

# Editorial

## *Migration und Flucht*

Menschen, die sich dazu entschließen, ihr Land zu verlassen, werden als Migranten bezeichnet. Häufige Gründe für die Migration sind die Hoffnung auf bessere Möglichkeiten der beruflichen Entwicklung, größere soziale Freiheiten, aber auch auf eine bessere Sicherung der Grundbedürfnisse nach ausreichender Nahrung, sauberem Wasser und einer menschenwürdigen Unterkunft. Die Migration ist insofern manchmal das Ergebnis einer freien Entscheidung nach reiflicher Überlegung. Meist spielt jedoch wirtschaftliche, soziale oder existenzielle Not eine entscheidende Rolle.

Flüchtlinge sind nach der Genfer Flüchtlingskonvention (UNHCR, 2015) diejenigen Migranten, die in ihrem Land wegen ihrer Zugehörigkeit zu einer bestimmten ethnischen, religiösen oder sozialen Gruppe oder wegen ihrer politischen Überzeugung verfolgt werden oder Verfolgung befürchten müssen.

Im Jahr 2015 flohen viele Menschen, v. a. aus Syrien, dem Irak, Afghanistan und zentralafrikanischen Staaten nach Europa. Die Frage des Umgangs mit den Geflüchteten führte bekanntlich zu kontroversen politischen Diskussionen zwischen den europäischen Staaten und innerhalb der einzelnen Staaten in Europa.

Unabhängig von diesen Auseinandersetzungen stellte sich in den Ländern, die Geflüchtete aufnahmen, die Frage, wie deren Integration in die Gesellschaft des jeweiligen Staates gefördert werden sollte und kann. Das Flüchtlingshilfswerk der UN formulierte diesbezüglich bereits 2013 Empfehlungen. Vor allem wiesen sie auf die Bedeutung einer sicheren und menschenwürdigen Unterkunft, des Erhalts der Familiengemeinschaft, des Erlernens der Sprache, der Kenntnis wichtiger Aspekte der Organisation des öffentlichen Lebens und des Aufbaus sozialer Beziehungen zu den seit langem im Land lebenden Menschen hin (UNHCR, 2013).

## *Traumata und Traumafolgen*

In ihrem Herkunftsland und auf der Flucht waren viele Geflüchtete mit dem Erleben organisierter Gewalt konfrontiert: Sowohl die Art der Gewaltausübung als auch die Allgegenwart

und das Ausmaß der Gewalt sind für die meisten Europäer, die im 21. Jahrhundert leben, unvorstellbar. Die Betroffenen sehen sich massiver Gefahr für Leib und Leben gegenüber, erleben Verschleppung, Bedrohung, Ermordung von Angehörigen, Misshandlung und Vergewaltigung. Diese Ereignisse werden nach DSM-5, ICD-10 und der am 18. 6. 2018 von der WHO vorgestellten Version der ICD-11 (Kapitel 06)<sup>1</sup> als Traumata bezeichnet (APA, 2013, S. 271f.). Traumata in Zusammenhang mit Terror, Krieg und Vertreibung weisen im Vergleich zu Traumata in Friedenszeiten einige Besonderheiten auf (Hause & Griese, 2015):

- Die Gewalthandlungen treffen unbekannte Personen als Angehörige einer Nation, einer ethnischen oder einer religiösen Gruppe, die von den Tätern als minderwertig angesehen wird.
- Sexualisierte Gewalt gegenüber Frauen wird häufig systematisch und mit unglaublicher Brutalität vollzogen und dient vor allem der gezielten Erniedrigung des Opfers und des gesamten zugehörigen sozialen Umfelds.
- Die Täter sehen die Gewalt als gerechtfertigt an.

