

Traumazentrierte Behandlung von Asylwerberinnen

RUTH HEIDINGER

Zusammenfassung

Traumabehandlung ist am erfolgreichsten, wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind. Zu diesen Voraussetzungen gehören (i) äußere Faktoren, wie z.B. gesicherter Aufenthaltsstatus, Erwerbsarbeit oder eine andere sinnvolle Beschäftigung und ein soziales Netzwerk, und (ii) innere Faktoren wie z.B. stabile Persönlichkeit und körperliche Gesundheit. Auf in Österreich lebende AsylwerberInnen treffen diese positiven Faktoren kaum zu. Anhand der Arbeit der Autorin mit Bewohnerinnen des Wohnheims im *Verein Projekt Integrationshaus* soll gezeigt werden, wie in der geschilderten Situation (Absenz von fördernden Faktoren und Vorliegen von Risikofaktoren) Behandlung im Gruppensetting erfolgen kann. Die Einrichtung *Verein Projekt Integrationshaus* in Wien ist auf die Unterbringung, Betreuung und Behandlung von psychisch und chronisch kranken AsylwerberInnen und Flüchtlingen spezialisiert. Unter den beschriebenen Umständen sind psychische Stabilisierung, Ressourcenaufbau und Stärkung der Selbstwirksamkeit die wichtigsten Behandlungsziele. Im Rahmen eines Frauenprojekts wird versucht, die genannten Ziele zu erreichen. In den Gruppen wird mit integrativen Konzepten gearbeitet, wobei folgende Aspekte im Vordergrund stehen: Methodenvielfalt, die Gruppen als Ressource und Aufbau einer Tagesstruktur. Abschließend werden einerseits die Herausforderungen bei der Durchführung des Gruppenangebots und andererseits positive Effekte und Erfolge diskutiert. Schlagwörter: Traumabehandlung, AsylwerberInnen, Risikofaktoren, Frauengruppe, Ressourcenaufbau

Schlüsselwörter: *Traumabehandlung, AsylwerberInnen, Risikofaktoren, Frauengruppe, Ressourcenaufbau*

Summary

Trauma treatment is most successful when several conditions are met: including the stabilization of (i) external circumstances, such as secure residence status, work or other meaningful occupation and social network, as well as (ii) internal conditions, such as stable personality and physical health. Almost none of these positive factors apply to asylum seekers in Austria. The author's work with the residents at the care facility *Verein Projekt Integrationshaus* shows how in their present situation (lack of protective factors and with the presence of risk factors) group interventions and treatments can be carried out. The residential care facility *Verein Projekt Integrationshaus* in Vienna specializes in the accommodation, care and treatment of mentally and chronically ill asylum seekers and refugees. Under the given circumstances, psychological stabilization, skill building and strengthening of self efficacy are considered to be the main treatment goals. The article describes how a project for women aims to achieve these goals. The groups are working with integrative concepts, with a special emphasis on the following aspects: variety of methods used, group skills, and establishing daily routine. Finally, the challenges of the process and the positive effects of the group are discussed.

Keywords: *Trauma treatment, asylum seekers, risk factors, women's group, skill building*

Einleitung¹

Dieser Artikel beschreibt und diskutiert die Durchführung eines Frauenprojekts (Beginn Jänner 2011, Laufzeit ein Jahr) für traumatisierte und mehrfachbelastete Asylwerberinnen unter psychologischer und psychosozialer Anleitung. Die Zielgruppe ist aufgrund prä- und postmigratorischer Risikofaktoren besonders vulnerabel im Hinblick auf die Ausbildung psychischer Krankheiten.

Aufgrund ressourcenorientierter und auf die Zukunftsprogression ausgerichteter Methoden und Inhalte ermöglicht das Frauenprojekt, dass die teilnehmenden Frauen an psychischer Stabilität gewinnen und aktiv werden.

1. Traumatisierung von Asylsuchenden

1.1 Erhöhte Vulnerabilität

AsylwerberInnen sind Personen, die aufgrund ihrer Zugehörigkeit zu einer bestimmten religiösen, ethnischen, politischen oder sozialen Gruppe im Herkunftsland verfolgt werden und deshalb einen Antrag auf internationalen Schutz stellen. Von den österreichischen Asylbehörden (Bundesasylamt und Asylgerichtshof) wird in einem Verfahren geprüft, ob eine Verfolgung vorliegt und ob in Österreich Schutz gewährt werden kann.

Traumatisierung sowie die Symptome, die sich in der Folge herausbilden können, spielen in der Asylpraxis eine große Rolle.

