



**Thomas Maier
Naser Morina
Matthis Schick
Ulrich Schnyder**
(Hrsg.)

Trauma – Flucht – Asyl

Ein interdisziplinäres Handbuch
für Beratung, Betreuung
und Behandlung

Trauma – Flucht – Asyl

Trauma – Flucht – Asyl

Thomas Maier, Naser Morina, Matthis Schick, Ulrich Schnyder (Hrsg.)

**Thomas Maier, Naser Morina,
Matthis Schick, Ulrich Schnyder**
(Hrsg.)

Trauma – Flucht – Asyl

Ein interdisziplinäres Handbuch für Beratung,
Betreuung und Behandlung

unter Mitarbeit von

Therese Bachmann
Jochen Binder
Maria Böttche
Martina Caroni
Brigitte Fiechter Lienert
Patricia Ganter
Maria-Luisa Gerber
Iris Tatjana Graef-Calliess
Christina Gunsch
Samuel Häberli
Ferdinand Haenel
Tobias Hecker
Katharin Hermenau
Hildegard Hungerbühler
Beatrice Imholz
Heinrich Kläui
Christine Knaevelsrud
Irène Koch

Vanessa Koenig
Christina Kohli
Andrea Lanfranchi
Alexandra Liedl
Brigitte Lueger-Schuster
Wielant Machleidt
Markus Mader
Regula Manz
Veronika Müller-Bamouh
Sandra Passardi
Martina Ruf-Leuschner
Nicole Scheiber
Jürgen Soyer
Nadine Stammel
Jana Stein
Lutz Wittmann
Rahel Zürrer

PD Dr. med. Thomas Maier

Psychiatrie St. Gallen Nord
Zürcherstrasse 30
9501 Wil
Schweiz
thomas.maier@psgn.ch

Dr. phil. Naser Morina

Klinik für Konsiliarpsychiatrie
und Psychosomatik
UniversitätsSpital Zürich
Culmannstrasse 8
8091 Zürich
Schweiz
naser.morina@usz.ch

PD Dr. med. Matthias Schick

Klinik für Konsiliarpsychiatrie
und Psychosomatik
UniversitätsSpital Zürich
Culmannstrasse 8
8091 Zürich
Schweiz
matthis.schick@usz.ch

Prof. em. Dr. med. Ulrich Schnyder

Universität Zürich
Niederdorfstrasse 18
8001 Zürich
Schweiz
ulrich.schnyder@access.uzh.ch

Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Hogrefe AG
Lektorat Psychologie
Länggass-Strasse 76
3012 Bern
Schweiz
Tel: +41 31 300 45 00
E-Mail: verlag@hogrefe.ch
Internet: <http://www.hogrefe.ch>

Lektorat: Dr. Susanne Lauri
Bearbeitung: Edeltraud Schönfeldt, Berlin
Herstellung: René Tschirren
Umschlagabbildung: iStock/Joel Carillet
Umschlag: Claude Borer, Riehen
Satz: Claudia Wild, Konstanz
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Finidr s.r.o., Český Těšín
Printed in Czech Republic

1. Auflage 2019
© 2019 Hogrefe Verlag, Bern

(E-Book-ISBN_PDF 978-3-456-95829-3)
(E-Book-ISBN_EPUB 978-3-456-75829-9)
ISBN 978-3-456-85829-6
<http://doi.org/10.1024/85829-000>

Nutzungsbedingungen

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audio-dateien.

Anmerkung

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Inhalt

Geleitwort des UNHCR	17
1 Einleitung	23
Thomas Maier, Naser Morina, Matthis Schick und Ulrich Schnyder	
Teil 1: Grundlagen	31
2 Berichte aus erster Hand	33
Ulrich Schnyder, Naser Morina, Matthis Schick, Thomas Maier	
3 Geschichtlicher Überblick: Psychotraumatologie, Krieg, Flucht und Migration	47
Thomas Maier	
3.1 Kriegszitterer und traumatische Neurose	49
3.2 Vom Ersten zum Zweiten Weltkrieg	49
3.3 Überlebende des Holocaust: Ein Paradigmenwechsel bahnt sich an	50
3.4 Geburt einer Diagnose: Die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)	51
3.5 USA: Spezialisierte Behandlungszentren für Geflüchtete und Vietnam-Veteranen ..	52
3.6 Europa: Menschenrechtsbewegung und Anti-Folter-Kampagnen	53
3.7 Die 1990er-Jahre: Zunehmende Migration, zunehmende Professionalisierung der Behandlung	54
3.8 Erste Forschungsergebnisse zur Therapie von traumatisierten Geflüchteten	55
3.9 Globalisierung der Psychotraumatologie	56
3.10 Neue Entwicklungen	57
4 Der rechtliche Kontext von Flucht und Asyl – Überblick über die Flüchtlingseigenschaft und das Asylverfahren	63
Martina Caroni und Nicole Scheiber	
4.1 Die Flüchtlingseigenschaft	65
4.2 Asylverfahren	67
4.2.1 Einreichung eines Antrags auf internationalen Schutz	67
4.2.2 Dublin-Verfahren	68
4.2.3 Vertiefte Befragung der asylsuchenden Person	70
4.2.4 Asylentscheidung	71
5 Die psychischen, körperlichen und sozialen Folgen von Krieg, Vertreibung und Flucht	73
Thomas Maier und Ulrich Schnyder	
5.1 Prätraumatische Lebensumstände von Geflüchteten und Asylsuchenden	75
5.2 Krieg	75

5.3	Folter	76
5.4	Flucht, Vertreibung, Migration	77
5.5	Epidemiologie, Psychopathologie, Nosologie	79
5.5.1	Posttraumatische Belastungsstörung	79
5.5.2	Dissoziation	83
5.5.3	Depression	83
5.5.4	Angst	84
5.5.5	Schmerz	85
5.5.6	Organische Syndrome	86
5.5.7	Körperliche Probleme	86
5.5.8	Schlafstörung	87
5.5.9	Substanzabhängigkeit	87
5.5.10	Anpassungsstörung	88
5.5.11	Persönlichkeitsveränderungen	88
5.5.12	Numbing, Rückzug, Interesselosigkeit, Pessimismus	89
5.5.13	Anhaltende Trauer	89
5.5.14	Verbitterung	89
5.5.15	Störungen der Impulskontrolle, Aggression, Reizbarkeit	90
5.6	Take Home Messages	90
6	Postmigratorischer Stress und soziale Integration	93
	Matthis Schick	
6.1	Posttraumatischer und postmigratorischer Stress	95
6.2	Postmigratorischer Stress und psychische Gesundheit	95
6.2.1	Sozioökonomische Faktoren	96
6.2.2	Soziale und interpersonelle Faktoren	97
6.2.3	Asylverfahren und aufenthaltsrechtliche Faktoren	97
6.2.4	Erneute traumatische Erfahrungen und Life Events	98
6.3	Erklärungsmodelle	99
6.4	Postmigratorischer Stress und soziale Integration	100
6.5	Implikationen für Therapie und Policy	104
6.6	Take Home Messages	105
7	Sprache und Dolmetschen	109
	Naser Morina	
7.1	Bedeutung der Dolmetscher für Behandlung und Beratung	111
7.2	Von der Dyade zur Triade	112
7.2.1	Chancen der Therapeut-Patient-Dolmetscher-Triade	112
7.2.2	Mögliche Schwierigkeiten der Therapeut-Patient-Dolmetscher-Triade	113
7.3	Der Dialog im Trialog	117
7.4	Leitfaden zur Arbeit mit Dolmetschern	118
7.4.1	Ethische Prinzipien	119
7.4.2	Auswahl und Ausbildung der Dolmetscher	119
7.4.3	Dolmetsch-Arten	121
7.4.4	Sitzordnung	122
7.5	Ablauf eines Gesprächs mit Dolmetscher	122
7.5.1	Vorgespräch	123

7.5.2	Das Therapie- oder Beratungsgespräch	123
7.5.3	Nachgespräch	125
7.6	Spezifische Aspekte beim Dolmetschen mit traumatisierten Patienten	125
7.7	Take Home Messages	126
8	Kulturelle Kompetenz und Transkulturalität in der Psychotherapie mit traumatisierten Flüchtlingen	129
	Iris Tatjana Graef-Calliess und Wielant Machleidt	
8.1	Theoretische Modelle zur Migration und Implikationen für die Praxis	131
8.1.1	Individuation und Integration als kulturelle Adoleszenz	131
8.1.2	Kulturdynamisches Modell	134
8.1.3	Identitätsentwicklung in der Fremde	135
8.2	Anforderungen und Rahmenbedingungen im interkulturellen Behandlungskontext	137
8.2.1	Interkultureller Erstkontakt mit Flüchtlingen	137
8.2.2	Migrations- und kulturbezogene Aspekte im diagnostischen Prozess	138
8.2.3	Zur Bedeutung der Angehörigen	143
8.3	Die Begegnung mit dem Fremden	144
8.4	Take Home Messages	146

