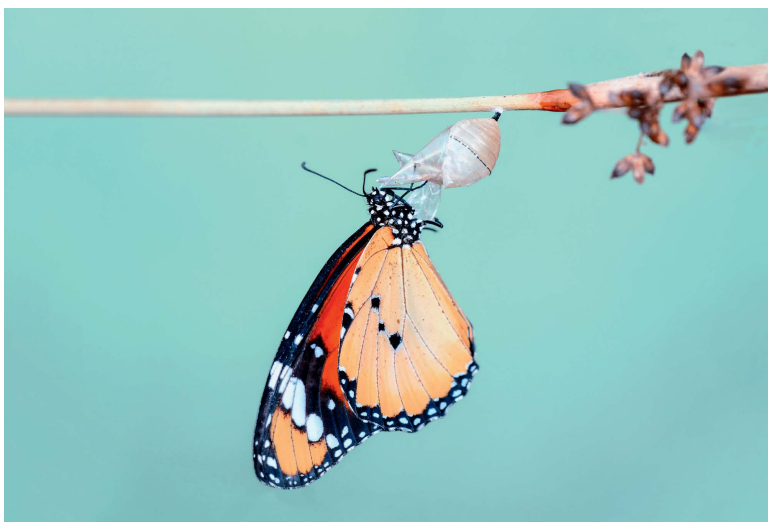




Stangier • Kananian • Yehya • Hinton

Kulturell adaptierte Verhaltenstherapie für Menschen mit Fluchterfahrung

Manual zur Stärkung von Resilienz
und innerer Ausgeglichenheit



E-Book inside +
Material in Deutsch,
Arabisch und Farsi

BELTZ

Leseprobe aus:

Stangier/Kananian/Yehya/Hinton, Kulturell adaptierte Verhaltenstherapie für Menschen mit Fluchterfahrung,

ISBN 978-3-621-28797-5

© 2020 Beltz Verlag, Weinheim Basel

<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-28797-5>

Stangier • Kananian • Yehya • Hinton

Kulturell adaptierte Verhaltenstherapie für Menschen mit Fluchterfahrung

Ulrich Stangier • Schahryar Kananian • Marwan Yehya • Devon E. Hinton

Kulturell adaptierte Verhaltenstherapie für Menschen mit Fluchterfahrung

Manual zur Stärkung von Resilienz und innerer Ausgeglichenheit

Mit Arbeitsmaterial

BELTZ

Prof. Dr. Ulrich Stangier
J. W. Goethe-Universität
Institut für Psychologie
Varrentrappstr. 40-42
60486 Frankfurt am Main

Schahryar Kananian, M. Sc.
J. W. Goethe-Universität
Institut für Psychologie
Varrentrappstr. 40-42
60486 Frankfurt am Main

Marwan Yehya, B. Sc.
J. W. Goethe-Universität
Institut für Psychologie
Varrentrappstr. 40-42
60486 Frankfurt am Main

Devon E. Hinton, M.D.
Harvard Medical School
Blavatnik Institute
Global Health & Social Medicine
641 Huntington Avenue
Boston, Massachusetts 02115

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.



Dieses Buch ist erhältlich als:
ISBN 978-3-621-28797-5 Print
ISBN 978-3-621-28817-0 E-Book (PDF)

1. Auflage 2020

© 2020 Programm PVU Psychologie Verlags Union
in der Verlagsgruppe Beltz · Weinheim Basel
Werderstraße 10, 69469 Weinheim
Alle Rechte vorbehalten
Lektorat: Salome Fabianek
Coverbild: Darkdiamond67/iStock/Getty Images Plus
Herstellung und Satz: Lelia Rehm
Gesamtherstellung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor_innen und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Inhaltsübersicht

Vorwort	11
I Psychische Belastungen von Menschen mit Fluchterfahrung	13
1 Einleitung	15
2 Erklärungsansätze	25
3 Diagnostik	39
II Therapieprogramm	47
4 Konzeption	49
5 Einzeltherapie	59
6 Gruppentherapie	107
7 Erweiterungen	169
8 Evaluation des Therapieprogramms	175
Anhang	177
Literatur	179
Hinweise zum Arbeitsmaterial	185
Sachwortverzeichnis	187

Inhalt

Vorwort	11
I Psychische Belastungen von Menschen mit Fluchterfahrung	13
1 Einleitung	15
1.1 Krieg, Flucht, Asyl	15
1.2 Kulturelle Besonderheiten	17
1.3 Belastungen und psychische Störungen bei Menschen mit Fluchterfahrung	20
2 Erklärungsansätze	25
2.1 Komplexe Traumatisierung: ein prozessbasiertes Modell	25
2.2 Resilienz	28
2.3 Kulturelle Faktoren von Stress, psychischer Gesundheit und psychischer Störungen	31
2.4 Psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Fluchterfahrung	35
3 Diagnostik	39
3.1 Kooperation mit Dolmetscherinnen und Dolmetschern	39
3.2 Erstgespräch	42
3.3 Diagnosestellung	43
3.4 Diagnostische Verfahren	45
II Therapieprogramm	47
4 Konzeption	49
4.1 Theoretische Grundlagen der Behandlung	49
4.1.1 Emotionsregulation	50
4.1.2 Verarbeitungsprozesse	52
4.1.3 Kulturelle Adaptation psychologischer Interventionen	54
4.1.4 Entwicklung des vorliegenden Behandlungskonzeptes	54
4.2 Therapeutische Grundhaltung	55
4.3 Anpassung der Rahmenbedingungen	56
4.4 Indikation und Kontraindikation für das Programm	58

5	Einzeltherapie	59
5.1	Ziele und Aufbau des Behandlungsprogramms	59
5.2	Erstgespräch und Fallkonzeption	62
5.2.1	Kulturell sensibles Erstgespräch und Diagnostik	62
5.2.2	Individuelle Fallkonzeption und Therapieziele	64
5.3	Therapeutisches Basisverhalten	65
5.4	Psychoedukation	69
5.4.1	Resilienz verbessern	69
5.4.2	Sich von schlechten Erinnerungen befreien	70
5.4.3	Emotionsregulation und Umgang mit Stress	71
5.4.4	Umgang mit Niedergeschlagenheit	72
5.4.5	Umgang mit körperlichen Beschwerden	73
5.4.6	Kulturelle Barrieren überwinden	74
5.4.7	Gelassenheit erlernen	75
5.4.8	Innere Ruhe durch Atmung	75
5.4.9	Gesunder Schlaf	76
5.4.10	Sorgen und Generalisierte Angststörung	77
5.4.11	Umgang mit Wut	78
5.4.12	Neue Wege	78
5.5	Stretching	79
5.6	Problemmanagement	82
5.6.1	Kognitiv orientiertes Problemlösetraining	82
5.6.2	Soziale Unterstützung	86
5.6.3	Soziales Problemlösetraining	88
5.6.4	Verhaltensaktivierung	89
5.7	Meditation und imaginative Verfahren	90
5.7.1	Atempause	90
5.7.2	Visualisierungsübung	95
5.7.3	Metta-Meditation	95
5.8	Kognitive Umstrukturierung	96
5.8.1	Identifizieren dysfunktionaler Gedanken	96
5.8.2	Sokratischer Dialog	98
5.8.3	Prozessbasiertes Vorgehen und Thinking a lot	100
5.8.4	Bearbeitung traumabezogener Kognitionen	101
5.9	Kritische Therapiesituationen	102
5.9.1	Umgang mit Suizidgedanken	102
5.9.2	Einschätzung und Prävention von Suizidalität	103
5.9.3	Sonstige Probleme	104
6	Gruppentherapie	107
6.1	Vorgespräche und Gruppenzusammensetzung	107
6.2	Ziele und Aufbau des Gruppentrainings	108

