

Das Haus der Gesundheit

Ein psychotherapeutisches und psychosoziales Praxiskonzept für geflüchtete Menschen

von Freihart Regner & Ulrike Heckl, September 2023

Abstract

Das „Haus der Gesundheit“, ein anschauliches psychotherapeutisches und psychosoziales Praxiskonzept für geflüchtete Menschen, wird vorgestellt. Das in der Behandlung und Beratung gemeinsam zu errichtende „Haus“ steht auf vier Grundpfeilern: 1. *fachgerechte Medikation*, 2. *selbstfürsorgliche Körperübungen*, 3. *produktive Tagesstruktur*, 4. *positive Zukunftsperspektive*. Die Wände und das Dach des „Hauses der Gesundheit“ werden durch *psychosozial-therapeutisches Containing* gebildet. Es befindet sich in einer Gemeinde, welche die Gesamtgesellschaft symbolisiert und die durch *Normatives Empowerment*, d.h. menschenrechtliche Hilfe zur Selbsthilfe und Selbstermächtigung, konzeptualisiert wird. Wird die Flüchtlingspolitik in der globalen Moderne mit Rekurs auf Hannah Arendt zu Ende gedacht, so führt sie zu der Realutopie globalen Flüchtlingsschutzes im Rahmen einer menschenrechtlich konstituierten Weltrepublik oder Globalen Union.

Abstract

Presentation of the "*House of Health*", a metaphorical concept for psychotherapeutic and psychosocial support for refugees. This "house", built together with the client in treatment and counselling, is supported by four fundamental pillars: 1. *Professional medication*, 2. *Self-care physical exercises*, 3. *A structured daily routine*, 4. *A positive outlook for the future*. The walls and roof of the "*House of Health*" are formed by the concept of *psychosocial containing*. It is located within a community that represents society as a whole. This is conceptualised by *normative empowerment*, the provision of human rights-based help for self-help. Following Hannah Arendt, a thorough examination of refugee policy in the context of global modernity ultimately leads to global protection of refugees in the visionary framework of a *world republic or global union based on human rights*.

Schlüsselbegriffe

Geflüchtete, klinische Praxeologie, psychotherapeutische Wirkfaktoren, Psychotherapieforschung, Menschenrechte

Keywords

refugees, clinical praxeology, psychotherapeutic factors, psychotherapy research, human rights

Einführung

In der Psychotherapie im allgemeinen und in der psychosozialen Gesundheitsberatung mit geflüchteten, zum Teil bildungsfernen Menschen im besonderen kann es hilfreich sein, mit einprägsamen Bildern zu arbeiten, um die abstrakten psychologischen Zusammenhänge besser verständlich zu machen (Priebe & Dyer, 2014). In unserer Einrichtung hat sich hierfür das Bild eines „Hauses der Gesundheit“ bewährt, das gemeinsam mit der Klientin oder dem Klienten errichtet werden soll. Die Metapher wird folgendermaßen eingeführt: „Sie haben doch sicherlich schon einmal dabei geholfen, ein Haus zu bauen, oder haben zumindest gesehen, wie eines errichtet wird. Dann wissen Sie ja, dass hierzu als erstes ein stabiles Fundament gelegt werden muss. Und da ein gewöhnliches Haus vier Wände hat, brauchen wir auch vier Grundpfeiler, die das Gebäude tragen und auf denen die oberen Stockwerke erbaut werden können. Stehen diese Grundpfeiler nicht, so hängen die oberen Etagen gleichsam in der Luft, und das ganze Haus ist instabil. Deshalb wollen wir jetzt zuerst und auch während der ganzen Therapie an diesen Eckpfeilern arbeiten.“

Das Haus der Gesundheit ist ein *praxeologisches Konzept* – „Die ‚klinische Praxeologie‘ [...] ist praktizierte Theorie und theoriestiftende Praxis“ (Petzold, 1993, S. 1041) –, das sich über die Jahre in unserer Einrichtung herausgebildet hat und keiner bestimmten Therapieschule oder vorgegebenen Theorie folgt. Vielmehr stellte sich in zahlreichen Therapien und Beratungen heraus, dass, wenn die im folgenden beschriebenen Grundpfeiler nicht stabil stehen oder zumindest nicht kontinuierlich an ihrer Stabilisierung gearbeitet wird, der Therapie- oder Beratungserfolg gefährdet oder nicht nachhaltig ist. Dabei werden hochschwellige Psychotherapie und mittelschwellige psychosoziale Beratung hier in einem Atemzug genannt, weil sie in der Praxis mit Geflüchteten denselben Grundprinzipien folgen, auch wenn es bei erster um tiefgreifende psychologische Veränderungen geht, während letztere einen eher pragmatischen Ansatz der Orientierung, Stabilisierung und des psychosozialen Empowerments verfolgt.

Erster Grundpfeiler: Medikation

Wenn hier an erster Stelle die Medikation genannt wird, so bestimmt nicht deshalb, weil wir vorrangig auf Medikamente und Psychopharmaka setzen würden; im Gegenteil meinen wir,

dass Medikamente wegen ihrer Nebenwirkungen nach Möglichkeit vermieden und durch natürliche Interventionen wie Gespräche oder Bewegungsübungen ganz oder wenigstens teilweise ersetzt werden sollten (Bering & Thüm, 2022, S. 210). Gleichwohl sind mehr als zwei Drittel unserer KlientInnen, jedenfalls im hochschwelligen Bereich, auf eine (psycho-)pharmakotherapeutische Behandlung angewiesen, um ihre körperlichen, seelischen und geistigen Beschwerden kurz-, mittel- oder auch langfristig wirksam lindern zu können (Kapfhammer, 2019). Dann aber sollte die medikamentöse Einstellung auch *fachgerecht* erfolgen, was keineswegs immer der Fall ist und schon frühzeitig angesprochen und gegebenenfalls überprüft werden sollte. Bewährt hat sich hier die enge Zusammenarbeit mit einer aus dem Iran stammenden Allgemeinärztin, die sich teils auf die Arbeit mit Geflüchteten spezialisiert hat und darüber hinaus psychosomatische Gesundheits- und Traumaberatung bei uns durchführt. Schließlich machen allein schon die sprachliche und interkulturelle Verständigung sowie die besonderen psychosozialen Belastungen von Geflüchteten deren allgemeinärztliche Versorgung zu einer besonderen Herausforderung (Nowak & Hornberg, 2021).

