

Posttraumatische Belastungsstörung bei Migrant/-innen

Begleitung migrierter Menschen mit einem Kriegserlebnis

Bachelorarbeit

im Rahmen der Ausbildung zur Pflegefachfrau FH

von

Fischer Fabiola
Bachelor 2006 – 2009

Erstgutachterin: Anderes Bernadette

Hochschule für Gesundheit Freiburg
Studiengang Bachelor in Pflege

06. Juli 2009

ABSTRACT

Die Zahl der migrierten Menschen hat in der Schweiz in den vergangenen Jahren stark zugenommen. Viele der Migrationen entstanden dabei nicht aus freien Beweggründen, oftmals haben die Betroffenen vor, während oder nach der Migration Schreckliches erlebt. Das Risiko, an einer Posttraumatischen Belastungsstörung zu erkranken, wird durch Krieg, Folter und Flucht gesteigert. Bei einer Hospitalisation von Migrant/-innen besteht daher heutzutage eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, dass die Patient/-innen nebst dem Einweisungsgrund auch an einer Posttraumatischen Belastungsstörung leiden oder die Vulnerabilität dazu aufweisen. Die Symptome einer solchen Störung werden von Pflegenden nicht immer erkannt oder ihnen wird zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt, da die Erkrankung und ihre Folgen zu wenig bekannt sind. Dies kann zu falschen Therapieansätzen, Doktorshopping¹ oder zum vermehrten Drehtüreffekt² führen.

Die vorliegende systematische Literaturübersicht verhilft zu einem Überblick zum Thema „Migration im Schweizerischen Gesundheitswesen im Kontext Posttraumatischer Belastungsstörung“. Zur Beantwortung der dieser Arbeit zugrunde liegenden Fragestellung „Welches Wissen kann Pflegenden in der Begleitung von Migrant/-innen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung, ausgelöst durch Krieg, Folter und Flucht, helfen, um sie in der Bewältigung zu unterstützen“, werden 15 wissenschaftliche Studien/Artikel analysiert. Es werden pflegerische Ansätze aufgezeigt, welche den Pflegenden in der Begleitung von Migrant/-innen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung unterstützen sollen. Die Lösungsansätze dienen zur Anwendung in einem Akut- oder Langzeitspital.

¹ Aufsuchen von mehreren Ärzten, da verschriebene Behandlung keinen Erfolg erzielt

² Erneuter Spitaleintritt, z.B. aufgrund von zu früher Entlassung, falscher Behandlung, usw.

INHALTSVERZEICHNIS

ABBILDUNGSVERZEICHNIS	6
1. EINLEITUNG	7
1.1 Problembeschreibung	7
1.1.1 Allgemeine Problembeschreibung	7
1.1.2 Problembeschreibung aus der Sicht der Migrant/-innen	8
1.1.3 Problembeschreibung aus der Sicht der Pflegenden	9
1.1.4 Problembeschreibung aus der Sicht der Schweizerasylpolitik und Integration	10
1.2 Synthese der Problembeschreibung	11
1.3 Fragestellung der Arbeit	12
1.4 Ziele und Absichten	13
2. THEORETISCHER RAHMEN	14
2.1 Begriffserklärung	14
2.1.1 Begleitung	14
2.1.2 Bewältigung	14
2.1.3 Flucht	14
2.1.4 Folter	14
2.1.5 Krieg	15
2.1.6 Migrant/-innen	15
2.1.7 Pflegende	15
2.1.8 Posttraumatische Belastungsstörung	15
2.1.9 Wissen	15
2.2 Auswirkungen von Krieg, Folter und Flucht	15
2.2.1 Physische und psychische Symptome von Trauma	16
2.3 Posttraumatische Belastungsstörung	16
2.3.1 Definition	17
2.3.2 Ursachen	17
2.3.3 Risikofaktoren	17
2.3.4 Symptome	18
2.3.5 Diagnostik	19
2.3.6 Therapie	20
2.3.6.1 Psychotherapie	20
2.3.6.2 Pharmakologische Therapie	21
2.4 Modelle der Bewältigung	22
2.4.1 Transaktionales Stressmodell nach Richard S. Lazarus	22
2.4.2 Salutogenese und Kohärenzsinn nach Aaron Antonovsky	22
2.5 Synthese der Modelle	23
3. METHODE	25
3.1 Ablauf der Literatursuche	25
3.2 Suchbegriffe und Suchkriterien	25
3.2.1 Ein- und Ausschlusskriterien	26
3.2.2 Auswahl und Anzahl der gefundenen Literatur	27
3.3 Beurteilung und Bewertung der Literatur	28
3.4 Ethische Überlegungen	30

4.	ERGEBNISSE.....	31
4.1	Allgemeine Bemerkungen.....	31
4.2	Copingstrategien.....	32
4.3	Evidente Interventionen.....	33
4.4	Kompetenzen der Pflegenden.....	36
4.4.1	Pflege und Betreuung bei traumatisierten Patient/-innen.....	36
4.4.2	Sekundäre Traumatisierung bei den Pflegenden.....	37
5.	DISKUSSION.....	39
5.1	Beurteilung der Validität.....	39
5.1.1	Beurteilung der Validität der integrierten Literatur.....	39
5.1.2	Beurteilung der Validität der systematischen Literaturübersicht.....	40
5.2	Allgemeine Bemerkungen.....	40
5.3	Copingstrategien.....	41
5.4	Evidente Interventionen.....	42
5.5	Kompetenzen der Pflegenden.....	44
5.5.1	Pflege und Betreuung bei traumatisierten Patient/-innen.....	44
5.5.2	Sekundäre Traumatisierung bei den Pflegenden.....	45
5.6	Achtung der Transkulturalität.....	45
6.	SCHLUSSFOLGERUNGEN.....	47
6.1	Allgemeine Bemerkungen.....	47
6.2	Konsequenzen für die Praxis.....	47
6.2.1	Beantwortung der Fragestellung.....	48
6.3	Empfehlungen für die Implementierung der Ergebnisse in die Praxis.....	49
7.	LERNPROZESS.....	51
7.1	Lernprozess zu der Thematik.....	51
7.2	Lernprozess zum Forschungsprozess und methodologischen Vorgehen bei der Erstellung der systematischen Literaturübersicht.....	51
8.	LITERATURVERZEICHNIS.....	53
9.	ANHANG.....	57
9.1	Anhang A.....	57
	Anteil der Ausländer/-innen an der gesamten Wohnbevölkerung in der Schweiz.....	57
9.2	Anhang B.....	58
	Diagnostische Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung - stichwortartige Aufführung (DSM-IV).....	58
9.3	Anhang C.....	59
	Bewältigungsprozess nach Richard S. Lazarus.....	59
9.4	Anhang D.....	60
	Beurteilungsraster nach Behrens & Langer.....	60
9.5	Anhang E.....	64
	Beurteilung der Literatur.....	64
9.6	Anhang F.....	67
	Überblick der ausgewählten Literatur.....	67
9.7	Anhang G.....	68
	Diagnostische Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung nach ICD-10 & DSM-IV.....	68

9.8	Anhang H.....	70
	Bewertungsskalen der Beurteilungsbogen.....	70
9.9	Anhang I	71
	Einteilung der gefundenen Literatur nach Noten.....	71
9.10	Anhang J	72
	Das Konzept der transkulturellen Kompetenz nach D. Domenig (2007)	72
9.11	Anhang K.....	74
	Die 6 Schritten der EBN-Methode.....	74
9.12	Anhang L	75
	Zusammenfassungen der Literatur	75
9.13	Anhang M	106
	Selbstständigkeitserklärung	106

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abb. 1: Psychotherapie – Rekonstruktion der grundlegenden Bedingungen	20
Abb. 2: Transkulturelle Kompetenzen	72
Abb. 3: Die 6 Schritte der EBN-Methode.....	74

1. EINLEITUNG

Die vorliegende systematische Literaturübersicht setzt sich mit der Thematik „Wissen bezüglich der Begleitung von Migrant/-innen mit einer Posttraumatische Belastungsstörung“ auseinander. Dazu wird in der Einleitung die allgemeine Problematik aus verschiedenen Sichtweisen geschildert. Im zweiten Kapitel werden die theoretischen Inhalte der Arbeit näher erläutert. Das Kapitel 3 beschäftigt sich mit der Methodik welche den Ablauf und das Vorgehen der systematischen Literaturübersicht aufgezeigt. Weiter werden die Ergebnisse der gefundenen Literatur dargelegt wie auch im fünftel Kapitel kritisch diskutiert. Zum Ende wird eine Schlussfolgerung bezüglich der Ausgangsfrage erstellt und der durchlaufene Lernprozess aufgezeigt.

1.1 Problembeschreibung

Die Ausgangslage der Arbeit beinhaltet die Begleitung von Migrant/-innen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung, ausgelöst durch Krieg, Folter und Flucht. Im ersten Teil dieses Kapitels wird die Problembeschreibung der Migration anhand von Zahlen und Fakten erläutert. Zweitens wird die Problembeschreibung aus der Sicht der Migrant/-innen, aus der Sicht der Pflegenden in Schweizer Spitälern und aus der Sicht der Schweizerasylpolitik und Integration erläutert. Zum Schluss wird auf die Fragestellung und auf die Ziele und Absichten der systematischen Literaturübersicht eingegangen. Dies erlaubt dem Leser, einen ersten Einblick in die vorhandene Problematik zu erlangen.

1.1.1 Allgemeine Problembeschreibung

Die Medien berichten seit Jahren tagtäglich über Krieg – ein allgegenwärtiges Weltthema. Kriege wie der Somalische Bürgerkrieg (1988/1991), der Jugoslawienkrieg (1991-2001), der Eritrea-Äthiopien Krieg (1998-2000), der Irakkrieg (2003) und der seit 2003 bis heute andauernde Kivu-Krieg im Kongo sind nur einige unter vielen, welche tausende von Opfer und Flüchtlinge forderten (Wikipedia, 2008). Durch die Kriege ausgelöst, entstanden in der Zeitspanne von 1990-2004 Flüchtlingsströme, welche auch die Schweiz erreichten. Das Bundesamt für Statistik (2007) zeigt auf, dass in diesen Jahren die Zahl der Asylaufnahmeverfahren, in der Schweiz drastisch angestiegen sind (z.B. Jugoslawienkrieg [1998] 36'857 Personen, Irakkrieg [2003] 3'829 Personen, usw.). Daraus lässt sich schliessen, dass heute eine grosse Zahl migrierter Menschen, durch den Krieg vertriebene Opfer, in der Schweiz leben³.