Ausgangspunkt von Traumatisierungen sind »tatsächliche, extrem stressreiche äußere Ereignisse« (Huber 2005, 38). Damit Ereignisse zum Trauma führen, muss eine Dynamik in Gang kommen, die Fischer & Riedesser (2009, 142f) wie folgt definieren: »[ein vitales Diskrepanzerlebnis] zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das zu Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe führt und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt [...]. Hierbei »entgleist« der Verarbeitungsprozess dieses Erlebnisses, wodurch der ursprüngliche traumatische Erlebniszustand fortbesteht und es zu sogenannten eingefrorenen Erlebniszuständen mit psychosomatischen und psychovegetativen Reaktionen kommt.«

Ob ein bestimmtes Ereignis für eine Person traumatisierend ist, erkennt man letztlich an den Reaktionen. Durch die Traumatisierung entwickeln sich nämlich reaktiv verschiedene Symptome und/oder Krankheitsbilder. Ob Ereignisse traumatisieren (im Sinne der Ausbildung einer Traumafolgestörung), hängt also nicht nur von der Art des Ereignisses sondern auch von der Vulnerabilität der Person bzw. seiner Abwehrstärke ab.

Untersuchungen zur Prävalenz von Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) unter AsylwerberInnen haben in Australien (Silove 1997) eine Prävalenz von 37% und in Deutschland (Gäbel et al. 2006) eine Prävalenz von 40% unter den dort lebenden AsylwerberInnen ergeben. Es liegen bisher keine allgemeinen Daten zur Prävalenz von PTBS unter AsylwerberInnen in Österreich vor, im *Verein Projekt Integrationshaus*, jene Einrichtung, die im Mittelpunkt dieses Beitrags steht, und die in Abschnitt 2 beschrieben wird, haben jedoch 55% der erwachsenen AsylwerberInnen eine PTBS (Verein Projekt Integrationshaus 2011).

Studien belegen weiters, dass bei wiederholter Traumatisierung die Vulnerabilität an einer PTBS zu erkranken steigt (vgl. u.a. Steel & Silove 2001).

Die Bedingungen und Faktoren, welche die Ausbildung von PTBS begünstigen, werden in der Literatur als prä-, peri- und posttraumatische Risikofaktoren beschrieben (vgl. Maercker 2009, 34ff). Zu den prätraumatischen Risikofaktoren gehören ein junges Lebensalter, niedriger sozioökonomischer Status, weibliches Geschlecht, frühere Belastungen und psychische Morbidität. Peritraumatische Einflussfaktoren sind die Traumaschwere des Ereignisses (z.B. Dauer, Schadensausmaß, Verletzungsgrad etc), die Bewertung der Situation unmittelbar nach dem Ereignis und das Ausmaß der peritraumatischen Dissoziation. Zu den posttraumatischen Risikofaktoren zählen vermeidende Bewältigungsstrategien, mangelnde soziale Anerkennung und Unterstützung sowie weitere Lebensbelastungen. Nach Maercker (2009, 36) haben die posttraumatischen Faktoren den stärksten Einfluss auf die Entstehung und Chronifizierung von Traumafolgestörungen.

Ausgehend von den oben genannten Risikofaktoren wenden wir uns nun den tatsächlichen Lebensumständen von AsylwerberInnen zu und beschreiben, welche Faktoren zu einer hohen Prävalenzrate von PTBS bei AsylwerberInnen führen. AsylwerberInnen sind in verschiedenen Phasen der Migration unterschiedlichen potentiell traumatisierenden Ereignissen ausgesetzt. Die Zeitpunkte, in denen Traumatisierungen stattfinden können, beziehen sich chronologisch auf Ereignisse im Herkunftsland, auf den Beginn und den Verlauf der Flucht und auf das Leben im Aufnahmeland.

In Anlehnung an das Konzept der sequentiellen Traumatisierung von Keilson (1979) wird Traumatisierung als ein Prozess verstanden, der nach der Flucht nicht aufhört und der langfristig wirksam ist.

- Traumatische Erlebnisse im Heimatland können Krieg, Folter, Verfolgung, Gewalt, Entführung und Gefangenschaft/Haft sein.
- Traumatische Erlebnisse zu Beginn der Flucht können Umstände wie die Notwendigkeit, schnell zu fliehen und dabei alles zurücklassen zu müssen, die plötzliche Trennung von Familienmitgliedern und die fehlende Möglichkeit zur Verabschiedung sein.

