplinproblemen im Unterrichtskontext kommen, z. B. indem andere Lerner oder die Lehrperson als Bedrohung wahrgenommen werden (vgl. Arnold 2002: 124-126).

Neben dem Downshifting ergibt sich noch die weitere Problematik, dass Traumatisierte oftmals nur wenig Motivation für langfristige sowie abstrakte Bildungsziele entwickeln können und sich vorwiegend auf die gegenwärtigen Stresssituationen fokussieren (vgl. Möhrlein/Hoffart 2014: 92). Des Weiteren zeigen traumatisierte Personen, laut Maximiliane Brandmaier (vgl. 2011: 122) häufig Schamgefühle, die sich insbesondere auch gegenüber einem gescheiterten Zweitspracherwerb äußern. Diese Schwierigkeiten werden zudem durch eine defizitäre Lern- und Merkfähigkeit sowie häufig krankheitsbedingte Fehltag erschwert. Bei Flüchtlingen spielt zudem noch die

unsichere Aufenthaltsperspektive eine Rolle, da diese durch die ständige Angst vor der Abschiebung noch weniger motiviert werden, die deutsche Sprache zu erlernen. Demgegenüber kann jedoch nicht immer von einer Motivationslosigkeit ausgegangen werden. So verweist Sandra Kerker darauf, dass das Verhalten Erwachsener, welches aus Traumatisierungen resultiert, nicht auf Desinteresse gründet, sondern oftmals nur von der Lehrperson als solches interpretiert wird (vgl. 2002: 179).

### 3.3.2 Auswirkungen von Retraumatisierungen auf den Zweitspracherwerb

Traumatisierungen können einen starken Einfluss auf den Zweitspracherwerb haben; insbesondere dann, wenn Flashbacks oder Dissoziationen auftreten. Den Ausgangspunkt für diesen Gedanken bildet jenes Phänomen, welches auch als ›Traumatische Zange‹ bezeichnet wird (vgl. Huber 2012: 38-39). Sobald eine Person in eine traumatische Situation gerät, treten nacheinander drei Stresssysteme auf. Zunächst wird der Körper im Rahmen des *a) Kampf-Flucht-Systems* in Handlungsbereitschaft versetzt, wobei die Person wach, angespannt und reaktionsbereit ist, um entweder gegen die Bedrohung anzukämpfen oder zu fliehen. Hierbei sind hauptsächlich das Stammhirn, der Limbus und der präfrontale Cortex beteiligt. Durch die Übererregung in der traumatischen Situation wird der ankommende Reiz in der Amygdala als gefährlich eingeordnet, woraufhin – im Zuge einer Generalisierung der Reizaufnahme – andere, kleinere Reize ebenfalls als gefährlich eingestuft werden. Daraufhin wird durch das limbische System die Ausschüttung von Noradrenalin und Adrenalin sowie von Cortisol<sup>48</sup> und Glutamat aktiviert. Zusammen mit den Prozessen im Stammhirn, welches für die lebensnotwendigen Körperprozesse und das instinktive Handeln verantwortlich ist, wird dadurch den Muskeln mehr Sauerstoff zugeführt, mehr Blut in die lebenswichtigen Organe gepumpt und der Herzschlag sowie die Atemfrequenz erhöht. Während dieser Kampf-Flucht-Reaktion werden die Vorgänge im Körper weitestgehend automatisiert, wobei das Bewusstsein und das rationale Denken, welches dominant im Großhirn verankert ist, nur begrenzt einen Einfluss darauf ausüben können. Dies lässt sich evolutionsbiologisch dadurch begründen, dass der Mensch in vielen lebensbedrohlichen Situationen schnell reagieren statt langsam überdenken musste (vgl. Baierl 2014a: 27-28; Ding 2014: 171-172). Wenn das Kampf-Flucht-System nicht dazu beitragen kann, dass sich die bedrohliche Situation auflöst,<sup>49</sup> wird das *b) Bindungssystem* ausgelöst. Hierbei schüttet der Hypothalamus das Hormon Oxytocin aus, welches die Amygdala hemmt und dadurch auch der Kampf-Flucht-Reaktion entgegenwirkt. Zeitgleich kommt es zu einer Entspannungsreaktion, wodurch die

---

<sup>48</sup> Eine erhöhte Ausschüttung von Cortisol bewirkt eine Steigerung des Angstpegels und der Schreckhaftigkeit (Uttenhöfer 2009: 3). Zudem wurde ein Effekt auf das Encodieren und Speichern von Informationen nachgewiesen (Schmidt-Atzert/Peper/Stemmler 2014: 265),

<sup>49</sup> Der Zeitpunkt, zu dem weder eine Kampf- noch eine Fluchtreaktion möglich ist, ist jener Moment, in dem die eben genannte ›Traumatische Zange‹ einsetzt (vgl. Huber 2012: 38-39).

betroffene Person in ihrer körperlichen Aktivität herunterfährt (vgl. Baierl 2014a: 28-29; Bornschein 2014: 7). Hierdurch zeigt sie und äußert dies in Reaktionen, welche die Bindung eines potentiellen Gegenübers fördern soll: »Dies soll bei Feinden Beißhemmung und bei Freunden Hilfeleistung aktivieren« (Baierl 2014a: 27). Falls somit ebenfalls keine Auflösung der bedrohlichen Situation erfolgt, wird schließlich das *c) Erstarrungssystem (Todstellreflex)* aktiviert. Hierbei wird das vegetative Nervensystem heruntergefahren; was im Extremfall auch zu einer Ohnmacht führen kann. Zudem werden körpereigene Opiate freigesetzt, welche eine anästhesierende Wirkung haben. Während dieses Erstarrungsreflexes kann es zu Dissoziationen, Sprachlähmungen, extremen Muskelanspannungen und Herzrasen kommen. Der Betroffene ist schmerzunempfindlich, unbeweglich, aber auch nicht in der Lage, um Hilfe zu schreien. Diese Reaktion ist nicht bewusst steuerbar, sondern primär instinktgetrieben. Der Erstarrungsreflex hat dabei vor allem zwei evolutionsbiologische Funktionen: Einerseits ging in der Vergangenheit die Gefahr oftmals von Raubtieren aus, welche einem starr daliegendem Aas keine Aufmerksamkeit schenkten. Andererseits führen die eintretenden Dissoziationen zu einer Abschirmung nach außen und einer Flucht nach innen, wodurch das nun traumatisierende Ereignis nicht in voller Intensität auf die Psyche einwirkt (vgl. Baierl 2014a: 27-29). Durch die Dissoziation entsteht auch die bereits genannte typische fragmentarische Abspeicherung des traumatischen Erlebnisses im Gedächtnis. Zentral ist hierbei insbesondere ein gestörtes Zusammenspiel von Amygdala und Hippocampus sowie eine Dysfunktion zahlreicher Neurotransmittersysteme. Während der Traumasituation kommt es zu einer erhöhten Ausschüttung von Glutamat, durch dessen Überschuss Neuronen angegriffen werden und es zu einer Verkleinerung des Hippocampus kommt (vgl. Kapfhammer et al. 2001: 114). Es bildet sich ein ›traumaspezifisches Gedächtnis‹ heraus, bei dem Erinnerungen an die traumatische Situation als nicht traumatische Ereignisse abgespeichert werden, das Trauma an spezielle ›trauma-states‹ gebunden wird – wodurch es schwerer bewusst abrufbar wird – und traumaspezifische Gedächtnisinhalte mit spezifischen emotionalen Zuständen und Sinnesmodalitäten verknüpft werden. Traumaspezifische Gedächtnisinhalte werden hierbei derart stark im Gedächtnis verankert, dass sie nicht der üblichen Erinnerungsverzerrung unterliegen, sie auch nicht durch Erfahrungen modifiziert werden können und lebenslang durch externe und interne Reize ausgelöst, d. h. getriggert, werden können (vgl. Hinckeldey/Fischer 2002: 111-112). Sobald die Erinnerung an das traumatische Ereignis getriggert wird, werden das Broca-Areal und der Hippocampus abgeschaltet; und folglich ein Teil des Sprachzentrums und die Erinnerungen deaktiviert. Die Sprache und Kognition der betroffenen Person sind demnach eingeschränkt und können sogar in einer absoluten Sprachlosigkeit münden. Zugespielt bedeutet dies: »Das Denken wird bei Gefahr abgeschaltet« (Uttendörfer 2009: 4); und somit auch die Möglichkeit für den



gesteuerten Zweitspracherwerb.

Flashbacks zeichnen sich neurobiologisch zunächst dadurch aus, dass die Amygdala die Ausschüttung von Stresshormonen – allen voran Noradrenalin – befördert, die sich destruktiv auf die Neuronen auswirken. Zeitgleich wird die Möglichkeit unterbunden, neu zu Lernendes mit zuvor gespeicherten Gedächtnisinhalten in Verbindung zu setzen. Dies liegt in der fehlenden Verbindung zwischen Amygdala und Hypothalamus begründet, die während eines getriggerten Traumas auftreten (vgl. Schwarz 2009: 2). Eine Teilnahme am Unterricht wird nicht nur dadurch verunmöglicht, dass die betroffene Person die traumatische Situation erneut erlebt und somit einem primären Instinktverhalten folgt, sondern auch dadurch, dass die Funktion des Broca-Areals abnimmt, wodurch subjektive Erfahrungen nicht mehr in Sprache übersetzt werden können. Gleichzeitig nehmen die Funktionen jener Bereiche in der rechten Hemisphäre zu, die dafür zuständig sind, intensive Emotionen und visuelle Informationen zu verarbeiten. Die Gehirnstrukturen werden dadurch gefüllt mit emotional aufgeladenen autobiographischen Gedächtniseinheiten (vgl. Schwanberg 2010: 46), während für andere Informationen kaum noch Platz ist.

Bei Dissoziationen wird zunächst im Thalamus eine Einengung der Wahrnehmung bewirkt, so dass die betroffene Person sich nur auf einen bestimmten Gefahrenaspekt konzentrieren kann und andere Elemente in der Umwelt ausblendet. Während der Dissoziation äußert sich dies in einem veränderten Zeiterleben, einer abweichenden Kontext- und visuellen Wahrnehmung sowie einer dysfunktionalen Schmerzwahrnehmung, was ebenfalls mit dem Thalamus in Verbindung gebracht werden kann. Zusätzlich wird durch die Amygdala und den Hippocampus der Temporallappen aktiviert, wodurch es zu epilepsieartigen Entladungen kommen kann, die jedoch nicht motorisch, sondern eher psychotisch sind. Es kommt zu Hypnosen bzw. Trancezuständen und einer ausschweifenden Phantasie sowie zu der bereits genannten Depersonalisation und Derealisation. Durch die Ausschüttung von Glutamat ändert sich die Zeitwahrnehmung der Dissoziierenden. Es kommt zu einer Veränderung der sensorischen Wahrnehmung und die Gedächtnis- und Lernprozesse lassen nach. Hierbei sind insbesondere Problemlösungen, das Abstrahieren und das Erklären von Sprichwörtern nachweislich betroffen (vgl. Kapfhammer et al. 2001: 118-122). Dissoziationen führen zu Problemen im Unterrichtskontext, wobei die betroffene Person vor allem Konzentrations- und Aufmerksamkeitsschwächen sowie eine sinkende Lernmotivation aufweist (vgl. Friedrich 2014: 46). Weiterhin führen Dissoziationen zu einer Verschlechterung der kognitiven Flexibilität, der verbalen Fähigkeiten sowie der Fähigkeiten der Selbstorganisation und -planung; welches alles wesentliche Punkte für einen erfolgreichen gesteuerten Zweitspracherwerb sind. Der Lernprozess wird weiterhin durch die Gedächtnisdysfunktion beeinträchtigt sowie durch das häufige Tagträumen, die

Energielosigkeit, die gefühlte Isolation und die mangelhafte Emotionalität des Dissoziierenden (vgl. Ding 2014: 168-169).

Bis hierhin sollte deutlich geworden sein, dass Traumatisierungen und deren Folgestörungen sich negativ auf das Lernen im Allgemeinen und den Zweitspracherwerb im Besonderen auswirken können. Im Folgenden soll nun gezeigt werden, wie Traumatisierungen therapiert werden und welche spezifischen Probleme sich aus der Therapie mit traumatisierten Flüchtlingen ergeben.

### **3.4 Therapie traumatisierter Flüchtlinge**

Eines der wesentlichen Ziele jeder Traumatherapie ist zunächst die Ausbildung und Stärkung der »Fähigkeit, sich selbst zu beruhigen« (Ottomeyer 2014: 80; Herv. i. O.). Diese reagiert darauf, dass die betroffene Person sich in einem Zustand innerer Aufruhr befindet, da ihre grundständigen Annahmen über die Welt und die Fähigkeit zu Vertrauen gebrochen wurden. Ein zielführendes Konzept bildet hierbei das »Empowerment«, durch das der Traumatisierte erneut eigene Kräfte entdeckt, um sich den Herausforderungen in der Welt stellen zu können (vgl. Brandmaier 2011: 37-38). Wilma Weiß bezeichnet dieses Konzept auch als »Selbstbemächtigung«. Hierunter versteht sie die Ausbildung einer eigenen Körperfürsorge und die Möglichkeit, eine Sinnhaftigkeit für die Gegenwart zu entwickeln, die Fähigkeit das traumatische Erlebnis in die eigene Biographie integrieren zu können und negative Einstellungen zur eigenen Person sowie zur Welt zu modifizieren. Des Weiteren versteht Weiß hierunter auch die autonome Regulation von traumatischen Erinnerungen, die erneute Entwicklung von Vertrauen gegenüber anderen Personen sowie die Ausbildung von Respekt hinsichtlich der eigenen Leidensgeschichte und den damit einhergehenden Beeinträchtigungen (vgl. Weiß 2009b: 15). Die diesem Vorgehen zugrunde liegende Idee ist, dass psychische Störungen durch die Therapie revidierbar und die damit zusammenhängende Neuroplastizität wieder veränderbar ist (vgl. Besser 2009: 43). Genauer gesagt bedeutet dies, dass der präfrontale Cortex in Situationen, in denen die Traumaerinnerung hervorkommt, reanimiert, eine Verbindung zur Amygdala hergestellt und der Traumatisierte für seine eigenen Gefühle und Körperwahrnehmungen sensibilisiert wird. Hierzu muss die Interaktion zwischen präfrontalem Cortex und der Amygdala, d. h. zwischen Denken und Fühlen mit der traumatisierten Person geübt werden (vgl. Weiß 2009a: 159).

Idealtypisch lässt sich eine traumazentrierte Psychotherapie in drei Phasen einteilen (vgl. Dittmar 2013: 107-110): 1) Stabilisierung und Affektregulation, 2) Traumasyntese und -exposition sowie 3) (Re-)Integration und Neuorientierung. Diesen drei Phasen vorangestellt erfolgt zunächst die Diagnose. Hierbei, so weist Brandmaier (vgl. 2013: 24-25) hin, ist eine möglichst frühe Diagnose erforderlich, um eine angemessene Therapie zu gewährleisten. In der Vorphase kann es bereits zu

ersten stabilisierenden Maßnahmen und psychotherapeutischen Interventionen kommen, um das Risiko von Retraumatisierungen und unkontrollierten Reaktualisierungen zu verringern. Es findet demnach bereits hier ein Rückgriff auf ein ›therapeutisches Basispaket‹ (vgl. Wenk-Ansohn et al. 2014: 37) statt. Yeomans und Forman verweisen darauf, dass die Diagnose durch kulturelle Faktoren beeinflusst werden kann, beispielsweise indem der sozioökonomische Status, kulturelle Machtkämpfe, bürokratische Aspekte, aber auch familiäre Angelegenheiten sich auf die spezifische Auslegung der Symptome auswirken können. Hierzu zählt unter anderem die bereits beschriebene Somatisierung (vgl. Yeoman/Forman 2009: 230-233).

*1) Stabilisierung und Affektregulation:* Diese Phase dient zunächst dazu, dass die betroffene Person an Selbstkontrolle gewinnt und angemessen auf ihre eigenen Emotionen reagieren kann. Hierbei werden ihr auch Möglichkeiten und entsprechende Techniken an die Hand gegeben, um sich selbst zu beruhigen. Diese Phase beinhaltet nach Volker Dittmar fünf Unterpunkte. Dies ist zunächst a) der Aufbau einer stabilen Beziehung zwischen Therapeut und Patient, woraufhin b) die Psychoedukation erfolgt. Hierbei wird der Patient darüber informiert, welche Störungen vorliegen, was deren Ursachen sind und welche Behandlungsmöglichkeiten hierfür existieren. Die letzten drei Unterpunkte bilden die Etablierung c) einer äußeren Sicherheit, d) einer Sicherheit zwischen Therapeut und Patient sowie e) einer inneren Sicherheit. Die äußere Sicherheit zielt darauf, dass die betroffene Person sozial und körperlich stabilisiert wird, soziale Kontakte auf- und ausbaut und die Therapie finanziell sichergestellt wird. Die Sicherheit zwischen Therapeut und Patient beruht auf dem Aufbau eines angemessenen Vertrauensverhältnisses. Die innere Sicherheit dient der eigentlichen Stabilisierung und Affektkontrolle, wobei dem Traumatisierten entsprechende Techniken vermittelt werden, um sich von den belastenden Traumaerinnerungen distanzieren zu können (vgl. Dittmar 2013: 107-108). Dima Zito nennt zusätzlich die Suizidprophylaxe. Hierbei wird zunächst – falls suizidale Gedanken vorliegen – ein ›Nicht-Suizid-Vertrag‹ zwischen Therapeut und Patient vereinbart. Zudem wird ein Notfallplan aufgestellt, der das Vorgehen in Krisensituationen festhält. Falls der Betroffene nicht von seinen suizidalen Gedanken ablässt, kann notfalls eine stationäre Aufnahme erforderlich sein. Des Weiteren nennt Zito die Förderung der Autonomie und Orientierung. Hierdurch soll dem Traumatisierten das Gefühl von Respekt vermittelt werden. Er soll sich in seiner Person zudem gewürdigt und dadurch bestärkt fühlen. Des Weiteren sollen die Ressourcen der traumatisierten Person gestärkt werden, indem ein entsprechendes Netzwerk aufgebaut und therapiefördernde Aktivitäten ausgebaut werden. Durch entsprechende Imaginations- und Achtsamkeitsübungen soll der Traumatisierte lernen, seine positiven Erinnerungen zu betonen, seine negativen zu kontrollieren und sich selbst besser wahrnehmen zu können. Als besonders wichtig erachtet Zito

den Aufbau einer vertrauensvollen und tragfähigen therapeutischen Beziehung, welche dem Patienten als stabilisierende Grundlage für die Auseinandersetzung mit dem Trauma dienen soll (vgl. Zito 2010: 132-133). Mechthild Wenk-Ansohn et al. (vgl. 2014: 65) nennen zudem auch die Ausbildung der Fähigkeit, triggernde Ereignisse im Alltag erkennen zu können. Zudem sollen Ressourcen identifiziert werden, welche nicht nur gegenwärtig, sondern auch in der prätraumatischen Phase zu finden sind. Abdallah-Steinkopff und Soyer (vgl. 2013: 153) verweisen zusätzlich darauf, dass die Stabilisierungsphase bei Flüchtlingen mehr Raum einnimmt als bei deutschen Patienten, da diese mit erschwerteren Lebensumständen konfrontiert werden bzw. diesen ausgesetzt sind.

2) *Traumasyntese und -exposition*: In dieser Phase kommt es zu einer Weiteranwendung der Methoden, auf die bereits in der Stabilisierungsphase zurückgegriffen wurde. Dies begründet sich darin, dass die Expositions- und Stabilisierungsphase oftmals ineinander greifen. Für die Traumasyntese bildet die Stabilisierung das Fundament, durch das der Traumatisierte vor einer Überflutung der Traumaerinnerungen geschützt und die Kontrolle über eventuell aufkommendes selbstschädigendes Verhalten erlangt wird. In dieser Phase kommt es zur Erweiterung der Stresstoleranz der betroffenen Person. Dies »erfolgt in Einzelsitzungen im Rahmen eines strukturierten, dosierten und kontrollierten Wiedererlebens zentraler Aspekte der Traumatisierung« (Dittmar 2013: 109). Bei einer sequentiellen Traumatisierung können hierbei einzelne zentrale und repräsentative Ereignisse aufgegriffen werden, die stellvertretend für alle Traumatisierungen stehen. Einige Methoden, die zur Traumabearbeitung aufgegriffen werden, sind unter anderem imaginative Techniken, wie die Screentechnik und die Beobachertechnik, bei der sich der Betroffene von seiner Traumatisierung distanziert und die als besonders schonend beschrieben werden (vgl. ebd.: 109).<sup>50</sup> Das Ziel der Traumaexpositionphase ist »nicht eine Katharsis<sup>51</sup>, sondern eine Integration der traumatischen Erfahrungen in das Spektrum der Gesamtpersönlichkeit« (Dittmar 2013: 109).

3) *(Re-)Integration und Neuorientierung*: Diese Phase beinhaltet die Einbindung des traumatischen Ereignisses in die eigene Biographie und das Selbstkonzept, wobei hier das zentrale Ziel ist, dass das tatsächliche Geschehen und die eigenen Vorstellungen parallel existieren können. In dieser Phase kann es abschließend nochmals zu Depressionen, Hoffnungslosigkeit, Sinnentleerung und eventuell sogar zu Suizidgedanken kommen. Dementsprechend sollten wiederum geeignete Maßnahmen zur Stabilisierung zur Anwendung kommen. Durch die Neuorientierung können zudem persönliche Pläne und Zielsetzungen geändert werden und ein neues Selbst- und Weltbild

---

<sup>50</sup> Die Methoden zur Traumaexposition bilden keinen zielführenden Inhalt für die hier vorliegende Arbeit. Für eine Beschreibung einzelner Methoden siehe *Anhang 6*.

<sup>51</sup> Die kathartische Methode ist ein »therapeutische[s] Verfahren, dass dem Patienten eine adäquate Abfuhr pathogener Affekte erlaubt, indem er traumatische Ereignisse, die an sie gebunden sind, wieder erleben und abreagieren kann« (Roudinesco/Plon 2004: 528).

entstehen. Es kann zu einem inneren Wachstum kommen, zu einem ›posttraumatic growth‹ (vgl. Dittmar 2013: 109-110). Der Traumatisierte muss zudem das Selbstbild der Opferrolle ablegen, und – im Sinne der Selbstbemächtigung – eigene Handlungskompetenzen wiederentdecken und ausbauen (vgl. Brandmaier 2013: 25-26). Zur (Re-)Integration zählt auch die Wiedereingliederung in das gesellschaftliche Umfeld, was sich bei Flüchtlingen unter anderem in Form des Zweitspracherwerbs,<sup>52</sup> der Eingliederung in die Nachbarschaft und den Arbeitsmarkt sowie der Wahrnehmung bürokratischer Ansprüche gestaltet (vgl. Wicker 2007: 219).

Die Traumatherapie birgt sowohl Chancen als auch Risiken. So wurde gezeigt, dass es in einem Großteil der Universitätskliniken und auf Folteropfer spezialisierten Behandlungszentren (ca. 90 %) zu signifikanten Verbesserungen der Traumafolgestörung, der Depression und der Angstzustände kommen kann (vgl. Baron et al. 2014: 5). Jedoch müssen hierfür die Traumatherapeuten eine entsprechend qualitative Grundausbildung vorweisen können, welche sie einerseits in den Grundregeln der Psychotraumatologie und andererseits in den Risiken möglicher Fehlschritte unterweisen. Denn: »Auch psychotherapeutische Verfahren, die bei korrekter Anwendung relativ risikoarm sind, können gefährlich sein, wenn sie mangelhaft durchgeführt oder bei der falschen Indikation eingesetzt werden« (Neuner 2011: 411). Eine fehlerhaft ausgeführte Traumatherapie kann zudem dazu führen, dass der Patient zunehmend die Opferrolle einnimmt und der Therapeut sich übermäßig mit der traumatisierten Person identifiziert (vgl. Köllner/Sack 2009: 129). Des Weiteren können unvorsichtig durchgeführte Therapien auch zu Retraumatisierungen, emotionalen Überflutungen und psychischen Dekompensationen führen. Zudem wird davor gewarnt, konfrontative Verfahren unreflektiert einzusetzen. Diese bauen darauf auf, dass der Patient sehr detailliert über das traumatisierende Ereignis spricht. Zwar ist das Sprechen über das Trauma für die Exposition stets vonnöten, jedoch sollte dies vorsichtig und nicht übereilt vertieft werden (vgl. Neuner 2011: 404).

Die Traumatherapie mit Flüchtlingen steht zudem spezifischen Problemen gegenüber, zu denen beispielsweise die unsichere Aufenthaltssituation zählt, in der sich die Flüchtlinge befinden. Ingrid Koop schreibt diesbezüglich, dass sich insbesondere im Hinblick auf die regelmäßig sich androhende Abschiebung eine therapeutische Intervention zusätzlich erschwert wird. Hierbei kann es geschehen, dass nach einer Phase der Sicherheit plötzlich wieder ein Zustand der Bedrohung eintritt, Angstzustände und Panik entstehen und somit eine Retraumatisierung ausgelöst wird. In diesen Situationen dient die Traumatherapie vorwiegend der Krisenintervention und Stabilisierung (vgl.

---

<sup>52</sup> Im Rahmen der klinischen Traumatherapie am Berliner Zentrum für Folteropfer (bzfo), bilden Deutsch-, Integrations- und Berufsvorbereitungskurse einen festen Bestandteil bzw. einen Aspekt der begleitenden klinischen Sozialarbeit. Diese sind unter demselben Dach wie die therapeutische Maßnahme vorzufinden, so dass diese Kurse noch während der Therapie eingeleitet werden können. Ebenfalls ermöglicht dies die Kommunikation mit den Lehrpersonen über eventuell auftretende Schwierigkeiten (vgl. Wenk-Ansohn 2014: 63, 68; Haenel 2013: 90).

Koop 2000: 574). Hierzu schreiben Ibrahim Özkan und Maria Belz (2013a: 199):

»Solange die rechtliche Situation des Patienten nicht geklärt ist, kann trotz einer stabilen therapeutischen Beziehung keine traumazentrierte therapeutische Aufarbeitung des Traumas erfolgen, da durch den meist unsicheren Aufenthaltsstatus eine Sicherheit (körperlich und psychisch) nicht gegeben ist.«

Zudem stellt der Aufenthaltsstatus für die Traumatherapie insofern eine Bedingung der Möglichkeit dar, dass durch ihn Anfang und Ende der Therapie bestimmt werden (vgl. ebd.: 196-197).<sup>53</sup>

Ein weiteres Problem ergibt sich hinsichtlich der oftmals unzureichenden Deutschkenntnisse der traumatisierten Flüchtlinge. Hierbei ist zunächst zu sehen, dass die Sprache »das Medium [ist], das in der Therapie die gemeinsame Basis für das Verständnis schafft« (Erim 2009: 5). Sie überträgt im Rahmen der Therapie nicht bloß Informationen zwischen dem Therapeuten und dem Patienten, sondern auch kulturelle Symbole und Metaphern. Zudem entsteht durch sie auch ein Machtgefälle zwischen dem Experten und Laien sowie zwischen dem Erst- und Zweitsprachensprecher (vgl. ebd.: 4). Özkan und Mona Heilek weisen hinsichtlich der unzureichenden Deutschkenntnisse im Rahmen der Traumatherapie darauf hin, dass es hierdurch zu einem unzureichenden Verstehen seitens des Patienten kommen kann, kulturelle Differenzen durch die Sprachbarriere nicht erkenntlich werden und Sachverhalte, welche in der Kultur des Traumatisierten nicht vorhanden sind, nicht für diesen verständlich sind (vgl. Özkan/Heilek 2012: 107).<sup>54</sup> Jennifer Suzanne Schwanberg schreibt zusätzlich, dass traumatische und nicht-traumatische Erinnerungen – und insbesondere die autobiographischen Gedächtnisinhalte – in der Erstsprache stärker, vielfältiger und emotionaler erinnert werden als in der Zweitsprache. Schwanberg nimmt deswegen an, dass das Traumagedächtnis und die Erstsprache durch dieselben Gedächtnisstrukturen abgerufen werden und somit miteinander in Verbindung stehen. Die Zweitsprache wird hingegen derart gespeichert, dass sie losgelöst von den emotionalen Erfahrungen der traumatischen Erinnerungen scheint (vgl. Schwanberg 2010: 45-46, 53). Diesbezüglich kann auch von einer »language independence« gesprochen werden, nach der »es zu einer Trennung des Affekts vom Inhalt des Gesagten beim Benutzen einer Zweitsprache« (Yagdiran/Haasen/Krausz 2001: 380) kommt. Eine tiefere Bearbeitung des Traumas erscheint somit in der Erstsprache effizienter als in der Zweitsprache, wohingegen die Zweitsprache aber für eine erste Annäherung an zu stark belastende Erinnerungen geeignet scheint.

Im Rahmen der Traumatherapie erscheinen Dolmetscher als ein geeignetes Mittel, um einerseits die unzureichenden Deutschkenntnisse und andererseits die mangelnde emotionale Ver-

---

<sup>53</sup> Die Landesärztekammer und Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg (vgl. LÄK-BW/LPK-BW 2011: 13) schreiben hierzu von einer »paradoxen Situation«, in der den traumatisierten Flüchtlingen im Rahmen ihres Asylverfahrens zwar eine psychotherapeutische Maßnahme geboten wird, deren Erfolgchance durch den unsicheren Aufenthaltsstatus und dessen Rahmenbedingungen, an die sie gebunden sind, jedoch gering bzw. eingeschränkt ist.

<sup>54</sup> Deshalb sollten Therapien auf die niedrigen Sprachkenntnisse angepasst werden, so dass der Stress, welcher in einer fremdsprachigen Situation entstehen kann, verringert wird (vgl. Özkan/Belz/Oktay 2012: 124).

arbeitung in der Zweitsprache zu kompensieren. Hierbei sind sie sowohl Sprach- als auch Kulturmittler, da sie nicht bloß von der Erst- in die Zweitsprache übersetzen und umgekehrt, sondern auch kulturspezifische Aspekte berücksichtigen und erläutern können (vgl. Zito 2010: 137). Durch den Dolmetscher entsteht aus der therapeutischen Dyade eine Beziehungstriade (vgl. Kluge/Kassim 2006: 178), wobei zu beachten ist, dass der Dolmetscher nach bestimmten Kriterien ausgewählt werden muss, damit er keinen Störfaktor in der Interaktion zwischen Therapeut und Patient darstellt.<sup>55</sup> Innerhalb dieser Triade entsteht, so Naser Morina (vgl. 2007: 181), die paradoxe Situation, dass die Kommunikation zwar durch den Dolmetscher erst zustande kommt, gleichzeitig aber auch durch diesen verzerrt wird. Hierzu schreiben Ulrike Kluge und Nadja Kassim (2006: 181), dass die »Neutralität der Dolmetscher [...] eine wenig nützliche Fiktion« sei. Vielmehr würde der Dolmetscher auf verschiedenen Ebenen als ein »Filter« im Übersetzungsprozess wirken. Dies komme bereits dadurch zustande, dass das Dolmetschen im Rahmen der Traumatherapie nicht simultan, sondern konsekutiv vonstattengeht, wodurch es bereits zu einer ersten Bedeutungsmodifikation kommen kann. Zudem wirken die subjektiven Erfahrungen, Werte, Einstellungen und das fachspezifische Vorwissen des Dolmetschers auf den Übersetzungsprozess ein (vgl. ebd.: 187). Ebenfalls sollte berücksichtigt werden, dass aufgrund spezifischer kultureller und geschlechtsgebundener Regeln Tabuthemen nicht angesprochen werden könnten, sobald ein Angehöriger aus derselben Community anwesend ist (vgl. Manfredini 2012: 25).<sup>56</sup> Darüber hinaus ergeben sich weitere Nachteile des Einsatzes von Dolmetschern. So wird beispielsweise für die Therapie zumeist die doppelte Zeit benötigt. Zudem werden die Dolmetscherkosten nur selten von den gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen der Arbeit mit Flüchtlingen finanziert (vgl. BAfF-Zentren 2015a: 1; LÄK-BW/LPK-BW 2011: 18).

Ein weiteres Problem ergibt sich aus der bereits angesprochenen kulturellen Differenz zwischen Therapeut und Patient. Aus ethnologischer Perspektive bildet die Traumatherapie »einen Transitraum, in dem Kulturen und Kontexte zusammentreffen« (Hardung 2006: 204). Unverständnis kann hierbei auf beiden Seiten bestehen. So kennen viele außereuropäische Kulturen nicht das Konzept der Psychotherapie, weswegen ihnen dies zunächst im Rahmen der Therapie näher gebracht werden muss (vgl. Eppensteiner 2015: 132). Demgegenüber kann seitens des Therapeuten auch ein Unwissen hinsichtlich sogenannter »kulturgebundener Symptome« bestehen, welche zudem nicht in den Diagnosemanualen aufgeführt sind. Hierzu zählen beispielsweise die bereits ge-

---

<sup>55</sup> So sollten bei der Auswahl das Geschlecht, die Religion und die ethnische Zugehörigkeit Berücksichtigung finden, ebenso wie beispielsweise die vom Dolmetscher angebotene Zeit für Vor- und Nachgespräche mit dem Therapeuten sowie die Sitzordnung während der Therapie (vgl. Eppensteiner 2015: 131).

<sup>56</sup> Aufgrund dieser verzerrenden Faktoren sollte darauf geachtet werden, dass in einem derartigen triadischen Setting a) Transparenz vorherrscht, b) ein Informationstransfer zwischen allen Beteiligten gewährleistet ist und c) sich alle Beteiligten ihrer Rolle bewusst sind und diese verantwortungsbewusst einnehmen (vgl. Morina 2007: 189).

nannten kulturspezifischen Somatisierungen (vgl. Wohlfart/Hodzic/Özbek 2006: 144-145). Generell ist zwar davon auszugehen, dass sich keine Therapieformen nach spezifischen Kulturtypen kategorisieren lassen, jedoch ist eine Therapie ohne jegliche Berücksichtigung der Kultur nicht möglich (vgl. Wicker 2007: 206-207). Die Therapeuten müssen dementsprechend kultursensibel mit dem Patienten agieren, welcher aufgrund seiner Herkunftskultur verschiedene Erwartungen an die Traumatherapie herantragen kann, was sich beispielsweise in unterschiedlichen Erarbeitungsprozessen in der Stabilisierungsphase, Krankheitsverständnissen, Tabuthemen oder Gefühlsausdrücken äußern kann (vgl. Özkan/Belz 2013a: 197-198). Ein Therapeut sollte folglich über die nötige interkulturelle Kompetenz sowie eine entsprechende kultursensitive Haltung verfügen, um möglichen Problemen, die aus kulturellen Missverständnissen heraus entstehen können, entgegenzuwirken (vgl. Abdallah-Steinkopff/Soyer 2013: 158). Eine derartige Haltung nutzt ebenfalls die Möglichkeit, dass die Kultur der traumatisierten Person eine wertvolle Ressource im Rahmen der Traumabearbeitung darstellen kann (vgl. Yilmaz 2006: 282).

Die dargestellten Probleme im Rahmen der Therapie mit traumatisierten Flüchtlingen stellen einen Einsatzpunkt für den DaZ-Unterricht dar, da eine verbesserte Zweitsprache der Flüchtlinge zu einem besseren Verständnis zwischen Therapeut und Patient führen kann, den verzerrenden und ggf. sogar kommunikationshemmenden Faktor des Dolmetschers wegfällen lässt und im Rahmen des Unterrichts bereits eine erste interkulturelle Orientierung hinsichtlich medizinischer und psychotherapeutischer Konzepte gegeben werden kann.

#### **4 Zur Thematisierung von Traumata und deren Folgestörungen in der handlungsanleitenden Literatur zum Deutsch-als-Zweitsprache-Unterricht**

Im Folgenden wird dargestellt, welche handlungsanleitenden Angebote und Ausführungen es zum Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen im DaZ-Unterricht gibt. Den Ausgangspunkt hierfür bildet die Traumapädagogik, deren Ziel »die Berücksichtigung psychotraumatologischen Wissens in pädagogischen Prozessen« (Kühn 2014: 21) ist und die der Einrichtung eines »sicheren Ortes«, der Stabilisierung der traumatisierten Person, der Förderung ihrer Selbstwirksamkeit sowie ihrer Reintegration in die Gesellschaft dient (vgl. ebd.: 27). Die Traumapädagogik bezieht sich zwar vorwiegend auf den Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen im Allgemeinen sowie der ihnen angemessenen Unterrichtsführung im Speziellen (vgl. z. B. Baierl/Frey 2014; Ding 2014; Gahleitner et al. 2014), jedoch lassen sich hinsichtlich einer erwachsenengerechten Traumapädagogik auch einige wenige Ausführungen finden. So verweist Sandra Kerka (vgl. 2002) darauf, dass die Traumatisierung von Erwachsenen im Unterricht dahingehend berücksichtigt werden muss, dass die Betroffenen



nicht als ›Opfer‹ behandelt werden, ihnen ein besonderes Maß an Vertrauen entgegengebracht wird und die Lehrperson lernt, Dissoziationen und traumaspezifische Reaktionen zu erkennen. Zudem sollte ein Weg gefunden werden, um eine ›sichere‹ Lernumgebung einzurichten.

Bruce D. Perry nennt im Hinblick auf den Unterricht mit traumatisierten Erwachsenen verschiedene neurobiologische Auswirkungen des Traumas und damit einhergehend die Dysfunktion der Informationsverarbeitung. Traumatisierte Lerner befinden sich im Dauerstress. Eine gute Lehrperson zeichnet sich nach Perry vor allem dadurch aus, dass sie erkennt, ob sich der Lerner im Hyperarousal befindet (vgl. Perry 2006).

Jenny Horsman (vgl. 1998a, b) bezieht sich nicht wie Kerka und Perry auf die Erwachsenenbildung im Allgemeinen, sondern setzt den Fokus auf den Alphabetisierungsunterricht mit traumatisierten Erwachsenen. Ihrer Meinung nach sollte die traditionelle Unterscheidung von Alphabetisierung und Therapie aufgehoben werden, da vielen Lehrpersonen eine therapeutenähnliche Funktion zukommt. Horsman beschreibt – wie Kerka –, dass die Lehrperson von einer Sichtweise auf den Traumatisierten als ›hilflos‹ abweichen muss und sich vielmehr auf die Bedürfnisse des Lerners fokussieren soll. Ebenfalls hebt sie hervor, dass es eine klare Grenzziehung in Bezug auf körperlichen Kontakt geben muss und zuvor mit dem Lerner geklärt werden sollte, ob und in welcher Form Körperkontakt erlaubt ist.

Im Hinblick auf Flüchtlinge wird zunehmend der Anspruch laut, dass therapiebegleitende Deutschkurse angestrebt werden sollten. Dies wird dadurch begründet, dass die Verbesserung der sprachlichen Fähigkeiten, aber auch darauf aufbauende berufliche Qualifizierungen eine stabilisierende Wirkung haben. Zudem seien die Deutschkenntnisse nötig, um den Traumatisierten mehr Chancen zum lebenslangen Lernen im Rahmen der deutschen Gesellschaft zu geben (vgl. Barth/Schönmeier 2007: 2, 6-7; Brandmaier 2013: 26). Hermann Schönmeier spricht sich dafür aus, dass Deutschkurse für Asylbewerber sozialpädagogisch und psychologisch begleitet werden sollten. Der Lehrperson kommt hierbei jedoch keine Therapeutenrolle zu, sondern vielmehr sollte sie sich dahingehend weiterbilden, dass sie Wissen über die Kultur, Lebenssituation und Herkunft der traumatisierten Flüchtlinge erwirbt (vgl. Schönmeier 2007: 35-36). Seit Kurzem werden zudem traumapädagogische Fortbildungen für DaZ-Lehrkräfte angeboten. So bietet beispielsweise die SchlaU-Schule in München (Schulanaloger Unterricht für junge Flüchtlinge) im Rahmen ihres Fortbildungsprogramms ein Modul namens ›Lebenslagen junger Flüchtlinge in Deutschland‹ an, das sich unter anderem mit traumapädagogischen Inhalten befasst und erst Implikationen für den Unterricht gibt (vgl. Trägerkreis Junge Flüchtlinge e. V. 2014: 10-11). Darüber hinaus häufen sich seit Mitte 2015 die Fortbildungsangebote für Lehrkräfte des Bereichs ›Deutsch als Zweitsprache‹ zu traumatologi-

schen Grundlagen sowie zum Umgang mit traumatisierten Kindern und Jugendlichen in Schulen, Vorschulen und Kindertagesstätten sowie in Vorbereitungsklassen und DaZ-Zentren (vgl. z. B. Diakonie Schweinfurt 2015; Lehrerbildungszentrum der RWTH Aachen 2015; Ministerium für Schule und Berufsbildung des Landes Schleswig-Holstein 2015; Tetens 2015). Ebenfalls werden mittlerweile Fachtagungen und -seminare angeboten, die sich speziell dem Thema Trauma und minderjährigen Flüchtlingen im Unterricht bzw. in der Kindertagesstätte widmen (vgl. z. B. Hardenacke 2014; Parzival-Zentrum Karlsruhe 2015). Fortbildungsangebote und Tagungen, die sich speziell dem DaZ-Unterricht mit traumatisierten Erwachsenen widmen, bleiben bisher jedoch aus.

Auch in der Praxis wird die Traumatisierung von Deutsch-als-Zweitsprache-Lernern selten behandelt. Beispielsweise schreibt das *Rahmencurriculum für Integrationskurse Deutsch als Zweitsprache* lediglich, dass die Lernenden »auch durch psychosoziale Belastungen beeinträchtigt sein« (Buhlmann et al. 2007: 14) können. Hierunter verstehen sie psychische Belastungen »aufgrund von Heimweh, Trennungsschmerz, aus Sorge um tatsächliche oder drohende Arbeitslosigkeit, schlechten oder beengten Wohnraum, vor allem jedoch aus einer sozialen Unsicherheit heraus« (ebd.). Eine mögliche Traumatisierung der Lerner wird hierbei nicht erwähnt. Auch das *Konzept für einen bundesweiten Alphabetisierungskurs* nennt »sozialpsychologische Aspekte«, die es im Sinne der Teilnehmerorientierung zu berücksichtigen gilt. Jedoch wird auch hier nicht auf Traumatisierungen oder deren mögliche Folgestörungen eingegangen (vgl. Feldmeier 2015: 20, 50, 68). Ähnliches gilt für die *Konzeption für die Zusatzqualifizierung von Lehrkräften im Bereich Deutsch als Zweitsprache*. Diese verweist darauf, dass »die unterschiedlichen Migrationserfahrungen [...] die unterschiedlichsten Befindlichkeiten und Einstellungen zur Folge haben können«, die sich »auf die Bereitschaft und Motivation, Deutsch zu lernen, auswirken können« (Buhlmann 2005: 6). Auch hier werden Traumata nicht explizit benannt. Vielmehr erscheinen die psychologischen Besonderheiten der Lerner aus ihrer lebensweltlichen Situation und der fehlenden Zweitsprache herzurühren (vgl. ebd.). Im Jahr 2013 entwickelten das Land Bayern in Kooperation mit dem BAMF das *Konzept Erstorientierung und Deutsch lernen für Asylbewerber*. Dieses Konzept wurde wie bereits erwähnt zunächst im Bundesland Bayern an mehreren Standorten erprobt, erfolgreich evaluiert, überarbeitet und 2014 auf der Internetpräsenz des BAMF veröffentlicht. Es richtet sich an Lehrkräfte bzw. Ehrenamtliche, die Asylbewerber in Deutsch als Zweitsprache unterrichten. Hierbei wird jedoch weder die Zielgruppe noch der Lernprozess hinsichtlich psychologischer Aspekte beleuchtet. Psychische Beschwerden tauchen lediglich als Lerninhalte des fünften Moduls »Gesundheit/ Medizinische Versorgung« auf. Dort werden sie aber nur für den Wortschatzerwerb thematisiert, so dass die Teilnehmer ihre gesundheitlichen Probleme im ärztlichen Kontext beschreiben und darü-

ber sprechen können. Es wird jedoch nicht erwähnt, dass die Lerner selbst psychische Beschwerden haben können und welche Konsequenzen sich hieraus für den Unterricht ergeben könnten (vgl. Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration/BAMF 2014: 31-33). Eine explizite Erwähnung von Traumatisierungen findet erstmals in der Handreichung *Berufsschulpflichtige Asylbewerber und Flüchtlinge. Beschulung von berufsschulpflichtigen Asylbewerbern und Flüchtlingen an bayrischen Berufsschulen* statt. Traumatisierungen und ihre Folgestörungen werden hierbei hinsichtlich der auftretenden Konzentrationsschwierigkeiten, Lernverzögerungen, stellenweiser Abwesenheit der Lerner und den sozialen Rückzug des Lerners thematisiert. Insbesondere wird die Lehrperson als enger Vertrauter der Schüler benannt sowie die Notwendigkeit, sich mit den Lernern darüber auszutauschen, wie man sich in einer Notfallsituation angemessen verhalten könne. Den Lehrpersonen wird angeraten, regelmäßig Supervisionen in Anspruch zu nehmen. Vertiefte Ausführungen zu Traumatisierungen, ihren Folgestörungen und damit zusammenhängenden neuropsychologischen Prozessen für ein tieferes Verständnis bleiben aus. Zudem sind einige Hinweise, wie der Ratschlag, in der ersten Unterrichtsstunde typische Fragestellungen zum Bereich ›Kennenlernen‹ (z. B. ›Wie heißt du?, ›Wo kommst du her?, ›Wie lange und warum bist du in Deutschland?‹) zu unterlassen (vgl. ISB 2014: 8-9, 12), zu hinterfragen, da dies ein Lerninhalt und ein erster wichtiger kommunikativer Akt innerhalb und außerhalb des Kursraums und ein bedeutender Schritt für die Kontaktaufnahme im Aufnahmeland ist. Ein Verzicht auf diese Fragen könnte dem Lerner zudem vermitteln, dass sich die Lehrperson nicht für seine Person interessiert.