³ Anhang A: Anteil der Ausländer/-innen an der gesamten Wohnbevölkerung in der Schweiz

Krieg bedeutet nicht nur Vertriebene, sondern auch betroffene Menschen. Viele Personen werden zum Beispiel (z.B.) aufgrund ihrer politischen Meinung gefangen genommen und gefoltert. Amnesty International (nicht datiert [n.d.]) geht davon aus, dass heute in rund 144 Ländern Menschen durch Regierungen und Behörden gefoltert werden und dass in den vergangenen Jahren in 80 Staaten der Welt Menschen durch Folterung gestorben sind. Das Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer in Wabern bei Bern zeigt auf, dass jährlich rund 350 Patient/-innen aufgrund von traumatischer Ereignisse, ausgelöst durch Krieg, behandelt und bis zu 3'000 Konsultationen durchgeführt werden (Bachl, 2008). In den Jahren 1991-2001 stammten die Patient/-innen meist aus Ex-Jugoslawien. Heute sind es vorwiegend Menschen aus der Türkei, dem Irak, Iran, aus Afghanistan und aus anderen afrikanischen Staaten. Die Menschen, welche das Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer aufsuchen, weisen in den meisten Fällen folgende Symptome auf: somatische Schmerzen, Panikattacken, Depression und soziale Isolation. Dies sind nur einige von vielen Symptomen, welche auf eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) hinweisen können (Moser, 2007). Die PTBS unterscheidet sich von anderen Stressreaktionen (z.B. der Akuten Belastungsstörung) dadurch, dass die Symptome länger als vier Wochen anhalten. Auslöser für eine PTBS sind unfassbare traumatische Erlebnisse, welche nicht oder nur ungenügend verarbeitet werden konnten und daher nur schwer ins Leben integrierbar sind (Moser, 2007). So weisen Migrant/-innen, aufgrund ihrer Vergangenheit, eine erhöhte Vulnerabilität auf, was die Wahrscheinlichkeit an einer PTBS zu erkranken erhöht.

1.1.2 Problembeschreibung aus der Sicht der Migrant/-innen

Laut der Studie von Wicker (1993, zitiert nach Frey, 2004) geht man davon aus, dass rund ein Viertel aller anerkannten Flüchtlinge in der Schweiz zuvor gefoltert wurden. Folter stellt für einen Menschen ein Ereignis dar, welches zu einer seelischen Traumatisierung führen kann. Jedoch nicht nur die Folter selbst, sondern auch die kriegsbedingte Flucht versetzt Menschen in kritische Lebenssituationen (Frey, 2004). Nicht verarbeitete kritische Lebensereignisse rufen ein seelisches Ungleichgewicht hervor, wodurch eine psychische Dekompensation entsteht. Dies erhöht die Gefahr, an einer PTBS zu erkranken (Frey, 2004).

Die Nachkriegszeit im Exil, wird von vielen Menschen als „das Paradies nach der Hölle des Krieges“ wahrgenommen (Moser, 2004, S. 198). Jedoch birgt das vermeintliche Paradies auch viele Tücken. Fehlende Sprachkenntnisse, keine klare Tagesstrukturen aufgrund fehlender Erwerbssituation und ein ungewisser Aufenthaltsstatus im Aufnahmeland, erschweren die Wiedereingliederung ins Leben nach dem Krieg (Moser, 2004). Das Asylverfahren stellt für viele

Migrant/-innen ein „undurchschaubares Buch“ dar. Asylbewerber müssen viele Befragungen über sich ergehen lassen, wodurch erlebte Traumatisierungen wieder wachgerufen werden. Und auch noch dann, wenn diese Strapazen durchgestanden sind, müssen Flüchtlingsmigrant/-innen mit der täglichen Angst leben, unerwartet in ihr Herkunftsland ausgeschafft zu werden. Für die Menschen entsteht ein Gefühl der Instabilität. Die Ereignisse vor, während und nach der Traumatisierung kumulieren sich und bergen die Gefahr einer sequentiellen Traumatisierung⁴. Die Studie von Grass (2003, zitiert nach Frey, 2004) zeigt auf, dass eine solche Situation häufig einen Zustand der Unsicherheit und Erschöpfung mit vielfältigen somatischen, psychosomatischen und psychischen Beschwerden auslösen kann.

Menschen mit einem Kriegserlebnis weisen oft Symptome wie ängstliche Übererregung und Anspannung, wiederholte Erinnerungen in der Form von Flashbacks und Alpträumen wie auch das Verdrängen des Erlebten auf. In der psychiatrischen Diagnostik weisen diese Zeichen oftmals auf eine PTBS hin (Frey, 2007). Unbehandelt geraten diese Menschen in einen „Teufelskreis“, welcher sie im Alltag stark einschränkt. Dem könnte jedoch mit einer spezifischen Therapie, welche auf die Erlebnisse der Migrant/-innen ausgerichtet ist, entgegen gewirkt werden.

Aus der Sicht der Migrant/-innen ist es daher umso wichtiger, dass ihnen beim Verarbeiten des Erlebten geholfen wird, damit sie wieder Zukunftsperspektiven gewinnen und sie sich an ihrem neuen Lebensort integrieren können.

1.1.3 Problembeschreibung aus der Sicht der Pflegenden

Die Pflegenden werden in den Schweizer Spitälern immer mehr mit Migrant/-innen konfrontiert, als dies vor 20 Jahren noch der Fall war. Diese Betreuung stellt die Pflegenden vor grosse Herausforderungen, denen sie sich nicht immer gewachsen fühlen.

Vor allem im Bezug auf die Pflege von Kriegs- und Folteropfer fühlen sich die Pflegefachpersonen oftmals überfordert. Auch wenn die Folgen von Krieg, Folter und Flucht unbestritten sind, ist das Wissen über den Umgang mit diesen Menschen nur ungenügend verbreitet (Frey, 2004). Die Pflegenden fühlen sich daher in solchen Situationen oftmals nicht genügend kompetent und erfahren, wie auch emotional überfordert. Jedoch nicht nur das mangelnde Wissen über den Umgang mit dieser Patientengruppe, sondern auch die möglichen physischen und psychischen Erkrankungen, welche diese mit sich bringen, stellt im Spitalalltag ein Problem dar. Gelegentlich werden Symptome der Patient/-innen von den Pflegenden nicht wahrgenommen oder falsch interpretiert. Dies hat zur Folge, dass die Betroffenen nicht die

⁴ Traumatisierung aufgrund von mehreren, aufeinanderfolgenden Traumata (≈ kumulierte Traumatisierung)

Behandlung erhalten, welche sie benötigen. Ein weiteres Problem stellen die fehlenden Sprachkompetenzen beziehungsweise (bzw.) Sprachvermittlungen dar (Frey, 2004). Eingeschränkte Kommunikationsmöglichkeiten erschweren den Austausch zwischen Pflegefachpersonen und Patient/-innen, wichtige Informationen können dabei verloren gehen. Die Gefahr von Unzufriedenheit und Stress erhöht sich seitens beider Parteien. Auch wenn die Möglichkeiten für eine professionelle Übersetzung vorhanden wären (Caritas, 2008), werden sie teils von den Institutionen nur spärlich oder ungenügend genutzt. Gesamthaft werden die Pflegenden in ihrer Akzeptanz und ihrer Haltung gegenüber dieser Patientengruppe vor eine neue Herausforderung gestellt. Der Umgang mit unbekanntem Kulturen erweist sich als eine schwer zu bewältigende Schwierigkeit (z.B. fremde Bräuche und Sitten, Spiritualität der Patient/-innen, Haltung gegenüber Umgang mit Krankheit & Gesundheit, Rolle der Familie, und so weiter [usw.]). Wenn die Patient/-innen Mühe aufweisen, sich an die Tagesstrukturen der Abteilung anzupassen, stossen die Pflegenden in der Beziehung zu Ihnen oftmals an ihre Grenzen, wobei der „kranke Patient“ zum „schwierigen Patient“ wird (Käppeli, 2004). Die Gefahr von Rassismus und Stereotypus ist in einem solchen Moment stark erhöht. Im Verhältnis zu Schweizer Patient/-innen neigen Pflegenden dazu, nach Erklärungen für das „unangepasste“ Verhalten zu suchen, wogegen Verhaltensauffälligkeiten ausländischer Patient/-innen auf kulturbedingte Ursachen zurück geführt werden (Nationalität, ethnischen Zugehörigkeit) erklärt wird (Käppeli, 2004). Ein wichtiges Ziel für die Zukunft in der Pflege mit dieser Klientel ist, auch diese Gruppe von Menschen individuell nach ihren Bedürfnissen zu pflegen. Denn die wahre individuelle Pflege geht von der Identität des Menschen aus, und nicht von seiner Nationalität (Käppeli, 2004).

Grob zusammengefasst haben diese Problematiken nicht nur Auswirkungen auf den Genesungsprozess der Patient/-innen, sondern auch auf die Arbeitszufriedenheit des Pflegefachpersonals, wie auch auf die Kosten des schweizerischen Gesundheitswesens, Tendenz steigend (Frey, 2004). Der Bund ist aufgrund dieser vorliegenden Situation bemüht, den Zugang zur Gesundheitsversorgung für die oben genannte Klientel in den kommenden Jahren zu verbessern, da der Migrationszustrom auch zukünftig ein aktuelles Thema sein wird (Domenig, 2007).

1.1.4 Problembeschreibung aus der Sicht der Schweizerasylpolitik und Integration

Der Begriff „Flüchtling“ wurde im Jahr 1951 in den UNO-Flüchtlingskonventionen (United Nation Organization) definiert und ist für die Schweiz wie für alle weiteren Vertragsstaaten verbindlich. Als Flüchtling bezeichnet wird, „wer in seinem Heimatland aufgrund von Ethnie, Religion, Nationalität, Geschlecht, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen

politischen Anschauungen verfolgt wird und deshalb aus diesem Land fliehen muss“ (Maier, 2007, zitiert nach Maier & Schnyder, 2007, S. 221). Die Aufnahmeländer sind dazu verpflichtet, einem Flüchtigen Schutz und Aufenthalt zu gewähren. Um zu überprüfen, ob jemand die Anforderungen als Flüchtling erfüllt oder aus anderen Gründen die Heimat verlassen hat (z.B. aufgrund schlechter Arbeitsbedingungen, Armut, usw.), müssen die Antragsteller ein formelles Prüfverfahren durchlaufen, das so genannte Asylverfahren. Es beinhaltet im Wesentlichen eine Befragung zu den Gründen und Umständen, weshalb der Antragsteller zur Flucht gezwungen wurde. Das Asylverfahren dient zur juristischen Einschätzung der Person, denn die gesundheitlichen (psychischen) Aspekte spielen in der Flüchtlingsdefinition keine Rolle (Maier, 2007, zitiert nach Maier et al., 2007).

Bei Menschen, die während des Asylverfahrens bereits an einer Traumatisierung leiden, zeigen sich Schwierigkeiten, das Erlebte im Detail wiederzugeben. Die Schilderungen sind oftmals verzerrt, unlogisch und lückenhaft (Maier, 2007, zitiert nach Maier et al., 2007). Dies führt zu widersprüchlichen und ungläubigen Aussagen, was den Asylentscheid negativ beeinflusst.

