

## PSYCHOSOZIALE BEHANDLUNG BEI TRAUMATISIERTEN FLÜCHTLINGEN

*Barbara Steinkopff*

### Zusammenfassung

Der Bericht über die Beratung und Behandlung von traumatisierten Flüchtlingen in Refugio München faßt eine dreijährige praktische Erfahrung zusammen. Befragungen von Patienten zur Einschätzung unseres Beratungs- und Behandlungskonzepts werden dabei mitberücksichtigt.

Vorgestellt werden thematische Aspekte und Problembereiche, die typisch sind für dieses Tätigkeitsfeld.

Nach kurzer Einführung in die spezielle Situation von traumatisierten Asylsuchenden und der damit verbundenen sozialen, psychischen wie körperlichen Problematik unter Berücksichtigung kultureller Einflußfaktoren wird auf den theoretischen Bezugsrahmen unserer Arbeit eingegangen. Schwerpunkt bildet im weiteren die Darstellung unseres Behandlungskonzepts, wobei Maßnahmen zur Behandlung intrusiver Phänomene detailliert beschrieben werden. Die Behandlung von Schlaf- und Schmerzstörungen erfolgt nach Behandlungskonzepten aus der kognitiven Verhaltenstherapie und der systemischen Familientherapie.

**Schlüsselwörter** Posttraumatische Belastungsstörung - Asylsuche - Verhaltenstherapie

### Summary

The report about the counselling and treatment of traumatized refugees in Refugio München summarizes three years of practical experience. It includes the patient's evaluation of our counselling- and treatment concept.

Aspects and problems which are typical for this work will be presented.

The special situation of traumatized asylumseekers include social, psychological and physical problems. The relevant cultural factors and the theoretical basics underlying our therapeutical work are described.

The main part of this report is the presentation of our concept of treatment, in particular the treatment of intrusions will be outlined. Treatment of sleeping- and pain disorders is conducted by cognitive behavioral therapy and systemic family therapy.

**Keywords** Posttraumatic stress disorder - asylumseekers - refugees - behavior therapy

### Einleitung

Refugio München ist ein Beratungs- und Behandlungszentrum für traumatisierte Flüchtlinge und wurde im Mai 1994 gegründet. Die komplexe Problemstellung, mit der Flüchtlinge zu uns kommen, erfordert eine psychosoziale Betreuung, die nur durch ein interdisziplinäres Team gewährleistet werden kann. Sozialpädagogen<sup>1</sup> sind zuständig für asylrechtliche und soziale Belange, Ärzte für Begutachtung von Folgen nach Folter und Psychologen für psychotherapeutische Behandlung und Krisenintervention; vertreten sind Familientherapie und kognitive Verhaltenstherapie.

Die Menschen, die in unser Zentrum kommen, gehören mehr als 30 verschiedenen Nationalitäten an und leiden unter den Folgen extremer Belastungen.

Kennzeichnend für das Schicksal von Flüchtlingen sind traumatische Erfahrungen in verschiedenen Lebensabschnitten. Häufig beschriebene traumatische Ereignisse im Heimatland sind Kriegserfahrungen, Verfolgung, Vergewaltigung, Haft und im extremsten Fall Folter.

Die völlige Abhängigkeit von Schleppern während der Flucht bedeutet für viele Flüchtlinge wirtschaftliche Ausbeutung und sexuellen Mißbrauch.

Im Exil ist vor allem die Zeit im schwebenden Asylverfahren besonders belastend. *Diese Phase des Wartens beinhaltet u.a. Lagerleben, das Verbot, einen zugewiesenen Aufenthaltsort ohne Erlaubnis zu verlassen, langandauerndes Asylverfahren und das damit verbundene Warten, die Ungewißheit über die*

*eigene Zukunft sowie Einschränkung der Arbeitserlaubnis und Studienverbot bis zum Abschluß.*

*Die zu dieser Zeit durch die Flucht bedingte, noch wache Erinnerung an gewaltsame Trennungen und Verluste sowie die Ungewißheit über den weiteren Lebensweg in einem völlig fremden Land lassen diese Zeit für die Flüchtlinge zu einer kritischen Phase werden. Diese Periode wird von vielen Flüchtlingen als die Stunde Null ihres Lebens bezeichnet.*

*Die wichtigste Frage in dieser Phase, die jeder Flüchtling sich stellt, ist: Werde ich als politischer Flüchtling anerkannt werden? Diese Frage ist von zentraler Bedeutung, da alles weitere von ihrer Beantwortung abhängt (Mehari, 1994).*

### Eine kurze Anmerkung zum Asylverfahren

Anerkennung gemäß Artikel 16a erhält ein Flüchtling nur bei nachgewiesener politischer Verfolgung. Folter an sich ist kein Anerkennungsgrund. Besteht der Verdacht auf Gefahr für Leib und Leben bei einer Rückkehr in das Herkunftsland, kann dies als Abschiebehindernis gewertet und eine Duldung erlassen werden. Dieser Aufenthaltsstatus gilt in den meisten Fällen für Bürgerkriegsflüchtlinge und ist zeitlich begrenzt.

Der Nachweis von Folter ist schwierig, besonders dann, wenn Menschen psychischer Folter ausgesetzt waren. Ein Ausschnitt aus einem CIA-Folterhandbuch, zitiert in einem Bericht der Baltimore Sun vom 27.01.97, verdeutlicht den zunehmenden Einsatz psychischer Folter. Darin riet die CIA honduranischen Geheimdienststellen im Zusammenhang mit der Repressionskampagne gegen Kommunisten in Honduras zu Beginn der achtziger Jahre, festgenommene "Subversive" vor allem psy-

<sup>1</sup>Die männliche Bezeichnung schließt immer die weibliche mit ein.

### Körperliche Folter

- Aufhängung an Händen und Füßen
- Elektroschocks an verschiedenen Körperstellen
- Schläge mit verschiedenen Gegenständen
- Verschiedene Methoden des Erstickens
- Vergewaltigung und sexuelle Folter bei Männern und Frauen
- Verbrennungen
- Unter Kälte oder Hitze im Freien stundenlanges Stehen
- Übergossen werden mit ekelregenden Substanzen
- Wunden mit ätzenden Stoffen einreiben
- Verstümmelungen
- Erzwungener Schlafentzug
- Falaka (Schlagen der Fußsohlen)