Hinsichtlich der Curricula gibt es einen zentralen Punkt, in dem sich die vereinzelt ausgeführten Ausführungen zum Unterricht mit traumatisierten Flüchtlingen voneinander unterscheiden. So weist beispielsweise Annette Burkart-Sodonougbo darauf hin, dass hinsichtlich der Themenwahl im DaZ-Unterricht kaum Rücksicht auf flüchtlingsspezifische, d. h. belastende Themen genommen werden muss. Ihrer Meinung nach sei es angemessen, dass die Rolle des Traumatisierten nicht zu sehr in den Vordergrund rückt, da »auch ›Normalität‹ sehr erwünscht ist« (Burkart-Sodonougbo 2007: 4). Zudem ließen sich einige Themen, wie Familie und Heimat im Rahmen des Unterrichts nicht vermeiden (vgl. ebd.: 4-5). Demgegenüber äußern Lotfi Ben Brahim, Michael Flach und Wiebke Krause (vgl. 2014: 127), dass derartige Themen die traumatisierten Flüchtlinge triggern könnten und sie demzufolge bewusst unterlassen werden sollten. Ähnlich äußern sich Bender-Jarju et al. (vgl. 2007: 53), welche ausführen, dass die Biographie zwar thematisiert werden sollte, es aber dem Teilnehmer obliegt, wie detailliert er diese ausführt.

Generell kommt im Umgang mit traumatisierten Zweitsprachlernern der Lehrperson eine Schlüsselrolle zu, da diese zu einer Vertrauensperson wird und oftmals auch zur ersten Verbindung

zum Aufnahmeland sowie zur zentralen Informationsquelle für Kulturelles (vgl. Gordon 2011: 2). Diesbezüglich muss sie Kenntnisse über die Situation der Lerner in Deutschland entwickeln und Verständnis für ihr etwaiges abweichendes Verhalten aufbauen. Die Lehrperson muss auch in der Lage sein, zu berücksichtigen, dass das Wohnen in den Sammelunterkünften, sprachliche Isolation und schlechte Lebensbedingungen den Lernprozess zunehmend erschweren (vgl. Beutel 2007).

Vermehrt wird darauf hingewiesen, dass traumatisierte Zweitsprachlerner oft Konzentrationschwierigkeiten zeigen. Diesen kann dadurch entgegengewirkt werden, dass in regelmäßigen Abständen im Unterricht Gedächtnis- bzw. Konzentrationsübungen durchgeführt werden. Zum Teil wird hierbei auch eine kurze körperliche Betätigung im Rahmen des Unterrichts vorgeschlagen (vgl. Gordon 2011: 11; Bender-Jarju et al. 2007: 50). Detaillierte Ausführungen und konkrete Übungsvorschläge bleiben jedoch aus.

Ein Konzept, welches aus der Traumapädagogik in den Zweitsprachunterricht übernommen wird, ist das »Empowerment«. Die traumatisierten Lerner sollten im Rahmen des Unterrichts ein positives Selbstbild sowie »Empowerment durch Sprache« (Burkhart-Sodonougbo 2007: 6) entwickeln. Hierbei gilt es auch, den Lernern Vertrauen entgegenzubringen und diese stellvertretend in der Aufnahmegesellschaft willkommen zu heißen (vgl. Bender-Jarju et al. 2007: 45). Einen wesentlichen Anteil hat hierbei auch das Gefühl der Sicherheit, welches durch die äußeren Rahmenbedingungen des Sprachkurses gegeben werden kann. So verweist Susan McDonald darauf, dass Transparenz ein wichtiger Aspekt im Unterricht mit Traumatisierten ist – es also beispielsweise erklärt werden müsste, warum Türen geschlossen bleiben – und dass eine angenehme Atmosphäre im Kursraum lernfördernd und beruhigend wirkt (vgl. McDonald 2000: 694).

Einen letzten wichtigen, bisher aber kaum näher ausgeführten Punkt bildet das Verhalten der Lehrperson bei aufkommenden Flashbacks und Dissoziationen. Die einzigen detaillierteren Ausführungen dazu finden sich bei Bender-Jarju et al. (vgl. 2007: 57-58). Hierbei betonen sie das Prinzip der »Reorientierung«. Der getriggerte Lerner soll durch Fragen und Bemerkungen wie »Ich sehe, dass etwas Sie beschäftigt. Schauen Sie sich bitte um [...]. Sie sind hier im Kurs. Neben Ihnen sitzt XY [...], »Haben Sie gehört, was ich gerade gesagt habe?« (ebd.: 57) wieder in das Hier und Jetzt zurückgebracht werden. Zusätzlich könnten auch haptische, olfaktorische oder geschmackliche Reize unterstützend eingesetzt werden. Wichtig ist vor allem, dass die Lehrperson für die Symptome der Traumatisierungen sensibilisiert wird und weiß, wann sie entsprechend reagieren soll. Bender-Jarju et al. nennen jedoch nur einige wenige Maßnahmen für den »Notfall«. Da sich die Ausführungen der Autorinnen in der Handreichung nur auf weibliche Roma beziehen, bleibt offen, inwiefern entsprechende Methoden sich geschlechts- und kulturspezifisch voneinander unterscheiden

können. Dies betrifft auch die Rolle der Lehrperson gegenüber den Traumatisierten sowie die Wirkung einer kulturell heterogenen Lernergruppe auf die Traumatisierungen und deren spezifische Trigger; z. B., wenn zwei sich feindlich gegenüberstehende ethnische Gruppen gemeinsam einen Kurs besuchen und dies bei der Kursplanung unberücksichtigt bleibt.

Die zurückliegenden Ausführungen zur Thematisierung von Traumata und deren Folgestörungen in der praxisrelevanten Literatur zum DaZ-Unterricht bilden die Grundlage für die folgende Untersuchung. Diese werden z. T. auf ihren Wahrheitsgehalt hin in Bezug auf erwachsene traumatisierte Flüchtlinge untersucht und teilweise aufgrund des empirischen Datenmaterials überarbeitet.

## **5 Methodik**

### **5.1 Datenerhebung**

Die vorliegende Arbeit basiert auf qualitativen Daten, die durch problemzentrierte Experteninterviews erhoben wurden. Das problemzentrierte Interview hat die »möglichst unvoreingenommene Erfassung individueller Handlungen sowie subjektiver Wahrnehmungen und Verarbeitungsweisen gesellschaftlicher Realität« (Witzel 2000: Abs. 1) zum Ziel. Im Konkreten befassen sich die Interviews dieser Untersuchung mit der psychotherapeutischen Sicht auf den DaZ-Unterricht und die Situation von traumatisierten Flüchtlingen in diesen Kursen. Als Experten dienen Psychotherapeuten und Psychologen, deren Wissen, also deren »state of the art« als Quelle praktischer Ex- und Implikationen für den DaZ-Unterricht dient. Es geht also einerseits um Erläuterungen und Darlegungen der vorzufindenden Verhaltensweisen von traumatisierten Flüchtlingen und andererseits um eine Handlungsorientierung für die Lehrperson.

Das problemzentrierte Experteninterview lehnt sich an die »Grounded Theory« (vgl. Glaser/ Strauss 1998) an, wobei es sich dementsprechend kritisch gegenüber dem Gedanken einer logisch deduzierten Theorie positioniert, bei der der Lebenswelt ein theoretisches Gerüst übergestülpt wird. Hierbei wendet es sich aber auch gegen eine naiv-induktivistische Theoriebildung, welche von dem Irrtum ausgeht, dass ein Forscher ohne Vorwissen, quasi *tabula rasa*, das Feld betreten kann. Beim problemzentrierten Interview führt – entsprechend der Grounded Theory – der Kreislauf von Induktion und Deduktion während des Feldaufenthalts zur schrittweisen Erkenntnis, wobei sich Empirie und Theorie wechselseitig korrigieren. Das Vorwissen des Interviewers dient hierbei als heuristisches Gerüst, in dem mögliche Fragen für das Gespräch entstehen können. Gleichzeitig zeichnet sich das Interview durch eine Offenheit aus, bei der der Interviewpartner durch seine Ausführungen thematische Schwerpunkte setzt. Dies dient zum Schutz davor, dass Aspekte, die die Probanden für wichtig erachten, durch die Gedankenwelt des Forschers ausgeblendet werden und

somit neue Erkenntnisse unter den »wissenschaftlichen Labortisch« fallen (vgl. Witzel 2000: Abs. 3).

Das problemzentrierte Interview stützt sich auf drei verschiedene Grundpfeiler: a) Problemzentrierung, b) Gegenstandsorientierung und c) Prozessorientierung.

*a) Problemzentrierung:* Im Interviewprozess bildet die Problemstellung den roten Faden für den Gesprächsverlauf. Im Rahmen der Interviews für diese Arbeit handelt es sich hierbei hauptsächlich um traumatisierte Flüchtlinge im DaZ-Unterricht, wobei die Fragen und Nachfragen seitens des Interviewers hierbei stets in Verbindung mit diesem Problem stehen. Dem Interviewpartner wird dadurch ein genügend großer Freiraum gelassen, um seine eigenen Gedanken und Schwerpunktsetzungen zu entfalten. Jedoch hält sich dieser Freiraum derart in Maßen, dass nicht zu sehr von der Fragestellung der Untersuchung abgewichen werden kann. Sollte ein Interviewpartner sich in seinen Ausführungen zu sehr vom eigentlichen Problem entfernen, wird er durch Einheiten und Nachfragen des Interviewführers zurück zum Thema geführt.

*b) Gegenstandsorientierung:* Das problemzentrierte Interview ist dahingehend gegenstandsorientiert, dass es eine Flexibilität der Methode gegenüber dem Forschungsgegenstand gewährt. Dies bedeutet einerseits, dass es zu einem gegenstandsadäquaten Methodeneinsatz kommt, der im Rahmen des Forschungsprozesses auch über das Interview hinausgeht; beispielsweise in Form von Feldbeobachtungen (in Integrations- und Flüchtlingskursen), Textanalysen (von Broschüren und Zeitungsartikeln), Filmanalysen (beispielsweise von Dokumentationen) etc. Andererseits beinhaltet dies auch eine Flexibilität innerhalb der Interviewführung, indem beispielsweise situationsangemessen entweder eine offene Gesprächsführung überwiegt, gezielte Nachfragen gestellt werden oder aber auch der Interviewer Sondierungsfragen und Ad-hoc-Fragen stellt.

*c) Prozessorientierung:* Das problemzentrierte Interview basiert auf einem schrittweisen Aufbau des Vertrauens seitens des Interviewten. Dies wird durch eine sensible und verständnisvolle Gesprächsführung mit einer größtmöglichen Offenheit gegenüber den Ansichten und Schwerpunktsetzungen der Probanden erreicht. Die Vorteile, die sich hieraus ergeben, sind einerseits ein gesteigertes Erinnerungsvermögen der Interviewten und andererseits ein erhöhter Grad seiner Selbstreflexion. Das problemzentrierte Interview gestaltet sich somit als ein Prozess, in dem kontinuierlich mehr Information und Aspekte zu einem Thema geliefert werden können.

Durch das Sampling entscheidet der Forscher auf Grundlage seiner theoretischen Absichten, welcher Gruppe von Interviewpartnern bzw. Informationsträgern er sich zuwenden möchte. Dies entspricht einem selektiven Sampling, d. h. einer »kalkulierte[n] Entscheidung, einen bestimmten Schauplatz oder Typ von Interviewpartner im Hinblick auf vorab festgelegte und begründete Dimensionen (wie Zeit, Raum, Identität), die schon vor Beginn der Studie ausgearbeitet werden, zu

testen« (Strauss 1998: 71). Für die hier vorliegende Untersuchung waren die vorher festgelegten Auswahlkriterien potenzieller Interviewpartner, dass es sich um Psychotherapeuten und Psychologen innerhalb der BRD handelt, die offenkundig mit traumatisierten Flüchtlingen arbeiten. Im Rahmen meines Pre-Tests ergab sich zudem, dass es für die Therapie von Traumatisierten eine spezifische Qualifizierungsmaßnahme gibt, die ›Spezielle Psychotraumatherapie‹ der ›Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie‹ (DeGPT).<sup>57</sup> So kam es, dass sich im Verlauf meiner Feldforschung die Auswahlkriterien dahingehend änderten, dass ich – nachdem mir diese Information mitgeteilt wurde – gezielt nach Personen suchte, die nicht nur professionell mit Flüchtlingen arbeiten, sondern eben auch die eben genannte Qualifikation vorweisen konnten. Somit ergab sich eine Mischung, bei der zwei Probandinnen nicht die entsprechende Qualifikation vorweisen konnten, die aber dennoch intensiv – nämlich täglich – mit (traumatisierten) Flüchtlingen arbeiten. Die Recherche nach potenziellen Interviewpartnern erfolgte via Internet. Einen ersten Ausgangspunkt bildete die Homepage der ›Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer‹ (BAFF). Im späteren Verlauf der Recherche stützte ich mich auf die Therapeutenliste der ›Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie‹ (DeGPT).<sup>58, 59</sup> Die potentiellen Interviewpartner wurden anschließend von mir via E-Mail<sup>60</sup> angefragt, wobei die Nachricht dahingehend transparent gestaltet war, dass sie die Ziele und das Vorgehen der Untersuchung thematisierte sowie auf die Tonbandaufnahme und den Datenschutz hinwies. Bei der Auswahl der Interviewpartner handelt es sich um eine bewusste Auswahl (vgl. Schnell/Hill/Esser 2011: 292), da die angeschriebenen Personen auf eigene Initiative dem Interview einwilligen konnten. Die Erhebungsphase endete, als die theoretische Sättigung einsetzte, d. h. »daß keine zusätzlichen Daten mehr ge-

---

<sup>57</sup> Die Qualifizierung ›Spezielle Psychotraumatherapie‹ definiert Standards zur Qualifikation für die spezialisierte psychotherapeutische Behandlung von Erwachsenen mit Traumafolgestörungen. Durch den Nachweis einer curricularen Weiterbildung an einem zertifizierten Weiterbildungsinstitut können psychologische und ärztliche PsychotherapeutInnen die Qualifikation ›Spezielle Psychotraumatherapie (DeGPT)‹ erwerben. Voraussetzung für die Möglichkeit zur Zertifizierung ist die Approbation als Ärztliche/r oder Psychologische/r PsychotherapeutIn bzw. eine entsprechende berufliche Qualifikation in der Schweiz oder in Österreich« (DeGPT 2015).

<sup>58</sup> Die Homepage der DeGPT ermöglicht eine Suche der Therapeuten in Gesamtdeutschland, die über die Qualifikation ›Spezielle Psychotraumatherapie‹ verfügen. Ebenfalls können die Suchergebnisse z. B. danach gefiltert werden, ob die Therapeuten mit Erwachsenen oder Kindern und Jugendlichen zusammenarbeiten. Zudem kann das Geschlecht und die Region des Therapeuten gefiltert werden sowie der Schwerpunkt in der Traumatherapie (z. B. Kriegsoffer).

<sup>59</sup> Die Suche nach geeigneten Probanden stellte sich dahingehend als problematisch dar, dass auf der Seite des BAFF zwar Institutionen angegeben wurden, die mit Flüchtlingen zusammenarbeiten, jedoch wird auf den entsprechenden Webseiten der Institutionen nicht immer darauf verwiesen, ob die Mitarbeiter über die Qualifikation ›Spezielle Psychotraumatherapie‹ oder andere traumaspezifische Spezialisierungen verfügen. Demgegenüber ist das Suchraster der DeGPT dahingehend problematisch, dass es nicht anzeigt, ob die Therapeuten mit Flüchtlingen zusammenarbeiten. Zwar kann hier nach Kategorien wie ›Folter‹ und ›Kriegsoffer‹ gesucht werden, jedoch ist nicht jeder traumatisierte Flüchtling ein Folter- und Kriegsoffer und vice versa. Die Schwierigkeit bei der Suche nach geeigneten Psychotherapeuten wurde mir zudem von den Probandinnen bestätigt, wobei z. B. eine in dem Nachgespräch des Interviews meinte, dass man hierfür ›von Tür zu Tür gehen und nachfragen müsste‹. Aufgrund meiner Abhängigkeit von diesen genannten Filtern setzen sich meine Probandinnen einerseits aus Traumaexperten und andererseits aus Mitgliedern von Institutionen, die mit Flüchtlingen arbeiten, zusammen. Einzelne Probandinnen hatten beide Merkmale inne.

<sup>60</sup> Ein entsprechendes Musteranschreiben befindet sich im *Anhang 7*.

funden werden können, mit deren Hilfe [...] weitere Eigenschaften der Kategorie entwickelt werden« (Glaser/Strauss 1998: 69) können. Dies war der Zeitpunkt an dem sich die Aussagen zunehmend deckten und neue Anschlüsse nicht mehr aufgezeigt wurden.

Das zentrale Werkzeug des problemzentrierten Interviews bildet der Interviewleitfaden<sup>61</sup>, durch den die Reliabilität und Objektivität der Untersuchung gewährleistet wird. Gleichzeitig wird dadurch dem Interviewer ein Werkzeug an die Hand gegeben, welches das Gespräch mit dem Probanden einerseits rahmt, andererseits aber auch genügend Freiraum zur Themenentfaltung bietet. Hierbei sind die Fragen in einer logischen Abfolge aneinandergereiht, um abrupte Gedankensprünge zu unterbinden. Somit wird sichergestellt, dass der Interviewte nicht aufgrund mangelnder Kohärenz der Fragen irritiert wird und folglich unzureichende, unzusammenhängende Antworten gibt. Der Aufbau des Leitfadens verläuft – entsprechend der Grounded Theory – nach einem induktiv-deduktiven Wechselspiel, bei dem der Leitfaden stets vor dem Hintergrund der bereits geführten Interviews hinterfragt und ggf. modifiziert wird. Somit können aufgrund ausreichender Informationen Fragen gestrichen oder neue Fragen hinzugezogen sowie Anschlussfragen an vorhergehende Interviews gestellt werden. Darüber hinaus wurde der Leitfaden auch dem jeweiligen Interviewpartner angepasst. Dies erfolgte auf Basis von Vorabinformationen, die auf der jeweiligen Homepage der Therapeuten oder der Institution, an die sie gebunden sind, zu finden waren. Insgesamt kam es jedoch nur zu geringfügigen Änderungen am Interviewleitfaden. Hierbei entschied ich mich bewusst dafür, Fragen, auf die ich teilweise schon ausreichend Antworten erhalten hatte, zunächst im Interviewleitfaden zu belassen. Die hieraus resultierende »Attitüde der künstlichen Dummheit« (Hitzler 1986) diente dazu, bereits erworbene Informationen nicht einfach unhinterfragt zu übernehmen, sondern weitere Perspektiven auf die jeweilige Fragestellung zu erhalten.

Der Interviewleitfaden gliedert sich insgesamt in sechs Abschnitte. Einleitend wurde gefragt, ob die Therapeuten ihren Werdegang beschreiben können, ob sie über eine Qualifikation im Traumbereich verfügen sowie welche Inhalte dieser zugrundeliegen. Dies hatte mehrere Funktionen: Zunächst konnten die Interviewpartner dadurch ihre jeweilige Expertise ausweisen und erste eigene Schwerpunktsetzungen für das Interview verdeutlichen. Ebenfalls sollten sie durch diese Eingangsfrage »ins Reden kommen«, indem sie einfache Fragen mit persönlichem Bezug beantworten konnten. Hierbei achtete ich insbesondere darauf, keine zu komplexen Fragen zu stellen, um langsam in das Thema eintauchen zu können (vgl. Kaufmann 1999: 66-67). Dies wurde weiterhin im ersten Teil des Fragebogens (»I. Traumdefinitionen«) fortgeführt. Hierbei sollten die Therapeuten erläutern, wie sie sich gegenüber dem Begriff Trauma positionieren und wie oft bzw. mit wie vielen

---

<sup>61</sup> Der Interviewleitfaden findet sich im *Anhang 8*.



sowie welchen Flüchtlingen sie arbeiten (z. B. Altersgruppe, Nationalität). Anschließend (II. Symptome traumatisierter Flüchtlinge) folgte eine Hinwendung zu der konkreten Diagnostik, Symptomatik und Therapieformen bei traumatisierten Flüchtlingen, wodurch etwaige Verhaltensweisen und Krankheitsbilder elizitiert werden sollten, die speziell für traumatisierte Flüchtlinge gelten. Ebenfalls wurde ihre spezifische Situation in der BRD sowie deren Auswirkungen auf die Traumatisierung thematisiert. Daraufhin wurden die Probanden (III. Psychotherapeutische Beobachtungen des Spracherwerbs) erstmalig zur deutschen Sprache in der Therapie mit Flüchtlingen befragt. Hierbei sollten einerseits eigene Erfahrungen beschrieben sowie die jeweiligen Ansichten zum Sprachgebrauch im Rahmen der Therapie offengelegt werden, wodurch im Gespräch und in der Auswertung ein erster Zusammenhang zwischen Traumatherapie und der Zweitsprache Deutsch hergestellt wurde. Im Anschluss daran wurde konkret der DaZ-Unterricht thematisiert (IV. DaZ-Unterricht aus psychotherapeutischer Sicht). Die Probanden sollten ihre Expertise auf den Bereich »Deutsch als Zweitsprache« übertragen und erste Ableitungen sowie Erklärungsversuche für das Verhalten der traumatisierten Flüchtlinge im Unterricht darbieten. Daraufhin (V. Zur Interaktion von Lehrperson und traumatisierten Lernern; Anforderungen an die Lehrperson) wurde die Lehrperson in die psychotherapeutische Betrachtung des Unterrichtsgeschehens mit einbezogen. Hierbei sollten die Probanden erläutern, auf welche Besonderheiten die Lehrperson im Umgang mit traumatisierten Lernern achten sollte, welche Qualifikationen dafür notwendig wären, wie sich Symptome erkennen lassen und sich die Lehrperson selbst vor einer sekundären Traumatisierung schützen kann. Im letzten Teil des Interviews (VI. Unterricht gleich Therapie?) wurden die Probanden dazu aufgefordert, den DaZ-Unterricht und die Traumatherapie miteinander in Beziehung zu setzen und zu beschreiben, ob und inwiefern diese ineinandergreifen sowie welche Möglichkeiten es für eine Kooperation zwischen den beteiligten Akteuren gäbe. Abschließend wurden sie gefragt, ob es aus ihrer Sicht noch offene bzw. zu wenig thematisierte Aspekte zum Interviewthema gab, die sie noch näher ausführen möchten. Dies stellte insofern einen kritischen Moment im Interview dar, da mir dadurch noch unberücksichtigte Punkte des Themas vor Augen geführt werden konnten.

Für die Interviews wurden die Gesprächspartner gebeten, einen Ort und einen Zeitpunkt vorzuschlagen, der sich innerhalb eines von mir vorgeschriebenen Zeitraums befand.<sup>62</sup> Dies hatte den Vorteil, dass die Probanden sich selbst einen geeigneten Termin und ein ihnen bekanntes Umfeld wählen konnten, wodurch sie weniger gestresst in der Interviewsituation waren. Zumeist fanden die Interviews hierbei entweder in der jeweiligen Institution oder in der Privatpraxis der Interviewpartner statt. Um eine »authentische und präzise Erfassung des Kommunikationsprozes-

---

<sup>62</sup> Die Festsetzung des Zeitrahmens begründet sich durch die Fristen, die mir bzgl. der Masterarbeit gestellt wurden.

ses« (Witzel 2000: Abs. 7) zu gewährleisten, wurden die Interviews mit einem Tonbandgerät aufgezeichnet, welches auf dem Tisch platziert und direkt nach der Unterschrift der Einverständniserklärung eingeschaltet wurde. Des Weiteren füllte ich nach dem Gespräch ein Interviewprotokoll aus, in dem ich die Teilnahmemotivation, Anmerkungen zu non-verbalen und situativen Interviewelementen sowie dem wechselseitigen Verhältnis zwischen mir und den Probanden festhielt.<sup>63</sup> Im Anschluss wurden die Interviews vollständig nach einfachen Transkriptionsregeln verschriftlicht.

## 5.2 Beschreibung der Probanden und des Datenkorpus

Insgesamt wurden 18 Anfragen an potenzielle Interviewpartner versendet, wobei sechs Personen bzw. Institutionen – meist begründet durch die momentane politische Situation und die fehlenden zeitlichen Kapazitäten – die Interviews absagten und sechs Anfragen unbeantwortet blieben. Insgesamt bestätigten somit sechs Personen die Teilnahme an der Interviewstudie. Da die von mir angefragten männlichen Experten ausnahmslos absagten, ergab es sich, dass alle Interviewpartner weiblich waren. Eine genaue Aufschlüsselung der Interviews lässt sich folgendermaßen darstellen:

	Alter	Region*	Umgang mit Flüchtlingen	Altersgruppe d. Patienten	Qualifikation**	Dauer Interview	Dauer Transkription
P1	35-44	MD	unregelmäßig	Kinder, Jugendliche	ja	01:47:08	15:59:00
P2	35-44	MD	täglich	Erwachsene	nein	00:56:21	08:01:00
P3	45-54	ND	täglich	Jugendliche, Erwachsene	nein	01:14:40	11:59:00
P4	55-64	MD	täglich	Kinder, Jugendliche, Erwachsene	ja	01:26:40	12:13:00
P5	55-64	ND	täglich	Erwachsene	ja	01:46:20	12:53:00
P6	55-64	OD	unregelmäßig	Erwachsene	ja	01:09:41	10:14:00
* MD = Mitteldeutschland, ND = Norddeutschland, OD = Ostdeutschland ** Qualifikation ›Spezielle Psychotraumathepie‹ der DeGPT							

Tabelle 4: Übersicht zu den Probanden und Interviews

Die Interviews fanden im Zeitraum vom 04. Mai bis zum 29. Juni 2015 statt. Der Termin mit P1 stellte hierbei zugleich den Pre-Test dar, zu dem die Probandin äußerte, dass sie alle Fragen aus dem Leitfaden für wichtig erachte und diese auch klar formuliert seien. Dass sie die Fragen verstand, zeigten auch ihre Antworten im Interviewverlauf. Aufgrund dieser positiven Resonanz wurde der

<sup>63</sup> Ein Muster der Einverständniserklärung findet sich im *Anhang 9* und des Protokollbogens im *Anhang 10*.

Leitfaden auch für die folgenden Interviews übernommen.

Die Probandinnen lassen sich in verschiedenen Regionen in Deutschland verorten. Aus Anonymitätsgründen kann an dieser Stelle aber lediglich erwähnt werden, dass die Interviews sich auf den nord-, mittel- und ostdeutschen Raum begrenzten und Interviewzusagen aus dem west- und süddeutschen Raum ausblieben. Das Alter der Probandinnen liegt zwischen 35 und 64 Jahren, wobei zwei Personen zum Zeitpunkt des Interviews zwischen 35 und 44 Jahren, eine Person zwischen 45 und 54 Jahren sowie drei Personen zwischen 55 und 64 Jahren alt waren. Vier Probandinnen konnten die oben genannte Qualifikation ›Spezielle Psychotherapie‹ DeGPT vorweisen. Lediglich P2 und P3 konnten dies nicht, haben demgegenüber jedoch einen täglichen Umgang mit Migranten und Flüchtlingen. Fünf der sechs Probandinnen sind (Psychologische) Psychotherapeutinnen. P2 ist hingegen eine Psychologin. Alle verfügen über einschlägige Ausbildungen und arbeiten größtenteils täglich mit (traumatisierten) Flüchtlingen zusammen.

### 5.3 Auswertung der Daten durch die Zirkuläre Dekonstruktion

Im Anschluss an die Interviews wurden Transkripte<sup>64</sup> angefertigt, um eine einfachere Analyse und Kategorienbildung zu gewährleisten. In dieser Auswertungsphase besteht jedoch allgemein die Gefahr, dass die transkribierten Gesprächsinhalte auf verschiedene Weisen gedeutet und durch subjektive Auslegungen verzerrt werden können. Mit der ›Zirkulären Dekonstruktion‹ bieten Eva Jaeggi, Angelika Faas und Katja Mruck (1998) ein Analyseverfahren für kommunikativ gewonnene Daten, um »das Drama der subjektiven Verzerrung« in einen »Königsweg im Zugang zu den (latenten) Sinngehalten des Materials« (Jaeggi/Faas/Mruck 1998: 5) zu wandeln. Diese Analysemethode wurde von den Autorinnen ursprünglich für Diplomarbeiten im Fach Psychologie entwickelt, ist aber auch auf andere Disziplinen übertragbar. In ihrem Vorgehen nähert sich die Zirkuläre Dekonstruktion der Grounded Theory an. Hierbei integriert sie aber auch andere methodische Ansätze, wie z. B. die komparative Kasuistik (vgl. Jüttemann 1981), das problemzentrierte Interview (vgl. Witzel 2000) sowie das Konzept einer »Projektwerkstatt qualitativen Arbeitens« (Mruck/Mey 1998).

Die eigentliche Methode wird bereits im Begriff ›Zirkuläre Dekonstruktion‹ ersichtlich:

»Der Begriff des Zirkulären Dekonstruierens leitet sich aus dem konkreten Vorgehen ab: Unser Ausgangsmaterial ist ein Text, um den herum wir uns in kreativen Gedankenschleifen intuitions- und theoriegeleitet bewegen. Damit ›dekonstruieren‹ wir zirkulär und rekursiv den Text und setzen ihn anschließend so zusammen, daß implizite Sinngehalte sichtbar werden können. Auf diese Weise findet ein mehrfacher Perspektivenwechsel statt, durch den wir Bausteine für eine Theorie über unseren Forschungsgegenstand finden, die neuartige Erkenntnisse verspricht.« (Jaeggi/Faas/Mruck 1998: 5-6)

---

<sup>64</sup> Die Transkripte fertigte ich mit der Software *MAXQDAplus 11* an. Hierbei orientierte ich mich an einfachen Transkriptionsregeln (vgl. Kuckartz et al. 2007: 24-33), welche einerseits die dialektalen Einfärbungen glätteten und andererseits den Inhalt der Interviews hervorhoben. Eine Übersicht zu den Transkriptionsregeln findet sich im *Anhang 11*.

Insgesamt gliedert sich der Prozess der Zirkulären Dekonstruktion in zwei Phasen. Die *erste Phase* besteht aus sechs Schritten, die sich den ›Einzelinterviews‹ widmen. Hierbei gilt, dass der Forscher auf seine Intuition vertraut und bei der ersten Textannäherung das »Grübeln und Gründeln« unterlässt, »vielmehr gilt es, spontanen Einfällen, kreativen Metaphern und pointiertem Alltagssprachegebrauch den Vorrang vor vermeintlicher Exaktheit zu geben« (ebd.: 7). Zunächst erfolgt 1) die Formulierung eines Mottos für den gesamten Interviewtext, wobei entweder ein einzelner Satz aus dem Text oder aber ein subjektiver Satz seitens des Forschers gewählt werden kann. Daraufhin kommt es 2) zu einer zusammenfassenden Nacherzählung, welche maximal zwei Seiten umfasst und die Schwerpunkte der Interpretation reflektiert. Dabei kann

»bereits jetzt entschieden werden, ob wir a) den Fokus unserer Aufmerksamkeit eher darauf lenken, daß Texte auch interaktiv produziert werden oder ob wir b) eher darauf fokussieren, welche expliziten und impliziten Sinngehalte unsere Interviewpartner und -partnerinnen zur Sprache bringen« (ebd.: 8).

Anschließend 3) fertigt der Forscher eine Stichwortliste an, die aus einer chronologischen Auflistung aller für ihn auffälligen und gehaltvollen Worte beziehungsweise Wortgruppen besteht, und woraufhin 4) es zu einer komplexeren Abstraktionsleistung kommt, bei der aus den zuvor angelegten Stichworten spezifische, vom Interviewpartner angesprochene Themenbereiche abgeleitet und ein Themenkatalog erstellt werden. Es folgt 5) eine Paraphrasierung des Interviews, d. h. eine verdeutlichende Umschreibung, für die die zuvor festgelegten Themen die Grundlage bilden und diese entweder zu Meta-Themen zusammengefasst oder einzeln in den Mittelpunkt der Paraphrasierung gestellt werden. Abschließend findet in der ersten Phase 6) das Herausfiltern interviewspezifischer zentraler Kategorien statt, bei der die vorhergehenden Arbeitsschritte berücksichtigt und durch die die einzelnen Interviews miteinander vergleichbar gemacht werden (vgl. ebd.: 7-14).

Die *zweite Phase* der Zirkulären Dekonstruktion besteht aus einem ›systematischen Vergleich‹, der sich in drei Schritte gliedert: Zunächst wird 1) eine Synopsis erstellt, bei der in einer Tabelle die durchnummerierten Interviews mit den jeweils zentralen Kategorien eingetragen werden. Hierdurch werden erste Häufungen sichtbar. In der 2) Verdichtung werden die einzelnen zentralen Kategorien zu einem Konstrukt zusammengefasst, durch das sie kompakter und einfacher zu handhaben sind. Schließlich erfolgt 3) die komparative Paraphrasierung, bei der – wie bei der Paraphrasierung in der ersten Phase – Themen als Meta-Themen zusammengefasst oder einzelne Themenkonstrukte in den Mittelpunkt der Betrachtung gerückt werden können (vgl. ebd.: 14-17). Hierbei kommt es zu einer umfassenden, verdeutlichenden Umschreibung, bei der alle Interviewtexte mit einbezogen werden:

»Durch diesen Umgang mit dem Material entstehen innerhalb des Konstrukts vielfältige Variationen, angereichert durch inhaltliche Kontraste, Abgrenzungen und Überlappungen. So kann sich dieses Konstrukt als fester Bestandteil der zu entwickelnden Theorie etablieren« (ebd.: 17).

## 6 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Interviews im Hinblick auf mögliche Konsequenzen im DaZ-Unterricht mit traumatisierten Flüchtlingen ausgeführt. Zunächst werden hierfür (6.1) die Traumadefinitionen näher beleuchtet, die die Probandinnen im Interview nannten, und mit denen in der psychotraumatologischen Forschungsliteratur sowie in den Handreichungen für die Arbeit mit Flüchtlingen im Bereich Deutsch als Zweitsprache verglichen. Daraufhin (6.2) wird dargelegt, wie die Lehrperson Traumatisierungen anhand ihrer Symptome erkennen und diese vor dem Hintergrund der Herkunftskultur der betroffenen Personen deuten kann. Anschließend (6.3) rückt die Zweitsprache Deutsch in den Fokus, wobei insbesondere deren Funktion innerhalb der Traumatherapie betrachtet wird. Ebenfalls werden hierbei auch die Arbeit mit Dolmetschern und die damit zusammenhängenden Diskrepanzen thematisiert. In einem nächsten Schritt (6.4) werden die Ausführungen der Probandinnen hinsichtlich der Situation der Lerner im DaZ-Unterricht dargelegt, wobei ein Schwerpunkt auf den möglichen Triggern und potentiellen Ressourcen gelegt wird. Hierauf (6.5) wird ausgeführt, wie sich die Lehrperson gegenüber traumatisierten Flüchtlingen im Allgemeinen und solchen, die gerade eine Retraumatisierung erleben, im Speziellen im Rahmen des Unterrichts verhalten sollte. Danach (6.6) werden die Anforderungen an die Lehrperson und Institution, welche sich aus den Interviews ergeben, veranschaulicht. Schließlich (6.7) erfolgt eine Darstellung, wie die Bereiche Deutsch als Zweitsprache und Traumatherapie miteinander vernetzt sind und sich gegenseitig stützen können.

### 6.1 Divergente Traumadefinitionen

Die Überlegungen dieses Kapitels basieren auf der medizinethnologischen Grundüberlegung, dass sich Krankheitskonzepte je nach Kulturkreis unterscheiden können:

»Was dem Einzelnen als ›gesund‹ und als ›krank‹ gilt, ist soziokulturell ebenso variabel wie die Vorstellung, durch welche Einrichtungen, Lebensstile und Handlungen Gesundheit bewahrt oder durch welche Maßnahmen Erkrankungen geheilt, gelindert oder verhindert werden können« (Allemann-Ghionda/Hallal 2011: 177-178).

Dies gilt nun nicht nur zwischen unterschiedlichen Kulturen, sondern auch innerhalb ein und derselben Kultur können wesentliche Unterschiede bestehen. Wie sich im Folgenden zeigen wird, ist das Traumakonzept nicht universell zu denken, sondern abhängig vom Kontext (vgl. Becker 2006: 13). Hierbei wandelt sich die Traumadefinition in einem Kulturkreis teilweise zwischen und auch in den einzelnen Professionen.

In den Interviews zeigte sich, dass die Probandinnen auf unterschiedliche Weisen definieren, was eine traumatische Situation ist. Ein Großteil von ihnen knüpft Traumatisierungen an die Merk-

male ›Todesangst‹ und ›Lebensgefahr‹. Ihrer Meinung nach ist ein Trauma »eine Situation, wo wirklich Lebensgefahr besteht. Entweder für die Person selbst oder für jemanden, der ihr nahe steht. Oder auch, wenn sie Zeuge ist eines Geschehens« ist (P5: Abs. 14). In dieser Definition bezieht sich die Probandin explizit auf das DSM-IV, in dem der Aspekt der Lebensgefahr ein zentrales Merkmal der Traumadefinition ist. Es gibt aber auch eine Probandin, die eindeutig auf das ICD-10 verweist, welches die Lebensgefahr eben nicht zum Inhalt der Definition hat. Dennoch gehört für sie die Lebensbedrohung zum Trauma: »Da geht's wirklich auch um Todesangst« (P2: Abs. 14). Auch eine weitere Probandin hebt hervor: Das Trauma »muss immer die Frage ›Leben oder Tod?‹ haben« (P6: Abs. 6). Hierbei bekräftigt sie, dass die Diagnose explizit an der Todesgefahr hängt. Selbst »wenn [...] alle anderen Symptome [...] dann schon darauf hinweisen, dass da traumatische Sachen da sein müssen« (P6: Abs. 26), wäre die Diagnose auf das Vorhandensein einer lebensbedrohlichen Situation angewiesen: »Solange ich nicht weiß oder derjenige mir nicht gesagt hat, was er an solchen Erlebnissen hatte, darf ich die Diagnose ›PTSD‹ ja nicht stellen« (P6: Abs. 26). Laut Dieter Ebert und Hildburg Kindt (vgl. 2004: 41) sind für das Asylverfahren sowohl die DSM-Reihe als auch das ICD-10 akzeptierte Diagnosesysteme zur Einstufung der Traumatisierung. Indem die Therapeutinnen jedoch die Traumadiagnose auf die Lebensgefahr einengen, unterwandern sie die Kategorisierung des ICD-10. Dieses nennt, wie in Kapitel 3 dargestellt, nicht die Lebensbedrohung, sondern die ›außergewöhnliche Bedrohung‹ bzw. das ›katastrophenartige Ausmaß‹ des belastenden Ereignisses. Die Probandinnen erkennen nach der eben genannten verinnerlichten Definition somit Traumatisierungen implizit nicht an, die laut ICD-10 jedoch als solche eingestuft werden können.

Demgegenüber nannte eine Therapeutin eine Traumadefinition, die dem ICD-10 mehr entgegenkommt. Ihrer Meinung nach ist ein Trauma »ein Erlebnis, was (.) so extrem gewesen, dass es außerhalb der Möglichkeiten steht, dass jemand das verarbeiten kann. Also/ (..) Also quasi eine Reizüberflutung« (P3: Abs. 36). Es handele sich hierbei um ein extremes Ereignis, »was so schrecklich war, was außerhalb des eigenen Vorstellungsvermögens steht, ne?« (P3: Abs. 36). Diese Definition scheint weiter gefasst als die oben genannte, da sie die Merkmale im ICD-10 mit einbezieht und zudem auf die Individualität der traumatisierten Person verweist, indem die Therapeutin hervorhebt, dass es um das ›eigene‹ Vorstellungsvermögen geht. Aus dieser Perspektive heraus erscheint ein Trauma nicht homogen an die Todesangst gekoppelt, sondern variiert je nach Person.

Eine andere Therapeutin fasst das Trauma derart weit, dass sie es als »ein Stresserlebnis« beschreibt, »was in dem Moment (..) ein Gefühl von Ohnmacht oder Hilflosigkeit beinhaltet« (P1: Abs. 30). Es handelt sich hierbei um das Einsetzen einer ›traumatischen Zange‹, so wie Michaela Huber

(vgl. 2012: 39) sie beschreibt.<sup>65</sup> Das Trauma ist folglich eine Situation, in der eine Flucht oder Verteidigung nicht möglich ist und deren Bedrohung auch weiterhin Bestand hat, wenn eine Flucht oder Verteidigung bereits erfolgt ist. Demnach kann diese »nur in einem Zustand von intensiver Furcht, Hilflosigkeit, Ausgeliefertsein und Entsetzen ertragen werden« (Gag et al. 2005: 101). Die eben genannte Therapeutin verweist ebenfalls darauf, dass die Todesangst – so wie sie von einem Großteil der anderen Probandinnen betont wird – lediglich eine »Hochform« (P1: Abs. 30) der Stressangst darstellt. Es gäbe aber auch andere Situationen, welche eine traumatisierende Wirkung haben können. Die Ursache und die Zeitlichkeit der Stresssituation seien hierbei nicht von Bedeutung: »Es gibt viele Situationen, in denen ich Stress erleben kann und die Dauer der Situation ist auch egal« (P1: Abs. 38). Eine derart weite Traumadefinition beschreibt die Probandin als ein historisches Erzeugnis. So basieren die früheren Traumadefinitionen zunächst auf der Feststellung: »Da passiert irgendwas im Gehirn, was seine Spuren hinterlässt. Ne? Und heute wissen wir, dass das gar nicht groß sein muss« (P1: Abs. 38). In ihrer Definition bezieht sie somit das DSM und das ICD-10 mit ein, verweist aber auch darauf, dass die Ursachen für eine Traumatisierung vielfältig sein können.

Es wird ersichtlich, dass nicht alle Traumatherapeuten über die gleiche Definition von ›Trauma‹ verfügen – es also keinen universell gültigen Standard gibt –, sondern dass diese sich von Person zu Person unterscheiden kann. Ebenfalls wurde im Laufe der Interviews deutlich, dass es auch Unterschiede der Definition in Theorie und Praxis gibt. So wurde bereits im Kapitel 3.1 auf das Traumakonzept von Yeomans und Forman (vgl. 2009: 221-222) verwiesen, das darauf hinweist, dass die Traumaursache kulturspezifisch betrachtet werden muss und somit auch bereits die Zerstörung kultureller bzw. religiöser Objekte als traumatisierende Ereignisse wahrgenommen werden können. Dies wurde seitens der Probandinnen nicht explizit erwähnt.