Bei einem positiven Asylentscheid ist für die Betroffenen eine erste Hürde genommen. Der Aufnahmeentscheid stellt für die Flüchtlinge die einzige Möglichkeit dar, einen legalen Aufenthaltsstatus zu erlangen. Jedoch erschwert die gesellschaftliche Stigmatisierung (unter anderem) die soziale Integration und errichtet neue Barrieren (Spracherwerb, Kennenlernen von Bräuchen & Sitten, Ausbildung, Arbeitssuche, Geldverdienen, Aufbau eines sozialen Netzes, usw.) (Maier et al., 2007). Flüchtlinge sehen sich in den Aufnahmeländern mit Fremdenfeindlichkeit, Arbeitslosigkeit, Marginalisation⁵ und Diskriminierung konfrontiert. Spätestens hier stellt sich eine Ernüchterung ein und das Zielland der Träume führt erneut zu traumatischen Erlebnissen. Der gesellschaftliche Eingliederungsprozess birgt neue Risiko- und Ereignisfaktoren und die Gefahr einer Traumatisierung ist erneut gegeben (post-traumatische Risikofaktoren, z.B. Mangel an sozialem Support, usw.; prä-traumatische Risikofaktoren, z.B. tiefer sozi-ökonomischer Status, usw.; wie auch Ereignisfaktoren wie z.B. Angst zu sterben, usw.) (Maier et al., 2007).

1.2 Synthese der Problembeschreibung

Wie das Bundesamt für Statistik (2007) aufzeigt, ist der Zuwachs von Menschen aus Kriegsgebieten ein alltägliches Szenario. Jeder Geflüchtete bringt eine Vergangenheit mit sich, welche ihn in seinem „neuen“ Leben weiterbegleitet. Einige dieser Erinnerungen (z.B. Folter, Tod von Angehörigen, usw.) lassen sich nur schwer ertragen und schränken die betroffenen

⁵ „Existenz am Rande einer sozialen Gruppe, Klasse oder Schicht“ (DUDEN, 1990)

Menschen in ihrer neuen Umgebung stark ein. Auch beinhaltet die neue Umgebung neue Schwierigkeiten (z.B. keine Arbeitsmöglichkeit, fehlende Sprachkenntnisse, usw.), welche die Integration ins Aufnahmeland erschweren. Daher ist es für die Pflegenden wichtig, über die entsprechenden Fachkenntnisse zu verfügen um Patient/-innen mit ausländischem Hintergrund angemessen zu betreuen und zu pflegen. Das Behandeln von offensichtlichen Symptomen (chronischen Rückenschmerzen, Schlafstörungen, usw. aufgrund von Traumatisierungen) verspricht nur eine kurzfristige Linderung der Beschwerden. Wichtig ist es, die Ursachen der Symptome zu erkennen und eine angemessene Therapie einzuleiten. Das Spitalpersonal ist gezwungen, vor allem in Institutionen wo man regelmässig auf diese Klientel trifft, über kulturspezifische Kompetenzen und über fachspezifisches Wissen in Bezug auf das Krankheitsbild der Posttraumatischen Belastungsstörung, geschult zu sein. Nur so wird die Pflege dieser Klientel gerecht. Auch im Bezug auf die Asylpolitik müssen neue Kompetenzen angestrebt werden, damit im Asylsuchenden nicht nur ein Mensch gesehen wird, welcher politischen Schutz benötigt, sondern auch ein Mensch, welcher eine Vergangenheit mit sich bringt, die es im Aufnahmeland und somit in seinem neuen Leben zu integrieren bedarf. Bei einer mangelhaften Integration besteht die Gefahr, dass die Anpassung an die neue Kultur und Umgebung scheitert. Um weiterführende Probleme (z.B. nicht erkennen einer Traumatisierung und deren Folgeerkrankungen) zu vermeiden, müssen Migrant/-innen von Anfang an in der Integration und in der Verarbeitung ihrer Vergangenheit begleitet werden.

Zusammengefasst muss ein allgemeines Umdenken stattfinden, um allen drei Parteien (Sichten der Problembeschreibung) gerecht zu werden. Denn nur so vermag eine erfolgreiche Integration der Migrant/-innen realisiert zu werden, was folglich auch eine Reduktion „typischer Integrationsprobleme“ begünstigen würde.

1.3 Fragestellung der Arbeit

Die Problembeschreibung zeigt auf, dass sich bei Migrant/-innen, welche schreckliche Erlebnisse erfahren haben, eine PTBS entwickeln kann. In der heutigen Zeit besteht daher für Pflegende eine erhöhte Wahrscheinlichkeit, mit solchen Patient/-innen im Spital in Kontakt zu kommen. Aus diesem Grund wird in dieser Arbeit folgende Fragestellung bearbeitet: Welches Wissen kann Pflegenden in der Begleitung von Migrant/-innen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung, ausgelöst durch Krieg, Folter und Flucht, helfen, um sie in der Bewältigung zu unterstützen?

1.4 Ziele und Absichten

Ziel der Arbeit ist es, anhand von 15 wissenschaftlichen Studien/Artikeln das Hintergrundwissen zu der Posttraumatischen Belastungsstörung, ausgelöst durch Krieg, Folter und Flucht, darzulegen und Lösungsansätze für die Begleitung/Betreuung solcher Menschen, die in einem Akut- oder Langzeitspital hospitalisiert sind, aufzuzeigen. Die Lösungsansätze beziehen sich dabei auf die Bewältigung des Erlebten. Wichtig dabei ist, dass die Ansätze im Pflegealltag einer nicht psychiatrischen Abteilung angewendet werden können.

2. THEORETISCHER RAHMEN

Im theoretischen Überblick der Arbeit werden zum Beginn die Begriffe der Fragestellung genau definiert. Weiter werden die Auswirkungen von Krieg, Folter und Flucht aufgezeigt, wie auch die dazugehörigen Symptome eines Traumas. In Verbindung damit wird auf die Erkrankung der Posttraumatischen Belastungsstörung eingegangen. Im letzten Teil des theoretischen Überblicks wird das Transaktionale Stressmodell nach Richard S. Lazarus und die Salutogenese & der Kohärenzsinn nach A. Antonovsky näher dargelegt. Beide Konzepte werden anhand einer Synthese mit der Thematik verknüpft.

2.1 Begriffserklärung

Zur näheren Verständigung werden die in der Fragestellung genannten Begriffe nun näher erläutert:

2.1.1 Begleitung

Eine Begleitung beinhaltet Interventionen auf physischer, psychischer, sozialer und kultureller Ebene (Moser, 2007). Dabei wird spezifisches Wissen bezüglich PTBS und Migration vorausgesetzt, um eine adäquate Pflege zu gewährleisten.

2.1.2 Bewältigung

Copingprozess (Bewältigungsprozess): hier wird Schritt für Schritt versucht, das Erlebte zu verstehen und in die eigene Biografie zu integrieren. Ziel dabei ist es, mit der Zeit die Bedeutung und den Sinn des Erlebten wieder zu finden (Moser, 2007).

2.1.3 Flucht

Ungeordnete, teilweise panische Zurückweisung aufgrund von Furcht vor Verfolgung z.B. wegen Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer sozialen Gruppe oder politischer Überzeugung (Kälin, Müller & Wyttenbach, 2008).

2.1.4 Folter

„Jede Handlung, durch die eine Person vorsätzlich grosse körperliche oder seelische Schmerzen oder Leiden zugefügt wird (z.B. um von ihr oder einem Dritten eine Aussage oder ein Geständnis zu erlangen, um sie für eine tatsächliche oder mutmassliche von ihr oder einem Dritten begangene Tat zu bestrafen, ...)“ (UNO, 1987, zitiert nach Moser, 2007, S. 524).

2.1.5 Krieg

„Mit Waffengewalt geführte Auseinandersetzung zwischen Staaten oder Völker bzw. zwischen Bevölkerungsgruppen innerhalb eines Staates (Bürgerkrieg). Kriegsursachen und -ziele sind politischer, wirtschaftlicher, ideologischer und militärischer Natur“ (Microsoft, 1997).

2.1.6 Migrant/-innen

Menschen, welche aus verschiedensten Gründen (z.B. Asylmigration, Arbeitsmigration, Heiratsmigration, Prostituiertenmigration, ...) nicht in ihrem Heimatland leben (Wicker, 2007).

2.1.7 Pflegende

Diplomierte Pflegefachpersonen (Fachhochschule [FH], Höhere Fachschule [HF], Diplomniveau I [DN I] & Diplomniveau II [DN II], Allgemeine/Akute Krankenpflege [AKP]), welche über eine 3-jährige bzw. eine 4-jährige Pflegeausbildung verfügen.

2.1.8 Posttraumatische Belastungsstörung

Die International Classification of Diseases-10 (ICD-10) definiert die PTBS als „Eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypigen Ausmasses [...], die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“ (World Health Organization [WHO], 1992, zitiert nach Maier et al., 2007, S. 60).

2.1.9 Wissen

„Gesamtheit aller organisierten Informationen mitsamt ihrer wechselseitigen Zusammenhänge, auf deren Grundlage ein (vernunftbegabtes) System handeln kann“ (Woxikon, 2008).

2.2 Auswirkungen von Krieg, Folter und Flucht

„Gewalt durch Folter und Krieg liegt weit ausserhalb jeglicher „Normalität“ und Vorstellung und gehört damit zu jenen kritischen Lebensereignissen, die als Trauma bezeichnet werden“ (Schweizerisches Rotes Kreuz [SRK], 2008, S 23).

ICD-10 definiert Trauma wie folgt: „Ein Trauma ist ein kurzes oder lang anhaltendes Ereignis oder Geschehen von aussergewöhnlicher Bedrohung oder mit katastrophalem Ausmass, welches nahezu bei jedem Menschen eine tief greifende Verzweiflung auslösen würde“ (SRK, 2008, S. 23). Ein Trauma kann somit ausgelöst werden, indem man vom Ereignis direkt betroffen ist, man Zeuge dieses Ereignisses wurde oder durch Erzählungen von Dritten (SRK, 2008). Die Definition von Trauma nach ICD-10 ist jedoch kritisch zu betrachten, da die verschiedenen Formen von

Trauma nicht unterschieden werden. Ausschlaggebend für die Einstufung eines Traumas sind Ursachen, Dauer und subjektives Erleben. Die Ursachen werden zwischen zufällig (z.B. Unfall) und absichtlich (z.B. Vergewaltigung) unterschieden. Bei der Dauer differenziert man zwischen einmaligen (z.B. Naturkatastrophe), anhaltenden und sich wiederholenden Ereignissen (z.B. Kindsmisshandlung). „Folter und Kriegserlebnisse sind daher im Bereich der menschlichen und absichtlich verursachten und langfristigen, kumulativen traumatischen Ereignisse einzuordnen“ (SRK, 2008, S. 23).