Was speziell die psychiatrische Medikation betrifft, so sehen wir mitunter länger zurückliegende Verschreibungen aus dem Heimat- oder einem anderen Fluchtland, teils mit Tabletten-Restbeständen, die unsachgemäß eingenommen werden. Manche KlientInnen greifen auch zur – sich teils mit Suchtverhalten überschneidenden – Selbstmedikation, indem sie Beruhigungs-, Schmerz- oder Schlafmittel auf dem Schwarzmarkt kaufen oder sich diese von Bekannten zustecken lassen. Oder es besteht eine hausärztliche, nicht optimal fachärztlich eingestellte Medikation. Erforderlich ist stattdessen eine aktuelle psychiatrische Medikamenteneinstellung, die den besonderen Lebensumständen der Geflüchteten Rechnung trägt (Assion & Reinbold, 2011). Als sehr hilfreich hat sich hier die Zusammenarbeit mit einem Psychiater-Team erwiesen, das im Laufe der Jahre fundierte Erfahrungen mit dieser speziellen Klientel gesammelt hat und von daher auch fachkompetente Atteste ausstellen kann, wie sie von den Betroffenen immer wieder benötigt werden, etwa die ausländerrechtliche Situation, die Heimunterbringung oder bestimmte Integrationsmaßnahmen betreffend. Dennoch ist es bisweilen über das Psychiater-Gespräch hinaus notwendig, die Einnahme der Medikation auch psychotherapeutisch zu vermitteln, da oftmals Missverständnisse über die Medikamente bestehen, wie etwa, Psychopharmaka seien lediglich bei Bedarf einzunehmen wie Schmerztabletten, machten allesamt abhängig oder seien nur für „Verrückte“. Bewährt hat sich hier die einfache Aufklärung anhand von drei Medikamentenkategorien: (1) Medikamente, die in der Regel nur bei akutem Bedarf eingenommen werden (z.B. Analgetika wie Aspirin). (2) Arzneistoffe, die nur in Krisensituationen und mit begrenzter Zeitdauer eingenommen werden dürfen, da sie ein Abhängigkeitspotential haben (z.B. Benzodiazepine wie Tavor). (3) Psychopharmaka, die täglich eingenommen werden müssen, da sie den Hirnstoffwechsel dauerhaft verändern, die aber keine Abhängigkeit erzeugen (z.B. Neuroleptika wie Seroquel). Solche einfache Aufklärung erhöht erfahrungsgemäß die Kompliance bei der Medikamenten-Einnahme (Stieglitz & Ahrens, 2012), was dann eine pharmakotherapeutische Basis für die psychotherapeutische oder psychosoziale Praxis darstellt.

Eine Falldarstellung soll die Bedeutung der Medikation illustrieren. Die ältere Klientin aus einem afrikanischen Land wurde von einer anderen psychosozial-therapeutischen Einrichtung an unsere Stelle vermittelt. Wegen ihrer christlichen Konfession war sie in ihrem mehrheitlich islamischen Heimatland eine zeitlang bedroht, dann schwer verletzt worden und musste um ihr Leben fürchten, weswegen sie mit ihrer Familie nach Deutschland floh. Hier litt sie hauptsächlich unter Schlafstörungen, depressiven Verstimmungen und Konzentrationsproblemen. Pharmakotherapeutisch wurde sie bereits mit dem Antidepressivum Mirtazapin behandelt. Die Psychotherapie verlief zunächst regelrecht, über lerntheoretisch orientierte Gespräche konnte die motivierte Klientin gut erreicht und stabilisiert werden, eine Traumaexposition wurde erfolgreich durchgeführt. Dann verunglückte jedoch ein naher Verwandter im Heimatland, wobei die Todesumstände auf einen politischen Mord schließen lassen. Dadurch wurde die Klientin im therapeutischen Prozess wieder zurückgeworfen, auch wenn sie ihren religiösen Glauben gut als Sinnressource nutzen konnte. Hinzu kamen krankheitsbedingte familiäre Belastungen hier in Deutschland sowie eine Corona-Infektion. Schließlich wurde im Herkunftsland ein weiteres Familienmitglied politisch motiviert angegriffen. Darauf verschlimmerte sich die Depression bis zu einem Grad, an dem deutlich wurde, dass die therapeutischen Gespräche ohne fachärztlich verschriebene antidepressive Medikation nicht zielführend fortgeführt werden konnten. Aufgrund gewisser familiärer Umstände verweigerte die Klientin jedoch monatelang den dringend angeratenen Psychiater-Besuch. Schließlich entwickelte sich eine schwere Form der agitierten Depression, die, zusammen mit somatischen Symptomen, einschließlich einer hirnorganischen Komplikation, mehrfach stationär behandelt werden musste. Mittlerweile ist die Klientin medikamentös fachgerecht eingestellt und psychologischen Gesprächen wieder zugänglich, sodass das weitere psychotherapeutische Vorgehen diskutiert werden kann.

Zweiter Grundpfeiler: Körperübungen

Wissenschaftliche Studien zeigen, dass geeignete Körperübungen im günstigen Falle eine ähnliche therapeutische Wirkung entfalten können wie manche Psychopharmaka (Bendau et al., 2022). Die seelischen Belastungen, denen geflüchtete Menschen ausgesetzt sind, wirken sich großteils auch psychosomatisch aus, etwa in Kopfschmerzen, Herzstechen, Halsbeschwerden, Hautausschlägen, Anfallsleiden (z.B. Rometsch et al., 2020). Umgekehrt kann der Körper dann als besonders effektive Ressource genutzt werden, um zu einer seelischen und geistigen Entlastung beizutragen (Jordi, 2001). Von daher fragen wir die KlientInnen immer schon beim Erstgespräch, ob regelmäßige Körper- und Bewegungsübungen durchgeführt werden, und ermutigen sie dazu, „physiotherapeutische Sportarten“ wie Joggen, Nordic Walking, Radfahren, Schwimmen, Fitness zu praktizieren (vgl. Petzold, ebd., S. 1167: „Kommutilität“, „übungszentriert-funktionale Modalität“). Spezifischere Entlastungs- und Entspannungsübungen sind Progressive Muskelrelaxation (Bernstein & Borcovec, 1992), traumasensibles Yoga (Dunemann et al., 2017) oder Qi Gong zur mentalen Stärkung (Abbot & Lavretsky, 2013).