Teil 2: Gesundheit, Versorgung und Integration 149

9	Rollen und Aufgaben von Hilfswerken am Beispiel der Schweiz und des Schweizerischen Roten Kreuzes	151
	Markus Mader, Maria-Luisa Gerber und Hildegard Hungerbühler	
9.1	Das Asylverfahren in der Schweiz kurz erklärt	153
9.1.1	Die Integrationsförderung für anerkannte Flüchtlinge und vorläufig Aufgenommene als gemeinsame Aufgabe von Bund und Kantonen	153
9.1.2	Herausforderungen und Chancen der Integration durch beschleunigte Asylverfahren	153
9.2	Rolle der Hilfswerke im Asyl- und Flüchtlingsbereich einst und heute	154
9.3	Das Schweizerische Rote Kreuz – Good-Practice-Beispiele	155
9.3.1	Das Gesamt-Mandat im Asylbereich für den Kanton Uri	155
9.3.2	Erstversorgung in der Notaufnahmestruktur Buchs – vom Ungarnaufstand zur Westbalkan-Route	157
9.3.3	Individuelle Eins-zu-eins-Begleitung durch Freiwillige – die Mentoring-Projekte der Jugendrotkreuz-Gruppen	158
9.3.4	Sichere und legale Einreise für Schutzbedürftige – Beratung des SRK für erleichterte Besucher-Visa, humanitäre Visa und erleichterten Familiennachzug	160
9.4	Ausblick: Zukunft der humanitären Visa in Gefahr	162

10	Unterbringung und Betreuung von Geflüchteten – Herausforderungen und Gestaltungsmöglichkeiten für die institutionelle Betreuung aus Sicht der Fachorganisation AOZ	165
	Rahel Zürrer und Regula Manz	
10.1	Einleitung	167
10.2	Aufnahme und Unterbringung von Geflüchteten	167
10.2.1	Aufenthalt in einem Bundesasylzentrum	167
10.2.2	Aufenthalt in kantonalen Zentren	169
10.2.3	Aufenthalt in der Gemeinde	169
10.2.4	Fazit	170
10.3	Herausforderungen	170
10.3.1	Lebensrealitäten von Geflüchteten bei Ankunft	170
10.3.2	Auswirkungen auf den Betreuungsauftrag	171
10.4	Betreuungsauftrag und Gestaltungsmöglichkeiten	172
10.4.1	Ziele der Betreuung	172
10.4.2	Auftrag und Betreuungsgrundsätze	172
10.4.3	Beziehungsgestaltung zwischen Betreuungspersonen und Geflüchteten	176
10.4.4	Qualifikation der Betreuungspersonen	177
10.5	Take Home Messages	178
11	Arbeitsmarktintegration von anerkannten Flüchtlingen und vorläufig Aufgenommenen (Geduldeten)	181
	Patricia Ganter	
11.1	Zahlen und Fakten	183
11.2	Herausforderungen bei der Erwerbsintegration	184
11.3	Zugang zum Arbeitsmarkt	185
11.4	Ausgestaltung der Arbeitsmarktintegration	186
11.5	Unterstützung im Hinblick auf eine Erwerbsaufnahme	188
11.5.1	Kompetenz- und Potentialabklärung und Berufsorientierung	188
11.5.2	Berufliche Integration und Ausbildung	189
11.5.3	Jobcoaching	190
11.6	Fallführung mit Begleitung und Beratung	191
11.7	Fokus Traumatisierte	191
11.8	Fallbeispiel Kanton Graubünden	192
11.9	Take Home Messages	195
12	Flüchtlingskinder – Integration dank Schule und Bildung	197
	Andrea Lanfranchi und Christina Kohli	
12.1	Mehr geflüchtete Kinder und Jugendliche, teilweise unbegleitet	199
12.2	Auswirkungen von Krieg und Flucht auf Kinder und Jugendliche	200
12.3	Die Bedeutung der Schule für die Integration	201
12.4	Auswirkungen positiver Erwartungshaltungen auf den Lernprozess	202
12.5	Das Thema Trauma in der Lehrerinnen- und Lehrerbildung	203
12.6	Berufsvorbereitung bei spät zugewanderten Jugendlichen	204
12.7	Fallbeispiele	205
12.8	Praktische Unterstützung von Flüchtlingskindern in der Schule	206

13	Allgemeinmedizinische und hausärztliche Behandlung von Flüchtlingen und Asylsuchenden	211
	Heinrich Kläui	
13.1	Prävalenz	213
13.2	In der Sprechstunde	214
13.3	Gesprächsführung und Untersuchung	216
13.4	Der ungeduldige Patient	219
13.5	Schmerzen	220
13.6	Somatische Folterfolgen: eine Übersicht	222
13.7	Ärztliche Zeugnisse	224
13.8	Seine Grenzen kennen – interdisziplinär arbeiten: Take Home Messages	225
14	Gutachten und klinische Expertisen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren	229
	Ferdinand Haenel	
14.1	Ärztliche und psychologische Stellungnahmen aus dem Behandlungskontext	231
14.2	Beschwerdenuvalidierung	233
14.3	Glaubhaftigkeit der Angaben zur Verfolgungsgeschichte	235
14.4	Realkennzeichen, psychischer und körperlicher Untersuchungsbefund – drei Kriterien zur Validierung der Beurteilung	235
14.5	Besondere Hindernisse und Herausforderungen des Begutachtens	238
14.6	Trauma-assoziierte Störungsbilder und Differentialdiagnostik	241
14.7	Besondere Beziehungsaspekte	242
14.8	Interkulturell bedingte Besonderheiten	244
14.9	Ein Lösungsweg	245
14.10	Take Home Messages	245
15	Soziale Arbeit mit Asylsuchenden und Flüchtlingen	247
	Jürgen Soyser	
15.1	Warum es eine Professionalisierung der Sozialen Arbeit mit Flüchtlingen braucht	249
15.2	Ziele der Sozialen Arbeit	249
15.2.1	Sozialarbeitstheoretische Grundlagen	249
15.2.2	Praxis	251
15.3	Die soziale Beratung – Handlungsschritte	252
15.3.1	Die soziale Diagnostik	252
15.3.2	Handlungsschritte in der Beratung	253
15.4	Beziehungs- und Prozessgestaltung	257
15.4.1	Umgang mit Grenzen	258
15.4.2	Umgang mit Belastungen	258
15.5	Konzeption von Angeboten der Sozialen Arbeit für Flüchtlinge	259
15.5.1	Vom Problem starr konzipierter Angebote	259
15.5.2	Empfehlungen	260
15.5.3	Spezialisierte Angebote oder Regelversorgung – was trifft die Bedarfe besser?	261
15.6	Fallbeispiel	261
15.7	Take Home Messages	263

16	Geflüchtete traumatisierte Kinder und Jugendliche	265
	Veronika Müller-Bamouh, Martina Ruf-Leuschner, Katharin Hermenau und Tobias Hecker	
16.1	Minderjährige Geflüchtete im deutschsprachigen Raum	267
16.2	Kinder und Jugendliche mit Fluchthintergrund: Risikofaktoren für Traumafolgestörungen	268
16.2.1	Unbegleitete Minderjährige	269
16.2.2	Begleitete Minderjährige	270
16.3	Prävalenz psychischer Probleme	270
16.4	Therapeutische Implikationen	271
16.4.1	Identifikation und Behandlung	272
16.4.2	KIDNET	273
16.4.3	Interventionsansätze für Familien	274
16.5	Take Home Messages und Ausblick	276
17	Rechtsberatung für Asylsuchende: Inhalte, Herausforderungen und Rahmenbedingungen	279
	Samuel Häberli und Vanessa Koenig	
17.1	Inhaltliche Definition	281
17.1.1	Inhalte der Rechtsberatung	281
17.1.2	Was ist gute Rechtsberatung?	282
17.2	Anforderungen an die Rechtsberatung	283
17.2.1	Aufbau von Vertrauen	283
17.2.2	Beziehungsgestaltung, Haltung und Emotionen	284
17.2.3	Beratungstechniken	286
17.3	Rahmenbedingungen guter Rechtsarbeit	289
17.3.1	Ausgangslage	289
17.3.2	Strukturelle Bedingungen für den Aufbau von Vertrauen – Niederschwelligkeit	289
17.3.3	Grundhaltung	290
17.3.4	Techniken	291
17.4	Take Home Messages	292
Teil 3: Behandlung von Traumafolgestörungen		295
18	Prinzipien und Besonderheiten der Psychotherapie traumatisierter Geflüchteter	297
	Thomas Maier, Naser Morina, Matthis Schick und Ulrich Schnyder	
18.1	Primär- und Sekundärsymptome, psychosoziale Folgen	300
18.2	Psychotherapeutische Strategien	301
18.3	Autonomie und Kontrolle	302
18.4	Respekt und Würde	302
18.5	Technische Neutralität und Parteilichkeit	302
18.6	Zeugenschaft	303
18.7	Menschlichkeit, Sicherheit, Normalität	304