2.2.1 Physische und psychische Symptome von Trauma

Menschen, welche Gewalt im Krieg, durch Folter und auf der Flucht erlitten, zeigen oft typische psychische und somatische Störungen auf. Dazu eine Auswahl nach Maier et al. (2007, S. 56) und SRK (2008, S. 26-27):

- *Psychische Störungen:* Depression, Numbing⁶, Angst, Suchtverhalten, sozialer Rückzug, Persönlichkeitsveränderungen, usw.
- *Physische Störungen:* Folgeschäden durch ehemalige Frakturen, Narben, Zahnschäden und fehlende Zähne, Chronische Schmerzen (Kopf, Rücken, Füße, Beine, ...), Gehstörungen (ausgelöst durch „Falakka⁷“), usw.

Die Symptome können über Jahre hinweg für die betroffenen Personen gut „ertragbar“ sein, sie leben mit ihnen und werden damit im Alltag nicht beeinträchtigt. Jedoch können die Symptome Schritt für Schritt „überhand“ von der Person ergreifen, beginnend mit leichten Beschwerden, welche sich mit der Zeit kumulieren. Auch kann ein plötzliches banales Ereignis wie z.B. ein bestimmter Geruch, ein Gesicht welches Jemandem aus der Vergangenheit ähnelt, usw. die erlebte Traumatisierung in der Person wieder hervorrufen. Ist der Betroffene nicht fähig, die Ereignisse aus der Vergangenheit in sein Leben einzuordnen, besteht oftmals die Gefahr an einer PTBS zu erkranken.

2.3 Posttraumatische Belastungsstörung

Die PTBS ist bezüglich dieser Arbeit von Relevanz, da sie bei Überlebenden von Krieg, Folter und Flucht sehr häufig diagnostiziert wird (Moser, 2007).

Im nun folgenden Abschnitt wird das Krankheitsbild genauer dargestellt.

⁶ Abgestumpftheit

⁷ Folterform mit Schlägen auf die Fußsohlen

2.3.1 Definition

Nach ICD-10 wird die PTBS wie folgt definiert: „PTBS, F43.1 eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmasses [...], die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde“ (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information [DIMDI], 1994, S.353).

2.3.2 Ursachen

Die Ursachen bei einer PTBS ist das Erleben traumatischer Ereignisse, welche der Mensch nicht in sein Leben einordnen kann. Der Ausbruch der Erkrankung kann daher schon vor Kriegsausbruch beginnen, wenn die Lebensbedingungen im Alltag anfangen, sich zu verschlechtern (prätraumatische Lebensumstände) (Maier et al., 2007). Es gibt keinen gewohnten Tagesrhythmus mehr, der Alltag kann von Hunger, Angst oder Diskriminierung geprägt werden. Eine weitere Ursache für eine PTBS kann die Zeit während des Krieges sein. Durch Flucht oder Gefangenschaft (eventuell [evt.] in Zusammenhang mit Folter) werden die Lebensumstände eines Menschen weiter irritiert. Davon Betroffene werden mit Situationen konfrontiert, welche für sie unverständlich sind. Für jene Personen, welche in ein anderes Land flüchten konnten, besteht weiter die Gefahr einer Traumatisierung durch das Asylverfahren und die Integration ins Aufnahmeland (Maier et al., 2007). Die schwierigen Bedingungen des Asylaufnahmeverfahrens vermitteln den Antragstellern oftmals den Eindruck, im Aufnahmeland nicht erwünscht zu sein. Diese Unerwünschtheit bleibt oft auch noch nach einem positiven Asylentscheid bestehen, was die Integration in die neue Gesellschaft erschweren kann. Zusammengefasst sind die Ursachen einer PTBS in den individuellen Erlebnissen vor, während und nach einem Kriegsgeschehen zu suchen. Welches der Ereignisse schlussendlich Auslöser für die Erkrankung ist, ist von Mensch zu Mensch aufgrund individueller biografischer Erfahrung verschieden (Maier et al., 2007).

2.3.3 Risikofaktoren

Nach Meyer und Steil (1998, zitiert nach Anderes, 2003) werden die Risikofaktoren in prä-traumatische Risikofaktoren, Ereignisfaktoren und post-traumatische Risikofaktoren eingeteilt. Dazu einige Beispiele:

- *Prä-traumatische Risikofaktoren:* Vorhandener Lebensstress, psychiatrische familiäre Vorbelastung, psychiatrische Anamnese (besonders Depression), frühere erlebte Trauma oder PTBS, Mangel an Bildung, tiefe Intelligenz, tiefer sozi-ökonomischer Status, usw.

- *Ereignisfaktoren*: Schwere des Traumas (inklusive [inkl.] subjektive Einschätzung des Betroffenen), Wahrnehmung der Lebensbedrohung, Angst zu sterben, Kontrollierbarkeit der Situation, usw.
- *Post-traumatische Risikofaktoren*: Mangel an sozialem Support, alleine oder getrenntes Leben (z.B. Nicht-Verheiratete, usw.), Vermeidungscoping, Grübeln, anhaltende Gesundheitsprobleme, schwierige Lebensbedingungen (z.B. Wohnverhältnisse), usw.

Die Einschätzung der Risikofaktoren zur Entwicklung einer PTBS ist von grosser Wichtigkeit, da nicht jede Person, welche eine Traumatisierung erlebte, eine PTBS entwickelt. Die individuelle Erfassung der Risikofaktoren ist daher wichtig, damit eine PTBS frühzeitig erkannt werden kann (Meyer et al., 1998, zitiert nach Anderes, 2003). Auch spielen die *Schutzfaktoren* eine grosse Rolle, denn sie verhindern den Ausbruch einer PTBS trotz erlebten Traumas. Dazu gehören: Hohes Kohärenzgefühl, soziale Unterstützung durch Familie und Freunde, gute Copingstrategien, usw. (Maercker, 1997, zitiert nach Anderes, 2003).

2.3.4 Symptome

Die Leitsymptome einer PTBS sind die folgende:

- *Erinnerungssymptome*: „Das Trauma wird in belastender Weise immer wieder erlebt (Intrusion) in sich aufdrängenden, überflutenden Erinnerungen, im Handeln oder Fühlen, als ob das Ereignis wieder gegenwärtig wäre. Die Intrusion kann in Form von Nachhallerinnerungen oder Flashbacks, in Alpträumen sowie in dissoziativen Bewusstseinszuständen auftreten“ (SRK, 2008, S.25).
- *Vermeidungssymptome*: „Die Symptome der Vermeidung und Intrusion wechseln sich in einem zweiphasigen Grundmuster ab. Die Vermeidung dient zunächst als Schutz vor den überschwemmenden destruktiven Erinnerungen, trägt langfristig aber zu einem chronischen Verlauf bei. Zu den Kernsymptomen der Vermeidung gehören Rückzug, Interesselosigkeit, Erstarrung, emotionale Distanzierung, dissoziatives Ausblenden respektive Wegtreten“ (SRK, 2008, S. 25).
- *Übererregungssymptome*: „Die gesteigerte vegetative und motorische Übererregtheit mit erhöhter Vigilanz, Schreckhaftigkeit, Panik und Schlaflosigkeit ist eine Folge des ständigen Wechsels zwischen den Extremzuständen der Intrusion und Vermeidung“ (SRK, 2008, S. 25).

2.3.5 Diagnostik

Nach ICD-10 (DIMDI, 1994) werden die Folgeerkrankungen von Trauma in die drei nachstehenden Kategorien eingestuft: 1. akute Belastungsstörung (F43.0), 2. posttraumatische Belastungsstörung (F43.1), 3. anhaltende Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastungen (F62.0). Die drei Kategorien unterscheiden sich hauptsächlich durch die Intensität und Dauer der Symptome (Aufreten der Symptome innerhalb von vier Wochen [1.], Inhalten der Symptome länger als vier Wochen [2.], bestehen der Symptome länger als zwei Jahre [3.]).

Zur spezifischen Diagnostizierung einer PTBS dienen die folgenden diagnostischen Kriterien nach DSM-IV (Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorder-IV): A. Stressor, B. Widererleben des Traumas, C. Vermeidung und abflachende Reagibilität, D. Erregung⁸. Eine PTBS liegt dann vor, wenn die Symptome von B – D länger als einen Monat anhalten. Die Beeinträchtigung muss dabei in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen auftreten (Sass, Wittchen et al. 1998, zitiert nach Domenig, 2007).

Das Diagnostik-Konzept der PTBS ist jedoch mit Vorsicht zu geniessen, da es einzelne (wichtige) Aspekte nicht beinhaltet. In der Praxis zum Beispiel wurde festgestellt, dass eine grosse Anzahl von Folterüberlebenden mit dieser Kategorisierung nicht erfasst wurde. Weiter besteht das Problem, dass sich gewisse Diagnosen überlappen, Traumas nicht unterschieden werden und der Ätiologie zu wenig Beachtung geschenkt wird (Domenig, 2007). Da sich das Modell vor allem auf die westliche Bevölkerung bezieht, birgt es die Gefahr, dass es Unterschiede in der Wahrnehmung, Benennung, Interpretation und im Umgang mit Beschwerden und Leid nicht berücksichtigt. Weiter stellt sich die Frage, ob die Folgen von Krieg, Folter und Flucht überhaupt als „Krankheit“ eingestuft werden können. Sind die Störungen einer PTBS nicht vielmehr eine „normative, normale und verständliche Reaktion auf anormale Erfahrungen“ (Domenig, 2007, S. 524)? Es hat sich gezeigt, dass durch die Einstufung der PTBS als eine Krankheit den Betroffenen die Wege zu Unterstützungssystemen (z.B. Asylverfahren, Krankenkasse, Sozialversicherungen, medizinischen und psychotherapeutischen Leistungen, usw.) erleichtert wurde, da sie eine anerkannte Diagnose hatten (Domenig, 2007). Jedoch kann eine Diagnose auch sehr fragwürdig sein, da sie die Gefahr einer Stigmatisierung mit sich bringen kann.

Zusammengefasst lässt sich festhalten, dass die Diagnose PTBS nur dann sinnvoll ist, wenn die kulturellen, politischen und ökonomischen Implikationen berücksichtigt werden, wie auch im Falle von Folterüberlebenden eine Erweiterung und Spezifizierung gemacht wird (Domenig, 2007).

⁸ Anhang B: Diagnostische Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung–stichwortartige Aufführung (DSM-IV)

2.3.6 Therapie

Die gängigsten Therapieformen zur Behandlung der PTBS bestehen zum heutigen Zeitpunkt aus Psycho- und Pharmakotherapie. In der Psychotherapie gibt es verschiedenste Ansätze, um die Betroffenen zu behandeln. Die angestrebten Hauptziele werden im folgenden Abschnitt aufgelistet. Anschliessend wird auf die Pharmakotherapie eingegangen, indem die Effekte wie auch die Risiken dieser Therapieform für die Betroffenen aufgezeigt werden.