Traumata können Traumafolgestörungen nach sich ziehen. Die Wahrscheinlichkeit, dass eine Person eine solche Störung entwickelt, hängt von Art und Schwere der traumatischen Ereignisse und von der betroffenen Person ab (Übersicht bei Steuwe, Driessen & Beblo, 2015; APA, 2013, S. 265, 271ff.; Hecker & Maercker, 2015).

Man unterscheidet spezifische Traumafolgestörungen wie die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS, englisch PTSD) und die unspezifischen traumaassoziierten Störungen. Von einer PTBS bzw. PTSD spricht man, wenn eine Person wenigstens ein traumatisches Ereignis erlebt hat und darauf mit intensivem Wiedererleben der Traumata in Alpträumen und Tagträumen (Intrusionen), Unruhe, Schreckhaftigkeit, Schlafstörungen, Angst (Hyperarousal), Erinnerungslücken in Bezug auf die Traumata sowie innere Abwesenheit und Taubheit (Dissoziation) reagiert. Die ICD-11 unterscheidet in der

<sup>1</sup> [http://www.who.int/news-room/detail/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-\(icd-11\)](http://www.who.int/news-room/detail/18-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11))

im November 2018 vorliegenden Version zwischen der Posttraumatischen Belastungsstörung und der komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (6B41). Diese ist durch schwere, wiederholte, absichtlich zugefügte Traumata gekennzeichnet. Zusätzlich zu den Symptomen der PTSD leiden die Betroffenen unter schweren Affektregulationsstörungen, ständigem Gefühl der eigenen Wertlosigkeit und dauerhaften Schwierigkeiten, enge zwischenmenschliche Beziehungen einzugehen und aufrechtzuerhalten (WHO, 2018).

Unspezifische Traumafolgestörungen sind Störungen, bei denen viele, aber nicht alle Betroffene Traumata erlebt haben. Zu ihnen rechnet man unter anderem dissoziative und somatoforme Störungen und die Borderline-Persönlichkeitsstörung, aber auch Angststörungen, Essstörungen, unipolare Depressionen, Suchterkrankungen und andere Persönlichkeitsstörungen.

### *Traumata und Belastungen*

Unter den Traumabegriff nach DSM-5, ICD-10 und ICD-11 fallen auch andere Arten der Bedrohung von Leib und Leben wie z. B. das Erleben von Naturkatastrophen oder schweren Verkehrsunfällen. Ereignisse, die nicht mit dem Erleben akuter Bedrohung von Leib und Leben einhergehen, werden als Belastungen bezeichnet.

In der Umgangssprache werden auch Ereignisse, die im DSM oder in der ICD unter den Begriff der Belastung fallen, als „Trauma“ zusammengefasst. Zudem werden auch die Folgen traumatischer Ereignisse als „Trauma“ bezeichnet.

### *Konzepte zum Umgang mit traumatischen Erfahrungen in Psychotherapie und Beratung*

Bei der Beratung und Behandlung spezifischer Traumafolgestörungen kann auf eine Vielzahl von Verfahren zurückgegriffen werden (u. a. EMDR, Systemische Ansätze, Körperorientierte Ansätze; Seidler, Freyberger & Maercker, 2015). Darüber hinaus kann man grob zwischen zwei Herangehensweisen unterscheiden, der psychodynamischen und der kognitiv-verhaltenstherapeutischen. Psychodynamische Verfahren sehen eine Gliederung der Behandlung in Stabilisierungs-, Konfrontations- und Integrationsphase vor (Lebowitz, Harvey & Herman, 1993). Vor allem bei schweren Traumatisierungen wird oft eine lange Stabilisierungsphase empfohlen, und die Konfrontation tritt in den Hintergrund. Kognitiv-verhaltenstherapeutische Verfahren gliedern sich in Psychoedukation, Exposition und kognitive Umstrukturierung. Die Psychoedukation ist das Gegenstück zur psychodynamischen Stabilisierungsphase, ist aber wesentlich kürzer und dient der Hinführung auf die Konfrontation. Eine lange Stabilisierungsphase wird kritisch gesehen (Übersicht bei Steuwe, Driessen & Beblo, 2015).