Eine gezielte Anti-Stress-Übung, die wir selbst über die Jahre speziell für die Bedürfnisse von Geflüchteten entwickelt haben und nach Möglichkeit allen unseren KlientInnen zeigen, ist das *Empowerment Dancing* (Inter Homines auf YouTube). Die Übung folgt der Beobachtung, dass seelische Belastung, bio- bzw. psychoenergetisch betrachtet, dazu neigt, von unten nach oben in den Kopf zu steigen und dort verschiedene Beschwerden zu verursachen, allen voran die sehr häufig auftretenden Kopfschmerzen (Westergaard et al., 2023). Im Empowerment Dancing wird diese Stress-Richtung genau umgekehrt, gemäß dem (albanischen) Sprichwort „Was der Körper nicht tragen kann, die Erde kann es tragen“: Die Anspannung wird von oben nach unten aus dem Körper massiert, nach dem Prinzip der Schutzerdung in die Erde abgestreift, abgeschüttelt und abgetanzt, mit praxeologischen Anleihen beim Somatic Experiencing nach Peter Levine (2016) und der Bioenergetik nach Alexander Lowen (2002). Noch spezifischer wirkt die *Trauma-Neutralisierung* (Regner, 2017), bei der wir im Anschluss an Narrative Expositionen (Neuner et al., 2021) die reaktivierte traumatische Anspannung imaginativ wie eine dunkle, heiße Flüssigkeit aus dem Körper in die Hände ziehen (vgl. Reddemann, 2005), um sie dann nach demselben Prinzip der Schutzerdung in den Boden zu entleeren und zu entladen. Im zweiten Teil der Übung wird der Organismus durch eine zentrierende Körpermeditation ins Hier-und-Jetzt zurückgebracht.

Falldarstellung: Die Klientin mittleren Alters wurde durch eine andere Klientin an uns vermittelt, kommt aus einem westasiatischen Land und hat mehrere Kinder, von denen eines schwerbehindert ist. Wegen politischer Verfolgung des Mannes musste die Familie nach Deutschland fliehen, und die Betroffene litt hier an einer Anpassungsstörung mit traumatischen und depressiven Anteilen. Die Psychotherapie fing mit der Komplikation an, dass es vonseiten eines Familienmitglieds kulturbedingte Widerstände gegen die Maßnahme gab, die daher für einige Wochen ausgesetzt werden musste, dann aber motiviert wieder aufgenommen werden konnte. Im weiteren Verlauf ergab sich, dass die Beschwerden der Klientin größtenteils von einer Kindheitserinnerung herrührten, nach der sie wegen Bombenangriffen einige Wochen dichtgedrängt in einem Keller verbringen musste. Die narrative Traumaexposition im Rahmen der ausführlichen Anamneseerhebung führte zwar zu einer gewissen Verbesserung, nicht aber zu einem durchgreifenden Therapieerfolg. Dieser stellte sich erst ein, nachdem die Klientin das Empowerment Dancing, das sie anfangs nur sporadisch durchgeführt hatte, gewissenhafter und mehrmals in der Woche praktizierte; außerdem hatte sie mit einer Ballsportart begonnen. Beim letzten, evaluativen Therapiegespräch äußerte sie auf Nachfrage, dass ihr die Körperübungen am meisten bei der subjektiv erlebten Verbesserung um 80 % geholfen hätten; die angebotene intensivere Narrative Exposition hielt sie selbst für nicht mehr nötig.

Dritter Grundpfeiler: Tagesstruktur

Schutzsuchende, die (ohne Familienangehörige) in Gemeinschaftsunterkünften leben, keine Arbeit, keine Ausbildung, keinen Deutschkurs und auch sonst keine sinnvolle Beschäftigung haben, verlieren bisweilen jegliche Tagesstruktur: Nicht wenige liegen wegen des allgemeinen

Problemsdrucks bis in die Morgenstunden wach und grübeln, dösen dann bis um die Mittagszeit, stehen träge auf, ernähren sich unregelmäßig und unzureichend, verbringen vollends unproduktiv den Tag, sind daher körperlich und seelisch nicht ausgelastet, was sich wiederum nachteilig auf die Nachtruhe auswirkt, und dieser unstrukturierte Tagesablauf wiederholt sich täglich aufs Neue, über Monate oder gar Jahre. Wissenschaftliche Studien etwa zu Langzeitarbeitslosen (Herbig et al., 2013) oder zur seelischen Befindlichkeit während des Corona-Lockdowns (www.deutsche-depressionshilfe.de/forschungszentrum/deutschland-barometer-depression/id-2021) zeigen, dass eine mangelhafte Tagesstruktur sich sehr abträglich auf die psychische Gesundheit auswirken und anhaltend demoralisierend wirken kann. Besonders junge Männer in abgelegenen Wohnheimen neigen überdies dazu, den unstrukturierten Tag mit fragwürdigen Tätigkeiten bis hin zu Drogenkonsum, kriminellen und gewaltbereitem Verhalten auszufüllen. So bilden sich problematische und symptomatische Persönlichkeitsstrukturen aus, die im weiteren Verlauf nur schwer, wenn überhaupt wieder zurückzubilden sind und sich in der Masse zu einem erheblichen gesamtgesellschaftlichen Problem mit hohen (gesundheitlichen) Folgekosten auswachsen können.

Nun sind viele und vor allem die besser ausgebildeten Geflüchteten durchaus in der Lage, ihren Tagesablauf selbst zu planen, sich zielgerichtet ins Arbeitsleben in Deutschland zu integrieren und bei allen Widrigkeiten „etwas aus ihrem Leben zu machen“. Nicht wenige aber brauchen für ihr *Selbstmanagement* (Kanfer et al., 2006) eine psychosoziale Hilfestellung, da sie in ihrem Herkunftsland eine äußere gesellschaftliche und berufliche Strukturgebung gewohnt waren und es nicht gelernt haben, sich diese intrinsisch zu geben, zumal dies mit starken dysfunktionalen Selbstblockaden einhergehen kann (z.B. „Sobald ich etwas Sinnvolles tun möchte, stellen sich bei mir quälende Selbstzweifel ein, sodass ich es gleich ganz bleiben lasse“). Hier kann es hilfreich sein, den Tagesablauf des Klienten Abschnitt für Abschnitt durchzugehen und gegebenenfalls auf Problemzonen hinzuweisen, wie etwa: „Gegen 14 Uhr machen Sie also einen Spaziergang und spielen dann bis zum Abendessen nur noch an Ihrem Handy herum? Vielleicht sollten Sie für diese Zeit eine regelmäßige produktive Tätigkeit einplanen, zum Beispiel in die Bibliothek gehen und Deutsch lernen. Das können Sie dann mit einer bestimmten Farbe in ihren Handykalender eintragen, um sonntags zu überprüfen, ob Sie ihr selbstbestimmtes Wochensoll erreicht haben.“ Überhaupt ist das selbständige Deutschlernen auch außerhalb der konventionellen Deutschkurse eines der wichtigsten Tätigkeiten für eine sinnvolle Tagesstrukturierung, da der Spracherwerb das Eingangstor schlechthin für die Integration darstellt, mit täglichen Erfolgserlebnissen einhergeht, Selbstwirksamkeit und Selbstermächtigung zeitigt und überdies die Bleibeperspektive verbessert. Wir bieten daher sogenannte *Metadeutschkurse* an, das sind auf Geflüchtete zugeschnittene Maßnahmen, bei denen nicht direkt die deutsche Sprache gelehrt wird, sondern zehn Lernmethoden, mit denen man sich selbst effektiv Deutsch beibringen kann (Inter Homines auf YouTube).