2.3.6.1 Psychotherapie

Die Psychotherapie strebt primär das Ziel an, den Patient/-innen in der Bewältigung (Coping) des Erlebten zu unterstützen. Dabei werden folgende fünf grundlegende Bedingungen angestrebt:

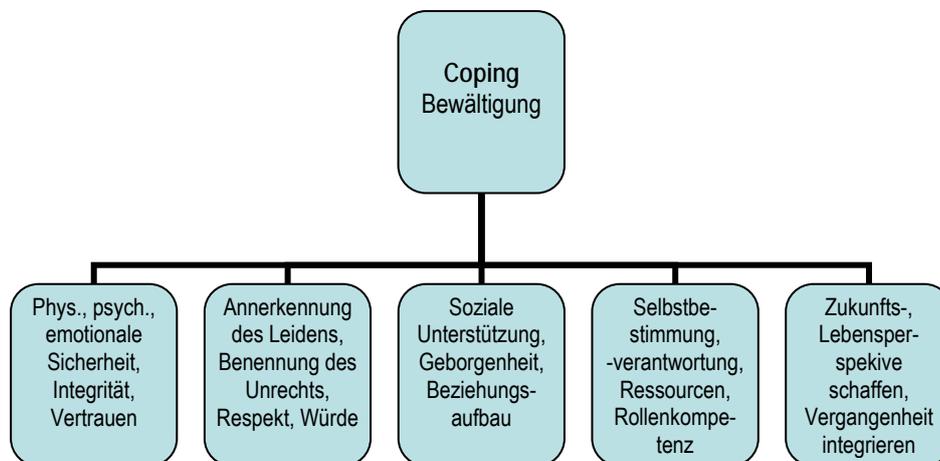


Abb. 1: Rekonstruktion der grundlegenden Bedingungen (SRK, 2008, S. 46)

Die physische und psychische Sicherheit lässt den Betroffenen nach langen unsicheren Verhältnissen wieder zur Ruhe kommen (*funktionale Rehabilitation*). „Nach der unsicheren und bedrohlichen Phase muss wieder Stabilität einkehren, damit im persönlichen und sozialen Bereich das Gefühl von Integrität und Geborgenheit wiedererlangt werden kann“ (SRK, 2008, S. 47). Auch haben die Betroffenen häufig das Bedürfnis nach Gerechtigkeit (*juristische und gesellschaftliche Rehabilitation*). Das öffentliche Bestätigen des Erlebten bringt den Betroffenen Erleichterung, was ein wichtiger Aspekt im Prozess der Wiedergutmachung und einen Schritt in eine mögliche Versöhnung bedeuten kann (SRK, 2008). Durch Folter wird das Vertrauen in die Mitmenschen stark geschädigt, oftmals ist von der Seite der Betroffenen ein grosses Misstrauen da. Jedoch benötigt der Mensch soziale Unterstützung, vor allem in schwierigen Lebensabschnitten. Der Aufbau des Vertrauens in die Mitmenschen stellt einen wichtigen Punkt in der Psychotherapie dar (*soziale Rehabilitation*). Jedoch nicht nur das Bild seiner Mitmenschen, sondern auch das von sich selbst, kann durch eine Traumatisierung stark gestört sein. Die

Stärkung des Selbstwertgefühls stellt daher für die Verarbeitung des Erlebten ein weiterer grosser Schwerpunkt dar (*persönliche und individuelle Rehabilitation*). Nebst der Stabilisierung der momentanen Situation ist das Weiterdenken in die Zukunft ein weiterer Schwerpunkt der Psychotherapie. Durch das Schaffen von Lebensperspektiven wird das Vergangene verarbeitet und dem Kommenden Platz gegeben (*psychische Rehabilitation*) (SRK, 2008).

Zusammengefasst werden Interventionen auf der physischen, psychischen wie auch sozialen Ebene angestrebt. Den Menschen müssen dabei Werte wie Respekt, Sicherheit, Transparenz, Solidarität, Gerechtigkeit, Vertraulichkeit und Vertrauen entgegengebracht werden – Werte, welche während der Folter und Flucht missachtet wurden (SRK, 2008).

2.3.6.2 Pharmakologische Therapie

Nebst der Psychotherapie besteht auch die Möglichkeit einer pharmakologischen Therapie. Sie stellt jedoch nicht die erste Wahl dar, da mit den Medikamenten nur die Symptome, jedoch nicht die Grunderkrankung therapiert werden kann. Die medikamentöse Therapie wird nur dann angewendet, wenn der Betroffene keine Psychotherapie zulässt, die Psychotherapie nicht ohne Medikamente durchführbar ist oder die Psychotherapie nicht zum erhofften Erfolg verholfen hat (National Institute for Clinical Excellence [NICE], 2005). Medikamente erster Wahl sind dann Antidepressiva und Sedativa. Der Betroffene muss zum Beginn der Erkrankung keine Depression aufweisen um mit Antidepressiva behandelt zu werden, da die Vergangenheit gezeigt hat, dass Patient/-innen mit einer PTBS sehr gut auf diese Medikamente reagierten (NICE, 2005). In der Schweiz sind dazu Paroxetin® und Sertralin® zugelassen. Wie andere Medikamente auch, haben Antidepressiva unerwünschte Wirkungen/Nebenwirkungen wie z.B. auslösen von Angst, Agitiertheit oder Gedanken an den Suizid. Daher sollte eine engmaschige Begleitung mit dem Psychiater während der Medikamenteneinnahme stattfinden, vor allem bis die Patient/-innen gut eingestellt sind. Um die Schlafqualität aufgrund der Alpträume zu verbessern, kann weiter die Anwendung von Sedativa den Patient/-innen Linderung bringen. Die Anwendung sollte jedoch aufgrund der erhöhten Suchtgefahr nur kurzfristig sein (NICE, 2005).

Bei einer guten Verträglichkeit der Medikamente, sollte die Therapie über 12 Monate durchgeführt werden. Danach können die Medikamente, je nach Situation des Patient/-innen, innerhalb von 4 Wochen langsam abgesetzt werden. Die Anwendungszeit ist jedoch sehr individuell, je nach Intensität des erlebten Traumas (NICE, 2005).

2.4 Modelle der Bewältigung

Um die Geschehnisse aus der Vergangenheit zu verarbeiten, muss den Betroffenen geholfen werden, das Erlebte in ihr Leben einzuordnen, ihm einen Sinn zu geben. Dazu eignen sich das Transaktionale Stressmodell nach Richard S. Lazarus und das Salutogenesemodell nach Aaron Antonovsky.

2.4.1 Transaktionales Stressmodell nach Richard S. Lazarus

Das Transaktionale Stressmodell wurde von dem amerikanischen Psychologen Richard S. Lazarus in den 80er Jahren entwickelt. Das Modell geht davon aus, dass nicht eine Situation an und für sich als stressig gilt, sondern je nach kognitiver Einschätzung eines Menschen. Was als stressig bezeichnet wird und was nicht ist davon abhängig, wie ein Mensch eine Situation bewertet. Jede Bewertung die wir durchführen ist dabei von persönlichen Eindrücken geprägt. Je nach vorhergegangenen Erlebnissen beurteilen wir eine Situation als stressig oder nicht (Lazarus & Launier, 1981). Die Bewertungen finden dabei fortlaufend statt, da sich die Umwelt immer wieder verändert.

Nach Lazarus (Lazarus et al., 1981) bewertet der Mensch jedes Ereignis nach dem Einfluss auf sein Wohlbefinden, sowie nach seinen verfügbaren Bewältigungsfähigkeiten (Coping). Je nach verfügbaren Mitteln, wird eine Situation als irrelevant oder stressig eingestuft⁹.

Der Mensch durchläuft somit 3 Stufen der Einschätzung einer Situation: die Primäre Einschätzung, die Sekundäre Einschätzung und die Neubewertung. Je nach Ergebnis wurde die Situation erfolgreich bewältigt (wirksames Coping) oder auch nicht (unwirksames Coping), und muss daher wieder bei der Sekundären Einschätzung der Situation beginnen.

2.4.2 Salutogenese und Kohärenzsinn nach Aaron Antonovsky

Das Modell der Salutogenese und dem Kohärenzsinn wurde in den 70er Jahren durch den amerikanisch-israelischen Soziologen Aaron Antonovsky begründet. Er beschäftigte sich bei seinem Modell mit der Frage, „was den Menschen gesund hält“ (Antonovsky, 1997). Antonovsky (1997) setzt dabei bei seiner Theorie der Salutogenese den Fokus auf die gesundheitlichen Ressourcen eines Menschen. Ziel dabei ist, die Gesundheit zu entwickeln und zu erhalten um in Gefährdungssituationen mit Belastungen erfolgreich umzugehen. Da Gesundheit kein absoluter Zustand ist, bewegt sich der Mensch zwischen zwei Polen, der Gesundheit/körperliches Wohlbefinden und der Krankheit/körperliches Missbefinden, hin und her. Der Mensch ist daher niemals vollkommen gesund oder vollkommen krank. Eine Voraussetzung für erhöhte

⁹ Anhang C: Bewältigungsprozess nach Richard S. Lazarus

Gesundheit ist daher ein erhöhter Kohärenzsinn (sense of coherence). Der Kohärenzsinn ist ein Grundgefühl, welches sich aus den persönlichen Lebenserfahrungen, dem kollektiven Wissen und den Werten und Normen einer Gesellschaft entwickelt (SRK, 2008). Er stellt für den Menschen eine dynamische Grundorientierung dar, welche von Vertrauen in die Gesellschaft und in sich selbst geprägt ist. Dadurch entwickelt der Mensch die Fähigkeit, kritische Situationen erfolgreich zu bewältigen.

Im Wesentlichen setzt sich der Kohärenzsinn aus drei Komponenten zusammen: der Verstehbarkeit, der Handhabbarkeit und der Bedeutsamkeit. Das SRK (2008, S. 40) definiert diese wie folgt:

- *Verstehbarkeit*: Die Ereignisse im Leben folgen einer inneren und äusseren Struktur, sind vorhersehbar, können eingeordnet und erklärt werden.
- *Handhabbarkeit*: Es sind ausreichende Ressourcen vorhanden, um die Anforderungen im Leben aus eigener Kraft zu meistern (Kompetenzerfahrung).
- *Bedeutsamkeit*: Die Ereignisse im Leben haben einen Sinn (Sinnfindung).

Zusammengefasst ist das Kohärenzgefühl die Fähigkeit, kritische Lebenssituationen erfolgreich zu bewältigen. Je ausgeprägter der Kohärenzsinn dabei in einem Menschen ist, desto erfolgreicher wird sich die Bewältigung schwieriger Situationen im Alltag herausstellen (SRK, 2008).

2.5 Synthese der Modelle

Der Mensch ist tagtäglich Umwelteinflüssen ausgesetzt, welche es zu bewältigen gilt. Das Coping gestaltet sich individuell, je nach dem, ob der Mensch eine Situation als irrelevant, positiv oder stressig einstuft (Lazarus et al., 1981). Dabei ist ihm besonders seine Lebenserfahrung eine grosse Hilfe, da er auf die Erfahrungen bereits bewältigter Situationen zurückgreifen kann.