6.3	Therapeutisches Basisverhalten in Gruppen	109
6.4	Inhalte der Gruppensitzungen	114
6.4.1	Sitzung 1: Resilienz verbessern	114
6.4.2	Sitzung 2: Sich von schlechten Erinnerungen befreien	120
6.4.3	Sitzung 3: Lebensenergie gewinnen	125
6.4.4	Sitzung 4: Umgang mit Trauer	129
6.4.5	Sitzung 5: Flexibler Körper, flexibler Geist	132
6.4.6	Sitzung 6: Kulturelle Barrieren überwinden	136
6.4.7	Sitzung 7: Gelassenheit erlernen	140
6.4.8	Sitzung 8: Innere Ruhe durch Atmung	144
6.4.9	Sitzung 9: Gesunder Schlaf	148
6.4.10	Sitzung 10: Mit Ungewissheit umgehen können	153
6.4.11	Sitzung 11: Stark sein ohne Wut	158
6.4.12	Sitzung 12: Neue Wege	162
6.5	Kritische Therapiesituationen	165
7	Erweiterungen	169
7.1	Störungsspezifische Einzeltherapie	169
7.2	Kombinationen mit anderen Therapieansätzen	173
7.3	Anwendung bei Jugendlichen	174
8	Evaluation des Therapieprogramms	175
	Anhang	177
	Literatur	179
	Hinweise zum Arbeitsmaterial	185
	Sachwortverzeichnis	187

1 Einleitung

1.1 Krieg, Flucht, Asyl

In den letzten Jahren sind aufgrund von Kriegen und Terror viele Menschen nach Deutschland geflohen. Die anhaltenden bewaffneten Konflikte, wie die Bürgerkriege in Syrien (seit 2011) und Afghanistan (seit 1978), haben immer mehr Menschen dazu gezwungen, ihr Land zu verlassen. Viele Asylsuchende flüchten vor Kriegshandlungen, politischer, ethnischer oder religiöser Verfolgung und vor Verhaftung, Folter oder täglichen Terroranschlägen in ihrem Herkunftsland. Seit 2015 haben nach Angaben des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge (BAMF) 1.800.000 Geflüchtete in Deutschland Asyl beantragt, davon die meisten aus dem Mittleren Osten, d. h. Syrien, Irak, Türkei und Afghanistan, aber auch aus Eritrea, Somalia und dem Südsudan (BAMF, 2019).

Zusätzlich zu Krieg und Verfolgung treiben auch extreme Armut und Hunger Flüchtlingsströme von Afrika nach Europa, wie z. B. aus Nigeria, Niger und Mali. Weltweit sind nach Schätzungen der Vereinten Nationen (UNO) ca. 70 Millionen Menschen auf der Flucht, so viele wie nie zuvor.

Der Fluchtweg nach Europa ist lang und in der Regel lebensgefährlich. Die meisten der Geflüchteten bezahlen organisierte Schlepper und setzen in seeuntauglichen Booten illegal über das Mittelmeer nach Italien oder Griechenland über. Mehr als 15.000 Menschen sind nach Angaben des Flüchtlingshilfswerks der UNO im Mittelmeer ums Leben gekommen, überwiegend durch Ertrinken oder Verdursten (ESI, 2017). Möglicherweise stirbt eine noch größere Anzahl Menschen auf der langen Flucht durch die Sahara zur libyschen Küste durch Verdursten. Die meisten Geflüchteten werden in Auffanglagern für eine lange, ungewisse Zeit untergebracht, oft unter menschenunwürdigen Bedingungen in überfüllten Unterkünften. Andere wiederum versuchen in wochenlangen Fußmärschen über den Balkan ein sicheres Aufnahme-land zu erreichen.

Angekommen in Deutschland, beginnt mit dem Asylantrag eine ungewisse Zeit, die mit der Angst einhergeht, in das Heimatland abgeschoben zu werden (Preitler, 2018). Diese Angst ist berechtigt, die Ablehnungsquote lag z. B. 2019 bei 60 % (BAMF, 2019). Nur eine Minderheit (2019: 24 %), kann als Geflüchteter nach der Genfer Flüchtlingskonvention anerkannt werden oder erreicht einen befristeten subsidiären Schutz oder ein befristetes Abschiebungsverbot (2019: 13 %).

Neben der Unsicherheit über die Zukunft ist die aktuelle soziale Situation der Betroffenen mit vielen weiteren Belastungsfaktoren (sog. Postmigrationsstressoren) verbunden. Die meisten Asylsuchenden sind männliche Personen, ungefähr drei Viertel von ihnen jünger als 30 Jahre. Untergebracht in Flüchtlingsunterkünften mit Mehrbettzimmern, ist der Verlust der Privatsphäre und die eingeschränkte persönliche Si-

cherheit oftmals ein Problem, insbesondere bei Minderjährigen und Frauen. Hinzu kommen Spannungen zwischen den vielen Menschen verschiedener Ethnien und Glaubensrichtungen.

Die wesentlichen Bezugspersonen für die Menschen mit Fluchterfahrung sind meist Sozialarbeiter, die im Asylverfahren beraten, bei Behördengängen unterstützen, Bildungsangebote und Arzttermine vermitteln, bei der Wohnungssuche helfen und vieles mehr. Aufgrund der umfassenden Versorgungsaufgaben ergibt sich oft eine Abhängigkeit, die zu interpersonellen Konflikten führen kann. Zusätzlich ist der Alltag phasenweise geprägt von häufigen Kontakten mit Behörden, Rechtsanwälten und Polizisten, die oft als bedrohlich erlebt werden. Angesichts der großen persönlichen Bedeutung werden die Termine aufgrund der Schwierigkeiten in der sprachlichen Verständigung zur Belastungsprobe. Die Sprachbarriere erschwert auch häufig den Kontakt mit Einheimischen. Zudem machen viele Geflüchtete die Erfahrung, als unerwünschte Fremde abgelehnt und diskriminiert zu werden.

