

Psychotherapeut 2017 · 62:299–305
DOI 10.1007/s00278-017-0203-y
Online publiziert: 22. Juni 2017
© Springer Medizin Verlag Berlin 2017

Redaktion

T. Storck, Berlin
M. Schouler-Ocak, Berlin
E.-L. Brakemeier, Marburg



Jan Ilhan Kizilhan^{1,2}

¹ Transkulturelle psychosomatische Abteilung, MediClin Klinik am Vogelsang, Donaueschingen, Deutschland

² Duale Hochschule Baden-Württemberg, Villingen-Schwenningen, Deutschland

Verhaltenstherapie bei erwachsenen Geflüchteten mit Traumafolgestörungen

In den letzten Jahren haben politische Umwälzungen, Kriegs- und Bürgerkriegszustände sowie steigende Armut und Naturkatastrophen in verschiedenen Ländern der Welt zu einer verstärkten Flucht nach Europa geführt. Die psychische Verfassung und die psychosoziale Lebenssituation von Geflüchteten können mehrdimensional beeinträchtigt sein: Einerseits können sie unter unverarbeiteten traumatischen Erlebnissen, wie Krieg und Flucht, begleitet von Migrations- und Entwurzelungserfahrungen, leiden, andererseits werden sie im Aufnahmeland mit z. T. völlig neuen Normen und Werten, Institutionen sowie einer fremden Sprache konfrontiert.

Besonders schwierig ist es für Menschen aus Gemeinschaften, die sich seit mehreren Generationen auf der Flucht, im Krieg oder in kriegsähnlichen Situationen befinden (Kirmayer 1996). Bei Menschen mit Genozid- und Foltererfahrung können sogar Kinder und Kindeskinde von den psychischen Beschwerden ihrer Vorfahren betroffen sein (Neuner 2008).

Die medizinische und psychologische Behandlung von traumatisierten Geflüchteten stellt Therapeuten vor erhebliche Schwierigkeiten. Dazu gehören neben der sprachlichen Verständigung

kulturspezifische Krankheitsvorstellungen und -beschreibungen der Patienten, ihre Beziehung mit den Therapeuten, ihre entsprechende Erzählstruktur, politische Konstellationen, geschlechtsspezifische Aspekte usw., die die Untersuchung, Diagnostik und Behandlung erschweren (Boos 2005).

Angenommen werden kann bei den Geflüchteten neben traumatischen Erlebnissen eine erhöhte psychische Belastung aufgrund zusätzlicher Stressoren während der Flucht und Migrationsanpassung, wie z. B. unsicherer Aufenthaltsstatus, begrenzter Zugang zur Gesundheitsversorgung etc. (Knipscheer und Kleber 2006). Ferner ist ein großer Teil der Geflüchteten seit mehreren Generationen im Herkunftsland wegen ihrer Ethnie oder Religion zahlreichen Repressalien ausgesetzt (Kizilhan 2016; Maercker 2009).

Gleichzeitig handelt es sich bei den Geflüchteten um eine äußerst heterogene Gruppe unterschiedlicher Ethnien, Religionen und Subgruppen. Sie weisen unterschiedliche Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit auf und verfügen über unterschiedliche kulturelle und traditionell-medizinische Vorstellungen vom Umgang mit traumatischen Erlebnissen. Dies erfordert umso mehr Reflexion und Anpassung westlicher Konstrukte und die Integration alternativer Konzepte in der Begegnung mit Traumatisierten aus anderen Kulturen.

Grundvoraussetzung für die Verhaltenstherapie bei traumatisierten Geflüchteten

Die Diagnostik psychischer Störungen und die Diagnostik der Traumafolgestörungen orientieren sich an den Kriterien der ICD-10¹ und des DSM-5². Diese unterstellt bei allen Menschen vergleichbare Belastungen und Reaktionen nach dem Erleben traumatischer Erfahrungen, was sich jedoch gemäß klinischer Erfahrung und den Befunden der transkulturellen Psychiatrie nicht bestätigen lässt (Schouler-Ocak 2015).

Grundsätzlich sind das Konzept der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) und die kognitive verhaltenstherapeutische Behandlung übergreifend auf alle ethnischen Gruppierungen anwendbar. Dennoch können die unterschiedlichen Vorstellungen von Gesundheit bzw. Krankheit und kulturell-traditionell medizinischer Behandlung im Umgang mit traumatischen Erlebnissen alternative Konzepte oder Ergänzungen erfordern.

Eine Grundvoraussetzung ist in jedem Fall eine sichere Umgebung, in der sich die Person nicht von Verfolgung oder anderen Gefahren bedroht fühlt oder – im Fall von Geflüchteten – nicht fürchten muss, in das Herkunftsland abgeschoben zu werden. Erst diese Sicherheit erlaubt

Prof. Dr. Dr. Dipl.-Psych. Jan Ilhan Kizilhan ist Leiter des Studiengangs Soziale Arbeit – Psychische Gesundheit und Sucht an der Dualen Hochschule Baden-Württemberg. Dekan des Institute für Psychotherapy and Psychotraumatology, Universität Duhok, Nordirak.