### *Personzentrierte Modelle*

Viele Vertreter des Personzentrierten Ansatzes greifen die tiefenpsychologische Dreiteilung der Traumatherapie in Stabilisierung, Konfrontation und Integration auf. Die verschiedenen Phasen werden dabei entlang der jeweiligen Indikation und Lebenssituation im Dialog entwickelt und gestaltet. Zentrales Element der Beratung und Therapie ist dabei die Begegnung und Beziehung als Möglichkeit, sich mit der Biografie und den Erinnerungen an die traumatischen Ereignissen auseinanderzusetzen (Elliott, Watson, Goldman & Greenberg, 2002; Claas, 2007; Barth, 2009; Biermann-Ratjen & Eckert, 2015; Gahlleitner, Zimmermann & Zito, 2017).

In diesem Heft wird das Schwerpunktthema in drei Beiträgen angesprochen.

**Matthias Barth** setzt sich in seinem Beitrag „Der Personzentrierte Ansatz im Bereich migrationstypischer Spannungsfelder“ mit dem empathischen Verstehen und Akzeptieren der Lebenswelt von Migranten auseinander. Er schildert anhand von Beispielen aus dem Alltag der Betroffenen, wie fremd für viele von ihnen die europäische Kultur ist. An vielen Beispielen macht er deutlich, dass die Integration nur gelingen kann, wenn Migranten und ursprüngliche Bevölkerung des Ankunftslands versuchen, einander zu verstehen und aufeinander zuzugehen.

**Inge Pinzker** geht in ihrem Beitrag „Personzentriertes und Experienzielles Verständnis triadischer Psychotherapie“ von der Tatsache aus, dass die Psychotherapie mit Flüchtlingen häufig an sprachliche Grenzen stößt. Wenn die Beteiligten sich nicht in einer gemeinsamen Sprache verständigen können, tritt zu der Dyade von betroffener und psychotherapeutisch tätiger Person eine sprachlich vermittelnde Person. Dadurch entsteht eine triadische Beziehung, die für beide Fachkräfte ungewohnt ist. Häufig kommt auf die sprachlich vermittelnde Person das Ansinnen eines „neutralen“ Dolmetschens, d. h. der Wunsch nach einer möglichst genauen Wiedergabe der Worte von betroffener und behandelnder Person zu. Sie belegt, dass dies weder möglich noch hilfreich ist. Dolmetschen bedeutet immer Interpretieren der Worte der Beteiligten. Sie legt dar, wie die Triade aus betroffener, dolmetschender und behandelnder Person in gegenseitigem Respekt und in gegenseitiger Anerkennung der unterschiedlichen Kompetenzen gelingen kann. **Hans-Jürgen Luderer und Alexandra Gutmann** stellen in ihrem Beitrag „Erfahrungen psychischer und körperlicher Gewalt“ ein Schulungsprogramm zur Vermittlung von Basiswissen über Traumata und ihre Folgen, Basiskompetenzen in Personzentrierter Gesprächsführung und in der Narrative Exposure Therapy vor.

Das Programm wurde in den Jahren 2016 und 2017 entwickelt. Es erreichte über 50 Mitarbeitende im Sozialdienst der

Stadt und des Landkreises Heilbronn, etwa 30 Sprach- und Kulturmittler und weit über 100 ehrenamtlich Helfende. Hauptzielgruppe der Schulung waren die in der Stadt Heilbronn als Laiendolmetscher tätigen Sprach- und Kulturmittler. Diese gewannen durch die Schulung zum einen mehr Sicherheit beim Dolmetschen von Beratungs- und Therapiegesprächen. Zum anderen eröffneten sich für sie Möglichkeiten, informelle Alltagsgespräche über Traumata zu führen.

Zwei weitere Artikel setzen sich mit Fragen außerhalb des Schwerpunktthemas auseinander.