18.8	Konfrontieren oder stützen?	304
18.9	Medikamente	305
18.10	Somatisches versus psychisches Krankheitsmodell	306
18.11	Gegenübertragung	306
18.12	Überlebensschuld und moralische Verletzung	308
18.13	Verlust und Trauer	309
18.14	Prognose	309
18.15	Fallbeispiele	310
19	Screening und Psychodiagnostik	319
	Maria Böttche und Nadine Stammel	
19.1	Theoretische Grundlagen	321
19.1.1	Allgemeine Aspekte der Psychodiagnostik	321
19.1.2	Besonderheiten der Psychodiagnostik bei geflüchteten Menschen	322
19.2	Praktisches Vorgehen	323
19.2.1	Anwendungsbereiche testpsychologischer Diagnostik	323
19.2.2	Testpsychologische Instrumente	324
19.2.3	Ablauf der Diagnostik	327
19.3	Besondere Herausforderungen	332
19.4	Take Home Messages	334
20	Traumafokussierte kognitiv-verhaltenstherapeutische Psychotherapie mit Geflüchteten	337
	Alexandra Liedl	
20.1	Theoretische Grundlagen	339
20.2	Praktisches Vorgehen	341
20.2.1	Was ist Psychotherapie?	341
20.2.2	Psychoedukation	343
20.2.3	Emotionsregulation	344
20.2.4	Exposition	347
20.2.5	Kognitive Umstrukturierung	349
20.2.6	Onlinegestützte Therapieverfahren	350
20.3	Besondere Herausforderungen	350
20.3.1	Asylverfahren – rechtliche Situation	350
20.3.2	Wohnsituation/Unterbringung	351
20.3.3	Arbeitseinschränkung	352
20.3.4	Arbeit mit Dolmetschern	352
20.4	Forschung	352
20.5	Take Home Messages	353
21	Psychodynamische Aspekte der Psychotherapie bei traumatisierten Geflüchteten	355
	Lutz Wittmann	
21.1	Theoretische und praktische Grundlagen	357
21.1.1	Aspekte eines psychodynamischen Traumaverständnisses	357
21.1.2	Therapeutische Haltung	359

21.2	Praktisches Vorgehen	360
21.2.1	Die therapeutische Arbeit mit Frau N.	360
21.2.2	Die therapeutische Arbeit mit Herrn R.	362
21.2.3	Die therapeutische Arbeit mit Herrn G.	364
21.3	Trauma und die Bewältigung der Migration	366
21.4	Take Home Messages	366
22	Psychotherapie bei chronischen posttraumatischen Schmerzen	369
	Alexandra Liedl	
22.1	Theoretische Grundlagen	371
22.2	Praktisches Vorgehen	371
22.2.1	Psychoedukation	372
22.2.2	Entspannungsverfahren	373
22.2.3	Körperliche Aktivierung	375
22.2.4	Kognitive Umstrukturierung	376
22.2.5	Integrierte kognitive Verhaltenstherapie	377
22.2.6	Ein Biofeedback-gestützter kognitiv-verhaltenstherapeutischer Ansatz	378
22.3	Besondere Herausforderungen	379
22.3.1	Heilserwartung	379
22.3.2	Gebrauch von Schmerzmitteln und Medikamenten allgemein	380
22.4	Aktuelle Forschung	381
22.5	Take Home Messages	382
23	Körperorientierte Behandlungsansätze	385
	Therese Bachmann, Brigitte Fiechter Lienert und Beatrice Imholz	
23.1	Hintergrund	387
23.1.1	Warum körperorientierte Therapieansätze?	387
23.1.2	Beziehungsgestaltung und Kommunikation	387
23.1.3	Setting	388
23.2	Physiotherapie	389
23.2.1	Modelle und Konzepte in der Physiotherapie	389
23.2.2	Häufigste Beschwerdebilder	390
23.2.3	Physiotherapeutisches Vorgehen	392
23.3	Integrative Bewegungs- und Tanztherapie	396
23.3.1	Auswirkungen von Traumatisierungen	397
23.3.2	Vorgehensweise der IBT/ITT	399
23.3.3	Fallbeispiel	402
23.4	Take Home Messages	403
24	Religiosität und Spiritualität im Umgang mit Flüchtlingen	407
	Sandra Passardi	
24.1	Was versteht man unter Religiosität und Spiritualität?	410
24.2	Religiosität/Spiritualität und psychische Gesundheit	411
24.2.1	Auswirkungen von Religiosität/Spiritualität	411
24.2.2	Religiöse Bewältigungsmechanismen	412

24.3	Besonderheiten im Umgang mit Religiosität/Spiritualität bei (traumatisierten) Flüchtlingen	413
24.3.1	Religiosität/Spiritualität und Trauma	413
24.3.2	Religiosität/Spiritualität und Exil	414
24.3.3	Umgang mit hochreligiösen Patienten/Klienten	414
24.4	Erfassungsmethoden von Religiosität/Spiritualität	415
24.4.1	Intrinsische und extrinsische Religiosität/Spiritualität	415
24.4.2	Multidimensionale Konzepte von Religiosität/Spiritualität	415
24.4.3	Erhebungsinstrumente	415
24.4.4	Praktisches Vorgehen	416
24.5	Reflexion des eigenen Weltbildes	418
24.6	Fallbeispiele	419
24.7	Take Home Messages	422
25	Traumatisierte Flüchtlinge in stationärer Behandlung: Traumatherapie auf Spezialstationen	425
	Jochen Binder	
25.1	Grundlegende Überlegungen	427
25.2	Praktisches Vorgehen	428
25.2.1	Indikationen für eine stationäre Traumatherapie	428
25.2.2	Dolmetscher im stationären Setting	432
25.2.3	Teamvoraussetzungen und Teamarbeit	433
25.2.4	Beispiel eines Behandlungskonzepts	434
25.2.5	Körperliche Symptome stärker im Vordergrund – Krankheitsmodelle	437
25.3	Besondere Herausforderungen	439
25.3.1	Unterschiede zum ambulanten Setting	439
25.3.2	Risiken	441
25.3.3	Voraussetzungen für das Behandlungsteam	441
25.3.4	Herausforderungen im Tarifsysteem	442
25.4	Take Home Messages	443
26	Behandlung von traumatisierten Flüchtlingen im Kindes- und Jugendalter	445
	Irène Koch und Christina Gunsch	
26.1	Theoretische Grundlagen der Diagnostik, Psychoedukation und Intervention	447
26.1.1	Diagnostik von Traumafolgestörungen im Kindes- und Jugendalter	447
26.1.2	Psychoedukation und erste Interventionen	448
26.1.3	Überblick über traumatherapeutische Verfahren	449
26.2	Praktisches Vorgehen	454
26.2.1	Familien- und Systemtherapie	455
26.2.2	Traumapädagogik	458
26.2.3	Gruppenpsychotherapie	459
26.2.4	Kinder- und jugendpsychiatrische Liaison in stationären Jugendhilfeeinrichtungen	459
26.3	Take Home Messages	461

27	Digitale Medien in der Behandlung traumatisierter Geflüchteter	463
	Jana Stein und Christine Knaevelsrud	
27.1	Hintergrund	465
27.2	Gebrauch neuer Technologien zur Behandlung von Traumafolgestörungen	466
27.2.1	Interventionen über das Telefon und Videokonferenzsysteme	466
27.2.2	Smartphonebasierte Interventionen	467
27.2.3	Onlinebasierte Interventionen	468
27.3	<i>Ilajnafsy</i> – ein virtuelles Zentrum zur Behandlung von posttraumatischer Belastungsstörung und Depression im arabischen Sprachraum	471
27.3.1	<i>Ilajnafsy</i> – onlinebasierte Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung	472
27.3.2	<i>Ilajnafsy</i> – onlinebasierte Behandlung von Depression	474
27.3.3	S.M.I.L.E.R.S. – smartphonebasierte Selbsthilfeintervention zur Behandlung von Depression	475
27.4	Besonderheiten beim Gebrauch digitaler Medien	475
27.5	Take Home Messages	477
28	Indirekte Traumatisierung – die emotionalen Kosten der Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen	481
	Brigitte Lueger-Schuster	
28.1	Grundlagen	483
28.1.1	Traumabegriff	483
28.1.2	Direkte und indirekte Traumatisierung	484
28.1.3	Häufigkeit und Verbreitung indirekter Traumafolgestörungen	484
28.2	Formen und Auswirkungen indirekter Traumatisierung	485
28.2.1	Spezifische indirekte Traumafolgestörungen	485
28.2.2	Unspezifische Folgestörungen der indirekten Traumatisierung	486
28.2.3	Auswirkungen auf die Behandlungsqualität	487
28.3	Erklärungsmodelle indirekter Traumatisierungsfolgen	488
28.3.1	Risiko- und Schutzfaktoren indirekter Traumatisierung	488
28.3.2	Trauma-Übertragung und -Gegenübertragung	488
28.3.3	Konstruktivistische Selbstentwicklungs-Theorie	490
28.4	Praktisches Vorgehen	490
28.4.1	Grenzen und Warnsignale	490
28.4.2	Prävention	491
28.4.3	Supervision	492
28.4.4	Psychotherapie	493
28.5	Besondere Herausforderungen	494
28.6	Fallbeispiel	494
28.7	Take Home Messages	496
29	Trauma – Flucht – Asyl: Schlussfolgerungen und Ausblick	499
	Thomas Maier, Naser Morina, Matthis Schick und Ulrich Schnyder	
29.1	Psychotraumatologie	501
29.2	Postmigratorische Lebensschwierigkeiten und Integration	501
29.3	Somatische Probleme	502

29.4	Spiritualität	503
29.5	Kinder und Jugendliche	503
29.6	Ältere Menschen	504
29.7	Dolmetschen und Kommunikation	504
29.8	Ausblick	505

Anhang	507
Abkürzungen	509
Autorinnen und Autoren	513
Sachwortverzeichnis	517

Geleitwort des UNHCR

Die psychische Gesundheit von Flüchtlingen – eine Angelegenheit von globaler Bedeutung und eine globale Verantwortung

Ein breites Spektrum von psychischen Gesundheitsproblemen bei Flüchtlingen

Europa beherbergt eine große Zahl von Asylsuchenden und Flüchtlingen, die Krieg und Gewalt entkommen sind und hier Schutz suchen. Psychische Gesundheitsprobleme sind in jeder Bevölkerungsgruppe weit verbreitet. Bei Flüchtlingen und Asylsuchenden ist dies aber noch ausgeprägter, denn sie sind für die spezifischen psychischen Gesundheitsprobleme anfälliger, welche mit der von vielen erlebten Gewalt und Not zusammenhängen sowie mit kumulativen täglichen Stressfaktoren, die ihr Leben als Flüchtling und Asylsuchender mit sich bringt (Fazel, Wheeler & Danesh, 2005; Georgiadou, Zbidat, Schmitt & Erim, 2018; Tinhög et al., 2017). Es ist folglich unerlässlich, dass europäische Spezialisten für psychische Gesundheit ein vertieftes Verständnis für die Bedürfnisse und Herausforderungen von Flüchtlingen und Asylsuchenden entwickeln. Nur so können sie ihnen wirksam helfen.