¹ Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Ausgabe.

² Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5. Ausgabe.

ihr, über ihre kritischen Lebensereignisse zu sprechen und sich auf die Therapie und den Therapeuten einzulassen.

Schon das Herausarbeiten von Kognitionen, Emotionen, der Definition vom Selbst, individueller und kollektiver Identität sowie die Art und Weise, wie Beschwerden dargestellt werden (z. B. berichten einige Patientengruppen zu Beginn der Anamnese nur über Körperschmerzen), können die Behandlung erschweren, da sich oft keine Übereinstimmung mit den bekannten Diagnosekriterien findet (Summerfield 2001). So berichten Therapeuten häufig, dass Patienten aus einer traditionell orientalischen Gemeinschaft bei der Erstanamnese zunächst ausführlich über die Belastungen ihrer Vorfahren erzählen und erst später (vielleicht) einen Zusammenhang mit ihrer Traumatisierung herstellen. Dies kann zu Unverständnis und Ungeduld beim Therapeuten führen (Kizilhan 2009).

Verhaltenstherapeutische Anamnese

Dem psychotherapeutischen Gespräch kommt bei der Behandlung psychischer Erkrankungen eine zentrale Bedeutung zu. Patienten anderer Kulturen kommen möglicherweise mit anderen Erwartungen als einheimische Patienten in ein Erstgespräch. Diese zu kennen und im Rahmen des Möglichen darauf einzugehen, ist essenziell, um eine gute Ausgangsbasis für die Behandlung zu schaffen (von Lersner und Kizilhan 2016).

Bereits beim Erstgespräch kann es z. B. zu Missverständnissen kommen, da neben den Patienten auch die mitgekommenen Verwandten dabei sein wollen. In diesem Fall empfehlen von Lersner und Kizilhan (2016) zuerst, alle Personen mit in das Behandlungszimmer zu nehmen und diese erste Sitzung mit der Familie zu gestalten, wenn das Setting auch ungewohnt sein mag. An dieser Stelle muss berücksichtigt werden, dass sich soziozentrisch orientierte Menschen als Teil eines sozialen Systems erleben und in diesem System denken, fühlen und handeln. Die Lebenswirklichkeit ist in der Familie immer mit den „anderen“ ver-

bunden; der „kollektive Gedanke“ überwiegt und beeinflusst das Denken und Handeln. Konzepte über das „Ich“ sind nicht wie im westlichen Denken individualistisch ausgerichtet (von Lersner und Kizilhan 2016). Grundvoraussetzung eines jeden therapeutischen Gesprächs mit den Patienten ist die Kommunikation in einer gemeinsamen Sprache. Wenn dies nicht realisierbar ist, sollte ein geschulter Dolmetscher hinzugezogen werden (s. z. B. Beitrag von von Lersner in diesem Schwerpunktheft).

Bei der Anamnese berichten Menschen aus orientalisch-patriarchalischen Gesellschaften die Ereignisse häufig nicht chronologisch und nicht individuell an ein bestimmtes Punktereignis gebunden, sondern immer im Zusammenhang mit dem Kollektiv, d. h., es wird auf Vorfahren, die Familie, Stammesstrukturen etc. referiert. Dies kann zu einer Stresssituation beim Therapeuten führen, da er durchaus eine lineare Erzählstruktur mit einem Anfang und einem Ende gewohnt ist und die Patienten in der vorgegebenen Zeit nicht fertig werden. Ein Drängen, zum „Punkt“ zu kommen, kann vonseiten des Patienten als Kränkung oder Ablehnung verstanden werden und schon zu Beginn die Patient-Therapeut-Beziehung belasten. In solchen Fällen ist es ratsam, dass Therapeuten z. B. für die biografische Anamnese eine Doppelstunde einplanen. Natürlich gibt es auch Schwerstraumatisierte, die aufgrund langer Gefangenschaft und Hungerstreiks Gedächtnisstörungen aufweisen oder zu Beginn nicht so weit sind, mit den Therapeuten aktiv zu kommunizieren.

Beziehungsgestaltung

In traditionellen Familien ist zunächst die Beziehung zu anderen Menschen infolge der traditionellen Erziehung und Sozialisation besonders bedeutsam, so auch zum behandelnden Arzt und Therapeuten, zumal viele Patientinnen und Patienten zuvor bereits traditionelle Heiler in ihrem Herkunftsland aufgesucht haben, die über besondere kommunikative Kompetenzen verfügen. Eigenschaften des/der Behandelnden wie Verständnis, Geduld, Respekt, Höflichkeit, Aufmerksamkeit, Freundlichkeit und Offenheit

werden insbesondere bei traumatisierten Patienten mehr geschätzt als sein Fachwissen (von Lersner und Kizilhan 2016).