- Traumatische Erlebnisse im Verlauf der Flucht können lange und ungewisse Fluchtwege, Gewalt und Lebensgefahr sein.
- Traumatische Erlebnisse im Aufnahmeland können das Asylverfahren, Schubhaft, die Lagersituation und existentielle Bedrohung sein.

Traumatisierung kann demnach zu unterschiedlichen Zeitpunkten bzw. in unterschiedlichen Phasen des Migrationsprozesses stattfinden. Aus diesem langen »kritischen« Zeitraum resultiert eine höhere Wahrscheinlichkeit verschiedenen traumatischen Ereignissen und Sequenzen ausgesetzt zu sein. Die Erholungsphasen werden immer wieder unterbrochen und so entsteht ein höheres Risiko für die Ausbildung von PTBS.

1.2 Lebensumstände im Aufnahmeland

Das Leben im Aufnahmeland ist mit verschiedenen Hoffnungen verbunden: Hoffnung auf Schutz vor Bedrohung und Verfolgung, Hoffnung auf eine neue Zukunft und ein Leben in Freiheit. AsylwerberInnen in Österreich haben jedoch keinen Zugang zum Arbeitsmarkt, und können abgesehen von Saisonarbeiten keiner bezahlten Beschäftigung nachgehen. Deshalb können sich die Personen nicht selbstständig versorgen und sind finanziell auf Zuwendungen von sozialen und staatlichen Einrichtungen angewiesen. Die erzwungene Arbeitslosigkeit führt zu einem Verlust von Routine und Tagesstruktur. Die fehlende Struktur wiederum führt oft zu Inaktivität, Regression und zu einer Minderung des Selbstwertgefühls.

Die Personen müssen häufig jahrelang auf das Ergebnis ihrer Asylverfahren warten. Es gibt zwar keine aktuellen Statistiken zur durchschnittlichen Verfahrensdauer in Österreich, jedoch warteten im Jahr 2007 über 11.000 Personen bereits mehr als drei Jahre und knapp 200 Personen bereits mehr als zehn Jahre auf eine Entscheidung der Asylbehörden (UNHCR 2009). Während dieser Zeit dürfen sich die Personen zwar in Österreich aufhalten, leben aber mit der stetigen Bedrohung, bei einer negativen Entscheidung durch die Asylbehörden, das Land wieder verlassen zu müssen. Es ergeben sich somit lange Zeiträume im Aufnahmeland, in denen die Personen daran gehindert werden ein aktives Leben zu führen und ihre eigene Zukunft zu planen.

Angesichts der genannten Gegebenheiten im Aufnahmeland stellt sich die Frage, ob die Zeit während des Asylverfahrens als posttraumatische Phase nach

gelungener Flucht angesehen werden kann oder ob diese Zeit nicht noch eine »weitere traumatische Sequenz« (vgl. Keilson 1979) mit vielen traumatisierenden Ereignissen darstellt.

In der Praxis zeigt sich, dass die Einvernahmen mit der Aufforderung zur detaillierten Beschreibung von traumatischen Ereignissen durch AsylbeamtenInnen, die Infragestellung der Glaubwürdigkeit, drohende Schubhaft/Ausweisung, der Erhalt eines negativen Bescheides zu psychischen Krisen und Symptomverstärkung führen und es unmöglich machen, das Erlebte verarbeiten zu können. Daher ist Traumatisierung bei AsylwerberInnen nicht auf bestimmte Ereignisse vor oder während der Flucht beschränkt, sondern stellt einen in Österreich andauernden Prozess dar.

Wie bereits in Abschnitt 1.1 angedeutet, kommt es durch die Flucht auch zu vielfachen Verlusterlebnissen: Trennung von Familienmitgliedern und Freunden, Verlust des sozialen Netzes, Verlust von Heimat, Sprache, Besitz und Beruf. Diese Verlusterlebnisse verstärken soziale Isolation, Fremdheits- und Einsamkeitsgefühle. Unabhängig davon, ob diese Verluste traumatisierend wirken, stellen sie zweifelsohne eine große psychische Belastung dar.

2. Das Wohnheim der Einrichtung Verein Projekt Integrationshaus

2.1 Betreuung und Behandlung

Das Wohnheim der Einrichtung *Verein Projekt Integrationshaus* (im Folgenden *IH*) in Wien ist auf die Unterbringung, Betreuung und Behandlung von traumatisierten, psychisch und chronisch kranken AsylwerberInnen und Flüchtlingen spezialisiert. Im Wohnheim leben durchschnittlich 110 Personen aus 25 verschiedenen Ländern; darunter Familien, junge Erwachsene und Alleinerzieherinnen. Die Personen leiden unter psychiatrischen Erkrankungen, psychosomatischen Beschwerden, viele haben Kriegstrauma, sexuelle Gewalt, Folter oder eine traumatische Flucht überlebt.