Falldarstellung: Der junge Klient, der wegen Diskriminierung und Verfolgung seiner Familie aus seinem ostasiatischen Heimatland fliehen musste, wurde von einer Sozialarbeiterin an unsere Einrichtung vermittelt. In der Gemeinschaftsunterkunft lebte er sehr zurückgezogen, war schwer demoralisiert, hatte depressive Episoden, trank viel Alkohol, seine Bekann-

ten machten sich schon ernsthafte Sorgen um ihn. Er hatte keinerlei Tagesstruktur, lebte plan- und ziellos in den Tag hinein, lernte nicht Deutsch, machte keine Ausbildung. Wir installierten eine Muttersprachliche psychosoziale Gesundheitsberatung mit dem allgemeinen Ziel der Orientierung, Stabilisierung und Selbstermächtigung. Der Klient nahm die Hilfe dankbar an, führte selber erfolgreich einen Alkoholentzug durch und bemühte sich mit besserer Tageseinteilung darum, seine Deutschkenntnisse zu verbessern und andere Aktivitäten zu unternehmen. Jedoch wurde er wegen einer Reihe von körperlichen Erkrankungen immer wieder in seinem Prozess zurückgeworfen, kam wegen dauernder Schmerzen und anderer Beschwerden kaum voran. Schließlich fand der Klient eine Partnerin, was ihn zusätzlich motivierte, sein Leben neu zu ordnen und selbst in die Hand zu nehmen. Er sah die Welt auf einmal mit anderen Augen und bedauerte sehr, die letzten Jahren so „vertan“ und Integrationschancen versäumt zu haben. Die psychosoziale Gesundheitsberatung konnte schließlich mit einer merklichen Verbesserung abgeschlossen werden (auch wenn der hauptsächliche Motivationsschub von der neuen Partnerschaft kam).

Vierter Grundpfeiler: Zukunftsperspektive

Zu einer seelisch gesunden Lebensführung gehört es, über eine hinreichend positive Zukunftsperspektive zu verfügen und – bei aller Achtsamkeit auf das Hier und Jetzt – ein selbstbestimmtes Lebensziel nach Möglichkeit zu verwirklichen (Petzold, 1993b). Nun ist in Zeiten der globalen Polykrise, zu der auch die stetig zunehmende Flüchtlingsproblematik gehört, die Zukunft im allgemeinen schon eingetrübt und führt zu weitverbreiteten depressiven Verstimmungen (zusammenfassend www.spektrum.de/news/wie-die-klimakrise-die-psyche-belastet/1942627). Bei Geflüchteten aber verschärft sich diese allgemeine Bedrücktheit noch zusätzlich: erstens, weil seelische Belastungen und Traumatisierungen die Betroffenen an die Vergangenheit binden und ihre Zuversicht stark einschränken; zweitens, weil die Wohnheimunterbringung und die Widrigkeiten des Zugangs zum Ausbildungs- und Arbeitsmarkt, wie oben schon ausgeführt, frustrierend und demoralisierend wirken; und drittens, weil der unsichere ausländerrechtliche Status mit „ungewisser Bleibeperspektive“ eine belastbare Zukunftsplanung erschwert bis unmöglich macht.

Wie schon beim dritten Grundpfeiler Tagesstruktur gibt es durchaus einen großen Anteil von Geflüchteten, die diese Herausforderungen von alleine bewältigen. Bei vielen anderen aber schließt sich in ihrem subjektiven Erleben das Zukunftsfenster, und es bedarf der psychosozialen Beratung bis psychotherapeutischen Behandlung, um ihnen wieder etwas mehr an Zuversicht zu vermitteln. Hinzu kommt, dass bei nicht wenigen Schutzsuchenden unrealistische Erwartungen über ihre Ausbildungs- und Arbeitsmöglichkeiten in Deutschland bestehen. Besonders diejenigen, die in ihren Heimatländern privilegiert waren, leiden oft unter dem sozialen Abstieg hier und wünschen sich ähnlich bevorzugte gesellschaftliche Positionen zurück, was zu permanenter Unzufriedenheit und Bedrücktheit führt. Notorisch unterschätzt wird dabei die Bedeutung des Spracherwerbs, ohne den gesellschaftliche Integration und beruflicher Aufstieg praktisch nicht möglich ist. Häufig vorzufinden ist hierbei eine Versor-

gungshaltung, die da lautet: „Ohne offiziellen Deutschkurs kann ich auch nicht Deutsch lernen!“, und genau an dieser Stelle greift der dritte Grundpfeiler in den vierten. So wurde uns beispielsweise von einem Mann berichtet, der in Polen innerhalb eines Jahres recht gut die polnische Sprache gelernt hatte, weil er dort eine sichere Bleibeperspektive zu haben vermeinte; mittlerweile lebt er seit einigen Jahren in Deutschland und spricht immer noch nur radebrechend Deutsch, weil sein Aufenthalt nicht gesichert ist.