### Psychische Folter

- Deprivation
- Dunkel- und Einzelhaft auf längere Zeit
- Verschiedene Zwangstechniken  
Zwang zur Beteiligung an Folterungen anderer  
Zuschauenmüssen oder Zuhörenmüssen bei den  
Folterungen von Angehörigen und Freunden
- Verletzungen von Tabus  
Religiöse Tabus  
Erzwungener Inzest
- Paradoxe Befehle ausführen
- Wechsel der Rollen (Folterer versorgt die Wunden)
- Scheinhinrichtungen
- Androhungen von Gewalt an nahestehenden Personen

chisch zu foltern. Vernehmungsräume sollten schalldicht und dunkel sein. Beim Verhör sollten die Häftlinge nackt ausgezogen und mit psychischer Folter bedroht werden. Drohungen, so das Folterhandbuch weiter, seien meist wirksamer als die körperliche Gewaltanwendung selber. Außerdem solle den Häftlingen der Eindruck vermittelt werden, daß die Angehörigen in Gefahr seien. Schlafentzug sei ebenfalls wirksam. Folge dieser speziellen Folterpraxis ist, daß Flüchtlinge selten sichtbare körperliche Verletzungen als Beweis ihrer erlebten Folter vorweisen können. Ablehnung wegen Unglaubwürdigkeit - so lautet in solchen Fällen der Bescheid nach einer Anhörung im Asylverfahren. Wenn sich Asylbewerber ein Klageverfahren finanziell leisten können, ist das der letzte Versuch, die drohende Abschiebung in ihr Heimatland zu verhindern. Das Warten auf eine ungewisse Zukunft unter schwierigen und belastenden Lebensbedingungen zieht sich oft über längere Zeit, manchmal über mehrere Jahre hin. Bei einer Anerkennungsrate von 7% endet das Warten überwiegend mit einer Abschiebung in die Heimat.

### Überweisungsweg

**Die Überweisung** erfolgt in der Hauptsache durch Caritas-Einrichtungen, Heimleiter, Ärzte, Kliniken und Rechtsanwälte. Dabei spielt eine wesentliche Rolle, daß unsere Einrichtung über einen Stamm von Dolmetschern verfügt und die Übersetzung in 12 Sprachen ermöglicht.

#### Überweisungsgründe sind

- Erstellen von Gutachten für den Nachweis von Folter
- Nachbetreuung von Patienten aus psychiatrischen Einrichtungen
- Diagnose und Behandlung von psychischen Störungen bei Flüchtlingen
- Koordination verschiedener Institutionen und Berufsgruppen, die mit der Betreuung eines Patienten beauftragt sind, wie z.B. Jugendamt, Jugendheim, Heimleitung in den Unterkünften (Helferkonferenzen).

## Darstellung der Patientengruppe

### Symptomatik

#### Kombination aus psychischen, körperlichen und sozialen Problemen

Die überwiesenen Patienten geben folgende **psychische Symptome** besonders häufig an:

- Wiederkehrende, sich aufdrängende Erinnerungen, überwiegend als Bilder, selten als auditive Phänomene
- Schlafstörungen
- Alpträume
- Schmerzen ohne organische Ursache
- Störungen im Bereich der Affekt- und Impulsregulation (z.B. ständiger Wechsel der Gefühle; Reizbarkeit)
- Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen
- Gefühl der Bedrohung durch andere
- Schreckhaftigkeit und Übererregung (körperliche Reaktionen wie Herzrasen, Schwindel, Schweißausbruch, Zittern)
- Anfälle mit unklarer Diagnose (Verdacht auf Epilepsien)
- Rückzugsverhalten
- Verlust eines Identitätsgefühls ("Ich bin ganz anders als früher")
- Depressionen (Gefühl der Sinnlosigkeit)
- Suizidgedanken
- Suchtstörungen.

Bei den angegebenen **körperlichen Problemen** handelt es sich am häufigsten um Schmerzen im Muskel-Skelett-Bereich, Kopfschmerzen, Magen- und Darmbeschwerden.

Die geäußerten **sozialen Probleme** betreffen vor allem die erschwerten Lebensbedingungen während des Asylverfahrens, das Leben in einem fremden Land, die Ungewißheit über die weitere Zukunft und Sorgen um Angehörige in der Heimat.

#### Häufig beobachtete Erklärungsmuster für die Symptomatik bei Patienten und Therapeuten

Befinden Patienten sich noch im Asylverfahren, führen sie die meisten Symptome auf die Belastung einer ungewissen Zukunft zurück. Flüchtlinge mit sicherem Aufenthaltsstatus

machen das Fremdsein, den gesellschaftlichen Abstieg, wenn sie ihren alten Beruf nicht mehr ausüben können, den Verlust der Heimat und Familie sowie soziale Isolation dafür verantwortlich. Intrusive Phänomene, kognitive Störungen sowie die veränderte Wahrnehmung der eigenen Person und der Welt attribuieren beide Gruppen überwiegend auf einer vergangenen traumatischen Erfahrung wie Vergewaltigung, Kriegserfahrung und Folter. Trotz medizinischer Abklärung besteht häufig die Angst, durch Gewalteinwirkung dauerhaft organisch geschädigt zu sein und verrückt zu werden.

Einige Therapeuten neigen dazu, die gesamte Symptomatik der Patienten zu undifferenziert mit der traumatischen Erfahrung zu erklären, ohne die gegenwärtige Situation und die gesamte Lebensgeschichte des Menschen mit seinem kulturellen Hintergrund zu berücksichtigen.

### Kulturelle Einflußfaktoren

#### *Menschenbild*

Die Menschenbilder der verschiedenen Kulturen, die bei uns vertreten sind, unterscheiden sich im wesentlichen durch die Annahme, daß der Mensch aktiv sein Leben gestalten kann, versus der Annahme, daß das Schicksal den Lebenslauf vorbestimmt. Ein weiterer Gegensatz spiegelt sich im individualistischen und kollektivistischen Gesellschaftsverständnis wider.

#### *Lebensereignisse*

Interkulturelle Vergleichsstudien belegen, daß Lebensereignisse je nach Kultur und Religion andere Bedeutungen haben. Unter dem Aspekt der Wiedergeburt werden Lebensereignisse als Teil des Karmas verstanden, in anderen Kulturen als Zeichen eines Fluches, als Prüfung Gottes oder als selbstgewählter Weg.

#### *Krankheitskonzept*

Im Gegensatz zu dem westeuropäischen Krankheitskonzept, das zwischen psychischen und physischen Störungen unterscheidet, ist das Krankheitsbild vieler Patienten geprägt durch eine ganzheitliche Vorstellung. Häufig besteht die Annahme externer Einflüsse als Ursache für das Kranksein des gesamten Organismus. Die Annahme eines intrapsychischen Konfliktes als Ursache für Symptome entspricht eher einer westeuropäischen Sichtweise und läßt sich nicht ohne weiteres auf die Behandlung von Menschen übertragen, die einen "bösen Blick" als Ursache ihrer Krankheit annehmen.

Dementsprechend existieren unterschiedliche Annahmen über Maßnahmen und Verläufe, die für einen Heilungsprozeß als notwendig erachtet werden.

#### Beispiele

- In einigen Kulturen existiert das Konzept von warmen und kalten Krankheiten. In Abhängigkeit davon ist festgelegt, welche Heil- und Nahrungsmittel einzunehmen sind.
- Die Durchführung religiöser Rituale wird von einigen Patienten für die Heilung sowohl psychischer als auch körperlicher Probleme als wirksam angesehen.