Zudem werden Unterschiede zwischen der traumatherapeutischen Praxis und den Traumakonzepten in den Handreichungen für den DaZ-Unterricht mit Flüchtlingen deutlich. Wie bereits im Kapitel 4 angedeutet, werden die Ursachen von Traumatisierungen in den Handreichungen vielfach nicht erwähnt. Eine Ausnahme bildet z. B. die Handreichung des ›Staatsinstituts für Schulqualität und Bildungsforschung München‹ (vgl. 2014: 6), in der eine ›akute Lebensbedrohung‹ als Traumaursache genannt wird. Exemplarisch werden hierbei Bürgerkriege, politische Verfolgung und sexuelle Gewalt genannt. Ebenfalls sei der Fluchtweg ein Ereignis, welches oftmals zu Traumatisierungen führen kann. Des Weiteren werden in der Handreichung ›Lernen trotz Trauma‹ – welche von der ›EQUAL Entwicklungspartnerschaft FLUCHTort Hamburg‹ herausgegeben wird – von der Autorin Olena Vaysgluz (vgl. 2007: 21) mögliche Ursachen für Traumatisierungen genannt, wobei auch hier

---

<sup>65</sup> Siehe Kapitel 3.3.2.

die Gefahr des eigenen Lebens und des Lebens anderer im Fokus der Definition steht. Zudem wird hier auch von der »existenzielle[n] Bedrohung von Autonomie« (ebd.: 22) geschrieben, d. h. von der Einschränkung der autonomen menschlichen Handlungsfähigkeit. Diese beiden Beispiele zeigen, dass auch im Bereich ›Deutsch als Zweitsprache‹ das Trauma oftmals engführend auf die Lebensgefahr eingegrenzt wird. Das Traumakonzept erscheint dadurch wesentlich undifferenzierter als in der traumatherapeutischen Praxis und insbesondere in der Psychotraumatologie. Lehrpersonen, die auf jene Handreichungen zurückgreifen, werden somit mit einem verkürzten Bild der Traumatisierung konfrontiert. Eine Ausnahme bilden die bereits angesprochenen Ausführungen von Gag et al. (vgl. 2005: 100-101), welche – neben den in der EQUAL-Handreichung ›Lernen trotz Trauma‹ (2007) genannten Punkten – das Gefühl der Ohnmacht, Hilflosigkeit und der unausweichlichen Bedrohung in den Vordergrund rücken. Hierbei verweisen sie sowohl auf lebensbedrohliche ›Extremerfahrungen‹, wie Krieg, Folter, Verfolgung, Vergewaltigung und Naturkatastrophen, als auch auf Stresserfahrungen ohne physische Gewalteinwirkungen, wie z. B. Arbeitslosigkeit und Mobbing. Diese weiter gefasste Definition bildet jedoch eine Ausnahme innerhalb der Handreichungen.

Wie in Kapitel 3.2 dargestellt, werden in der Theorie und Praxis der Psychotraumatologie verschiedene Traumaarten unterschieden. Hierzu zählen Typ-I- (einmalig/kurzfristig) und Typ-II-Traumata (mehrfach/langfristig), welche akzidentell oder interpersonell ausgelöst werden können. Außerdem erfolgt eine Unterscheidung zwischen sequentieller, kollektiver, historischer (transgenerational) und kumulativer (im Exil) Traumatisierung sowie Retraumatisierungen. In den meisten Handreichungen für den (DaZ-)Unterricht mit Flüchtlingen findet eine derartige Differenzierung nicht statt. Allenfalls Vaysgluz (vgl. 2007: 21-26) erwähnt die eben genannten Traumaarten. Andere Handreichungen, wie beispielsweise die des Staatsinstituts für Schulqualität und Bildungsforschung (2014) oder aber die Ausführungen der Gemeinschaftsinitiative EQUAL in SEPA II *Deutsch für Flüchtlinge. Praxishilfen* (2007), definieren zwar den Begriff ›Trauma‹, jedoch nehmen sie keine derartige Differenzierung vor und führen somit einen eher oberflächlichen Traumabegriff. Für ein detailliertes Verständnis von Traumatisierungen greifen diese Ausführungen jedoch zu kurz.

Insgesamt zeigt sich, dass zwischen den Traumadefinitionen der Probandinnen, der Psychotraumatologie und der Handreichungen wesentliche Unterschiede bestehen. Dies kann unter anderem Auswirkungen auf eine mögliche Vernetzung und Kooperation haben, da traumatisierte Flüchtlinge je nach Perspektive anders definiert werden. Es zeigt sich, dass Traumatisierungen wesentlich differenzierter zu betrachten sind, als dies bisher in den meisten Handreichungen der Fall ist. Im Vergleich zur psychotraumatologischen Forschungsliteratur ergeben sich eine Vielzahl blinder Flecke, wodurch etwaige Traumatisierungen nicht als solche erkannt werden könnten, wenn



sich die Lehrperson ausschließlich auf die Handreichungen bezieht. Während in Hinblick auf die Handreichungen die Zahl der traumatisierten Flüchtlinge eher geringer erscheint, weist unter anderem eine Probandin darauf hin, dass die Lehrperson davon ausgehen sollte, »dass eigentlich die Flüchtlinge ALLE traumatisiert sind« (P5: Abs. 140). Dementsprechend müsste – so lässt sich an dieser Stelle schlussfolgern – in den Handreichungen eine umfassendere Sensibilisierung für die Ursachen von Traumatisierungen stattfinden.

Durch die Interviews zeigt sich ebenfalls, dass die Traumadefinition von Therapeut zu Therapeut unterschiedlich ausfallen kann. Dies hat fortführend auch Konsequenzen für eine mögliche Zusammenarbeit zwischen Lehrperson und Traumatherapeut sowie für die traumapädagogischen Fortbildungen für Lehrkräfte, welche durch die Therapeuten geleitet werden. So zeigt sich, dass die Traumadefinition des Therapeuten einen Einfluss darauf haben kann, inwiefern die Lehrkraft für Traumatisierungen sensibilisiert wird, d. h. ob sie traumatische Situationen ausschließlich als lebensbedrohliche Ereignisse oder auch als extreme Stresssituationen wahrnimmt. Zudem wird deutlich, dass es keine universelle Traumadefinition in der Praxis gibt und sich dementsprechend auch der Bereich ›Deutsch als Zweitsprache‹ nicht auf eine universell geltende Definition stützen sollte.

## **6.2 Symptomerkennung und interkulturelle Kompetenz**

Wie lassen sich nun eine Traumatisierung und deren Folgestörungen im Rahmen des DaZ-Unterrichts für eine Lehrperson erkennen? Die Probandinnen gingen in den Interviews dominant auf die PTBS und die komplexe PTBS als wesentliche Folgen von Traumatisierungen ein, wobei sie darauf hinwiesen, dass es keine alters- oder sogar flüchtlingsspezifischen Symptome gibt. Stattdessen nannten die Probandinnen die verschiedenen Arten von Intrusionen, Übererregung und Konstriktionen, wie beispielsweise Flashbacks, Dissoziationen und Angstzustände. Hierbei nannten sie auch verschiedene Merkmale dieser Symptomkomplexe, durch die eine Lehrperson auf eine mögliche Traumatisierung schließen kann. Dies sind z. B. anhaltende, sich körperlich äußernde Erregungszustände, bei denen die Traumatisierten »schwitzen und roten Kopf haben oder auch der Blutdruck erhöht ist« (P5: Abs. 24). Die Übererregung sei ebenfalls erkennbar an aggressiven Ausbrüchen. Zudem äußere sie sich durch »so eine Schreckhaftigkeit« (P2: Abs. 22) und damit einhergehend auch durch »Herzrasen, Schwitzen, Todstellreflex« (P2: Abs. 22). Zudem wurde auf sekundäre Symptomtiken verwiesen: »Jemand kann zum Beispiel auch eine Depression entwickeln oder jemand kann

eine Sucht<sup>66</sup> entwickeln oder jemand kann eine Angststörung entwickeln« (P3: Abs. 68), wobei Letztere zu »Zwangserkrankungen« (P1: Abs. 90) führen kann. Zwanghaftes Verhalten könne demnach auch auf mögliche Traumatisierungen schließen lassen. In Hinblick auf das Verhalten wurden auch verschiedene Arten der Vermeidung genannt: »Also dass die Leute dann auch vermeiden darüber zu sprechen oder schlimmstenfalls vermeiden, das Haus zu verlassen« (P5: Abs. 24). Schließlich äußere sich auch der dissoziative Zustand für die Lehrperson, wobei hierbei unter anderem »so eine richtige Schläfheit, dass sie immer wie in so einem Dämmerzustand dasitzen« (P1: Abs. 128), genannt wurde. Dissoziationen zeigen sich auch darin, dass die Traumatisierten »so dastehen und starren. [...] Und deswegen stehen die so teilnahmslos irgendwie am Rand« (P1: Abs. 64). Schließlich wurden auch Konzentrations- und Gedächtnisstörungen angesprochen. So kann es sein, »dass die dann einfach gar nicht mehr wissen. [...] Die wissen gar nicht, was da passiert ist, ne?« (P5: Abs. 112). Hierbei sind die Traumatisierten in einem »Funktionsmodus« (P5: Abs. 112), in dem sie in einen dissoziativen Zustand geraten und beispielsweise bereits am nächsten Tag nicht mehr wissen, was passiert ist. Ein deutlicher Hinweis auf Traumatisierungen kann auch das Auftreten einzelner »Erinnerungsbilder im Laufe eines Tages [...], wie so Filmfetzen so einem vor Augen kommen können« (P3: Abs. 60), sein. Hierbei handelt es sich um Intrusionen, d. h. eine unverarbeitete Erinnerung, die »als Flashback ins Alltagsbewusstsein reinpoppt« (P4: Abs. 60). Dies alles sind Körper- und Verhaltensaüßerungen, die auf eine Traumatisierung hinweisen können.

In den Interviews wurden ebenfalls Somatisierungen angesprochen, die sich z. B. in »Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Schlafstörungen« (P3: Abs. 64) äußern können. Diese körperlichen Beschwerden können derart intensiv sein, dass die jeweiligen Kursteilnehmer »es gar nicht schaffen, acht Stunden stillzusitzen« (P2: Abs. 84). In solchen Fällen ist es für die Lehrperson wichtig, wie eine Probandin betont, dass nach der Ursache für die Schmerzen gesucht werden sollte; genauer: dass zu klären ist, ob die Ursache physischer oder psychischer Natur ist. So sagt die Probandin (P4: Abs. 251): »Die äußern das nicht (.) wie wir über die mental-psychische Ebene, (.) sondern über die körperliche Ebene. [...] Und dann müsste man gucken: ›Ja, was macht dir jetzt Angst?‹ (..) Also: ›Was macht dir jetzt Bauchweh?‹«. Körperliche Beschwerden können auf Traumatisierungen beruhen, aber müssen es nicht – wie auch Probandin P3 betont –, denn die Symptome der Betroffenen »waren vielleicht auch schon vorher da (.) und sie haben nur nicht darüber gesprochen. [...] Weil die dann eben zu peinlich waren oder zu, ja, zu schambesetzt« (P3: Abs. 66). Hierdurch wird

---

<sup>66</sup> P5 erwähnte bzgl. Suchterkrankungen, dass muslimische Flüchtlinge durch die Regeln ihrer Religion jedoch eher geschützt sind (P5: Abs. 48): »Weil die dürfen eigentlich keinen Alkohol. Also die Moslems sind da ein bisschen durch die Reli/ Religion geschützt, obwohl es natürlich auch Muslime gibt, die trinken/ die Alkohol trinken. (.) Bei den anderen ist das ein bisschen (.) schwieriger und durchaus häufiger, dass die so eine Sucht entwickeln.«

deutlich, dass die Lehrperson auf etwaige körperliche Beschwerden der Lerner achten, diese jedoch nicht zwingend als ein Symptom von Traumatisierungen interpretieren sollte. Ein deutliches Zeichen für eine Traumafolge könne jedoch sein, dass die körperlichen Beschwerden verstärkt auftreten, wenn der Stresspegel des Lerners steigt. Dies kann einen maßgeblichen Einfluss auf die Aufnahmefähigkeit der entsprechenden Person haben: »Und ich meine, dass ist natürlich auch eine Stressreaktion, der Kopfschmerz. Wenn ich dann noch lernen soll; dann brüllt oben alles im Kopf und dann geht nichts mehr« (P4: Abs. 243).

Traumatisierungen und die damit einhergehenden Folgestörungen, so Becker (vgl. 2006: 13), sind stets in ihrem jeweiligen Kontext zu erfassen und vor dem Hintergrund der Kultur des Traumatisierten zu beschreiben. Eine Lehrperson, die in der Lage sein soll, die Symptome von Traumatisierungen zu erkennen, muss demnach interkulturell sensibilisiert sein. Bereits im Kapitel 3.4 wurde darauf hingewiesen, dass die Symptome von Traumatisierungen je nach Kulturkreis unterschiedlich geäußert werden können. Dies wurde auch insbesondere von der Probandin P4 aufgegriffen, welche den interkulturellen Aspekt von Traumatisierungen unter anderem am Beispiel der türkischen Kultur verdeutlichte: »Also ja gut: ›Mir ist die Leber auf den Magen gefallen.‹ Muss ich ja wissen, was das heißt, nicht? Das heißt ›Ich bin depressiv.« (P4: Abs. 40).<sup>67</sup> Ebenfalls erwähnte sie das Beispiel der armenischen Kultur, in der der Ausdruck des Unwohlseins eine gesonderte Differenzierung erfährt, indem beispielsweise die Wendung ›Es geht nicht mehr.‹ durch die Wendung ›Es geht wirklich nicht mehr.‹ gesteigert wird, wobei diese Steigerung auch im Fortfolgenden intensiviert werden kann.<sup>68</sup> Für die Probandin P4 stellt sich hier nun die Frage: »Wie differenziere ich das dann – ne? –, dieses ›Es geht nicht mehr.‹ und ›Es geht wirklich nicht mehr.‹ Ist es nun unser ›Es geht nicht mehr?‹ Oder was bedeutet dieses ›Es geht nicht mehr?‹« (P4: Abs. 40). Ihrer Meinung nach sei die hierfür notwendige interkulturelle Erfahrung nicht genügend im psychotraumatologischen Fachbereich verankert. So gäbe es »viel zu wenig Traumatherapeuten mit interkultureller Erfahrung, ECHTER interkultureller Erfahrung« (P4: Abs. 40). Dies wird auch von der Probandin P5 bestätigt, die zudem verdeutlicht, dass die Frage nach Interkulturalität bei den Traumatherapeuten vorwiegend auf Desinteresse und Widerstand stößt: »Und DAS IST aber so eine Geschichte, die wirklich (.) unter den Kollegen so nicht besonders beliebt ist irgendwie« (P5: Abs. 174). Als Beispiel

---

<sup>67</sup> Siehe hierzu auch die Äußerungen von Abdallah-Steinkopff und Soyer (2013: 151; Herv. i. O.), die darauf hinweisen, dass Flüchtlinge aus unterschiedlichen Kulturkreisen ihre Gefühle oftmals in körperlichen Metaphern ausdrücken: »Zum Beispiel bedeutet im Türkischen *Meine Leber wird groß* das Gefühl der Trauer, und *Mein Kopf ist erkältet* steht für das Gefühl verrückt zu werden. Flüchtlinge aus Sierra Leone beschreiben das Gefühl einer großen Belastung mit *Ich fühle Würmer und Ameisen auf meiner Haut.*«

<sup>68</sup> Dies veranschaulicht die Probandin wie folgt (P4: Abs. 40): »In Armenien ist es nochmal völlig anders, nicht? Also da/da habe ich ja dann dauernd damit zu tun: ›Das geht nicht mehr.‹ ›Da geht gar nichts.‹ Nicht? Und das nächste Mal ist es noch schlimmer: ›Es geht nicht mehr.‹ (lacht) Und das nächste Mal ist es noch schlimmer und es geht nicht mehr. Also dieses/ diese Differenzierung in dem ›Es geht nicht mehr.‹ [...] Also in der Expressivität.«

nennt sie Schulungen, die von ihr zum Umgang mit Flüchtlingen angeboten, aber kaum von den Kollegen angefragt und besucht werden.<sup>69</sup> Problematisch sei ihrer Meinung nach ebenfalls die Traumatherapie mit Dolmetschern bzw. der Wechsel in eine andere Sprache. Viele Traumatherapeuten würden auf einer deutschsprachigen Therapie beharren:

»Es gibt häufig Psychotherapeuten, die sagen: ›Ich brauche Sprache für meine Therapie und das ist mir zu kompliziert mit einem Dolmetscher.« oder ›Ich kann nicht so gut Englisch, ich kann nicht so gut Französisch. Und (.) ich kann das überhaupt nur in meiner Sprache machen.«, weil es ja schon über Sprache läuft; auch viel in der Therapie. Und das ist einfach eine/ Also da gibt es ganz viel, so, Vorbehalte von Kollegen« (P5: Abs. 174).

Insbesondere die Probandin P4 hob wiederholend die Relevanz der interkulturellen Kompetenz hervor. So ist es ihrer Meinung nach notwendig, über genügend Hintergrundinformationen zur Kultur des Traumatisierten zu verfügen, um diesen hinreichend stabilisieren zu können. Unter anderem sagte P4 hierzu: »Ich muss die ja nicht mit meiner Kultur stabilisieren, (..) sondern in DEREN Kultur. Das heißt, ich muss ja wissen: Was bildet der Koran für Ressourcen?« (P4: Abs. 91). Neben dem Koran nannte sie noch andere Beispiele, wie die kulturellen Unterschiede bei säkularisierten Muslimen oder aber auch die Notwendigkeit bei einer Therapie mit Buddhisten über Kenntnisse der spezifischen kulturellen Konzepte, wie das ›kleine‹ und das ›große Schiff‹ zu verfügen. Im Anschluss daran ergeben sich auch Konsequenzen für den Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen im Unterricht. So muss die Lehrperson in der Lage sein, die je kulturspezifischen Ressourcen, aber auch damit einhergehend Krankheitsäußerungen zu erkennen. Hieraus lässt sich folgern, dass Lehrpersonen nicht bloß interkulturell, sondern auch ›interkulturell-traumaspezifisch‹ weitergebildet werden müssen. In Anlehnung an die psychotraumatologischen Ausführungen von Ali Tarik Yilmaz (vgl. 2006: 280-282) sollte die Lehrperson eine kultursensitive Haltung einnehmen können, bei der sie die Krankheitsäußerungen ihrer Lerner nicht ethnozentrisch vor dem Hintergrund der deutschen Kultur interpretiert, sondern auf die jeweiligen Besonderheiten der Herkunftskultur reagiert. Durch das entsprechende Hintergrundwissen wäre es der Lehrperson somit auch möglich, kulturspezifische Ressourcen in ihren Unterricht zu integrieren und dadurch die Stabilisierung traumatisierter Lerner zu befördern. Für die Umsetzung dieses Gedankens wäre jedoch zunächst der Einbezug der kulturspezifischen Traumakonzepte bzw. -symptomatiken in die Handreichungen für den DaZ-Unterricht vonnöten. Dieser fehlt jedoch in den bisher vorliegenden Ausarbeitungen vollständig. Zwar wird oftmals auf den Aspekt der Interkulturalität eingegangen, jedoch findet dies nicht im Zusammenhang mit dem Begriff ›Trauma‹ statt. Die Ausführungen in den Handreichungen beziehen sich hierbei zumeist auf die Integration und strukturelle Besserstellung von Flüchtlingen (vgl. Gag

---

<sup>69</sup> »Aber es gibt eben viele, die sind da so. Ja. Haben viele, viele Vorbehalte. Und das ist der Punkt. Auf jeden Fall ist es immer gut, solche Schulungen anzubieten und zu hoffen, dass trotzdem jemand kommt, (.) ne?« (P5: Abs. 174).

et al. 2005: 114), Werte- und Normensysteme, Alltagsstrukturen sowie Lernkulturen (vgl. Staatsinstitut für Schulqualität und Bildungsforschung 2014: 10-11), die Gruppendynamik und Lernsituation (vgl. Bender-Jarju/Torres Mendes 2007: 40) sowie die wechselseitige Anerkennung, Machtstrukturen, Unterrichtsführung und Konfliktvermeidung (vgl. Steinacher 2007a, b), während der interkulturelle Aspekt von Traumatisierungen ausbleibt. Für eine Orientierung bei der Erkennung traumatisierter Flüchtlinge ist eine Implementierung des Themenbereichs ›Interkulturalität und Trauma‹ somit ein noch zu behebendes Desiderat in den Handreichungen.

Die Kultur der Lerner ist nicht nur für die Interpretation je spezifischer Äußerungen und das Erkennen von kulturellen Ressourcen von Bedeutung, sondern auch um die Stereotype in einer interkulturellen Situation abzubauen. Die Probandin P4 hebt hervor, dass Personen, die mit Traumatisierten umgehen, »internationale VORURTEILE kennenlernen« (P4: Abs. 133) müssen.<sup>70</sup> Dieser Aussage liegt die medizinethnologische Beobachtung zugrunde, dass medizinisches Personal dazu neigen kann, Migranten misszuverstehen, wenn diese ihre körperlichen Beschwerden als ganzheitliche Symptome äußern. Insbesondere im psychiatrischen Bereich kann es dadurch zu fehlerhaften Diagnosen kommen (vgl. Behrens 2011: 46). Zudem entstammen den abwertenden Beschreibungsweisen der Symptome abschätzige, kultur-konnotierte Krankheitsbilder, wie z. B. das in den 1960er Jahren so benannte ›Mamma-mia-Syndrom‹, welches später auch als ›Morbus Bosporus‹ bekannt wurde, das ›Mittelmeersyndrom‹, der ›Maghrebinische Ausnahmezustand‹ sowie die ›Fernöstliche Wehleidigkeit‹, welche dem Patienten allesamt oftmals ein Jammern und Simulieren unterstellen (vgl. Muthny/Bermejo 2009: 5; Zimmermann 2000: 68). Im Hinblick auf Traumatisierungen bedeutet dies, dass vor dem Hintergrund stereotyper und diskriminierender Fehlinterpretationen, die Traumatisierung nicht als solche erkannt und als eine Art Wehleidigkeit diffamiert wird. Für den Bereich Deutsch als Zweitsprache hat dies zur Konsequenz, dass die kulturelle Ausprägung von Krankheitsbildern von der Lehrperson erkannt und in ihren Umgang mit den Lernern integriert werden muss.

Schließlich gilt es im Hinblick auf die Traumatisierung nicht nur die Kultur zu berücksichtigen, sondern vor allem auch die einzelne Person. Es geht somit um ein ›Joining‹ (vgl. Schouler-Ocak 2013: 229), bei dem sich die Lehrperson in die Lebenswelt ihrer Lerner einfühlt. Dies betont auch die Probandin P4, indem sie darauf hinweist, dass es nicht reicht »zu sagen: ›Trauma ist Trauma.‹ Ich muss gucken, auf welchen Grund fällt das. (.) Und ich muss den Menschen sehen, IN DEM, was er/was ER mitbringt« (P4: Abs. 91). Bereits Ulrike Beutel (vgl. 2007) weist darauf hin, dass die Lebenssituation der Lerner berücksichtigt und ein Verständnis für diese aufgebaut werden muss. Daran

---

<sup>70</sup> P4 begründet den notwendigen Abbau von Vorurteilen wie folgt: »Wir kreisen doch dauernd um unsere Mitte. Ja, das tut jeder. Ne?« (P4: Abs. 133). Und wir müssen »lernen, das zu verlassen« (P4: Abs. 133).

lässt sich an dieser Stelle anfügen, dass nicht nur die Lebenssituation, sondern auch die kulturellen und vor allem auch die persönlichen Hintergründe durch die Lehrperson mit einbezogen werden sollten. Diese Überlegung mündet schließlich in dem Gedanken von Ina Manfredini, dass

*»Wissen über Kulturen und Informationen über ethnische Unterschiede [...] wichtig und gleichzeitig unwichtig [sind].«* Wissen hilft Angehörige einer Kultur im Denken, Fühlen und Handeln besser zu verstehen – unwichtig ist es, weil dieses Wissen nichts darüber aussagt, wie die Person tatsächlich denkt, fühlt und handelt« (Manfredini 2012: 22, Herv. i. O.).

Angewandt auf den DaZ-Unterricht mit Flüchtlingen bedeutet dies, dass die Lehrperson sich nicht ausschließlich auf das spezifische kulturelle Wissen verlassen darf, da ein solches Vorgehen zu Fehlinterpretationen individueller Handlungen führen könnte. Dennoch soll dies nun auch keine Absage an kulturspezifische Traumakonzepte darstellen. Vielmehr sollte die Lehrperson sowohl die kulturellen als auch individuellen Aspekte ihrer Lerner und etwaige Krankheitsäußerungen in ihren Beobachtungen und Interpretationen beachten. Schließlich ist die Wahrnehmung der Kursteilnehmer eine Wahrnehmung von kulturell geprägten, aber dennoch einzigartigen Personen.

### **6.3 Deutsch als Zweitsprache in der Traumatherapie**

In den Interviews wurde auch die Rolle der Zweitsprache Deutsch innerhalb der Therapie thematisiert. Hierbei zeigte sich zunächst die Gemeinsamkeit bei allen Probandinnen, dass die Therapie auch in der deutschen Sprache stattfindet, sobald die Zweitsprache der Patienten ein entsprechendes Niveau erreicht hat. Bei weniger ausgeprägten Sprachfähigkeiten, so sagte die Probandin P3, ginge es in der Therapie »nicht darum, keine Fehler zu machen, sondern es geht halt eher darum, dass jemand irgendwie (.) erzählen kann und Gedanken und Gefühle ausdrücken kann« (P3: Abs. 98). Bereits hier wird deutlich, dass die sprachlichen Anforderungen während des Gesprächs mit dem Traumatherapeuten – trotz des fehlenden Anspruchs auf grammatikalische und phonetische Richtigkeit – komplexen Strukturen gerecht werden muss. Der Lerner muss in der Lage sein, Erlebnisse und Gefühle erzählen zu können; und zwar derart, dass eine traumatherapeutische Intervention möglich werden kann. Schließlich muss durch die Sprache eine Verknüpfung aufgebaut werden »zwischen den Kognitionen und den Gefühlen und den Bildern« (P1: Abs. 110), erst dann kann der Therapeut »das Trauma auch [...] richtig integrieren« (P1: Abs. 110). Aus diesem Grund sprach sich beispielsweise die Probandin P6 dafür aus, dass sie das Trauma zwar »auch erstmal in der Fremdsprache bearbeiten kann« (P6: Abs. 154), jedoch hob sie hierbei hervor, »dass dann noch das Stückchen unbedingt irgendwann nachkommen muss, in der eigenen Sprache. (...) Ne? Weil die/ (...) das ja in der Sprache abgelagert ist« (P6: Abs. 154). Mit dieser Aussage knüpft sie an die Hypothese von Schwanberg (vgl. 2010: 45-46, 53) an, dass das Traumagedächtnis und die Erstspra-

che in den gleichen Gedächtnisstrukturen verarbeitet und dadurch Traumaerinnerungen in erstsprachlichen Äußerungen emotionaler sowie vielfältiger erlebt werden. Der letzte Schritt für eine erfolgreiche Traumaintegration wäre demnach stets ein Therapiegespräch in der Herkunftssprache.<sup>71</sup> Für den Anfang – und für eine zunächst distanziertere Auseinandersetzung mit dem traumatischen Erlebnis – kann die Therapie jedoch auch zunächst in der Zweitsprache erfolgen. Hierfür wäre jedoch ein entsprechendes Grundvokabular notwendig, denn der Patient muss »verstehen, was ist ›Hören‹, was ist ›Sehen‹, was ist ›Fühlen‹, was ist ›Denken‹« (P1: Abs. 76). Dies ist, so stellte sich beispielsweise in dem Interview mit der Probandin P5 heraus, häufig jedoch nicht der Fall. Zwar verfügen einige ihrer Patienten über einen entsprechenden grundständigen Wortschatz, jedoch ist dieser nur unzureichend differenziert, so dass verschiedene Abstufungen des Gefühlsausdrucks nicht geäußert werden können:

»Also (.) häufig haben diese Menschen keine Worte für Gefühle (.) oder können das gar nicht so ausdrücken. Oder es ist alles eine Soße. Also es gibt nur irgendwie ›Es ist gut.‹ oder ›Es ist schlecht.‹. So. Und das dann zu differenzieren, das ist auch schwierig« (P5: Abs. 86).

Häufig fehlen auch die nötigen sprachlichen Mittel, um eine zeitlich angemessene Psychoedukation auszuführen. Bisher benötigte z. B. die Probandin P5 viel Zeit dafür, den traumatisierten Flüchtlingen zu erklären, wie der Mensch, dessen Gehirn und seine Gefühle funktionieren. Hierfür bedarf es ebenfalls eines entsprechenden Wortschatzes, wobei dieser nicht auf Fachtermini aufbauen muss: »Und da muss es jetzt kein Fremdwort sein, was die lernen oder so. [...] Ich versuche das dann immer möglichst runterzubrechen, so einfach wie die Leute es brauchen« (P5: Abs. 84). An dieser Stelle kann es zu einer Unterstützung durch den Deutschunterricht kommen, indem in den Unterrichtseinheiten bzw. Modulen, in denen der Bereich ›Gesundheit‹ thematisiert wird, ein entsprechend differenzierterer Wortschatz eingeübt wird, der genauer auf das ›Denken‹ und ›Fühlen‹ und die psychischen Prozesse eingeht. Die Lehrperson sollte hierbei darauf achten, dass dieser Wortschatz auch ausreichend konsolidiert und vernetzt wurde. Denn, so hebt die Probandin P4 hervor, im Rahmen der Traumatherapie findet die Traumabearbeitung in der Zweitsprache seitens der Traumatisierten »über den [...] Umweg der Dekodierung ihrer Sprache, Übersetzung auf unsere Sprache und dann noch auf Trauma« (P4: Abs. 87) statt. Je stärker der entsprechende Wortschatz verinnerlicht wird, um so effizienter und kürzer gestaltet sich dieser Umweg. Dies zeigt, dass Fortschritte im Spracherwerb zu einer verbesserten Situation in der Traumatherapie beitragen können.

Der Einfluss des Zweitspracherwerbs auf die Traumatherapie wird auch durch eine Äußerung der Probandin P3 ersichtlich, welche von einer tschetschenischen Frau berichtet, die sie therapierte:

---

<sup>71</sup> Dies wird unter anderem auch von der Probandin P1 ausgeführt: »EIGENTLICH müsste eine Traumatherapie immer in der Landessprache durchgeführt werden« (P1: Abs. 110).

»Wir haben uns am Anfang auf Englisch unterhalten und irgendwann im Laufe der Zeit wechselte das von Englisch zu Deutsch« (P3: Abs. 104). Die Probandinnen beobachten jedoch nicht ausschließlich eine Verbesserung der deutschen Sprache, sondern nehmen teilweise auch eine Verschlechterung der sprachlichen Fähigkeiten in der Zweitsprache wahr, die sich wiederum negativ auf die Traumabearbeitung auswirken. So nannte die Probandin P2 beispielhaft Patienten, »denen es jetzt irgendwie wieder schlechter geht und dann mussten wir wieder einen Dolmetscher einladen dazu, weil sie sich eben nicht mehr erinnern können, dass/ also die Wörter, die sie alle schon mal kannten« (P2: Abs. 58). Die Dynamik der Lernersprache, zu der auch ein mögliches »Backsliding« gehören kann (vgl. Apeltauer 2001: 678), kann folglich einen Negativeffekt auf die Traumabearbeitung haben. Es bleibt jedoch unklar, ob die Verschlechterung der Deutschkenntnisse, die P2 anspricht, direkt auf die Traumatisierung und damit einhergehende kognitive Beeinträchtigung zurückzuführen sind, oder ob es sich um eine Phase der »Rückentwicklung« der dynamischen Lernersprache handelt bzw. eine sprachliche Erosionserscheinung, welche auf einer unzureichenden Sprachverwendung basiert (vgl. Apeltauer 2010: 835-836). Dies soll nun jedoch nicht bedeuten, dass eine Verbesserung der Fähigkeiten in der deutschen Sprache automatisch zu einer gesundheitlichen Verbesserung der Traumatisierten führt,<sup>72</sup> sondern lediglich dass sich durch den Zweitspracherwerb der Umgang mit und die Bearbeitung der Traumatisierung effizienter gestalten lassen.

Sofern die Deutschkenntnisse nicht ausreichen, greifen die Probandinnen in ihrer Therapie auf Dolmetscher zurück. Ein Großteil von ihnen sieht hierbei die Probleme, die bereits im Kapitel 3.4 angesprochen wurden. So berichtet beispielsweise die Probandin P3 davon, dass es in Dolmetersituationen passieren kann, »dass bestimmte Themen dann vielleicht nicht angesprochen werden, wenn die Dolmetscherin dabei ist. Wenn das zum Beispiel so Tabuthemen im eigenen Land sind« (P3: Abs. 102). Dies sei umso problematischer, wenn der Dolmetscher aus der gleichen Community stammt wie der Patient und Letzterer Angst hat, dass dies in ihr bekannt werden könnte. Vor allem bei Patienten, für deren Sprache nur auf wenige Dolmetscher zurückgegriffen werden kann, ist dies problematisch, da es aufgrund der kleinen Sprachgemeinschaft der jeweiligen Stadt bzw. Ortschaft sein kann, dass sich Patient und Dolmetscher einander entfernt bekannt sind. Die Probandin P5 berichtet, dass es für einzelne Stammessprachen keine geeigneten Dolmetscher vor Ort geben könnte und sich in diesen Fällen die Therapie als äußerst schwierig gestaltet. Ebenfalls erwähnt

---

<sup>72</sup> Beispielsweise führt P5 aus, es gelte »nicht per se: Jeder der gut Deutsch kann, ist nicht mehr traumatisiert oder kann besser mit seinem Trauma umgehen oder so« (P5: Abs. 122). Der Zweitspracherwerb hat ihrer Meinung nach keinen direkten Einfluss auf die Traumatisierung, vielmehr sieht sie einen indirekten Einfluss auf die Symptome: »Also höchstens die Verbindung wäre da zu sehen: Je mehr Deutsch die Leute können, desto integrierter sind sie hier, desto beschützter fühlen sie sich vielleicht, desto sicherer fühlen sie sich. Und ein Gefühl von Sicherheit bringt wieder/ wirkt dem Traumasymptomen entgegen« (P5: Abs. 122).



sie, dass der Einsatz von Dolmetschern auch dahingehend problematisch sei, dass die Therapie im Zuge der Übersetzungsarbeit »doppelt so lange« (P5: Abs. 92) dauert. Lediglich die Probandin P2 sieht bei der Arbeit mit Flüchtlingen unter Hinzuziehung von Dolmetschern »keinen großen Unterschied« (P2: Abs. 36), jedoch räumt sie ein, dass diese Dreierkonstellation dennoch Auswirkungen auf die Sitzungen hat. Zwar betrachtet sie den Dolmetscher »nicht als Störfaktor, sondern als Unterstützung« (P2: Abs. 34), jedoch meint sie auch: »es gibt ja auch gar keine Optionen. Ohne ihn geht's ja nicht« (P2: Abs. 34). Hier wird das von Morina (vgl. 2007: 188) beschriebene Paradox der Dolmetersituation deutlich; nämlich dass der Dolmetscher das therapeutische Setting einerseits verzerrt, andererseits aber auch in diesen Fällen erst ermöglicht. Dass diese Beziehungs-Triade problematisch für die therapeutische Intervention ist, zeigt auch die Einsicht der Probandin P2, die meint: »Naja, was alles nicht erwähnt wird, kriege ich ja nie raus« (P2: Abs. 38). Dies zeigt um so mehr, dass eine Förderung der Zweitsprache Deutsch bei traumatisierten Flüchtlingen vonnöten ist und diese einen therapiespezifischen Wortschatz beinhalten muss.

#### **6.4 Deutsch-als-Zweitsprache-Unterricht aus psychotherapeutischer Perspektive**

Ob ein Lerner traumatisiert ist oder nicht, sagt zunächst nichts über seine Motivation aus, den Deutschkurs zu besuchen. So berichtet beispielsweise die Probandin P3, dass sie öfters erlebt hat,

»dass jemand (..) unbedingt einen Kurs machen wollte und sehr gelitten hat, dass er den nicht machen durfte, weil kein Platz war, und dass tatsächlich das dann so (..) eine große Hilfe war, wenn derjenige dann angefangen hat – oder diejenige – den Kurs zu machen« (P3: Abs. 122).

Demgegenüber hat sie aber auch Patienten, die »zu Hause hängen, das Haus nicht verlassen, nicht rausgehen, (.) sich total langweilen zu Hause und wo die Gedanken kreisen« (P3: Abs. 128). Bei diesen Personen muss sie nachhelfen und sie anregen, »ob das nicht vielleicht eine Idee wäre, dahin zu gehen« (P3: Abs. 128). Dies zeigt, dass die Teilnahme an einem Deutschkurs seitens der traumatisierten Flüchtlinge sowohl intrinsisch als auch extrinsisch motiviert sein kann.

Der Erwerb der Zweitsprache Deutsch wird von einigen Probandinnen explizit mit ihren Patienten besprochen. Der Besuch eines Deutschkurses zeigt aus ihrer Perspektive heraus zunächst zwei wesentliche Vorteile, nämlich diene er einerseits dazu, »sich eine sinnvolle Aufgabe zu suchen, um eine Tagesstruktur zu haben« (P2: Abs. 64), und andererseits hat er eine stabilisierende Wirkung, »weil es einfach auch (.) den Selbstwert erhöht, wenn man durch die deutsche Sprache hier seine Angelegenheiten selbstständig regeln kann« (P2: Abs. 64). Aus Sicht der Traumatherapie dient der DaZ-Unterricht somit maßgeblich dem Erwerb einer geeigneten Sprachkompetenz, um selbstständig innerhalb der deutschen Gesellschaft leben zu können und sich die Fähigkeit zur Kommunikation in sozialen Situationen anzueignen, wodurch der Traumatisierte das Gefühl be-

kommt nicht hilflos zu sein, sondern eigenständig agieren zu können. Für die Therapeuten zählt beim Zweitspracherwerb nicht »die Aneignung von Sprache *in* und *durch* (sozial hochrelevante) Kommunikation« (Ahrenholz 2010: 19; Herv. AC), sondern *für* diese. Der Zweitspracherwerb dient somit letztlich dem ›Empowerment‹, d. h. dem Erwerb grundlegender Kommunikationsfähigkeit, durch die das Selbstbewusstsein gestärkt und Sicherheit im Alltag geschaffen wird (vgl. Vang 2003: 15; Burkart-Sodonougbo 2007: 6).

Ulrike Ding zufolge stellt eine Unterrichtssituation und der teils damit zusammenhängende Leistungsdruck zunächst einen »Hort der Selbstwertbedrohung« (Ding 2014: 172) dar. Dies wird zusätzlich durch einen anhaltenden Akkulturationsstress und »einen absoluten Statusverlust« (P2: Abs. 112) befördert, den vor allem Flüchtlinge mit einem hohen Bildungsgrad erleben. Ebenfalls, so erwähnt die Probandin P5, berichten die Traumatisierten, »dass sie irgendwie Schwierigkeiten haben, sich zu konzentrieren« (P5: Abs. 126), wodurch der Eindruck entsteht, dass sie im Spracherwerb nicht vorankommen. Demgegenüber kann der Deutschkurs aber auch – so ließe sich an dieser Stelle einwenden – als ein ›Ressourcengenerator‹ fungieren, indem einerseits den Flüchtlingen, wie bereits erwähnt, Sprachfähigkeiten vermittelt werden und andererseits ihnen im Unterricht, wie Brahim, Flach und Krause (vgl. 2014: 170-171) schreiben, mitgebrachte Qualifikationen sowie fachliche und persönliche Kompetenzen aufgezeigt werden können.

Die Probandin P3 erwähnte im Gespräch, dass bei traumatisierten Flüchtlingen ausbleibende Lernerfolge im DaZ-Unterricht zugunsten des Stabilisierungseffekts zunächst übersehen werden könnten: »Auch wenn sie so schwer lernen können, hat es aber den Effekt, dass es sie aus den Gedankenkarussellen rausbringt« (P3: Abs. 110). Diese Wirkung wurde auch von den anderen Probandinnen genannt. Ihrer Meinung nach hat der Unterricht eine therapiefördernde »Strukturfunktion« (P2: Abs. 120),<sup>73</sup> denn »es ist auch stabilisierend, jeden Tag in den Deutschkurs zu gehen oder dreimal die Woche oder so« (P5: Abs. 128). Diese Aussagen bestätigen auch die Ausführungen von Michael Brune und Julia Fischer-Ortmann (vgl. 2014: 210), nach denen Schule bzw. Arbeit für traumatisierte Menschen eine wesentliche Struktur bereitstellen. Diesbezüglich wandte die Probandin P4 ein, dass auch zu beachten ist, inwiefern sich die traumatisierten Flüchtlinge dieser Struktur unterordnen können: »Die Frage ist: Wie weit können sie sich darauf einlassen?« (P4: Abs. 245). So sollte entsprechend darauf geachtet werden, dass die strukturierende Wirkung des Unterrichts nicht auf Zwang beruht, da sich dies »negativ, extrem negativ, bis zu Lernunfähigkeit« (P2: Abs. 52) auswirkt. Im schlimmsten Fall kann es passieren, dass der Lerner retraumatisiert wird: »Da das ja

---

<sup>73</sup> Hierzu führt P2 genauer aus: »Also der Unterricht hat diese Strukturfunktion. Ich muss aufstehen, ich darf nicht ewig liegenbleiben, ich muss das Haus verlassen, ich treffe Menschen, ich (.) lerne im Zweifelsfall Freunde kennen, ich unterhalte mich mit irgendwem. Das ist (..) für uns eine riesen Unterstützung in der Therapie« (P2: Abs. 120).

Zwang ist, ist das kein sicherer Ort. Zwang triggert. (.) Sie sind ja dem Zwang entflohen und kommen in einen neuen Zwang. Und das kann triggern. (..) Ne? Da haben wir dann die Retraumatisierung« (P4: Abs. 231).

Wie bereits im Kapitel 4 angesprochen, herrscht in den Handreichungen für Deutschkurse mit Asylbewerbern und Flüchtlingen Uneinigkeit darüber, ob bestimmte Unterrichtsthemen, die retraumatisierend wirken könnten, behandelt werden sollten oder nicht. Auch die Probandinnen wiesen darauf hin, »dass manchmal im Kurs zum Beispiel bestimmte Themen behandelt werden, die dann (.) für jemanden ganz unangenehm sein können« (P3: Abs. 130), und die Lerner extrem reagieren, obwohl die Lehrperson »eine scheinbar harmlose Frage gestellt hat« (P3: Abs. 130). Aus diesem Grund schlagen beispielsweise Brahim, Flach und Krause vor, dass belastende Themen, wie z. B. das Thema ›Familie‹, bewusst von der Lehrperson ausgelassen werden sollte (vgl. Brahim/Flach/Krause 2014: 172). Die Begründung dafür, auf einzelne Themen besonders zu achten, erscheint vor dem Hintergrund der Ausführungen der Probandinnen als weniger sinnvoll. Diese betonten, dass es nicht spezifische Inhalte sind, die die Flüchtlinge retraumatisieren können, sondern »alles Mögliche könnte/ könnte Flüchtlinge triggern. [...] Man kann nicht alle Trigger ausschließen« (P5: Abs. 134). So können neben dem Thema ›Familie‹ auch andere Themen, wie z. B. ›Politik‹ oder ›Geographie‹ ein Auslöser für Retraumatisierungen sein.<sup>74</sup> Oder anders gewendet: »Es triggert ALLES« (P4: Abs. 201). Dementsprechend sollte die Lehrperson nicht aus Furcht, eine Retraumatisierung auszulösen, bestimmte Themen auslassen, die sie – eventuell sogar fälschlicherweise – von vornherein als problematisch einordnet. Dies käme einem ›over-protecting‹ (vgl. Burkart-Sodonougbo 2007: 4) gleich, bei dem der Lerner im Extremfall für ihn eventuell wichtige Lerninhalte nicht vermittelt bekommt; und das sich folglich kontraproduktiv auf die Ziele des DaZ-Unterrichts auswirkt. Hierauf weist auch die Probandin P2 am Beispiel des Themas ›Familie‹ hin: »Was wäre dann die Alternative? Dass die nie die Wörter für Mutter und Tochter und Oma lernen?« (P2: Abs. 88). Ebenfalls sei an dieser Stelle darauf verwiesen, dass die Lehrperson nicht von vornherein davon ausgehen sollte, dass belastende Themen ausschließlich in der Vergangenheit liegen. So hob beispielsweise auch die Probandin P3 hervor: »Im Hier und Jetzt gibt es auch problematische Dinge. [...] In der Gegenwart sind auch Sachen, wo ich denke: ›Also sicher davor ist man nie.« (P3: Abs. 134). Dies können unter

---

<sup>74</sup> Diesbezüglich veranschaulichte die Probandin P2 anhand weiterer Themen, dass jegliche Themenstellung eine retraumatisierende Wirkung haben könnte: »Ich meine, man kann ja bestimmte Bereiche nicht ausklammern. Und (..) es kann ja SO unterschiedlich sein. Also, dann geht es: Arztbesuch, Krankenhaus. Dann ist vielleicht das Kind von irgendwem, der hat es noch geschafft, das Kind ins Krankenhaus zu bringen. Dann kann man Krankenhaus nicht mehr/ Oder (.) ein anderer Patient, die waren über Monate im Wald und haben sich dort versteckt; dann kann man Natur nicht mehr nehmen. Also, ich glaube dadurch, dass die Sachen, die solche Flashbacks anstoßen können, sind SO vielfältig. Bei manchen ist es eine bestimmte Farbe, weil der Typ, der nachts (.) die Tür aufgebrochen hat, einen grünen Pullover anhatte. Kann man keine Farben/ Also ich ha/ denke, das geht nicht, (.) das zu vermeiden, weil das alles Mögliche sein kann« (P2: Abs. 92).

anderem die »andere Kultur, Kulturschock, (.) die Normen und Werte« (P4: Abs. 93) sein, aber auch die belastende Situation der Flüchtlinge in Deutschland, so wie sie im Kapitel 1 dargestellt wurde. Demgegenüber können Themen aus der Vergangenheit auch eine Ressource bilden und sollten von der Lehrperson nicht per se als potentielle Trigger eingestuft werden. So meint die Probandin P3: »Es gibt ja auch welche, für die ist die Vergangenheit ein positiver Schatz« (P3: Abs. 134). Folglich zeigt sich, dass die Frage nach möglichen retraumatisierenden Themenfeldern im DaZ-Unterricht weitaus differenzierter betrachtet werden muss, als dies in den Handreichungen häufig der Fall ist.