Eine vertrauensvolle Beziehungsgestaltung, die v. a. Akzeptanz der Beschwerden des Patienten bedeutet, ist besonders wichtig. Bei Patienten aus familienorientierten Gesellschaften wird der Arzt (auch der klinische Psychologe wird als Arzt/„Doktor“ gesehen) traditionell als väterlicher Freund der Familie verstanden (Machleidt und Gül 2010). Er stellt eine Autoritätsfigur dar, die einen aktiven, wissenden und beratenden Umgang mit dem Patienten und seiner Familie pflegt. Diese kulturelle Übertragung wird er annehmen müssen, wenn er nicht erhebliche Verunsicherung auslösen will. Die weiblichen Behandler genießen ebenfalls eine hohe Autorität, und so lassen sich auch männliche Patienten auf eine Behandlung durch weibliche Behandler meist problemlos ein. Sowohl männliche als auch weibliche Behandler haben in traditionellen Gesellschaften ein hohes Ansehen, und nicht selten wird im Alltagsdiskurs der Satz „Erst Gott, dann der Doktor“ erwähnt. So lassen sich Männer und Frauen ohne Probleme auch von Ärztinnen und Ärzten körperlich untersuchen. Bei schwer traumatisierten Patientinnen z. B. aufgrund sexualisierter Gewalt ist es jedoch ratsam, vor der Behandlung zu fragen, ob eine Therapie mit einem männlichen Behandler in Ordnung ist. Hier spielen Schamgefühle und Übertragungsphänomene eine wichtige Rolle, die berücksichtigt werden sollten. Im Gegensatz zum Umgang mit einheimischen Patienten, bei denen ein Mobilisieren des eigenen Potenzials im Vordergrund steht, wird bei oben genannten Patienten mehr Hilfe durch die Autorität erwartet und somit angeboten werden müssen (Machleidt und Gül 2010). Dies bedeutet aber, dass der Behandler auch ein Bewusstsein für die eigene kulturelle Gebundenheit entwickeln muss und aus dieser Position in der Lage sein sollte, seine (Gegen-) Übertragungen auf den Patienten, alle individuellen und gesellschaftlichen Vorurteile und Stereotypen, die als kollektive Übertragung auftauchen, zu entaktualisieren, bevor sie in der Behandlung destruktiv wirksam

werden. Erst danach ist eine Bereitschaft des Patienten zur Verhaltensänderung auf psychischer und physischer Ebene möglich.

Störungen und Belastungen sind nicht a priori individualisiert und pathologisiert, sondern mit dem sozialen Umfeld vernetzt. Die Geschichte des Individuums wird in Verbindung mit seiner Familie und Gemeinde innerhalb eines kultur-sozial-politischen Kontextes gesehen. Dies gilt v. a. bei politisch motivierten Gewalterfahrungen. Denn erst aufgrund ihrer Zugehörigkeit zu einer sozialen oder politischen Gruppe wurden diese Menschen überhaupt zu Gewaltopfern (Utz 2011). Zusammen mit dem Verständnis der Migrationserfahrung als einem notwendigen Entwicklungsprozess ist dies die Grundlage für eine produktive Traumatherapie mit Migranten aus familienorientierten Gesellschaften.

Werden die Familie und die jeweilige Rolle aller Mitglieder der Großfamilie einbezogen, kann dies zum besseren Verständnis der möglichen familiären Konflikte und Beziehungsabhängigkeiten beitragen. Doch die starke Solidarität der Familie mit einem traumatisierten Patienten kann in Fällen von sexualisierter Gewalt außer- oder innerhalb der Familie eine Besserung u. U. auch verhindern und die Symptomatik verschlimmern (Haasen und Yagdiran 2005).

Der Kontakt mit einer anderen Kultur durch Migration hat zwar Einfluss auf die Erklärungsmodelle von Krankheit und Gesundheit, scheint aber dabei die Attributionsmuster nicht grundlegend zu beeinflussen. Wie aus Studien zur Migration bekannt ist, neigen Gruppen im Ausland dazu, ihre Werte- und Einstellungssysteme zu verfestigen (von Lersner und Kizilhan 2016). Andererseits werden positiv erlebte Attributionsmuster übernommen und in das eigene Krankheitskonzept integriert.

Während z. B. westliche Gesellschaften psychische Probleme als erworben ansehen und diese aktiv bearbeitet werden sollen, sehen traditionelle Gesellschaften die psychische Erkrankung als eine Folge des Schicksals an und sehen keinen Grund, aktiv z. B. an einer Verhaltensänderung zu arbeiten. Die Patienten erwarten von dem Behandler, dass er eine

Psychotherapeut 2017 · 62:299–305 DOI 10.1007/s00278-017-0203-y
© Springer Medizin Verlag Berlin 2017

J. I. Kizilhan

Verhaltenstherapie bei erwachsenen Geflüchteten mit Traumafolgestörungen

Zusammenfassung

Für die Behandlung traumatisierter Geflüchteter sind sowohl kulturelle und sozialpolitische Aspekte, das Krankheitsverständnis und die -verarbeitung als auch die Beziehungsgestaltung zu beachten. Dazu gehört neben der Akzeptanz der körperlichen Beschwerden in der kognitiven Verhaltenstherapie auch die Beachtung von Sprachbarrieren sowie individuellen und psychosozialen Stressoren. Im vorliegenden Beitrag werden die Interaktion kultureller und psychosozialer Faktoren bei Menschen aus anderen Kulturen

in der verhaltenstherapeutischen Behandlung diskutiert und daraus Empfehlungen abgeleitet. Insbesondere wird betont, dass eine kultursensibel eingesetzte Kombination aus Narrations- und Expositionstherapie die kognitive Verhaltenstherapie hilfreich ergänzen kann.