Allerdings wäre die Annahme eines einheitlichen Denkmodells innerhalb eines Kulturkreises unangemessen. Große

Unterschiede ergeben sich zwischen Stadt- und Landbevölkerung sowie den unterschiedlichen religiösen Gruppen; zudem sind sie schichtspezifisch. Bei über 30 verschiedenen Nationalitäten wird deutlich, daß es sich bei unseren Patienten um eine äußerst heterogene Gruppe handelt.

## Theoretische Grundannahmen zur Posttraumatischen Belastungsstörung

### Ätiologie von Traumafolgen

Unser Behandlungskonzept lehnt sich im wesentlichen an die Theorie der erlernten Hilflosigkeit von Seligman und favorisiert das Denkmodell von Ehlers und Steil, die den aufrechterhaltenden Faktoren eine maßgebliche Rolle bei der Chronifizierung der PTSD-Symptomatik zuschreiben.

Die Beobachtung, daß nur ein Teil der Menschen nach einer traumatischen Erfahrung unter PTSD leidet, hat die wissenschaftliche Untersuchung der Frage angeregt, welche Bedeutung auslösende wie aufrechterhaltende Faktoren sowie Schutz- und Risikofaktoren auf die Entwicklung von PTSD haben.

### Risiko- und Schutzfaktoren (Maercker, 1996)

#### **Risikofaktoren**

- Alter zum Zeitpunkt der Traumatisierung
- Frühere belastende Erfahrung
- Frühere psychische Störung

#### **Schutzfaktoren**

- Kohärenzsinn
- Soziale Unterstützung
- Sozialökonomische Schicht
- Bewältigungsprozesse

### Das kognitive Modell der chronischen Posttraumatischen Belastungsstörung (Ehlers, in Druck)

Ehlers geht in ihren Untersuchungen bei vergewaltigten Frauen von der Annahme aus, daß die aufrechterhaltenden Faktoren bei der Chronifizierung von Symptomen nach Trauma eine maßgebliche Rolle spielen.

Drei Faktoren werden dabei von Ehlers unterschieden:

1. Kognitive Verarbeitung während des Traumas,
2. Subjektive Bedeutung des Traumas und seiner Konsequenzen,
3. Im Anschluß an das Trauma eingesetzte Verhaltensweisen und kognitive Stile.

Die kognitive Verarbeitung (mental defeat vs planing) zum Zeitpunkt der traumatischen Erfahrung könnte Auswirkungen haben auf die Art und Weise, wie der betroffene Mensch das Trauma und die Symptome interpretiert, und eine eingeschränkte Zugriffsmöglichkeit auf implizite und explizite Gedächtnisinhalte bewirken. Ausgelöst durch interne und

externe Hinweisreize, kann es im Zusammenspiel mit den eben genannten Faktoren zu einem Gefühl ständiger Bedrohung und zu Vermeidungsverhalten kommen und so eine Chronifizierung der PTSD-Symptomatik zur Folge haben.

Bisherige Befunde haben ergeben, daß das Sichaufgeben (mental defeat) während der traumatischen Erfahrung prognostisch ungünstig ist.

Bewertet eine betroffene Person ihre PTSD-Symptome negativ, d.h. als eigene Schwäche, als fortlaufende Bedrohung, verrückt zu werden, und als irreversiblen Schaden für das zukünftige Leben, führt dies in Verbindung mit einem Gefühl der Entfremdung anderen gegenüber mit größerer Wahrscheinlichkeit zu einer Chronifizierung der Symptomatik.

Aufrechterhaltende Verhaltensweisen sind nach Angaben Ehlers nicht nur Vermeidungsverhalten, sondern noch eine Reihe anderer dysfunktionaler Verhaltensweisen und kognitiver Stile, die bisher weniger erforscht sind. Grübeln über das Trauma und seine Konsequenzen bzw. über "Was-wäre-wenn"-Fragen und dissoziative Strategien haben sich in ihren prospektiven Studien als mögliche relevante kognitive Stile für die Aufrechterhaltung von PTSD-Symptomen herausgestellt.

### **Anwendung des PTSD-Konzepts bei unserer Patientengruppe**

---

Angesichts unterschiedlichster Belastungen über einen längeren Zeitraum, der Vielfalt kultureller, religiöser Einflüsse und der individuellen Bewertung der Ereignisse und Folgen wird deutlich, daß die gesamte Symptomatik der Patienten kaum auf einzelne Ursachen zurückgeführt werden kann. Allerdings beobachten wir, daß speziell die Symptome wie intrusive Phänomene, schwere Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen, veränderte Wahrnehmung der eigenen Person und der Welt sowie Vermeiden, daran zu denken, sehr oft von Patienten angegeben werden, die entweder Opfer von Vergewaltigung und Folter geworden waren oder während eines Bombenangriffs Angehörige und Freunde verloren und deren Leichen geborgen hatten.

Die Diagnose PTSD läßt sich nur unter Vorbehalt auf unsere Patientengruppe anwenden. Die Erhebung der Symptomatik mit den gängigen Fragebögen ist wegen der kulturellen Unterschiede nur beschränkt möglich.

Die Bewertung der Reaktionen ist kulturell unterschiedlich. Während intrusive Phänomene und Übererregung als pathologisch von Patienten empfunden werden, wird die Vermeidung i.S. von Vergessenkönnen als sinnvolle erstrebenswerte Bewältigungsform in vielen Kulturen angesehen.

### **Behandlung**

---

#### **Genereller Behandlungsablauf**

Bei der Behandlung muß berücksichtigt werden, daß Flüchtlinge meist unter einer Kombination von körperlichen, psychischen und sozialen Beschwerden leiden, die mit prä- und

postmigrativen Erfahrungen in Verbindung stehen (Willigen, 1995).

Zu Beginn der Behandlung ist abzuklären, welche Hilfeleistungen sich die Patienten erwarten und welche unterstützenden Maßnahmen die Therapeuten ihnen anbieten können. Das ist häufig davon abhängig, wie lange Patienten bereits im Exil leben.

Tyhurst (1995) beschreibt einen phasenhaften Verlauf, den Flüchtlinge nach ihrer Ankunft im Exil durchmachen. Die erste Phase bezeichnet er als die "Periode der Flucht". In dieser Phase dominiert die Flucht vor Gefahr und das Ankommen in Sicherheit - nur das Gegenwärtige ist von Belang. Sechs bis zwölf Monate später beginnt die zweite Phase, die sogenannte "psychologische Ankunft".

Während dieser Zeit realisieren Asylsuchende, daß ihre gegenwärtige Situation kompliziert und ungeklärt ist. Sie müssen mit einer Abschiebung in das Heimatland rechnen. Das Warten auf eine Entscheidung, die durch andere getroffen wird und den weiteren Verlauf des eigenen Lebensweges maßgeblich bestimmt, stellt eine massive Belastung dar. Die Erfahrung, hilflos und ausgeliefert zu sein, wiederholt sich in anderer Form. Die Patienten befinden sich daher noch unter andauernder Belastung.

Da die sozialen Belange für die Sicherung der vorübergehenden Lebensgrundlage nach der Ankunft in Deutschland im Vordergrund stehen, sind diese auch zuerst zu berücksichtigen.