Die psychische Gesundheit von Flüchtlingen und Asylsuchenden kann in sehr unterschiedlichem Ausmaß und aus verschiedenen Gründen beeinträchtigt sein. Das Spektrum reicht von kurzen Reaktionen auf Stress verursachende oder schwierige Situationen bis hin zu chronischen und invalidisierenden psychischen Krankheiten. Allerdings – und dies wird im pro-

fessionellen psychiatrischen Diskurs oft übersehen – haben die meisten Flüchtlinge und Asylsuchenden keine klinisch relevanten psychischen Gesundheitsprobleme (Silove, Ventevogel & Rees, 2017). Es ist aber auch wichtig, darauf hinzuweisen, dass bei Flüchtlingen gehäuft schwere psychische Krankheiten wie Psychosen und bipolare Störungen auftreten (Barghadouch, 2018; Dapunt, Kluge & Heinz, 2017; Hollander et al., 2016). Flüchtlinge und Asylsuchende mit schweren psychischen Erkrankungen sind besonders gefährdet, Menschenrechtsverletzungen ausgesetzt zu sein, sowohl in ihrem Herkunftsland als auch auf der Flucht und im Aufnahmeland, da sie häufig nicht in der Lage sind, sich selbst zu schützen, und leicht Opfer von Missbrauch und Vernachlässigung werden können (Silove, Ekblad & Mollica, 2000; Weissbecker, Ventevogel, Hanna & Pathare, in press). Zu den weiteren klinisch wichtigen Themen, die bei Flüchtlingen und Asylsuchenden genauso vorkommen wie in jeder anderen Bevölkerungsgruppe, gehören Alkohol- und Substanzkonsum sowie Intelligenz- und Entwicklungsstörungen (Kane & Greene, 2018; Kane et al., 2014).

Die verschiedenen Kapitel im Buch zeigen, dass *traumabedingte* Störungen weit über die posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) im engeren Sinne hinausreichen und unter anderem auch Depression, komplizierte Trauer, Angst und Dissoziation umfassen (Tay, Rees, Chan, Kareth & Silove, 2015). Die Berichte von drei Flüchtlingen in Kapitel 2 illustrieren anschaulich, dass nicht alle traumabedingten psychischen Störungen notwendiger-

weise direkt mit Kriegs- oder Verfolgungserlebnissen zusammenhängen. Sie können ihren Ursprung auch in sexueller und geschlechtsspezifischer Gewalt, Armut sowie Missbrauch und Vernachlässigung in der Kindheit im Herkunftsland oder während der oft langen, anstrengenden und gefährlichen Reise nach Westeuropa haben.

UNHCR empfiehlt mit Nachdruck einen ganzheitlichen Ansatz beim Umgang mit psychischen Störungen von Flüchtlingen und Asylsuchenden, bei dem neben dem Gesundheitswesen auch Sozialarbeit, Bildung und Kinderschutz eine Rolle spielen (UNHCR, 2013). Im Kontext von humanitären Einsätzen wird daher meist der Doppelbegriff „psychische und psychosoziale Unterstützung“ benutzt, um das volle Spektrum zu verdeutlichen. Viele Flüchtlinge und Asylsuchende leiden vor allem unter den belastenden sozioökonomischen Bedingungen, unter denen sie leben. Matthis Schick unterstreicht in Kapitel 6 zu Recht, wie sehr sich postmigratorische Belastungsfaktoren und psychische Gesundheit gegenseitig beeinflussen. Die durch lang dauernde Asylverfahren verursachte Unsicherheit und der beschränkte Zugang zu Arbeit und Bildung verstärken bei Asylsuchenden psychische Probleme (Laban, Gernaat, Komproe, Schreuders & de Jong, 2005; Melamed, 2018). Das wird nirgends so klar wie bei Menschen, die noch auf der Flucht sind oder in Durchgangslagern festsitzen (Human Rights Watch, 2017; Jones, 2017; Ventevogel, 2015).

Flüchtlinge und Asylsuchende sind mit besonderen Herausforderungen konfrontiert, wenn sie Zugang zu angemessener psychiatrisch-psychotherapeutischer Versorgung suchen, nicht nur aufgrund sprachlicher Barrieren, sondern weil sie auch durch die starke Stigmatisierung psychiatrischer Behandlungen mit derartigen Therapien zu wenig vertraut sind (Cavallera, 2016; Colucci, 2015; Hassan et al., 2015; Kuhn, 2018; Tay et al., 2018).

Erfahrungen in der weltweiten Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen

UNHCR und seine Partnerorganisationen arbeiten oft in Situationen, wo es nicht genügend Ressourcen für die psychische Gesundheitsversorgung gibt. Hier ist die Entwicklung neuer Methoden gefragt, um „mit weniger mehr zu tun“. Die Erkenntnisse, die aus solchen Ansätzen gewonnen werden, sind auch für die Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in hoch entwickelten Ländern wie Österreich, Deutschland und der Schweiz wertvoll. Die vielleicht wichtigste Erkenntnis daraus ist die große Bedeutung eines partizipativen Ansatzes, der Flüchtlinge und Asylsuchende als aktiv Beteiligte mit einbezieht (UNHCR, 2008, 2014). Einige der wirkungsvollsten Interventionen zur Verbesserung der emotionalen Befindlichkeit von Flüchtlingen sind in ihrem Kern von sozialer Natur und beruhen auf einer Verbesserung des sozialen Zusammenhalts innerhalb von Flüchtlingsgemeinschaften sowie auf einer Förderung von Selbsthilfe und Eigenaktivität (Inter-Agency Standing Committee, 2007; UNHCR, 2017). Die Stärkung ihrer Eigenständigkeit hilft Flüchtlingen, das Leben neu zu beginnen, anstatt nur zu überleben, und kann die Entwicklung von schweren psychischen Problemen verhindern.

Eine weitere wichtige Erkenntnis besteht darin, dass nicht alle Probleme aus dem Bereich der psychischen Gesundheit vom Gesundheitswesen alleine bewältigt werden können. Die Förderung der psychischen Gesundheit bedarf der Unterstützung durch Bereiche wie Sozialarbeit, Bildung und Maßnahmen zur Sicherstellung des Lebensunterhaltes (INEE, 2008; UNHCR, 2017; Weissbecker, Hanna, El Shazly, Gao & Ventevogel, 2019). Psychiater und Psychotherapeuten können nicht die Einzigen sein, die für die Förderung der psychischen Gesundheit zuständig sind. In den letzten Jahren ist eine Reihe von aufeinander aufbauenden psychologischen Interventionen entstanden, die folgende Gemeinsamkeiten aufweisen:

1. Sie sind transdiagnostisch (oder a-diagnostisch) und daher bei unterschiedlichen Störungen wirksam wie z.B. Depression, PTBS, Ängsten oder Notsituationen,
2. sie sind zeitlich begrenzt (üblicherweise auf fünf bis acht Sitzungen),
3. sie beruhen auf Daten, die im Wesentlichen in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen gesammelt wurden,
4. sie sind einfach zu handhaben und an kulturelle und sprachliche Besonderheiten angepasst,
5. sie können von Personen angewendet werden, die keine Experten sind, wenn diese gut geschult und beaufsichtigt werden.