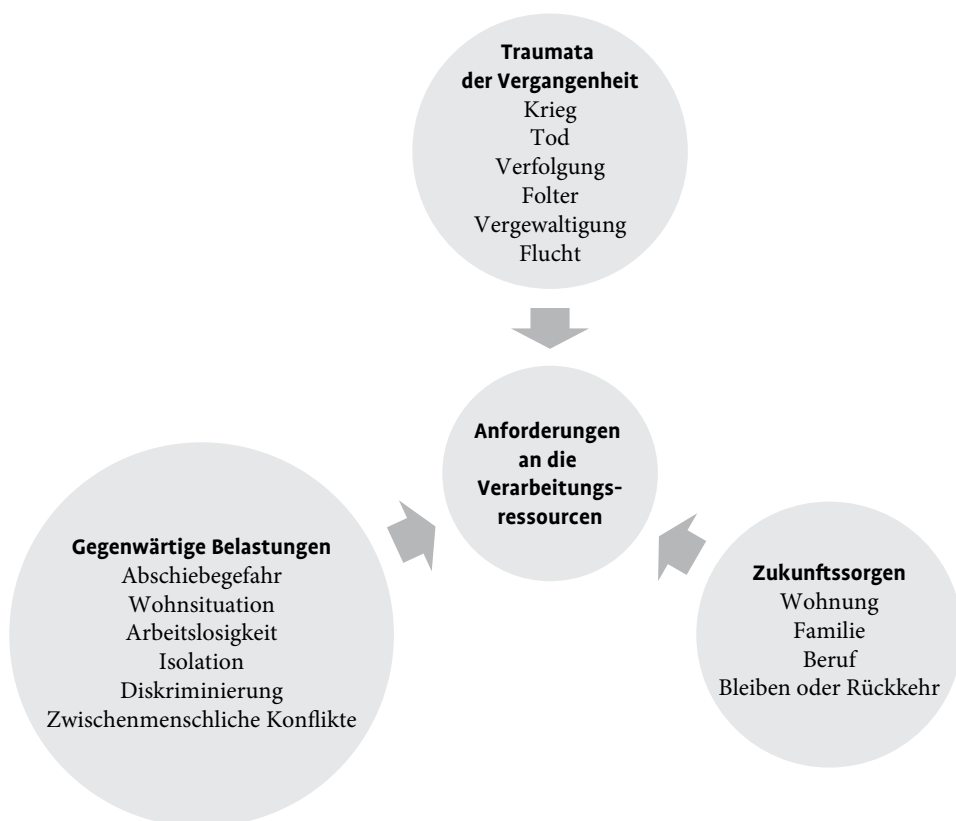


Abbildung 1.1 Belastungsfaktoren im Leben von Geflüchteten

Im Gegensatz zu Migranten sind Geflüchtete dazu gezwungen gewesen, ihre Heimat zu verlassen, da ihr Leben durch Krieg, Verfolgung, Hunger oder Armut bedroht war. Diese Faktoren werden als Push-Faktoren bezeichnet. Sie stehen im Gegensatz zu den Pull-Faktoren wie Sicherheit, Bildung oder einem gut vergüteten Arbeitsplatz. Pull-Faktoren motivieren Personen dazu, freiwillig in die Aufnahmegesellschaft zu immigrieren (vgl. Hahn et al., 2017, S. 34). Bei Geflüchteten fehlt die Möglichkeit, sich auf die veränderten Lebensbedingungen im Aufnahmeland vorzubereiten. Dementsprechend sind ihre psychologischen und soziokulturellen Probleme häufig gravierender als die von Migranten.

Mit der Flucht gehen der berufliche und soziale Status verloren. In der Heimat ein angesehenes Mitglied der Gesellschaft, ist der Alltag der Geflüchteten nun von Untätigkeit und passivem Warten gekennzeichnet. Eine eigene Wohnung, Kontakte zu Einheimischen, einen Job oder eine Ausbildung zu finden und sich ein neues Leben aufzubauen, wünschen sich die meisten Geflüchteten. Ein weiteres zentrales Bedürfnis ist der Zusammenhalt der Familie. Ist ein Teil der Familie noch im Herkunftsland und wird möglicherweise bedroht, ist die Zusammenführung häufig die belastendste Sorge.

Mit der Ankunft im Aufnahmeland tritt zwar eine Entlastung von der akuten Gefahr ein, vor der die Menschen geflüchtet sind. Statt der Traumata der Vergangenheit stehen nun vor allem die gegenwärtigen Belastungen und Zukunftssorgen im Vordergrund (s. Abb. 1.1).

1.2 Kulturelle Besonderheiten

Definition Kultur. Mit der Ankunft wird ein Mensch mit Fluchterfahrung mit den kulturellen Besonderheiten des Aufnahmelandes konfrontiert und umgekehrt nehmen die Bewohner des Aufnahmelandes seine Abweichungen von der eigenen Kultur wahr. Der niederländische Kulturwissenschaftler Geert Hofstede definiert Kultur als »kollektive Programmierung des Geistes, die Mitglieder einer Gruppe oder Kategorie von Menschen von einer anderen unterscheidet« (Hofstede et al., 2010, S. 6; Übers. d. Verf.). Unter Programmierung versteht Hofstede vor allem die Orientierung an spezifischen Werten, auf die sich ein Kollektiv geeinigt hat (z. B. eine ethnische Gruppe, Nation, Organisation). Neben den angeborenen Emotionen und der individuellen Persönlichkeit bestimmen die Werte Einstellungen und Verhaltensweisen. Kulturelle Werte zeigen sich in Traditionen, Umgangsformen, Ernährung und Speisen, Kleidung, Symbolen, und auch in der Präferenz für bestimmte Vorbilder (»Helden«). Innerhalb nationaler Kulturen werden die Werte im Sozialisationsprozess erworben und zudem durch Sprache, Religionen und Gesellschaftsstruktur beeinflusst. Sie zeigen sich auch in dem Verständnis der Geschlechter- und Familienrollen. Die Werte definieren z. B. die Bedeutung von böse und gut, hässlich und schön, anomal und normal, paradox und logisch, irrational und rational. Dieser Prozess ist laut Hofstede innerhalb der ersten zehn Lebensjahre weitgehend abgeschlossen. Werte beeinflussen das Verhalten. Sie sind häufig nicht bewusst, sondern werden erst durch die Konfrontation mit anderen

Kulturen erkennbar. Als verinnerlichtes Repertoire an Denk- und Wahrnehmungsmustern sind sie identitätsstiftend für das Individuum (Corsini, 1987). Das Eisberg-Modell der Kultur (Abb. 1.2) verdeutlicht, dass nur ein geringer Anteil der kulturellen Besonderheiten nach außen hin offensichtlich ist, die meisten kulturell bedingten Phänomene sind nicht unmittelbar sichtbar.

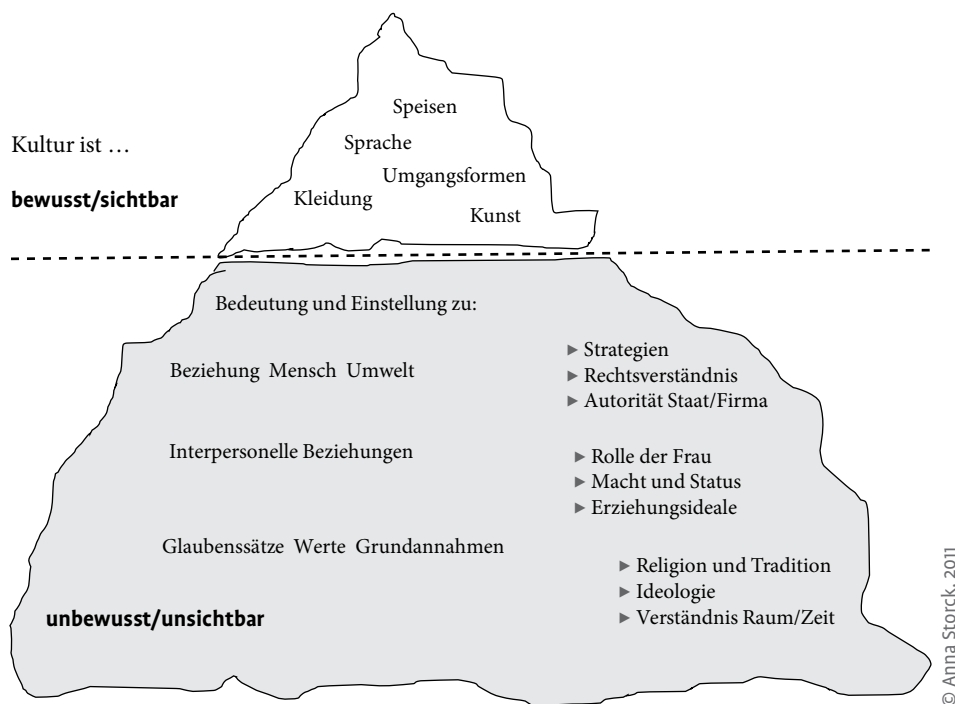


Abbildung 1.2 Das Eisberg-Modell der Kultur

Die Rolle der Religion. In welchem Maße unterscheiden sich die Werteorientierungen von Menschen aus dem Nahen und Mittleren Osten von denen der westlichen Welt? Vor dem Hintergrund der durch religiösen Fundamentalismus und gewaltbereiten Terrorismus geprägten Stereotype ist es verwunderlich, dass es so wenig empirische Forschung zu Werteorientierungen bei Geflüchteten aus islamischen Ländern gibt. Im Folgenden konzentrieren wir uns auf die Besonderheiten Geflüchteter aus Syrien und dem Irak, die zu den arabischen Ländern des Nahen Ostens gehören, und auf die Besonderheiten Geflüchteter aus Afghanistan, das zum Mittleren Osten gezählt wird. In diesen Herkunftskulturen ist die Religion und im Speziellen der Islam ein prägender Faktor. Allerdings gibt es innerhalb des Islams, wie auch im Christentum, verschiedene Glaubensrichtungen: die größte dieser Glaubensrichtungen, der Sunnismus, ist vor allem im Nahen Osten verbreitet (Syrien: 60 %; CMEPS-J Report, 2017), im Unterschied zum Schiismus, der vor allem im Mittleren Osten (Iran: 90 %, Afghanistan: 80 %) verbreitet ist. Die Bevölkerung des Iraks besteht ebenfalls in der Mehrheit aus Schiiten