Wie Mehari (1994) in seiner Untersuchung mit eritreischen Flüchtlingen, die an Schizophrenie erkrankt waren, feststellte, war eine wichtige Bewältigungsstrategie für die Personen aus der Kontrollgruppe das Einholen von asylrelevanten Auskünften. Unrealistische Erwartungen konnten dadurch von Beginn an relativiert werden, und die Kenntnis über den Verlauf des Verfahrens ermöglichte eine bessere Einschätzung der weiteren Zukunft.

Ein mehr oder weniger typischer Behandlungsverlauf in unserer Arbeit beginnt daher mit der Abklärung sozialer wie medizinischer Probleme und verlagert dann den Schwerpunkt auf die psychotherapeutische Behandlung. Das parallel ablaufende Asylverfahren erfordert jedoch kontinuierliche sozialrechtliche Beratung. Aufgrund von Entscheidungen durch Behörden müssen in Absprache mit Rechtsanwälten innerhalb sehr kurzer Fristen juristische Schritte eingeleitet werden. In diesen Situationen treten bei den Patienten häufig akute psychische Belastungsreaktionen auf, die Kriseninterventionen erforderlich machen.

Dieser generelle Ablauf erklärt die Notwendigkeit einer interdisziplinären Teamarbeit.

#### **Interaktion zwischen Patient und Therapeut**

---

Fluchtlinge erscheinen im allgemeinen am stärksten durch ihre psychischen Beschwerden beeinträchtigt, suchen jedoch nur

für ihre somatischen Probleme professionelle Hilfe. Das könnte zum einen an den oft hohen Erwartungen an die medizinische Versorgung in Europa liegen (Willigen, 1995). Zum anderen stellen wir fest, daß der Therapiebegriff bei vielen Flüchtlingen unbekannt ist. Ist er bekannt, wird er fast immer mit Verrücktsein assoziiert.

Für alle Kulturen gilt, daß die Beziehung innerhalb eines Heilungsprozesses eindeutig gekennzeichnet ist durch eine hilfeschuchende Person und eine Person, der heilende Fähigkeiten zugesprochen werden. Im Gegensatz zu den relativ leicht erkennbaren Signalen von Hilfsbedürftigkeit ist das Erkennen heilender Kompetenzen von mehreren kulturell unterschiedlichen Merkmalen abhängig.

Bisherige Befragungen von Patienten haben ergeben, daß die Einschätzung unserer Kompetenz mit folgenden Punkten zusammenhängt:

#### Teammitarbeiter sollten

- ausreichende Kenntnisse über die politische Situation der Herkunftsländer, über das Exilleben in Deutschland und über die typischen psychischen Symptome nach extremer Belastung haben,
- den kulturellen Hintergrund des Patienten berücksichtigen,
- ihre sozialen Belange nicht unterschätzen.

Therapeuten, die neu hinzukommen, lassen vor allem die letzten beiden Aspekte häufig völlig außer acht und sehen nur die Verarbeitung der traumatischen Erfahrung als ihre Aufgabe. Verständlicherweise ist Therapieabbruch dann meist die Folge.

#### Interaktionsmuster

Im Kontakt mit Opfern von Gewalt zeigen Angehörige oft ein bestimmtes Verhaltensmuster, das gekennzeichnet ist durch Schonverhalten und Übernahme von Verantwortung. Auch in der therapeutischen Beziehung mit Folteropfern besteht die Gefahr, daß sich ein typisches Beziehungsmuster verfestigt. Kiesler (1987) weist in seinen Untersuchungen zur Psychotherapieforschung auf die interpersonale Komplementarität hin. *„Jede zwischenmenschliche Handlung zielt darauf ab, beim Gegenüber komplementäre Reaktionen auszulösen, die die eigene Selbstdarstellung bestätigen und verstärken sollen.“*

Typisch für ineffektive Therapien ist das Verharren in einer komplementären Beziehung.

Effektiver scheint es zu sein, zu Beginn der Therapie auf die Sichtweise der Patienten einzugehen, um eine tragfähige therapeutische Beziehung zu etablieren. Der Therapeut bestätigt auf diese Weise zunächst die Selbstdarstellung des Patienten, um dann auf der Grundlage einer sicheren therapeutischen Beziehung diese Selbstdarstellung durch andere Verhaltensweisen in Frage zu stellen.

Das Verständnis für die jeweilige Sichtweise des Patienten ist Voraussetzung, um ihre subjektiven, kulturell geprägten Bewertungsschemata von sich und der Welt kennenzulernen und die Behandlung dort anzusetzen.

Gleichzeitig müssen wir vermeiden, ihre Perspektive dauerhaft zu übernehmen. Patienten neigen dazu, ausschließlich äußere Umstände für ihre Gefühle und Probleme verantwortlich zu machen und bestätigen dadurch das Bild der eigenen Hilflosigkeit. Uns hilft es, bei der Betrachtung der Lebensgeschichte der Patienten unsere Aufmerksamkeit verstärkt auf die *„Kreativität des Überlebens“* (Helen Bamber, Medical Foundation, London) zu richten als auf die pathologischen Aspekte. Menschen, die sich als Opfer erlebt haben, sind sich ihrer Überlebensstrategien oft nicht bewußt.

Allerdings muß darauf hingewiesen werden, daß durch politische Entscheidungen die Lage für einige Flüchtlinge tatsächlich aussichtslos wird, so daß ein Team in diesem Tätigkeitsbereich häufig auch mit Hilflosigkeit konfrontiert wird. Die besondere Belastung für unser Team ist weniger das Hören von Qualen in der Vergangenheit, wie oft angenommen, sondern eher das Miterleben von Ungewißheit in der Gegenwart.

### Behandlungsschritte in der Therapie

Unter Berücksichtigung der Schlußfolgerungen für die Behandlung nach Ehlers (in Druck) wird der individuellen Bewertung der Konsequenzen des Traumas in der Therapie eine wichtige Bedeutung beigemessen. Dies gilt sowohl für die Bewertungen der PTSD-Symptome als auch für die wahrgenommene Entfremdung von anderen Menschen. Weiterhin scheint eine kognitive Umstrukturierung für Personen, die während des Traumas wahrnahmen, daß sie sich selbst aufgaben, sinnvoll zu sein.

#### **Generelles Ziel**

Die Reduzierung von Belastung, hervorgerufen durch die Symptome und durch Bedingungen im Alltagsleben, mit Hilfe von

- symptomorientierter Behandlung
- unspezifischer Behandlung, wie z.B. Stärkung des Selbstwertgefühls, Vermittlung von sozialen Fertigkeiten im Exil

Ressourcenorientiertes Arbeiten ist dabei wesentlicher Bestandteil unseres Vorgehens.