Schlüsselwörter

Traumatherapie · Migration · Kultur · Krankheitsverständnis · Behandler-Patient-Beziehung

Behavior therapy in adult refugees with posttraumatic sequelae disorders

Abstract

For the treatment of traumatized refugees, the cultural and sociopolitical aspects, the perception of disease, conceptions of healing, as well as strategies to form therapeutic relationships must be considered. Besides the acceptance of pain within the cognitive behavior therapy, the language barriers and psychosocial stress have to be taken in account. In the present article the interaction of cultural and psychosocial factors of patients from different cultures in cognitive behavior

therapy are discussed and recommendations are derived. Of note, it is emphasized that a culturally sensitive combination of narrative and exposure strategies could complement the cognitive behavior approach in a helpful way.

Keywords

Trauma therapy · Migration · Culture · Disease perception · Professional patient relationship

Lösung hat, und im Weiteren wird versucht, die psychische Erkrankung mit der Unterstützung der Familie und seiner Gemeinschaft z. B. durch Rituale zu heilen. Auch die Vorstellung, dass das Trauma mit den verschiedenen Symptomen allein durch eine medikamentöse Behandlung ausreichend kuriert ist, stellt eine weitere Herausforderung an die Therapie dar. Sie hoffen, dass der „Doktor“ ein Medikament hat, das ihnen das Traumaereignis mit den nun vorhandenen Symptomen, aber auch Kränkungen und Demütigungen „löscht“ und sie sich wieder wie früher fühlen können. Aufgrund der hohen Erwartungen an eine medikamentöse Behandlung nehmen viele Patienten mit einer Traumafolgestörung mit oder ohne ärztlichen Rat viele Medikamente ein, was auch die Gefahr der Suchtproblematik erhöht.

Diagnostik

Unabhängig von kulturellen Aspekten und der ethnischen Zugehörigkeit ist für die Diagnostik und Therapie entscheidend, dass sowohl die Therapeuten als auch Patienten die Krankheit verstehen und richtig einordnen. In einer vergleichenden Studie mit türkischstämmigen und deutschen Patienten in einer psychosomatischen Klinik zeigte sich, dass signifikant weniger türkischstämmige Patienten ihre Krankheit erklären konnten (Kizilhan et al. 2013). Die Erklärungen der Behandler müssen dem Bildungsniveau und dem kulturellen Hintergrund angepasst werden. Weitere hinderliche Gründe dafür, dass die Patienten den genauen Grund ihrer psychischen Krankheit nicht verstehen (z. B. körperliche Schmerzen aufgrund

innerpsychischer Konflikte) und in ihr Krankheitsverständnis einordnen, sind möglicherweise in multiplen sowie mehrfachen individuellen und kollektiven Belastungen zu finden (z. B. Krieg im Herkunftsland seit mehreren Generationen, geschlechtsspezifische und gesellschaftliche Benachteiligungen, Verhaftung von Familienmitgliedern oder deren Verschwindensein etc.). So sind z. B. ethnische und religiöse Minderheiten im Irak und in Syrien seit mehreren Generationen von Krieg und Traumata bedroht, was die nachfolgenden Generationen in ihrem Verhalten, Denken und ihren Emotionen beeinflusst.

Die Einstellungen, Bewertungen und Überzeugungen der Patienten hinsichtlich der traumatisierenden Ereignisse sind unter Berücksichtigung ihrer kulturellen Prägung und der Generationsunterschiede im Sinne einer Kognitionsanalyse zu ermitteln. Ressourcen wie Solidarität, familiäre Loyalität und Unterstützung durch das soziale Netzwerk in Notsituationen sowie traditionelle Verfahren zur Schmerzlinderung können bei der Bewältigung helfen.

Die Motivationsanalyse bezieht sich auf die Bereitschaft der Patienten, selbst etwas ändern und dazu beitragen zu wollen. So werden aber gerade aktive Handlungen, wie z. B. Sport und Physiotherapie, von Patienten aus familienorientierten Gesellschaften weniger angenommen, was zu einer Fehlinterpretation ihrer Compliance führen kann. Da diese Gesellschaften bei körperlichen und psychischen Beschwerden eher davon ausgehen, dass sich der Körper nicht bewegen darf, sind bei der Diagnose und der späteren Behandlung zunächst die Beziehung zwischen Therapeut und Patient sowie v. a. die Akzeptanz der Beschwerden des Patienten wichtig. Erst danach wird die Person bereit sein, den Umgang mit ihren Ängsten zu ändern, und z. B. lernen, diese zu kontrollieren.