**Gerhard Lukits** diskutiert in seinem Beitrag „Gefangene des Selbst?“ die Rolle der Freiheit im Kontext der von Carl Rogers formulierten Persönlichkeitstheorie. Dabei geht er zunächst auf den Gegensatz zwischen den bewahrenden und den für Erfahrungen offenen Teilen des Selbst aus. Dabei zeigt er, dass es dem Menschen nur auf der Basis einer stabilen Selbststruktur möglich ist, seine persönlichen Erfahrungen genau wahrzunehmen und das Wahrgenommene zu akzeptieren. Der Autor vertritt die Auffassung, dass ein Mensch durch seine Vergangenheit geprägt, aber nicht in seinem Erleben und Verhalten festgelegt wird.

**David Oberreiter** geht in seinem Beitrag „Der Wahn und seine Behandlung“ zunächst auf die Geschichte des Wahnbegriffs ein und beschreibt dann die Versuche, Wahn von anderen Formen der Beeinträchtigung des Realitätsurteils abzugrenzen. Dabei geht er auf die Jaspers'schen Wahnkriterien (Jaspers, 1913) und auf Modelle zu hirnelektrischen Korrelaten des Wahns ein, wendet sich aber dann den möglichen psychologischen Mechanismen der Entstehung des Wahns zu. Er geht dabei davon aus, dass die Entstehung des Wahns in Zusammenhang mit einem Mangel an positiven Beziehungserfahrungen zu sehen ist. Diesen versteht er vor allem als gegenwärtiges soziales Defizit und nicht im Sinne eines Konzepts des Wahns als Folge negativer frühkindlicher Erfahrungen.

Aus diesen Überlegungen und aus den psychopathologischen Besonderheiten des Wahns, vor allem der subjektiven Gewissheit, leitet er ein personzentriertes Modell des Umgangs mit dem Wahn ab. Den von Wahn Betroffenen sollten Fachkräfte in Bezug auf die Inhalte des Wahns weder widersprechen noch zustimmen, sondern eine Paraposition übernehmen, den Wahn als solchen bezeichnen und in Bezug auf die affektiven Folgen des Wahns Empathie auszudrücken. So sei beispielsweise die Angst einer betroffenen Person, die sich vom Geheimdienst verfolgt sieht, ohne Vorbehalte nachvollziehbar, und dies solle die jeweils helfende Person auch zum Ausdruck bringen.

Hingewiesen sei außerdem auf die Rezensionen von **Silke Birgitta Gahleitner** über die von Jürgen Kriz vorgelegte Darstellung der Personzentrierte Systemtheorie und von **Jürgen Kriz**

über das Handbuch der Personzentrierten Beratung und Psychotherapie.

Vor einem Jahr, in der PERSON 2/2017, hatte die Redaktion die Freude, **Wolfgang W. Keil** zum 80. Geburtstag zu gratulieren und seine beruflichen Leistungen zu würdigen. In diesem Jahr hat er sich entschlossen, seine Mitarbeit in der Redaktion der PERSON nach 20 Jahren zu beenden. Die Redaktion dankt ihm von ganzem Herzen für zwei Jahrzehnte engagierter Arbeit und für vieles mehr. Seine fachliche Kompetenz, seine Unaufgeregtheit und sein feiner Humor werden uns in der Redaktionsarbeit fehlen. Wir wünschen ihm, wie schon vor einem Jahr, weiterhin ein fruchtbares Schaffen und noch viele genussreiche Lebensjahre.

**Dagmar Nuding, Gerhard Pawlowsky und Matthias Barth** haben nach mehrjähriger Mitarbeit ihre Tätigkeit in der Redaktion der PERSON beendet, und auch ihnen danken wir herzlich für ihre Mitarbeit.