Bis hierhin zeigt sich, dass Retraumatisierungen in verschiedenen Situationen im DaZ-Unterricht ausgelöst werden können. Hierbei gilt, dass weder die traumatisierte Person noch die Lehrperson in der Lage sind, diese Trigger zu kontrollieren. Iris Beckmann-Schulz et al. (vgl. 2007: 49) weisen darauf hin, dass selbst, wenn die Lehrperson ein belastendes Thema erahnt und daraufhin so vorsichtig wie möglich versucht zu lehren, es dennoch möglich sein kann, dass die Erinnerungen an das traumatische Ereignis hervortreten. Größtenteils, so führen die Autoren weiter aus, sind die Trigger jedoch unvorhersehbar und können nur erahnt werden. Auf Basis der Interviews mit den Probandinnen lässt sich dem jedoch entgegenhalten, dass die Lehrperson Kenntnisse über die Anzeichen für mögliche retraumatisierende Themen und Situationen erlangen kann; aber sie »muss das eben abklopfen« (P4: Abs. 93). Die Lehrperson kann sich Informationen über die Lebenswelt ihrer Lerner aneignen, um aus diesen zu schließen, welche Themen eher belastend, welche aber auch vielleicht stabilisierend sind. Der Teilnehmerorientierung im DaZ-Unterricht wäre somit ein trauma-spezifischer Aspekt beigelegt, bei dem die Lehrperson darauf achtet, welche Vorerfahrungen, aber auch Emotionen die Lerner mit den jeweiligen Lerninhalten verknüpfen und darauf aufbauend abwägt, ob sie diese Inhalte im Kurs ansprechen bzw. in welchem Umfang dies geschehen kann. Zugleich lässt sich hier im Anschluss an Arnold (vgl. 2002: 149) anfügen, dass die Lehrperson mit den Unterrichtsinhalten eben nicht an jede Vorerfahrung der Kursteilnehmer anschließen sollte, sondern die Emotionen, die der Lerner an das jeweilige Thema knüpft, auch aus psychotraumatologischer Perspektive heraus zu berücksichtigen sind.

Eine Möglichkeit, um potentielle retraumatisierende Themenbereiche, Situationen und Faktoren ermitteln zu können, ist ein detaillierterer Blick auf die Biographie der Lerner im Allgemeinen und deren Fluchtbiographie im Speziellen. So kann der Lehrperson nicht nur, wie bereits im Kapitel 6.2 thematisiert, das Wissen über die Herkunftskultur der Lerner dabei hilfreich sein, um etwas über ihre biographischen Erlebnisse in Erfahrung zu bringen, sondern auch das nötige politische Hintergrundwissen. Sie sollte »sich auch ein bisschen politisch interessieren. Also, was geschieht in der Welt« (P5: Abs. 174). Ebenfalls zählt hierzu auch das entsprechende historische Wissen, wie bei-

spielsweise Informationen über politische Aufstände, Bürgerkriege, Verfolgungen oder Genozide, durch die die Lehrperson mögliche Trigger ermitteln kann. Zudem sollte sie sich über die gängigen Fluchtrouten sowie über die Wege ihrer Lerner im Besonderen informieren. Dieser Gedanke wurde von der Probandin P4 wie folgt geäußert:

»Es ist einfach eine Information, die man selber braucht, um hilfreich zu sein. Und es geht nicht darum, was hast du währenddessen erlebt? (.) Mit welchem Track bist du rübergekommen? Oder welche Route hast du genommen? Wie lange warst du unterwegs? Und wenn man dann weiß, wie die Routen gelaufen sind, was auf diesen Routen normalerweise passiert – da muss man sich schlau machen, das ist die eigene Arbeit (.) –, dann hat man so EIN BISSCHEN Vorstellung davon [...], was die auf der Strecke (.) erlebt haben« (P4: Abs. 199).

Im weiteren Verlauf führt sie aus, dass die traumatisierten Flüchtlinge jedoch nicht im Detail über die Erfahrungen auf ihren Fluchtwegen berichten sollten. Dies könnte nämlich dazu führen, dass sie sich erneut in die Situation hineinversetzen und eine Retraumatisierung ausgelöst wird. Zudem besteht die Gefahr, dass die Lehrperson hierbei sekundär traumatisiert werden kann.<sup>75</sup> Aus diesen Gründen betont die Probandin P4: »Ich will nur die Route wissen. Dann weiß ich ja, was da passiert ist« (P4: Abs. 207).

Der Blick auf die Biographie der Lerner sollte nicht nur den negativen Erfahrungen gelten, sondern ebenfalls dem Positiven in der Vergangenheit. Mit den Worten von Martin Baierl geht es hierbei um ein »Suchen, Sehen, Anerkennen, Würdigen und Utilisieren von Ressourcen« (Baierl 2014b: 247). Diese können teils in der Kultur, teils in persönlichen Erfahrungen liegen. Sie können aber auch darauf aufbauen, was der Traumatisierte auf seiner Flucht bzw. davor in seinem Herkunftsland überstanden hat, wobei ihm »die Erfahrung selbst bereits so Großes bewältigt zu haben« (ebd.) vor Augen geführt werden kann. Dies sollte jedoch in einer entsprechend vorsichtigen Ausdrucksweise geschehen, um möglichen Retraumatisierungen entgegenzuwirken und den Aspekt der Ressource hervorheben zu können. Im Gegensatz zu den belastenden Themen, können somit Lerninhalte, Situationen und einzelne Faktoren offengelegt werden, welche nicht vermieden, sondern explizit mit der jeweiligen Person behandelt werden sollten.

Insgesamt stellt sich das Ermitteln von Triggern als ein kontinuierlicher Prozess dar, bei dem immer wieder neue mögliche Schlüsselreize aufgefunden werden können. Denn, so führt die Probandin P1 aus, sei es eine große »Schwierigkeit, alles zu ermitteln, was in irgendeiner Form mit dem Trauma in Verbindung steht. [...] Also, das/ das bleibt ja ein ständiger Prozess« (P1: Abs. 163). Dieser Prozess schreitet voran, je mehr man die betroffene Person kennenlernt bzw. mit ihr über die verschiedenen Themenbereiche im Rahmen des DaZ-Unterrichts spricht. Trigger lassen sich hierbei

---

<sup>75</sup> Informationen zum Umgang mit Lernern, wenn diese von sich aus über ihre traumatischen Erfahrungen erzählen, finden sich im Kapitel 6.5. Weiteres zum Schutz vor sekundärer Traumatisierung wird im Kapitel 6.6 ausgeführt.

in verschiedenen Kontexten finden; was unter anderem darin begründet liegt, dass in der Vergangenheit oft nicht nur ein belastendes Ereignis, sondern mehrere stattgefunden haben: »Es handelt sich ja nicht immer um ein/ um DAS Monotrauma; mit einer Situation, wie jetzt ein Verkehrsunfall. Sondern da/ da haben viele Dinge stattgefunden. Ja? Und die muss ich ja auch alle eruieren« (P1: Abs. 163). Demzufolge sollte die Lehrperson nicht aufhören, nach weiteren Triggern zu suchen, selbst wenn sie bereits einige Schlüsselreize im Hinblick auf traumatisierte Lerner analysieren konnte. Vielmehr sollte sie dafür sensibilisiert sein, dass das »im Grunde jedes Thema sein [kann], was irgendwo was auslöst« (P5: Abs. 134).

Die Themenstellungen im Rahmen des DaZ-Unterrichts sollten hinsichtlich der traumatisierten Flüchtlinge nicht zu starren Strukturen unterliegen. So sollte, ähnlich dem Besuch des Unterrichts, auch kein thematischer Zwang vorliegen, bei dem der Lerner sich mit einem Thema auseinandersetzen muss. Stattdessen sollte es – wie Bender-Jarju et al. (vgl. 2007: 53) betonen – dem Lerner freigestellt sein, ob und wie detailliert er Themen bearbeitet und seine lebensweltlichen Erfahrungen einfließen lässt. Dies gilt auch für Inhalte, die die Vergangenheit betreffen. Hierauf verweist auch die Probandin P3: »Vergangenheit ansprechen: Ja oder nein?« ist glaube ich nicht die Frage, sondern so »Wie?«, wie das passiert« (P3: Abs. 188). Indem dem Lerner freigestellt wird, wie intensiv er seine Biographie bearbeiten möchte, kann es ihm einerseits möglich sein, jene Traumainhalte zu thematisieren, die für ihn nicht problematisch sind, und jene, die ihn retraumatisieren könnten, zu unterbinden: »Dann kann das auch ein sicherer Ort sein. Trotz Fragen und trotz/ ja, trotz Fragen zur Vergangenheit« (P3: Abs. 188).

### **6.5 Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen im Deutsch-als-Zweitsprache-Unterricht**

Im Folgenden wird thematisiert, wie die Lehrperson den traumatisierten Flüchtlingen im DaZ-Unterricht begegnen und ihre Didaktik auf diese Zielgruppe ausgerichtet gestalten kann. Als Unterricht wird hierbei »ein auf Lernen und Erziehen gerichtetes pädagogisches Handeln innerhalb der spezifischen Rahmenbedingungen einer Institution« (Kiel 2010: 773) verstanden. Innerhalb der Unterrichtssituation, so muss zunächst verdeutlicht werden, kann es zu einem Nebeneinander von traumatisierten und nicht-traumatisierten Flüchtlingen kommen. Die Probandin P3 sagte diesbezüglich, dass hierbei keine offensichtliche Unterscheidung zwischen diesen beiden Gruppen eingeführt wer-

den darf.<sup>76</sup> Ihrer Meinung nach sollten die Traumatisierten im Unterricht »nicht so einen Sonderstatus bekommen; [...] so einen Krankheitsbonus« (P3: Abs. 164), sondern es sollten »alle irgendwie auch gleich (..), gleich behandelt werden« (P3: Abs. 164). Dennoch sollte die Lehrperson, im Anschluss an Michael Schart und Michael Legutke (vgl. 2012: 54) den individuellen Lebensläufen und der Heterogenität der Lerner gerecht werden und diese in ihre Didaktik einfließen lassen.<sup>77</sup> Hieraus ergibt sich jedoch die Diskrepanz, dass die Lehrperson mit Lernern konfrontiert wird, die teils äußerst abweichende psychologische Voraussetzungen aufweisen. Diesbezüglich gab die Probandin P4 den Hinweis, dass die Didaktik eine Ausrichtung zugunsten der Traumatisierten erfahren kann. Konkret veranschaulicht sie dies wie folgt:

»Sie können auch alles, was Sie mit Traumamenschen machen, mit normalen Menschen machen. Aber sie können nicht alles, was Sie mit normalen Menschen machen, mit Traumamenschen machen. (..) Also, wenn Sie einen Nicht-Traumatisierten wie einen Traumatisierten behandeln, machen Sie keinen Schaden. Umgekehrt schon« (P4: Abs. 269).

Hieraus ergibt sich, dass Stresssituationen im Unterricht allgemein möglichst zu vermeiden sind und die Selbstwirksamkeit der Lerner stärker betont werden sollte. Dies kann, im Anschluss an Arnold (vgl. 2002: 158), z. B. insofern umgesetzt werden, dass der Unterricht auf Neuigkeiten, Kreativität und Spaß aufbaut, die Lernenden kontinuierlich herausgefordert werden, erfolgreiche Lernerfahrungen ermöglicht werden und eine gezielte Wiederholung der Lerninhalte stattfindet. Ebenfalls sollte die Lehrperson darauf achten, dass sie die Kursteilnehmer stärker aktiviert, da insbesondere traumatisierte Lerner, wie Howard H. Kleinmann (vgl. 1984: 215-216) verdeutlicht, sich weniger von sich aus in den Unterricht einbringen. Schließlich geht es darum, dass dynamische Konzept der Traumapädagogik<sup>78</sup> für den DaZ-Unterricht in der Erwachsenenbildung nutzbar zu machen und dieses entsprechend auszuweiten. Ein zentraler Gedanke wird hierbei von der Probandin P3 geäußert, die meint, dass es wichtig ist, dass die Lehrperson »immer so im Hinterkopf mitdenkt: ›Fragen sind nicht harmlos.« (P3: Abs. 132); dass die Traumatisierung und mögliche Trigger folglich stets mitgedacht werden. Ebenfalls sollte die Lehrperson, wie bereits Beckmann-Schulz et al. (vgl. 2007:

---

<sup>76</sup> Die Probandin P2 führt dies ebenfalls aus, wobei sie zudem betont, dass eine explizite Trennung von traumatisierten und nicht-traumatisierten Lernern – beispielsweise in Form von separierten Kursen – nicht angebracht ist und zudem aus organisatorischen Gründen nicht umsetzbar erscheint. Dies begründet sie dadurch, dass zunächst die Frage bestehen würde, wie eine Diagnostik aller Teilnehmer vollzogen werden sollte: »So ist es ja nicht realistisch. Man müsste ja dann alle Leute, mit denen eine Psychodiagnostik machen. Alle Leute die einen Deutschkurs machen wollen und das geht ja/ Also, das ist ja auch eine Schweigepflichtsproblematik. Wer sollte das machen? Wer soll das bezahlen? Das müssen ja Diplompsychologen machen. Also, dass das nicht möglich ist« (P2: Abs. 82).

<sup>77</sup> Die in der Lehrerbildung im Bereich ›Deutsch als Zweitsprache‹ verankerten Anforderungen der Lernerorientierung und Binnendifferenzierung erhalten hierbei eine gesonderte, nämlich eine ›traumapezifische‹ Ausprägung.

<sup>78</sup> Die Traumapädagogik begreift sich selbst als ein dynamisches Konzept, welches sich stets auf neue Herausforderungen und Anknüpfungspunkte anpassen muss: »Die neue Fachrichtung Traumapädagogik ist kein statisches Gebilde. Entsprechend der multikomplexen Problemlagen ihrer Klientel [...] und sich ständig verändernder Aufgaben begreift sie sich als offene Fachrichtung in Bewegung, die versucht interdisziplinären Weitblick beizubehalten und sich gemäß den Anforderungen weiterzuentwickeln« (Rothdeutsch-Granzler/Weiß/Gahleitner 2015: 176). Aufgrund der interdisziplinären Ausrichtung bieten sich hier Anknüpfungspunkte an den Bereich ›Deutsch als Zweitsprache‹.

48) anmerken, auf eine Atmosphäre der Sicherheit und ein hohes Maß an Transparenz im Unterricht achten. Dies beinhaltet auch, dass den Lernern die Möglichkeit geboten wird, die Situation bei Bedarf verlassen zu können. Es geht darum, »immer die Erlaubnis [zu] geben. Also die Möglichkeit, dass man den Raum verlassen darf, das muss sein. [...] Also um die Fluchtreaktion machen zu können« (P6: Abs. 220). Dem traumatisierten Lerner sollte folglich die Chance gegeben werden, eine bevorstehende »traumatische Zange« (vgl. Huber 2012: 38-39) verlassen zu können. Ihm sollte bei auftretenden Stressreaktionen die »Flucht« ermöglicht werden.

Eine weitere Möglichkeit, um dem traumatisierten Lerner im Unterricht zu begegnen, ist es, Themen zu behandeln, die seine alltäglichen Probleme betreffen. Letztlich geht es darum: »Wie kann ich meinen Unterricht so gestalten, dass derjenige HIER ankommt und sich HIER nicht hilflos fühlt?« und das kann ALLE Lebensbereiche abdecken. SOZIALHILFE, ne?« (P1: Abs. 209). Im Prinzip geht es somit um die Anforderung an den DaZ-Unterricht, dass der Lerner mit Themen und Sprachmaterial konfrontiert wird, die für ihn im Alltag verwertbar sind und einen Bezug zu seinen Interessen sowie Bedürfnislagen haben (vgl. Buhlmann 2005: 8). Einerseits bedarf es einem »meaningful input«, bei dem durch »sinnvolle« Lerninhalte die intrinsische Motivation des Lerners befördert und die Chancen zur tieferen Verarbeitung dieser Informationen erhöht werden. Andererseits wird hier auch ein »meaningful output« erzeugt, durch den die Lerner auf reale Interaktionssituationen vorbereitet werden (vgl. Funk 2010: 944-947). Insbesondere durch die Erzeugung eines »meaningful output« kann der traumatisierte Lerner stabilisiert und dessen Selbstwirksamkeit gestärkt werden. Hier findet sich eine wesentliche Schnittstelle in der Zusammenarbeit von DaZ-Unterricht und der Traumatherapie, da durch den lebensnahen Spracherwerb und die Handlungsorientierung die Fähigkeit zur eigenständigen Kommunikation des Traumatisierten gestärkt werden kann<sup>79</sup> und somit die Stabilisierungsphase im Rahmen der Therapie unterstützt wird.

Ein traumapädagogisch-orientierter DaZ-Unterricht achtet auch darauf, dass die Teilnehmer stets im Hier und Jetzt verankert sind. Diesbezüglich erwähnten die Probandinnen, dass die Lehrperson sich verschiedenen Arten von »Dissoziationsstopps« bedienen kann, wie sie in der traumapädagogischen Literatur beschrieben werden. Ein Kerngedanke hierbei war, dass »nicht 45 Minuten Frontalunterricht« (P5: Abs. 158) durchgeführt, sondern der Unterricht durch verschiedene Techniken bzw. kleinere Übungen aufgelockert werden sollte. P5 schlägt hierbei vor: »Alle 20 Minuten machen wir Dissoziationsstopp. (.) So. Ne? Kann man ja variieren mit den verschiedensten Sachen« (P5: Abs. 158). Ähnlich sieht dies die Probandin P4. Ihrer Meinung nach gelten dabei »diese

---

<sup>79</sup> Die Erzeugung von »meaningful in-« und »output« kommt den Anforderungen an ein erwachsenengerechtes Lernen entgegen, da sich Erwachsene dominant für das Erreichen eines spezifischen Lernziels und für die unmittelbar umsetzbare Anwendung der Lerninhalte interessieren (vgl. C. Schwarzer 2007: 16).



ganz simplen Techniken: Bewegung, Bewegung, Bewegung, (...) Break, Bewegung« (P4: Abs. 259). Hierunter versteht sie einen Unterricht, in dem der Lerner körperlich aktiviert und durch ausreichende Pausen entlastet wird. Daran anschließend lässt sich der Kursraum mit den Worten von Schart und Legutke (vgl. 2012: 79) als ›Bewegungsspielraum‹ beschreiben, in dem der Lerner seine Position verändern und wechseln, sich durch den Raum bewegen und bei Bedarf den nötigen Freiraum schaffen kann. Der Rückgriff auf verschiedene Arten von Bewegung im DaZ-Unterricht ist zudem dahingehend lernunterstützend, dass dadurch die Neurotransmitter Serotonin, Noradrenalin und Dopamin ausgeschüttet und die Sauerstoffzufuhr im Gehirn erhöht werden. Hierdurch wird die Synapsogenese unterstützt und die Aufmerksamkeit sowie die Wahrnehmungsfähigkeit werden gesteigert (vgl. Grein 2013: 70). Wichtig ist, dass die traumatisierten Flüchtlinge im Unterricht nicht ihre Gedanken kreisen lassen und in einen Grad der psychischen Untererregung kommen können, da dies dazu führen kann, dass sie sich in Gedanken ihren traumatischen Erlebnissen zuwenden.<sup>80</sup> Regelmäßige Bewegung im Unterricht wirkt dem entgegen und hat zudem den Vorteil, dass die Übererregung der Traumatisierten abgebaut werden kann.<sup>81</sup>

Bei einigen traumatisierten Flüchtlingen kann es vorkommen, dass sie ihre Traumatisierung dadurch verarbeiten, dass sie ihre Erlebnisse entweder mit anderen Kursteilnehmern oder aber mit der Lehrperson wiederholend besprechen. Diesbezüglich äußerten sich die Probandinnen auf zwei verschiedene Weisen. Beispielsweise meinte die Probandin P5: »Alles, was die Leute von sich aus erzählen, ist gut, ne? Wenn es von den Leuten selber kommt« (P5: Abs. 132). Seitens der Lehrperson sei es gut, wenn diese »da ist und das aufnimmt und zuhört und ja so mitfühlend zuhört« (P5: Abs. 132). Das Nachfragen sei hierbei so lange gestattet, wie es nicht systematisch verläuft und die Lehrperson nicht nach Details fragt, die der Traumatisierte nicht von sich aus preisgeben möchte. Demgegenüber ist die Probandin P1 der Meinung, die Lehrperson müsse in einer derartigen Situation »UNTERBRECHEN. Auf jeden Fall unterbrechen« (P1: Abs. 181). Ihren Ausführungen entsprechend sei dies ein Bewältigungsversuch der Traumatisierten, der jedoch kontraproduktiv ist: »Wenn die von ihrem Trauma erzählen, (.) retraumatisieren die sich selbst« (P1: Abs. 181). Der Probandin zufolge sollte die Lehrperson stattdessen einhaken und dem Lerner erklären, warum es aus ihrer Sicht nicht gut wäre, wenn er von seinen Erlebnissen berichtet. Für sie wäre es angebracht, »dass man jetzt sagt: ›Ok, (.) vielen Dank für Ihr Vertrauen, aber ich denke, das ist für Sie nicht gut, wenn wir jetzt hier so in dem Kontext darüber reden.« (P1: Abs. 181). Hierfür könne man auch vorab mit

---

<sup>80</sup> P6 beschreibt die Gefahren bei Entspannungsübungen am Beispiel des autogenen Trainings: »Wenn die sich hinsetzen und die Augen zu machen sollen, da g/ geht es schon los, dass sie dann irgendwohin rutschen. In irgendein Trauma. Schon die Augen zu, gibt keine Kontrolle mehr und da kann sein, dass das schon voll los geht« (P6: Abs. 120).

<sup>81</sup> Hierzu äußerte sich auch die Probandin P4: »Entspannung ist Gefahr. [...] Da kommen die Gespenster hoch. (.) Also: Bewegen, bewegen, bewegen. [...] Also, (.) die Erregung auch abführen« (P4: Abs. 265).

dem Betroffenen ein entsprechendes ›Stoppzeichen‹ vereinbaren.<sup>82</sup> Auch die Probandin P4 ist der Meinung, dass ein derartiges Erzählen der traumatischen Ereignisse unterbunden werden und die Lehrperson den Traumatisierten erklären sollte, »dass wenn man das oft erzählt, dass es schlimmer wird« (P4: Abs. 221). Demgegenüber kann das Erzählen aber auch eine Entlastung sein, jedoch ausschließlich, wenn das traumatische Ereignis noch nicht lange zurückliegt. Der Betroffene kann hierbei »aber die anderen antriggern. (.) Ist dann wieder nicht so gut« (P4: Abs. 99). Auch die Probandin P6 teilt diese Ansicht. Die Lehrperson sollte dies vorab mit dem Lerner besprechen; unter anderem auch, damit dieser sich nicht abgewiesen fühlt und das Verhältnis zwischen Lehrperson und Kursteilnehmer nicht nachträglich beeinträchtigt wird: »Aber das müsste man ja erst mal erklären, sonst könnte ich mir vorstellen, dass die sich dann auch vor den Kopf geschlagen fühlen: ›Kannst ja nichts erzählen. Die hört mir gar nicht zu.« (P6: Abs. 192). Ein vorab Gespräch ist demnach nötig, um dem Lerner das entsprechende Maß an Vertrauen und Sicherheit entgegenzubringen.

Das ›Stoppzeichen‹ sollte nicht nur seitens der Lehrperson eingeübt und angewandt werden, sondern auch seitens des jeweiligen Kursteilnehmers, damit dieser signalisieren kann, wenn er von einer Situation, einem Thema oder einem Faktor im Unterricht zu sehr belastet wird. Hierbei sollte das ›Stopp‹ vorher mit dem Teilnehmer eingeübt werden; und zwar derart, dass dieser auch seine eventuell vorhandenen, kulturell bedingten Hemmschwellen überwinden kann: »Sagt Stopp, wenn es nicht mehr geht.« Und das ›Stopp‹ vorher üben. Richtig üben, weil die können schlecht ›Stopp‹ sagen auch. Ne? Manche brauchen fünf Jahre, bis sie das erste Mal ›Stopp‹ sagen« (P4: Abs. 103).

Im Rahmen eines Vorgesprächs sollte den Lernern, so äußert die Probandin P6, auch verdeutlicht werden, dass es auch Informationsquellen über den Umgang mit traumatisierenden Ereignissen und deren Folgen in der jeweiligen Erstsprache geben könnte, so dass diese sich selbstständig darüber informieren können. Hier ist es jedoch zunächst die Aufgabe der Lehrperson, entsprechende Homepages oder vielleicht sogar Broschüren vorzufiltern; wobei dies nur im Rahmen der jeweiligen Sprachkompetenzen der Lehrperson möglich ist. So meint P6, dass »es mit Sicherheit schon Leute [innerhalb der Sprachcommunity gibt], die in Traumatherapie ausgebildet sind und vielleicht haben die sogar schon was auf einer Internetseite, wo sie das ihren eigenen Leuten erklären« (P6: Abs. 266). Wenn möglich, sollte die Lehrperson auf bereits bestehende Materialien zurückgreifen, sofern diese in der Herkunftssprache der Lerner vorhanden sind. Ebenfalls könnten auch entsprechende Broschüren und Informationsmaterial für diese Zielgruppe entworfen und vor Ort,

---

<sup>82</sup> Um ein entsprechendes Stoppzeichen zu vereinbaren, so äußert die Probandin P1, kann die Lehrperson »vorher sagen: ›Und wenn Sie in Zukunft wieder das so erzählen wollen, das machen Sie ja sicher (.) nicht/ nicht absichtlich oder böswillig. Dann würde ich Ihnen einfach ein Stoppzeichen geben.« Dass man so eine Vereinbarung macht« (P1: Abs. 191). Diese und ähnliche Ausführungen müssten auf das Sprachniveau des jeweiligen Lerners angepasst werden.

im Kursraum oder der jeweiligen Institution ausgelegt werden. Dies würde es den Kursteilnehmern ermöglichen, sich eigenständig zu informieren, ohne ihre Traumatisierung gegenüber anderen Lernern oder der Lehrperson thematisieren zu müssen. Die Probandin P6 hebt zudem hervor, dass die bereits bestehenden Informationsquellen und Ressourcen der Lerner genutzt werden müssen: »Vielleicht stehen wir sozusagen und denken, wir müssen denen das erklären, dabei haben die vielleicht schon auf ihren Seiten und wissen schon, dass sie traumatisiert sind. Und dann könnte man sie ja da abholen« (P6: Abs. 274).

Was kann eine Lehrperson nun aber unternehmen, wenn einer ihrer Kursteilnehmer retraumatisiert wird und entweder einen Flashback erlebt oder aber in einen dissoziativen Zustand gerät? Zunächst, so führt die Probandin P4 aus, sei es angebracht, in einem Vorabgespräch mit den Teilnehmern, von denen bekannt ist, dass sie traumatisiert sind, zu klären, was für sie im Ernstfall getan werden kann: »Also da müssen Sie eher mit denen sprechen: ›Ok. Wenn ein Flashback kommt, merkt ihr das vorher? Kommt der langsam? Kommt der schnell? Wenn ein Trigger ist, was kann ich für dich tun? Oder was kannst du tun, damit der Trigger stoppt?« (P4: Abs. 105).

Generell sollte die Lehrperson auf die ›Faustregeln‹ der Krisenintervention achten (vgl. Fischer/Riedesser 1998: 187). Die Lehrperson muss dem Traumatisierten schnellstmöglich das Gefühl von Sicherheit geben, ihm empathisch als Gesprächspartner gegenüberstehen sowie Verständnis für die Wirkungen der Traumatisierung und das Verhalten des Traumatisierten zeigen. Schließlich ginge es darum, »dass das Gehirn aus dem Zustand rauskommt« (P1: Abs. 163). Seitens der Probandinnen wurden verschiedene Strategien erwähnt, um die betroffene Person aus einem Flashback bzw. aus der Dissoziation herauszuholen. Beispielsweise wurde auf einige Inhalte des ›Notfallkoffers‹ verwiesen (vgl. Streeck-Fischer 2014: 281-282). Dieser beinhaltet unter anderem den Einsatz scharfer Gewürze (z.B. Chilischote), kalten Wassers oder Eiswürfel, stechender Gerüche (z.B. Salmiak) oder aber auch saurer Bonbons. In einem dissoziativen Zustand kann die Lehrperson mit der betroffenen Person z. B. zählen, das Alphabet rückwärts aufsagen, rechnen, aus dem Raum gehen oder ein Lied singen.<sup>83</sup> Des Weiteren führt die Probandin P5 hierzu Folgendes aus:

»Dann gilt eben: Laut ansprechen. Also dass das ankommt. Irgendwie so ein kleiner Schreck. Ne? Also irgendwas, um die zu erschrecken, wie zum Beispiel eben auch den Ball werfen oder so [...]. Aber auf keinen Fall anfassen. Also wenn, dann nur eine sanfte Berührung, aber nicht so RÜTTELN oder schütteln, weil dann, kann gut sein, dann fallen sie noch tiefer ins Trauma, weil sie irgendwie körperlich angegriffen worden sind« (P5: Abs. 148).

Hieran ließe sich ergänzend anfügen, dass Körperberührungen auch vorher mit der jeweiligen Person abgesprochen werden sollten, da sonst etwaige kulturelle Tabus gebrochen werden könn-

---

<sup>83</sup> Eine Auflistung möglicher ›Notfalltipps‹ für dissoziative Zustände, Krisen- und Panikreaktionen sowie bei Hyperarousal finden sich im *Anhang 12*.

ten. Auch die Probandin P6 weist darauf hin, dass dies im Vorhinein angefragt werden sollte: »Dann anfangen, ob er den Körper mal: [...] ›Können Sie mir die Hand geben?‹ oder so, ne? Bevor man anfasst, muss ja vorher besprochen sein, ob man anfassen darf« (P6: Abs. 210). Insgesamt entspräche das Vorgehen bei einer Dissoziation den Schritten der ›Ersten Hilfe‹: »Können Sie mich hören? Herr Soundso, (.) Frau Soundso? Ich bin mhmhmh.‹ - Ja? - ›Sie sind jetzt hier im/ in dem Unterricht.‹ Dann würde man schon kucken, ob der nickt. ›Können Sie mich hören?‹ Nickt vielleicht« (P6: Abs. 208). Bei Bedarf, so schlägt die Probandin P6 vor, könnte auch ein weiterer Kursteilnehmer, der dieselbe Erstsprache spricht, als Sprachmittler eingesetzt werden.

Sobald eine Person aus der Retraumatisierung herausgeholt wurde, sollte sie wieder nachhaltig Orientierung im Hier und Jetzt finden. Hierzu nennt die Probandin P5 folgenden Vierschritt: Als erstes sollte die Lehrperson a) »ein bisschen Zeit verstreichen lassen« (P5: Abs. 150), um dem Lerner die Möglichkeit zu geben, sich zu reorientieren. Daraufhin sollte der Lerner b) Bodenkontakt<sup>84</sup> aufbauen und c) sich im Hier und Jetzt orientieren und verankern. Letzteres kann beispielsweise dadurch geschehen, dass er durch den Raum läuft und ihm Fragen gestellt werden, wie ›Was ist heute für ein Datum?‹, ›Wo befindest du dich?‹ und ›Wer bin ich?‹. Nach der Reorientierung kommt schließlich d) »die bewusste Ablenkung« (P5: Abs. 66). Die Probandin P5 veranschaulicht dies dadurch, dass z. B. mit der betroffenen Person Rechenoperationen durchgeführt werden könnten. Diese Ablenkung sollte jedoch an den Lerner angepasst sein: »Also deshalb ist es wichtig, dass man DA was findet, was auf den Menschen zugeschnitten ist, also auf die Intelligenz desjenigen, der das machen soll, muss das zugeschnitten sein. Ne? Darf nicht zu leicht und nicht zu schwer sein« (P5: Abs. 74). Somit wird es der Lehrperson möglich, einen retraumatisierten Kursteilnehmer aus seinem Zustand herauszuholen und ihn zu stabilisieren.

## 6.6 Anforderungen an die Lehrperson, Institution und Ausbildung

Aus den Ausführungen der Probandinnen werden verschiedene Anforderungen an die Lehrperson deutlich, welche es umzusetzen gilt, um einen adäquaten Unterricht für erwachsene traumatisierte Flüchtlinge zu ermöglichen. Zunächst stehe die Einnahme einer ›traumasensiblen Grundhaltung‹ im Vordergrund, welche den Ausgangspunkt traumapädagogischen Handelns darstellt. Diese besteht aus fünf wesentlichen Punkten, nämlich: 1) Der Berücksichtigung der individuellen Traumage-

---

<sup>84</sup> P5 veranschaulicht die Herstellung des Bodenkontakts anhand einer Übung, bei der man durch den Raum geht und mit schweren Schritten auf dem Boden aufstampft. Hierbei soll bewusst der Boden unter den Füßen wahrgenommen werden. Zudem soll man sich vorstellen, dass man mit jedem Schritt »eine Wurzel in den Boden schießen lassen« (P5: Abs. 56) würde. Hierdurch können dissoziative Zustände unterbunden und der Kontakt zur Realität aufgenommen werden. Dies ist zudem ein Dissoziationsstopp, den Traumatisierte anwenden können, sobald sie merken, dass sie in eine dissoziativen Zustand geraten: »Also, dass die LERNEN zu erkennen, WANN gehe ich aus der Realität, und das lernen zu stoppen« (P5: Abs. 56).

schichte, 2) die Wertschätzung des Traumatisierten und 3) dessen aktiven Einbezug in den Unterricht, 4) eine transparente Unterrichtsführung sowie 5) die Beförderung von Spaß und Freude (vgl. Rothdeutsch-Granzer/Weiß/Gahleitner 2015: 177-178). So sei es bereits ein erster Schritt, wenn die Lehrperson »nur Grundlagen kennt von Trauma, Symptome[n]« (P1: Abs. 167) und nötigen Handlungsweisen, wie sie den traumatisierten Lerner »erst mal aus dem Zustand rausholt« (P1: Abs. 167).<sup>85</sup> Hierzu zählt auch, dass die Lehrperson das aktuelle Verhalten ihrer Kursteilnehmer auf deren zurückliegende Erfahrungen bezieht und dementsprechend angemessen darauf reagiert.<sup>86</sup> Sie »darf weder in Panik verfallen« (P1: Abs. 169) noch darf sie es aus »Unwissenheit heraus ABTUN als Faulheit, Dummheit, (.) Motivationslosigkeit« (P1: Abs. 169). Vielmehr sollte sie sensibilisiert gegenüber den Traumatisierungen sein, die betroffene Person akzeptieren und in Schutz nehmen sowie den Traumatisierten nicht als Opfer, sondern als Überlebenden betrachten (vgl. Gag et al. 2005: 106-107). Dieses Wissen über Traumatisierungen und das daran anknüpfende pädagogische Handeln bilden die Grundlage dafür, dass der Kursraum »sicherer« erscheint und der darin stattfindende Lernprozess möglicher wird (vgl. Vang 2003: 11).

Ebenfalls erscheint es den Probandinnen ratsam, dass die Lehrperson »das immer so als Schablone vielleicht so im Hinterkopf hat, dass/ (.) dass das passieren kann« (P3: Abs. 132). Sie sollte während des Unterrichts stets auf den Ernstfall, d. h. auf eine eintretende Retraumatisierung, vorbereitet sein und »über Techniken verfügen, die den Stress runterbringen, [...] bestimmte Methoden, die das Serotonin anschieben« (P4: Abs. 251). Die Grundannahme hierbei ist: »Alle Flüchtlinge sind traumatisiert« (P4: Abs. 277).

Dennoch sollte auf die Individualität der Kursteilnehmer geachtet werden. Wie bereits im Kapitel 6.2 ausgeführt, sollte der Lerner in dem gesehen werden, was er ist. Die Lehrperson sollte sich für dessen Biographie interessieren und diese analysieren: »Sie müssten im Prinzip sich erkundigen: Wer ist drin? Was ist der Geburtsort? Und dann: (.) Geschichte. Gucken: Was ist da passiert? (..) Und dann kriegen Sie ungefähr eine Vorstellung« (P4: Abs. 191). Das Lernangebot kann folglich besser an den Erfahrungen und Bedürfnissen des Lerners ausgerichtet werden, je mehr Informationen die Lehrperson über dessen individuelle Biographie und derzeitige Lebenslage hat (vgl. Witte/Harden 2010: 1327). Konkreter: Durch das Hintergrundwissen über den Traumatisierten kann die Lehrperson besser abschätzen, welche Themen und Übungen sie in ihren Unterricht integrieren kann und welche sie unterlassen sollte.<sup>87</sup> Ebenfalls kann sie hierdurch Kenntnis darüber erlangen, wie es zu

---

<sup>85</sup> Ähnlich sieht dies auch die Probandin P6. Ihrer Meinung nach sollte die Lehrperson »erst mal wissen, was heißt Trauma, die Symptome, die (.) Stressbewältigungstechniken, (.) so ein Minimum an Verständnis« (P6: Abs. 178).

<sup>86</sup> Eine derartige Sensibilisierung führt dazu, dass Lehrpersonen geschützter gegenüber einer sekundären Traumatisierung sind (vgl. McDonald 2000: 694-695).

<sup>87</sup> Siehe hierzu auch Kapitel 6.4.

einzelnen, gegebenenfalls konfliktbehafteten oder irritierenden Verhaltensweisen seitens einzelner Lerner gegenüber der Lehrperson, aber auch zu Spannungen zwischen den Lernern kommt. Schließlich bietet die Biographie der Lerner einen Ansatzpunkt zur Ermittlung, ob jenes Verhalten trauma- oder kulturbedingt ist oder aus der Kursdynamik hervorgeht.

Die Probandinnen betonten oftmals auch die Bedeutung der Introspektionsfähigkeit und der Fähigkeit zur Selbsterfahrung. So sollte die Lehrperson »fähig sein, in sich selbst reinzuzugucken und zu sagen: ›Was fühle ich?‹« (P5: Abs. 174). Es ginge darum, »sich selber kennenzulernen. (...) Ich muss das aber, wenn ich mit anderen Menschen zu tun habe. Da muss ich erst mal mich kennen, (.) sonst kann ich mich nicht auf andere einlassen« (P4: Abs. 139). Diese Selbstreflexion stellt, wie Angela Gotthardt-Lorenz und Kornelia Steinhardt (vgl. 2015: 210) ausführen, die Grundanforderung für jegliches professionelle, traumapädagogische Handeln dar. Es geht darum, dass sich die Lehrperson mit ihren eigenen Ängsten und Problemen konfrontiert, um weniger anfällig für die Belastungen im Rahmen der traumapädagogischen Arbeit zu sein. Im Extremfall bedeutet dies, wie die Probandin P6 äußert, »Selbsterfahrung: also selber eine Therapie machen« (P6: Abs. 182).

Auch die Probandin P5 führt aus, dass die Lehrperson auf ihre Psychohygiene achten sollte. Hierzu zählt ebenfalls das Entdecken und Ausbauen eigener Ressourcen, diese »immer wieder zu fördern, neue zu entdecken. Viele Dinge zu machen, die Spaß machen. Also immer wieder: ›Alles ist gut, was mir gut tut.‹« (P5: Abs. 160). Im Anschluss an Tanja Tüllmann (vgl. 2014: 268) sollte die Lehrperson einem wertschätzenden und liebevollen Umgang mit sich selbst Aufmerksamkeit schenken und Achtsamkeit gegenüber den eigenen Bedürfnissen üben. Dies kann sie umsetzen, indem sie, wie P3 ausführt, genügend Ausgleich zu ihrer Arbeit in ihrem Privatleben schafft, »um diese ganze Spannung wieder loszuwerden« (P3: Abs. 152). Wichtig sei hierfür, »ein lebendiges Umfeld zu haben« (P3: Abs. 152) und darauf zu achten, »dass das eigene Umfeld stabil ist« (P3: Abs. 152). Die Lehrperson sollte zudem darauf achten, dass sie die Grenze zwischen Beruf und Privatsphäre aufrechterhält: »Sie müssen für sich Ihre Grenze festlegen und sich schützen« (P2: Abs. 140).

Die Lehrperson sollte sich – ebenso wie die Traumatherapeutin – darüber im Klaren sein, wie sehr ihre Wert- und Normvorstellungen mit denen der Lerner übereinstimmen und an welchen Punkten Abweichungen bestehen (vgl. Koop 2000: 275). Selbst bei Übereinstimmungen sollte die Lehrperson dem traumatisierten Kursteilnehmer nicht zu viel Empathie entgegenbringen, da es sonst zu einer »affektiven Ansteckung« kommen kann, welche eine sekundäre Traumatisierung begünstigt (vgl. Erim 2009: 7). Dies wird auch von der Probandin P4 dargelegt, laut der es von Vorteil ist, wenn man die Erlebnisse mit den Traumatisierten »nicht an sich ranlässt, [...] man nicht davon fasziniert ist« (P4: Abs. 217). Ähnlich sieht dies die Probandin P1, welche es auf das Wort »UNER-

SCHÜTTERT« (P1: Abs. 193) reduziert. Hierbei bezieht sie sich auf einen ihrer Ausbilder in der Psychotraumatologie, dessen Leitsatz war: »Ihr müsst unerschüttert sein, wenn der euch was erzählt.« So. Wenn ich auch mit reingehe, dann war es das. Dann bringe ich uns beide in einen Zustand von Flashback und Dissoziationen bis hin zur weiß ich nicht, ne?« (P1: Abs. 193). Dies bedeutet nicht, dass die Lehrperson nicht auf den Kursteilnehmer eingehen, dessen Bedürfnisse und Interessen berücksichtigen sollte, sondern dass sie die nötige professionelle Distanz wahrt, um nicht selbst ebenfalls traumatisiert zu werden. Schließlich sollte sie nicht nur auf den traumatisierten Teilnehmer achten, sondern »es müssen sich beide im Grunde vor dieser Situation SCHÜTZEN« (P1: Abs. 185).