Die letzte Falldarstellung soll zeigen, wie die vier Grundpfeiler ineinandergreifen und sich gegenseitig stützen. Der junge Klient aus einem afrikanischen Land wurde von einer Psychiatrischen Institutsambulanz, wo er antidepressiv behandelt wurde, zur Psychotherapie an unsere Einrichtung vermittelt. In seiner Heimat hatte er für eine internationale Organisation gearbeitet, wurde von einer islamistischen Terrororganisation bedroht und entkam nur knapp einem Bombenattentat; später wurden nahe Familienangehörige ermordet. Die depressiven Beschwerden waren anfangs so stark ausgeprägt, dass wiederholt ein Antisuiizid-Vertrag abgeschlossen werden musste. Zur therapeutischen Strategie gehörte auch die Ermutigung zum disziplinierten Deutschlernen, wozu dem Klienten ein Päckchen mit 100 unbeschriebenen Vokabelkärtchen ausgehändigt und die von ihm selbst bestimmte Vereinbarung getroffen wurde, bis zur nächsten Sitzung in zwei Wochen 70 Vokabeln damit gelernt zu haben. Schließlich kam er wieder und wollte gleich das nächste Päckchen haben, weil er alle 100 Vokabeln gelernt hatte! Das fleißige selbständige Lernen lenkte ihn in produktiver Weise von seinen depressiven Grübeleien ab und verschaffte ihm tägliche Erfolgserlebnisse. Sein Deutsch verbesserte sich zusehends, sodass die Therapie nach einigen Monaten außer in Englisch zum Teil auch auf Deutsch durchgeführt werden konnte. Und im Wohnheim kamen nun andere landsmännische Bewohner auf ihn zu, wenn sie etwas über die deutsche Sprache wissen wollten. Zu den extremtraumatischen Erlebnissen wurden erfolgreich narrative Expositionen durchgeführt, und das Empowerment Dancing praktizierte er regelmäßig. Was die Zukunftsperspektive anbetrifft, meldete sich der junge Mann bei einer technischen Ausbildung speziell für Flüchtlinge mit integriertem Deutschkurs an. Die Psychotherapie konnte schließlich mit einer subjektiv erlebten Verbesserung von 50 % abgeschlossen werden, nach äußerer Einschätzung jedoch mindestens 70 %, und auch die Psychiaterin meinte, man habe hier gemeinsam einen beachtlichen Therapieerfolg erreichen können.

Psychosozial-therapeutisches Containing als Integrationskonzept

Wenn das Haus der Gesundheit für Geflüchtete auf vier Grundpfeilern steht – was bildet dann eigentlich die Wände dieses Hauses, was hält die seelische Gesundheit im buchstäblichen Sinne zusammen? Die Antwort sei hier schon vorweggenommen: *psychosoziales und psychotherapeutisches Containing*. Ein robuster Befund der Psychotherapieforschung lautet, dass Psychotherapie (und psychosoziale Beratung) im allgemeinen einen positiven gesundheitlichen Effekt hat (zusammenfassend www.spektrum.de/news/psychotherapie-was-tatsaechlich-wirkt/1991017) und dass, volkswirtschaftlich betrachtet, jeder hierin investierte Euro gut angelegtes Geld ist. Jedoch wird bis heute sehr kontrovers diskutiert, was denn die eigentlichen psychotherapeutischen Wirkfaktoren seien (ebd.). Hierbei kann unter anderem zwischen *spe-*

zifischen und unspezifischen Wirkfaktoren unterschieden werden: Erstere sind die von den jeweiligen Therapieschulen postulierten, wie zum Beispiel das Durcharbeiten der Übertragung in der Psychoanalyse, die kognitive Umstrukturierung in der Verhaltenstherapie oder die Traumaexposition in der Traumatherapie; unspezifische oder allgemeine Wirkfaktoren sind Therapieschulen-übergreifende Aspekte, wie soziale Unterstützung, regelmäßige Aufmerksamkeit, Anerkennung, Fürsorge, Vermitteln von Hoffnung, Entlastung, Problemklärung, Realitätsprüfung, psychologisches Empowerment u.a.m. Um jene Forschungsfrage nach den therapeutischen Wirkfaktoren speziell für die Klientel geflüchteter Menschen zu untersuchen, führen wir seit Jahren regelmäßig in der letzten Therapiesitzung ein Evaluationsgespräch durch, welches mit der allgemeinen Frage beginnt: „Was hat Ihnen denn bei der seelischen Verbesserung, die wir im letzten Jahr zusammen erreicht haben, am meisten geholfen?“ (Darauf folgen spezifischere Fragen zu Veränderungen in der Kognition, der Emotion, der Physiologie, in traumatischen Erinnerungen, im sozialen Bereich und in der Zukunftsperspektive.) Die Antwort auf die Eingangsfrage lautet in den allermeisten Fällen, in leicht variiertes Formulierung: „Dass ich hier offen über meine Probleme sprechen konnte.“ In Einzelfällen, aber wohl verallgemeinerbar, wird noch hinzugefügt: „Und dass ich mich dabei menschlich und fachlich verstanden gefühlt habe.“

Dieser explorative Befund stellt den sehr allgemeinen psychotherapeutischen (und psychosozialen) Wirkfaktor des *Aussprechens von persönlichen Problemlagen in einem geschützten und verständnisvollen Vertrauensraum* heraus. Wie kann dieser höchst unspezifische Wirkfaktor aber doch spezifischer gefasst werden? Als Ausgangskonzept bietet sich hierfür das *Containing* des Psychoanalytikers Wilfred Bion an (Ders., 1962; Crepaldi, 2022). Dieser unterschied zwischen psychischen *Beta-Elementen*, das sind unstrukturierte, „unverdauliche“ affektive Erfahrungen, und *Alpha-Elementen*, welche die emotional „verdaute“ Verarbeitung und symbolische Repräsentation von bedeutsamen Erlebnissen darstellen. Das *Containing* besteht nun darin, dass die Analytikerin die entwicklungspsychologisch frühen Beta-Elemente in sich aufnimmt, aushält und wörtlich *zusammenhält, contained* und in reife symbolische Alpha-Elemente umwandelt, um damit beim Analysanden die Verarbeitung und Integration dieser belastenden emotionalen Komplexe zu fördern. (Konzeptuell verwandt damit ist das *Holding* von Donald Winnicott, womit ein therapeutischer Prozess des psychischen und emotionalen Haltgebens, ähnlich wie in der frühen Kindheit, beschrieben wird.) Nun handelt es sich hierbei um psychoanalytische Konzepte im engeren Sinne, die nur innerhalb eines entsprechenden Behandlungsansatzes und -settings richtig greifen können. Für die psychotherapeutische und psychosoziale Praxis mit geflüchteten Menschen muss das klassische *Containing*-Konzept daher erweitert werden: Es bezieht sich dann auf das Vermögen, nicht nur unstrukturierte Affekte, sondern allgemein seelisch problematisches Erleben und Verhalten – also schwierige Kognitionen, bedrückende Emotionen, belastende Erinnerungen, psychosomatische Leiden, soziale Konflikte, gesellschaftspolitische Widrigkeiten – gemeinsam auszuhalten und zusammenzuhalten. Das psychosozial-therapeutische *Containing* zielt somit darauf ab, einen geschützten Raum und verständnisvollen Zusammenhalt für das Teilen, Verstehen und Bearbeiten von allerlei Problemlagen und belastenden Gefühlen bereitzustellen.