Die Forschung zu solchen skalierbaren Interventionen bei Flüchtlingen hat vielversprechende Ergebnisse gezeigt. Schon nach einem kurzen kompetenzorientierten Training und mit Unterstützung durch eine intensive klinische Supervision können solche Interventionen signifikante Effekte erzielen (Bolton et al., 2003; Bolton et al., 2014; Rahman et al., 2016; Tol, 2018). Derartige Kurzinterventionen lösen natürlich nicht alle Probleme im Zusammenhang mit psychischer Gesundheit, aber sie können ein wichtiger Bestandteil im Rahmen eines mehrstufigen Unterstützungssystems sein. Zunehmend wird eine solche aufgabenteilige Herangehensweise als Element der humanitären psychischen Gesundheitsversorgung akzeptiert. Einer dieser Ansätze ist „Problem Management Plus“ (PM+) – eine psychologische Intervention über fünf Sitzungen zur Behandlung häufiger psychischer Probleme. „PM+“ basiert auf Verhaltensaktivierung und Problemlösungsstrategien und kann von geschulten Laien einschließlich Flüchtlingen selber durchgeführt werden. Dieser Ansatz wird inzwischen auch in verschiedenen entwickelten Ländern eingeführt (Sijbrandij, 2017). Interessanterweise ist in entwickelten Ländern der Einsatz von Flüchtlingen als Laienberater viel komplizierter, weil Arbeitsbeschränkungen für Asylsuchende und Landesregeln verhindern, dass Laien als Berater oder Therapeuten arbei-

ten können. Ich glaube, dass die westeuropäischen Systeme der psychosozialen Gesundheitsversorgung wertvolle Lehren aus der Arbeit in humanitären Einsätzen ziehen können, wo Flüchtlinge stark in die Verbesserung ihres eigenen Wohlergehens als auch das ihrer Familien und ihrer Gemeinschaften einbezogen werden (Kieft, Jordans, de Jong & Kamperman, 2008; Slobodin 2018; Wessells, 2009).

Zu diesem Buch

Dieses Buch ist eine unabhängige Publikation, die nicht unbedingt die Ansichten des UNHCR oder die im internationalen Flüchtlingsrecht verwendete Terminologie widerspiegelt. Dennoch ist es eine Schatztruhe, gefüllt mit wichtigen Einsichten und praktischen Empfehlungen, die den Fachleuten in der Schweiz, in Österreich und in Deutschland bei ihrer Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen und Asylsuchenden weiterhelfen wird. Das Buch leistet einen wichtigen Beitrag zur Fachliteratur im deutschsprachigen Raum. Obwohl im Vergleich dazu der Kontext in Ländern der Zweiten und Dritten Welt ein ganz anderer ist, gibt es doch auch große Ähnlichkeiten. Ich hoffe, dass dieses Buch dazu beiträgt, den Fachpersonen für psychische Gesundheit in Europa bewusst zu machen, dass sie Teil einer weltweiten Wissens- und Erfahrungsgemeinschaft sind.

Peter Ventevogel

Senior Mental Health Officer, Public Health Section, Division of Programme Management and Support, United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR), Geneva

Referenzen

- Barghadouch, A., Carlsson, J. & Norredam, M. (2018). Psychiatric disorders and predictors hereof among refugee children in early adulthood: a register-based cohort study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 206(1), 3–10.
- Bolton, P., Bass, J., Neugebauer, R., Verdelli, H., Clougherty, K. F., Wickramaratne, P. et al. (2003). Group interpersonal psychotherapy for depression in rural Uganda: a randomized controlled trial. *JAMA*, 289(23), 3117–3124.
- Bolton, P., Lee, C., Haroz, E. E., Murray, L., Dorsey, S., Robinson, C. et al. (2014). A transdiagnostic community-based mental health treatment for comorbid disorders: Development and outcomes of a randomized controlled trial among Burmese refugees in Thailand. *PLoS Medicine*, 11(11), e1001757.
- Cavallera, V., Reggi, M., Abdi, S., Jinnah, Z., Kivelenge, J., Warsame, A. M. et al. (2016). *Culture, context and mental health of Somali refugees: A primer for staff working in mental health and psychosocial support programmes*. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees.
- Colucci, E., Minas, H., Szwarc, J., Guerra, C. & Paxton, G. (2015). In or out? Barriers and facilitators to refugee-background young people accessing mental health services. *Transcultural Psychiatry*, 52(6), 766–790.
- Dapunt, J., Kluge, U. & Heinz, A. (2017). Risk of psychosis in refugees: A literature review. *Translational Psychiatry* 7, e1149. doi:doi:10.1038/tp.2017.119
- Fazel, M., Wheeler, J. & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: A systematic review. *Lancet*, 365. doi:10.1016/s0140-6736(05)61027-6
- Georgiadou, E., Zbidat, A., Schmitt, G. M. & Erim, Y. (2018). Prevalence of mental distress among Syrian refugees with residence permission in Germany: A registry-based study. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 393.
- Hassan, G., Kirmayer, L. J., Mekki-Berrada, A., Quosh, C., el Chammay, R., Deville-Stoetzel, J. B. et al. (2015). *Culture, context and the mental health and psychosocial wellbeing of Syrians: A review for mental health and psychosocial support staff working with Syrians affected by armed conflict*. Geneva: UNHCR. Verfügbar unter <http://www.unhcr.org/55f6b90f9.pdf>
- Hollander, A. C., Dal, H., Lewis, G., Magnusson, C., Kirkbride, J. B. & Dalman, C. (2016). Refugee migration and risk of schizophrenia and other non-affective psychoses: Cohort study of 1.3 million people in Sweden. *BMJ*, 352, i1030.
- Human Rights Watch. (2017). *EU/Greece: Asylum seekers' silent mental health crisis (July 12th 2017)*. Verfügbar unter <https://www.hrw.org/news/2017/07/12/eu/greece-asylum-seekers-silent-mental-health-crisis>
- INEE (Inter-Agency Network for Education in Emergencies). (2008). *INEE Minimum standards toolkit: psychosocial protection and well-being*. Zugriff am 4. Mai 2009 unter https://toolkit.ineesite.org/inee_minimum_standards
- Inter-Agency Standing Committee. (2007). *IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings*. Geneva: IASC.
- Jones, L. (2017). *Outside the asylum*. London: Weidenfeld and Nicolson.
- Kane, J. C. & Greene, C. M. (2018). *Addressing alcohol and substance use disorders among refugees: a desk review of intervention approaches*. Geneva: Public Health Section, UNHCR.
- Kane, J. C., Ventevogel, P., Spiegel, P., Bass, J. K., van Ommeren, M. & Tol, W. A. (2014). Mental, neurological, and substance use problems among refugees in primary health care: Analysis of the Health Information System in 90 refugee camps. *BMC Medicine*, 12(1), 228.
- Kieft, B., Jordans, M. J., de Jong, J. T., & Kamperman, A. M. (2008). Paraprofessional counselling within asylum seekers' groups in the Netherlands: Transferring an approach for a non-western context to a European setting. *Transcultural Psychiatry*, 45(1), 105–120. doi:10.1177/1363461507088000
- Kuhn, S., Zurhold, H., Lehmann, K. & Verthein, U. (2018). Drogenkonsum und Hilfebedarfe von Geflüchteten in Deutschland. *Suchttherapie*, 19(3), 140–147. doi: DOI: 10.1055/a-0637-8126
- Laban, C. J., Gernaat, H. B. P. E., Komproe, I. H., Schreuders, G. A., & de Jong, J. T. V. M. (2005). Impact of a long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47(11), 743–752.
- Melamed, S., Chernet, A., Labhardt, N. D., Probst-Hensch, N. & Pfeiffer, C. (2018). Social Resilience and Mental Health Among Eritrean Asylum-Seekers in Switzerland. *Qualitative Health Research*. doi: 10.1177/1049732318800004
- Rahman, A., Hamdani, S. U., Awan, N. R., Bryant, R. A., Dawson, K. S., Khan, M. F. et al. (2016). Effect of a multicomponent behavioral intervention in adults impaired by psychological distress in a conflict-affected area of Pakistan: A randomized clinical trial. *JAMA*, 316(24), 2609–2617. doi:10.1001/jama.2016.17165
- Sijbrandij, M., Acarturk, C., Aktas, M., Bryant, R. A., Burchert, S., Carswell, K. et al. (2017). Strengthening mental health care systems for adult and adolescent Syrian refugees in Europe and the Middle East: Integrating scalable psychological interventions in 8 countries. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(Sup2), 1388102.
- Silove, D., Ekblad, S. & Mollica, R. (2000). The rights of the severely mentally ill in post-conflict societies.