Im Hinblick auf die Selbstfürsorge sollte die Lehrperson nicht nur auf sich selbst gestellt sein, sondern es sollten auch seitens der Institution Angebote für Inter- und Supervision gegeben sein. Hierbei geht es um ›reflection on action‹ (vgl. Gotthardt-Lorenz/Steinhardt 2015: 213), d. h. um die Reflexion der Anforderungen und der Handlungen seitens der Lehrperson. Auch die Probandin P5 betont, dass es für die Lehrperson wichtig ist, »sich dafür auch Intervision oder Supervision zu holen« (P5: Abs. 160). Dies ist im traumapädagogischen Fachbereich eine bereits etablierte Vorgehensweise und sollte auch für die Lehrperson des DaZ-Unterrichts mit Flüchtlingen angeboten werden. Hierfür können sich einerseits die Kollegen an einer Institution zusammenschließen und ihre Erfahrungen und Probleme untereinander austauschen (Intervision), andererseits besteht aber auch die Möglichkeit, geschultes Personal von außen hinzuzuziehen, das die Gruppengespräche leitet und ein therapeutisches Setting aufbaut (Supervision) (vgl. Möller/Kotte 2015). Die Einrichtung eines derartigen Angebots ist jedoch Sache der Institution. Diese sollte im Hinblick auf die psychische Gesundheit ihrer Mitarbeiter darauf achten, dass es genügend Maßnahmen gibt, durch die die Anspannungen und die Belastungen, die sich aus dem Unterricht ergeben, abgebaut bzw. aufgelöst werden können. Die Lehrperson sollte sich durch ihr Arbeitsumfeld unterstützt und gesichert fühlen, denn »eine nur individuelle, nicht aber durch den Träger und die Einrichtung getragene Herangehensweise führt zu einer völligen Überforderung der Bezugsperson« (Baierl et al. 2014: 67). Außerdem, so hebt die Probandin P4 hervor, sollte die Lehrperson auch in ihrer Unterrichtsführung und den darin stattfindenden Entscheidungen durch den jeweiligen Kostenträger unterstützt werden. Wenn dieser sich gegen die Lehrperson stellt, kann dies weitreichende Konsequenzen auf die Traumatisierung der Kursteilnehmer haben. So führt P4 aus, dass neben der interkulturellen Kompetenz und dem traumapädagogischen Wissen der Lehrperson noch der Kostenträger zu beachten sei:

»Und dann wird es schwierig. (.) Dritte Baustelle ist dann immer noch Kostenträger. (.) Nicht? Also wenn die dann von fahrenden Zügen abspringen. Dann funktioniert es endlich und dann werden die Leute wieder woanders hinverbracht. Dann haben sie ihre Retraumatisierung. Ja, und wie gesagt, ein ungeklärter Status, da haben sie/ Jeder Brief ist eine Retraumatisierung. (.) Da spiele ich hier dauernd Feuerwehr« (P4: Abs. 289).

Derzeit sind in der Ausbildung im Bereich ›Deutsch als Zweitsprache‹ noch keine traumapädagogischen Inhalte verankert. Dies ist, laut Probandin P5, »eine Katastrophe« (P5: Abs. 140). Ihrer Meinung nach erscheint es wichtig, in die Ausbildung zur Lehrkraft im Fach ›Deutsch als Zweitsprache‹ »eine traumapädagogische Ausbildung zu installieren« (P5: Abs. 140). Auch die anderen Probandinnen äußerten, dass es sinnvoll sei, dass den zukünftigen Deutsch-als-Zweitsprache-Lehrkräften »irgendwie Handwerkszeug beigebracht wird« (P1: Abs. 209) und dass dieses »im Ausbildungskontext integriert sein« (P1: Abs. 197) sollte. Die einfachsten Anforderungen, die von den Probandinnen gestellt wurden, beziehen sich auf die Implementierung von »Informationen über diese Rahmenbedingungen im Allgemeinen« (P2: Abs. 110). Da traumapädagogische Inhalte bisher noch keinen Gegenstand im Studium darstellen, könnten Lehrpersonen auch, wie z. B. die Probandin P4 vorschlägt, »eine zertifizierte Weiterbildung (.) von der Bundesarbeitsgemeinschaft für Psychotraumatologie und der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie« (P4: Abs. 127) zum Traumapädagogen absolvieren, um sich das nötige Wissen anzueignen. Der Probandin zufolge sei vor allem »erst mal ein grundlegendes Verständnis über die Neurobiologie von Traumatisierung« (P4: Abs. 145) vonnöten. Indem die Lehrperson sich das Wissen über die neurophysiologischen Prozesse im Gehirn und deren traumaspezifische Ausprägungen aneignet, könne sie beispielsweise auch ihr Verständnis für Interventionsmethoden sowie weitere Schritte in der Vermittlung entwickeln und adaptieren: »Und dann weiß ich auch: ›Ok, das kann gar nicht gehen. Brauche ich gar nicht erst verstehen.‹ Sondern die und die und die Schritte müssen davor, (.) BEVOR ich den überhaupt machen kann, (.) ne?« (P4: Abs. 145). Rupprecht S. Baur und Andrea Schäfer (vgl. 2010: 1073) zufolge haben Lehreraus- und -fortbildungen einen großen Einfluss darauf, wie sich der Faktor ›Lehre‹ im DaZ-Unterricht ausprägt. Auch die Probandin P5 hebt hervor, dass das Wissen, welches die Lehrperson durch ihre Ausbildung bzw. in einer Weiterbildung erlangt, wichtig für den Umgang mit traumatisierten Lernern ist:

»Weil das natürlich immens wichtig ist, ne? Wie kann ich in so einer Vorklasse stehen, ohne jede spezielle Ausbildung dafür, und nicht wissen, was ist Trauma, nicht wissen, wo kommen/ Ne? Was ist mit den Flüchtlingen, eigentlich mit der ganzen Flüchtlingsproblematik? Und/ (.) Ne? Und wie ist überhaupt also diese Vermittlung von Sprache? Also (.) finde ich schon EXTREM wichtig.« (P5: Abs. 140)

In der Deutschlehrerausbildung sollte folglich die Didaktik nicht nur, wie Hans-Jürgen Krumm und Claudia Riemer (vgl. 2010: 1345) darlegen, mit der Spracherwerbsforschung, Sprachlernforschung und der Literatur-, Kultur- und Sprachwissenschaft verknüpft werden, sondern darüber hinaus auch mit traumalogischen und traumapädagogischen Inhalten. Nur so kann ein grundständiges Vorwissen seitens der Lehrperson im Bereich ›Deutsch als Zweitsprache‹ für einen adäquaten Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen und die notwendige Einnahme einer ›traumasensiblen Grundhal-



tung« (vgl. Rothdeutsch-Granzer/Weiß/Gahleitner 2015: 177) gewährleistet werden.

### 6.7 Zur Vernetzung der Bereiche ›Deutsch als Zweitsprache‹ und Traumatherapie

Im Hinblick auf eine mögliche Verflechtung von Deutsch als Zweitsprache und Traumatherapie reagierte alle Probandinnen positiv; bis auf Probandin P2. Ihrer Meinung nach sollten der Zweitsprachunterricht und die Traumatherapie nicht miteinander verknüpft werden, »weil der Deutschunterricht ist einfach Deutschunterricht und keine Gruppentherapie« (P2: Abs. 126). Ebenfalls sei es wenig ratsam, dass die Lehrperson in der Lage ist, posttraumatische Belastungsstörungen zu erkennen, um die entsprechenden Lerner daraufhin einem Arzt oder Therapeuten weiterzuempfehlen, da diese entweder von Ersteren nicht aufgenommen werden würden oder aber von Letzteren die Wartelisten zu lang seien: »Die alle zu einem Arzt zu schaffen, weil das geht ja gar nicht. Es gibt keine Ärzte. Niemand will die Menschen behandeln. Es gibt nicht genug Therapieplätze« (P2: Abs. 108). In Notfallsituationen, d. h. wenn eine Retraumatisierung einsetzt, könne die Lehrperson lediglich den Rettungsdienst anfordern: »Naja, Sie sind ja keine Therapeutin. Wenn da wirklich einer umfällt, müssen Sie einen Krankenwagen anrufen und/ (5) Der Deutschkurs ist ja nicht dafür da, irgendeine Therapie mit den Leuten zu machen« (P2: Abs. 98). Auch eine Kooperation zwischen Sprachschule und psychologischem Personal erscheint ihr wenig sinnvoll. So wendet sie sich z. B. dagegen, dass entsprechende Experten an die Institution kommen, an der der DaZ-Unterricht stattfindet, um entsprechende (traumaspezifische) psychoedukative Unterweisungen durchzuführen:

»Also, ich würde diese Psychologen, wenn dann irgendwoher das Geld käme, um die zu bezahlen, lieber dafür einsetzen eine Therapie mit denen zu machen. Also das Geld in die/ Also Psychologen in die Sprachschule zu schicken, fände ich ziemlich schräg. Also dann sollen die lieber hier sein und die Sprachschule schickt uns die Klienten. [...] Es gibt ja auch therapeutische Angebote. Also ich würde das nicht vermischen.« (P2: Abs. 126)

Zudem steht sie einer generellen Interaktion zwischen Therapeut und Lehrperson – vor dem Hintergrund einer unterzeichneten Schweigepflichtsentbindung durch den Traumatisierten – skeptisch gegenüber, da sie hierfür keinen Mehrwert sieht: »Ich wüsste auch nicht, tatsächlich nicht (.), was das bringt, ja? Es ändert ja nichts« (P2: Abs. 130).

Diese Position wird von den anderen fünf Probandinnen nicht eingenommen. Vielmehr sprechen sie sich für eine Vernetzung von Deutsch als Zweitsprache und Traumatherapie aus und bestärken somit die Aussage von McDonald (2000: 694): »Healing and learning can be connected«. So meint die Probandin P4: »Also, ich halte es für ABSOLUT notwendig – im Traumabereich ganz grundsätzlich –, dass man vernetzt arbeitet, damit nicht einer in die Richtung zieht und der andere in die Richtung« (P4: Abs. 123). Es komme auf eine Kooperation an, bei der effektiv Informationen ausgetauscht werden, wodurch sich die Arbeit der beteiligten Professionen erleichtere. P4 meint

diesbezüglich weiterhin: »Trauma ist immer Netzwerkarbeit, (.) wenn man erfolgreich sein will« (P4: Abs. 195). Ein wesentliches Ziel dieser Vernetzungsarbeit sollte dabei sein, dass die beteiligten Akteure über das nötige Wissen verfügen, an wen sie sich in spezifischen Situationen wenden können. Dies bekräftigt auch die Probandin P5, die meint, dass es im Rahmen der Vernetzung darum ginge, »zu wissen, wo schicke ich/ kann ich wen hinschicken« (P5: Abs. 162). Die Netzwerkbildung betrifft hierbei nicht bloß den Traumatherapeuten und die Lehrperson, sondern kann, wie Baierl (vgl. 2014b: 247-248) darlegt, auch Asylbehörden, Beratungsstellen, Dolmetscherdienste, Rechtsanwälte etc. umfassen. Das Ziel eines solchen Netzwerkes ist die »interdisziplinäre Vernetzung und Kooperation ›auf Augenhöhe« (Rothdeutsch-Granzer/Weiß/Gahleitner 2015: 179), wobei sich die jeweiligen Akteure in Bezug auf die Problemlagen gegenseitig unterstützen und schwierige Aufgaben funktionsgeleitet »weiter delegieren, anstatt das jetzt selber zu lösen« (P3: Abs. 164). Eine solche Kollaboration ermöglicht es, einen Perspektivenwechsel für effiziente und angemessene Problemlösungen im Hinblick auf den Traumatisierten zu vollziehen. Eine derartige Zusammenarbeit zielt, im Rückgriff auf Hanna Eimmermacher (vgl. 2004: 68-69), auf einen ›programmatischen Netzwerkansatz, bei dem die beteiligten Akteure nicht auf einen konkreten Bedarf reagieren, sondern vielmehr präventiv und nachhaltig ein gemeinsames Ziel verfolgen. In Bezug auf traumatisierte Flüchtlinge, so ließe sich an dieser Stelle weiter ausführen, besteht das Ziel dieser Kooperation darin, das Wissen und die Ressourcen der beteiligten professionellen Akteure auszubauen und einander nutzbar zu machen, um somit die Stabilisierung der Traumatisierten zu befördern. Schließlich kann dies auch die Traumaexposition und Reintegration durch den Therapeuten unterstützen und befördern.

Die Kooperation zwischen Traumatherapeut und Lehrperson gestaltet sich innerhalb eines solchen Netzwerkes nicht einseitig, sondern beruht auf einem wechselseitigen Austausch. Ein Beitrag, den der Therapeut leisten kann, wäre die Psychoedukation der Lehrperson bzw. auch der Kursteilnehmer. Stellenweise wird dies bereits derart praktiziert. So berichtet die Probandin P1, dass sie in Schulen »diese Psychoedukation leiste und ein paar wichtige Verhaltens(.)schritte benenne, in verschiedenen Situationen« (P1: Abs. 195). Dies lässt sich nun nicht nur auf die Institution Schule anwenden, sondern ist ebenfalls für Lehrpersonen realisierbar, die erwachsene Zweitsprachlerner in institutionellen Kontexten der Erwachsenenbildung unterrichten, wie z. B. an Volkshochschulen. Zudem ergibt sich hierdurch eine Möglichkeit, wie die traumasensible Grundhaltung, die im Kapitel 6.6 bereits genannt wurde, den Lehrpersonen näher gebracht und im Idealfall von diesen eingenommen werden kann. Die Psychoedukation durch die Therapeuten kann sich aber auch auf die Kursteilnehmer beziehen. So erwägt beispielsweise die Probandin P6 »diese Möglichkeit im Unterricht. Denen schon ein bisschen erklären zu dürfen, zu können. Oder nach dem Unterricht, so

dass man sagt: ›Hier, da kommt noch mal jemand und erklärt was.« (P6: Abs. 262). Durch die Ausführungen der vergangenen Kapitel wird deutlich, dass ein derartiger Einsatz von Therapeuten im Bereich Deutsch als Zweitsprache – entgegen den Aussagen von Probandin P2 – von Vorteil wäre.

Im Gegenzug kann die Lehrperson ebenfalls einen spezifischen Beitrag zur programmatischen Vernetzungsarbeit leisten, indem sie zunächst, wie bereits im Kapitel 6.3 beschrieben, mit den betroffenen Personen speziell den Wortschatz bzw. entsprechende Chunks<sup>88</sup> für Gedanken- und Gefühlsäußerungen einübt, so dass dadurch das Gespräch mit dem Therapeuten unterstützt wird. Die wesentliche Funktion des DaZ-Unterrichts innerhalb des besagten Netzwerkes ist aber die Unterstützung der Stabilisierungsphase während der Traumatherapie. Dies geschieht vornehmlich dadurch, dass der Unterricht dem Lerner eine Struktur darbietet, wodurch dessen Resilienz gestärkt werden kann. Denn, wie die Probandin P5 betont, »wenn jemand gar keine Struktur hat, (.) kann er auch nicht resilient sein« (P5: Abs. 46). Insbesondere ein transparent und wertschätzend gestalteter Unterricht, der den Lerner fördert und dessen Leistung anerkennt sowie Kontakte zu anderen ermöglicht, erweist sich als besonders resilienzstärkend (vgl. Baierl 2014a: 42). Hierauf verweist auch die Probandin P2: »Diese externe Struktur, soziale Kontakte und durch den Sprachfortschritt selbst, wäre das/ ist eine enorme (.) Unterstützung, so ein bisschen« (P2: Abs. 120). Dem Lerner kann durch den Unterricht nicht nur eine äußere Struktur gegeben werden, sondern es kann ihm auch dabei helfen, eine eigene innere Struktur für den Alltag zu gewinnen, indem ihm beispielsweise im Unterricht verschiedene Techniken der Selbst- und Lernorganisation nähergebracht werden. Auch für die Probandin P3 ist »eigentlich so dieses Lernen, irgendwie zurück zur Struktur zu kommen, [...] was Wichtiges« (P3: Abs. 174). Es geht somit erneut um das ›Empowerment‹; diesmal nämlich durch das »Aufzeigen und (Wieder-)Erlernen von Strukturen (z.B. Pünktlichkeit, Zuverlässigkeit)« (Burkart-Sodonoubo 2007: 6). Die Probandin P5 betont hierzu, dass die Lerner sich in der Traumasituation sowie im fortfolgenden Verlauf »hilfflos, machtlos, ausgeliefert« (P5: Abs. 48) fühlen und Struktur benötigen. Ihrer Meinung nach gibt es »Sicherheit, wenn/ wenn ein Traumatisierter (.) eine Kontrolle über sein Leben hat« (P5: Abs. 48). Dementsprechend muss ein traumatisierter Lerner an eine autonome Lebensführung herangeführt werden.

Eine weitere Möglichkeit, um die Stabilisierungsphase der Traumatherapie zu unterstützen, ist es, die Individualität der Lerner zu berücksichtigen und diesen auch die Möglichkeit zu geben, über Abläufe und Unterrichtsinhalte mitzubestimmen. Hierauf verweist auch Grein (vgl. 2013: 35),

---

<sup>88</sup> Unter ›Chunks‹ werden Wörter und formelhafte Wendungen verstanden, welche »in wiederkehrenden (ritualisierten) Zusammenhängen gebraucht werden« (Apeltauer 2010: 838). Es handelt sich hierbei um lexikalische Einheiten, die ein unterschiedliches Maß an Komplexität aufweisen und vom Lerner ggf. noch nicht einer genauen Analyse unterzogen werden können (vgl. Fandrych 2010: 1010-1011). Sie bilden ›Grundbausteine‹ der Lernersprachen, welche im Verlauf des Zweitspracherwerbs aufgebrochen und somit variiert werden (vgl. Apeltauer 2010: 838).

indem sie ausführt, dass eine aufgezwungene Lernstrategie bzw. aufgezwungene Lerninhalte kontraproduktiv für den Lernprozess sind. Indem den Lernenden die Möglichkeit zur eigenen Entscheidung geboten wird, können diese jedoch langsam an die Lerninhalte herangeführt werden, ohne sich unter Zwang zu fühlen. Auch die Probandin P5 verweist auf den positiven Effekt des Einbezugs der Lerner in unterrichtliche Entscheidungsprozesse:

»Es ist immer gut, wenn die Leute selbst entscheiden können. Ne? Weil in dem Moment, wo sie selbst entscheiden, haben sie auch die Kontrolle. Ne? Und wenn man ihnen einfach was aufdrückt, hat/ haben sie die Kontrolle nicht und dann ist die Gefahr eher, dass sie ins Trauma zurückrutschen, weil das auch wieder eine Situation ohne Kontrolle ist« (P5: Abs. 138).

Dies bedeutet nun nicht, dass der DaZ-Unterricht völlig offen und unstrukturiert ablaufen soll, sondern dass den Lernern vorstrukturierte Entscheidungen angeboten werden. Dies ist insofern notwendig, dass die Kursteilnehmer »nicht Überraschungen erleben. [...] Die dürfen keine zusätzlichen Überraschungen erleben, weil ein Trauma ist Kontrollverlust. [...] Also braucht es Struktur« (P4: Abs. 289).<sup>89</sup> Auch Beckmann-Schulz et al. (vgl. 2007: 48) befürworten dieses Vorgehen, da dies dem Bedürfnis der Traumatisierten nach Stabilität und Kontinuität entgegenkommt. Diese vorstrukturierten Entscheidungen lassen sich im DaZ-Unterricht jedoch nur bedingt umsetzen, da die Gleichzeitigkeit der Ereignisse und die Nichtvorhersehbarkeit des Unterrichtsgeschehens zwei wesentliche Merkmale des Unterrichts sind (vgl. Schart/Legutke 2012: 36-37). Dennoch sollte die Lehrperson darauf bedacht sein, diese Nichtvorhersehbarkeit durch eine entsprechende vorausschauende Unterrichtsplanung und etwaige »Arbeitsbündnisse«<sup>90</sup> mit den Kursteilnehmern zu minimieren.

Ein weiterer wesentlicher Punkt, der die Stabilisierungsphase unterstützen kann, stellt die Einrichtung einer ansprechenden und »sicheren« Kursatmosphäre dar. Dies betont auch die Probandin P3: »Ich denke, wichtig ist, dass die Atmosphäre von dem, (.) von dem Kurs, glaube ich/ Also, wie, wie sich je/ jemand auch dann in der Klasse fühlt. Und wie/ wie/ wie die Lehrerin, der Lehrer ist und ob da ein guter Kontakt ist« (P3: Abs. 168). Genau genommen handelt es sich hierbei um die Übernahme der »Pädagogik des sicheren Ortes« (vgl. Kühn 2009: 31). Dieses traumapädagogische Konzept beinhaltet unter anderem die Herstellung von Transparenz und die Bereitstellung von Bindungsangeboten, die Stressminimierung und die Achtung der Biographie der Lerner sowie die Enttabuisierung der Traumatisierung und einen bewussten Umgang mit den Folgestörungen (vgl. Ding

---

<sup>89</sup> Die Probandin führt weiter aus: »Das heißt sie [die Traumatisierten] müssen die Möglichkeit haben, die Kontrolle zu haben. Und (.) Trauma heißt Unberechenbarkeit. (..) Und durch die Unberechenbarkeit: Hilflosigkeit« (P4: Abs. 289).

<sup>90</sup> Hierzu äußert die Probandin P4 eine Möglichkeit, um ein entsprechendes Arbeitsbündnis einzuführen: »Also braucht es Struktur. Und diese Struktur muss man sich dann halt gemeinsam erarbeiten. Bestimmte Methoden haben eine bestimmte Struktur. [...] Wichtig ist, dass Sie für alles ein Arbeitsbündnis machen. (..) »Ich habe das und das zu bieten, ist das in Ordnung? Wollt ihr das? Ja oder Nein? Wenn ihr es nicht wollt, – Ne? – »was dann?, nicht? Also: »Was ist euer Ziel?« Ne? »Deutsch lernen« würde bedeuten »das und das«. »Soundso kann ich euch das anbieten. Ist das in Ordnung? Für wen ist das in Ordnung? Für wen ist das nicht in Ordnung? Was braucht der für den das nicht in Ordnung ist, damit es in Ordnung werden kann?« (P4: Abs. 289).

2014: 184). Eine Möglichkeit, um eine derartige Atmosphäre im Kursraum zu etablieren, wird von der Probandin P1 genannt. Ihrer Meinung nach könnte eine ›Eingangsrunde‹ mit den Teilnehmern durchgeführt werden, in der jeder die Aspekte nennt, die »er braucht, um sich hier wohlfühlen in dem Raum. Und dann findet man vielleicht raus: Die eine Frau möchte näher an der Tür sitzen, damit sie ständig das Gefühl hat, sie kann den Raum verlassen, weil das für sie wichtig ist« (P1: Abs. 207). Somit werden dem Lerner erneut Entscheidungen geboten, deren Umsetzung ihn in seiner Selbstwirksamkeit bestärken können. Zudem sollte bedacht werden, dass die gesamte Umgebung am Lernprozess mitwirkt (vgl. Arnold 2002: 118) und dementsprechend auch die Elemente des Kursraums – d. h. die Wandgestaltung, die Tischanordnung, die Lichtverhältnisse etc. – an die Bedürfnisse angepasst werden können und sollten. Der Einbezug der Lerner und ihrer Interessen in die Herstellung der Atmosphäre ist zudem ein Aufbruch der Annahme seitens der Kursteilnehmer, dass hauptsächlich die Lehrperson für das Ambiente im Kursraum verantwortlich ist (vgl. Ogasa 2011: 254). Dies sollte jedoch stets unter Berücksichtigung der je spezifischen Herkunfts- und somit auch Lernkulturen der Lerner geschehen. So kann es sein, dass die Kursteilnehmer auch erst an ein derartiges Mitentscheiden im unterrichtlichen Kontext herangeführt werden müssen. Ebenfalls sollten die Vorgaben des Kursträgers bzw. der Institution berücksichtigt werden, in deren Räumlichkeiten der DaZ-Unterricht stattfindet.<sup>91</sup> Unter Umständen können hier Einschränkungen möglich sein.

### **Zusammenfassung und Ausblick**

Die zurückliegenden Betrachtungen zeigen, dass der Bereich ›Deutsch als Zweitsprache‹ von dem Wissen der Akteure im traumatherapeutischen Feld profitieren kann. Dies betrifft nicht nur die Frage, ob traumatisierte Flüchtlinge am Zweitsprachenunterricht teilnehmen – wie gezeigt wurde ist zunächst generell davon auszugehen, dass jeder Flüchtling mehr oder minder traumatisiert ist –, sondern auch, inwiefern die Symptome vor dem Hintergrund der üblicherweise stark ausgeprägten Heterogenität der Kursteilnehmer zu erkennen sind. Hier zeigt sich eine tiefgehende Sensibilisierung für die Verflechtung von interkultureller Kompetenz und traumaspezifischen Betrachtungsweisen als vorteilhaft, wobei kulturelle Stereotype abgebaut und demgegenüber die kulturell geprägten Individuen in den Vordergrund rücken sollten. Der DaZ-Unterricht kann eine stabilisierende Funktion für die traumatisierten Kursteilnehmer haben und somit auch nachhaltig die Therapie unterstützen. Die Lehrperson sollte hierbei ihren Unterricht dahingehend gestalten, dass dessen Struktur

---

<sup>91</sup> P4 (Abs. 289) führt zu den Problemen mit den Institutionen und evtl. Entscheidungen seitens der Traumatisierten aus: »Also wenn man die grundlegenden Dinge berücksichtigt, wo zunächst mal jeder sagt: ›Das geht in unserer Einrichtung nicht.‹ (spricht mit hoher gekünstelter Stimme) Und wenn sie es dann nachher machen: ›Oh ja, dass ist ja alles viel einfacher. Es geht ja doch.‹ Ja? Und es ist natürlich schwierig, wenn – oder schwieriger –, wenn ein Träger nicht mitmacht und wenn die anderen Kollegen nicht mitmachen. Es ist immer einfacher, wenn alle mitmachen«.

funktion betont wird, wobei das Gefühl von Zwang und Stress zugunsten einer ›sicheren‹ Lernatmosphäre unterbunden werden sollten. Die Lerner sollten sich im Unterricht wohlfühlen und ihre eigenen Ressourcen erschließen können. Demgegenüber darf es jedoch nicht zu einem ›overprotecting‹ seitens der Lehrperson kommen, um mögliche Auslöser für Retraumatisierungen zu unterbinden. Es zeigt sich, dass Trigger unvorhersehbar sind und nicht per se einzelne Themen für den Unterricht ausgeschlossen werden können. Stattdessen sollte vorsichtig nach einzelnen belastenden Themen gesucht werden. Hierfür kann die Biografie der Lerner sowie die Fluchtroute eine entscheidende Rolle spielen. Auch regelmäßige Bewegungsübungen oder Gedächtnistrainings können dabei helfen, dass die traumatisierten Kursteilnehmer nicht ihre Gedanken kreisen lassen und eventuell in dissoziative oder intrusive Zustände geraten. Dennoch sollte die Lehrperson stets im Hinterkopf haben, dass einer ihrer Lerner einen Flashback erleben bzw. einen dissoziativen Zustand erreichen kann. In diesem Fall sind geeignete reorientierende Maßnahmen notwendig, bei denen die betroffene Person ins Hier und Jetzt zurückgeholt und darin wieder verankert wird. Das nötige Know-how kann sich die Lehrperson durch traumapädagogische Weiterbildungsangebote aneignen, welche bereits in einigen Städten von Psychotherapeuten angeboten werden. Besser wäre jedoch eine direkte Verankerung in der Ausbildung im Bereich ›Deutsch als Zweitsprache‹, durch die den zukünftigen Lehrpersonen eine ›traumasensible Grundhaltung‹ und das Handlungswissen für Krisensituationen nähergebracht wird.

Eine Konsequenz, die sich aus der vorliegenden Untersuchung für den Bereich ›Deutsch als Zweitsprache‹ ergibt, ist die Forderung nach konkreteren Orientierungsangeboten für Lehrpersonen im Hinblick auf mögliche Traumatisierungen ihrer Kursteilnehmer; sei es in Form von Fort- und Weiterbildungsangeboten, Handreichungen, Fachtagungen und -seminaren oder durch eine Integration in das Studium bzw. die Zusatzqualifikation. Insbesondere vor dem Hintergrund der derzeitigen Flüchtlingswelle bedarf es dabei nicht nur in der Praxis eines ›traumatic turn‹, sondern auch in der Theorie. Dies bedeutet, dass sich die Zweitspracherwerbsforschung eingehender damit auseinandersetzen muss, wie sich sowohl der gesteuerte als auch der ungesteuerte Erwerbsprozess vor dem Hintergrund einer Traumatisierung ereignet und welche Auswirkung eine derartige Betrachtungsweise auf die derzeit etablierten Theorien hat. Hierfür bedarf es einer ausgiebigen Nutzung interdisziplinärer Anknüpfungspunkte, bei der sich der Bereich ›Deutsch als Zweitsprache‹ beispielsweise mit der Traumapädagogik, Psychotraumatologie, Neurobiologie und -soziologie und der Sozialen Arbeit nachhaltig vernetzt und ein entsprechender Austausch vorangetrieben wird. Die Zweitspracherwerbsforschung und die Unterrichtspraxis können von einer derartigen Zusammenarbeit nur profitieren.

## Literatur- und Quellenverzeichnis

- Abdallah-Steinkopff, Barbara / Soyer, Jürgen (2013): Traumatisierte Flüchtlinge. Kultursensible Psychotherapie im politischen Spannungsfeld. In: Feldmann, Robert E. Jr. / Seidler, Günter H. (Hg.): *Traum(a) Migration. Aktuelle Konzepte zur Therapie traumatisierter Flüchtlinge und Folteropfer*. Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 137-166.
- Ahrenholz, Bernt (2008): Erstsprache – Zweitsprache – Fremdsprache. In: Ahrenholz, Bernt / Oomen-Welke, Ingelore (Hg.): *Deutsch als Zweitsprache*. Baltmannsweiler: Schneider Hohengehren, S. 3-16.
- Ahrenholz, Bernt (2010): Bedingungen des Zweitspracherwerbs in unterschiedlichen Altersstufen. In: Abteilung für Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung (Hg.): *»Sprache ist der Schlüssel zur Integration«. Bedingungen des Sprachlernens von Menschen mit Migrationshintergrund*. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung (WISO-Diskurs), S. 19-29. Online verfügbar unter: <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/07666.pdf>, zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- Alheit, Peter / Dausien, Bettina (2010): Bildungsprozesse über die Lebensspanne: Zur Politik und Theorie lebenslangen Lernens. In: Tippelt, Rudolf / Schmidt, Bernhard (Hg.): *Handbuch Bildungsforschung*. 3., durchgesehene Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 713-734.
- Allemann-Ghionda, Cristina / Hallal, Houda (2011): Interkulturalität, Gesundheit und Medizin. In: Allemann-Ghionda, Cristina / Bukow, Wolf-Dietrich (Hg.): *Orte der Diversität: Formate, Arrangements und Inszenierungen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 173-190.
- APA (American Psychiatric Association) (2013): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition, DSM-5*. Arlington: American Psychiatric Association.
- APA (American Psychiatric Association) (2015): *History of the DSM*. Online verfügbar unter: <http://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/history>, zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- Apeltauer, Ernst (2001): Zweitspracherwerb als Lerneraktivität I: Lernerprache – Lernprozesse – Lernprobleme. In: Helbig, Gerhard / Götz, Lutz / Henrici, Gert / Krumm, Hans-Jürgen (Hg.): *Deutsch als Fremdsprache. Ein internationales Handbuch*. 1. Halbband. Berlin, New York: de Gruyter, S. 677-684.
- Apeltauer, Ernst (2010): Lernerprache(n). In: Krumm, Hans-Jürgen / Fandrych, Christian / Hufeisen, Britta / Riemer, Claudia (Hg.): *Deutsch als Fremd- und Zweitsprache. Ein internationales Handbuch*. 1. Halbband. Berlin, New York: de Gruyter Mouton, S. 833-842.
- Arnold, Margret (2002): *Aspekte einer modernen Neurodidaktik. Emotionen und Kognitionen im Lernprozess*. München: Ernst Vögel.
- Assion, Hans-Jörg / Bransi, Ahmad / Kousssemou, José-Marie (2011): Migration und Posttraumatische Belastungsstörung. In: Seidler, Günter H. / Freyberger, Harald J. / Maercker, Andreas (Hg.): *Handbuch der Psychotraumatologie*. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 528-535.

- AsylbLG (1993): *Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)*. Ausfertigungsdatum: 30.06.1993. Zuletzt geändert am 23.12.2014. Online verfügbar unter: <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/asylblg/gesamt.pdf>, zuletzt geprüft am 11.08.2015.
- AsylbLG§14Bek (2015): *Bekanntmachung über die Höhe der Leistungssätze nach § 14 des Asylbewerberleistungsgesetzes für die Zeit ab 1. März 2015*. Ausfertigungsdatum: 16.01.2015. Online verfügbar unter [http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/asylblg\\_14bek/gesamt.pdf](http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/asylblg_14bek/gesamt.pdf), zuletzt geprüft am 11.08.2015.
- AsylVfG (1992): *Asylverfahrensgesetz*. Ausfertigungsdatum: 26.06.1992. Zuletzt geändert am 23.12.2014. Online verfügbar unter: [http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/asylvfg\\_1992/gesamt.pdf](http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/asylvfg_1992/gesamt.pdf), zuletzt geprüft am 11.08.2015.
- AufenthG (2004): *Gesetz über den Aufenthalt, die Erwerbstätigkeit und die Integration von Ausländern im Bundesgebiet (Aufenthaltsgesetz – AufenthG)*. Ausfertigungsdatum: 30.07.2004. Zuletzt geändert am: 23.12.2014. Online verfügbar unter: [http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/aufenthg\\_2004/gesamt.pdf](http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/aufenthg_2004/gesamt.pdf), zuletzt geprüft am 11.08.2015.
- Baddeley, Alan D. (2000): The episodic buffer: A new component of working memory? In: *Trends in Cognitive Sciences* 4 (11), S. 417-423.
- Baddeley, Alan D. / Hitch, Graham (1974): Working memory. In: Bower, Gordon H. (Hg.): *The psychology of learning and motivation: advances in research and theory*. Bd. 8. New York: Academic Press, S. 47-89.
- BAFF-Zentren (Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer) (2015a): *Aufforderung zur Sicherstellung der gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung Geflüchteter*. Online verfügbar unter: <http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2015/06/Aufforderung-zur-Sicherstellung-der-gesundheitlichen-und-psychosozialen-Versorgung-Geflüchteter.pdf>, zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- BAFF-Zentren (Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer) (2015b): *Pressemitteilung zur Umsetzung der EU-Aufnahmerichtlinie vom 20.07.2015*. Online verfügbar unter: <http://www.baff-zentren.org/news/pressemitteilung-zur-umsetzung-der-eu-aufnahmerichtlinie/>, zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- Baierl, Martin (2014a): Mit Verständnis statt Missverständnis: Traumatisierung und Traumafolgen. In: Baierl, Martin / Frey, Kurt (Hg.): *Praxisbandbuch Traumpädagogik. Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 21-46.
- Baierl, Martin (2014b): Traumpädagogik für Kinder und Jugendliche mit Migrationserfahrungen. In: Gahleitner, Silke Brigitta / Hensel, Thomas / Baierl, Martin / Kühn, Martin / Schmid, Marc (Hg.): *Traumpädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 239-248.
- Baierl, Martin / Frey, Kurt (Hg.) (2014): *Praxisbandbuch Traumpädagogik. Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.



- Baierl, Martin / Götz-Kühne, Cornelia / Hensel, Thomas / Lang, Birgit / Strauss, Jochen (2014): Traumaspezifische Fähigkeiten und Fertigkeiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. In: Gahleitner, Silke Brigitta / Hensel, Thomas / Baierl, Martin / Kühn, Martin / Schmid, Marc (Hg.): *Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 59-71.
- BaMF (2015): *Verteilung der Asylbewerber*. Online verfügbar unter: <http://www.bamf.de/DE/Migration/AsylFluechtlinge/Asylverfahren/Verteilung/verteilung-node.html>, zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- Barkowski, Hans (2003): Zweitsprachenunterricht. In: Bausch, Karl-Richard / Christ, Herbert / Krumm, Hans-Jürgen (Hg.): *Handbuch Fremdsprachenunterricht*. 4., vollständig neu bearbeitete Auflage. Tübingen u. Basel: A. Francke, S. 157-163.
- Baron, Jenny / Drehsen, Tobias / Tahirovic, Anne / Siami, Hassan / Mohammed, Lenssa / Cordes, Thomas (2014): *Traumatisiert. Ausgegrenzt. Unterversorgt. Versorgungsbericht zur Situation von Flüchtlingen und Folteropfern in den Bundesländern Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen*. Online verfügbar unter: <http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2014/04/Traumatisiert.-Ausgegrenzt.-Unterversorgt.-Versorgungsbericht-zur-Situation-in-Ostdeutschland.pdf>, zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- Baron, Jenny / Schriefers, Silvia (2015): *Versorgungsbericht. Zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland*. Berlin: BAfF e.V. Online verfügbar unter: [http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2015/09/Versorgungsbericht\\_mit-Umschlag\\_2015.compressed.pdf](http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2015/09/Versorgungsbericht_mit-Umschlag_2015.compressed.pdf), zuletzt geprüft am 10.10.2015.
- Barth, Petra / Schönmeier, Hermann (2007): Einführung. In: SEPA in EQUAL II (Hg.): *Deutsch für Flüchtlinge*. Augsburg, München, Saarbrücken, S. 1-9. Online verfügbar unter: [http://www.equal-sepa.de/material/Produkte/material/Bericht\\_web.pdf](http://www.equal-sepa.de/material/Produkte/material/Bericht_web.pdf), zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- Baur, Rupprecht S. / Schäfer, Andrea (2010): Der Faktor »Lehren« im Bedingungsgefüge des Deutsch als Zweitsprache-Unterrichts. In: Krumm, Hans-Jürgen / Fandrych, Christian / Hufeisen, Britta / Riemer, Claudia (Hg.): *Deutsch als Fremd- und Zweitsprache. Ein internationales Handbuch*. 2. Halbband. Berlin, New York: de Gruyter Mouton, S. 1073-1085.
- Bayerischer Landtag (2014): *Schriftliche Anfrage der Abgeordneten Christine Kamm Bündnis90/Die Grünen vom 21.08.2014*. Online verfügbar unter: [www.gruene-fraktion-bayern.de/sites/default/files/17\\_0004103.pdf](http://www.gruene-fraktion-bayern.de/sites/default/files/17_0004103.pdf), zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration / BAMF (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge) (2014): *Erstorientierung und Deutsch Lernen für Asylbewerber in Bayern*. Online verfügbar unter: [http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Integration/Sonstiges/konzept-kurse-asylbewerber.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Integration/Sonstiges/konzept-kurse-asylbewerber.pdf?__blob=publicationFile), zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- Becker, David (2003): Flüchtlinge und Trauma. Interview mit Dr. David Becker. In: Projekt tutorien »Lebenswirklichkeiten von Flüchtlingen in Berlin« / »Behörden und Migration« (Hg.): *Ver-*

waltet, entrechtet, abgestempelt – wo bleiben die Menschen? Einblicke in das Leben von Flüchtlingen in Berlin. Berlin: AstA der FU Berlin, S. 67-73. Online verfügbar unter: [http://www.behandeln-statt-verwalten.de/fileadmin/user\\_upload/pdfs/verwaltet-entrechtet-abgestempelt.pdf](http://www.behandeln-statt-verwalten.de/fileadmin/user_upload/pdfs/verwaltet-entrechtet-abgestempelt.pdf), zuletzt geprüft am 08.10.2015.

- Becker, David (2006): Flucht: Sequentielle Traumatisierung und Stigma. In: Flüchtlingsrat Schleswig-Holstein e. V. (Hg.): *Dokumentation der Fachtagung »Traumatisierung und Qualifizierung - ein Widerspruch?«. Chancen und Herausforderungen bei der Integration von traumatisierten Flüchtlingen. Am 24. Januar 2006 in Kooperation mit REFUGIO.* Kiel: lang-verlag, S. 11-24. Online verfügbar unter: [http://www.themenpool-migration.eu/download/themenpool\\_trauma-qualif.pdf](http://www.themenpool-migration.eu/download/themenpool_trauma-qualif.pdf), zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- Beckmann-Schulz, Iris / Flanagan, Aislaing / Gottschalk, Franziska / Giustiniani, Anna / Heiser, Regine / Hibbe, Katerina / Lever, Jeanette / Meehan, Anne / Rathaus, Fiorella / Rogina, Alma / Romanelli, Antonella / Schroeder, Joachim / Smid, Neja / Taymoorzadeh, Negar / Viriri, Itayyi (2007): *EQUAL. LANGUAGE. Manual on Second Language Training with Asylum Seekers and Refugees.* Hamburg: passage. Online verfügbar unter: [http://www.fluchtort-hamburg.de/fileadmin/pdf/EQUAL/EQUAL\\_Language.pdf](http://www.fluchtort-hamburg.de/fileadmin/pdf/EQUAL/EQUAL_Language.pdf), zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- Behrens, Britta (2011): *Interkulturelle Öffnung im Gesundheitswesen. Überblick – Strategie – Praxis.* Oldenburg: BIS-Verlag der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg. Online verfügbar unter: <http://oops.uni-oldenburg.de/1117/1/behint11.pdf>, zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- Bender-Jarju, Sabine / Torres Mendes, Cristina (2007): Bildungsarbeit mit geflüchteten Frauen. In: EQUAL Entwicklungspartnerschaft FLUCHTort Hamburg (Hg.): *Lernen trotz Trauma. Möglichkeiten der beruflichen Qualifizierung von kriegs- und fluchttraumatisierten Frauen. Reflexionen aus der Bildungs- und Beratungsarbeit mit geflüchteten Frauen.* Hamburg: EQUAL, S. 36-43. Online verfügbar unter: <http://www.karola-hamburg.de/cms/sites/default/files/doc/Lernen-trotz-Trauma.pdf>, zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- Bender-Jarju, Sabine / Torres Mendes, Cristina / Bakar, Regina / Danielowski, Anna (2007): Good Practice: Modelle und Fallbeispiele aus der Praxis. In: EQUAL Entwicklungspartnerschaft FLUCHTort Hamburg (Hg.): *Lernen trotz Trauma. Möglichkeiten der beruflichen Qualifizierung von kriegs- und fluchttraumatisierten Frauen. Reflexionen aus der Bildungs- und Beratungsarbeit mit geflüchteten Frauen.* Hamburg: EQUAL, S. 44-59. Online verfügbar unter: <http://www.karola-hamburg.de/cms/sites/default/files/doc/Lernen-trotz-Trauma.pdf>, zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- Besser, Lutz Ulrich (2009): Wenn die Vergangenheit Gegenwart und Zukunft bestimmt. Wie Erfahrungen und traumatische Erlebnisse Spuren in unserem Kopf hinterlassen, Gehirn und Persönlichkeit strukturieren und Lebensläufe determinieren. In: Bausum, Jacob / Besser, Lutz / Kühn, Martin / Weiß, Wilma (Hg.): *Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis.* Weinheim u. München: Juventa, S. 37-52.

- Beutel, Ulrike (2007): Kapitel 2.2: Flüchtlingspezifischer Unterricht. In: SEPA in EQUAL II: *Deutsch für Flüchtlinge. Praxishilfen. Zusammengestellt von den SprachlehrerInnen SEPA in EQUAL II. Augsburg, München, Saarbrücken*. Online verfügbar unter: [http://www.equal-sepa.de/material/Produkte/material/Praxishilfen\\_web.pdf](http://www.equal-sepa.de/material/Produkte/material/Praxishilfen_web.pdf), zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- Biermann, Imke (2013): Neuro- und Erziehungswissenschaften. In: Stephan, Achim / Walter, Sven (Hg.): *Handbuch Kognitionswissenschaft*. Stuttgart, Weimar: J. B. Metzler, S. 546-552.
- Blaschke, Jochen (1992): Flucht und Entwicklung in Osteuropa. In: Blaschke, Jochen / Germershausen, Andreas (Hg.): *Sozialwissenschaftliche Studien über das Weltflüchtlingsproblem*. Band 1. Berlin, S. 101-168.
- BMI (Bundesministerium des Innern) (2015): *Pressemitteilung vom 13.07.2015*. 179.000 Asylanträge im ersten Halbjahr 2015. Online verfügbar unter <http://www.bmi.bund.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2015/07/asylantraege-juni-2015.html?nn=3315588>, zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- Bornschein, Gesine (2014): *Vergleich der physiologischen Stressreagibilität von Frauen mit komplexen Traumafolgestörungen und gesunden Frauen*. Dissertation. Georg-August-Universität zu Göttingen. Online verfügbar unter: [https://ediss.uni-goettingen.de/bitstream/handle/11858/00-1735-0000-0022-5F52-F/Bornschein\\_04.08.2014.pdf?sequence=1](https://ediss.uni-goettingen.de/bitstream/handle/11858/00-1735-0000-0022-5F52-F/Bornschein_04.08.2014.pdf?sequence=1), zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- Bourdieu, Pierre (1982): *Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Brahim, Lotfi Ben / Flach, Michael / Krause, Wiebke (2014): Vorhandene Mittel effizient nutzen: Die sprachliche Qualifizierung von Flüchtlingen in einer Förderkette. In: Gag, Maren / Voges, Franziska (Hg.): *Inklusion auf Raten. Zur Teilhabe von Flüchtlingen an Ausbildung und Arbeit*. Münster: Waxmann, S. 164-175.
- Brandmaier, Maximiliane (2011): *Wie gestaltet sich die Bewältigung traumatischer Erlebnisse im Exil? Möglichkeiten der psychosozialen Unterstützung traumatisierter Flüchtlinge in Deutschland*. Berlin: LIT Verlag.
- Brandmaier, Maximiliane (2013): »Ich hatte hier nie festen Boden unter den Füßen«. Traumatisierte Flüchtlinge im Exil. In: Feldmann, Robert E. Jr. / Seidler, Günter H. (Hg.): *Traum(a) Migration. Aktuelle Konzepte zur Therapie traumatisierter Flüchtlinge und Folteropfer*. Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 15-33.
- Bremner, J. Douglas (2006): Traumatic stress: effects on the brain. In: *Dialogues in Clinical Neuroscience* 8 (4), S. 445-461. Online verfügbar unter: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181836/pdf/DialoguesClinNeurosci-8-445.pdf>, zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- Buhlmann, Rosemarie (2005): *Konzeption für die Zusatzqualifizierung von Lehrkräften im Bereich Deutsch als Zweitsprache. Erarbeitet vom Goethe-Institut im Auftrag des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge*. Nürnberg: BAMF. Online verfügbar unter: <http://>

[www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Integrationskurse/Lehrkraefte/konzeption-fuer-die-zusatzqualifikation-von-lehrkraeften-pdf.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Integrationskurse/Lehrkraefte/konzeption-fuer-die-zusatzqualifikation-von-lehrkraeften-pdf.pdf?__blob=publicationFile), zuletzt geprüft am 08.10.2015.