#### **Überblick über wesentliche Behandlungsschritte bei der Behandlung von Intrusionen**

- Information über die Symptomatik
- Vermittlung eines Erklärungsmodells
- Verhaltensanalyse
- Umgang mit den Symptomen
- Biographische Analyse
- Klärung der sozialen Kontakte
- Vermittlung von sozialen Fertigkeiten unter Berücksichtigung kultureller Aspekte

Zu Beginn der Therapie leiden die meisten Patienten, die uns aufsuchen, besonders unter dem Erinnerungsdruck an die traumatische Situation. Sie äußern in der Zeit immer wieder, daß das Leben dadurch unerträglich sei. Sie wünschen sich, Erinnerungen an das Trauma möglichst schnell loszuwerden und „wieder so wie früher zu sein“.

In dieser Phase der Behandlung stehen häufig Gefühle der Hoffnungslosigkeit und Suizidgedanken im Vordergrund. Das Vermitteln von Sicherheit durch Information und rasch praktikierbare therapeutische Maßnahmen bestimmen das weitere Vorgehen und haben das Ziel, einen „sicheren Ort“ (internal und external) zu schaffen.

### Information

#### Therapeutischer Rahmen

Bei der Vorstellung von Refugio ist es vorrangig, unsere Unabhängigkeit von den Behörden, die die Flüchtlinge bereits kennengelernt haben, deutlich zu machen und auf unsere Schweigepflicht immer wieder hinzuweisen.

Bei der Beschreibung unserer Tätigkeit verwenden wir nur selten die Begriffe „Therapie“ oder „Psychologen“, da sie entweder unbekannt oder mißverständlich sind. Wir beschreiben, wer zu uns kommt, mit welchen Problemen und was wir tun.

#### Symptomatik und Heilungsprozeß

Information über die verschiedenen Symptome nach extremer Belastung kann in Gruppen- oder in Einzelgesprächen erfolgen.

Die Tatsache, daß andere auch unter ähnlichen Symptomen leiden und daß uns diese Probleme bekannt sind, hilft, die Symptome nicht als eigene Unzulänglichkeit zu erleben. Die immer wieder gestellte Frage, ob Heilung möglich ist, kann sinngemäß in Anlehnung an Perren-Klingler (1995) folgendermaßen erklärt werden:

*Traumatische Erfahrungen werden bei den Menschen immer Spuren hinterlassen. Heilung nach einer traumatischen Erfahrung kann nicht bedeuten, „so zu werden wie früher“.*

*Man kann lernen, wieder ruhig zu werden, doch die Tendenz zu somatischer Übererregung bleibt sehr lange weiterbestehen.*

*Überwältigende, mit Wiedererleben gekoppelte Erinnerungen können in speziellen Situationen immer wieder auftreten.*

*Der Verlust des Vertrauens in Menschen führt immer wieder zu Ängsten und Unsicherheiten in bestehenden Beziehungen, d.h. die Fähigkeit zu vertrauen muß langfristig und geduldig wieder aufgebaut werden.*

*Die Reaktionen auf Traumatisierung sind ein Zeichen dafür, daß die Betroffenen menschlich sind, ein Herz haben und leiden.*

Im Rückblick können einige Erfahrungen im Sinne einer Erweiterung der Persönlichkeit gewertet werden.

### Vermittlung eines Erklärungsmodells unter Berücksichtigung der jeweiligen kulturellen Vorstellungen

Das Wechseln zwischen Intrusionen und Vermeidungsverhalten kann als sinnvoller Versuch verstanden werden, sich zu erinnern, um zu begreifen, und andererseits sich zu schützen, um nicht von unkontrollierbaren Gefühlen überflutet zu werden (Horowitz, 1993).

Generell sollte bei Erklärungsmodellen berücksichtigt werden, daß sie unterschiedliche Annahmen zulassen, wie die Annahme eines eigenen aktiven Bewältigungsversuches (internal) oder einer Hilfe durch äußere Einflüsse („Gott lenkt alles“).

Wir beobachten oft, daß diese wiederkehrenden Bilder gerade noch erträgliche Erinnerungen an traumatische Erfahrungen darstellen. Beim Durchgehen der gesamten Geschichte treten erst mit der Zeit diejenigen Erinnerungen zutage, die häufig als die besonders traumatischen gewertet werden und fast immer mit Scham- und Schuldgefühlen verknüpft sind. Vor allem die mit dem bestehenden Selbstbild unvereinbaren Aspekte während der traumatischen Erfahrung scheinen dafür ausschlaggebend zu sein.

Vinar (1995, in einem persönlichen Gespräch) verwendet für diese intrusiven Phänomene das Bild eines Zipfels, der einen Teil eines Tuches darstellt. Er versteht diese einzelnen wie eingefrorenen Bilder immer als Hinweis auf eine umfassende Geschichte.

### Verhaltensanalyse

#### Ermitteln typischer Auslöser

- Analyse von Bedingungen, unter denen Symptome auftreten
- Analyse von Bedingungen, die mit symptomfreien Phasen korrelieren

#### zu a) Häufige Auslöser von Symptomen

- Anzeichen von Übererregung in angenehmen wie unangenehmen Situationen
- Aspekte, die keine Verbindung zum Trauma aufweisen und eventuell durch einen Generalisierungseffekt Bedeutung gewonnen haben
- Aspekte, die mit dem traumatischen Ereignis verknüpft sind

#### Beispiele

- Geruch von Alkohol in der U-Bahn erinnerte eine Frau an die betrunkenen Vergewaltiger;
- Klappern eines Schlüsselbundes vor dem Zimmer erinnerte einen Mann an das Abgeholtwerden zur Folter;
- das Anschauen von Nachrichten aus der Heimat;
- Briefe von Angehörigen oder Telefonate mit ihnen.

Typische Gedanken während des Auftretens der Erinnerungen

- "Ich bin ganz anders als früher"
- "Sie haben mich kaputt gemacht"
- "Ich werde verrückt"

**Symptomfreie Phasen** werden fast immer in Verbindung mit sozialen Kontakten und Tätigkeiten, die nicht überfordern, beschrieben. "Ablenkung stoppt das Grübeln" ist eine sehr häufige Aussage von Patienten.

Umgang mit wiederkehrenden Erinnerungen

Wenn Patienten Flashbacks haben, ist das Zurückkommen in die Gegenwart ein wichtiger Schritt. Sie beschreiben den Zustand dieser Flashbacks als "fallen und nicht mehr hochkommen".

- Maßnahmen ergreifen, um sich in der Gegenwart zu orientieren (Ort, Zeit, Daten zur eigenen Person). In der Therapie kann ein bestimmter Ablauf von Gedanken und damit verbundenen Bewegungen gemeinsam festgelegt werden wie ein Ritual, das bei einem Flashback fast automatisch abläuft.
- Maßnahmen, die Sicherheit, Trost und Stärke vermitteln. (Symbole, Zitate aus religiösen Schriften, bedeutsame Sätze oder Helden aus der Literatur, Metaphern, einfache Atemübung).
- Heilvorstellungen aus der entsprechenden Kultur können miteinbezogen werden, indem nach möglichen Ratschlägen von bedeutsamen Personen aus der Heimat gefragt wird.
- Ankerung von eigenen Erfahrungen, in denen Patienten ein Gefühl der Stärke erlebt haben. Das Durchgehen der eigenen Lebensgeschichte nach diesen Erfahrungen hilft dabei, sich der eigenen Stärke wieder bewußt zu werden und sie für gegenwärtige Belastungen zu nutzen. Das Erleben des Gefühls der Stärke verbunden mit der entsprechenden Situation soll möglichst über alle Sinne erfolgen. Besonders das Einnehmen der entsprechenden Haltung scheint dabei ein wichtiger Anker zu sein.
- Kurze Atemübungen.