**Markus Steffen** hat an Stelle von **Matthias Barth** seine Tätigkeit bei der Redaktion aufgenommen, und **Christine le Coutre** ist die Nachfolge von **Dagmar Nuding** angetreten. Wir freuen uns auf die Zusammenarbeit mit ihnen.

*Ulrike Diethardt & Hans-Jürgen Luderer*

## Literatur

- American Psychiatric Association – APA (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Washington D. C.: American Psychiatric Publishing. (Deutsch: P. Falkai & H.-U. Wittchen (Hrsg.). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5*. 1. Auflage. Göttingen: Hogrefe.)
- Barth, M. (2009). Gesprächspsychotherapie mit folter- und kriegstraumatisierten Menschen. *Person* 13(2), 148–154.
- Biermann-Ratjen, E. M. & Eckert, J. (2015). Die gesprächspsychotherapeutische Behandlung. In G. H. Seidler, H. J. Freyberger & A. Maercker (2015), *Handbuch der Psychotraumatologie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Claas, P. (2007). Brauchen wir eine Personzentrierte Traumatherapie oder brauchen wir eine Personzentrierte Psychotherapie mit traumatisierten Klientinnen und Klienten? In GwG-Akademie (Hrsg.), *Personzentrierte Psychotherapie mit traumatisierten Klientinnen und Klienten*. Köln: GwG-Verlag.
- Elliott, R.; Watson, J. C.; Goldman, R. N. & Greenberg, L. S. (2002). *Learning emotion-focused therapy*. Washington D. C.: American Psychological Association.
- Jaspers, K. (1913). *Allgemeine Psychopathologie. Ein Leitfaden für Studierende, Ärzte und Psychologen*. Berlin: Verlag von Julius Springer.
- Gahleitner, S. B.; Zimmermann, D. & Zito, D. (2017). *Psychosoziale und traumapädagogische Arbeit mit geflüchteten Menschen* (Reihe: Fluchtaspekte). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Hause, M.; Griese, K (2015): Sexualisierte Gewalt gegen Frauen im Krieg: Hintergründe, Folgen und Unterstützungsansätze. In G. H. Seidler, H. J. Freyberger, A. Maercker, *Handbuch der Psychotraumatologie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Hecker, T.; Maercker, A. (2015): Komplexe posttraumatische Belastungsstörung nach ICD-11. *Psychotherapeut* 60, 547–561.
- Lebowitz, L.; Harvey, M.R.; Herman, J.L. (1993). A stage-by-dimension model of recovery from sexual trauma. *Journal of Interpersonal Violence* 8(3), 378–391.
- Seidler, G. H.; Freyberger, H. J. & Maercker, A. (2015): *Handbuch der Psychotraumatologie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Steuwe, C.; Driessen, M. & Beblo, T. (2015). Traumaorientierte Psychotherapie. Technik, Anwendungsmöglichkeiten und Ergebnisse. *Nervenarzt* 86, 1427–1437.
- UNHCR (Hrsg.) (2013). *A New Beginning. Refugee Integration in Europe. Outcome of an EU funded project on Refugee Integration Capacity and Evaluation (RICE)*. <http://www.unhcr.org/protection/operations/52403d389/new-beginning-refugee-integration-europe.html>.
- UNHCR (2015). *Abkommen über die Rechtsstellung der Flüchtlinge vom 28. Juli 1951* (In Kraft getreten am 22. April 1954) Protokoll über die Rechtsstellung der Flüchtlinge vom 31. Januar 1967 (In Kraft getreten am 4. Oktober 1967). Stand: 12. 2. 2015. [https://www.uno-fluechtlingshilfe.de/shop/media/pdf/7b/8b/76/GFK\\_Pocket\\_2015.pdf](https://www.uno-fluechtlingshilfe.de/shop/media/pdf/7b/8b/76/GFK_Pocket_2015.pdf).
- World Health Organization (WHO) (2018): *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>. Psychische Störungen: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en/#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f334423054>