- Buhlmann, Rosemarie / Ende, Karin / Kaufmann, Susan / Kiliman, Angela / Schmitz, Helen (2007): *Rahmencurriculum für Integrationskurse Deutsch als Zweitsprache. Erstellt im Auftrag des Bundesministerium des Innern*. Nürnberg: BaMF und München: Goethe-Institut. Online verfügbar unter: [http://www.goethe.de/lhr/prj/daz/pro/Rahmencurriculum\\_online\\_final\\_Version5.pdf](http://www.goethe.de/lhr/prj/daz/pro/Rahmencurriculum_online_final_Version5.pdf), zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- Burkart-Sodonougbo, Annette (2007): Kapitel 2.1: Flüchtlingsspezifisch?! Empowerment durch Sprache. In: SEPA in EQUAL II: *Deutsch für Flüchtlinge. Praxishilfen. Zusammengestellt von den SprachlehrerInnen SEPA in EQUAL II*. Augsburg, München, Saarbrücken. Kapitel 2.1, S. 1-6. Online verfügbar unter: [http://www.equal-sepa.de/material/Produkte/material/Praxishilfen\\_web.pdf](http://www.equal-sepa.de/material/Produkte/material/Praxishilfen_web.pdf), zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- Carrion, Victor G. / Wong, Shane S. (2012): Can Traumatic Stress Alter the Brain? Understanding the Implications of Early Trauma on Brain Development and Learning. In: *Journal of Adolescent Health* 51 (2), S. S23-S28.
- Ciampi, Luc (1997): *Die emotionalen Grundlagen des Denkens. Entwurf einer fraktalen Affektlogik*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Dahlhaus, Barbara (1997): Fernstudieneinheit 5: Fertigkeit Hören. Nachdruck. Berlin [u. a.]: Langenscheidt.
- DeGPT (Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie) (2015): *Spezielle Psychotherapie (DeGPT)*. Online verfügbar unter: <http://www.degpt.de/curricula/spezielle-psychotherapie.html>, zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- Deimann, Andreas (2015): In Deutschland nur geduldet. Rechtsstaatliche Diskriminierung und Handlungsmöglichkeiten Sozialer Arbeit. In: Geisen, Thomas / Ottersbach, Markus (Hg.): *Arbeit, Migration und Soziale Arbeit: Prozesse der Marginalisierung in modernen Arbeitsgesellschaften*. Wiesbaden: Springer VS, S. 415-429.
- Deutscher Volkshochschul-Verband (2014): *Sprachförderung für Asylbewerber/-innen und Geduldete dringend notwendig – was Volkshochschulen beitragen können*. Online verfügbar unter: [http://www.dvv-vhs.de/fileadmin/user\\_data/PDF/Arbeitsschwerpunkte/Integration/Positionspapier\\_Asyl\\_end\\_Sto.pdf](http://www.dvv-vhs.de/fileadmin/user_data/PDF/Arbeitsschwerpunkte/Integration/Positionspapier_Asyl_end_Sto.pdf), zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- Dewaele, Jean-Marc (2013): Learner-internal psychological factors. In: Herschensohn, Julia / Young-Scholten, Martha (Hg.): *The Cambridge Handbook of Second Language Acquisition*. Cambridge: University Press, S. 159-179.
- Diakonie Schweinfurt (2015): *Kita-Projekt Asyl. Die Welt trifft sich im Kindergarten*. Online verfügbar unter: <http://www.diakonie-schweinfurt.de/beratung-und-unterstuetzung/asylbewerber-und-fluechtlingsberatung/kita-projekt-asyl/>, zuletzt geprüft am 08.10.2015.

- DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information) (2015a): *ICD-10-GM*. Online verfügbar unter: [www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/index.htm](http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/index.htm), zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information) (2015b): *ICD-10-GM als Adaption der ICD-10-WHO*. Online verfügbar unter: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/historie/adaption.htm>, zuletzt geprüft am 08.10.2015
- DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information) (2015c): *ICD-10-GM Version 2015. Kapitel V: Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99). Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48)*. Online verfügbar unter: <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2015/block-f40-f48.htm>, zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information) (2015d): *ICD-10-GM Version 2015. Kapitel V: Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99). Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69)*. Online verfügbar unter: <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2015/block-f60-f69.htm>, zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- Ding, Ulrike (2014): »Ich kann mir sowieso nichts merken, also brauche ich nicht hin!«. Wie kann Schule dissoziierende Kinder verstehen und im Lernen unterstützen? In: Weiß, Wilma / Friedrich, Esther Kamala / Picard, Eva / Ding, Ulrike (Hg.): *»Als wär ich ein Geist, der auf mich runter schaut«*. Dissoziation und Traumapädagogik. Weinheim u. Basel: Beltz Juventa, S. 166-222.
- Dittmar, Volker (2013): Traumatherapeutisches Phasenmodell. In: Beckrath-Wilking, Ulrike / Biberacher, Marlene / Dittmar, Volker / Wolf-Schmid, Regina (Hg.): *Traumafachberatung, Traumatherapie & Traumapädagogik. Ein Handbuch für Psychotraumatologie im beratenden, therapeutischen & pädagogischen Kontext*. Paderborn: Junfermann, S. 107-110.
- Döring, Klaus W. / Ritter-Mamczek, Bettina (1997): *Lehren und Trainieren in der Weiterbildung. Ein praxisorientierter Leitfaden*. 6., völlig neu bearbeitete Auflage. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Dörnyei, Zoltán (2005): *The psychology of the language learner: individual differences in second language acquisition*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Dreißig, Verena (2005): *Interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus. Eine Studie zur Interaktion zwischen Klinikpersonal und Patienten mit Migrationshintergrund*. Bielefeld: transcript.
- Dresing, Thorsten / Pehl, Thorsten (Hg.) (2011): *Praxisbuch Transkription. Regelsysteme, Software und praktische Anleitungen für qualitative ForscherInnen*. 3. Auflage. Marburg, Seite 19-24. Online verfügbar: [www.audiotranskription.de/praxisbuch](http://www.audiotranskription.de/praxisbuch), zuletzt geprüft am 05.10.2015.

- dwds (Digitales Wörterbuch der deutschen Sprache) (2015): *Trauma*. Online verfügbar unter: [www.dwds.de/?view=1&qu=Trauma](http://www.dwds.de/?view=1&qu=Trauma), zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- Ebert, Dieter / Kindt, Hildburg (2004): Die posttraumatische Belastungsstörung im Rahmen von Asylverfahren. In: *Verwaltungsblätter für Baden-Württemberg. Zeitschrift für öffentliches Recht und öffentliche Verwaltung* 2/2004, S. 41-45. Online verfügbar unter: <http://sbpm.web-com-service.de/downloads/Ebert%20VBI.pdf>, zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- Edmondson, Willis J. / House, Juliane (2011): *Einführung in die Sprachlehrforschung*. 4., überarbeitete Auflage. Tübingen: Narr Francke Attempto.
- Engbers, Hajo (2007): Traumatisierte Flüchtlinge in Schleswig-Holstein. Ein Situationsbericht. In: *Der Schlepper* Nr. 40/41, 10/2007, S. 104 u. 106. Online verfügbar unter: [http://www.frsh.de/fileadmin/schlepper/schl\\_40-41/s40-41\\_104.pdf](http://www.frsh.de/fileadmin/schlepper/schl_40-41/s40-41_104.pdf), zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- Eppensteiner, Konstanze (2011): »Früher war ich innen ganz klein, ...« Psychotherapeutische Arbeit mit Flüchtlingen am Beispiel Sintern und Ankyra. Vortrag am 2.4.2011 im Rahmen der ÖGIT Jahrestagung in Linz. Online verfügbar unter: [http://www.oegit.at/oegit\\_hp/dokumente/vortrag\\_eppensteiner.pdf](http://www.oegit.at/oegit_hp/dokumente/vortrag_eppensteiner.pdf), zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- Eppensteiner, Konstanze (2015): Interkulturelle Psychotherapie mit traumatisierten Flüchtlingen in einer Institution in Wien. Eindrücke und Aspekte aus der Praxis. In: Gahleitner, Silke Brigitta / Frank, Christina / Leitner, Anton (Hg.): *Ein Trauma ist mehr als ein Trauma. Bio-psychosoziale Traumakonzepte in Psychotherapie, Beratung, Supervision und Traumapädagogik*. Weinheim u. Basel: Beltz Juventa, S. 127-137.
- Erim, Yesim (2009): *Nichtverstehen als Chance? Psychotherapeutisches Verständnis in der interkulturellen Begegnung. Vortrag am 17. April im Rahmen der 59. Lindauer Psychotherapiewochen 2009*. Online verfügbar unter: [www.lptw.de/archiv/vortrag/2009/erim.pdf](http://www.lptw.de/archiv/vortrag/2009/erim.pdf), zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- EQUAL Entwicklungspartnerschaft FLUCHTort Hamburg (Hg.) (2007): *Lernen trotz Trauma. Möglichkeiten der beruflichen Qualifizierung von kriegs- und fluchttraumatisierten Frauen. Reflexionen aus der Bildungs- und Beratungsarbeit mit geflüchteten Frauen*. Hamburg: EQUAL. Online verfügbar unter: <http://www.karola-hamburg.de/cms/sites/default/files/doc/Lernen-trotz-Trauma.pdf>, zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- Europäische Union (2014): *Das Gemeinsame Europäische Asylsystem*. Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union. Online verfügbar unter: [http://ec.europa.eu/dgs/home-affairs/e-library/docs/ceas-fact-sheets/ceas\\_factsheet\\_de.pdf](http://ec.europa.eu/dgs/home-affairs/e-library/docs/ceas-fact-sheets/ceas_factsheet_de.pdf), zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- Fandrych, Christian (2010): Grammatikerwerb und Grammatikvermittlung. In: Krumm, Hans-Jürgen / Fandrych, Christian / Hufeisen, Britta / Riemer, Claudia (Hg.): *Deutsch als Fremd- und Zweitsprache. Ein internationales Handbuch*. 1. Halbband. Berlin, New York: de Gruyter Mouton, S. 1008-1021.

- Fazel, Mina / Wheeler, Jeremy / Danesh, John (2005): Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. In: *The Lancet* 365 (9467), 9-15 April 2005, S. 1309-1314.
- Feldmeier, Alexis (2015): *Konzept für einen bundesweiten Alphabetisierungskurs. Überarbeitete Neuauflage – Mai 2015*. Herausgegeben vom Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Paderborn: Bonifatius GmbH, Druck-Buch-Verlag. Online verfügbar unter: <https://agiw.fak1.tu-berlin.de/Encyclopaedica/Anfangs-Deutsch/Anlagen/AlphKursK2015.pdf>, zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- Fischer, Gottfried / Riedesser, Peter (1998): *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München: Ernst Reinhardt.
- Flatten, Guido / Gast, Ursula / Hofmann, Arne / Knaevelsrud, Christine / Lampe, Astrid / Liebermann, Peter / Maercker, Andreas / Reddemann, Luise / Wöller, Wolfgang (2011): S3 – Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. *Trauma & Gewalt* 5 (3), S. 202-210. Online verfügbar unter: <http://www.emdr-institut.de/files/dtp002/medien/documents/Literatur-S3-Leitlinie.pdf>, zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- Flor, Herta (2013): Posttraumatische Belastungsstörung. In: Bartsch, Thorsten / Falkai, Peter (Hg.): *Gedächtnisstörungen. Diagnostik und Rehabilitation*. Berlin u. Heidelberg: Springer, S. 292-299.
- Freud, Sigmund (1973): *Zwang, Paranoia und Perversion*. Studienausgabe Bd. 7. Frankfurt am Main: Fischer.
- Frey, Conrad (2007): Sekundärer traumatischer Stress bei den Helfenden. In: Maier, Thomas / Schnyder, Ulrich (Hg.): *Psychotherapie mit Folter- und Kriegsopfern. Ein praktisches Handbuch. Mit einem Vorwort von Norman Sartorius*. Bern: Hans Huber, S. 233-255.
- Friedrich, Esther Kamala (2014): Dissoziation und Multiplizität. In: Weiß, Wilma / Friedrich, Esther Kamala / Picard, Eva / Ding, Ulrike (Hg.): *»Als wär ich ein Geist, der auf mich runter schaut«*. *Dissoziation und Traumapädagogik*. Weinheim u. Basel: Beltz Juventa, S. 13-59.
- Funk, Hermann (2010): Methodische Konzepte für den Deutsch als Fremdsprache-Unterricht. In: Krumm, Hans-Jürgen / Fandrych, Christian / Hufeisen, Britta / Riemer, Claudia (Hg.): *Deutsch als Fremd- und Zweitsprache. Ein internationales Handbuch*. 1. Halbband. Berlin, New York: de Gruyter Mouton, S. 940-952.
- Gabryś-Barker, Danuta (2013): The Affective Dimension in Multilinguals' Language Learning Experience. In: Gabryś-Barker, Danuta / Bielska, Joanna (Hg.): *The Affective Dimension in Second Language Acquisition*. Bristol, Buffalo, Toronto: Multilingual Matters, S. 99-111.
- Gag, Maren / Ilbuga, Tamer / Brahim, Lotfi Ben / Dämpfling, Elke / Kleinekathöfer, Edith / Seukwa, Louis Henri (2005): *Barrieren brechen. Modelle maßschneidern. Bausteine zur beruflichen Förderung und Qualifizierung von Asylsuchenden und Flüchtlingen. Ein Praxis-Reader*. Hamburg: passage gGmbH. Online verfügbar unter: [104](http://www.fluchtort-</a></p>
</div>
<div data-bbox=)

hamburg.de/fileadmin/pdf/EQUAL/Praxis-Reader\_Qualifizierungsoffensive.pdf, zuletzt geprüft am 08.10.2015.

- Gahleitner, Silke Brigitta / Hellese, Thomas / Baierl, Martin / Kühn, Martin / Schmid, Marc (Hg.) (2014): *Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Glaser, Barney G./Strauss, Anselm L. (1998): *Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Gordon, Daryl (2011): Trauma and Second Language Learning among Laotian Refugees. In: *Journal of Southeast Asian American Education and Advancement* 6 (1), Article 13. Online verfügbar unter: <http://docs.lib.purdue.edu/jsaaea/vol6/iss1/13/>, zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- Grein, Marion (2013): *Neurodidaktik. Grundlagen für Sprachlehrende*. Ismaning: Hueber.
- Gruber, Hans / Harteis, Christian (2008): Lernen und Lehren im Erwachsenenalter. In: Renkl, Alexander (Hg.): *Lehrbuch Pädagogische Psychologie*. Bern: Hans Huber, S. 205-261.
- Grundgesetz (GG) (1949): *Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland. Ausfertigungsdatum: 23.05.1949*. Zuletzt geändert am 23.12.2014. Online verfügbar unter: <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/gg/gesamt.pdf>, zuletzt geprüft am 18.08.2015.
- Günther, Gerd (2014): Deutschland und seine Flüchtlingskinder. In: *Rundbrief Gilde Soziale Arbeit* 68 (1), S. 27-32.
- Haanel, Ferdinand (2013): Zur teilstationären Behandlung von Folter- und Bürgerkriegsüberlebenden aus anderen Kulturkreisen. Die Tagesklinik des Berliner Behandlungszentrums für Folteropfer (bzfo/CCM). In: Feldmann, Robert E. Jr. / Seidler, Günter H. (Hg.): *Traum(a) Migration. Aktuelle Konzepte zur Therapie traumatisierter Flüchtlinge und Folteropfer*. Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 83-102.
- Han, Petrus (2010): *Soziologie der Migration. Erklärungsmodelle – Fakten – Politische Konsequenzen – Perspektiven*. 3., überarbeitete und aktualisierte Auflage. Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Hardenacke, Johannes (2014): *Presseinfo 279/14 – 04. November 2014. Asylbewerber- und Flüchtlingskinder in der Kita – Chance, Bereicherung, Herausforderung. Fachtagung der Regierung von Unterfranken stieß auf überwältigendes Interesse*. Online verfügbar unter: <https://www.regierung.unterfranken.bayern.de/presse/2014/02027/index.html>, zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- Hardung, Christine (2006): Reflexion einer interdisziplinären Praxis von Ethnologie und transkultureller Psychotherapie aus ethnologischer Perspektive. In: Wohlfart, Ernestine / Zaumseil, Manfred (Hg.): *Transkulturelle Psychiatrie - Interkulturelle Psychotherapie. Interdisziplinäre Theorie und Praxis*. Heidelberg: Springer, S. 199-212.
- Hasselhorn, Marcus (2009): Entwicklung und lebenslanges Lernen. In: Arnold, Karl-Heinz / Sandfuchs, Uwe / Wiechmann, Jürgen (Hg.): *Handbuch Unterricht*. 2. Auflage. Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt/UTB, S. 40-43.



- Hebb, Donald O. (2002): *The Organization of Behavior: A Neuropsychological Theory*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Hensel, Thomas (2014): Die Psychotraumatologie des Kindes- und Jugendalters. In: Gahleitner, Silke Brigitta / Hensel, Thomas / Baierl, Martin / Kühn, Martin / Schmid, Marc (Hg.): *Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 27-37.
- Hirseland, Katrin (2015): Flucht und Asyl: Aktuelle Zahlen und Entwicklungen. In: *APuZ – Aus Politik und Zeitgeschichte* 65 (25), S. 17-25. Online verfügbar unter: [https://www.slpb.de/fileadmin/media/Publikationen/Ebooks/APuZ\\_2015-25\\_online.pdf](https://www.slpb.de/fileadmin/media/Publikationen/Ebooks/APuZ_2015-25_online.pdf), zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- Hitzler, Ronald (1986): Die Attitüde der künstlichen Dummheit. Zum Verhältnis von Soziologie und Alltag. In: *Sozialwissenschaftliche Informationen* 15 (3), S. 53-59.
- Horn, John L. / Cattell, Raymond B. (1967): Age differences in fluid and crystallized intelligence. In: *Acta Psychologica* 26, S. 107-129.
- Horsman, Jenny (1998a): »But I'm Not a Therapist«. The Challenge of Creating Effective Literacy Learning for Survivors of Trauma. In: Shore, Sue (Hg.): *Australian Council for Adult Literacy 21st National Conference: Literacy on the Line. Conference Proceedings. Adelaide, University of South Australia, 1998*. Online verfügbar unter: [http://www.brown.edu/Departments/Swearer\\_Center/Literacy\\_Resources/jenny.tesol.html](http://www.brown.edu/Departments/Swearer_Center/Literacy_Resources/jenny.tesol.html), zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- Horsman, Jenny (1998b): Literacy Learning for Survivors of Trauma. Acting »Normal«. In: *Canadian Woman Studies* 17 (4), S. 62-67. Online verfügbar unter: <http://cws.journals.yorku.ca/index.php/cws/article/view/8774/7951>, zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- Huber, Michael (2006): Neurobiologische Aspekte des Erinnerens und Vergessens. In: Eggert-Schmid Noerr, Annelinde / Pforr, Ursula / Voß-Davies, Hilke (Hg.): *Lernen, Lernstörungen und die pädagogische Beziehung*. Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 61-72.
- Huber, Michaela (2012): *Trauma und die Folgen. Trauma und Traumabehandlung*. Teil 1. 5. Auflage. Paderborn: Junfermann.
- Hüther, Gerald (2013): *Bedienungsanleitung für ein menschliches Gehirn*. 11. Auflage. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Jaeggi, Eva / Faas, Angelika / Mruck, Katja (1998): *Denkverbote gibt es nicht! Vorschlag zur interpretativen Auswertung kommunikativ gewonnener Daten*. 2., überarbeitete Fassung. Forschungsbericht aus der Abteilung Psychologie im Institut für Sozialwissenschaften der Technischen Universität Berlin Nr. 98-2. Online verfügbar unter: [https://www.ph-freiburg.de/fileadmin/dateien/fakultaet3/sozialwissenschaft/Quasus/Volltexte/jaeggi\\_mruck.denkverbote.pdf](https://www.ph-freiburg.de/fileadmin/dateien/fakultaet3/sozialwissenschaft/Quasus/Volltexte/jaeggi_mruck.denkverbote.pdf), zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- Jecklin, Erica (2001): *Arbeitsbuch Anatomie und Physiologie für Pflege- und andere Gesundheitsfachberufe*. 11. Auflage. München u. Jena: Urban & Fischer.

- Juen, Barbara / Warger, Ruth (2015): Psychosoziale Interventionen in der peritraumatischen Phase und deren Wirksamkeit. In: Gahleitner, Silke Brigitta / Frank, Christina / Leitner, Anton (Hg.): *Ein Trauma ist mehr als ein Trauma. Biopsychosoziale Traumakonzepte in Psychotherapie, Beratung, Supervision und Traumapädagogik*. Weinheim u. Basel: Beltz Juventa, S. 163-170.
- Jüttemann, Gerd (1981): Komparative Kasuistik als Strategie Psychologischer Forschung. In: *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 29 (2), S. 101-118.
- Kaltenborn, Markus (2015): Die Neufassung des Asylbewerberleistungsgesetzes und das Recht auf Gesundheit. In: *Neue Zeitschrift für Sozialrecht* 24 (5), S. 161-165.
- Kapfhammer, Hans-Peter / Dobmeier, Peter / Ehrentraut, Sigrid / Rothenhäusler, Hans-Bernd (2001): Trauma und Dissoziation - eine neurobiologische Perspektive. In: *Psychotherapie* 6 (1), S. 114-129. Online verfügbar unter: [http://cip-medien.com/media/download\\_gallery/01-01/2001-1-11-%20Kapfhammer.pdf](http://cip-medien.com/media/download_gallery/01-01/2001-1-11-%20Kapfhammer.pdf), zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- Kästele, Gisa (2006): Katathymes Bilderleben. Katathym-Imaginative Psychotherapie. Online verfügbar unter: <http://www.therapie.de/psyche/info/index/therapie/katathym-imaginative-psychotherapie/>, zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- Kaufmann, Jean-Claude (1999): *Das verstehende Interview. Theorie und Praxis*. Konstanz: UVK.
- Keilson, Hans (1979): *Sequentielle Traumatisierung bei Kindern. Deskriptiv-klinische und quantifizierend-statistische Follow-up Untersuchung zum Schicksal der jüdischen Kriegswaisen in den Niederlanden*. Forum der Psychiatrie Bd. 5. Stuttgart: Enke.
- Kerka, Sandra (2002): Trauma and Adult Learning. In: *ERIC Digest*, Report no. 239. Columbus, Ohio: Center for Education and Training for Empowerment. (EDO-CE-02-239). Online verfügbar unter: <http://calpro-online.org/ERIC/docs/dig239.pdf>, zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- Kiel, Ewald (2010): Unterrichtsforschung. In: Tippelt, Rudolf / Schmidt, Bernhard (Hg.): *Handbuch Bildungsforschung*. 3., durchgesehene Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, Springer Fachmedien, S. 773-790.
- Kizilhan, Jan Ilhan / Utz, Kristina Sara / Bengel, Jürgen (2013): Transkulturelle Aspekte bei der Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung. In: Feldmann, Robert E. Jr. / Seidler, Günter H. (Hg.): *Traum(a) Migration. Aktuelle Konzepte zur Therapie traumatisierter Flüchtlinge und Folteropfer*. Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 261-279.
- Kleinmann, Howard H. (1984): Understanding Refugee Second Language Learning. In: *JALT Journal* 6 (2), S. 209-219. Online verfügbar unter: <http://jalt-publications.org/jj/articles/2884-understanding-refugee-second-language-learning>, zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- Kluge, Ulrike / Kassim, Nadja (2006): »Der Dritte im Raum«. Chancen und Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit Sprach- und Kulturmittlern in einem interkulturellen psychotherapeutischen Setting. In: Wohlfart, Ernestine / Zaumseil, Manfred (Hg.): *Transkulturelle Psy-*

*chiarie - Interkulturelle Psychotherapie. Interdisziplinäre Theorie und Praxis.* Heidelberg: Springer, S. 177-198.

- Köhne, Julia Barbara (2013): Gedächtnisverlust und Trauma. In: Koch, Lars (Hg.): *Angst. Ein interdisziplinäres Handbuch.* Stuttgart: J. B. Metzler, S. 157-165.
- Köllner, Volker / Sack, Martin (2009): Traumatherapie - Boom oder Blase? In: *Ärztliche Psychotherapie und Psychosomatische Medizin* 4 (3), S. 129-131. Online verfügbar unter: <http://www.schattauer.de/en/magazine/subject-areas/journals-a-z/aerztliche-psychotherapie/contents/archive/issue/939/manuscript/11661/show.html>, zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- König, Veronika (2009): *Transkulturelle Kompetenz in der Medizin. Diplomarbeit. Universität Wien.* Online verfügbar unter: [http://othes.univie.ac.at./3858/1/2009-02-26\\_0048090.pdf](http://othes.univie.ac.at./3858/1/2009-02-26_0048090.pdf), zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- Koop, Ingrid (2000): Narben auf der Seele: Integrative Traumatherapie mit Folterüberlebenden. In: *Zeitschrift für Politische Psychologie* 8 (4), S. 561-585. Online verfügbar unter: <http://amnesty-heilberufe.de/wp-content/uploads/2014/02/2001-Koop-integrative-traumatherapie-folteropfer.pdf>, zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- Krashen, Stephen D. (1981): *Second language acquisition and second language learning.* Oxford: Pergamon Press. Online verfügbar unter: [http://www.sdkrashen.com/content/books/sl\\_acquisition\\_and\\_learning.pdf](http://www.sdkrashen.com/content/books/sl_acquisition_and_learning.pdf), zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- Kraus, Michael (2006): Somatisierung im kulturellen Kontext. In: Wohlfart, Ernestine / Zaumseil, Manfred (Hg.): *Transkulturelle Psychiatrie – Interkulturelle Psychotherapie. Interdisziplinäre Theorie und Praxis.* Heidelberg: Springer, S. 363-376.
- Krueger, Antje (2012): Schattenseiten der Anerkennung - Belastungsreaktionen auf die Arbeit mit traumatisierten Asylsuchenden. In: Heise, Thomas / Özkan, Ibrahim / Golsabahi-Broclawski, Solmaz (Hg.): *Integration, Identität, Gesundheit. Beiträge zum 5. Kongress des Dachverbands der transkulturellen Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im deutschsprachigen Raum e. V. (DTPPP). 23. - 25. September 2011 Alpen-Adria-Universität Klagenfurt.* Berlin: VWB - Verlag für Wissenschaft und Bildung, S. 33-39.
- Kuckartz, Udo / Dresing, Thorsten / Rädiker, Stefan / Stefer, Claus (2007): *Qualitative Evaluation. Der Einstieg in die Praxis.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kühn, Martin (2009): »Macht Eure Welt endlich wieder mit zu meiner!« Anmerkungen zum Begriff der Traumapädagogik. In: Bausum, Jacob / Besser, Lutz / Kühn, Martin / Weiß, Wilma (Hg.): *Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis.* Weinheim u. München: Juventa, S. 23-36.
- Kühn, Martin (2014): Traumapädagogik - von einer Graswurzelbewegung zur Fachdisziplin. In: Gahleitner, Silke Brigitta / Hensel, Thomas / Baierl, Martin / Kühn, Martin / Schmid, Marc (Hg.): *Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik.* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 19-26.

- Kultalahti, Tarja Tuulikki / Rosner, Rita (2008): Risikofaktoren der Posttraumatischen Belastungsstörung nach Trauma-Typ-I bei Kindern und Jugendlichen. In: *Kindheit und Entwicklung* 17 (4), S. 210-218. Online verfügbar unter: [http://www.psy.lmu.de/pbi/personen/ehemalige/rosner\\_rita/downloads/kultalahti\\_rosner\\_08.pdf](http://www.psy.lmu.de/pbi/personen/ehemalige/rosner_rita/downloads/kultalahti_rosner_08.pdf), zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- LÄK-BW / LPK-BW (Landesärztekammer Baden-Württemberg / Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg) (Hg.) (2011): *Traumatisierte MigrantInnen. Ambulante medizinische, psychosoziale und psychotherapeutische Versorgung von traumatisierten MigrantInnen in Baden-Württemberg*. 1. Versorgungsbericht. Stuttgart: Landesärztekammer Baden-Württemberg. Online verfügbar unter: <http://www.suedost-ev.de/veroeffentlichungen/dok/versorgungsbericht.pdf>, zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- LÄK-BW / LPK-BW (Landesärztekammer Baden-Württemberg / Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg) (Hg.) (2015): *Traumatisierte MigrantInnen. Ambulante medizinische, psychosoziale und psychotherapeutische Versorgung von traumatisierten MigrantInnen in Baden-Württemberg*. 2. Versorgungsbericht. Stuttgart: Landesärztekammer Baden-Württemberg. Online verfügbar unter: <https://www.aerztekammer-bw.de/10aerzte/05kammern/10laekbw/20ehrenamt/30ausschuesse/menschenrechte/versorgungsbericht/versorgungsbericht-2015.pdf>, zuletzt geprüft am 10.10.2015.
- Legutko-Marszałek, Iwona (2013): Kortikale und subkortikale Sprachareale im Lichte der neurokognitiven Sprachverarbeitungsmodelle. In: *Glottodidactica* 40 (2), S. 21-33. Online verfügbar unter: <http://pressto.amu.edu.pl/index.php/gl/article/view/1396/1343>, zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- Lehmann, Christian (2014): *Biologische Rahmenbedingungen der Sprache. Lateralisation*. Online verfügbar unter: <http://www.christianlehmann.eu/ling/elements/lateralisation.php>, zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- Lehrerbildungszentrum der RWTH Aachen (2015): *Vorankündigung. 2. Fortbildungstag Seiteneinstieg der Arbeitsstelle Migration der Bezirksregierung Köln zusammen mit den Kommunalen Integrationszentren Stadt und Städteregion Aachen am 16. September 2015*. Online verfügbar unter: [http://www.lbz.rwth-aachen.de/global/show\\_document.asp?id=aaaaaaaaacecub](http://www.lbz.rwth-aachen.de/global/show_document.asp?id=aaaaaaaaacecub), zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- Lennertz, Ilka (2011): *Trauma und Bindung bei Flüchtlingskindern. Erfahrungsverarbeitung bosnischer Flüchtlingskinder in Deutschland*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- List, Gudula (1987): Neuropsychologische Voraussetzungen des Spracherwerbs. In: Apeltauer, Ernst (Hg.): *Gesteuerter Zweitspracherwerb. Voraussetzungen und Konsequenzen für den Unterricht*. München: Max Huber, S. 87-97.
- Löhlein, Harald (2010): Fluchtziel Deutschland. In: Dieckhoff, Petra (Hg.): *Kinderflüchtlinge. Theoretische Grundlagen und berufliches Handeln*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 27-33.

- Lüpke, Hans von (2006): Neurobiologie und Lernen. In: Eggert-Schmid Noerr, Annelinde / Pforr, Ursula / Voß-Davies, Hilke (Hg.): *Lernen, Lernstörungen und die pädagogische Beziehung*. Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 73-84.
- Maercker, Andreas (2013): *Posttraumatische Belastungsstörungen*. 4., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage. Berlin u. Heidelberg: Springer.
- Markowitsch, Hans / Engelen, Eva-Maria / Tscherepanow, Marko / Welzer, Harald (2013): Gedächtnis und Erinnern. In: Stephan, Achim / Walter, Sven (Hg.): *Handbuch Kognitionswissenschaft*. Stuttgart, Weimar: J. B. Metzler, S. 289-303.
- McDonald, Susan (2000): Trauma and Second Language Learning. In: *Canadian Modern Language Review* 56 (4), S. 690-696.
- Migazin (2015a): *BAMF. Bundesamt rät Balkan-Flüchtlingen per Facebook vor Flucht nach Deutschland ab*. Artikel vom 12.08.2015. Online verfügbar unter: <http://www.migazin.de/2015/08/12/bundesamt-raet-per-facebook-vor-flucht-nach-deutschland-ab/>, zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- Migazin (2015b): *Debatte hält an. Einstufung weiterer Balkanstaaten als sicher*. Artikel vom 11.08.2015. Online verfügbar unter: <http://www.migazin.de/2015/08/11/debatte-um-einstufung-weiterer-balkanstaaten-als-sicher-haelt-an/>, zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- Migazin (2015c): *Deutschlands erste Online-Jobbörse für Flüchtlinge gestartet*. Artikel vom 29.07.2015. Online verfügbar unter: <http://www.migazin.de/2015/07/29/deutschlands-erste-online-jobboerse-fuer-fluechtlinge-gestartet/>, zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- Migazin (2015d): *Neues Flüchtlingskonzept. Berlin will Gesundheitskarte für Flüchtlinge einführen*. Artikel vom 12.08.2015. Online verfügbar unter: <http://www.migazin.de/2015/08/12/berlin-will-gesundheitskarte-fuer-fluechtlinge-einfuehren/>, zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- Migazin (2015e): *Offener Hörsaal. Flüchtlinge können in Bochum als Gasthörer studieren*. Artikel vom 31.07.2015. Online verfügbar unter: <http://www.migazin.de/2015/07/31/offener-hoersaal-fluechtlinge-bochum-gasthoerer/>, zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- Migazin (2015f): *Wie Kriegsverhältnisse. Mediziner kritisieren Zustände in Dresdner Zeltlager für Flüchtlinge*. Artikel vom 10.08.2015. Online verfügbar unter: <http://www.migazin.de/2015/08/10/wie-kriegsverhaeltnisse-mediziner-zustaende-dresdner/>, zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- Miller, George A. (1956): *The Magical Number Seven, Plus or Minus Two: Some Limits on Our Capacity for Processing Information*. Online verfügbar unter: <http://cogprints.org/730/1/miller.html>, zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- Ministerium für Schule und Berufsbildung des Landes Schleswig-Holstein (2015): *Fortbildungen für Lehrkräfte zum Umgang mit Flüchtlingskindern*. Pressemeldung vom 02.06.2015. Online verfügbar unter: <http://bildungsklick.de/pm/93792/fortbildungen-fuer-lehrkraefte-zum-umgang-mit-fluechtlingskindern/>, zuletzt geprüft am 08.10.2015.

- Möhrlein, Gerald / Hoffart, Eva-Maria (2014): Traumapädagogische Konzepte in der Schule. In: Gahleitner, Silke Brigitta / Hensel, Thomas / Baierl, Martin / Kühn, Martin / Schmid, Marc (Hg.): *Traumapädagogik in psychosozialen Handlungsfeldern. Ein Handbuch für Jugendhilfe, Schule und Klinik*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 91-102.
- Möller, Heidi/Kotte, Silja (2015): Supervision: Past – Present – Future. In: *Psychotherapie im Dialog* 16 (1), S. 16-25.
- Moore, Claire / Stammermann, Ulla (2009): *Bewegung aus dem Trauma. Traumazentrierte Tanz- und Bewegungstherapie*. Stuttgart: Schattauer.
- Morina, Naser (2007): Sprache und Übersetzung. In: Maier, Thomas / Schnyder, Ulrich (Hg.): *Psychotherapie mit Folter- und Kriegsopfern. Ein praktisches Handbuch. Mit einem Vorwort von Norman Sartorius*. Bern: Hans Huber, S. 179-201.
- Mruck, Katja / Mey, Günter (1998): Selbstreflexivität und Subjektivität im Auswertungsprozess biografischer Materialien – zum Konzept einer »Projektwerkstatt qualitativen Arbeitens« zwischen Colloquium Supervision und Interpretationsgemeinschaft. In: Jüttemann, Gerd / Thomae, Hans (Hg.): *Biografische Methoden in den Humanwissenschaften*. Weinheim: Beltz/Psychologie Verl. Union, S. 284-306. Online verfügbar unter: <http://www.qualitative-forschung.de/netzwerkstatt/arbeitsgruppen/grundlagen/pw.pdf>, zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- Mueller, Julia / Schmidt, Martina / Staeheli, Andrea / Maier, Thomas (2010): Mental health of failed asylum seekers as compared with pending and temporarily accepted asylum seekers. In: *European Journal of Public Health*, Vol. 21, No. 2, S. 184-189. Online verfügbar unter: <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/eurpub/21/2/184.full.pdf>, zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- Müller, Andreas (2013): *Die Organisation der Aufnahme und Unterbringung von Asylbewerbern in Deutschland. Fokus-Studie der deutschen nationalen Kontaktstelle für das Europäische Migrationsnetzwerk (EMN)*. Working Paper 55 der Forschungsgruppe des Bundesamtes. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Online verfügbar unter: [https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/EMN/Nationale-Studien-WorkingPaper/emn-wp55-organisation-und-aufnahme-asylbewerber.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/EMN/Nationale-Studien-WorkingPaper/emn-wp55-organisation-und-aufnahme-asylbewerber.pdf?__blob=publicationFile), zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- Müller, Horst M. (2013): *Psycholinguistik – Neurolinguistik. Die Verarbeitung von Sprache im Gehirn*. Paderborn: Wilhelm Fink.
- Muthny, Fritz A. / Bermejo, Isaac (2009): Zur Bedeutung interkultureller Aspekte in der Medizin - eine Einführung. In: dies. (Hg.): *Interkulturelle Medizin. Lagentheorien, Psychosomatik und Migrationsfolgen*. Köln: Deutscher Ärzteverlag, S. 1-14. Online verfügbar unter: [https://shop.aerzteverlag.de/buecher/buchimg/extra\\_104972.pdf](https://shop.aerzteverlag.de/buecher/buchimg/extra_104972.pdf), zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- Myers, David G. (2014): Neurowissenschaft und Verhalten. In: ders. (Hg.): *Psychologie*. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Berlin u. Heidelberg: Springer, S. 49-88.

- Netzwerk Arbeit für Flüchtlinge (2012): *Migrant\_innen in Deutschland – Aufenthaltsrechtliche Grundlagen. Sozial- und leistungsrechtliche Ansprüche von Flüchtlingen und asylsuchenden Drittstaatsangehörigen*. Online verfügbar unter: [http://www.landinsicht-sh.de/fileadmin/pdf/Kurzuebersicht\\_Aufenthaltsrecht\\_Arbeitsmarktzugang\\_NAF\\_Sep2012.PDF](http://www.landinsicht-sh.de/fileadmin/pdf/Kurzuebersicht_Aufenthaltsrecht_Arbeitsmarktzugang_NAF_Sep2012.PDF), zuletzt geprüft am 10.10.2015.
- Neuner, Frank (2011): Risiken und Nebenwirkungen der Traumatherapie. In: Seidler, Günter H. / Freyberger, Harald J. / Maercker, Andreas (Hg.): *Handbuch der Psychotraumatologie*. Stuttgart: Klett-Cotta, S. 404-412.
- Neurolab (2014): *Infos & Wissen*. Online verfügbar unter: <http://neurolab.eu/infos-wissen/wissen/>, zuletzt geprüft am 10.10.2015.
- Niedrig, Heike (2003): Dimensionen der Fremdbestimmung im Flüchtlingsraum. Der "totale Raum" im Erleben der Jugendlichen. In: Neumann, Ursula / Niedrig, Heike / Schroeder, Joachim / Seukwa, Louis Henri (Hg.): *Lernen am Rande der Gesellschaft. Bildungsinstitutionen im Spiegel von Flüchtlingsbiografien*. Münster: Waxmann, S. 397-410.
- Ogasa, Nicole (2011): *Gefühle und Lernen im Fremdsprachenunterricht. Der Einfluss von Gefühlen auf das Lernen*. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Ottomeyer, Klaus (2014): Psychotherapie mit traumatisierten Flüchtlingen unter den Bedingungen von Diskriminierung und Verfolgung. In: *Psychosozial* 37 (4), Nr. 138, S. 75-87.
- Özkan, Ibrahim / Belz, Maria / Oktay, Neşe (2012): Zusammenhänge von Migration und Stress auf das Lernvermögen. In: Heise, Thomas / Özkan, Ibrahim / Golsabahi-Broclawski, Solmaz (Hg.): *Integration, Identität und Gesundheit. Beiträge zum 5. Kongress des Dachverbands der transkulturellen Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im deutschsprachigen Raum e. V. (DTPPP). 23.-25. September 2011 Alpen-Adria-Universität Klagenfurt*. Berlin: VWB - Verlag für Wissenschaft und Bildung, S. 121-129.
- Özkan, Ibrahim / Franz, Almuth / Belz, Maria / Oktay, Neşe / Tarami, Asieh / Wolf, Veronika (2012): Trauma und Begutachtung: Status quo im Kontext Migration und Flucht. In: Heise, Thomas / Özkan, Ibrahim / Golsabahi-Broclawski, Solmaz (Hg.): *Integration, Identität, Gesundheit. Beiträge zum 5. Kongress des Dachverbands der transkulturellen Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im deutschsprachigen Raum e. V. (DTPPP). 23. - 25. September 2011 Alpen-Adria-Universität Klagenfurt*. Berlin: VWB - Verlag für Wissenschaft und Bildung, S. 109-120.
- Özkan, Ibrahim / Heilek, Mona (2012): Apperzeptive Ergänzung als Chance in der inter- und intrakulturellen Psychotherapie. In: Heise, Thomas / Özkan, Ibrahim / Golsabahi-Broclawski, Solmaz (Hg.): *Integration, Identität, Gesundheit. Beiträge zum 5. Kongress des Dachverbands der transkulturellen Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im deutschsprachigen Raum e. V. (DTPPP). 23.-25. September 2011 Alpen-Adria-Universität Klagenfurt*. Berlin: VWB - Verlag für Wissenschaft und Bildung, S. 105-108.
- Özkan, Ibrahim / Belz, Maria (2013a): Ressourcenorientierte traumazentrierte Behandlung von Migrantinnen. In: Feldmann, Robert E. Jr. / Seidler, Günter H. (Hg.): *Traum(a) Migration. Ak-*

- tuelle Konzepte zur Therapie traumatisierter Flüchtlinge und Folteropfer.* Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 193-220.
- Özkan, Ibrahim / Belz, Maria (2013b): Traumazentrierte Psychotherapie im Rahmen des Göttinger Behandlungskonzepts für Menschen mit Migrationshintergrund. In: Feldmann, Robert E. Jr. / Seidler, Günter H. (Hg.): *Traum(a) Migration. Aktuelle Konzepte zur Therapie traumatisierter Flüchtlinge und Folteropfer.* Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 103-114.
- Park, Robert Ezra (1996): Human migration and the marginal man (1928). In: Sollors, Werner (Hg.): *Theories of ethnicity. A classical reader.* New York: New York University Press, S. 156-167.
- Parzival-Zentrum Karlsruhe (2015): *Seminar Notfallpädagogik 31.10.-01.11.2015: Flucht – Trauma – Schule. Wie Notfallpädagogik unbegleitete minderjährige Flüchtlinge bei der Integration unterstützen kann.* Online verfügbar unter: <http://www.parzival-zentrum.de/termine/termin/seminar-notfallpaedagogik-2015/>, zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- Perry, Bruce D. (2006): Fear and Learning: Trauma-Related Factors in the Adult Education Process. In: *New Directions for Adult & Continuing Education* 110, S. 21-27. Online verfügbar unter: <http://kimberlysheppard.wiki.westga.edu/file/view/Fear+and+learning+-+Trauma-related+factors+in+the+adult+educational+process.pdf>, zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- Pielmaier, Laura / Maercker, Andreas (2011): Risikofaktoren, Resilienz und posttraumatische Reifung. In: Seidler, Günter H. / Freyberger, Harald J. / Maercker, Andreas (Hg.): *Handbuch der Psychotraumatologie.* Stuttgart: Klett-Cotta, S. 73-82.
- Pontes, Ulrich (2012): *Neurotransmitter – Botenmoleküle im Gehirn.* Online verfügbar unter: <https://www.dasgehirn.info/entdecken/kommunikation-der-zellen/neurotransmitter-2013-botenmolekuele-im-gehirn-5880>, zuletzt geprüft am 10.10.2015.
- Putnam, Frank W. (1997): *Dissociation in children and adolescents. A developmental perspective.* New York [u.a.]: Guilford Press.
- Reisenzein, Rainer / Roberts, Robert C. / Coricelli, Giorgio / Joffily, Mateus / Gratch, Jonathan (2013): Emotionen. In: Stephan, Achim / Walter, Sven (Hg.): *Handbuch Kognitionswissenschaft.* Stuttgart, Weimar: J. B. Metzler, S. 258-274.
- Renkl, Alexander (2010): Lehren und Lernen. In: Tippelt, Rudolf / Schmidt, Bernhard (Hg.): *Handbuch Bildungsforschung.* 3., durchgesehene Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, Springer Fachmedien, S. 737-751.
- Rettenbach, Regina / Christ, Claudia (2014): *Die Psychotherapie-Prüfung. Kompaktkurs zur Vorbereitung auf die Approbationsprüfung nach dem Psychotherapeutengesetz mit Kommentar zum IMPP-Gegenstandskatalog.* 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Schattauer.
- Richtlinie 2013/33/EU (2013): *Richtlinie 2013/33/EU des europäischen Parlaments und des Rates vom 26. Juni 2013 zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen (Neufassung).* Amtsblatt der Europäischen Union. Online



verfügbar unter: [http://www.bmi.gv.at/cms/BMI\\_Asylwesen/rechtsgrundlage/files/2014/Richtlinie\\_2013\\_33\\_EU.pdf](http://www.bmi.gv.at/cms/BMI_Asylwesen/rechtsgrundlage/files/2014/Richtlinie_2013_33_EU.pdf), zuletzt geprüft am 08.10.2015.