Biographische Analyse

*Wir begegnen keinem Folteropfer, sondern einem Menschen mit seiner gesamten Lebensgeschichte (Dieter Koch, Xenion Berlin)*

Ein Mann, der lange in Gefangenschaft einer Bürgerkriegspartei war und nach schwerer Folter unter den körperlichen wie psychischen Folgen leidet, verdeutlicht diese Aussage: "Es ist schrecklich, immer nur nach seinen schlimmen Erfahrungen gefragt zu werden. Es hat mir gut getan, mein Leben von der Geburt an bis jetzt erzählen zu können. Ich fühle mich wieder menschlicher."

Das Leben in seiner Gesamtheit steht im Vordergrund. Die traumatische Erfahrung kann, aber muß nicht thematisiert werden.

Wir zweifeln an der Notwendigkeit einer kathartischen Aufarbeitung der traumatischen Erinnerung.

Aufgrund eigener Beobachtungen und der Aussagen unserer Patienten erscheint uns dagegen das Erleben und Erinnern des Traumas aus verschiedenen Perspektiven als besonders wichtige Erfahrungen, um sich von fixierten Grundüberzeugungen in bezug auf die eigene Person wie auf das eigene Weltbild zu lösen.

Ohne den Perspektivenwechsel bleibt ein erneutes Erleben beschränkt auf das Wiederholen der Hilflosigkeitserfahrung, birgt dadurch die Gefahr einer Retraumatisierung und verstärkt das ohnehin bestehende Vermeidungsverhalten, sich daran zu erinnern. Das Betrachten und Erleben einer extrem belastenden Erinnerung aus verschiedenen Perspektiven, d.h. unter einer bestimmten Fragestellung, hingegen schafft einen neuen Rahmen. Gelingt es, durch die neue Betrachtungsweise so etwas wie Interesse, eine Komponente der Emotion Angst, in Patienten wachzurufen, scheinen sie trotz großer Anspannung eher bereit, eine Annäherung an die aversive Erinnerung zu wagen.

Mit dem erweiterten Blickwinkel werden Lebensereignisse in einem anderen Kontext gesehen, vermutete Zusammenhänge und unrealistische Annahmen können neu überdacht und korrigiert werden, Lebensabschnitte erhalten eine andere Bedeutung und fügen sich zu einer veränderten Biographie, die sowohl die Sicht des Opfers als auch die Sicht des/der Überlebenden berücksichtigt.

Das Beschreiben der eigenen Lebensgeschichte kann im Gespräch erfolgen, am Lebensflußmodell der Familientherapeuten oder mit Hilfe einer graphischen Linie symbolisiert werden. Es bleibt den Patienten überlassen, wo sie in ihr Leben einsteigen wollen.

Bedeutsam für die therapeutische Arbeit ist

- das chronologische Ordnen der wichtigen (positiven/negativen) Lebensereignisse,
- das Aufsuchen von Vulnerabilitätsfaktoren, Ressourcen und Bewältigungsformen,
- das Bewußtmachen familiärer Haltungen und der eigenen Rolle innerhalb der Familie,
- das Schaffen einer Zukunftsperspektive,
- das Erkennen, daß die Anforderungen und entsprechenden Bewältigungsformen unterschiedlich je nach Lebensphase sein können.

Ein Beispiel, um den letzten Punkt zu erläutern:

Wir beobachten häufig, daß Menschen nach der ersehnten Anerkennung, die als die Lösung aller Probleme lange Zeit gedient hatte, zusammenbrechen. Es scheint nicht nur das Erkennen zu sein, daß einige Probleme weiterbestehen.

Das Warten von Tag zu Tag erfordert andere Bewältigungsformen als das langfristige Planen der eigenen Zukunft in einem fremden Land.

Besonders Bewältigungsformen wie Dissoziation, die für das psychische Überleben notwendig waren, können später im Alltagsleben hemmend sein und zum Problem werden.

### Sicherung der eigenen Identität

Das Beachten familieninterner Regeln und Wertehaltungen, die Beschreibung der Eltern als Modelle und die Darstellung der eigenen Rolle in der Familie sind notwendig, um die Sozialisation in einer anderen Kultur angemessen zu berücksichtigen. Das Gefühl der Entwurzelung und die Suche nach dem "inneren Ort der Heimat" stellt eine wichtige Thematik bei Geflüchteten dar, die ihr Land unfreiwillig verlassen mußten.

### Erinnerung an das Trauma

In der Literatur wird immer wieder auf die Bedeutung des Kohärenzsinn (Maercker, 1996) für ein besseres Umgehen mit dieser Erfahrung hingewiesen. So kann zumindest der Versuch, Einsicht in das Geschehen zu gewinnen, eine erste Voraussetzung dazu sein.

Wenn Patienten den Wunsch äußern, auf ihre traumatische Erfahrung einzugehen, hat es sich bewährt, stufenweise vorzugehen.

Bei der Beschreibung der Erinnerungen scheint es generell sinnvoll zu sein, bei einem Zeitpunkt kurz vor dem Ereignis zu beginnen und bei einem Zeitpunkt kurz nach dem Ereignis zu enden. Das Einrahmen des Traumas durch positive Erinnerungen kann einen Anfang und ein Ende des Traumas verdeutlichen (Perren-Klingler, Tagung der Psychosozialen Zentren, Berlin 1995).

Zunächst wird der Ablauf der Ereignisse -"Was ist geschehen"- geschildert. Das Durchgehen der Erinnerungen hat möglicherweise einen ordnenden, strukturierenden Effekt. Patienten äußern oft, daß das "Chaos im Kopf" danach geringer sei. (Die Verfolgungsgeschichte muß von Asylsuchenden bereits bei der Anhörung vorgetragen werden.)

In der zweiten Phase bietet das Erleben aus unterschiedlichen Perspektiven dem Patienten die Möglichkeit, Annahmen über Zusammenhänge, über die eigene Person, über die Rolle der Täter zu hinterfragen. Wie Ehlers in ihren Untersuchungen festgestellt hat, ist die Erfassung der subjektiven Bedeutung des Traumas bedeutsam. Das Wahrnehmen aktiver Bewältigungsversuche während des traumatischen Ereignisses im Rückblick kann Annahmen über sich verändern und Einfluß auf den Behandlungsverlauf haben.