Bei Geschehnissen wie Krieg, Folter und Flucht gestaltet sich das Kategorisieren des Erlebten als sehr schwierig. Die Situationen lassen sich für die Menschen oftmals schwer einordnen, da sie nicht einer vorhersehbaren Logik entsprechen. Das Kohärenzgefühl im Menschen wird stark herabgesetzt, ein inneres Ungleichgewicht entsteht (SRK, 2008). Die Gefahr, zu diesem Zeitpunkt an einer PTBS zu erkranken ist stark erhöht, falls dieser Zustand über längere Zeit andauern sollte.

Bei der Therapie einer PTBS arbeitet der Mensch daher nicht nur an der Bewältigung der Traumatisierung, sondern auch an der Wiederherstellung des Kohärenzgefühls. Angestrebt wird, das Erlebte zu verstehen und in die eigene Biografie zu integrieren, Bedeutung und Sinn des

Lebens wieder herzustellen und die eigenen Handlungsfähigkeiten zurück zu gewinnen (SRK, 2008).

Das Coping stellt daher eine grosse Komponente im Genesungsprozess einer PTBS dar. Den Geschehnissen wird ein Sinn zugeordnet, damit der Mensch die Vergangenheit verarbeiten und mit ihr abschliessen kann, und somit den Gedanken für eine kommende Zukunft Platz gewährt wird.

3. METHODE

Um die Fragestellung, „welches Wissen kann Pflegenden bei der Begleitung von Migrant/-innen mit einer PTBS, ausgelöst durch Krieg, Folter und Flucht, helfen, um sie in der Bewältigung zu unterstützen“ zu beantworten, wird eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Dazu werden die einzelnen Schritte der Recherche im folgenden Absatz näher erläutert.

3.1 Ablauf der Literatursuche

Zum Beginn der Arbeit verschaffte sich die Autorin anhand von Fachliteratur aus der schulinternen Bibliothek und dem Rero-Katalog (Westschweizer Bibliotheksverbund) einen allgemeinen Überblick über die zu bearbeitende Thematik. Weiter wurde das Internet in Anspruch genommen, um auf Seiten (z.B. Schweizerisches Rotes Kreuz, Amnesty International, usw.), welche sich mit den Themen Krieg, Folter und Flucht auseinandersetzen, ihr Wissen zu erweitern. Durch die erworbenen Informationen kristallisierte sich nach und nach die endgültige Fragestellung heraus. Danach wurde die Studiensuche auf den elektronischen Datenbanken Cinahl, Cochrane Library, Health Source (Nursing/Academic Edition), Medline (via OvidSP) und PsycInfo (via OvidSP) durchgeführt. Durch die direkte Kontaktierung (per Mail) dreier Studienautor/-innen, wobei zwei antworteten, wurde die Autorin auf eine weitere Internetseite verwiesen (www.vivofoundation.net), über welche zusätzliche Studien gefunden wurden. Die Studiensuche erfolgte von Januar 2009 bis Ende Mai 2009.

3.2 Suchbegriffe und Suchkriterien

Um ein systematisches Vorgehen auf den verschiedenen elektronischen Datenbanken zu gewährleisten, wurde mit den Suchbegriffen „coping, ptsd, refugees, therapy, torture und war“ in verschiedenen Kombinationen auf den bereits oben genannten Datenbanken recherchiert (siehe dazu Abschnitt *3.2.2 Auswahl und Anzahl der gefundenen Literatur*). Dabei arbeitete die Autorin ohne MeSH-Terms, da der Aufbau der elektronischen Datenbanken nicht auf allen Internetportalen gleich war. Die Suche wurde jedoch damit eingegrenzt (=Limits), dass auf den elektronischen Datenbanken Cinahl, Cochrane Library, Medline (via OvidSP) und PsycInfo (via OvidSP) nur nach Studien mit einem *Abstract* gesucht wurde. Auf Health Source entschloss sich die Autorin mit *All Text* nach Studien zu recherchieren, da die Treffergebnisse mit *Abstract* dort sonst sehr gering ausfielen. Weiter Limits wurden keine gesetzt. Gesamthaft wurden ca. (circa) 90 Abstracts gelesen, davon wurden 21 Artikel zu dem Thema bestellt und weiter vertieft.

3.2.1 Ein- und Ausschlusskriterien

Um eine Auswahl der zu integrierenden Literatur zu treffen, wurden die Abstracts unter dem Blickwinkel der Fragestellung und unter folgenden Ein- und Ausschlusskriterien gelesen und kritisch beurteilt:

- Es wurden Studien miteinbezogen, welche auf Deutsch, Englisch und Französisch publiziert wurden.
- Die Altersbegrenzung der Teilnehmer wurde auf 18 Jahre und älter festgelegt. Dies aus dem Grund, da die Therapieansätze aufgrund des unterschiedlichen Erlebens der Geschehnisse, bei Kindern und Jugendlichen anders angelegt werden müssen als bei Erwachsenen.
- Beim Setting legt sich die Autorin nicht fest, da sie dadurch die Möglichkeit erhält, aus verschiedenen Lebensbereichen (Transkulturalität) Einflüsse zu erkennen, welche auf das Setting einer nicht-psychiatrischen Abteilung in der Schweiz transferiert werden können. Dies führte dazu, dass Studien aus der ganzen Welt in die Suche miteinbezogen wurden.
- Beim Faktor Zeit der Publikation, wurden Studien aus den vergangenen 12 Jahren miteinbezogen. Dies daher, da aufschlussreiche Untersuchungen aus dem Jahr 1997 gefunden wurden, welche für den Ausgang der systematischen Literaturübersicht für die Autorin relevant erschienen.
- Des Weiteren wurden nur Studien miteinbezogen, welche sich mit der Thematik der PTBS bei der Zivilbevölkerung eines Landes beschäftigen. Kriegsveteranen wurden ausgeschlossen, da sie eine andere Rolle im Kriegsgeschehen einnehmen und damit mit den Erlebnissen der Zivilbevölkerung nicht vergleichbar sind (die Traumatisierung ist anders, ob man eine Täter- oder eine Opferrolle im Geschehen hat). Studien jedoch, welche Vergleiche zwischen der Zivilbevölkerung und den Kriegsveteranen darstellen, wurden in die systematische Literatursuche miteinbezogen.
- Nicht miteinbezogen wurde die Traumatisierung durch Naturkatastrophen oder durch einmalige Terroranschläge (z.B. 11. September 2001 in New York), da die Art der Traumatisierung (einmalige vs. [versus] mehrmalige Traumatisierungen) nicht auf der gleichen Ebene stattfindet wie die in einer Kriegssituation (in Kriegsgebieten ist die Gesamtsituation über längere Zeit labil [z.B. ständige Flucht, Hungersnot, usw.], wogegen bei Terroranschlägen die strukturellen Bedingungen erhalten bleiben). Davon ausgeschlossen sind Studien, welche sich in diesem Setting bewegen, bei denen sich

der Fokus auf die helfenden Pflegenden und nicht auf die traumatisierten Opfer selbst richtet.

- Studien, welche sich ausschliesslich mit der pharmakologischen Therapie bei einer PTBS auseinandersetzen, wurden nicht berücksichtigt, da die Interventionen nicht auf die Pflege übernommen werden können. Studien jedoch, welche sich mit pharmakologischen wie auch therapeutischen Ansätzen beschäftigen, wurden in die Suche integriert.
- Weiter wurden Studien miteinbezogen, welche sich mit dem Umgang traumatisierter Menschen beschäftigen und nicht mit einem speziellen Therapieansatz. Dies aus dem Grund, da die systematische Literaturübersicht nicht nur Therapieansätze aufzeigen soll, sondern auch den Umgang der Pflegenden mit dieser vulnerablen Patientengruppe.

Die Ein- und Ausschlusskriterien erlauben es, dass die gefundenen Studien genau auf die Fragestellung eingehen. Somit kann die Beantwortung der Ausgangsfrage angestrebt werden.

3.2.2 Auswahl und Anzahl der gefundenen Literatur

Die folgende Tabelle zeigt auf, mit welchen Wortkombinationen auf welchen elektronischen Datenbanken welche Studien gefunden wurden.

Suchmaschine und Limits	Cinahl	Cochrane Library	Health Source : Nursing / Academic Edition	Medline via OvidSP	PsycInfo via OvidSP	Vivofoundation
Suchbegriffe	<i>Limit: Abstract</i>	<i>Limit: Abstract</i>	<i>Limit: All Text</i>	<i>Limit: Abstract</i>	<i>Limit: Abstract</i>	
ptsd and refugees and therapy	Treffer: 4 - Gafner et al., 2001 - Nicholl et al., 2004	Treffer: 8 (Neuner et al., 2004) (Neuner et al., 2008)	Treffer: 145 - Clarke, 2008 - Collins et al., 2003 (Gafner et al., 2001) (Nicholl et al., 2004)	Treffer: 18 - Frey et al., 1997 (Neuner et al., 2004) (Neuner et al., 2008)	Treffer: 30 - Neuner et al., 2004 (Neuner et al., 2008) - Onyut et al., 2004 - Regel et al., 2007	Treffer: 31 (Bichescu et al., 2007) - Neuner et al., 2001 (Neuner et al., 2004) (Onyut et al., 2004)
ptsd and refugees and coping	Treffer: 0	Treffer: 0	Treffer: 130 - Schweitzer et al., 2007	Treffer: 4 /	Treffer: 16 - Mladina et al., 2002	
coping and ptsd and torture	Treffer: 0	Treffer: 3	Treffer: 119 (Clarke, 2008) (Nicholl et al., 2004) (Schweitzer et al., 2007)	Treffer: 1 - Priebe et al., 1997	Treffer: 6 (Priebe et al., 1997)	
ptsd and refugees and war	Treffer: 13 (Gafner et al., 2001)	Treffer: 3 - Neuner et al., 2008	Treffer: 227 (Clarke, 2008) (Collins et al., 2001) (Gafner et al., 2001) (Schweitzer et al., 2007)	Treffer: 55 (Frey et al., 1997) (Neuner et al., 2008)	Treffer: 92 (Gafner et al., 2001) (Mladina et al., 2002) (Onyut et al., 2004)	

ptsd and torture	Treffer: 0	Treffer: 3 - Bichescu et al. 2007	Treffer: 241 <i>(Clarke, 2008)</i> <i>(Gafner et al., 2001)</i> <i>(Nicholl et al., 2004)</i> <i>(Schweitzer et al., 2007)</i>	Treffer: 77 <i>(Bichescu et al., 2007)</i> <i>(Frey et al., 1997)</i> <i>(Priebe et al., 1997)</i>	Treffer: 149 <i>(Bichescu et al., 2007)</i> <i>(Gafner et al., 2001)</i> <i>(Priebe et al., 1997)</i> <i>(Regel et al., 2007)</i>
therapy and refugees	Treffer: 22 <i>(Gafner et al., 2001)</i> <i>(Nicholl et al., 2004)</i>	Treffer: 13 <i>(Neuner et al., 2004)</i> <i>(Neuner et al., 2008)</i>	Treffer: 987 <i>(Clarke, 2008)</i> <i>(Collins et al., 2001)</i> <i>(Gafner et al., 2001)</i> <i>(Nicholl et al., 2004)</i> <i>(Schweitzer et al., 2007)</i>	Treffer: 121 <i>(Frey et al., 1997)</i> <i>(Neuner et al., 2004)</i> <i>(Neuner et al., 2008)</i> <i>(Van Dijk et al., 2003)</i>	Treffer: 147 <i>(Gafner et al., 2001)</i> <i>(Neuner et al., 2004)</i> <i>(Neuner et al., 2008)</i> <i>(Nicholl et al., 2004)</i> <i>(Onyut et al., 2004)</i> <i>(Regel et al., 2007)</i> - Van Dijk et al., (2003)

Wiederauftretende gleiche Literatur auf mehreren Datenbanken wurden in Farbe und in kursivem Schriftzug dargestellt. Dies erlaubt den Überblick über die systematische Literatursuche zu gewährleisten.