(60 %), aber auch zu einem hohen Anteil aus Sunniten (30 %). Die Trennung beider Glaubensrichtungen begann bereits kurz nach dem Tod des Propheten Mohammed im Jahr 632 aufgrund der Frage der rechtmäßigen Führung: Schiiten erkennen nur Nachkommen aus Mohammeds Familie an, während Sunniten auch ein Mitglied aus dem Stamm des Propheten akzeptieren. Die traditionellen theologischen Unterschiede zwischen den beiden Glaubensrichtungen Sunnismus und Schiismus werden vor allem seit Ende der britischen Kolonialherrschaft sehr stark durch politische Hegemonialbestrebungen des sunnitischen Saudi-Arabiens und des schiitischen Irans vertieft. Es sollte jedoch hervorgehoben werden, dass die Region die Heimat einer Vielzahl von christlichen Religionen und auch des jüdischen Glaubens ist und es immer wieder lange Perioden des friedlichen Zusammenlebens gab und gibt.

Religiosität und speziell die religiösen Werte des Islams spielen eine deutlich größere Rolle in den Heimatländern von Menschen aus dem Nahen und Mittleren Osten als etwa in Europa. Eng verbunden mit den unmittelbaren religiösen Pflichten (Glaubensbekenntnis, Gebet, Fasten, Almosenabgabe und Pilgerfahrt nach Mekka) sind auch moralische Werte wie Ehre, Gerechtigkeit, Großzügigkeit, Respekt, Fairness und Demut (Harb, 2016). Die von der Bertelsmann-Stiftung herausgegebene Studie »Religionsmonitor« (Vopel & El-Menouar, 2015) zeigt, dass sich von den (überwiegend sunnitischen) Muslimen in Deutschland etwa doppelt so viele Personen als religiös bezeichnen wie unter Katholiken (ca. 50 % vs. 29 %). Jedoch ist zu beachten, dass sich ein ebenfalls sehr hoher Anteil als nicht religiös einstuft (50 %). Darüber hinaus ist auch interessant, dass sich die Identifizierung mit Religion vor allem bei den unter 30-jährigen Muslimen besonders stark von der der Nichtmuslime unterscheidet (57 % vs. 13 % bei Katholiken).

Familie und Sexualität. Eine wichtige Grundlage arabischer Gesellschaften ist die zentrale Rolle der Familie, die von starkem inneren Zusammenhalt und Konformität geprägt ist. Die Familie bietet ihren Mitgliedern lebenslang nach außen Schutz und Unterstützung, z. B. bei Krankheit oder sozialer Not (Harb, 2016). Die Familienorientierung ist im Vergleich zur westlichen Werteorientierung stärker und auch verbunden mit der Erwartung, die familiäre Hierarchie zu respektieren. Ein weiterer Unterschied besteht in der Wertschätzung Älterer aufgrund ihrer Lebenserfahrung, Weisheit und Geduld. In arabischen Gesellschaften gelten Ältere als Oberhäupter der Familie und die nachfolgenden Generationen sind in der Pflicht, sich um sie zu kümmern. Homosexualität wird in den arabischen Gesellschaften streng abgelehnt; in vielen Staaten droht Homosexuellen die Todesstrafe. Uneindeutig ist, ob die Ablehnung ausschließlich religiös begründet ist, denn unter Islamwissenschaftlern ist es umstritten, ob der Koran Homosexualität verbietet (Bauer et al., 2013).

Werteorientierungen bei Geflüchteten. Der Ansatz von Hofstede zur Erfassung von nationalen Kulturdimensionen ist, trotz der Kritik an der Selektivität der Stichproben (es handelt sich um internationale Mitarbeiter von IBM) und der Vernachlässigung individueller zugunsten nationaler Unterschiede, der populärste und am häufigsten zitierte. Er umfasst sechs Dimensionen: Individualismus, Unsicherheitsvermeidung, Maskulinität, Machtdistanz, Pragmatismus und Nachgiebigkeit. In einer Studie von

Hofstede et al. (2010) wurden auch IBM-Mitarbeiter aus zehn arabischen Ländern, darunter der Irak, befragt. Verglichen mit den Durchschnittswerten anderer Länder ergaben sich für die befragten Personen aus den arabischen Ländern eine niedrigere Individualität (d.h. sie orientieren sich an den Zielen des Kollektivs), hohe Machtdistanz (d.h. gesellschaftliche Machthierarchien werden nicht hinterfragt) und starke Unsicherheitsvermeidung (d.h. in unsicheren Situationen wird Konformität bevorzugt). Für die zwei übrigen Dimensionen ergaben sich keine Abweichungen zu anderen Ländern. Innerhalb der arabischen Nationen gab es diesbezüglich Unterschiede, wobei Studienteilnehmende aus dem Irak in den genannten Dimensionen jeweils die ausgeprägtesten Skalenwerte erreichten.

Unterscheiden sich die Wertorientierungen Geflüchteter gegenüber den im Heimatland lebenden Mitgliedern einer Kultur? Bedauerlicherweise gibt es keine Untersuchungen, die hierzu verlässliche Daten bieten. Es gibt jedoch Studien, die die Wertorientierungen Geflüchteter anhand der zehn kulturellen Wertedimensionen nach Schwartz (1994) mithilfe des *Portrait Values Questionnaires* untersuchen. In einer Studie in Italien (Sagone & De Caroli, 2012) wurden 60 Geflüchtete, vorwiegend aus Afghanistan und den afrikanischen Ländern, untersucht. In dem Fragebogen gaben sie eine ausgeprägte Orientierung an Sicherheit, Tradition und Wohlbefinden an. Gleichzeitig nahmen die Geflüchteten ein hohes Maß an Gemeinsamkeit bezüglich des Alltags mit italienischen Mitgliedern der Aufnahmekultur wahr, insbesondere bezüglich des Berufs und der Kultur. Eine weitere Studie mit dem *Portrait Values Questionnaire* mit 42 Geflüchteten, zur Hälfte jeweils aus Afghanistan und Syrien (Stangier et al., in Vorbereitung), bestätigt die starke Orientierung von Geflüchteten an Sicherheit. Daneben sind Konformität (Befolgen sozialer Normen), Macht (sozialer Status und Autorität), Leistung (persönlicher Erfolg durch Kompetenz) und Universalismus (Wohlergehen aller Menschen) ebenfalls ausgeprägte Werte.

1.3 Belastungen und psychische Störungen bei Menschen mit Fluchterfahrung

Kriegsbedingte Traumata. Die meisten der Geflüchteten aus dem Nahen und Mittleren Osten waren in ihrer Vergangenheit äußerst belastenden Erlebnissen ausgesetzt. Eine Studie mit syrischen Geflüchteten in der Türkei zeigt, dass 92 % sich in Kriegsgebieten aufgehalten haben, 51 % Leichenteile gesehen haben, 32 % Folterungen mit ansehen mussten und 10 % selbst gefoltert wurden (Alpak et al., 2015). Den kriegsbedingten Tod eines Familienmitgliedes oder eines nahen Freundes haben 66 % erlebt, eine Geiselnahme/Entführung 48 % und die Folterung einer nahestehenden Person 42 %. Bei Menschen, die aus Afghanistan geflüchtet sind, sind die Auftretenshäufigkeiten traumatischer Erlebnisse vergleichbar: 42 % haben lebensgefährliche Situationen erlebt (entweder in Form von eigenen Erfahrungen oder der von anderen), 31 % Kriegshandlungen, 27 % Gefangennahme, 22 % Folter, 14 % Vergewaltigung oder sexuellen Missbrauch (Doolan et al., 2017). Fast alle Geflüchteten verlieren ihr Zuhause, ihren

Besitz und ihr Einkommen, oft reißt der Kontakt zu Familienmitgliedern ab (Selwa-Younan et al., 2017). Diese Zahlen machen deutlich, wie belastend die Erfahrungen der Geflüchteten von der Flucht sind.

Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) und Depression bei Geflüchteten. Kriege und bewaffnete Konflikte sind weit verbreitet: Etwa jeder fünfte Mensch hat in den letzten 30 Jahren einen Krieg erlebt. Kriegserlebnisse hinterlassen oft auch psychische Störungen. Schätzungen zufolge erlebt ein Fünftel der Überlebenden eine Posttraumatische Belastungsstörung, häufig komorbid mit einer depressiven Störung (Hoppen & Morina, 2019). Dabei spielt nicht nur die Intensität der psychischen Belastung eines Ereignisses eine Rolle, sondern auch das wiederholte Auftreten und die individuelle Kumulierung aller traumatischen Erlebnisse zusammen. In der Regel sind Kriegserfahrungen mit multiplen Traumatisierungen verbunden, insbesondere vor dem Hintergrund langjähriger Bürgerkriege wie denen in Syrien, dem Irak und Afghanistan. Die Häufigkeit psychischer Störungen bei Menschen mit Fluchterfahrung schwankt je nach Stichprobe und Untersuchungsmethode (Interview vs. Screening-Fragebögen, kultursensible Erfassung), sie treten jedoch um ein Vielfaches häufiger auf als in der Allgemeinbevölkerung der Aufnahmeländer. Die Studie von Acarturk et al. (2017) mit syrischen Flüchtlingen in türkischen Flüchtlingslagern berichtet eine Prävalenz von 83,4 % für PTBS und 37,4 % für Depression. Etwas geringer sind die Ergebnisse aus einer schwedischen Studie mit syrischen Geflüchteten, in der 40 % Hinweise auf eine Depression, 32 % eine Angststörung und 30 % eine PTBS aufwiesen; 55 % wiesen mindestens eine der untersuchten Störungen auf (Tinghög et al., 2017). In einer in deutschen Erstaufnahmelagern durchgeführten Studie (Richter et al., 2015) wurden bei 63,6 % der Geflüchteten eine oder mehrere psychische Störungen diagnostiziert. Die am häufigsten gestellte Diagnose war PTBS mit insgesamt 32,2 %, gefolgt von depressiven Episoden und rezidivierenden depressiven Episoden mit insgesamt 21,9 %. Im Kontext der erlebten Hilf- und Hoffnungslosigkeit gehen mit PTBS und Depression bei 26–40 % der Geflüchteten auch eine erhöhte Suizidalität und Suizidgedanken einher (Kalt et al., 2013).

Andere psychische Störungen. Neben PTBS und Depression sind Angststörungen, darunter Panikstörungen und Generalisierte Angststörungen, ebenfalls hochfrequent. Eine Studie mit syrischen Geflüchteten in Deutschland (Georgiadou et al., 2018) fand bei 13,5 % Hinweise auf eine Generalisierte Angststörung. Etwa gleich hoch waren in dieser Studie die Prävalenzen von PTBS und Depression. Weiterhin sehr häufig sind somatoforme Störungen (37 %; Rohlof et al., 2014), insbesondere somatoforme Schmerzstörungen und dabei vor allem Kopfschmerzen. Weitestgehend unbekannt ist die Häufigkeit von Substanzabhängigkeiten. Eine Studie aus den USA ermittelte zwar einen deutlich geringeren Alkoholkonsum unter Geflüchteten aus Syrien als unter Migranten aus arabischen Ländern (13 % vs. 46 %) und in einer schwedischen Studie (Harris et al., 2019) fand man lediglich bei 1,3 % der syrischen Geflüchteten eine Substanzabhängigkeit. Jedoch ist aufgrund der befürchteten negativen Auswirkungen auf den Aufenthaltstitel eine hohe Dunkelziffer wahrscheinlich, insbesondere bezüglich illegaler Substanzen.

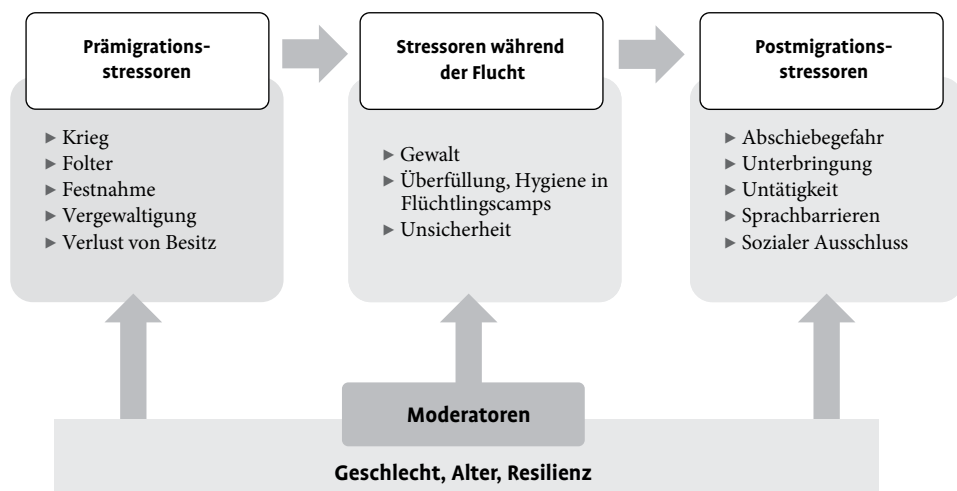


Abbildung 1.3 Belastungsfaktoren und deren Moderatoren bei Geflüchteten

Fluchtbedingte Traumata. Nicht nur die kriegsbedingten Erlebnisse im Heimatland, auch die Erfahrungen während der Flucht sind oftmals hochgradig traumatisierend. Dies betrifft nicht nur die lebensgefährliche Überfahrt mit dem Boot nach Europa (s. Abschn. 1.1). Neben der tage- und wochenlangen Konfrontation mit dem Ertrinken oder Verdursten ist die Gewalt durch Polizei oder Armeeingehörige, Schlepper oder Räuber allgegenwärtig. In einer Studie, die in Flüchtlingscamps auf den griechischen Inseln durchgeführt wurde, gaben ca. ein Drittel der Geflüchteten an, dass sie während der Flucht an, zumeist ausgeübt von Polizei und Vertretern der staatlichen Autoritäten (Ben Farhat et al., 2018). Nicht bezifferbar ist die Häufigkeit von sexueller Gewalt, Vergewaltigung und sexuellem Missbrauch (MacTavish, 2016).

Postmigrationsstressoren. Auch nach der Ankunft im Aufnahmeland kommen Stressfaktoren hinzu, die für viele Geflüchtete über die Belastung durch die Traumatisierungen der Flucht hinausgehen (Porter & Haslam, 2005). Insbesondere der Prozess des Asylverfahrens mit regelmäßigen Rechtsanwaltskontakten und Gerichtsterminen sowie der bedrohlichen Perspektive, jederzeit wieder in das Herkunftsland abgeschoben zu werden, ist mit belastender Unsicherheit für die Geflüchteten verbunden (Schock et al., 2015). Die Unterbringung in größeren Aufnahme- und Übergangseinrichtungen ist mit starken Einschränkungen der Privatsphäre, Alltagskonflikten zu Mitbewohnern, Lärm und Schlafmangel verbunden (Georgiadou et al., 2017). Hinzu kommen der Verlust der gewohnten sozialen Kontakte, Sprachprobleme und das Erleben von Diskriminierung und Ausgrenzung (Teodorescu et al., 2012). Diese Belastungen (Abb. 1.3) verstärken die psychischen Symptome von PTBS und Depression erheblich (Carswell et al., 2011; Li et al., 2016).