Mit Hilfe verschiedener Fragestellungen ergeben sich im wesentlichen folgende Perspektiven:

- Die Sicht des Opfers ("Was wurde Ihnen angetan")
- Die Sicht des/der Überlebenden ("Wie haben Sie überlebt? Was hat Ihnen Halt gegeben?")
- Die Sicht der Täter (Welche Absichten hatten sie? Welche Emotionen/Reaktionen bestehen den Tätern gegenüber?).

### Beispiel für eine Überlebensstrategie

Eine Lehrerin aus einem afrikanischen Land, die zwei Wochen eingesperrt in einem dunklen Raum tagelang von mehreren Polizisten während der Verhöre vergewaltigt und mißhandelt worden war, gab an, sich nach einer Woche bewußt verrückt gebärdet zu haben. Unter anderem tat sie so, als ob sie ihre Klasse unterrichten würde. Ihre Rechnung ging auf, da die Polizisten sich keine sinnvollen Aussagen über ihre Partei erhofften und sie wieder freiließen.

Erst in den Therapiegesprächen wurde ihr bewußt, wie planend sie trotz ihrer Verzweiflung vorgegangen war.

### Beispiel für Reaktionen den Tätern gegenüber

Eine der häufigsten Äußerungen zu dieser Thematik ist:

„Ich will sie (die Täter) irgendwann wiedersehen, um sie zu fragen, warum sie mir das angetan haben. Ich habe das Recht zu erfahren, **warum.**“

Es gibt auch Patienten, die keine Konfrontation mehr suchen. Die Emotionen, die beschrieben werden, sind Wut und Trauer, meist jedoch überwiegt die Trauer.

### Die Ausdrucksformen der Erinnerungen können je nach Bereitschaft der Patienten variieren

- Verbale Mitteilung einer Person gegenüber
- Aufnahme auf Kassette oder Video, die entweder nur im Besitz der betroffenen Person bleibt oder von einer anderen Person angehört oder gesehen werden kann
- Niederschrift
- In der Vorstellung projiziert auf eine imaginierte Leinwand ohne Mitteilung an andere Personen (Perren-Klingler).

### Hilfen, um das Erinnern zu erleichtern

Ähnlich wie Reemtsmas "Mann im Keller" wirkt es auch für einige Patienten erleichternd, ihre Geschichte in dritter Person zu schildern oder vorzustellen.

Vor der Beschreibung der traumatischen Erinnerungen kann gemeinsam mit Patienten der Ablauf geklärt werden, ähnlich wie bei einer systematischen Desensibilisierung. Patienten führen Regie, indem sie mit Therapeuten vereinbaren

- mit welchem nonverbalen oder verbalen Zeichen sie Überforderung andeuten
- welche Reaktionen von Therapeuten hilfreich sind
- welche Reaktionen sie selbst durchführen wollen.

Das Durchgehen der Erinnerung auf verschiedenen Ebenen (kognitive, behaviorale, physiologische) wird als sehr belastend erlebt, da die körperlichen Reaktionen zu Beginn der Therapie überwiegen. Daher ist wie bei einer systematischen Desensibilisierung der Einsatz vorher erprobter Maßnahmen zur Senkung der Übererregung (siehe oben) von absoluter Wichtigkeit, um eine Retraumatisierung zu vermeiden.

Einige Patienten, die ihre Erfahrungen nicht mitteilen wollen, empfinden das Aufbewahren des nicht Ausgesprochenen



an einem sicheren Ort (real/imaginär) als Hilfe, im Sinne einer Einordnung. Die Erinnerungen bleiben erhalten und können zu einem anderen Zeitpunkt thematisiert werden.

Allgemeines Ziel der Therapie besteht darin, Patienten mit eigenen Ressourcen und neuen Fertigkeiten zu befähigen, im Alltag mit ihren Symptomen selbständig fertig zu werden.

Der Einsatz von Entspannungsverfahren (progressiver Muskelentspannung) hat sich nicht bewährt. Mögliche Erklärungen sind zum einen die schwierigen Wohnverhältnisse, die ein tägliches Üben unmöglich machen, und zum anderen der Wunsch nach möglichst einfachen, sofort praktizierbaren Maßnahmen. Bevorzugt wurden daher eher kurze Atemübungen, verbunden mit Imaginationen, Symbolen, Sätzen.

### Erleben der eigenen Schwäche

Wenn Patienten berichten, der Folter nicht standgehalten zu haben, meinen sie damit, Dinge getan zu haben, die nicht ihren eigenen Werthaltungen entsprochen haben. Sie hätten um Gnade gebettelt, Geständnisse gemacht und hätten sich auf Deals mit den Folterern eingelassen. Wie bereits erwähnt, stellt der Zusammenbruch des vorher existierenden Selbstbildes für viele Patienten das belastendste Moment dar.

Forderungen der Folterer, wie "Entweder wir bringen deine Kinder um, oder du gibst Namen deiner Parteigenossen an" führen das Opfer in eine ausweglose Situation. Die schweren Schuldgefühle darüber, daß andere Menschen in einigen Fällen durch die eigenen Aussagen gefoltert oder getötet wurden, kann ständiges Grübeln zur Folge haben oder völliges Vermeiden, daran zu denken.

Zu dieser schwierigen Thematik kann nur beschrieben werden, welche Fragen während der Gespräche von Patienten als wichtig erachtet wurden:

- Wie hätte der Idealfall ausgesehen?
- Welche Bedingungen haben es einem unmöglich gemacht, entsprechend zu handeln?
- Was hätte man gebraucht, um anders handeln zu können?

Wichtig dabei war

- das Idealverhalten zu analysieren  
(Wie, durch wen wurde der Maßstab für dieses Verhalten aufgestellt)
- Eigene Erfahrungen nutzen, differenzierter einzuschätzen, unter welchen Bedingungen man wieder stark sein kann.

### Soziale Unterstützung

Dieser Faktor wird immer wieder als wesentlicher Schutzfaktor beschrieben (Mehari, 1994; Maercker, 1996). Bei der Behandlung unserer Patienten spielen soziale Bezüge sowohl zu hier lebenden Bezugspersonen als auch zu jenen, die in der Heimat zurückgeblieben sind, eine bedeutsame Rolle. Vor allem bei der Trauer um verstorbene oder "verschwundene" Menschen werden diese in den therapeutischen Prozeß in der Vorstellung der Patienten miteinbezogen.

**Gemeinsame Sitzungen** mit Familienangehörigen, Freunden oder anderen Personen, die in Deutschland leben, finden statt, um

- die Interaktion mit Familienangehörigen zu klären (Familientherapie)
- Kontakte mit Caritasmitarbeitern in den Unterkünften abzusprechen
- Kontakte mit ehrenamtlichen Helfern herzustellen

Weiterhin werden, wenn Patienten es wünschen, Kontakte mit landsmännischen Gruppen, religiösen Gemeinden vermittelt.

### Umgang mit der eigenen Geschichte im sozialen Kontakt

Wir beobachten, daß Betroffene entweder ihre Erfahrungen gegenüber Familienmitgliedern und Freunden verschweigen oder ständig darüber sprechen. Beide Extreme führen zu großen Problemen im Kontakt mit den Bezugspersonen.