Ein „Bild im Bild“ soll das Konzept illustrieren. Man stelle sich die (demoralisierte) Psyche einmal wie eine Telefonzellen-große Echokammer vor, in der belastende Kognitionen, Emotionen, Volitionen, Bewertungen, Erinnerungen selbstbezüglich kreisen, sich im ständigen Wiederhall negativ verstärken und schließlich zu einer depressiven Abwärtsspirale führen. (Vergleiche dazu etwa den Kinofilm und dystopischen Berlin-Krimi „Solo für Klarinette“ von 1998, in dem die Protagonistin – eine schwer traumatisierte Mörderin, sehr überzeugend dargestellt von Corinna Harfouch – regelmäßig Selbstgespräche führt, indem sie von der Telefonzelle vor ihrem Haus auf ihren eigenen Anrufbeantworter spricht, den sie später in der Wohnung abhört.) Im psychotherapeutischen Raum nun, im Haus der Gesundheit, kann die Tür der allzu engen, beklemmenden Echokammer geöffnet werden, und der erste entlastende Effekt, der sich hierbei einstellt, ist: Das Echo ist weg! Denn auf einmal gibt es ein äußeres Gegenüber, das empathisch auf die Probleme und Symptome reagiert, sodass die quälende Selbstbezüglichkeit des psychischen Systems durchbrochen wird. Der zweite wesentliche Effekt ist, dass der beengte psychische Innenraum sich in einen größeren therapeutischen Raum erweitert, der problematische seelische Überdruck quasi ventilartig in den größeren Raum entweichen und somit ein Druckausgleich stattfinden kann („Externalisierung“, darauf „Reinternalisierung“ mit der Folge verringerten seelischen Innendrucks). Und der dritte Effekt ist, dass in der psychischen Echokammer aufgrund des hohen Problemdrucks eine innere Unruhe und Unordnung besteht, die im zusammenhaltenden therapeutischen Container geordnet und beruhigt werden kann. So wurde bei einer der letzten Therapieauswertungen gefragt: „Wenn Sie sagen, dass in erster Linie das Aussprechen von Problemen zu der beachtlichen therapeutischen Verbesserung geführt hat – hätten Sie das dann nicht auch bei einer Freundin aussprechen können, und es hätte den gleichen Effekt gehabt?“ „Nein“, erwiderte die Klientin nach einigem Nachdenken, „denn der Psychologe *sortiert* das.“ Das „Sortieren“ meint hier offenbar die ordnungsstiftende, strukturierende, orientierende Kraft der Psychotherapie (und – viel weniger intensiv und tiefgreifend – der psychosozialen Beratung), mit welcher die innere Unordnung und Unruhe anhaltend verringert werden kann.

Zusammenfassung und weltgesellschaftlicher Ausblick

Die Wände und das Dach des Hauses der Gesundheit werden durch das *psychosoziale und psychotherapeutische Containing* gebildet, welches das wegen Belastungen und Traumata unzureichende Self-Containing der Klientin in dreifacher Weise von außen zusammenhält und abstützt: Durch das professionelle Gegenüber vermindert sich die quälende Selbstbezüglichkeit, der übermäßige Problemdruck kann in einen größeren Container entweichen, und die innere Unordnung und Unruhe wird durch die äußere Ruhe und Ordnung des Therapieraumes verringert. Dieses Haus steht praxeologisch auf den *vier Grundpfeilern fachgerechter Medikation, selbstfürsorglicher Körperübungen, produktiver Tagesstruktur und positiver Zukunftsperspektive*. Die einzelnen Räume und Stockwerke des Hauses stehen für alle weiteren psychotherapeutischen Interventionen, das Dachgeschoss etwa für religiöse, spirituelle und transpersonale Themen (Mönter, 2023), der Keller für die tiefenpsychologische Aufarbeitung (Hirsch, 2022), das Erd-

geschoss für pragmatische verhaltenstherapeutische Methoden (Stangier et al., 2020), der erste Stock für (narrative) Traumaexposition (Neuner et al., a.a.O.), der zweite Stock für persönliches Wachstum im humanistischen Sinne (Stahlmann, 2018) usw.

Nun steht unser Haus der Gesundheit nicht isoliert in der Landschaft, sondern es ist in eine Gemeinde eingebunden, welche die Gesamtgesellschaft symbolisieren soll. Viele Schutzsuchende waren politischer Verfolgung ausgesetzt, was sich nicht von ihrer Problematik und Symptomatik trennen lässt, etwa wenn die Inhaftierung sie immer noch in ihren Alpträumen verfolgt und sie zudem wegen der reizstarken Wohnbedingungen in den Gemeinschaftsunterkünften nie richtig schlafen können (Dumser et al., 2023). Von daher ist eine Rahmenkonzeption erforderlich, die es erlaubt, gesellschaftspolitische Dimensionen in die psychotherapeutische Praxis zu übersetzen, genauso wie umgekehrt psychosoziale Inhalte in die gesellschaftliche Umwelt rückzuübersetzen (vgl. Luhmann, 1997). Wir bezeichnen diese Konzeption als *Normatives Empowerment*, was sich als menschenrechtliche Hilfe zur Selbsthilfe und zur Selbstermächtigung umschreiben lässt (Regner, 2006). Maßgeblich ist dabei der Gedanke, dass es hauptsächlich fünf Dimensionen sind, durch welche die politische Lebenswelt gekennzeichnet ist: *Macht, Recht, Wahrheit, Freiheit* und *Öffentlichkeit*. Bei politischer Verfolgung und Traumatisierung werden diese Dimensionen in ihr Gegenteil verkehrt, wie sich etwa in Russland gerade besonders drastisch aufzeigen lässt: in *Ohnmacht*, woraus Belastungen und Traumata entstehen; in *Unrecht*, etwa wenn die Justiz sich in den Dienst der Verfolger stellt; in *Unwahrheit*, die sich in Lüge, Ideologie und Propaganda zeigt; in *Unfreiheit*, wenn Oppositionelle verfolgt und inhaftiert werden; und in *Nicht-Öffentlichkeit*, etwa wenn Medien manipuliert und gleichgeschaltet werden. In der menschenrechtlichen psychosozialen und psychotherapeutischen Praxis mit politisch verfolgten und traumatisierten Menschen muss es schließlich um eine Umkehr dieser verkehrten Dimensionen gehen – soweit dies im Rahmen gesundheitlicher Praxis möglich und in Anbetracht des jeweiligen Einzelfalls fachlich angezeigt ist. Normatives Empowerment zeichnet sich daher durch fünf Strategien aus. (1) *Er-mächtigung*: die Vermittlung von kommunikativer Macht, Selbst-Mächtigkeit (Schmid, 1998) und Wir-Mächtigkeit. Politisch verfolgten Menschen soll dazu verholfen werden, ein möglichst selbstbestimmtes Leben in einer solidarischen Gemeinschaft zu führen. (2) *Er-rechtigung*: die Vermittlung von Menschenrechten, Recht und Gerechtigkeit. Politisch Verfolgten soll zu ihren grundlegenden Rechten und zu ihrer Anerkennung als Menschenrechtsperson verholfen werden. (3) *Er-schließung von Wahrheit*: die Vermittlung von faktischem Realitätsbezug. Die oftmals ideologisch verzerrte Verfolgungsgeschichte soll mit Bezug auf die historische und aktuelle Wirklichkeit realistisch dargestellt werden. Die Betroffenen können dadurch zu einer „gesunden Lebenswahrheit“ finden. (4) *Er-freiung*: die Vermittlung von befreienden und freiheitlichen Erfahrungen. Zu einem selbstbestimmten Leben in der Gemeinschaft gehören möglichst freie Wahlmöglichkeiten. (5) *Er-öffentlichung*: die Vermittlung des Zugangs zur demokratischen Öffentlichkeit. Das Rückzugsverhalten und die „traumatische Einsamkeit“ bei vielen politisch verfolgten Menschen soll überwunden werden. Sie sollen die Möglichkeit erhalten, ihr Leid zu erzählen und in der Öffentlichkeit darzustellen. Die Gesellschaft sollte dann politische Verantwortung übernehmen. Normatives Empowerment konkretisiert sich am stärksten im *Testi-*