- Lancet*, 355(9214), 1548-1549. doi:10.1016/S0140-6736(00)02177-2
- Silove, D., Ventevogel, P. & Rees, S. (2017). The contemporary refugee crisis: An overview of mental health challenges. *World Psychiatry*, 16(2), 130-139. doi:10.1002/wps.20438
- Slobodin, O., Ghane, S. & de Jong, J. T. (2018). Developing a culturally sensitive mental health intervention for asylum seekers in the Netherlands: A pilot study. *Intervention* 16 (2), 86-94.
- Tay, A. K., Islam, R., Riley, A., Welton-Mitchell, C., Duchesne, B., Waters, V. et al. (2018). *Culture, context and mental health of Rohingya refugees: A review for staff in mental health and psychosocial support programmes for Rohingya refugees*. Geneva: UNHCR.
- Tay, A. K., Rees, S., Chan, J., Kareth, M. & Silove, D. (2015). Examining the broader psychosocial effects of mass conflict on PTSD symptoms and functional impairment amongst West Papuan refugees resettled in Papua New Guinea (PNG). *Soc Sci Med*, 132, 70-78. doi:10.1016/j.socscimed.2015.03.020
- Tinghög, P., Malm, A., Arwidson, C., Sigvardsdotter, E., Lundin, A. & Saboonchi, F. (2017). Prevalence of mental ill health, traumas and postmigration stress among refugees from Syria resettled in Sweden after 2011: A population-based survey. *BMJ open*, 7(12), e018899.
- Tol, W. A., Augustinavicius, J., Carswell, K., Leku, M. R., Adaku, A., Brown, F. L. et al. (2018). Feasibility of a guided self-help intervention to reduce psychological distress in South Sudanese refugee women in Uganda. *World Psychiatry*, 17(2), 234-235.
- UNHCR (United Nations High Commissioner for Refugees). (2008). *A community-based approach in UNHCR operations*. Geneva: Office of the United Nations High Commissioner for Refugees.
- UNHCR. (2013). *Operational Guidance for Mental Health and Psychosocial Support Programming in Refugee Operations*. Geneva: UNHCR.
- UNHCR. (2014). *Understanding community-based protection. Protection Policy Paper*. Geneva: UNHCR.
- UNHCR. (2017). *Community-Based Protection and Mental Health & Psychosocial Support*. Geneva: UNHCR.
- Ventevogel, P., Schinina, G., Strang, A., Gagliato, M. & Hansen, L. J. (2015). *Mental health and psychosocial support for refugees, asylum seekers and migrants on the move in Europe: A multi-agency guidance note*. Verfügbar unter <http://pscentre.org/wp-content/uploads/MHPSS-Guidance-note-FINAL-12-2015.pdf>
- Weissbecker, I., Hanna, F., El Shazly, M., Gao, J. & Ventevogel, P. (2019). Integrative mental health and psychosocial support interventions for refugees in humanitarian crisis settings. In T. Wenzel & B. Droždek (Eds.), *An uncertain safety. Integrative health care for the 21st century refugees* (pp. 117-153). Berlin: Springer.
- Weissbecker, I., Ventevogel, P., Hanna, F. & Pathare, S. (Im Druck). Mental health and psychosocial support humanitarian settings: Considerations for protecting and promoting human rights. In N. S. Rubin & Flores, R. L. (Eds.), *Cambridge handbook of psychology and human rights*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Wessells, M. G. (2009). Do no harm: Toward contextually appropriate psychosocial support in international emergencies. *American Psychologist*, 64(8), 842-854.

1 Einleitung

Thomas Maier, Naser Morina, Matthis Schick und Ulrich Schnyder

Krieg und Gewalt sind Schattenseiten der menschlichen Existenz, die uns seit Urzeiten verfolgen. Dennoch – oder vielleicht gerade deshalb – hoffen die Menschen mit unverminderter Sehnsucht auf Frieden, Gerechtigkeit und Glück. Manche glauben, die moderne Zivilisation könnte zumindest die roheste Gewalt und die ärgste Barbarei überwinden. Bis heute gibt es jedoch wenig Grund, auf eine solche Besserung zu hoffen. Im Gegenteil: Die jüngere und jüngste Weltgeschichte führt uns fortlaufend vor Augen, dass auch Zivilisation und Kultur jene unheimlichen Schattenseiten des Menschseins nicht zu bannen vermögen und dass der Rückfall in die Barbarei jederzeit und überall möglich ist.

Ebenfalls seit Urzeiten verlassen Menschen ihre Heimat, um vor Krieg, Gewalt und Zerstörung zu fliehen. In jüngerer Zeit haben solche Fluchtbewegungen stark zugenommen und beschäftigen die Weltgemeinschaft in hohem Maße. Erstmals seit dem zweiten Weltkrieg sind nach Angaben des UNO-Hochkommissariats für Flüchtlinge zurzeit weltweit wieder über 65 Millionen Menschen auf der Flucht, weil sie dort, wo sie leben, von Krieg, Gewalt, Misshandlung und Tod bedroht sind (United Nations High Commissioner for Refugees, 2017). Rund zwei Drittel dieser Geflüchteten sind sogenannte intern Vertriebene, das heißt, sie überschreiten die Grenzen ihrer Heimat nicht, sondern suchen innerhalb ihres Heimatlandes Schutz. Rund 22 Millionen Menschen –

die Hälfte davon Kinder und Jugendliche – haben hingegen die Grenzen überschritten und suchen ihr Heil in angrenzenden oder gar weiter entfernten Ländern. Nur ein kleiner Teil dieser Flüchtenden erreicht auf der Suche nach Sicherheit und Würde Europa und versucht, hier zur Ruhe zu kommen.

Bis vor wenigen Jahrzehnten nahmen weder die allgemeine Öffentlichkeit noch die professionellen Helferinnen und Helfer so recht wahr, dass als Folge von Kriegs- und Gewalterlebnissen anhaltende und krankmachende Symptome auftreten können. Erst die Beschäftigung mit Überlebenden des Holocaust sowie mit traumatisierten (US-amerikanischen) Veteranen des Vietnamkrieges war es, die im Verlauf der 1970er-Jahre zu einem Umdenken in der Fachwelt und später auch in der Allgemeinbevölkerung führte. Inzwischen hat das Pendel, wie es manchmal scheint, beinahe etwas zu weit in die andere Richtung ausgeschlagen: Begriffe wie „Trauma“, „Traumaopfer“ oder „posttraumatische Belastungsstörung“ sind in die Umgangssprache eingegangen und wurden mittlerweile fast bis zur Inhaltslosigkeit ausgedünnt. Es gibt heute eine regelrechte „Opfer-Industrie“, die von Medien, Selbsthilfeorganisationen, Therapeuten und Anwälten betrieben wird und das Opfer-Sein nachgerade zur erstrebenswerten Rolle hochstilisiert (Reemtsma, 1999; Stoffels & Ernst, 2002). Angesichts dieser Inflation von „Opfern“ und „Traumata“ droht indes aus dem Blickfeld zu

geraten, dass infolge weltweiter Fluchtbewegungen auch in westlichen Industrieländern Hunderttausende von Menschen leben, die schwerster Gewalt und Menschenrechtsverletzungen ausgesetzt waren (Fazel, Wheeler & Danesh, 2005; United Nations High Commissioner for Refugees, 2017). Waren es in den siebziger und achtziger Jahren des vorigen Jahrhunderts noch einige wenige politische Geflüchtete aus vorwiegend südamerikanischen Ländern, die das Thema Gewalt und Folter in hiesigen Psychotherapiekreisen einführten, so sind es heute Geflüchtete aus nahezu der ganzen Welt, die in großer Zahl unter uns leben. Dass es sich bei diesen Menschen teilweise um schwer und sequenziell traumatisierte Menschen handelt und dass bei ihnen ein beträchtlicher Leidensdruck besteht, bleibt häufig unerkannt. Sprachschwierigkeiten, aber auch die soziale und rechtliche Marginalisierung führen oft dazu, dass die bio-psycho-sozialen Folgen sequenzieller Traumatisierung bei Asylsuchenden und Geflüchteten nicht diagnostiziert und adäquat behandelt werden. Da derzeit viele die Einwanderung und Integration von Migranten als Problem, ja als Ärgernis empfinden, fehlen zumindest in gewissen Kreisen der politische Wille und teilweise auch die Mittel, um eine professionelle Abklärung, Behandlung und Betreuung zu gewährleisten.

Dennoch sind in den meisten wichtigen Zielländern von Asylsuchenden Einrichtungen entstanden, die spezifisches Know-how entwickelten und bereitstellen, damit zumindest einem Teil der Betroffenen eine ausreichende Abklärung und Behandlung geboten werden kann. Erkenntnisse aus der Forschung zeigen, dass mit angemessenen Behandlungsstrategien vielen Patientinnen und Patienten sehr wohl zu helfen ist und dass auch schwer traumatisierte Menschen wieder eine befriedigende Lebensqualität zurückgewinnen können (Nickerson, Bryant, Silove & Steel, 2011). Die meisten spezialisierten Institutionen für traumatisierte Geflüchtete beruhen jedoch auf privaten Trägerschaften von Hilfswerken und Menschenrechts-Organisationen, wäh-

rend sich das öffentliche Gesundheitswesen für diese Patientengruppe bisher noch zu wenig engagiert. Diese Strategie ist vermutlich auch in ökonomischer Hinsicht verfehlt, denn Opfer von Krieg und Gewalt tauchen unter anderen Titeln im Gesundheitswesen auf und erhalten nicht selten eine Vielzahl von vermeidbaren Abklärungen und wirkungslosen Behandlungen. Wenn man die Beschwerden dieser Patientinnen und Patienten nicht als Folgen von Folter und Krieg erkennt, kommt es zu Fehldiagnosen und inadäquater Behandlung (Maier, Schmidt & Mueller, 2010).