Mit den Patienten sollte geklärt werden:

- welche Annahmen sie früher über Opfer hatten,
- ob sich diese Annahmen nach der traumatischen Erfahrung verändert haben,
- welche Annahmen die anderen über Opfer haben.

Auf der Grundlage dieser Überlegungen und zusätzlicher Informationen können Patienten dysfunktionale Annahmen klären und abwägen, wem und wie sie sich anvertrauen möchten. Das Ziel bei den meisten ist nicht, die Details zu erzählen, sondern ausreichend zu informieren, um den anderen Verständnis für ihr gegenwärtiges Verhalten zu vermitteln.

Bei vielen Nichtbetroffenen herrschen tatsächlich Stereotypen über "das Opfer" vor. Es kann sinnvoll sein, Patienten auf diese Vorurteile aufmerksam zu machen.

Im Sinne des generellen Gefühls der Entfremdung (Ehlers, in Druck) ist die Klärung eigener Reaktionen und der Reaktionen anderer notwendig, um das Zusammenleben mit Menschen belastungsfreier zu gestalten.

### Stärkung und Vermittlung sozialer Fertigkeiten

Der Verlust an Kompetenz ergibt sich aus der Asylsituation und der persönlichen Beeinträchtigung durch psychische und körperliche Probleme.

Häufig beklagen beispielweise Eltern, daß sie wegen ihrer eigenen Probleme ihrer Rolle als Mutter oder Vater nicht mehr gerecht werden.

Trotz notwendiger Entlastung muß in angemessener Weise die Übernahme von Verantwortung bei den Patienten gefördert werden, damit sie ihr Selbstvertrauen zurückgewinnen können. Dazu sollte in Kooperation mit Angehörigen und Betreuern in den Unterkünften ein gemeinsames Vorgehen abgesprochen werden.

Abgesehen von Sprachkursen, die in München angeboten werden, ist die Vermittlung sozialer Fertigkeiten unter Berücksichtigung der unterschiedlichen, kulturabhängigen ge-

sellschaftlichen Umgangsformen ein wichtiges Mittel zur Stärkung des Selbstvertrauens und eignet sich für Gruppentherapien.

Diese Kombination aus Förderung der sozialen Fertigkeiten und des interkulturellen Verständnisses kann helfen, Belastungen im alltäglichen zwischenmenschlichen Kontakt, bei Behördenbesuchen oder bei der Konfrontation mit rassistischen Bemerkungen und Reaktionen zu reduzieren.

### Weitere Behandlungsschritte

- Behandlung von Schlaf- und Schmerzstörungen
- Umgang mit Aggressionen
- Behandlung von Anfallsstörungen ohne nachweisbare organische Ursache
- Nachbehandlung von Patienten mit psychischen Störungen.

Ausgeschlossen aus unserem Behandlungskonzept sind Patienten mit Suchtverhalten oder Psychose, die bereits über einen längeren Zeitraum bestehen.

### Abschließende Zusammenfassung

Die Patienten, die zu Refugio kommen, leiden unter einer Vielzahl von Belastungen.

Unser Behandlungskonzept umfaßt daher immer spezifisches, symptomorientiertes Vorgehen und die Berücksichtigung von Belastungen im Umfeld des Patienten.

In diesem Bericht wurde nicht auf die Arbeit mit Dolmetschern eingegangen. Neben muttersprachlichen Behandlungen finden viele Therapien mit Übersetzung durch Landsleute statt, die als Honorarkräfte bei uns arbeiten. Wir bieten zweimal im Jahr Weiterbildungen für neu hinzugekommene Dolmetscher an. Für die Zukunft sind aufgrund der großen Nachfrage regelmäßige Supervisionen geplant.

Das therapeutische Arbeiten mit Dolmetschern soll in einem eigens dafür vorgesehenen Artikel dargestellt werden.

Die Arbeit mit Asylsuchenden erfordert eine möglichst effektive Zusammenarbeit mit den anderen Berufsgruppen, wie Entscheidern, Richtern, Verwaltungsangestellten der Ausländerbehörden, Rechtsanwälten, Mitarbeitern von Sammelunterkünften, Jugendheimen und Kliniken.

Weiterbildungen und Tagungen, von Refugio veranstaltet, sowie Öffentlichkeitsarbeit über die Medien bieten die Möglichkeit, über unsere Arbeit zu informieren und Kontakte herzustellen.

Empirische Studien sind vorgesehen, um spezielle Fragestellungen, die sich aus der täglichen Praxis ergeben, genauer zu untersuchen und das therapeutische Vorgehen wissenschaftlicher zu fundieren.

### Literatur

- Ehlers A. (in Druck) Ein kognitives Modell der chronischen Posttraumatischen Belastungsstörung. In Mandl H (Hrsg). Bericht über den 40. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie. Göttingen: Hogrefe.
- Kiesler D.J. (1992) Interpersonal circle inventories: Pantheoretical applications to psychotherapy research and practice. *Journal of Psychotherapy Integration*, Vol. 2, No. 2, 77-99.
- Horowitz M.D. (1993) Stress-Response Syndromes. A review of posttraumatic stress and adjustment disorder. In Wilson J.P. & Raphael B (Eds) *International Handbook of Traumatic Stress*, Chapter 4, 49-60. New York: Plenum Press.
- Maercker A. (1996) Posttraumatische Belastungsstörungen bei ehemaligen politischen Inhaftierten der DDR. In: S.Priebe, D.Denis, M.Bauer (Hrsg), *Eingesperrt und nie mehr frei. Psychische Leiden nach politischer Haft in der DDR*
- Mehari F. (1995) Migration und Krankheit.
- Perren-Klingler G. (1995) Menschliche Reaktionen auf traumatische Erlebnisse: Von der Therapie am Problem zur Mobilisierung von Ressourcen. In Perren-Klingler G (Hrsg.) *Trauma. Vom Schrecken des Einzelnen zu den Ressourcen der Gruppe*.
- Tyhurst L. (1977) Psychosocial first aid for refugees: an essay in social psychiatry, *Ment Health Soc* 4, 314-343.
- Willigen Lv., Hondius A. (1995) Gesundheitsprobleme von Flüchtlingen in der Primärversorgung: Die Verhütung von Spätfolgen organisierter Gewalt, deren Behandlung und Anpassung an eine neue Kultur. In Perren-Klingler G (Hrsg.) *Trauma. Vom Schrecken des Einzelnen zu den Ressourcen der Gruppe*.

Ich möchte mich noch für die Unterstützung durch Herrn Martin Schmidt, Dr.phil., Akad. Oberrat, Persönlichkeitspsychologie und Psychodiagnostik, Universität München, und durch Frau Miriam von Samson, niedergelassene Psychologin, ganz herzlich bedanken. Sie standen mir seit Beginn dieser Arbeit immer wieder beratend zur Seite.

**Dipl.-Psych. Barbara Steinkopff**  
**Refugio München**  
**Rauchstr. 7**  
**81679 München**