Der Erfassung individueller und kultureller Ressourcen (externale und/oder internale), die für eine Verhaltensänderung eingesetzt werden können, kommt große Bedeutung zu. Das heißt, die Traumatisierung darf nicht der alleinige Fokus sein, und der allgemeine Lebenskontext der Patienten sollte nicht unterschätzt

werden. Ressourcen und Belastungen aus der Vergangenheit müssen ebenso wie wichtige Bewältigungsstrategien (spezielle Entspannungsverfahren und Massagetechniken aus dem Herkunftsland, Gebete, Einbeziehung der Familie in die Behandlung etc.) in die Therapie einfließen.

Die problemanalytische Diagnose sollte durch Fragebogeninstrumente und Verhaltensanalysen ergänzt werden. Dies ist allerdings insbesondere bei Patienten mit geringer Schulbildung problematisch. Nichtselten sind die betreffenden Personen Analphabeten und im Umgang mit psychometrischen Tests völlig unbedarft (Kizilhan et al. 2013), was die Notwendigkeit der sehr ausführlichen biografischen Trauma- und Sozialanamnese unterstreicht. Ferner ist im Rahmen der Diagnostik auch die Komorbidität zu überprüfen, da sehr oft von mehreren psychischen und körperlichen Diagnosen ausgegangen werden muss.

Behandlung

Die kognitive Verhaltenstherapie bei traumatisierten Patienten geht in der Regel davon aus, dass nach ausreichender Stabilität eine Konfrontation mit dem Trauma-Event notwendig ist, was bei einigen Menschen aus traditionellen Kulturen als problematisch angesehen werden kann (Porter und Haslam 2005). Auch wenn wir von einer grundsätzlich positiven Wirkung der Konfrontation bei der Traumatherapie ausgehen, so ist eine Grundvoraussetzung jedoch in jedem Fall eine sichere Umgebung, in der sich die Person nicht von Verfolgung bedroht fühlt oder fürchten muss, in das Herkunftsland abgeschoben zu werden. Diese Sicherheit erlaubt ihr überhaupt erst, über ihre kritischen Lebensereignisse zu sprechen und sich auf die Therapie einzulassen.

Die traditionelle Expositionstherapie ist bei Opfern politischer Unterdrückung sowie bei Menschen mit komplexer und kumulativer Traumatisierung nicht immer effektiv (Ford et al. 2005; Kira 2010). Sie kann sogar kontraproduktiv sein und sowohl die Compliance senken als auch die Abbrecherquote erhöhen. Über einzelne Patienten wird berichtet, dass Ver-

drängung und Vermeidung hier möglicherweise eine bessere Copingstrategie darstellen (Kizilhan 2013). In manchen Kulturen gilt dies als ein erfolgreicher Bewältigungsmechanismus. Das betrifft besonders kollektivistische Gesellschaften, in denen die soziale Harmonie höchste Priorität hat (Droidok 2010). Hier wird insbesondere der Heilungsprozess durch den kulturellen und sozialen Kontext determiniert und darauf geachtet, dass das Opfer keinen „Gesichtsverlust“ erleidet. Dies gilt v. a. bei politisch motivierter Gewalt (Kizilhan 2009). Das Gespräch über die Belastung wird bei diesen Patienten eher vermieden.

Eine kulturübergreifend nachgewiesenen hilfreiche Methode ist die Kombination aus Narrations- und Expositionstherapie, wie sie etwa in der Narrativen Expositionstherapie (Schauer et al. 2011; s. auch Beitrag von Schauer et al. im vorliegenden Themenheft) und der Kultursensitiven Narrativen Traumatherapie (Kizilhan 2009) umgesetzt werden.

Bei genauer Betrachtung können diese Modelle als ergänzende Module der kognitiven Verhaltenstherapie gesehen werden. Denn alle Konzepte haben mehr oder weniger das Ziel, die Patienten mit einer Traumafolgestörung wieder in die Lage zu versetzen, mit ihren erlebten traumatischen Belastungen umgehen sowie ein menschenwürdiges, funktionales und „gesundes“ Leben führen zu können.