Im Wohnheim arbeitet ein multiprofessionelles Team bestehend aus SozialarbeiterInnen, klinischen PsychologInnen, Fachkräften in der Flüchtlingsbetreuung und TherapeutInnen. Die BewohnerInnen haben Zugang zu psychologischer Behandlung und einer engmaschigen individuellen psychosozialen Betreuung.

Nach dem Einzug ins Wohnheim wird von den klinischen PsychologInnen mit jeder erwachsenen Person eine Anamnese durchgeführt. Diese dient zum

Kennenlernen, zur Erhebung des Betreuungsbedarfs und der psychischen und gesundheitlichen Befindlichkeit.

Wenn nach diesem Erstgespräch indiziert, wird eine ausführlichere Diagnostik mit Traumaanamnese durchgeführt und eine psychologische Einzelbehandlung, die aufgrund der Symptomatik meist traumaspezifisch orientiert ist, initiiert. Aufgrund der oben genannten Risikofaktoren ist eine dreiphasige Traumabehandlung mit Stabilisierung, Traumakonfrontation und Integration nicht möglich. Die Voraussetzungen der inneren und äußeren Stabilität sind nicht gegeben; die Lebensumstände von AsylwerberInnen sind generell als hochgradig instabil zu beschreiben. Aus diesem Grund sind die Hauptziele der Traumabehandlung Stabilisierung, Aufbau von Ressourcen und die Stärkung von Selbstwirksamkeit.

2.2 Belastungen und psychische Erkrankungen bei BewohnerInnen des IH

Im Rahmen psychologischer und fachärztlicher Diagnostik (Stand 31.12. 2010) wurde bei 55% der erwachsenen BewohnerInnen PTBS diagnostiziert. Bei Frauen war der Prozentsatz höher (59%) als jener bei Männern (41%). Die Diagnose PTBS wurde meist von komorbiden Symptomen wie Depression, Angst oder Dissoziativen Störungen begleitet. 41% der Personen benötigten psychiatrische Behandlung und waren vor oder während der Unterbringung im Integrationshaus in stationärer psychiatrischer Behandlung. Frauen waren doppelt so häufig betroffen als Männer (Verein Projekt Integrationshaus 2011).

Diese Zahlen zeigen für Frauen eine höhere Erkrankungs- und Behandlungsrate als für Männer. Aus der Praxis der psychosozialen Betreuung und psychologischen Behandlung mit Frauen und Männern im Integrationshaus hat sich gezeigt, dass Frauen eine höhere Bereitschaft zeigen, psychologische/psychiatrische Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Dies ist aber nicht die einzige Erklärung für die höhere Vulnerabilität bei Frauen:

Frauen erleben neben den eingangs genannten Risikofaktoren zusätzliche Belastungen: die Betreuung und Erziehung der Kinder, Organisation des Haushalts und veränderte Rollenanforderungen. Letzteres wird besonders oft in der Einzelbehandlung als Belastung und Konfliktpotential berichtet: Das Leben in Österreich erfordert eine Neuorientierung und die Entwicklung eines neuen Rollen- und weiblichen Selbstverständnisses. In der Familie sehen sich Frauen

jedoch mit der Anforderung konfrontiert, die unterschiedlichen, unvereinbaren Rollenbilder gleichzeitig zu leben und laufen Gefahr, an dieser unlösbaren Aufgabe zu scheitern.

Zu Beginn des Jahres 2011 wurde im Wohnheim des Integrationshauses ein Frauenprojekt begonnen, das die oben angeführten speziellen Lebensumstände von asylsuchenden Frauen berücksichtigt und zum Ziel hat, die Frauen bei einer positiveren Lebensbewältigung zu unterstützen.

3. Das Frauenprojekt

3.1 Ausgangslage und Zielsetzungen

Für die Festlegung der Projektziele spielte die folgende Ausgangslage der Frauen eine Rolle:

- Die gegenwärtige Lebenssituation der Frauen begünstigt regressives Verhalten und den Verlust erworbener Fähigkeiten.
- In den psychologischen Einzelbehandlungen berichteten Frauen immer wieder über Vermeidungsverhalten, Nervosität (z.B. bei Sprachkursen) und Angst in der Gruppe aufgrund von Lern- und Konzentrationsstörungen.
- Die Frauen leben nur übergangsweise in dieser Wohnform und werden in Zukunft, bei Erhalt eines gesicherten Aufenthaltsstatus, ein selbständiges Leben in Österreich führen.