monio, das heißt in therapeutisch erarbeiteten Zeitzeugenberichten (Cienfuegos & Monelli, 1983; Neuner et al., a.a.O.).

Für die Flüchtlingspolitik stellt das „Haus der Gesundheit“ freilich insofern eine schwierige Herausforderung dar, als diese die Rahmenbedingungen herzustellen hat, innerhalb derer das Gebäude nur stabil stehen kann. Wie aber kann das aussehen in einer, wie oben schon angesprochen, täglich sich verschärfenden Polykrise, zu der auch zunehmende Flüchtlingsströme gehören, die überdies ein entscheidender Faktor für das Erstarken rechtspopulistischer Parteien weltweit sind, was wiederum die rechtsstaatliche Demokratie gefährdet? Eine wohlfeile politische Antwort lautet hier, dass „die Fluchtursachen bekämpft werden müssen“. Auf welche Weise aber soll dies angesichts einer beispiellosen menscheitsgeschichtlichen Herausforderung geschehen, wenn laut UN-Deklaration gleichzeitig die Menschenrechte, einschließlich Demokratie und Rechtsstaatlichkeit, geachtet, geschützt und gewährleistet werden müssen? Die Philosophin und Politologin Hannah Arendt, die selber ein jüdischer Flüchtling aus Nazi-Deutschland war (Arendt, 2020: „Wir Flüchtlinge“), in Frankreich eine zeitlang soziale Arbeit für Geflüchtete leistete und nach deren grundlegendem Konzept *inter homines esse* („unter Menschen weilen“, im Sinne von „die Erde gemeinsam bewohnen“) unsere Einrichtung benannt ist, schrieb in ihrem ersten Hauptwerk „Elemente und Ursprünge totalitärer Herrschaft“ (Dies., 1955) das bekannte kritische Kapitel über „Die Aporien der Menschenrechte“. Deren grundlegenden Selbstwiderspruch sah sie in folgendem Umstand: „Denn entgegen allen noch so gutwilligen humanitären Versuchen, neue Erklärungen der Menschenrechte von internationalen Körperschaften zu erlangen, muss man begreifen, dass das internationale Recht mit diesem Gedanken [das Recht auf Rechte zu gewährleisten – Einfüg. FR] seine gegenwärtige Sphäre überschreitet, nämlich die Sphäre zwischenstaatlicher Abkommen und Verträge; und eine Sphäre, die über den Nationen stünde, gibt es vorläufig nicht.“ (Ebd., S. 479) Über siebzig Jahre später, in der globalen Moderne existiert nunmehr aber jene „Sphäre über den Nationen“, und sie wird sogar auch institutionell besetzt – allerdings nur ökonomisch, nämlich durch global agierende Wirtschaftsunternehmen, die nach dem Prinzip der Gewinnmaximierung funktionieren und sich demokratischer Kontrolle weitestgehend entziehen (Göpel, 2020). Diese globale Sphäre gilt es nun auch politisch-rechtlich zu institutionalisieren, und hierfür bietet sich – allen vermeintlich realistischen geopolitischen Szenarien zum Trotz – die Vision und Realutopie einer *menschenrechtlich konstituierten, föderalen und subsidiären Weltrepublik oder Globalen Union* an, wie sie der Tübinger Rechtsphilosoph Otfried Höffe (1999) in der Tradition von Kants Idee eines Völkerbundes „Zum ewigen Frieden“ entwickelt hat. Denn erst damit wären idealiter die Aporien der Menschenrechte einschließlich des Rechts auf Gesundheit für Geflüchtete im Sinne eines *globalen Flüchtlingsschutzes* (vgl. Kohlenberger, 2022) beseitigt und somit Hannah Arendts eigentliche und große Vision erfüllt: „[Dies] kleinste Vorhaben, die Menschenrechte zu verwirklichen, ist gerade wegen seiner einfachen Grundsätzlichkeit das allergrößte und allerschwerste, was Menschen sich vornehmen können. [...] Und nur ein Volk, in Gemeinschaft mit anderen Völkern, kann dazu beitragen, auf der von uns allen bewohnten Erde eine von uns allen gemeinsam geschaffene und kontrollierte Menschenwelt zu konstituieren.“ (Arendt, 2000, S. 79)