Ein unterschiedliches Verständnis von Gesundheit und Krankheit, die traditionelle medizinische Versorgung des Herkunftslandes sowie die Rollen des Individuums und des Kollektivs können in der Diagnostik und Behandlung von Menschen aus anderen Kulturen mit psychischen Reaktionen auf extreme Belastungen eine große Rolle spielen (Hofstede 2009). So sind Menschen aus traditionell ländlichen Regionen in der Regel von einer kollektiven Denkweise geprägt, in der persönliche Wünsche, Interessen und Beschwerden eines Einzelmitglieds als sekundär betrachtet werden. Harmonie und Sicherheit in der Familie und der Peergroup sind wesentlich wichtiger als die individuelle Autonomie (Hofstede 2009, Reddemann 2004). Der Einzelne sieht sich als Teil einer Solidargemeinschaft, aus der sich die entsprechen-

Hier steht eine Anzeige.



den Aufgaben und Pflichten ergeben. Er muss dafür sorgen, dass der Solidargemeinschaft, insbesondere der Kern- und Großfamilie, kein Schaden zugefügt wird. Folglich werden persönliche Gefühle und Beschwerden nicht geäußert, um nicht möglicherweise die Familie zu belasten oder ihr zu schaden (Kizilhan 2016).

Kasuistik

Awda ist Jesidin und wurde mit ihrer Familie vom „Islamischen Staat“ (IS) verfolgt und in Geiselhaft genommen. Sie selbst wurde mehrfach vergewaltigt und verkauft, bevor sie aus den Händen ihrer Peiniger fliehen konnte. Ihren Sohn hat der IS zum Krieger gemacht.

Sie berichtet davon, wie IS-Kämpfer sie gefangen nahmen; sie redet von Gewalt, Vergewaltigung, Flucht und unvorstellbarem Leid. Sie sei 12-mal an IS-Kämpfer im Irak und in Syrien verkauft und immer wieder geschlagen und vergewaltigt worden. Frauen des IS hätten sie in Mosul mit Schlägen und Nahrungsentzug bestraft und gefesselt.

„Eine islamische Frau schaute zu, wie ich vergewaltigt wurde. Sie sagte mir, ich sei jetzt eine Muslimin geworden“, berichtet Awda. Schließlich habe sie es nach 3 Monaten Geiselhaft geschafft, aus Syrien zu fliehen. Zwei Töchter und ihr Sohn seien immer noch in den Händen des IS. Sie wisse nicht, wo sie sich im Moment befänden. Über ihren Ehemann, der mit mehreren Männern in der Nähe von Sin-car hingerichtet worden ist, redet sie nur beiläufig. Sie ist aufgeregt, verzweifelt, kommt immer wieder auf ihren Sohn zu sprechen.

Sie klagte in der Migration während der ambulanten Psychotherapiebehandlung über körperliche und psychische Beschwerden. Als besonders belastend erlebte sie ihre Unterbauchschmerzen, wie sie später dem Therapeuten erzählte, weil sie dann immer wieder an die Vergewaltigung erinnert wurde. Mit ihrem Körper konnte sie auch weiterhin nicht umgehen und empfand ihn trotz häufigen Duschens als schmutzig und „entehrt“. Mehrere ambulante und stationäre psychiatrische Behandlungen verbesserten die Beschwerden nicht. Schließlich wurde die Patientin 12 Wochen stationär in einer

psychosomatischen Klinik und anschließend psychotherapeutisch ambulant in ihrer Muttersprache behandelt. Zu Beginn war sie kommunikativ eingeschränkt und sprach nur, wenn sie gefragt wurde. Durch zunehmendes Vertrauen und „allgemeine Gespräche“ über die politischen und familiären Probleme berichtete sie dann von ihrer Kränkung und Demütigung. Sie sei als Frau „entehrt“, könne auf keinen Fall mit ihren Bekannten darüber sprechen, da diese sie dann ablehnen und als eine „Schande für ihre Familie“ sehen würden. Als ihre kulturelle Vorstellung von „Ehre“ sowie ihre Schuld- und Schamgefühle miteinbezogen wurden, sie den Zusammenhang zwischen psychischen und körperlichen Beschwerden erkannte und das Gefühl entwickelt hatte, in der Therapie ohne Angst vor Ablehnung sprechen zu können und hier auf Verständnis zu stoßen, reduzierten sich ihre Ängste. Es fällt ihr schwer, in der Migration ihre traumatischen Erlebnisse zu bewältigen, da sich noch viele Familienangehörigen in den Händen der IS befinden.

Inwieweit eine psychotherapeutische Arbeit der traumatischen Inhalte (Traumarbeit) möglich ist, scheint also auch davon abzuhängen, wie eine Gesellschaft mit dem Thema Sexualität umgeht. Sehr häufig berichten Patienten in diesem Zusammenhang von einer erheblichen Unsicherheit, wenn nicht gar völligen Tabuisierung. Hohe moralische Vorstellungen und Einschränkungen führen bei Frauen zu großer Sorge und Angst, da gerade sie der Gefahr kollektivistischer Ausgrenzung ausgesetzt sind. Hierbei spielen auch Schamgefühle eine besondere Rolle. Denn in einer sog. Schamkultur sind weniger der Vorgang und das Begehen einer möglichen Normverletzung bedeutsam, sondern vielmehr, wie das Gesicht vor dem anderen gewahrt werden kann. So kann z. B. die Vergewaltigung einer jungen Frau vom Kollektiv als schändlich bewertet und das Opfer ausgegrenzt werden. Die Rolle des Täters wird zwar ebenfalls als Normverletzung bewertet, spielt aber im Kollektiv eine sekundäre Rolle. Nichtselten wollen unverheiratete junge Mädchen, die vergewaltigt worden sind, wieder ihre Hymen herstellen lassen, damit sie sich bei einer möglichen

Heirat als „Jungfrauen“ präsentieren können und nicht von ihrer Gemeinschaft ausgegrenzt werden.