3.3 Beurteilung und Bewertung der Literatur

Insgesamt wurden 21 Studien/Artikel unter den oben genannten Kriterien gelesen. Nach deren Beurteilung wurden insgesamt 15 Studien/Artikel in die systematische Literaturübersicht integriert: 1 systematische Literaturübersicht, 3 randomisierte kontrollierte Studien, 3 quantitative Studien, 2 qualitative Studien, 1 Fallsstudie, 1 Standard/Leitlinie, 2 Expertenmeinungen, 1 klinischer Rapport und 1 Discussion-Paper. Diese wurden anhand der Beurteilungsraster von Behrens & Langer¹⁰ (Universitätsklinikum Halle - Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, n.d. a) beurteilt. Die Bewertung der Studien/Artikel musste mindestens einer Note 4 entsprechen, damit sie in die Arbeit einbezogen wurden. Bezüglich der Raster verlief die Benotung wie folgt: die randomisierten kontrollierten und die quantitativen Studien wurden anhand des Rasters „Beurteilung einer Interventionsstudie“ beurteilt. Jede der 14 Fragen erhielt einen Punkt. Somit mussten die Studien mindestens 9.5 Punkte erreichen. Für die qualitativen Studien wurde der Bogen „Beurteilung einer qualitativen Studie“ gewählt, welcher 12 Fragen aufwies wobei mindestens 8 Punkte erreicht werden mussten. Bei der Beurteilung des Standards/Leitlinie, wurde der Bogen „Beurteilung von Standards und Leitlinien“ gewählt, wo mindestens 7.5 der 11 Punkte erreicht werden mussten. Für die restlichen Studien/Artikel wurde

¹⁰ Anhang D: Beurteilungsraster nach Behrens & Langer

das Raster „Beurteilung einer Systematischen Übersichtsarbeit oder Meta-Analyse“ ausgewählt. Auch bei diesem Beurteilungsbogen mussten 8 der 12 Fragen erfüllt sein, um die Studien/Artikel in der Arbeit zu berücksichtigen. Die einzelnen Beurteilungen der Studien/Artikel sind im Anhang aufgelistet¹¹.

Die Inhalte der Studien/Artikel sind wie folgt aufgeteilt:

Bereich	Angaben	Anzahl Studien/Artikeln
Sprachen	Englisch	13
	Deutsch	2
Land der Publikation	Amerika	2
	Australien	1
	Deutschland	3
	England	2
	Irland	1
	Niederlande	1
	Österreich	1
	Rumänien	1
	Schweiz	1
	Uganda	2
Jahr der Publikation	1997 & 2001	je 2
	2002	1
	2003	2
	2004 & 2007	je 3
	2008	2
Durchführung der Arbeiten	Pflege	2
	Psychologie	13
Narrative Expositions Therapy	Zentrales Thema	4
	Teilaspekte	0
Testimony-Therapy	Zentrales Thema	2
	Teilaspekte	2
Cognitive-Behavioural Therapy	Zentrales Thema	1
	Teilaspekte	4
Hypnose	Zentrales Thema	1
	Teilaspekte	0
Copingstrategien	Zentrales Thema	2
	Teilaspekte	2

Eine Aufstellung der ausgewählten Studien nach Autor, Jahr, Titel, Design und Datenquelle ist im Anhang F¹² ersichtlich.

¹¹ Anhang E: Beurteilung der Literatur

¹² Anhang F: Überblick der ausgewählten Literatur

3.4 Ethische Überlegungen

Wo Forschung über Menschen betrieben wird, sind auch Menschen für die Forschung notwendig. Dass in diesem Zusammenhang gewisse ethische Prinzipien beachtet werden müssen, ist daher von grosser Bedeutung. Die Grundprinzipien der Ethik nach dem SBK (Schweizer Berufsverband für Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner, 1998) beinhalten die Autonomie, Nicht-Schaden, Gutes Tun und Gerechtigkeit. Mit der Ethik in der Forschung wird das Ziel angestrebt, dass die Rechte der Teilnehmer/-innen nicht verletzt werden wie auch dass die angewandten Methoden einwandfrei sind (z.B. umfassende Informationsabgabe [=Gerechtigkeit], freiwillige Zustimmung aller Probanden [=Autonomie], schützen der Anonymität, Schutz vor möglichen psychischen und physischen Schäden [= Gutes Tun vs. Nicht-Schaden], usw.) (Mayer, 2001). Die Autorin achtete daher bei der Literatursuche darauf, dass dort, wo Forschung mit Menschen betrieben wurde, ethische Richtlinien respektiert wurden. In drei Studien jedoch (Mladina & Huber, 2002; Priebe & Esmaili, 1997 und Regel & Berliner, 2007), wo die Bewertung anhand der Raster gut ausfiel, wurden die ethischen Grundlagen der Untersuchung nicht genannt. Aufgrund der Ausbildung der Forscher (Mladina ⇒ UN International Criminal Tribunal for Former Yugoslavia, Den Haag, Netherlands; Priebe ⇒ Doctor of Science and Doctor of Medicine, Germany; Regel ⇒ Principal Psychotherapist and Co-director of the Centre for Trauma, Resilience and Growth, Nottinghamshire Healthcare NHS Trust of Nottingham, England) geht die Autorin jedoch davon aus, dass die ethischen Grundlagen in den Untersuchungen berücksichtigt, aber in der Zusammenfassung der jeweiligen Studien nicht erwähnt wurden.

4. ERGEBNISSE

Nach einer intensiven Auseinandersetzung mit den Inhalten der Studien/Artikel, kristallisierten sich nach und nach die relevanten Informationen (Wissen) in der Zusammenarbeit von Pflegenden mit traumatisierten Migrant/-innen heraus. Im nun folgenden Abschnitt der Arbeit werden diese gefundenen Ergebnisse der Literatur näher dargelegt.

4.1 Allgemeine Bemerkungen

Die gefundene Literatur zeigt eine Vielzahl von verwendeten Instrumenten auf, um die Ausgangsfrage, je nach Studie/Artikel, beantworten zu können. Die gefundene Literatur hat jedoch gemeinsam, dass die Diagnosestellung¹³ der PTBS anhand der Kriterien von DSM-III-IV oder ICD-10 gestellt wurden.

Drei der gefundenen Studien (Mladina & Huber, 2002; Priebe & Esmaili, 1997; Schweitzer, Greenslade & Kagee, 2007) setzen sich mit den angewandten Copingstrategien, welche die Flüchtlinge über die Zeit entwickelt haben, auseinander. Weitere fünf Studien (Bichescu, Neuner, Schauer & Elbert, 2007; Neuner, Schauer, Klaschik, Karunakara & Elbert, 2004; Neuner, Onyut, Ertl, Odenwald, Schauer & Elbert, 2008; Onyut, Neuner, Schauer, Ertl, Odenwald, Schauer & Elbert, 2004; Regel & Berliner, 2007) und drei Artikel (Gafner & Benson, 2001; Neuner, Schauer & Elbert, 2001; Van Dijk, Schoutrop & Spinhoven, 2003) zeigen die vorhandenen Psychotherapien auf, welche bei Flüchtlingen mit einer PTBS positive Effekte erbrachten. Ein Artikel und eine Studie (Clarke, 2008; Collins & Long, 2003) befassen sich mit dem Thema Pflegende und traumatisierte Menschen. Dabei zeigen sie den Umgang mit dieser Klientel auf, wie auch die mögliche Gefahr einer indirekten Traumatisierung bei dieser Arbeit. Des Weiteren wurden je ein Artikel/Studie (Frey & Valach, 1997; Nicholl & Thompson, 2004) miteinbezogen, welche einen allgemeinen Überblick bezüglich der vorhandenen Therapiemöglichkeiten von migrierten Flüchtlingen in den westlichen Ländern geben sollen.

Die einbezogenen Studien/Artikel in der systematischen Literaturübersicht sollen eine Antwort auf die zum Beginn gestellte Ausgangsfrage geben, welche lautet: Welches Wissen kann Pflegenden in der Begleitung von Migrant/-innen mit einer PTBS, ausgelöst durch Krieg, Folter und Flucht, helfen, um sie in der Bewältigung zu unterstützen. Dazu wurden folgende Unterkapitel aufgestellt: Copingstrategien – Evidente Interventionen – Kompetenzen der Pflegenden – Pflege und Betreuung bei traumatisierten Patient/-innen – Sekundäre Traumatisierung bei den Pflegenden.

¹³ Anhang G: Diagnostische Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung nach ICD-10 & DSM-IV

4.2 Copingstrategien

Die Untersuchungen von Mladina et al. (2002), Priebe et al., (1997) und Schweitzer et al. (2007) fokussieren sich auf die Copingstrategien, welche die Flüchtlinge vor, während und nach der Flucht entwickelten.

Dazu führten Mladina et al. (2002) eine Untersuchung bei vier verschiedenen Gruppen (20 ehemalige Soldaten, 20 Flüchtlinge, 20 Landminenopfer und 20 Menschen, welche den Krieg zu Hause überlebten) von bosnischen Überlebenden (Frauen & Männer) des Bürgerkriegs durch. Sie erhoben dazu Daten bezüglich des Vorkommens der PTBS und der Copingstrategien, welche von den Betroffenen während des Krieges entwickelt wurden. Die Untersuchung ergab, dass vor allem Frauen eine PTBS entwickelten. Sie schlossen diese Erkenntnis daraus, dass Frauen teils schon vor dem Bürgerkrieg in der Gesellschaft eine Opferrolle eingenommen hatten und dadurch prädestinierter für eine PTBS waren. Weiter fanden sie heraus, dass bei Soldaten und Flüchtlingen die Diagnose der PTBS häufiger diagnostiziert wurde im Vergleich zu Landminenopfern und Menschen, welche den Krieg zu Hause miterlebten. Dieses Ergebnis wurde darauf zurückgeführt, dass Landminenopfer aufgrund der Konsequenzen ihres Unfalls ein starkes soziales Unterstützungssystem aufgebaut hatten. Dies wurde auch bei den Menschen, welche ihr Zuhause nicht verlassen mussten, festgestellt. Dadurch, dass ihre Familien nicht getrennt wurden, konnten sie sich gegenseitig unterstützen, was die Entwicklung einer PTBS verminderte. Die Soldaten und Flüchtlinge waren im Vergleich dazu mehr von der Gesellschaft isoliert. Weiter wurde erkannt, dass das Leben in einem Flüchtlingslager ähnlichen psychologischen Stress auslösen kann wie der Nachkriegsstress bei den Soldaten. Bezüglich der Copingstrategien (z.B. Vertrauen in die Religion) wurde ersichtlich, dass vor allem Frauen davon Gebrauch machten (dies aufgrund einer tieferen Hoffnungslosigkeit als bei den Männern).