Die Frauengruppe sollte daher eine Unterstützung zur Wiedergewinnung der beruflichen und sozialen Stellung und der zukünftigen Verselbständigung sein. Konkret wurden die folgenden drei Projektziele festgelegt:

1. psychische und körperliche Stabilisierung, Ressourcenaufbau
2. Strategien zur Alltagsbewältigung und Aufbau von Fertigkeiten für Bildungs- und Kursmaßnahmen: Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit, effizienteres Zeitmanagement, verbesserte Konzentrationsfähigkeit, Aufbau von Lernstrategien
3. Abbau von Ängsten und Steigerung der sozialen Kompetenz in Gruppen.

3.2 Durchführung

Vor Projektbeginn gab es mit allen Bewohnerinnen des Integrationshauses (zum damaligen Zeitpunkt 30 Frauen) ein Vorgespräch, bei dem die Projektziele beschrieben, und die Anliegen und das Interesse der Frauen erhoben wurden. Zwölf Frauen waren interessiert, die restlichen 18 Frauen lehnten eine Teilnahme ab. Die Laufzeit des Projekts beträgt ein Jahr (Beginn: Jänner 2011) und findet unter psychologischer und psychosozialer Anleitung statt. Es gibt verschiedene Module, die anhand der Zielsetzung und unter der Berücksichtigung der Wünsche der Frauen zusammengestellt wurden. Jedes Modul wird wöchentlich für je zwei Stunden durchgeführt, es gibt vier Module pro Woche. Die Module bleiben über einen Zeitraum von einem Vierteljahr konstant, danach wird je nach Resonanz und Bedarf gewechselt (mit Ausnahme der Kreativgruppe). Die Gruppen werden modulabhängig von einer oder von zwei Personen geleitet und bei Bedarf von PraktikantInnen, z.B. für die Kinderbetreuung, unterstützt. Die Frauen können beliebig viele Module besuchen, der Einstieg ist jederzeit möglich.

3.3 Module

3.3.1 Konversation- und Konzentrationstraining

Das Angebot dieser Gruppe umfasst Sprachförderung im Kontext der Planung und Bewältigung des Alltags (z.B. Arztbesuche, Einkauf oder Behördenwege). Das Sprachniveau der Frauen ist heterogen und reicht von Anfängerniveau bis leicht Fortgeschritten. Die Einheiten sind folgendermaßen aufgebaut: Anfangs erfolgt eine Wiederholung des Themas der vorherigen Stunde, dann sprachfreie Konzentrations- und Gedächtnisübungen, anschließend erfolgt die Konversation/Sprachförderung mit Situationen, Texten und Materialien aus dem Alltag. Die Materialien sind beispielsweise Formulare (z.B. Meldezettel, Anträge), Werbematerial oder Kataloge. Durch Rollenspiele und Dialoge werden reale Situationen vorbereitet. Die Themen werden bei Bedarf wiederholt und vertieft. In diesem Modul werden (i) sprachliche Fähigkeiten trainiert, um im Alltag selbständiger agieren zu können, und (ii) kognitive Fähigkeiten aufgebaut, welche bei der Teilnahme an Kurs- und Bildungsmaßnahmen wichtig sind.

3.3.2 Entspannungsgruppe

In dieser Gruppe erlernen und üben die Frauen die Methode der progressiven Muskelrelaxation. Diese Methode wurde gewählt, da sie die körperliche Aktivität als Zugang zur Entspannung nutzt und die Frauen dadurch mehr Kontrolle über Spannungs- und Entspannungszustände gewinnen. Die Anwendung erfolgt in Verbindung mit psychoedukativen Interventionen zu traumaspezifischen Symptomen. Aufgrund der Tendenz mancher Frauen der Gruppe zur Dissoziation sind Achtsamkeit und Körperwahrnehmung die vorrangigen Ziele.

Die Einheiten sind folgendermaßen aufgebaut: Zu Beginn des Moduls erfolgen die Vorstellung und das Ausprobieren der Methode. In den nachfolgenden Einheiten erfolgen anfangs der Austausch über die aktuelle Befindlichkeit und Erfahrungen/Schwierigkeiten in der Anwendung der Methode, dann folgt der Übungsdurchlauf mit neun Muskelgruppen. Die Durchführung erfolgt im Sitzen bei geöffneten Augen. Diese Gruppe hat die körperliche und psychische Stabilisierung zum Ziel und, dass die Frauen mit dem Erlernen dieser Methode die Stabilisierung außerhalb der Gruppe selbst herbeiführen können.