Literatur

- Abbott, R. & Lavretsky, H. (2013): Tai Chi and Qigong for the Treatment and Prevention of Mental Disorders. In: *Psychiatr Clin North Am.* 2013 Mar; 36(1): 109–119.
- Arendt, H. (1955): *Elemente und Ursprünge totalitärer Herrschaft.* Frankfurt a. M.: Europäische Verlagsanstalt.
- Arendt, H. (2000): *Die verborgene Tradition.* In: *Die verborgene Tradition: Essays.* Frankfurt a. M.: Jüdischer Verlag.
- Arendt, H. (2020): *Wir Flüchtlinge.* Stuttgart: Reclam.
- Assion, H.-J. & Reinbold, H. (2011): Pharmakotherapie bei psychisch kranken Migranten. In: Machleidt, W. & Heinz, A. (Hrsg.): *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie: Migration und psychische Gesundheit.* S. 485–488. München: Elsevier.
- Bendau, A., Petzold, M. & Ströhle, A. (2022): Bewegung, körperliche Aktivität und Sport bei depressiven Erkrankungen. In: *NeuroTransmitter*, 33(1-2): 52–61.
- Bering, R. & Thüm, S. (2022): *Kompodium Traumafolgen: Verlauf, Behandlung und Rehabilitation der komplexen PTBS.* Stuttgart: Clett-Kotta.
- Bernstein, D. A. & Borkovec, T. D. (1992): *Entspannungs-Training: Handbuch der „progressiven Muskelentspannung“ nach Jacobsen.* München: Pfeiffer.
- Bion, W. R. (1962): *Learning from experience.* London: Heinemann.
- Cienfuegos, J. & Monelli, C. (1983): The testimony of political repression as a therapeutic instrument. In: *American Journal of Orthopsychiatry*, 53, 43–51.
- Crepaldi, G. (2022): *Containing.* Gießen: Psychosozial.
- Dumser, B., Werner, G. G. & Koch, Th. (2023): *Behandlung von Schlafstörungen nach Flucht- oder Migrationserfahrung: STARS – das Manual: Sleep Training adapted for Refugees.* Stuttgart: Schattauer.
- Dunemann, A., Weiser, R. & Pfahl, J. (2017): *Traumaisensibles Yoga – TSY: Posttraumatisches Wachstum und Entwicklung von Selbstmitgefühl.* Stuttgart: Klett-Cotta.
- Göpel, M. (2020): *Unsere Welt neu denken: Eine Einladung.* Berlin: Ullstein.
- Herbig, B., Dragano, N. & Angerer, P. (2013): Gesundheitliche Situation von langzeitarbeitslosen Menschen. In: *Dtsch Arztebl Int* 2013; 110(23-24): 413–9.

- Hirsch, M. (2022): Die Therapie als Beziehungsraum: Modifizierte psychoanalytische Traumatherapie. Gießen: Psychosozial.
- Höffe, O. (1999): Demokratie im Zeitalter der Globalisierung. München: Beck.
- Jordi, A. (2001): Körpertherapie mit gefolterten Menschen: vom Schmerz zur Beziehung. In: Traumatisierungen von Flüchtlingen und Asyl. S. 85–96. Zürich: Seismo.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2006): Selbstmanagement-Therapie: Ein Lehrbuch für die klinische Praxis. Heidelberg: Springer.
- Kapfhammer, H.-P. (2019): Pharmakotherapie der frühen posttraumatischen Krise, der Akuten und der Posttraumatischen Belastungsstörung. In: Handbuch der Psychotraumatologie. S. 963–983. Stuttgart: Clett-Kotta.
- Kohlenberger, J. (2022): Das Fluchtparadox. Wien: Kremayr & Scheriau.
- Levine, P. A. (2016): Trauma und Gedächtnis: Die Spuren unserer Erinnerung in Körper und Gehirn. München: Kösel.
- Lowen, A. (2002): Bioenergetik. Reinbek: Rowohlt.
- Luhmann, N. (1997): Die Gesellschaft der Gesellschaft. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Mönter, N. (2023): Religiöser Glaube und Spiritualität: Wandel und Vielfalt aus psychiatrischer und psychotherapeutischer Sicht. Stuttgart: Kohlhammer.
- Neuner, F., Catani, C. & Schauer, M. (2021): Narrative Expositionstherapie (NET). Göttingen: Hogrefe.
- Nowak, A.-C. & Hornberg, C. (2021): Die Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung von Geflüchteten in Deutschland – Erkenntnisse einer empirischen Analyse. In: Z'Flucht: Zeitschrift für Flucht- und Flüchtlingsforschung. Sonderband 1: Flucht und Gesundheit: Facetten eines interdisziplinären Zugangs. Hrsg. v. Nowak, A.-C. et al. S. 199–217.
- Petzold, H. (1993): Integrative Therapie: Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie. Band 3: Klinische Praxeologie. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, H. (1993b): Zeit, Zeitqualitäten, Identitätsarbeit und biographische Narration – Chronosophische Überlegungen. In: Ders.: Integrative Therapie: Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie. Band 1: Klinische Philosophie. S. 333–396. Paderborn: Junfermann.
- Priebe, K. & Dyer, A. (Hrsg.): Metaphern, Geschichten und Symbole in der Traumatherapie. Göttingen u.a.: Hogrefe.

Reddemann, L. (2001): Imagination als heilsame Kraft: Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren. Stuttgart: Pfeiffer, Klett-Cotta.

Regner (2017): Trauma-Neutralisierung: Ein Körperritual zur affektiven Entladung nach narrativer Exposition. In: Trauma & Gewalt, 11. Jg, Heft 1, S. 76–83.

Regner, F. (2008): Normatives Empowerment: Das Unrechtserleben bei politisch Traumatisierten aus der Sicht von Unterstützern im Therapieumfeld. Saarbrücken: VDM.

Rometsch, C., Denking, J. K., Engelhardt, M., Windthorst, P., Graf, J., Gibbons, N., Phuong, P., Zipfel, St. & Junne, F. (2020): Pain, somatic complaints, and subjective concepts of illness in traumatized female refugees who experienced extreme violence by the „Islamic State“ (IS). In: Journal of Psychosomatic Research, 130, S. 1–9.

Schmid, W. (1998): Philosophie der Lebenskunst. Eine Grundlegung. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

Stahlmann, K. (Hrsg.)(2018): Begegnungen mit Geflüchteten: Möglichkeiten der Gestalttherapie. Gevelsberg: EHP.

Stangier, U., Kananian, S., Hinton, D. E., Yehya, M. (2020): Kulturell adaptierte Verhaltenstherapie für Menschen mit Fluchterfahrung: Manual zur Stärkung von Resilienz und innerer Ausgeglichenheit. Weinheim: Beltz.

Stieglitz, R.-D. & Ahrens, B. (2012): Therapie- und verlaufsrelevante Faktoren psychischer Störungen. In: Freyberger, H. J., Schneider, W. & Stieglitz, R.-D. (Hrsg.): Kompendium Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Medizin. Bern: Huber.

Westergaard, M. L., Jensen, R. H. & Carlsson, J. (2023): Headache comorbidity in refugees and migrants with post-traumatic stress disorder. In: Cephalgia, 43(3), pp 1–16.



Dieses Projekt wird aus Mitteln des Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds und des Landes Brandenburg kofinanziert.