Familienorientierte Gesellschaften thematisieren traumatische Ereignisse oft über Schmerzáußerungen (Stellfeld 2004). Aus psychodynamischer Perspektive bietet die Somatisierung für Menschen mit schweren traumatischen Erlebnissen eine Möglichkeit, Ausgrenzung, soziale Kränkung, Schuld- und Minderwertigkeitsgefühle aus dem bewussten Erleben auf die Körperebene zu verlagern. So bewahren sie die Selbstachtung und hoffen gleichzeitig darauf, dass Arzt und Medizin ihnen helfen können (Kizilhan 2016). Aus verhaltenstherapeutischer Perspektive kann die Fixierung auf körperliche Beschwerden auch als ein Vermeidungsverhalten der unverarbeiteten Traumaerlebnisse verstanden werden.

In der (verhaltenstherapeutischen) Einzelpsychotherapie können in der Begegnung mit Menschen, die an einer PTBS leiden und aus anderen Kulturen stammen, die im Folgenden beschriebenen kulturspezifischen Bausteine hilfreich sein. Die einzelnen Schritte müssen nicht immer in dieser Abfolge erfolgen, sondern können individuell angepasst werden.

Umgang mit geflüchteten Menschen mit Traumafolgestörungen

Eine interdisziplinäre und kultursensitive Behandlung unter besonderer Berücksichtigung der Beziehungsgestaltung zwischen Geflüchteten und Behandler ist besonders wichtig, bei der Psychotraumatologen und Ärzte mit anderen Berufsgruppen (Sport-, Physio-, Gestaltungstherapeuten, Sozialarbeiter etc.) kooperieren und den Einzelbezug der kulturellen Prägung der Patienten als essenziellen Bestandteil einer leistungsfähigen Psychotherapie ansehen.

Werden u. a. sprachliche, kulturelle und migrationspezifische Aspekte in die Beratung, Behandlung und soziale Unterstützung von Geflüchteten mit einer PTBS einbezogen, ist es möglich, ihre Versorgung und Integration

grundlegend zu verbessern. So sind u. a. sowohl aufseiten der Behandler als auch bei den Gesundheitsinstitutionen spezifische transkulturelle Kenntnisse und die Berücksichtigung sozialer und politischer Strukturen der Gesundheitsinstitutionen notwendig, um diese Patienten frühzeitig und adäquat behandeln zu können und so z. B. eine Chronifizierung der Krankheit zu verhindern. Neben multikulturellen Behandlungsteams ist v. a. eine Sensibilisierung aller Mitarbeiter für eine transkulturelle, kultursensible Perspektive erforderlich.

Bei der Behandlung von Migranten mit einer PTBS geht es keinesfalls darum, eine neue Psychotherapie zu erlernen. Es geht um Wahrnehmen und Erlernen von Fähigkeiten einer kultursensiblen Anwendung psychotherapeutischer Maßnahmen im Allgemeinen und der verhaltenstherapeutischen Traumatherapiemethoden im Besonderen. Es geht in der Einzeltherapie auch darum, sich auf Menschen aus anderen Kulturen mit einem anderen Krankheitsverständnis und einer anderen Krankheitsverarbeitung einzulassen. Dies erfordert eine erhöhte Reflexionsbereitschaft und kritische Haltung gegenüber der eigenen Arbeit sowie gleichzeitig Unvoreingenommenheit und Offenheit gegenüber den Anliegen der Patienten. Therapeuten können nicht alles wissen und müssen dennoch lernen, mit den Wissenslücken umzugehen. Patienten können helfen, diese Wissenslücken zu füllen, was auch sehr von Patienten geschätzt wird. Sie können über sich und ihre Kultur berichten und werden, vielleicht erstmalig, gehört. Das heißt, die transkulturelle Kompetenz bedeutet u. a., dass zunächst eine Reflexion der eigenen Kultur notwendig ist, um andere Kulturen zu verstehen (Kirmayer 1996; s. auch Beitrag von von Lersner in diesem Themenheft). Ferner sind die Fähigkeit zum Perspektivenwechsel, wertfreier Umgang mit Menschen aus anderen Kulturen, Neugier und Nachfragen, Flexibilität und Methodenvielfalt sowie ein guter Umgang mit Misstrauen und Distanz aufgrund erlebter traumatischer Erlebnisse der Geflüchteten notwendig.