3.3.3 Gymnastikgruppe

In dieser Gruppe werden Sitz- oder Fitnessgymnastik angeboten. Ziele dieser Gruppe sind die psychische und körperliche Stabilisierung durch körperliche Aktivität, Aufbau eines gesunden Körperbewusstseins und Freude an der Bewegung.

3.3.4 Kreativgruppe

Die Aktivitäten dieser Gruppe umfassen Termine im Haus (z.B. kreatives Gestalten von Schmuckstücken, Seidenmalerei, Filzen und Weben) und Termine außer Haus (z.B. Theater- und Museumsbesuche). Die Termine außerhalb der Einrichtung sind wichtig, da viele Frauen alleine nicht gerne das Haus verlassen und sich daher schlecht in der Stadt zurechtfinden. Die gemeinsamen Exkursionen dienen somit der besseren Orientierung in der Stadt, Förderung der Selbständigkeit und dem Angstabbau.

3.3.5 Unterstützende Gesprächsgruppe

In dieser Gruppe werden anhand von psychoedukativen Interventionen und Austausch folgende Themen besprochen:

- Strategien zum Umgang mit Stresssymptomen (wie z.B. Schlafstörungen, Vergesslichkeit, innere Spannungen, Mehrfachbelastung, Rollenkonflikte)
- Organisation des Alltags unter Einbeziehung beruflicher und bildungsmäßiger Pläne: Zeitmanagement, Terminplanung und -einhaltung, Erinnerungshilfen, Erkennen der eigenen Fähigkeiten und Entwicklung von Zielen und Perspektiven.

Die Gruppe bietet eine Möglichkeit, Kontrolle über Symptome und über Überforderungen im Alltag zurückzugewinnen, Bewältigungsstrategien zu erarbeiten und dadurch die Selbstwirksamkeit zu erhöhen.

Die Einheiten sind folgendermaßen aufgebaut: Besprechung der letzten Einheit und mögliche Änderungen während der Woche, Besprechung des Themas der Stunde und zum Abschluss eine kurze Achtsamkeitsübung.

Diese Gruppe hat das Ziel die Frauen auf die Anforderungen von Kurs- und Bildungsmaßnahmen vorzubereiten, Selbstvertrauen für die Teilnahme an Gruppenkursen aufzubauen und bei der Planung und Durchführung von Aktivitäten im Alltag zu unterstützen.

3.4 Projektevaluierung

Nach sechsmonatiger Laufzeit (Juli 2011) wurde das Projekt intern evaluiert, wobei sowohl Erfolge als auch Schwierigkeiten sichtbar wurden. Die Teilnehmerinnen wurden in Einzelgesprächen um Angaben bezüglich ihrer subjektiven Erfahrungen und um individuelle Bewertungen der besuchten Module gebeten. Zusätzlich wurden die Teilnahmelisten und die Beobachtungen der Projektleitung ausgewertet.

Zu den Erfolgen des Projekts gehören der Angstabbau und unterstützende Effekt der Gruppe, der Aufbau einer Tagesstruktur und die Gewinnung von Handlungskompetenzen. Der konstruktive Umgang mit der sprachlichen Vielfalt unter den Frauen ist ebenfalls als Erfolg zu werten. Zu den Schwierigkeiten gehö-

ren die unregelmäßige Teilnahme, Probleme bei der Termineinhaltung und Passivität. Die genannten Aspekte werden im Folgenden genauer beschrieben.

3.4.1 Erfolge

Angstabbau und unterstützender Effekt der Gruppe

Frauen berichteten, dass es entlastend sei, über Symptome und Probleme im Alltag mit anderen Frauen zu sprechen und Lösungen zu erarbeiten. Dass andere Frauen in ähnlichen Situationen und von ähnlichen Problemen betroffen seien, gäbe ihnen das Gefühl verstanden zu werden und nehme die Angst etwas falsch zu machen.

Da die Frauen alle im selben Wohnheim leben und es immer wieder zu nachbarschaftlichen Konflikten kommt, war es auch ein Ziel, dass sich die Frauen auch außerhalb der Gruppe unterstützen und dadurch das Zusammenleben verbessert wird.