Geflüchtete Menschen sind über ihre traumatischen Erfahrungen hinaus mit einer Vielzahl von Herausforderungen und Problemen konfrontiert, etwa einem langwierigen, schwer durchschaubaren Asylverfahren, das sich häufig über Jahre hinzieht, mit sprachlichen Verständigungsproblemen, finanzieller Knappheit, prekären Wohnverhältnissen, Sorgen um die Angehörigen im Herkunftsland. Oft stehen diese sogenannten postmigratorischen Lebensschwierigkeiten im Vordergrund der psychischen Belastung und behindern Gesundung und damit Integration (Schick et al., 2016). Posttraumatischer und postmigratorischer Stress gehen oftmals mit vielfältigen somatischen und psychischen Beschwerden einher, die auf den ersten Blick wenig spezifisch oder charakteristisch sind. Dies kann es für nicht spezialisierte Mitarbeitende des Gesundheitswesens schwierig machen, traumatisierte Menschen als solche zu erkennen, zumal die Betroffenen oft nicht spontan von ihren Erlebnissen sprechen und manchmal ihre Beschwerden auch selbst nicht ohne weiteres als Traumafolgen erkennen. In der Regel zeigen sich polysymptomatische Krankheitsbilder, zum Beispiel mit chronischen Schmerzen, Depressivität, Reizbarkeit und Schlafstörungen. Oft beschreiben die Betroffenen ein Gefühl der Fremdheit und der Sinnlosigkeit des Lebens oder sogar einen allgemeinen Lebensüberdruß, was viele zu sozialem Rückzug veranlasst. Je nach erlebter Traumatisierung können auch spezifische körperliche Schäden

und Narben vorhanden sein. Das umschriebene klinische Bild der posttraumatischen Belastungsstörung, nach welchem geschulte Fachleute in erster Linie suchen, ist häufig anzutreffen. Entsprechend sind die Psychotraumatologie und die dazugehörigen Behandlungsstrategien zwar wichtige Grundlagen, können aber bei weitem nicht das ganze Spektrum der auftretenden Störungsbilder und anzuwendenden Behandlungsverfahren abdecken. Dissoziation, Depression, Suizidalität, Substanzabhängigkeit, Persönlichkeitspathologien, somatoforme Störungen und überdies interaktionelle und systemische Probleme wie sozialer Rückzug, Reizbarkeit und Aggressivität sind weitere wichtige Problembereiche, die bei der Behandlung von Kriegs- und Folteropfern eine Rolle spielen können.

Gleichwohl stellt letztlich nicht die konkrete Symptomatik die eigentliche Herausforderung für die Behandlung dar, zumal die Symptomatik über die Zeit in Qualität und Intensität auch ohne Therapie beträchtlich variiert. Vielmehr besteht das zentrale Problem darin, dass diese Menschen eine totale Negierung von Humanität und Sozietät erfahren haben. Insofern ist das Fatum der Folter- und Kriegserfahrung nicht durchbehandlungstechnisches Know-how aus der Welt zu schaffen, sondern muss – von Therapeut und Patient – als Teil der Existenz anerkannt und akzeptiert werden. Die Psychotherapie mit Folter- und Kriegsopfern greift daher weit über das Feld der psychotherapeutischen Techniken und Praktiken hinaus und bezieht politische, historische, soziale, philosophische, religiöse und spirituelle Zusammenhänge mit ein.

Die Tatsache, dass die Geflüchteten manchmal Monate auf eine Abklärung oder einen Therapieplatz warten und zu einem großen Teil als sozial und rechtlich diskriminierte Asylbewerberinnen und -bewerber „draußen vor der Tür“ bleiben müssen, steht einer erfolgreichen Behandlung oft im Weg. Es kann vorkommen, dass für Überlebende unmenschlicher Grausamkeit und unvorstellbarer Gewalt die Probleme ihres aktuellen realen Lebens

subjektiv belastender und schwerer aushaltbar sind als ihre traumatischen Erinnerungen (Laban, Gernaat, Komproe, Schreuders & De Jong, 2004; Silove, 1999; Silove, Steel, McGorry & Mohan, 1998). Sich in diesem Kontext beraterisch und psychotherapeutisch zu betätigen, bedeutet also nicht nur, sich auf Berichte aus den Grenzbereichen und Abgründen des Menschseins einzulassen, sondern ebenso sehr, sich mit den alltäglichen Schwierigkeiten von Asylverfahren, Sozialhilfeabhängigkeit und Arbeitslosigkeit auseinanderzusetzen. Aus diesen Rahmenbedingungen resultieren Begrenzungen für die beraterische und therapeutische Arbeit, die man wahrnehmen und akzeptieren muss. Meist kann nur ein interdisziplinäres Behandlungskonzept einer solchen Situation gerecht werden, weil neben psychotherapeutischen Interventionen im engeren Sinne auch sozialarbeiterische, sozialpsychiatrische, somatische und physiotherapeutische Behandlungselemente von großer Bedeutung sind. Diese verschiedenen Interventionsebenen sorgfältig aufeinander abzustimmen und die erzeugten Effekte, Reaktionen und Entwicklungen zu reflektieren, erfordert einen hohen Aufwand an Koordination und Kommunikation.

Die Arbeit mit traumatisierten Geflüchteten ist somit als ein interdisziplinäres Unterfangen zu verstehen, bei dem nicht nur verschiedene psychotherapeutische Theorieelemente zusammenzufügen, sondern darüber hinaus und parallel meist noch weitere Probleme zu lösen sind: körperliche Krankheiten und Behinderungen, Rechtsfragen, Integration und Schule, sprachliche und nichtsprachliche Kommunikationsprobleme, um nur einige zu nennen.

Die Arbeit mit schwer traumatisierten Geflüchteten wird manchmal mit dem Nimbus des Heroischen umgeben. Angesichts der unvorstellbaren Grausamkeit, welche diese Menschen erduldet haben, und ihrer totalen Ohnmacht diesem Unrecht gegenüber erhält die Behandlung und Beratung der Opfer in den Augen des Publikums und auch mancher The-

rapeut/-innen einen besonderen Wert. Nicht nur Hilfe und Heilung für die Patientinnen und Patienten gelten als Inhalt und Zweck der Behandlung, sondern auch der Kampf gegen Unrecht und Menschenrechtsverletzungen. Darin liegt ein Spannungsfeld.

Parteilichkeit im Hinblick auf die erlittenen Menschenrechtsverletzungen und offene Stellungnahme für Gerechtigkeit und gegen Folter und Krieg sind im Rahmen der Therapie selbstverständlich. Der Begriff der „technischen Neutralität“ darf in der Behandlung von Folter- und Kriegsoptionen *nicht* im Sinne analytischer Abstinenz aufgefasst werden (Allodi, 1991; Graessner, Gurriss & Pross, 1996). Das gesellschaftspolitische Engagement der Therapeutin, des Therapeuten soll aber nicht mit den Bedürfnissen des Patienten konkurrieren. Die Patient/-innen wollen ja im Rahmen ihrer Therapie nicht in erster Linie einen Beitrag zu politischem Engagement und zum Kampf für die Menschenrechte leisten, auch wenn sie die entsprechenden Ziele sehr wohl teilen und unterstützen mögen. Sie möchten vielmehr, dass ihnen in ihrer aktuellen und individuellen Situation geholfen wird und dass sie ihre innere Realität besser verstehen und bewältigen können. Im Mittelpunkt der Therapie sollen die Bedürfnisse und Veränderungswünsche der Patient/-innen stehen, nicht die Anliegen der Therapeuten.

Überhaupt sind die moralische Überhöhung der Therapie von traumatisierten Geflüchteten und ihre Instrumentalisierung im Kampf gegen Menschenrechtsverletzungen ein heikles Feld. Die wie erwähnt meist privaten Trägerschaften von Behandlungszentren neigen aus Marketing- und Fundraising-Gründen zur Emotionalisierung und zur moralischen Aufladung des Themas. Dies hilft aber den Betroffenen konkret nicht, weil herablassendes Mitleid oder ehrfürchtige Heroisierung die Folgen sind. Beides vergrößert die Distanz zur Normalität und zu natürlichem zwischenmenschlichem Kontakt, anstatt sie zu verkleinern. Dies ist ein Grund mehr, die Behandlung von traumatisierten Geflüchteten

als Aufgabe im öffentlichen Gesundheitswesen zu verankern und damit zu versachlichen. Aus psychotherapeutischer Sicht ist die Behandlung solcher Patientinnen und Patienten zwar anspruchsvoll und komplex, aber sie erfordert keinen übermenschlichen Einsatz oder selbstlose Opferbereitschaft. Gerade Letzteres darf nicht der Fall sein, denn wenn die Therapeut/-innen sich selbst nicht abgrenzen und gesund erhalten können, sind sie auch nicht in der Lage, ihre Patient/-innen dies zu lehren.

Weshalb dieses Buch? Vor etwas mehr als zehn Jahren haben wir ein Handbuch zur *Psychotherapie mit Folter- und Kriegsoptionen* herausgegeben (Maier & Schnyder, 2007). Schon in diesem Band versuchten wir, über den Teller- rand hinauszuschauen und verschiedene andere Aspekte zu beleuchten, die uns bei der Arbeit mit Folter- und Kriegsoptionen wichtig schienen. Beispielsweise wurden bereits damals auch Themen wie Transkulturalität, Dolmetscher, hausärztliche Betreuung oder die Bedeutung der medizinisch-psychiatrischen Begutachtung angesprochen. Dennoch war dieses erste Buch stark auf die Psychotherapie fokussiert, nicht zuletzt deshalb, weil die Psychotherapie auch die Kernkompetenz der Herausgeber darstellt. Heute, ein Jahrzehnt später, scheint es uns an der Zeit, die Thematik umfassender abzuhandeln und neue Entwicklungen aufzunehmen, um dem anspruchsvollen Feld der Arbeit mit Asylsuchenden und Geflüchteten gerechter zu werden. So haben wir diesmal eine ganze Reihe von Autorinnen und Autoren gewinnen können, die das Thema aus ganz unterschiedlichen Blickwinkeln beleuchten.