Fazit für die Praxis

- In der Behandlung von Geflüchteten mit Traumafolgestörungen müssen sowohl kulturelle und sozialpolitische Aspekte, das Krankheitsverständnis und die -verarbeitung als auch die Beziehungsgestaltung berücksichtigt werden.
- Eine kultursensible eingesetzte Kombination aus Narrations- und Expositionstherapie kann die kognitive Verhaltenstherapie hilfreich ergänzen. Außerdem sind alternative Therapieansätze mit einer interdisziplinären und kultursensitiven Ausrichtung, in der Psychiater und Psychotherapeuten mit anderen Berufsgruppen kooperieren und den Einbezug der kulturellen Prägung der Patienten als essenziellen Bestandteil einer *lege artis* durchgeführten Psychotherapie ansehen, besonders wichtig.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Dr. Dipl.-Psych. J. I. Kizilhan
Duale Hochschule Baden-Württemberg
Schramberger Str. 26, 78054 Villingen-
Schwenningen, Deutschland
kizilhan@dhw-vs.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. J.I. Kizilhan gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine vom Autor durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

- Boos A (2005) Kognitive Verhaltenstherapie nach chronischer Traumatisierung. Ein Therapiemanual. Hogrefe, Göttingen
- Droidek B (2010) How do we salve our wounds? Intercultural perspectives an individual and collective strategies of making peace with own past. *Traumatology* (Tallahass Fla) 16:5–16
- Ford JD, Courtois C, van der Hart O, Nijenhuis E, Steele K (2005) Treatment of complex post-traumatic self-dysregulation. *J Trauma Stress* 18:467–477
- Haasen C, Yagdiran O (2005) Kulturelle Aspekte bei der Diagnostik psychischer Störungen. In: Assion H-J (Hrsg) Migration und seelische Gesundheit. Springer, Heidelberg, S 145–155
- Hofstede G (2009) Lokales Denken, globales Handeln. Interkulturelle Zusammenarbeit und globales

Management (4. durchgesehene Aufl.). dtv, München

- Kira IA (2010) Etiology and treatment of post-cumulative traumatic stress disorders in different cultures. *Traumatology* (Tallahass Fla) 16(4):128–141
- Kirmayer LJ (1996) Confusion of the senses: implications of ethnocultural variations in somatoform and dissociative disorders for PTSD. In: Marsella AJ, Friedman MJ, Gerrity ET, Scurfield RM (Hrsg) Ethnocultural aspects of posttraumatic stress disorder. issues, research and clinical applications. American Psychological Association, Washington DC, S 131–164
- Kizilhan J (2009) Narrative Traumatherapie. *Trauma Gewalt* 3(1):70–76
- Kizilhan J (2016) Handbuch zur Behandlung kriegstraumatisierter Frauen. VVB, Berlin
- Kizilhan J, Utz KS, Bengel J (2013) Transkulturelle Aspekte bei der Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung. In: Feldmann RE Jr, Siedler GH (Hrsg) Traum(a) Migration – Aktuelle Konzepte zur Therapie traumatisierter Flüchtlinge und Folteropfer. Psychosozial-Verlag, Gießen, S 261–279
- Kizilhan J (2013) Kultursensible Psychotherapie. VVB, Berlin
- Knipscheer JW, Kleber RJ (2006) The relative contribution of posttraumatic and acculturative stress to subjective mental health among Bosnian refugees. *J Clin Psychol* 62(3):339–335
- Machleidt W, Gül K (2010) Kulturelle und transkulturelle Psychotherapie – Tiefen-psychologische Behandlung. In: Machleidt W, Heinz A (Hrsg) Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Elsevier, München, S 401–413
- Maercker A (2009) Psychologische Modelle. In: Maercker A (Hrsg) Posttraumatische Belastungsstörungen, 3. Aufl. Springer, Heidelberg, S 33–50
- Neuner F (2008) Stabilisierung vor Konfrontation in der Traumatherapie – Grundregel oder Mythos? *Verhaltenstherapie* 18:109–118
- Porter M, Haslam N (2005) Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis. *J Am Med Assoc* 294(5):602–612
- Reddemann L (2004) Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie. PITT. Das Manual. Klett-Cotta, Stuttgart
- Schauer M, Neuner F, Elbert T (2011) Narrative exposure therapy. A short-term treatment for traumatic stress disorders, 2. Aufl. Hogrefe, Cambridge
- Schouler-Ocak M (2015) Trauma and migration. Cultural factors in the diagnosis and treatment of traumatised immigrants. Springer, Berlin
- Steffeld C (2004) Somatisierung bei Opfern organisierter Gewalt. Masterarbeit. Universität Konstanz
- Summerfield D (2001) The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category. *Br Med J* 322:95–98
- Utz KD (2011) Traumaarbeit im interkulturellen Kontext: eine kritische Reflexion westlicher Ansätze und Begutachtung alternativer Zugänge am Beispiel von Überlebenden politisch motivierter Gewalt. Bachelorarbeit. Universität Freiburg
- Von Lersner U, Kizilhan J (2016) Kultursensible Psychotherapie. Hogrefe, Göttingen