Manche Frauen lernten sich erst in der Gruppe kennen. Die dadurch entstandene positive Beziehung und gemeinsame Erlebnisse bewirken, dass sich die Frauen auch außerhalb der Gruppen treffen und unterstützen und sich dadurch ein größerer Zusammenhalt entwickeln konnte.

Aufbau einer Tagsstruktur

Da die Gruppen regelmäßig und immer an den gleichen Tagen zur gleichen Zeit stattfinden, ergibt sich eine Struktur, die stabilisierend auf die Teilnehmerinnen wirkt. Je mehr Module eine Teilnehmerin also besucht, umso mehr Tagesstruktur kann die Frauengruppe schaffen.

Von manchen Frauen wird auch die Zeit, zu der die Gruppen stattfinden, teilweise am frühen Vormittag, als Motivation berichtet früher aufzustehen.

Gewinnung von Handlungskompetenzen

Die Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit und Übung der Konzentrationsfähigkeit in der Deutschkonversationsgruppe wird als am positivsten rückgemeldet. Der Grund liegt vermutlich darin, dass hier relativ schnell Erfolge sichtbar werden, und dass das berufliche Weiterkommen ein großes Anliegen der Frauen ist.

In der Unterstützung im verbesserten Umgang mit Stress zeigen sich die Frauen ebenfalls offen und die Themen konnten bisher gut bearbeitet werden.

Sprachenvielfalt

Die Teilnehmerinnen sprechen verschiedene Sprachen: Tschetschenisch, Georgisch, Mongolisch, Französisch und Englisch. Da die Gruppen ohne Dolmetscher durchgeführt werden, wurden bei der Planung vermehrt nichtsprachliche Aktivitäten sowie Elemente, die kein präzises sprachliches Verständnis erfordern, berücksichtigt. Die Frauen haben alle Grundkenntnisse der deutschen Sprache und die meisten Russisch als gemeinsame Sprache. Wären dies therapeutische Gruppen, müsste man professionelle Dolmetscher zu Hilfe nehmen. Da in den Frauengruppen Unterstützung angeregt wird, die über die Gruppen hinausgehen soll, ist es erwünscht, dass sich die Frauen bei sprachlichen Problemen helfen. In der Deutschgruppe und der Entspannungsgruppe geschieht dies in einer respektvollen und wertschätzenden Art und Weise. Zum Aufbau und zur Wirkungsweise der progressiven Muskelentspannung, Achtsamkeitsübungen und Themen der psychoedukativen Gruppe gibt es Informationsblätter auf Russisch, Englisch und Französisch, wodurch auch in diesen Gruppen die sprachlichen Probleme minimal sind.

3.4.2 Schwierigkeiten

Aus anderen Gruppen und der psychosozialen Betreuung war bekannt, dass viele Frauen eine mangelnde Motivation für die regelmäßige Gruppenteilnahme und Einhaltung von Terminen haben. In den Vorgesprächen und auch in den Gruppen gaben die Teilnehmerinnen an, dass sie sich am liebsten nur mit Dingen beschäftigen möchten, die ihre Asylsituation verbessern würden. Für Anderes hätten sie kaum Motivation.

Aufgrund dieser durch die Lebensbedingungen entstandenen Passivität wurde zu Beginn des Projekts viel Zeit darin investiert, die Gruppen zu bewerben und sie aktiv und aufrecht zu erhalten. Es zeigte sich, dass die Frauen, die trotz Skepsis zu den Gruppen kamen, diese durchwegs als positiv erlebten. Mit fortlaufender Projektdauer konnten sich die Gruppen mehr und mehr als fixer Bestandteil des Angebotes des Hauses etablieren.

Auch wenn die Gruppenzusammensetzung immer wieder wechselt und aufgrund fehlender Inanspruchnahme Einheiten auch ausfallen, bildete sich eine Kerngruppe von Teilnehmerinnen heraus.

Eine Schwierigkeit, die auch im Zusammenhang mit der Motivation zu sehen ist, liegt in der mangelnden Ausführung und Anwendung des Gelernten im Alltag. Auch dies wird immer wieder angesprochen um herauszufinden, was die Gründe für die Schwierigkeiten bei der Ausführung sind und um zu besprechen, dass die Frauen selbst entscheidend zu einem Fortschritt und zur Verbesserung ihrer Befindlichkeit beitragen können.