Rothdeutsch-Granzer, Christina / Weiß, Wilma / Gahleitner, Silke Brigitta (2015): Traumapädagogik - eine junge Fachrichtung mit traditionsreichen Wurzeln und hoffnungsvollen Perspektiven. In: Gahleitner, Silke Brigitta / Frank, Christina / Leitner, Anton (Hg.): *Ein Trauma ist mehr als ein Trauma. Biopsychosoziale Traumakonzepte in Psychotherapie, Beratung, Supervision und Traumapädagogik*. Weinheim u. Basel: Beltz Juventa, S. 171-185.

Roudinesco, Elisabeth / Plon, Michel (2004): *Wörterbuch der Psychoanalyse. Namen – Länder – Werke – Begriffe*. Band 1. Wien: Springer.

Sächsischer Flüchtlingsrat (2015): *Presseerklärung des Sächsischen Flüchtlingsrates zum Dresdner Zeltlager für Flüchtlinge, Bremer Str. 25 in Dresden*. Online verfügbar unter: [saechsischer-fluechtlingsrat.de/presseerklaerung-des-saechsischen-fluechtlingsrates-zum-dresdner-zeltlager-fuer-fluechtlinge-bremer-str-25-in-dresden/](http://saechsischer-fluechtlingsrat.de/presseerklaerung-des-saechsischen-fluechtlingsrates-zum-dresdner-zeltlager-fuer-fluechtlinge-bremer-str-25-in-dresden/), zuletzt geprüft am 08.10.2015.

Schäfer, Philipp (2015): Das Flüchtlingswohnheim. Raumcharakter und Raumpraxis in der Gemeinschaftsunterkunft. In: *sinnprovinz. kultursoziologische working-papers* Nr. 7. Online verfügbar unter: [https://kops.uni-konstanz.de/bitstream/handle/123456789/31549/Schaefer\\_0-292842.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://kops.uni-konstanz.de/bitstream/handle/123456789/31549/Schaefer_0-292842.pdf?sequence=3&isAllowed=y), zuletzt geprüft am 08.10.2015.

Schammann, Hannes (2015): Rette sich, wer kann? Flüchtlingspolitik im Föderalismus. In: *APuZ – Aus Politik und Zeitgeschichte* 65 (25), S. 26-31. Online verfügbar unter: [https://www.slpb.de/fileadmin/media/Publikationen/Ebooks/APuZ\\_2015-25\\_online.pdf](https://www.slpb.de/fileadmin/media/Publikationen/Ebooks/APuZ_2015-25_online.pdf), zuletzt geprüft am 08.10.2015.

Schart, Michael / Legutke, Michael (2012): *Deutsch Lehren Lernen. Einheit 1: Lehrkompetenz und Unterrichtsgestaltung*. Berlin [u.a.]: Langenscheidt.

Schellong, Julia (2013): Diagnostische Klassifikation von Traumafolgestörungen. Sack, Martin / Sachsse, Ulrich / Schellong, Julia (Hg.): *Komplexe Traumafolgestörungen. Diagnostik und Behandlung von Folgen schwerer Gewalt und Vernachlässigung*. Stuttgart: Schattauer, S. 42-58.

Scheffler, Sabine (2015): Trauma und Gender im sozialstrukturellen Kontext. In: Gahleitner, Silke Brigitta / Frank, Christina / Leitner, Anton (Hg.): *Ein Trauma ist mehr als ein Trauma. Biopsychosoziale Traumakonzepte in Psychotherapie, Beratung, Supervision und Traumapädagogik*. Weinheim u. Basel: Beltz Juventa, S. 73-78.

Scherschel, Karin (2014): *Prekäre Positionen in der Asyl- und Fluchtmigration. Studien zur Bedeutung staatlicher Regulierungen für soziale Ungleichheit*. Habilitationsschrift. Friedrich-Schiller-Universität Jena.

Schloenhardt, Andreas (2015): Samariter, Schlepper, Straftäter: Fluchthilfe und Migrantenschmuggel im 21. Jahrhundert. In: *APuZ – Aus Politik und Zeitgeschichte* 65 (25), S. 38-43. Online verfügbar unter: [https://www.slpb.de/fileadmin/media/Publikationen/Ebooks/APuZ\\_2015-25\\_online.pdf](https://www.slpb.de/fileadmin/media/Publikationen/Ebooks/APuZ_2015-25_online.pdf), zuletzt geprüft am 08.10.2015.

- Schmidt, Bernhard (2010): Bildung im Erwachsenenalter. In: Tippelt, Rudolf / Schmidt, Bernhard (Hg.): *Handbuch Bildungsforschung*. 3., durchgesehene Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 661-675.
- Schmidt-Atzert, Lothar / Peper, Martin / Stemmler, Gerhard (2014): *Emotionspsychologie. Ein Lehrbuch*. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schnell, Rainer / Hill, Paul B. / Esser, Elke (2011): *Methoden der empirischen Sozialforschung*. 9., aktualisierte Auflage. München: Oldenbourg.
- Schönmeier, Hermann (2007): Folgerungen. In: SEPA in EQUAL II (Hg.): *Deutsch für Flüchtlinge*. Augsburg, München, Saarbrücken, S. 33-37. Online verfügbar unter: [http://www.equal-sepa.de/material/Produkte/material/Bericht\\_web.pdf](http://www.equal-sepa.de/material/Produkte/material/Bericht_web.pdf), zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- Schouler-Ocak, Meryam (2013): Interkulturelle traumazentrierte Psychotherapie unter Anwendung der EMDR-Methode. In: Feldmann, Robert E. Jr. / Seidler, Günter H. (Hg.): *Traum(a) Migration. Aktuelle Konzepte zur Therapie traumatisierter Flüchtlinge und Folteropfer*. Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 221-239.
- Schroeder, Joachim (2003): »Man kann nicht lernen mit so einem Problem«. Auswirkungen der Lebenslagen auf die Bildungskarrieren. In: Neumann, Ursula / Niedrig, Heike / Schroeder, Joachim / Seukwa, Louis Henri (Hg.): *Lernen am Rande der Gesellschaft. Bildungsinstitutionen im Spiegel von Flüchtlingsbiografien*. Münster: Waxmann, S. 237-262.
- Schumann, John H. (1999): A neurobiological perspective on affect and methodology in second language learning. In: Arnold, Jane (Hg.): *Affect in Language Learning*. Cambridge: University Press, S. 28-42.
- Schwager, Martina (2015): Trauma. »Die Bilder sind noch in meinem Kopf«. In: *Migazin*. Artikel vom 11.06.2015. Online verfügbar unter: <http://www.migazin.de/2015/06/11/die-bilder-sind-noch-in-meinem-kopf/>, zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- Schwanberg, Jennifer Suzanne (2010): Does Language of Retrieval Affect the Remembering of Trauma? In: *Journal of Trauma & Dissociation* 11 (1), S. 44-56
- Schwarz, Gisela (2009): *Trauma und Lernstörung*. Online verfügbar unter: [http://www.gisela-schwarz.at/data/Trauma\\_und\\_Lernstoerung.pdf](http://www.gisela-schwarz.at/data/Trauma_und_Lernstoerung.pdf), zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- Schwarzer, Anke (2015): Sprachkurse für Flüchtlinge. Nach 100 Deutschstunden ist meist Feierabend. In: *Migazin*. Artikel vom 20.03.2015. Online verfügbar unter: <http://www.migazin.de/2015/03/20/sprachkurse-fluechtlinge-nach100-deutschstunden-feierabend/>, zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- Schwarzer, Christine (2007): Lernen im Erwachsenenalter. In: Dokumente zur Weiterbildung und Internationalisierung an Hochschulen, Heft 5, Düsseldorf: Institut für Internationale Kommunikation (IIK), S. 7-25. Online verfügbar unter: [www.iik-duesseldorf.de/publikationen/wb-05\\_2007.pdf](http://www.iik-duesseldorf.de/publikationen/wb-05_2007.pdf), zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- SGB V (Sozialgesetzbuch Fünftes Buch) (1988): *Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477)*. *Ausfertigungsdatum: 20.12.1988*. Zuletzt

geändert am 15.04.2015. Online verfügbar unter: [http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/sgb\\_5/gesamt.pdf](http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/sgb_5/gesamt.pdf), zuletzt geprüft am 08.10.2015.

Solmecke, Gert (2010): Vermittlung der Hörfertigkeit. In: Krumm, Hans-Jürgen / Fandrych, Christian / Hufeisen, Britta / Riemer, Claudia (Hg.): *Deutsch als Fremd- und Zweitsprache. Ein internationales Handbuch*. 1. Halbband. Berlin, New York: de Gruyter Mouton, S. 969-975.

Speckmann, Erwin-Josef / Wittkowski, Werner (1998): *Bau und Funktion des menschlichen Körpers. Praxisorientierte Anatomie und Physiologie*. 19. Auflage. München u. Jena: Urban & Fischer.

Spitzer, Manfred (2002): *Lernen. Gehirnforschung und die Schule des Lebens*. Heidelberg, Berlin: Spektrum Akademischer Verlag.

Staatsinstitut für Schulqualität und Bildungsforschung (Hg.) (2014): *Handreichung: Berufsschulpflichtige Asylbewerber und Flüchtlinge. Beschulung von berufsschulpflichtigen Asylbewerbern und Flüchtlingen an bayerischen Berufsschulen*. München: Staatsinstitut für Schulqualität und Bildungsforschung. Online verfügbar unter: [http://www.km.bayern.de/download/10538\\_handreichung\\_baf\\_beschulung.pdf](http://www.km.bayern.de/download/10538_handreichung_baf_beschulung.pdf), zuletzt geprüft am 08.10.2015.

Steinacher, Sabine (2007a): Kapitel 8.3: Interkulturelles Lernen für Freiwillige. In: SEPA in EQUAL II (2007): *Deutsch für Flüchtlinge. Praxishilfen. Zusammengestellt von den SprachlehrerInnen SEPA in EQUAL II*. Augsburg, München, Saarbrücken, Kapitel 8.3. Online verfügbar unter: [http://www.equal-sepa.de/material/Produkte/material/Praxishilfen\\_web.pdf](http://www.equal-sepa.de/material/Produkte/material/Praxishilfen_web.pdf), zuletzt geprüft am 08.10.2015.

Steinacher, Sabine (2007b): Sprachvermittlung: Methodische und didaktische Aspekte. In: SEPA in EQUAL II (2007): *Deutsch für Flüchtlinge*. Augsburg, München, Saarbrücken, S. 10-27. Online verfügbar unter: [http://www.equal-sepa.de/material/Produkte/material/Bericht\\_web.pdf](http://www.equal-sepa.de/material/Produkte/material/Bericht_web.pdf), zuletzt geprüft am 08.10.2015.

Strauss, Anselm L. (1998): *Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung*. 2. Auflage. München: Wilhelm Fink.

Streeck-Fischer, Annette (2014): *Trauma und Entwicklung. Adoleszenz - frühe Traumatisierungen und ihre Folgen*. 2., überarbeitete Auflage. Stuttgart: Schattauer.

studyblue (2012): Neuro b6 s1. Online verfügbar unter: <https://classconnection.s3.amazonaws.com/676/flashcards/1511676/jpg/highbrain71336948114986.jpg>, zuletzt geprüft am 10.10.2015.

Swierzewski, Stanley J. (2000): *Sleep Stages*. Online verfügbar unter: [www.healthcommunities.com/sleep-stages/overview-sleep-cycle.shtml](http://www.healthcommunities.com/sleep-stages/overview-sleep-cycle.shtml), zuletzt geprüft am 08.10.2015.

Täubig, Vicki (2009): *Totale Institution Asyl. Empirische Befunde zu alltäglichen Lebensführungen in der organisierten Desintegration*. Weinheim u. München: Juventa.

Teckentrup, Gabriele (2010): Wenn der Körper die Seele entlastet. Somatische Symptome als Reaktionen auf extreme Traumatisierungen. In: Dieckhoff, Petra (Hg.): *Kinderflüchtlinge. Theo-*

*retische Grundlagen und berufliches Handeln*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 97-111.

- Tetens, Jakob (2015): *Einladung zum landesweiten Fortbildungsangebot zum »Umgang mit psychisch traumatisierten Mädchen und Jungen in der Schule« für alle DaZ-Lehrkräfte sowie mit ihnen kooperierende Schulsozialpädagogen/innen*. Online verfügbar unter: <http://daz-hzgt-lauenburg.lernnetz.de/pdf-frei/Anschreiben%20Fortbildungsreihe%20TRAUMA.pdf>, zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- Trägerkreis Junge Flüchtlinge e. V. (Hg.) (2014): *Fortbildung 2014/15*. München: SchlaU-Schule. Online verfügbar unter: [http://www.schlau-schule.de/uploads/pdf\\_uploads/SchlaUes%20Fortbildungsprogramm%202014-15.pdf](http://www.schlau-schule.de/uploads/pdf_uploads/SchlaUes%20Fortbildungsprogramm%202014-15.pdf), zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- Treibel, Annette (2008): *Migration in modernen Gesellschaften. Soziale Folgen von Einwanderung, Gastarbeit und Flucht*. 4. Auflage. Weinheim u. München: Juventa.
- Tüllmann, Tanja (2014): Selbstfürsorge als Schlüssel zur Gesundheit. In: Baierl, Martin / Frey, Kurt (Hg.): *Praxisbandbuch Traumapädagogik. Lebensfreude, Sicherheit und Geborgenheit für Kinder und Jugendliche*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 264-275.
- Uttendörfer, Jochen (2009): *Traumazentrierte Pädagogik. Von der Entwicklung einer Kultur des Sicheren Ortes*. Online verfügbar unter: [https://www.rlp-buergerservice.de/bis/kvbitburgpruem\\_bis/ressource.do?id=30633&\\_type=file](https://www.rlp-buergerservice.de/bis/kvbitburgpruem_bis/ressource.do?id=30633&_type=file) , zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- Vang, Chia Youyee (2003): *Language Acquisition And Acculturation Efforts For Immigrants And Refugees In Minnesota. A report prepared for The McKnight Foundation*, S. 5-34. Online verfügbar unter: <https://www.mcknight.org/system/asset/document/111/full-report-adobe-acrobat-format-264kb.pdf>, zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- Vaysgluz, Olena (2007): Grundlagenwissen zum Begriff Trauma. In: EQUAL Entwicklungspartnerschaft FLUCHTort Hamburg (Hg.): *Lernen trotz Trauma. Möglichkeiten der beruflichen Qualifizierung von kriegs- und fluchttraumatisierten Frauen. Reflexionen aus der Bildungs- und Beratungsarbeit mit geflüchteten Frauen*. Hamburg: EQUAL, S. 21-33. Online verfügbar unter: <http://www.karola-hamburg.de/cms/sites/default/files/doc/Lernen-trotz-Trauma.pdf>, zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- Weiß, Wilma (2009a): Selbstbemächtigung - ein Kernstück der Traumapädagogik. In: Bausum, Jacob / Besser, Lutz / Kühn, Martin / Weiß, Wilma (Hg.): *Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis*. Weinheim u. München: Juventa, S. 157-170.
- Weiß, Wilma (2009b): »Wer macht die Jana wieder ganz?« Über Inhalte von Traumabearbeitung und Traumaarbeit. In: Bausum, Jacob / Besser, Lutz / Kühn, Martin / Weiß, Wilma (Hg.): *Traumapädagogik. Grundlagen, Arbeitsfelder und Methoden für die pädagogische Praxis*. Weinheim u. München: Juventa, S. 13-22.

- Wendel, Kay (2014): *Unterbringung von Flüchtlingen in Deutschland. Regelungen und Praxis der Bundesländer im Vergleich*. Stand: August 2014. Frankfurt am Main: Förderverein PRO ASYL e. V. Online verfügbar unter: [http://www.proasyl.de/fileadmin/fm-dam/NEWS/2014/Laendervergleich\\_Unterbringung\\_2014-09-23\\_01.pdf](http://www.proasyl.de/fileadmin/fm-dam/NEWS/2014/Laendervergleich_Unterbringung_2014-09-23_01.pdf), zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- Wenk-Ansohn, Mechthild / Weber-Nelson, Christiane / Hoppmann, Fee / Ahrndt, Andrea (2014): Behandlung und Rehabilitation von Folterüberlebenden und Kriegstraumatisierten. In: *Psychosozial* 37 (4), Nr. 138, S. 55-74.
- Wicker, Hans-Rudolf (2007): Transkulturalität in der Therapie von Folter- und Kriegsopfern. In: Maier, Thomas / Schnyder, Ulrich (Hg.): *Psychotherapie mit Folter- und Kriegsopfern. Ein praktisches Handbuch. Mit einem Vorwort von Norman Sartorius*. Bern: Hans Huber, S. 203-220.
- Wirtgen, Waltraut (2000): Überlebende von Folter in der Asylgesetzgebung 1996. REFUGIO München als Brücke zwischen menschlichem Einzelschicksal und politischer Realität. In: ders. (Hg.): *Trauma - Wahrnehmen des Unsagbaren*. 2. Auflage. Heidelberg: Roland Asanger, S. 75-91.
- Wirtgen, Waltraut (2009): Traumatisierte Flüchtlinge: Psychische Probleme bleiben meist unerkannt. In: *Deutsches Ärzteblatt* 106 (49), S. A2463-A2465. Online verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/pdf/106/49/a2463.pdf?ts=01.12.2009+11%3A12%3A38>, zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- Witte, Arnd / Harden, Theo (2010): Die Rolle des Lehrers/der Lehrerin im Unterricht des Deutschen als Zweit- und Fremdsprache. In: Krumm, Hans-Jürgen / Fandrych, Christian / Hufeisen, Britta / Riemer, Claudia (Hg.): *Deutsch als Fremd- und Zweitsprache. Ein internationales Handbuch*. 2. Halbband. Berlin, New York: Walter de Gruyter, S. 1324-1340.
- Witzel, Andreas (2000): Das problemzentrierte Interview [25 Absätze]. In: *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research* 1 (1), Art. 22. Online verfügbar unter: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1132/2519>, zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- Wohlfart, Ernestine / Hodzic, Sanja / Özbek, Tülay (2006): Transkulturelles Denken und transkulturelle Praxis in der Psychiatrie und Psychotherapie. In: Wohlfart, Ernestine / Zaumseil, Manfred (Hg.): *Transkulturelle Psychiatrie - Interkulturelle Psychotherapie. Interdisziplinäre Theorie und Praxis*. Heidelberg: Springer, S. 143-167.
- Wolf, Gertrud (2011): Zur Konstruktion des Erwachsenen. Grundlagen einer erwachsenenpädagogischen Lerntheorie. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Wolff, Dieter (2004): Kognition und Emotion im Fremdspracherwerb. In: Börner, Wolfgang / Vogel, Klaus (Hg.): *Emotion und Kognition im Fremdsprachenunterricht*. Tübingen: Gunter Narr, S. 87-103.
- Yeomans, Peter D. / Forman, Evan M. (2009): Cultural Factors in Traumatic Stress. In: Eshun, Sussie / Gurung, Regan A. R. (Hg.): *Culture and Mental Health. Socialcultural Influences*,

*Theory, and Practice*. Chichester [u.a.]: Wiley-Blackwell, S. 221-244. Online verfügbar unter: [http://www.drexel.edu/~media/Files/psychology/labs/formanherbert/publications/Yeomans\\_Forman\\_2009\\_Cultural\\_Factors\\_in\\_Traumatic\\_Stress.ashx?la=en](http://www.drexel.edu/~media/Files/psychology/labs/formanherbert/publications/Yeomans_Forman_2009_Cultural_Factors_in_Traumatic_Stress.ashx?la=en), zuletzt geprüft am 08.10.2015.

Yilmaz, A. Tarik (2006): Grundlagen der kultursensitiven Krisenintervention. In: Wohlfart, Ernestine/ Zaumseil, Manfred (Hg.): *Transkulturelle Psychiatrie - Interkulturelle Psychotherapie. Interdisziplinäre Theorie und Praxis*. Heidelberg: Springer, S. 279-284.

Zimmermann, Emil (2000): *Kulturelle Mißverständnisse in der Medizin. Ausländische Patienten besser versorgen*. Bern [u.a.]: Huber.

Zito, Dima (2010): Traumatherapie mit jungen Flüchtlingen. In: Dieckhoff, Petra (Hg.): *Kinderflüchtlinge. Theoretische Grundlagen und berufliches Handeln*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 125-140.

### **Filmverzeichnis**

Ziegler, Katrin-Cécile (2015): *Neue Heimat Folge 2: »Mit 100 € von Gambia nach Europa«. Die Geschichte eines Flüchtlings aus der Bodenseeregion*. Deutschland: RegioTV Bodenseefernsehen. Online verfügbar unter: <https://www.youtube.com/watch?v=wS46MKznC9k>, zuletzt geprüft am 08.10.2015.

## Abkürzungsverzeichnis

APA	American Psychiatric Association
AsylbLG	Asylbewerberleistungsgesetz
AsylbLG§14Bek	Bekanntmachung über die Höhe der Leistungssätze nach §14 AsylbLG
AsylVfG	Asylverfahrensgesetz
AufenthG	Aufenthaltsgesetz (Gesetz über den Aufenthalt, die Erwerbstätigkeit und Integration von Ausländern im Bundesgebiet)
BAfF	Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer
BAMF	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BMI	Bundesministerium für Inneres
BRD	Bundesrepublik Deutschland
DaZ	Deutsch als Zweitsprache
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
dvv	Deutscher Volkshochschul-Verband
EASY-Verfahren	ErstAufnahmeSYSTEM
EU	Europäische Union
EURODAC	European Dactyloscopy
GEAS	Gemeinsames Europäisches Asylsystem
GFK	Genfer Flüchtlingskonvention
GG	Grundgesetz
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
LÄK	Landesärztekammer
LPK	Landespsychotherapeutenkammer
PSZ	Psychosoziales Zentrum
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
UE	Unterrichtseinheit/en
UN	United Nations (Vereinte Nationen)
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees
VHS	Volkshochschule

## Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1:</i> Übersicht zu aufenthaltsrechtlichen Grundlagen.....	124
<i>Abbildung 2:</i> Übersicht zu sozial- und leistungsrechtlichen Ansprüchen.....	125
<i>Abbildung 3:</i> Aufbau des Gehirns und Limbischen Systems .....	126
<i>Abbildung 4:</i> Für die Sprachverarbeitung relevante Gehirnareale .....	127
<i>Abbildung 5:</i> Übersicht der Gedächtnisoperationen und Sprachwahrnehmung .....	128
<i>Abbildung 6:</i> Übersicht traumareaktiver Entwicklungen .....	129
<i>Abbildung 7:</i> Übersicht über die Auswirkungen von Traumatisierungen .....	130
<i>Abbildung 8:</i> Übersicht über die Pathophysiologie der PTBS .....	130



## **Tabellenverzeichnis**

<i>Tabelle 1:</i> Neurotransmitter und ihre Wirkungen .....	25
<i>Tabelle 2:</i> Schematische Einteilung traumatischer Ereignisse.....	27
<i>Tabelle 3:</i> Gedächtnisstörungen bei der PTBS .....	38
<i>Tabelle 4:</i> Übersicht zu den Probanden und Interviews.....	59

## **Anhangsverzeichnis**

<i>Anhang 1: Überblick zu den aufenthaltsrechtlichen Grundlagen</i> .....	124
<i>Anhang 2: Aufbau des Gehirns und Limbischen Systems</i> .....	126
<i>Anhang 3: Übersicht Gedächtnisoperationen und Sprachwahrnehmung</i> .....	128
<i>Anhang 4: Übersicht über traumareaktive Entwicklungen</i> .....	129
<i>Anhang 5: Übersichten über neuro-physiologische Auswirkungen von Traumatisierungen</i> .....	130
<i>Anhang 6: Übersicht zu den Methoden zur Traumaexposition</i> .....	131
<i>Anhang 7: Musteranschreiben Interviewanfrage</i> .....	134
<i>Anhang 8: Detaillierte Fassung des Interviewleitfadens / Fragebogens</i> .....	135
<i>Anhang 9: Muster der Einverständniserklärung</i> .....	138
<i>Anhang 10: Protokollbogen Interview (Muster)</i> .....	139
<i>Anhang 11: Transkriptionsregeln</i> .....	140
<i>Anhang 12: Reorientierende Maßnahmen</i> .....	142

# Anhang 1: Überblick zu den aufenthaltsrechtlichen Grundlagen<sup>1</sup>

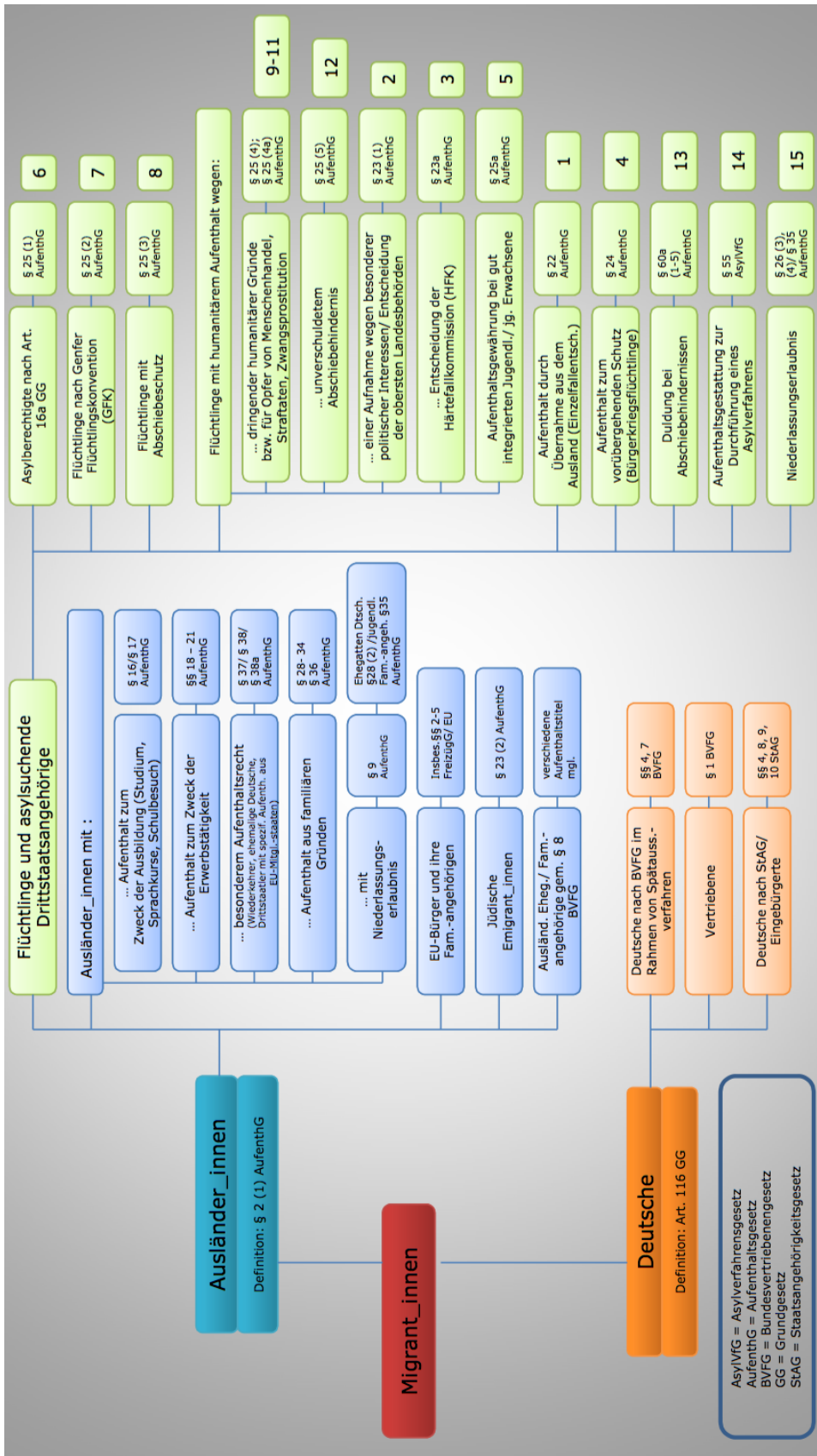


Abbildung 1: Übersicht zu aufenthaltsrechtlichen Grundlagen (»Netzwerk Arbeit für Flüchtlinge« 2012)

<sup>1</sup> Diese beiden Übersichten wurden erstellt durch das »Netzwerk Arbeit für Flüchtlinge« (2012).

		Lebensunterhalt	Förderansprüche Familie und Integration (***)	Arbeitsmarktzugang
1	Aufenthalt durch Übernahme aus dem Ausland (Einzelfallentsch.)	§ 22 Aufenthaltsg SGB II/ SGB XII	Anspruch auf Familienleistg. früh. nach 3 J.; kein Integrationskursanspruch, Verpflichtung mögl.	nachrangig/ bei Aufnahmeerklärung des BMI auch sofortige Erwerbslaubnis
2	Aufenthalt für bestimmte Ausländergruppen bzw. aus best. Ländern wegen polit. Interesse (Entscheidung des IM wie Bleiberechtsregelung)	§ 23 (1); Aufenthaltsg SGB II/ SGB XII	Anspruch auf Familienleistungen und Förderleistungen, kein Integrationskursanspruch	Selbstständige Tätigkeit ja; Uneingeschränkter Arbeitsmarktzugang
3	Aufenthalt wegen einer Härtefallkommission (HFK)	§ 23a Aufenthaltsg SGB II/ SGB XII	Ansprüche auf Familienleistg. früh. nach 3 J.; kein Integrationskursanspruch, Verpflichtung mögl.	i.d.R. ja, weil bereits 3jähr. Aufenthalt vorliegt
4	Aufenthalt zum vorübergehenden Schutz (Bürgerkriegsflüchtlinge)	§ 24 Aufenthaltsg AsylbLG	Ansprüche auf Familienleistg. früh. nach 3 J.; kein Integrationskursanspruch	Selbstständige Tätigkeit ja; Arbeitsmarktzugang nach Vorrangprüfung
5	Aufenthaltsgewährung bei gut integrierten Jugendlichen/ Jg. Erwachsene	§ 25a Aufenthaltsg SGB II/ SGB XII	Anspruch auf Familienleistungen (Voraufenth. 3 J. vorliegend); Kindergeld/ Elterngeld in Abh. vom Aufenth. der Eltern; kein Integrationskursanspruch, Verpflichtung möglich	Uneingeschränkter Beschäftigungserlaubnis wegen Voraufenthalt > 3 Jahre; Selbstständigkeit im Ermessen der ABH
6	Asylberechtigte nach Art. 16a GG	§ 25 (1) Aufenthaltsg SGB II/ SGB XII	alle Ansprüche zu Sozialleistungen wie bei dt. Staatsangeh.; Anspruch und Verpflichtung zu IK	Selbstständige Tätigkeit ja; Uneingeschränkter Arbeitsmarktzugang
7	Flüchtlinge nach Genfer Flüchtlingskonvention (GFK)	§ 25 (2) Aufenthaltsg SGB II/ SGB XII	alle Ansprüche zu Sozialleistungen wie bei dt. Staatsangeh.; Anspruch und Verpflichtung zu IK	Selbstständige Tätigkeit ja; Uneingeschränkter Arbeitsmarktzugang
8	Aufenthalt für Flüchtlinge mit Abschiebeschutz (auslandsbez. Abschiebehindernis)	§ 25 (3) Aufenthaltsg SGB II/ SGB XII	Ansprüche auf Familienleistg. früh. nach 3 J.; kein Integrationskursanspruch, Verpflichtung mögl.	Arbeitsmarktzugang nachrangig/ frühestens nach 3 J. Aufenthalt bzw. 2 J. rechtmäßiger Beschäftigung auf Antrag/ selbst. Tätigkeit im Ermessen der ABH
9	Aufenthalt wegen dringender humanitärer o. persönlicher Gründe o. erhebli. öff. Interesse	§ 25 (4) Aufenthaltsg AsylbLG	Ansprüche auf Familienleistg. früh. nach 3 J. bei Erwerbstätigkeit; kein Int.-kursanspruch	Arbeitsmarktzugang nachrangig, frühestens nach 3 J. Aufenthalt bzw. 2 J. rechtmäßiger Beschäftigung
10	Aufenthalt wegen bes. Umstände des Einzelfalls/ außergewöhn. Härte	§ 25 (4) Aufenthaltsg SGB II/ SGB XII	Ansprüche auf Familienleistg. früh. nach 3 J. bei Erwerbstätigkeit; kein int.-kursanspruch, Verpflichtung möglich	Arbeitsmarktzugang nachrangig, frühestens nach 3 J. Aufenthalt bzw. 2 J. rechtmäßiger Beschäftigung
11	Aufenthalt für Opfer von Menschenhandel, Straftaten, Zwangsprostitution	§ 25 (4a) Aufenthaltsg AsylbLG	Ansprüche auf Familienleistg. früh. nach 3 J. bei Erwerbstätigkeit; kein Integrationskursanspruch	Beschäftigungserlaubnis ja, i.d.R. beschränkt für einen zugesagten Apl., ohne Arbeitsmarkprüfung
12	Aufenthalt wegen rechtl. o. tatsächlicher Ausreisehindernisse (inlandsbezogen)	§ 25 (5) Aufenthaltsg AsylbLG	Ansprüche auf Familienleistg. früh. nach 3 J. bei Erwerbstätigkeit; kein Integrationskursanspruch/ Verpflichtung durch ABH mögl.	Arbeitsmarktzugang nachrangig/ frühestens nach 3 J. Aufenthalt bzw. 2 J. rechtmäßiger Beschäftigung
13	Duldung bei Abschiebehindernissen	§ 60a Aufenthaltsg AsylbLG	Keine Ansprüche auf Familienleistungen; kein Integrationskursanspruch	Nachrangiger Arbeitsmarktzugang in den ersten 4 Jahren, danach Aufhebung der Beschränkung auf Antrag mögl., AGH erlaubt
14	Aufenthaltsgestattung zur Durchführung eines Asylverfahrens	§ 55 AsylVG AsylbLG	Keine Ansprüche auf Familien- und Sozialleistungen; kein Integrationskursanspruch	Arbeitsverbot im ersten Jahr seit Asylantragstellung, danach Beschäftigungserlaubnis auf Antrag mögl.
15	Niederlassungserlaubnis nach 3 bzw. 7 Jahren Aufenthalt	§ 26 (3) Aufenthaltsg SGB II/ SGB XII	alle Ansprüche zu Sozialleistungen wie bei dt. Staatsangeh.	Selbstständige Tätigkeit ja; Uneingeschränkter Arbeitsmarktzugang

Abbildung 2: Übersicht zu sozial- und leistungsrechtlichen Ansprüchen (Netzwerk Arbeit für Flüchtlinge 2012)

Anhang 2: Aufbau des Gehirns und Limbischen Systems

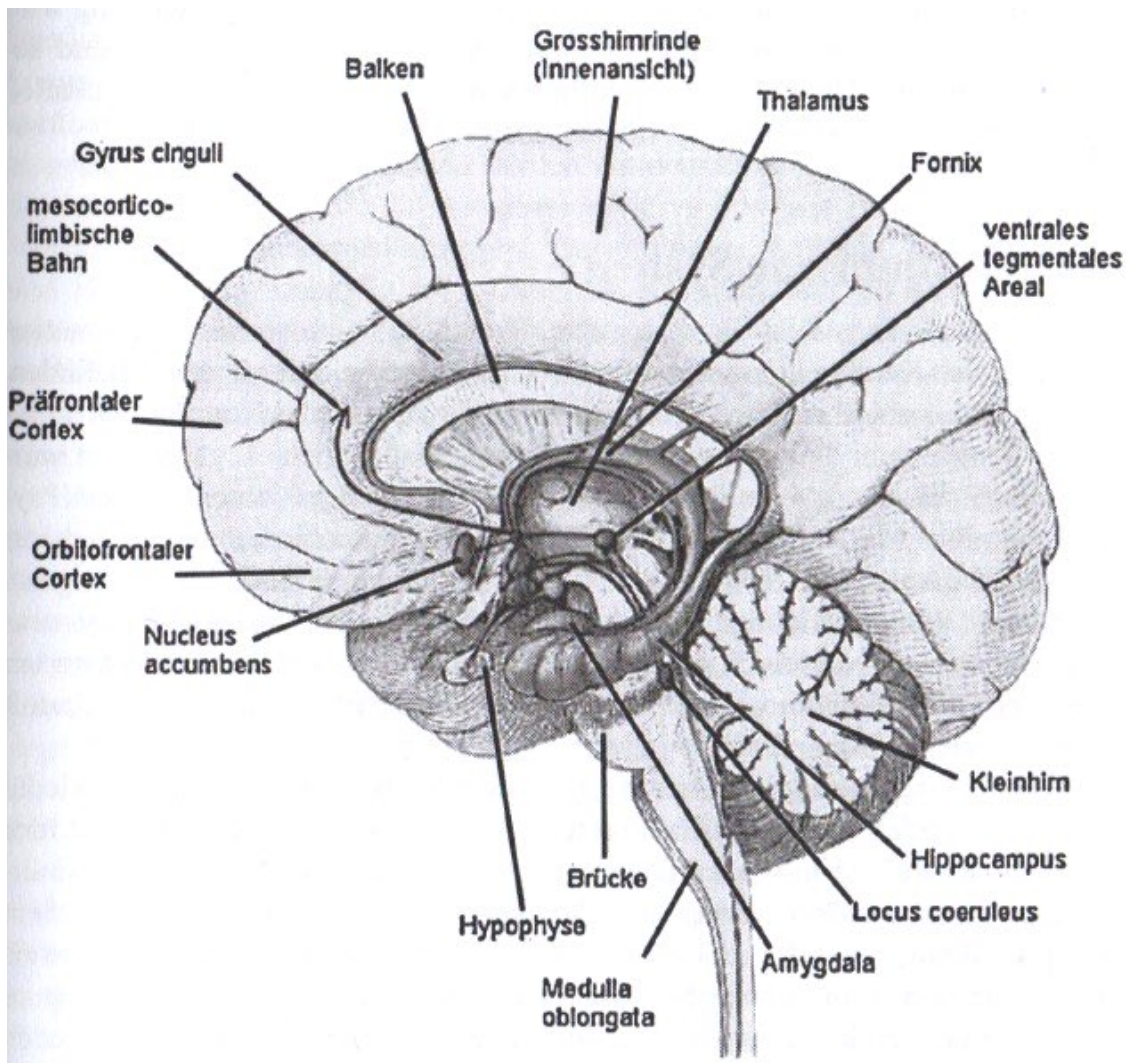


Abbildung 3: Aufbau des Gehirns und Limbischen Systems (Ogasa 2011: 97)<sup>2</sup>

<sup>2</sup> Zu dieser Abbildung schreibt Ogasa (2011: 97; Herv. i. O.): »Medienansicht des menschlichen Gehirns mit den wichtigsten limbischen Zentren. Diese Zentren sind Orte der Entstehung von Affekten, von positiven (Nucleus accumbens, Ventrales Tegmentales Areal) und negativen Gefühlen (Amygdala), der Gedächtnisorganisation (Hippocampus), der Aufmerksamkeits- und Bewusstseinssteuerung (basales Vorderhirn, Locus coeruleus, Thalamus) und der Kontrolle vegetativer Funktionen (Hypothalamus; Roth 2003, 257, nach Spektrum/Scientific American, 1994; verändert).«

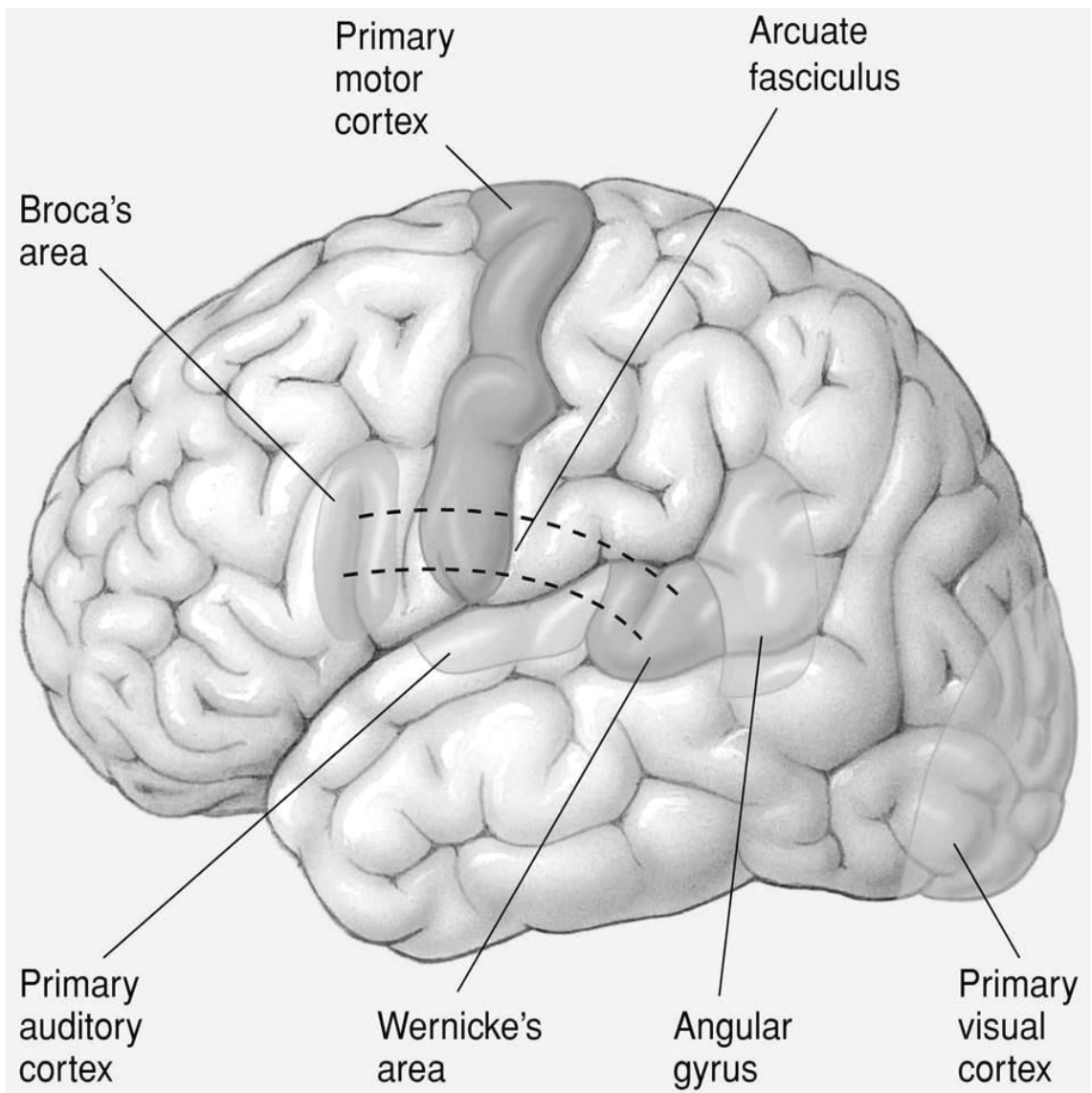


Abbildung 4: Für die Sprachverarbeitung relevante Gehirnareale (studyblue 2012)