Erhöhte Vulnerabilität bei Jugendlichen, Kindern, Frauen. Ein Drittel der in Deutschland Asylantragstellenden sind geflüchtete Frauen (BAMF, 2019). Die Fluchtursachen sind

dieselben wie bei Männern Krieg und Verfolgung, jedoch kommen als frauenspezifische Gründe zusätzlich sexuelle Gewalt, Zwangsprostitution und Genitalverstümmelung hinzu. Auch auf der Flucht und in den Aufnahmeeinrichtungen sind Frauen, insbesondere ohne männliche Begleitung, aber auch in traditionell patriarchalischen Partnerschaften, sexuellen und physischen Übergriffen ausgesetzt. Eine großangelegte Studie (Jesuthasan et al., 2018) konnte zeigen, dass insbesondere ältere Frauen und Frauen mit lebensbedrohlichen und sexuellen oder physischen Gewalterfahrungen unter psychischen Symptomen von PTBS, Depression und Angststörungen litten. Auch Kinder und Jugendliche haben oftmals schon früh Gewalterfahrungen gemacht. Das Risiko für körperliche und sexuelle Gewalterfahrungen erhöht sich bei unbegleiteten Kindern und Jugendlichen nochmals dramatisch. In einer niederländischen Studie waren 23 % der begleiteten Kinder körperlich misshandelt und etwa 8 % sexuell missbraucht worden, wohingegen 63 % der unbegleiteten Minderjährigen körperlich und 20 % (bei Jungen: 12 %, bei Mädchen: 39 %) sexuell misshandelt worden waren (Bean et al., 2007).

höhen. Ein weiterer Schutzfaktor ist die Aufrechterhaltung von Hoffnung durch die Orientierung an den gegenwärtigen Möglichkeiten, im Gegensatz zum Festhalten an vergangenen Erwartungen. Darüber hinaus fanden sie Hinweise, dass Unterdrückung und Vermeidung negativer Gedanken und Gefühle paradoxerweise den Anpassungsprozess fördern können. Eine Erklärung für dieses Ergebnis könnte sein, dass in unkontrollierbaren Situationen die Unterdrückung von negativen Emotionen vor Hilf- und Hoffnungslosigkeit schützen kann, ähnlich wie z. B. bei schweren und terminalen Erkrankungen.

2.3 Kulturelle Faktoren von Stress, psychischer Gesundheit und psychischer Störungen

Vorstellungen darüber, wie menschliches Erleben und Verhalten zusammenhängen, wie auch Konzepte über die Ursachen und Behandlung psychischer Störungen, werden durch kulturell vermittelte Konzepte beeinflusst. Die Konzepte Geflüchteter unterscheiden sich daher von denen, die in der Psychologie und Psychotherapie westlich orientierter Kulturen vorherrschen. Diese Unterschiede sind Gegenstand der interkulturellen Psychologie und Ethnopsychologie.

Menschenbild. Während in der Epoche der Aufklärung in der westlichen Welt das Individuum mit seinen Entwicklungsmöglichkeiten in den Vordergrund gestellt wurde, wird in den Kulturen des Nahen und Mittleren Ostens die Person vor allem als Mitglied der Gemeinschaft betrachtet, der sie untergeordnet ist (Kirmayer, 2007). Das kartesianische Welt- und Menschenbild des Westens sieht Geist und Körper als getrennte Systeme (Dualismus). Im monistischen und spiritualistischen Menschenbild der arabischen Welt hingegen sind Geist und Körper eins (Monismus). Diese monistische Sichtweise führt dazu, dass körperliche Phänomene in der Beschreibung psychischer Vorgänge sehr viel stärker repräsentiert sind als bei Menschen aus westlichen Kulturkreisen. Darüber hinaus ist Menschen des Nahen und Mittleren Ostens eine Unterscheidung von Emotionen und Kognitionen, wie sie in der westlich geprägten, wissenschaftlichen Psychologie vorgenommen wird, oftmals fremd.

Idioms of Distress. Während die Inanspruchnahme professioneller Hilfe tabuisiert wird, ist es üblich, psychisches Leid in vielfältiger Weise auszudrücken. Daher existiert eine Fülle von Redewendungen und Metaphern, um seelisches Leid und psychische Belastungen in Worte zu fassen. Diese sogenannten *Idioms of Distress* sind Syndrome, die im jeweiligen, kulturellen Kontext verstanden werden und bestimmte soziale Botschaften transportieren können (Kraus, 2006). Sie zeigen einerseits Leid bzw. Stress an (*Distress*), gleichzeitig werden sie als Form der Kommunikation akzeptiert, sodass keine Stigmatisierung zu befürchten ist, selbst wenn das Ausmaß des Leids aus westlicher Sicht psychopathologisch relevant erscheinen mag (z. B. »sich auffressen« für Grübeln auf Farsi; Kirmayer, 2006). In der westlichen Welt hat man ein relativ klares Bild davon, wie ein depressiver Patient seine Symptome äußert bzw. welche Wörter und Redewendungen zumeist verwendet werden. Patienten aus arabischen Ländern

drücken seelisches Leiden oftmals wortreich mithilfe von bildhaften Allegorien, Metaphern und Redewendungen aus, vielfach unter Einbeziehung der körperlichen Beschreibungsebene. Solche Ausdrücke erlauben den Betroffenen, ihre Befindlichkeit auf eine Art und Weise zu vermitteln, die in ihrer Weltanschauung Sinn ergibt, ohne Angst davor zu haben, stigmatisiert zu werden (Hassan, 2015). So werden Gefühle der Traurigkeit und Lustlosigkeit zum Beispiel im Arabischen mit dem Ausdruck »das Leben hat keinen Geschmack« ausgedrückt. Beispiele für weitere kulturspezifische Ausdrucksweisen von psychischem Leiden sind für Afghanistan in Tabelle 2.1 aufgeführt, Idiome aus Syrien und dem Irak finden sich in Tabelle 2.2.

Tabelle 2.1 Beispiele für kulturspezifische Ausdrucksweisen von psychischem Leiden (Idioms of Distress) aus Afghanistan auf Farsi

Idiom	Lateinische Schreibweise	Wörtliche Übersetzung	Sinngemäße Übersetzung
خود خوری	Khod-Khori	»Sich auffressen«	Sich den Kopf zerbrechen, grübeln, nachdenken, sich Sorgen machen
جگر خون	Jigar Khoon	»Leberblut«	Allgemein negativer emotionaler Zustand, wütend sein, leiden, grübeln
غم	Gham	»Trauer«	Trauer, Kummer
گوشه گیر	Gooshe-giri	»die Ecke einnehmen«	Sozialer Rückzug
فشار بالا	Feshar bala	»Hoher Druck«	Angespannt sein, unter großem Druck stehen
عصبی	Assabi	»Nervlich«	Nervös, gereizt
چرت	Chort	»Dösen«	Geistesabwesend, dissoziativer Zustand
فشار پایین	Feshar payin	»Niedriger Druck«	Antriebslos, erschöpft

Tabelle 2.2 Beispiele für Idioms of Distress aus Syrien/Irak auf Arabisch

Idiom	Lateinische Schreibweise	Wörtliche Übersetzung	Sinngemäße Übersetzung
التفكير كثيرا	Al tafkier kathieran	»Viel Nachdenken«	Sich den Kopf zerbrechen, grübeln, sich Sorgen machen (<i>Thinking a lot</i>)

Idiom	Lateinische Schreibweise	Wörtliche Übersetzung	Sinngemäße Übersetzung
كل الابواب مسكرة بوجهي	Kol alabwab msakara bwejhi	»Alle Türen vor mir sind geschlossen«	Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung
ما عدت اقدر اتحمل	Ma o'dt aqdar athamal	»Ich kann nicht mehr aushalten«	Starke Belastung und allgemeine Überforderung
مخنوق	Makhnook	»Ich erstickte«	Sich bedrückt, traurig und schwermütig fühlen
الحياة ما الها طعم	Alhaya ma elha ta'm	»Das Leben hat keinen Geschmack«	Traurigkeit und Lustlosigkeit
رح انجن	Rah anjan	»Ich werde den Verstand verlieren«	Verzweiflung, Nervosität und Anspannung
طلعت روحي	Tela't roohi	»Meine Seele verlässt meinen Körper«	Sich bedrückt und hoffnungslos fühlen
مش عارف شو اعمل بحالي	Mesh a'aref sho a'mal be hali	»Ich weiß nicht, was ich mit mir selbst tun soll«	Sich sehr überfordert fühlen
نفسيتي تعبانة	Nafseyti Ta'abanah	»Meine Seele/ Psyche ist müde/erschöpft«	Allgemeiner Ausdruck der psychischen Belastung