4. Ausblick

In diesem Beitrag wurde die Durchführung eines Frauenprojekts (Beginn Jänner 2011, Laufzeit ein Jahr) für traumatisierte und mehrfachbelastete Asylwerberinnen beschrieben. Die interne Evaluierung des Projekts zur Hälfte der Laufzeit (= nach sechs Monaten) hat ergeben, dass es den Frauen in den Gruppen gelingt, trotz Belastungen und psychischen Beeinträchtigungen, vorhandene Fähigkeiten zu reaktivieren, Stabilität im Alltag zu finden und soziale und berufliche Handlungskompetenzen zu erwerben und zu erweitern. Die durch das Projekt geschaffene Tagesstruktur und Kontinuität haben zu einer subjektiven Verbesserung der psychischen Befindlichkeit geführt. Dieses Ergebnis bestätigt die Aussage in der Literatur, wonach soziale Unterstützung, regelmäßige, sinnvolle Beschäftigung und Tagesstruktur eine zentrale Rolle für die psychische Stabilisierung und Förderung der Selbständigkeit von AsylwerberInnen spielen (vgl. Fischer & Riedesser 2009, Lie 2002, Lilienthal 2005).

Die Evaluierung des vorliegenden Frauenprojekts ist deskriptiv und beinhaltet subjektive Einschätzungen der Maßnahme. Eine systematische Untersuchung des Gruppenangebots und des Unterstützungsbedarfs wäre daher wünschenswert. Anhand der Ergebnisse könnten (i) die Qualität der Module verbessert und (ii) der Bedarf an Folgemaßnahmen bestimmt werden.

Literatur

- Fischer, Gottfried & Peter Riedesser (2009): Lehrbuch der Psychotraumatologie. 4. Auflage. München: UTB.
- Gäbel, Ulrike, Martina Ruf, Maggie Schauer, Michael Odenwald & Frank Neuner (2006): Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und Möglichkeiten der Ermittlung in der Asylpraxis. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 35, 1, 1-20.

- Huber, Michaela (2005): Trauma und die Folgen. 2. Auflage. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Keilson, Hans (1979): Sequentielle Traumatisierung bei Kindern. Stuttgart: Enke Verlag.
- Lie, Birgit (2002): A 3-year follow-up study of psychosocial functioning and general symptoms in settled refugees. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 415-425.
- Lilienthal, Nina (2005): Wenn Arbeit verboten ist: Arbeitslosigkeit und Beschäftigung bei traumatisierten Flüchtlingen. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 4, 77-88.
- Maercker, Andreas (2009): Psychologische Modelle. In Andreas Maercker (Hg.), *Posttraumatischen Belastungsstörungen* (33-50). 3. Auflage. Heidelberg: Springer Medizin-Verlag.
- Silove, Derrick, Ingrid Sinnerbrink, Annette Field, Vijaya Manicavasagar & Zachary Steel (1997): Anxiety, depression and PTSD in asylum seekers: associations with pre-migration trauma and post-migration stressors. *British Journal of Psychiatry*, 170, 351-357.
- Steel, Zachary & Derrick Silove (2001): Poisoned Milk- Applying for Asylum in Australia. In Catherine Moser, Doris Nyfelder & Martine Verwey (Hg.), *Traumatisierungen von Flüchtlingen und Asyl Suchenden* (31-50). Zürich: Seismo.
- UNHCR (2009): Asyl in Österreich: Immer weniger Tschetschenen anerkannt. <http://www.unhcr.ch/statistiken/einzelansicht/article/11/asyl-in-oesterreich-immer-mehr-antraege-von-irakern.html> (Zugriff am 26.6.2011)
- Verein Projekt Integrationshaus (Hg.) (2011): *Tätigkeitsbericht 2010*. Wien: Eigenverlag.

Endnoten

- 1 Das in diesem Beitrag beschriebene Frauenprojekt wird vom Bundeskanzleramt Österreich-Bundesministerin für Frauen und öffentlichen Dienst finanziell gefördert.

Autorenhinweis

Ruth Heidinger

Klinische Psychologin, Gesundheitspsychologin.

Verein Projekt Integrationshaus, Projektzentrum für die Aufnahme und Integration von AsylwerberInnen, Flüchtlingen und MigrantInnen. Mitarbeiterin im Wohnheimprojekt.

Klinisch-psychologische Behandlung und Beratung

Organisation und Leitung eines Frauenprojekts

Arbeitsschwerpunkte: Psychotraumatologie, Interkulturalität, Chronische Erkrankungen

Mag. Ruth Heidinger

Verein Projekt Integrationshaus

Engerthstrasse 163

A-1020 Wien

E-Mail: r.heidinger@integrationshaus.at