Die Beiträge zum vorliegenden Buch wurden von anerkannten Expertinnen und Experten aus dem deutschsprachigen Raum, aus der Schweiz, Deutschland und Österreich, verfasst. Wir haben unsere Kolleginnen und Kollegen gebeten, zwar aus ihrer jeweiligen länderspezifischen Perspektive zu schreiben, wenn möglich aber auch Unterschiede zwischen den drei Ländern anzusprechen und herauszuarbeiten. Diese Diversität ist gewollt, bringt aller-

dings mit sich, dass nicht alle nationalen Besonderheiten in jedem Kapitel gleichberechtigt dargestellt sind. So sind im einen Kapitel die Schweizer Besonderheiten gewichtiger, im anderen die Spezifika in Deutschland oder Österreich. Dafür bitten wir um Nachsicht. Hinsichtlich des Gebrauchs genderspezifischer Formulierungen oder themenspezifischer Begriffe haben wir den Autorinnen und Autoren freie Hand gelassen. Beispielsweise haben wir uns entschlossen, in den von uns verfassten Texten nicht mehr von „Flüchtlingen“ zu sprechen, sondern die neuerdings gebräuchlichere Variante „Geflüchtete“ zu verwenden. Wir haben jedoch darauf verzichtet, den Kapitelautorinnen und -autoren in dieser Hinsicht eine „*unité de doctrine*“ aufzuerlegen.

Das Buch ist in drei Teile unterteilt: Teil 1: Grundlagen Trauma – Flucht – Asyl; Teil 2: Gesundheit, Versorgung und Integration; Teil 3: Behandlung von Traumafolgestörungen.

Teil 1: Grundlagen Trauma – Flucht – Asyl

Im Anschluss an diese Einleitung, sozusagen als Einstimmung auf die Thematik, kommen im Kapitel 2 Betroffene selber zu Wort und berichten aus erster Hand von ihren eigenen, sehr persönlichen Erfahrungen und Erlebnissen, davon, was sie in ihrer Heimat, auf der Flucht und in der postmigratorischen Phase im Aufnahmeland erlebt haben.

Kapitel 3 gibt einen Überblick über die historische Entwicklung der Psychotraumatologie. Von den Kriegszitterern des Ersten Weltkriegs über die Holocaustüberlebenden zu den Vietnamveteranen ist der Bogen zu spannen, um den aktuellen Stand der psychotraumatologischen Forschung und Therapie darzustellen. Die geschichtliche Herleitung der theoretischen Vorstellungen erleichtert das Verständnis der heutigen Behandlungskonzepte und Versorgungsstrukturen.

Kapitel 4 beschreibt den rechtlichen Kontext von Flucht und Asyl und beleuchtet über-

blicksartig die Flüchtlingseigenschaft und das Asylverfahren in Deutschland, der Schweiz und Österreich.

Im Kapitel 5 wird das psychopathologische Spektrum dargestellt und aufgefächert, das bei Flüchtlingen und Asylsuchenden anzutreffen ist. Die psychopathologischen Folgen schwerer sequenzieller Traumatisierungen reichen von der Beschädigung des Kerns der Persönlichkeit über die klassischen Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung bis hin zu vielfältigen sekundären Symptomen und Verhaltensänderungen.

Kapitel 6 widmet sich einem hochaktuellen Thema, nämlich den postmigratorischen Lebensschwierigkeiten, mit denen Geflüchtete nach erfolgreicher Migration konfrontiert sind, und den Zusammenhängen zwischen diesen Alltagsbelastungen, psychischen Beeinträchtigungen und dem Integrationsprozess, den die Geflüchteten im Aufnahmeland durchlaufen.

Im Kapitel 7 wird eines der wichtigen praktischen Probleme der Zusammenarbeit mit traumatisierten Geflüchteten behandelt: die sprachliche Kommunikation und Übersetzung. Da in der Mehrzahl der Fälle keine direkte sprachliche Verständigung zwischen Patient und Therapeut oder Berater möglich ist, braucht es Dolmetscher/-innen. Die Anforderungen an diese „Dritten im Bunde“ sind hoch, der Einfluss auf den Therapieverlauf komplex und vielschichtig. Das Kapitel liefert hierzu Modelle und Anleitungen.

Kapitel 8 ist den kulturellen Kompetenzen und der Transkulturalität in der Arbeit mit Migrant/-innen und traumatisierten Geflüchteten gewidmet. Die üblichen therapeutischen Konzepte, die schon einheimischen Patient/-innen manchmal befremdlich vorkommen, stoßen bei vielen unserer Patient/-innen auf Unverständnis. Dies kann mit abweichenden Krankheitsmodellen und Therapieerwartungen zu tun haben, die allerdings nicht einfach mit dem Hinweis auf die fremde Kultur zu erklären sind. Kultur wird als ein Merkmal unter vielen weiteren Faktoren verstanden, das Ein-

stellungen, Erwartungen, Coping-Stil und Resilienz eines Menschen determiniert und einen Einfluss darauf hat, wie sie oder er beispielsweise ein Trauma verarbeitet. Kultur ist dynamisch und vielerlei Einflüssen unterworfen. Genauso wenig, wie es *eine* schicht- oder geschlechtsspezifische Therapie gibt, existiert daher *eine* kulturspezifische oder *eine* transkulturelle Therapie.

Teil 2: Versorgung, Bildung und Integration

Kapitel 9 widmet sich den Rollen und Aufgaben, die von Hilfswerken wahrgenommen werden. Am Beispiel des Schweizerischen Roten Kreuzes wird aufgezeigt, wie diese Rollen definiert sind und wie die praktische Umsetzung erfolgt.

In Ergänzung dazu werden im Kapitel 10 die Herausforderungen und Gestaltungsmöglichkeiten für die institutionelle Unterbringung und Betreuung von Geflüchteten beschrieben. Anhand konkreter Beispiele erhält der Leser, die Leserin einen Einblick, wie die Unterbringung traumatisierter Geflüchteter organisiert werden kann und worauf dabei geachtet werden muss.

Die jüngste Entwicklung im Asylbereich mit vorwiegend jungen Menschen, die nach Europa flüchten und deren Bildung und berufliche Qualifikationen oft nicht den Anforderungen des hiesigen Arbeitsmarktes entsprechen, stellt die Aufnahmegesellschaft bei der beruflichen Integration vor große Herausforderungen. Kapitel 11 beschreibt Erfordernisse und Wege der Arbeitsmarktintegration anerkannter Geflüchteter.

Wie eingangs erwähnt, sind ungefähr die Hälfte der Menschen auf der Flucht Kinder und Jugendliche. Viele von ihnen sind sozial und psychisch stark belastet und stellen dementsprechend die Schule vor schwierige Integrationsaufgaben. Kapitel 12 zeigt auf, wie die Schule Sicherheit und Struktur bieten und somit eine Chance für Flüchtlingskinder sein

kann. Integration lässt sich dank Schule und Bildung erleichtern.

Bei vielen Geflüchteten sind Hausärzte die ersten Fachpersonen, denen sie im Gesundheitswesen begegnen. Daher nimmt die hausärztliche Betreuung bei der Abklärung und Behandlung von Flüchtlingen und Asylsuchenden wichtige Funktionen wahr. Kapitel 13 widmet sich diesem Thema.

Kapitel 14 behandelt die ärztlichen und psychologischen Stellungnahmen und Gutachten in aufenthaltsrechtlichen Verfahren. Dies ist eines der schwierigen Begleitprobleme für all jene, die sich therapeutisch mit Asylsuchenden befassen. Im Dilemma zwischen Engagement und distanzierter Objektivität fällt es oft schwer, sich gegenüber den Asylbehörden angemessen zu positionieren. Die im Kapitel 14 dargestellten Richtlinien sollen helfen, sich in diesem Spannungsfeld zurechtzufinden.

Gute soziale Arbeit mit Geflüchteten erfordert ein hohes Maß an Einfühlungsvermögen in andere kulturelle und Lebenskontexte und gleichzeitig die ausgeprägte Fähigkeit, sich abzugrenzen und belastende Situationen auszuhalten. Im Kapitel 15 werden Ansätze, Ziele und Leitlinien einer erfolgreichen sozialen Arbeit mit Geflüchteten, aber auch Fallstricke dieser Arbeit dargelegt.

Geflüchtete Kinder und Jugendliche stellen eine besonders schützenswerte Population dar. Insbesondere unbegleitete Minderjährige sind in jeglicher Hinsicht extrem vulnerabel. Unsere Gesundheits- und Erziehungssysteme sind jedoch gerade auf diese Menschen noch nicht optimal eingestellt, nicht zuletzt, weil das Phänomen der unbegleiteten minderjährigen Flüchtenden erst seit wenigen Jahren in diesem Ausmaß zu beobachten ist. Kapitel 16 vermittelt einen Überblick und einschlägige Anleitungen.

Kapitel 17 gewährt einen Einblick in die Anforderungen und Schwierigkeiten, die mit der asylrechtlichen Beratung verbunden sind. Der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung, Umgang mit eigenen Emotionen und hohe Erwartungen seitens der Asylsuchenden sind ei-