Kulturspezifische Störungskonzepte. Die Definition und Erklärung psychischer Störungen ist neben dem kulturellen Einfluss auch vom Bildungsniveau abhängig. Geflüchtete mit geringem Bildungsniveau haben meist wenig Wissen über psychische Gesundheit. Sie orientieren sich traditionell an religiösen Erklärungen für die Entstehung von psychischem Leiden. Dies gilt etwa für einen hohen Anteil der Geflüchteten aus Afghanistan (Lopes Cardazo et al., 2004). Symptome werden in der traditionellen afghanischen Kultur nicht als Teil einer Störung oder Erkrankung wahrgenommen, sondern als vorübergehender Zustand, der mit dem Willen Gottes zusammenhängt. In Regionen mit einem generell höheren Bildungsgrad können hingegen genetische und biologische Erklärungsmodelle verbreitet sein, die weniger der Psychiatrie als vielmehr der somatisch orientierten Medizin entstammen. Zum Beispiel wird im Falle der klinischen Depression dann von einem Nährstoffmangel oder einer körperlichen Krankheit im Sinne einer Erkältung ausgegangen (Alemi, 2016).

In arabischen Ländern wie Syrien sind hingegen Informationen aus der westlich orientierten Wissenschaft mittlerweile mehr verbreitet. So werden Zusammenhänge zwischen belastenden Ereignissen wie Verlust oder Kriegserfahrungen und psychischen Belastungen von vielen Geflüchteten akzeptiert und verstanden. Allerdings bestehen auch noch traditionelle Erklärungsansätze psychischer Störungen fort, die sich auf übernatürliche Kräfte in einem religiösen Kontext beziehen. Ein Beispiel hierfür ist der Glaube an »Dschinn«, ein Geistwesen im Islam, der in den Körper oder die Seele von Menschen fahren kann und diese auf negative Weise steuert und beeinflusst (Hassan et al., 2015). Darüber hinaus ist es aber auch vor dem Hintergrund der alltäglichen Konfrontation mit Gewalt schwierig, die eigenen »traumatisierenden« Erlebnisse als eine »normale Reaktion auf unnormale Erfahrungen« zu bewerten (Afana et al., 2012).

Kulturelle Heilpraktiken. Während unter den eher gebildeten, westlich orientierten Geflüchteten eine größere Offenheit für Psychiater und Psychotherapeuten besteht, greifen viele Geflüchtete vermehrt auf traditionelle religiöse Heilpraktiken zurück, um psychische Gesundheit herzustellen. Eine Befragung irakischer Geflüchteter zeigte, dass sowohl das Lesen religiöser Texte (Koran oder Bibel) als auch das Aufsuchen psychiatrischer Unterstützung als hilfreich angesehen werden (Selwa-Younan et al., 2015); gleichzeitig erkannten von den befragten irakischen Geflüchteten nur 14 % eine PTBS, wenn ihnen die typischen Symptome genannt wurden.

Unter den religiösen Heilpraktiken steht der Versuch einer Selbstheilung durch Beten oder das Lesen des Korans an erster Stelle (Hassan et al., 2015). Teilweise werden aber auch islamische Religionsgelehrte (Hodschas) aufgesucht, um psychische Leiden zu behandeln. Oft wird hierbei eine Art Exorzismus praktiziert: Geht der Hodscha von einer Besessenheit durch einen Dschinn aus, kann er sogar das Auspeitschen der befallenen Person vorschlagen, um den Dämon aus dem Körper auszutreiben (Selwa-Younan et al., 2015).

Außer durch Religionsroutinen erfahren psychisch Leidende Hilfe und Unterstützung in der Familie (Hassan et al., 2015; Alemi et al., 2016). Die Unterstützung konzentriert sich dabei vor allem auf die Alltagsbewältigung. Weiterhin ist ein wichtiges Ziel des Familiensystems, die Familienehre und auch die des Betroffenen nach außen hin zu wahren, d. h. Symptome wie sozialen Rückzug oder Niedergeschlagenheit vor der Gemeinschaft zu verbergen.

Stigmatisierung psychischer Störungen. In vielen Kulturen des Nahen Ostens herrschen stringente gesellschaftliche Normen. Menschen, die sich aufgrund psychischer Störungen auffällig verhalten, werden oftmals als »verrückt« oder gar »besessen« angesehen. In manchen Fällen werden Menschen, die unter einer psychischen Störung leiden, von der Gesellschaft ausgegrenzt bzw. versteckt, um den Familienruf zu schützen (Hassan et al., 2015). Dabei werden in muslimischen Kulturen psychische Störungen oftmals auch als eine Strafe für die Trennung von Gott oder für einen mangelnden Glauben angesehen (Abdullah & Brown, 2011). Darüber hinaus befinden sich die psychiatrischen Versorgungseinrichtungen in den Ländern des Nahen und Mittleren Ostens meist in einem schlechten, veralteten Zustand, bieten oftmals über die Verwahrung hinaus keine wirklichen therapeutischen Angebote oder werden gar für die Unterbringung

von Delinquenten oder Verfolgten missbraucht. Die aus dieser nachvollziehbaren Ablehnung resultierende Tabuisierung und Stigmatisierung von Themen der psychischen Gesundheit führen oftmals dazu, dass Psychotherapeuten und Psychiater gemieden werden und zunächst eher eine körperbezogene Behandlung aufgesucht wird.

2.4 Psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Fluchterfahrung

Erhöhter Bedarf. Seit 2009 war ein Anstieg der Zuzüge von Geflüchteten zu verzeichnen, der im Jahr 2015 mit 2,14 Millionen Geflüchteten seinen Höhepunkt erreichte. In den Folgejahren kam es zu einer deutlichen Abnahme der Zuzüge (2016: 1,87 Millionen; BAMF, 2017, S. 2). Im Jahr 2016 wurden 36,9 % der Asylanträge von Geflüchteten aus Syrien und 17,9 % von Geflüchteten aus Afghanistan gestellt, womit sie die zwei größten Populationen nicht-europäischer Geflüchteter bilden.

Ungefähr die Hälfte aller Geflüchteten in den Erstaufnahmeeinrichtungen leidet unter einer psychischen Störung, die einer Behandlung bedarf (Richter et al., 2015). Somit ist das deutsche Gesundheitssystem mit einem erhöhten Behandlungsbedarf konfrontiert. Gleichzeitig bleibt die Inanspruchnahme von psychiatrischer bzw. psychotherapeutischer Versorgung durch Geflüchtete deutlich hinter derjenigen in der allgemeinen Bevölkerung zurück (Yaser et al., 2016).

Informationsdefizit. Ein wichtiger Faktor ist das Informationsdefizit bezüglich dessen, was psychische Störungen sind und dass diese behandelbar sind. Das Verständnis Geflüchteter von professioneller, psychologischer Hilfe und psychischer Gesundheit unterscheidet sich deutlich vom westlichen Konzept der Psychologie. Dies stellt eine zentrale Barriere hinsichtlich des Aufsuchens psychotherapeutischer Versorgung dar. In Afghanistan sind psychische Störungen, auch die in westlichen Ländern bekannte Depression, kaum geläufig. Menschen haben dort deviante Erklärungen für solche Symptome, z. B. spiritueller oder religiöser Art. Auch kann die Präsentation von Symptomen einer Depression abweichend sein, z. B. in Form einer Fixierung auf somatische Beschwerden (Alemi et al., 2017; Yaser et al., 2016).