Anhang 3: Übersicht Gedächtnisoperationen und Sprachwahrnehmung

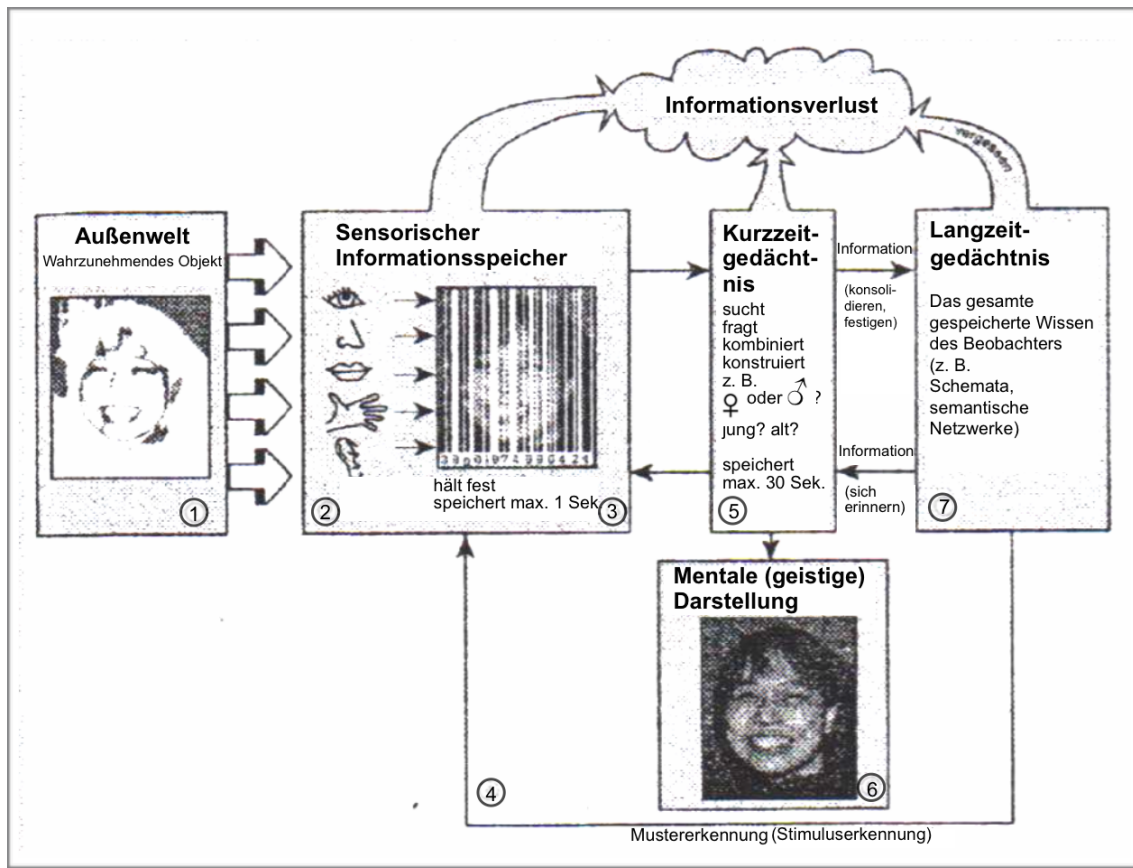


Abbildung 5: Übersicht der Gedächtnisoperationen und Sprachwahrnehmung nach Barbara Dahlhaus (1997: 59)

Anhang 4: Übersicht über traumareaktive Entwicklungen

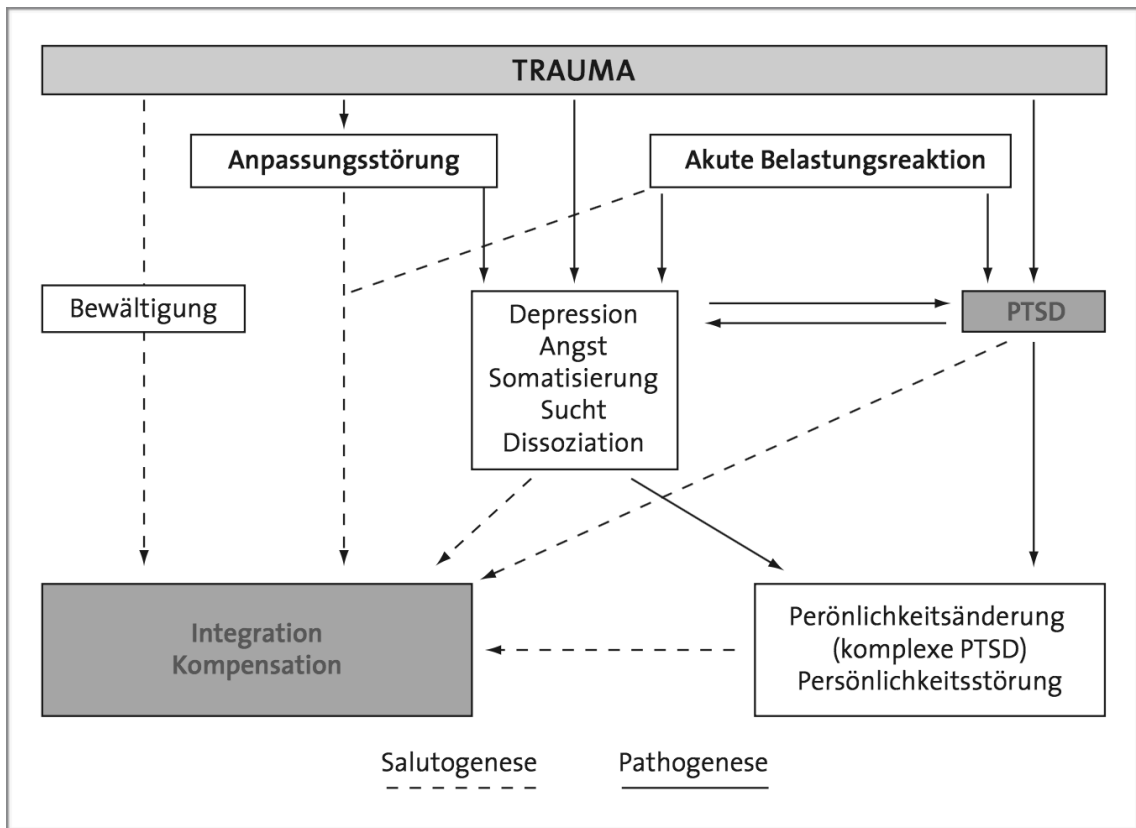


Abbildung 6: Übersicht traumareaktiver Entwicklungen (Flatten et al. 2011: 204)



Anhang 5: Übersichten über neuro-physiologische Auswirkungen von Traumatisierungen

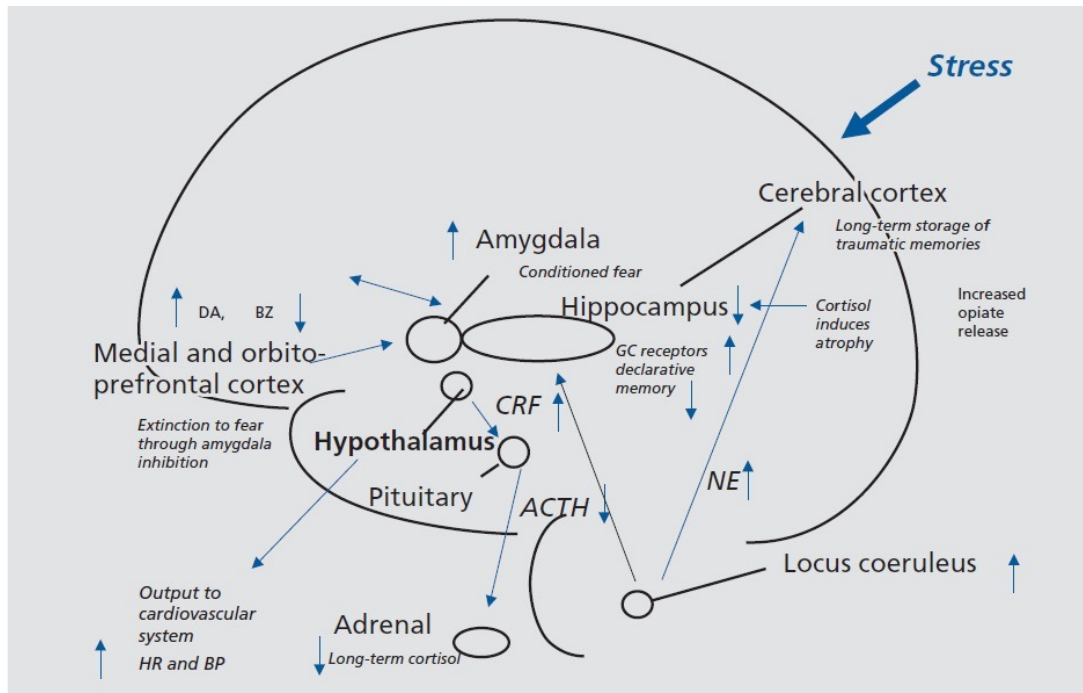


Figure 1. Lasting effects of trauma on the brain, showing long-term dysregulation of norepinephrine and cortisol systems, and vulnerable areas of hippocampus, amygdala, and medial prefrontal cortex that are affected by trauma. GC, glucocorticoid; CRF, corticotropin-releasing factor; ACTH, adrenocorticotropic hormone; NE, norepinephrine; HR, heart rate; BP, blood pressure; DA, dopamine; BZ, benzodiazepine; GC, glucocorticoid

Abbildung 7: Übersicht über die Auswirkungen von Traumatisierungen (Bremner 2006: 447)

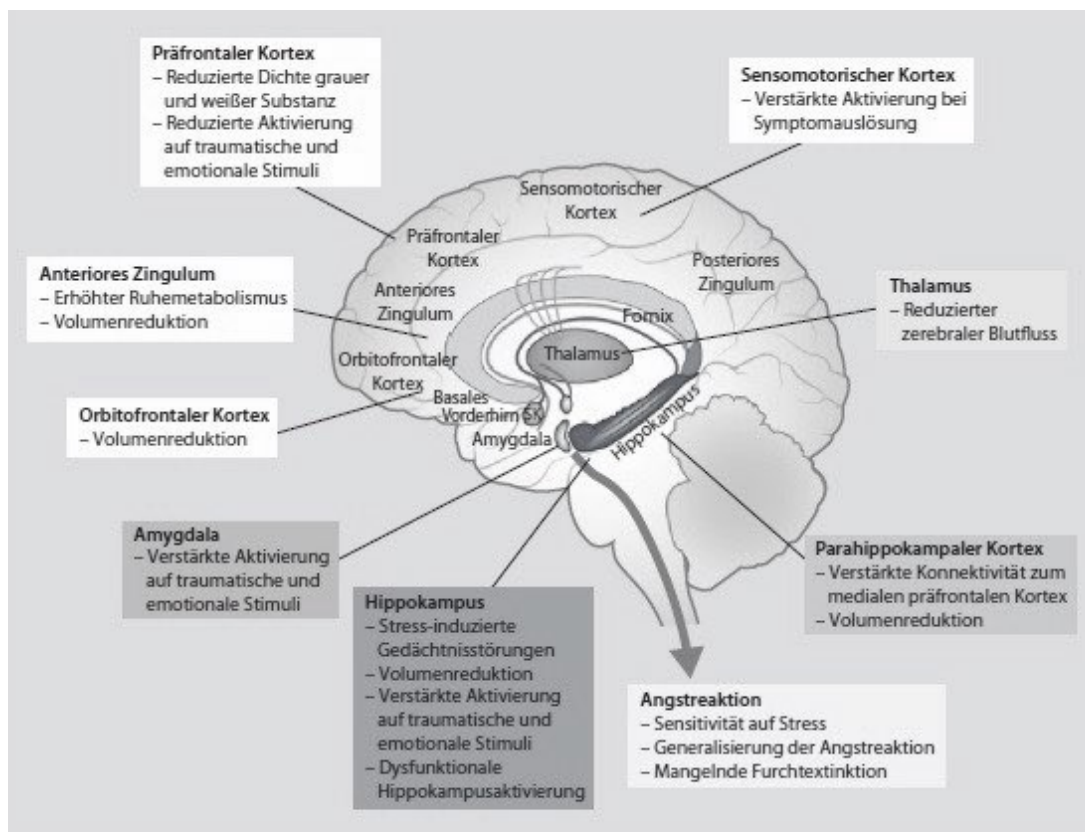


Abbildung 8: Übersicht über die Pathophysiologie der PTBS (Flor 2013: 293)

**CIPBS (Conflict Imagination, Painting and Bilateral Stimulation)**

Die CIPBS verknüpft EMDR und KIP miteinander, indem das traumatische Ereignis zeichnerisch dargestellt wird und anschließend eine Stimulierung beider Hemisphären des Gehirns erfolgt, z. B. durch schnelle rhythmische Augenbewegungen, akustische Reize oder sensorische Impulse. Anschließend werden die Zeichnungen dem Therapeuten übergeben, damit sich der Patient somit emotional von der Konfrontation mit dem Trauma distanzieren kann. Da dieser Ansatz nur gering sprachbetont ist, wird er auch für die Therapie von ausländischen Patienten empfohlen, die nur geringe Deutschkenntnisse vorweisen können (vgl. Özkan/Belz 2013a: 204).

**DBT (Dialektisch Behaviorale Therapie)**

Die DBT zielt auf die Ausbildung einer ›inneren Achtsamkeit‹ sowie eines verbesserten Umgangs mit Anspannungen – insbesondere Flashbacks, Dissoziationen und Angstzustände – seitens des Traumatisierten. Dies wird dadurch umgesetzt, dass dem Patienten sowohl Techniken zum Verständnis eines Problems als auch zu dessen aktiver Änderung nähergebracht werden. Somit kann die betroffene Person imaginäre Gegensätze in ihrer Umwelt erkennen und Stück für Stück dekonstruieren sowie in die eigene Lebenswelt integrieren. Traumainhalte sind kein Thema in der DBT, weswegen sie lediglich eine Ergänzung zu anderen Ansätzen darstellt (vgl. Özkan/Belz 2013a: 205).

**EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)**

Die EMDR-Methode basiert auf dem Gedanken, dass eine schnelle, rhythmische Augenbewegung bei gleichzeitigem Denken an eine traumatische Situation dazu führt, dass sich die entsprechenden psychischen Belastungen verringern. Hierbei kommt es zur abwechselnden Stimulierung der beiden Hemisphären des Gehirns und zu einer Integration der belastenden Erinnerungen in die neuronalen Netzwerke. EMDR beruht nicht zwangsweise auf Augenbewegungen, sondern auch sensorische oder akustische Reize können den notwendigen Effekt aufweisen. Im Hinblick auf eine Therapie mit Flüchtlingen wird angeraten, dass EMDR erst angewandt wird, wenn der Aufenthaltsstatus geklärt ist, da dieses Vorgehen sonst kontraindiziert ist. EMDR kann weiterhin auch zur Ressourcenaktivierung genutzt werden (vgl. Özkan/Belz 2013a: 202).

**KIP (Katathym-Imaginative Psychotherapie)**

Die KIP basiert auf der Arbeit mit Tagträumen, durch die sich der Therapeut und der Patient gemeinsam an unbewusste Themen und resilienzfördernde Ressourcen annähern können. Hierzu wird der Traumatisierte in einen Zustand der Tiefenentspannung versetzt und gebeten, Bilder entstehen zu lassen. Jedes Bild steht hierbei für ein bestimmtes Thema (z. B. die ›Wiese‹ für die aktuelle Stimmung und das ›Haus‹ für die Selbstwahrnehmung) und offenbart durch seine spezifische Ausprägung unbewusste Wahrnehmungen und Einstellungen. Die KIP dient hierbei vor allem der Ich-Stärkung und Traumakonfrontation, aber auch der emotionalen Distanzierung und Regression des Traumatisierten (vgl. Kästele 2006).

### **KNT (kultursensitive narrative Traumatherapie)**

Die KNT greift ebenfalls wie die NET auf eine Verknüpfung von Narration und Exposition zurück. Auch hier werden die Erinnerungsfragmente ausformuliert und gemeinsam mit anderen Erinnerungen in eine chronologische Reihenfolge gebracht. Im Gegensatz zur NET sind hierbei auch die Biografien der Vorfahren von Bedeutung; vor allem wenn eine transgenerationale Traumatisierung vorliegt. Somit können die belastenden Erinnerungen nicht nur in die eigene Lebensgeschichte, sondern auch in einen größeren Zusammenhang sinnhaft integriert werden (vgl. Kizilhan/Utz/Bengel 2013: 266-267).

### **NET (narrative Expositionstherapie)**

Die NET bildet ein Kurzzeitverfahren, das für die Traumabehandlung von Kriegs-, Terror- und Folteropfern konzipiert wurde und sowohl die Narration als auch die Traumaexposition miteinander verknüpft. Hierbei wird eine Narration anhand der Biografie des Traumatisierten aufgebaut, welche sich nicht auf die belastendsten Ereignisse konzentriert – wie es in der klassischen Traumaexposition der Fall ist –, sondern chronologisch vorgeht. Dies ermöglicht es den betroffenen Personen, ihre Gedanken und Emotionen zu kontrollieren, Ängste zu reduzieren und das traumatische Ereignis in die Erinnerungen an die eigene Biografie zu integrieren (vgl. Kizilhan/Utz/Bengel 2013: 266).

### **PITT (Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie)**

Die PITT bezieht sich vornehmlich auf die ›natürliche Traumaverarbeitung‹, wobei sie nicht auf eine Konfrontation und Durchleuchtung des traumatischen Ereignisses zielt, sondern vielmehr auf die vorangehende Erkennung und Stärkung einzelner Resilienzfaktoren der betroffenen Person. In dieser Therapiemethode wird der Patient dazu aufgefordert, sich bewusst von den emotional aufgeladenen Erinnerungen zu distanzieren und sich somit vor negativen Affekten zu schützen. Gleichzeitig werden ihm Techniken zur Abwehr von Stressreaktionen und belastenden Erinnerungen nähergebracht, wie beispielsweise die aktive Imagination resilienzfördernder Bilder oder eines inneren, ›sicheren Ortes‹, an dem man vor jeder Gefahr geschützt ist (vgl. Özkan/Belz 2013a: 205).

### **Testimony-Therapie (Testimonio)**

Die Testimony-Therapie gilt als Kurzzeittherapie, die insbesondere für Opfer politischer Verfolgung und Gewalt konzipiert worden ist. Hierbei wird von den Patienten die Lebensgeschichte erzählt, wobei insbesondere ein Fokus auf das Trauma gelegt wird. Dies wird dabei entweder durch ein Aufnahmegerät aufgezeichnet oder aber schriftlich niedergeschrieben und darauffolgend von den Patienten als ›Zeugenaussage‹ unterschrieben. Hierdurch wird die Angst reduziert, der emotionale Ausdruck befördert und die Integration des Traumas im autobiografischen Gedächtnis unterstützt (vgl. Kizilhan/Utz/Bengel 2013: 265).

### **Traumatherapie ›light‹**

In der Traumatherapie ›light‹ werden die Belastungen für den Therapeuten und den Patienten reduziert. Dies geschieht dadurch, dass das traumatische Ereignis aktualisiert und in die eigene Lebensgeschichte integriert sowie emotional verarbeitet wird. Sie eignet sich insbesondere für die Stabili-

sierungsphase. Hierbei wird auf drei unterschiedliche Techniken zurückgegriffen: a) Distanzierungstechniken, wie die Screen- oder Beobachertechnik, bei der sich der Betroffene emotional von der traumatisierenden Situation distanziert, b) Verfahren zum Ressourcenausbau, bei denen dem Traumatisierten hilfreiche und stärkende Erinnerungen bewusst gemacht werden, und c) Techniken zur Veränderung des Traumanarrativs, bei denen sich beispielsweise die Erinnerungen an die traumatische Situation zum Schluss ins Positive wenden (vgl. Özkan/Belz 2013a: 204).

### **Traumazentrierte Psychotherapie**

Die Traumazentrierte Psychotherapie lässt sich in drei miteinander verflochtene Phasen untergliedern: Stabilisierung, Traumasynthese und Neuorientierung. Hierbei arbeiten der Therapeut und der Patient ›auf Augenhöhe‹ an einer Stärkung der Körperwahrnehmung und einer Auseinandersetzung mit dem ›inneren Kind‹ des Traumatisierten. Ebenfalls gehören hierzu die Routinierung verschiedener Imaginationsübungen, durch die sich der Patient von seinen negativen Affekten distanzieren und seine Ressourcen hervorheben kann. Während der gesamten Therapie hat er zudem die Kontrolle über das Geschehen und kann Situationen bei Bedarf ohne Weiteres abbrechen (vgl. Özkan/Belz 2013a: 202-203).

### **TRUST (Techniken Ressourcenfokussierter und Symbolhafter Traumabearbeitung)**

TRUST wurde insbesondere für die Arbeit mit krebserkrankten Personen konzipiert, wobei hier Elemente verschiedener Verfahren, wie z. B. EMDR, KIP und PITT, zum Einsatz kommen. Dieser Ansatz zielt vor allem auf die Förderung von Ressourcen, die Resilienzstärkung und die Konfrontation mit dem traumatischen Ereignis ab (vgl. Özkan/Belz 2013a: 203-204).

## Anhang 7: Musteranschreiben Interviewanfrage

Sehr geehrte/r Frau/Herr . . . . .,

ich bin Studentin des internationalen Masterstudiengangs ›Auslandsgermanistik – Deutsch als Fremdsprache – Deutsch als Zweitsprache‹ an der Friedrich-Schiller-Universität Jena und arbeite derzeit an meiner Masterabschlussarbeit zu dem Thema ›Trauma(folgestörungen) und Zweitspracherwerb bei Flüchtlingen‹. Diese Arbeit untersucht den Einfluss von Traumata und deren Folgestörungen auf Lernprozesse, den Zweitspracherwerb und die Unterrichtspraxis sowie vice versa. Wichtige Gesprächspartner\_innen sind hierbei unter anderem Psychotherapeut\_innen, Psycholog\_innen sowie Institutionen, die mit traumatisierten Flüchtlingen arbeiten.

Ich bin auf Sie aufmerksam geworden durch. . . . . Um einen tieferen Einblick in das oben erwähnte Handlungsfeld zu erlangen, möchte ich Sie hiermit fragen, ob Sie bereit wären, ein Interview mit mir zu führen, welches ich für meine Arbeit auswerten kann. In dem Gespräch sollte es um Ihre Gedanken, Ihre Erfahrungen und Ihr Vorgehen hinsichtlich der Therapie mit traumatisierten Flüchtlingen sowie die möglichen Auswirkungen des Traumas auf Spracherwerb und Lernprozesse gehen.

Um eine möglichst effiziente Datenauswertung zu gewährleisten, möchte ich das Interview gerne aufzeichnen und anschließend verschriftlichen. Hierbei würde das Interview dem Datenschutz unterliegen, d. h. es würde derart anonymisiert werden, so dass keine Rückschlüsse auf Ihre Person oder Ihre Institution gezogen werden können.

Das Interview bietet Ihnen die Möglichkeit, die Erfahrungen, die Sie in Ihrem Beruf bisher sammeln konnten, in die Traumaforschung einfließen zu lassen. Sie könnten auf aktuelle Entwicklungen, aber auch etwaige Missstände hinweisen, die Ihnen wichtig erscheinen. Auf Wunsch biete ich zudem die Möglichkeit, Ihnen die Ergebnisse der Arbeit kostenfrei zukommen zu lassen.

Ich würde mich freuen, mit Ihnen ein Gespräch führen zu können. Hinsichtlich eines Termins und Ortes richte ich mich gerne nach Ihren Wünschen. Es wäre schön, wenn Sie mir bis zum TT.MM.JJJJ mitteilen könnten, ob Sie an meiner Interviewreihe teilnehmen möchten. Meine Kontaktdaten finden Sie unten stehend. Für Rückfragen, Anmerkungen und Kritik stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.

Für Ihr Entgegenkommen im Voraus herzlichen Dank.

Mit freundlichen Grüßen

Anita Coenen

--

Friedrich-Schiller-Universität Jena

Philosophische Fakultät

Internationaler Masterstudiengang

Auslandsgermanistik - Deutsch als Fremdsprache - Deutsch als Zweitsprache

Kontakt:

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

E-Mail: xxxx@xxxx

Telefon: xxxx xx xxx xxx

### **Ausführlicher Interviewleitfaden**

- Informierung über Ablauf der Untersuchung
- Informierung über das Ziel des Interviews
- Tonbandaufnahme
- Einverständniserklärung für Audioaufnahme
- Erhebung personenbezogener Daten
- Datenschutzerklärung

### **Einstieg:**

- Können Sie mir kurz Ihren Werdegang beschreiben?
- Welche Ausbildung bzw. Qualifikation haben Sie bzgl. Traumata?

### **I. Traumadefinitionen**

- Was verstehen Sie unter dem Begriff ›Trauma‹?
- Gibt es Traumadefinitionen, denen Sie widersprechen? Warum?
- Wie oft behandeln Sie Flüchtlinge, die genau Ihrer Definition entsprechen?
- Wie viel Zeit vergeht i.d.R. bis traumatisierte Flüchtlinge den Weg zu Ihnen finden?

### **II. Symptome traumatisierter Flüchtlinge**

- Welche Symptome weisen traumatisierte Flüchtlinge oftmals auf? Gibt es Unterschiede in den Altersgruppen?
- Wie stellen Sie diese Symptome fest?
- Sehen Sie Probleme bei der Diagnose einer Traumatisierung?
- Welche Folgestörungen treten bei traumatisierten Flüchtlingen auf?
- Bei wie vielen von Ihnen behandelten Flüchtlingen treten diese Folgestörungen auf?
- Wie gehen die Flüchtlinge mit den Symptomen um?
- Wie gehen die Flüchtlinge mit der Diagnose um?
- Wie bewerten Sie die Situation der Flüchtlinge in Deutschland hinsichtlich Ihrer Traumatisierung?  
(*Wohnsituation, Gesetzeslage, Sozialleben etc.*)
- Was passiert, wenn Traumata und die entsprechenden Folgestörungen unbehandelt bleiben? (*v.a. hinsichtlich ihrer Situation in Deutschland*)

### III. Psychotherapeutische Beobachtungen des Spracherwerbs

- Welche Rolle spielt Ihrer Meinung nach die deutsche Sprache in der Therapie von traumatisierten Flüchtlingen?
- Stoßen Sie in Ihren Therapien auf (schwerwiegende) sprachliche Probleme? Wie gehen Sie damit um?
- Welche Erfahrungen haben Sie mit Dolmetschern in der Psychotherapie? Welchen Einfluss haben Dolmetscher Ihrer Meinung nach auf eine Therapiestunde? (*Rückwirkung auf den Patienten: z.B. Scham, kulturelle Barrieren, Sprachprobleme in der Herkunftssprache, Fehlübersetzungen und -interpretationen*)
- Wie schätzen Sie die Sprachkenntnisse der traumatisierten Flüchtlinge ein, die zu Ihnen in die Therapie kommen?
- Beobachten Sie i. d. R. mit dem Fortschreiten der Therapie auch eine Verbesserung der Deutschkenntnisse?
- Haben Traumata Ihrer Meinung nach einen Einfluss auf das Lernen/den Lernprozess im Allgemeinen? Welche Ursachen sehen Sie hierfür?
- Haben Traumata Ihrer Meinung nach einen Einfluss auf den Spracherwerb bzw. die Alphabetisierung? Welche Ursachen sehen Sie hierfür? (*Ich hab' gelesen, dass Traumata eine Wirkung auf den Hippocampus sowie das limbische System, das Broca-Areal und Wernicke-Zentrum haben. Diese Bereiche haben einen Einfluss auf das Sprachlernen.*)
- Hat die Verbesserung der deutschen Sprache einen Einfluss auf das Trauma bzw. die Traumafolgestörungen? (*gleichermaßen Verbesserung der Traumatherapie?*)
- Wird der Spracherwerb bzw. die deutsche Sprache von den traumatisierten Flüchtlingen im Rahmen der Therapie thematisiert?

### IV. DaZ-Unterricht aus psychotherapeutischer Sicht

- Wird der Deutschunterricht von traumatisierten Flüchtlingen thematisiert?
- Welche Auswirkungen kann eine Unterrichtssituation auf traumatisierte Flüchtlinge haben? (*FU oder GA; Informationsaufnahme/-verarbeitung; Lernstress; Überforderung*)
- Wodurch können Ihrer Meinung nach Traumatisierungen getriggert werden? (*z.B. Bilder in Lehrwerken; Themen; Tonfall; Gerüche; Geräusche; körperliche Nähe; andere TN etc.??*)
- Gibt es Übungen, die vermieden werden sollten?
- Inwiefern sollte die Biographie und Lebenswelt des Traumatisierten im Unterricht thematisiert werden?
- Wie beurteilen Sie, dass traumatisierte Flüchtlinge die Deutschkurse auch mit nicht-traumatisierten Lernern zusammen besuchen?

- Welchen Einfluss können Traumata bzw. Folgestörungen auf das Verhalten im Unterricht haben?
- Welchen Einfluss können Traumata bzw. Folgestörungen auf das Lernverhalten haben?
- Sehen Sie hier Unterschiede hinsichtlich der Altersgruppe / Geschlecht / Herkunft?

#### **V. Zur Interaktion von Lehrperson und traumatisierten Lernern; Anforderungen an die Lehrperson**

- Worauf muss ich als Lehrperson im Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen achten?
- Wie gehen traumatisierte Flüchtlinge mit (weiblichen) Autoritäten um?
- Welche Anforderungen sollte eine Lehrperson erfüllen, um traumatisierte Flüchtlinge unterrichten zu können? Wie kann Sie diese Anforderungen erwerben? (*Sensibilisierung, Workshops, Verankerung in Aus- und Weiterbildung etc.??*)
- Wie kann ich als Lehrperson, ohne fachspezifisches psychotherapeutisches Wissen, Symptome einer Traumatisierung bei Flüchtlingen erkennen?
- Sollte die Lehrperson Unterschiede in der Unterrichtsführung gegenüber traumatisierten und nicht-traumatisierten Lernen machen? Wenn ja, welche? Warum?
- Wie soll sich die Lehrperson verhalten, wenn das Trauma offensichtlich getriggert wird?
- Wie soll sich die Lehrperson hinsichtlich der Symptome und Folgestörungen verhalten? (*z.B. Dissoziationen, Flashbacks, Panikattacken, Konzentrations- und Gedächtnisprobleme*)
- Wie soll die Lehrperson mit traumatisierten Lernern kommunizieren und interagieren? Gibt es hierfür bestimmte Muster? (*z. B. bei einem Flashback?*)
- Kann die Lehrperson sekundär traumatisiert werden? Wenn ja, wie kann sie sich schützen?

#### **VI. Unterricht gleich Therapie?**

- Sollten Therapie und Unterricht Ihrer Meinung nach vereint werden? Warum?
- Kann der Deutschunterricht bzw. der Zweitspracherwerb Ihrer Meinung nach therapiefördernd sein?
- Wie sollte der Unterricht beschaffen sein, um die Therapie zu fördern? (*sicherer Ort?*)
- Sehen Sie Möglichkeiten, wie DaZ-Lehrer und Psychotherapeuten zusammenarbeiten können? Wenn ja, welche?

#### **Abschluss:**

- Möchten Sie noch aus Ihrer Sicht wichtige Aspekte des Themas ansprechen, die nach Ihrem Gefühl im Interview zu wenig berücksichtigt wurden?



*Anhang 9: Muster der Einverständniserklärung*

Anita Coenen  
Straße, Hausnummer  
PLZ, Ort

E-Mail-Adresse  
Telefonnummer

## **Einverständniserklärung zum Interview**

Forschungsprojekt:

Flucht – Trauma – Zweitsprache

Eine explorative Interviewstudie zu Trauma(folgestörungen) bei Flüchtlingen und im Deutsch-als-Zweitsprache-Unterricht

Interviewerin: Anita Coenen

Interviewte: Vor- und Nachname

Interviewdatum: TT.MM.JJJJ

Ich erkläre mich dazu bereit, im Rahmen des genannten Forschungsprojekts an einem Interview teilzunehmen. Ich wurde über das Ziel und den Verlauf des Forschungsprojekts informiert. Ich kann das Interview jederzeit abbrechen, weitere Interviews ablehnen und meine Einwilligung in eine Aufzeichnung und Niederschrift des Interviews zurückziehen, ohne dass mir dadurch irgendwelche Nachteile entstehen.

Ich bin damit einverstanden, dass das Interview mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet und so dann in Schriftform gebracht wird. Für die weitere wissenschaftliche Auswertung des Interviewtextes werden alle Angaben zu meiner Person und der Institution, der ich angehöre, aus dem Text entfernt und/oder anonymisiert. Mir wird außerdem versichert, dass das Interview in wissenschaftlichen Veröffentlichungen, die an das Forschungsprojekt anschließen, nur in Ausschnitten zitiert wird, um sicherzustellen, dass ich auch durch die in den Interviews erzählte Reihenfolge von Ereignissen nicht für Dritte erkennbar werde.

Ich kann diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen, ohne dass irgendwelche Nachteile für mich entstehen (Kontaktadresse für Widerruf: siehe Briefkopf).

Ich habe eine Ausfertigung dieser Erklärung erhalten.

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Interviewte/r

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Interviewer

## Interviewprotokollbogen

Interview Code Nr.:

P _____
---------

Datum: \_\_\_\_\_ Dauer: \_\_\_\_\_ min

Ort/Räumlichkeit: \_\_\_\_\_

Teilnahmemotivation: \_\_\_\_\_

**Befragte/r:**

Alter: \_\_\_\_\_ (falls nicht bekannt, in groben Kategorien geschätzt)

Ausbildung: \_\_\_\_\_

Beruf/Berufsstatus: \_\_\_\_\_

Zusätzl. Informationen, besondere Vorkommnisse bei Kontaktierung/im Interview:

**Interviewatmosphäre, Stichworte zur personalen Beziehung:**

---

---

---

---

---

**Interaktion im Interview, schwierige Passagen**

---

---

---

---

---

**Check:** Einverständniserklärung unterschrieben?

### Einfaches Transkriptionsregelsystem<sup>3</sup>

1. Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend. Vorhandene Dialekte werden möglichst wortgenau ins Hochdeutsche übersetzt. Wenn keine eindeutige Übersetzung möglich ist, wird der Dialekt beibehalten, zum Beispiel: Ich gehe heuer auf das Oktoberfest.
2. Wortverschleifungen werden nicht transkribiert, sondern an das Schriftdeutsch angenähert. Beispielsweise wird aus ›Er hatte noch so'n Buch genannt‹ wird zu ›Er hatte noch so ein Buch genannt‹ und ›simma‹ wird zu ›sind wir‹. Die Satzform wird beibehalten, auch wenn sie syntaktische Fehler beinhaltet, beispielsweise: ›bin ich nach Kaufhaus gegangen‹.
3. Wort- und Satzabbrüche werden mit Schrägstrich / dargestellt.
4. Interpunktion wird zu Gunsten der Lesbarkeit geglättet, d.h. bei kurzem Senken der Stimme oder uneindeutiger Betonung, wird eher ein Punkt als ein Komma gesetzt.
5. Pausen werden durch drei Auslassungspunkte in Klammern entsprechend der Länge von 1 (.) bis 3 (...) Sekunden markiert, längere als (Ziffer) in Klammern.
6. Zustimmungde bzw. bestätigende Lautäußerungen (wie Mhm) des Interviewers werden nicht transkribiert. Äußerungen wie mhm, ehm und äh des Befragten werden nicht transkribiert. Einsilbige Antworten wie bejahende (mh=hm, ah=ha) und verneinende (hm=mh, eh=eh) werden immer erfasst, wenn passend als ›mhm (bejahend)‹ oder ›mhm (verneinend)‹.
7. Besonders betonte Wörter oder Äußerungen werden durch Großschreibung gekennzeichnet.
8. Jeder Sprechbeitrag erhält einen eigenen Absatz. Zwischen den Sprechern gibt es eine freie, leere Zeile. [...]
9. Emotionale, nonverbale Äußerungen der befragten Person und des Interviewers, die die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (etwa wie lachen oder seufzen), werden beim Einsatz in Klammern notiert.
10. Die jeweils gleichzeitige Rede kann nach Personen getrennt erfasst werden und wird mit Zeichen eingeführt und beendet:  
**I:** // Ach da haben sie //  
**B:** // Genau da war ich damals// schon mal gewesen.
11. Unverständliche Wörter werden mit (unv.) gekennzeichnet. Längere unverständliche Passagen sollten möglichst mit der Ursache versehen werden (unv., Handystörgeräusch) oder

---

<sup>3</sup> Einfaches Transkriptionsregelsystem entnommen aus Dresing und Pehl (2011: 19-24).

(unv., Zug fährt vorbei). Vermutet man einen Wortlaut, ist sich aber nicht sicher, wird das Wort bzw. der Satzteil mit einem Fragezeichen in Klammern gesetzt. Zum Beispiel: (Xylo-methanolin?). [...]

12. Störungen werden in Klammern notiert: (10 Sek. und ein vorbeifahrender Zug).  
[...]

### **Hinweise zur einheitlichen Schreibweise**

Diese Punkte betreffen eher die Schreibweise und helfen, bei vielen Transkribenten einen einheitlichen Stil zu erhalten.

1. Zeichen und Abkürzungen werden ausgeschrieben, zum Beispiel Prozent und Meter, und so weiter.
2. Wortverkürzungen wie ›runtergehen‹ statt ›heruntergehen‹ oder ›mal‹ statt ›einmal‹ werden genauso geschrieben, wie sie gesprochen werden.
3. Englische Begriffe werden nach deutschen Rechtschreibregeln in Groß- und Kleinschreibung behandelt.
4. Anredepronomen der zweiten Person (du und ihr) werden klein geschrieben, die Höflichkeitsanrede-Pronomen (Sie und Ihnen) werden groß geschrieben.
5. Zahlen werden wie folgt dargestellt:
  - a. Zahlen null bis zwölf im Fließtext mit Namen, größere in Ziffern.
  - b. Auch weitere Zahlen mit kurzen Namen schreibt man aus, vor allem runde: zwanzig, hundert, dreitausend.
  - c. Dezimalzahlen und mathematische Gleichungen sind stets in Ziffern zu schreiben. Also: ›4 + 5 = 9‹ und ›3,5‹
  - d. Bei nur ungefähr gemeinten Zahlenangaben schreibe man den Zahlennamen, bei exakt gemeinten die Ziffernform. Also: ›Die fünfzig Millionen Euro Staatshilfe‹
  - e. Wo feste Konventionen zugunsten einer Schreibweise herrschen, befolge man diese. Hausnummern, Seitenzahlen, Telefonnummern, Kontonummern, Datum oder Ähnliches werden nie ausgeschrieben. Also: ›auf Seite 11‹ und ›Am Markt 3‹
6. Auch Redewendungen/Idiome werden wörtlich und Standarddeutsch wiedergegeben, z.B. ›über's Ohr hauen‹ (statt: über das Ohr hauen).
7. Wird in der Aufnahme wörtliche Rede zitiert, wird das Zitat in Anführungszeichen gesetzt: und ich sagte dann ›na, dann schauen wir mal‹.
8. Einzelbuchstaben: immer groß schreiben, zum Beispiel ›wie Vogel mit V‹
9. Aufzählungen: ein großer Buchstabe ohne Klammer

### ›Notfalltipps‹ für Krisensituationen zum Umgang mit ›dissoziativen Zuständen‹

Um jemanden zu unterstützen, aus einem ›dissoziativen Zustand‹ zurückzukehren, sind alle Strategien hilfreich, die einen Bezug zum ›Hier und Jetzt‹, zur aktuellen Realität herstellen:

- Sich zunächst immer vorstellen, sagen, wer man ist und was man als nächstes tun wird (z.B. »Ich bins, XY, deine Lehrerin, ich werde jetzt mit dir sprechen«).
- Hilfreich sind ›erdende Interventionen‹, wie Blickkontakt suchen, ein Glas Wasser anbieten, dabei einfache Sätze und Wörter benutzen, etc.
- Zentral ist, den Kontakt zur äußeren Realität herzustellen, z. B. dadurch, dass man beschreibt, wo man sich befindet, und ›den Dissoziierten‹ auffordert, sich umzuschauen und die Umgebung genau zu beschreiben, bis der/diejenige ›zentriert‹ ist. Michaela Huber (vgl. 2003: 116) schlägt hier die ›5-4-3-2-1-Reorientierungsübung‹ vor: Derjenige, der droht, wegzurutschen, wird gebeten, zunächst fünf Gegenstände im Raum, fünf Geräusche und fünf Körperempfindungen zu beschreiben, dann je vier, dann je drei, dann je zwei, dann je eins.
- Hat man eine gute Beziehung zu jemand, der wegdissoziiert ist, kann es zur Herstellung von Kontakt mit dem Hier und Jetzt zusätzlich hilfreich sein, jemanden anzufassen (z. B. an Hand oder Arm). Dies ist in jedem Fall vorher anzukündigen! Meistens ist es besser, jemanden zu instruieren, sich selbst zu umarmen, um den Kontakt zur eigenen Person wiederherzustellen.

### Zum Umgang mit Krisen- und Panikreaktionen

- Klare Aufgabenteilung mit den anwesenden Kollegen/Kolleginnen (Wer macht jetzt was?).
- Prioritäten setzen (Was muss sofort erledigt werden?, Was kann warten?).
- Hergang der Ereignisse genau erfragen (Sachlage).
- Bewusst langsam agieren (Kein blinder Aktionismus).
- ›Erdende Interventionen‹: Blickkontakt suchen, Wasser anbieten usw.
- Inhalte im ›Hier und Jetzt‹ formulieren, eindeutige Formulierungen sowie einfache Wörter und Sätze benutzen.
- Keine Versprechungen machen, die nicht gehalten werden können.
- Seltenes, abweichendes Verhalten als ›Bewältigungsversuch‹ würdigen.
- Vorhersagbarkeit herstellen, Absichten aussprechen.

---

<sup>4</sup> Die Hinweise für den Umgang mit Krisensituationen und dissoziativen Zuständen, mit Krisen- und Panikreaktionen sowie mit gereizt-aggressiven Ausbrüchen entnommen aus Gag et al. (2005: 110-111).

## **Zum Umgang mit gereizt-aggressiven Ausbrüchen**

- Unbeteiligte Personen aus der Situation herausnehmen.
- Überflüssige Reizkulisse ausschalten (Außengeräusche, Musik, usw.).
- Physische Distanz halten und mit Hilfe kurzer Sätze und deeskalierender Gestik kommunizieren.
- Weitere deeskalierende Verhaltensalternativen sind: ruhiges Ansprechen, Realitätsbezug herstellen, Provokationen ignorieren, Einsatz von Humor, überraschende (paradoxe) Interventionen.
- Vorschläge machen, dabei aber Entscheidungsfreiheit lassen: Forderungen und Befehle führen eher zur Steigerung von Aggression!
- Falls die Eskalation bereits ihren Lauf genommen hat und Gewalt im Spiel ist, sollte die Verletzungsgefahr für Betroffene und Beteiligte mittels Gefahren mindernden Verhaltensweisen minimiert werden. Dies kann z. B. durch Ausweichen, gewaltlosem Verteidigen und notfalls durch Festhalten geschehen.
- Der Dialog mit dem Betroffenen sollte auch nach eskalierenden Phasen aufrechterhalten werden, damit die Beziehung nicht in Mitleidenschaft gezogen wird.

Reihe Berichte und Materialien [www.daz-portal.de](http://www.daz-portal.de)

Die Reihe des DaZ-Portals zu Theorie und Praxis im Bereich Deutsch als Zweitsprache will Berichte und Materialien aus empirischen Studien oder Sprachförderprojekten, die nicht als Verlagspublikation vorgesehen sind und dennoch für ein interessiertes Fachpublikum von Belang sein können, einem breiteren Leserkreis zugänglich machen. Das Themenspektrum umfasst den (Zweit-)Spracherwerb von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen, die (zweit-)sprachliche Förderung sowie Forschungen zu Migration und Mehrsprachigkeit.

[www.daz-portal.de](http://www.daz-portal.de)