Kulturelle Einflüsse. Zusätzlich bestehen kulturelle Einflüsse hinsichtlich der sprachlichen Mitteilung von Symptomen und Tabus, die nicht gebrochen werden dürfen (Miller et al., 2006). Besonders aufgrund von Scham und Angst vor Stigmatisierung ist anzunehmen, dass Geflüchtete Bedenken hinsichtlich professioneller psychologischer Hilfe haben. Diese Bedenken können durch multiple Faktoren wie Misstrauen gegenüber westlicher Medizin, Kommunikationsschwierigkeiten mit dem Therapeuten oder einen Mangel an Wissen über die Rolle des Psychotherapeuten hervorgerufen werden (Alemi et al., 2016). All diese potenziell besorgnisfördernden Faktoren können zur bereits erwähnten reduzierten Inanspruchnahme psychiatrischer bzw. psychotherapeutischer Hilfe seitens syrischer bzw. afghanischer Geflüchteter beitragen.

Psychoedukationsprogramme. Eine gezielte Aufklärung und Bereitstellung von Information darüber, was Psychotherapie beinhaltet, kann zu einem Abbau der Bedenken beitragen (Yaser et al., 2016). In diesem Zuge wurden wirksame, psychoedukative In-

tervention wie der »Gesundheitsteergarten« entwickelt (Demir et al., 2016). Dabei werden unterschiedliche psychische Symptome sowie ihre Ursachen in kultursensitiver Weise dargestellt und vermittelt.

Kulturell adaptierte Verhaltenstherapie. Darüber hinaus geht der Ansatz von *Culturally Adaptive Cognitive Behavioral Therapy* (CA-CBT; Hinton, 2006), in dem sowohl das Informationsdefizit sowie auch die kulturellen Einflüsse, die eine Barriere bilden können, in der Therapie berücksichtigt werden. Hierbei werden vereinfachte, diagnoseübergreifende Störungsmodelle (*Thinking a lot*) vermittelt, um einen ersten Einstieg in die Psychotherapie zu erleichtern. Der Fokus liegt zudem auf der Resilienz und den Ressourcen, sodass der Aspekt der Normalisierung zum Tragen kommt. Dies wirkt den bestehenden Ängsten und Sorgen vor einer Stigmatisierung entgegen. Ferner werden Ausdrucksweisen verwendet, die den Betroffenen bekannt sind (*Idioms of Distress*), und kulturell geläufige Metaphern genutzt, um unterschiedliche Informationen zu veranschaulichen.

Zusätzlich besteht die Möglichkeit, diesen Ansatz in Gruppen zu verfolgen (Kananian et al., 2017). Zum einen wird dadurch das Versorgungsdefizit berücksichtigt, zum anderen erhalten die Patienten die Gelegenheit über Peers und Angehörige der eigenen Kultur neue Perspektiven hinsichtlich sozialer wie auch psychischer Beschwerden einzunehmen.

Traumafokussierte Psychotherapie. Aufgrund der hohen PTBS-Prävalenz unter Geflüchteten wurden unter den störungsspezifischen Verfahren insbesondere traumafokussierte Ansätze an die Population geflüchteter Personen angepasst. Bei der *Narrativen Expositionstherapie* (NET; Schauer et al., 2005) werden unter therapeutischer Anleitung alle wichtigen Lebensereignisse entlang einer sogenannten »Lebenslinie« angeordnet. In einem nächsten Schritt erfolgt die »narrative Exposition« in Form eines detaillierten Abrufs der Lebensgeschichte. Die gute Wirksamkeit dieser Intervention bei der Behandlung Geflüchteter konnte belegt werden (NET; Lely et al., 2019).

Die *Cognitive Processing Therapy* (CPT; Resick et al., 2016; dt. Manual: König et al., 2012) zielt stärker auf die Veränderung der maladaptiven kognitiven Prozesse im Zuge des traumatischen Ereignisses ab. Es liegen bereits kultursensitive Anpassungen vor (Bernardi et al., 2019).

Die *Kognitive Therapie* (Ehlers, 1999) ist ein Behandlungsansatz, der stärker noch als CPT die Verarbeitungsprozesse wie auch Grundüberzeugungen des Patienten einbezieht und gleichzeitig auch unterschiedliche Formen der Konfrontation flexibel integriert. Obwohl der Ansatz noch nicht explizit bei Geflüchteten untersucht wurde, ist er aus unserer Sicht aufgrund der Verfügbarkeit in der Versorgung als traumafokussierte Erweiterung des vorliegenden Behandlungsprogramms gut geeignet. Über andere traumafokussierte Verfahren wie die *Prolongierte Exposition* (Foa & Rothbaum, 2003) und *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR; Hofmann, 2014) liegen keine Hinweise zur Praktikabilität oder Wirksamkeit bei Geflüchteten vor. Aufgrund der geringen kulturellen Adaptivität und der starken Belastung des Geflüchteten ist jedoch die Mitarbeit des Patienten bei diesen Verfahren möglicherweise eingeschränkt.

Stepped-Care-Modell. Vor dem Hintergrund der kulturellen Barrieren und der psychosozialen Stressoren gibt es in unterschiedlichem Maße einen Bedarf nach psychotherapeutischer Behandlung. Weiterhin unterscheiden sich Menschen mit Fluchterfahrung in der Fähigkeit, auf vorhandene Angebote einzugehen. Deshalb wird in einem Stepped-Care-Modell davon ausgegangen, dass man zunächst versucht, mit weniger intensiven Versorgungsangeboten solche Patienten zu identifizieren, die weiterführende Behandlungsansätze benötigen, um dann schrittweise intensivere Behandlungsebenen anzubieten. In diesem Sinne wäre eine reine Informationsvermittlung im Stil des »Gesundheitsteegartens« ein erster Schritt, ein transdiagnostisches Gruppenprogramm der kulturell adaptierten kognitiven Verhaltenstherapie ein zweiter Schritt. Damit wird dem Bedürfnis Rechnung getragen, zunächst die Resilienz bei der Bewältigung aktueller Probleme zu fördern. Sollten Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung oder einer Depression persistieren, wäre eine weiterführende und störungsspezifische Psychotherapie indiziert (s. Abb. 2.3).

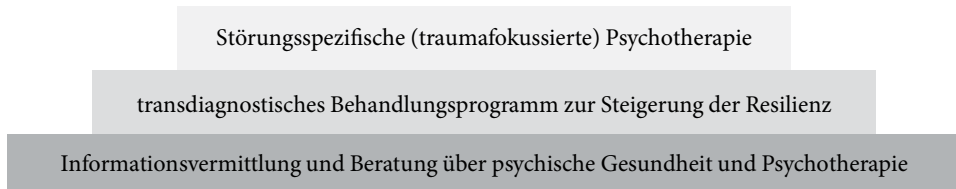


Abbildung 2.3 Stepped-Care-Modell der psychotherapeutischen Versorgung Geflüchteter

Weitere Behandlungsansätze. Vor dem Hintergrund des beschriebenen Versorgungsengpasses gibt es auch jüngere Bestrebungen, die humanitäre Organisation *International Psychosocial Organisation* (IPSO) hat etwa begonnen, Betroffene als Peer-Coaches zu schulen (Bohus & Missmahl, 2017). Geflüchtete absolvieren eine zwölf-monatige Schulung, nach deren Abschluss sie in den jeweiligen Gemeinschaftsunterkünften als Berater und Ansprechpartner fungieren dürfen. Das Konzept bietet den Vorteil, bereits über die Auswahl der Berater ein kulturelles Verständnis zu gewährleisten und erste Barrieren und Bedenken hinsichtlich einer psychosozialen Beratung zu reduzieren. Die eigene Fluchterfahrung der Berater ist mit einer stärkeren Glaubwürdigkeit verbunden, welche die Akzeptanz für psychosoziale Interventionen unter Geflüchteten erhöht. Zudem geht von einem solchen Berater auch eine wichtige Modellfunktion im Prozess der Integration und Akkulturation aus.