Weiter führten Priebe et al. (1997) eine Untersuchung mit 34 ehemaligen Inhaftierten (Frauen & Männer) aus dem Iran durch. Dabei wollten sie die psychischen Folgeerkrankungen von Folter, die Differenzen zwischen Menschen, welche professionelle Hilfe aufsuchten und deren nicht, wie auch die Copingstrategien, welche entwickelt wurden, untersuchen. Die Analyse zeigte auf, dass ein hohes Auftreten der Komorbidität in dieser Patientengruppe vorhanden war, wobei die Diagnosen auf die Kategorien der Depression, Angst und somatoformen Erkrankungen fielen. Die PTBS war die meist diagnostizierte Erkrankung, welche einzeln auftrat. Bezüglich der Inanspruchnahme professioneller Hilfe fanden die Forscher heraus, dass vor allem jene Hilfe suchten, welche schlechte Kenntnisse der deutschen Sprache hatten (aufgrund niedriger Schulausbildung) und auch sonst ein kleines soziales Umfeld aufwiesen. Dies lässt darauf schliessen, dass Menschen mit einer guten Integration in die neue Gesellschaft, ihre

Vergangenheit im Austausch mit Freunden/Bekanntem verarbeiten können und daher weniger auf professionelle Hilfe angewiesen sind. Bezüglich den angewandten Copingstrategien wurde festgestellt, dass das Sprechen mit Freunden und Familienangehörigen, Lernen und Sport, politische Aktivitäten und der Kontakt mit ehemaligen Häftlingen aus dem Iran, den Menschen Halt in der Verarbeitung ihrer Vergangenheit gab.

Schweitzer et al. (2007) führten weiter eine Untersuchung mit 13 sudanesischen Flüchtlingen (Männer) durch, welche zum Zeitpunkt der Datenerhebungen bereits ca. 4 Jahre in Australien lebten. Mit den Interviews wollte man die Ressourcen aufdecken, welche die Flüchtlinge während der drei Phasen der Migration (Vor-Migration, Übergang und Nach-Migration) entwickelt hatten. Die Untersuchung ergab, dass die Teilnehmer verschiedene Stärken und Ressourcen besaßen. Ihre Copingstrategien umfassten unter anderem soziale Unterstützung, Religion, persönliche Qualität und der Vergleich mit anderen. Da die Sudanesen ein Volk sind, in welchem der Familienzusammenhalt eine wichtige Rolle spielt, war es für diese Menschen sehr wichtig, in ihrer neuen Umgebung Unterstützung zu finden. Diese fanden sie vor allem in sudanesischen Gruppierungen, welche ihre Problematik genau kannten. Durch den Glauben an Gott konnten sie die über die Jahre verlorene Bedeutung und Kontrolle über ihr Leben zurückgewinnen. Das Beten half ihnen, mit der Unglücklichkeit und Einsamkeit fertig zu werden. Zudem konnten über die Religionsgemeinschaften neue Kontakte geknüpft und auf Unterstützungssysteme in sozialen Bereichen zurückgegriffen werden. Weiter half den Menschen zu sehen, wie sie auf höchst ungünstige Umstände reagierten. Einige fühlten dabei, wie ihr Selbstbewusstsein an Grösse gewann, wenn sie stellende Herausforderungen lösen konnten und dafür kämpften, woran sie glaubten. Andere sagten aus, dass sie mit der Situation so umgingen, dass sie sich mit ihr arrangierten und die Dinge einfach geschehen liessen. Der Vergleich mit anderen stellte eine Copingstrategie dar, welche nur in der letzten Phase der Migration angewandt wurde. Dabei verglichen sich die Migrant/-innen mit anderen, denen es noch schlechter ging als ihnen selbst, so dass sie für sich selbst eine neue Perspektive schafften und ihre Schwierigkeiten bewältigen konnten.

4.3 Evidente Interventionen

Bei der systematischen Literatursuche wurden verschiedenste Therapieansätze für die Behandlung der PTBS bei Migrant/-innen gefunden. Diese werden nun näher dargelegt:

Nicholl et al. stellten im Jahr 2004 eine systematische Literaturübersicht auf, welche sich mit der Frage des momentanen Standes der psychologischen Therapien bei erwachsenen Flüchtlingen und Asylsuchenden mit einer PTBS beschäftigte. Dazu wurden 10 Studien gefunden, welche im

Speziell die Therapie bei erwachsenen Flüchtlingen mit einer PTBS beschrieben und evaluierten. Die Ergebnisse fielen gering aus, da die Untersuchungen mangelhaft (z.B. zu kleine Probandenzahl, fehlende Evaluierung, usw.) durchgeführt wurden und somit keine relevanten Erkenntnisse genannt werden konnten. Dies zeigt auf, dass zum Zeitpunkt der Datenerhebung die psychotherapeutischen Erkenntnisse unzureichend waren.

Die Autorin fand in ihrer Recherche bezüglich der Therapieansätze bei Migrant/-innen mit einer PTBS drei Artikel (1 Standard/Leitlinie, 1 Expertenmeinung und 1 klinischer Report), welche vor dem Jahr 2004 durchgeführt wurden. Zwei Artikel bezogen sich dabei auf den Ansatz der Testimony-Therapie (Neuner et al., 2001; Van Dijk et al., 2003). Neuner et al. (2001) zeigten auf, dass dieser Therapieansatz ein Kurzzeitverfahren für die Behandlung von traumatisierten Überlebenden von politischer Gewalt darstellt. Bei dieser Methode wird die Biographie des Überlebenden ausführlich dokumentiert, wobei der Fokus auf der Rekonstruktion der bruchstückhaften Erinnerungen an die traumatischen Erlebnisse liegt. Es wird davon ausgegangen, dass die Integration der traumatischen Erfahrung in das autobiographische Gedächtnis sowie die Gewöhnung an die schmerzvollen Gefühle, einen heilsamen Effekt bei den Patient/-innen auslöst. Dieses Instrument wurde im Jahr 1983 durch Cienfuegos & Monelli entwickelt und seither in mehreren Untersuchungen erfolgreich angewendet (Van Dijk et al., 2003). Dies konnten auch Van Dijk et al. (2003) aufzeigen, welche diesen Therapieansatz in der Niederlande bei traumatisierten Asylsuchenden und Flüchtlingen erfolgreich umsetzten. Im Standard/Leitlinie von Van Dijk et al. (2003) werden die Schritte der Testimony-Therapie genau aufgezeigt.

Im Gegensatz dazu fanden Gafner et al. (2001) heraus, dass die Stärkung des Ich's im Menschen durch Hypnose, positive Auswirkungen auf die Behandlung der PTBS hat. Diese Stärkung dient nicht als eigentliche Therapie, sondern viel mehr als Öffnung des Patient/-in gegenüber direkteren Therapieansätzen. Die Therapie mit Hypnose hat sich bewährt, in vielen Fällen wurde durch die Ich-Stärkung sogar ein Umdenken bezüglich der Vergangenheit und somit eine Entlastung der Psyche hervorgerufen.

Von den fünf weiteren Studien, welche nach oder während der systematischen Literaturübersicht von Nicholl et al. im Jahr 2004 durchgeführt wurden, zeichnete sich ein klarer Trend bezüglich der Therapie von traumatisierten Menschen ab. Vier der fünf Studien setzten sich mit der Narrative Exposure Therapy (NET) auseinander. Die NET stellt eine Weiterentwicklung der Testimony-Therapie dar, welche bis heute in Drittweltländern erfolgreich zum Einsatz kam. Neuner et al. (2004) führten bei 43 Probanden (Frauen & Männern), welche in drei Gruppen eingeteilt wurden, eine Untersuchung mit unterschiedlichen Therapieansätzen (NET, Supportive

Counseling [SC] und Psychoeducation [PE]) durch. Alle Probanden wiesen zuvor die Diagnose der PTBS nach DSM-IV auf. Die Untersuchung, welche in einem Flüchtlingslager in Uganda durchgeführt wurde, ergab, dass nach den Behandlungen bei 4 von 17 Probanden mit NET, bei 11 von 14 Probanden mit SC und bei 8 von 11 Probanden mit PE die Symptome der PTBS noch nachgewiesen werden konnten. Ein ähnliches Ergebnis erhielten auch Bichescu et al. (2007), welche eine Untersuchung in Rumänien durchführten. Dabei wurden die 18 Probanden (17 Männer & 1 Frau), welche die DSM-IV Kriterien der PTBS erfüllten, in zwei je gleich grosse Gruppen (NET und PE) eingeteilt. Nach der Behandlung wiesen 56% der NET-Gruppe die Kriterien für eine PTBS nicht mehr auf, wogegen es in der PE-Gruppe nur 11% waren. Auch in der Untersuchung von Neuner et al. aus dem Jahr 2008, wo insgesamt 277 Flüchtlinge (Männer & Frauen) aus Ruanda und Somalia teilnahmen, wurden signifikante Untersuchungsergebnisse festgestellt. Die Teilnehmer/-innen wurden dazu in 3 Gruppen (NET, Trauma Counseling [TC] und Monitoring Group [MG]) eingeteilt. Nach den Behandlungen konnten bei 69,8% der NET- und 65,2% der TC-Teilnehmer/-innen die Kriterien der PTBS nach DSM-IV nicht mehr nachgewiesen werden im Vergleich zu den MG-Teilnehmer/-innen, wo es nur 36,8% waren. An diesen Ergebnissen ist besonders, dass die Behandlung durch angelehrte Laientherapeuten (selbst Flüchtlinge) durchgeführt wurde. Neuner et al. (2008) gehen davon aus, dass die Wirkung der Behandlung intensiviert wird, wenn die Therapiesitzungen durch Therapeuten durchgeführt werden, welche den gleichen Hintergrund wie die Patient/-innen selbst haben. Zum selben Ergebnis kamen auch Onyut et al. (2004), welche mit einer ähnlichen Ausgangslage wie Neuner et al. (2008) eine Untersuchung in einem ugandischen Flüchtlingscamp durchführten. Die Laientherapeuten wurden auf NET und SC geschult. Stichproben haben ergeben, dass die Ergebnisse der Laientherapeuten nur leichte Abweichungen zu denjenigen der Fachtherapeuten ergaben und daher von Relevanz waren. Die Untersuchungen haben somit aufgezeigt, dass auch Flüchtlinge auf NET geschult und somit dort, wo die Hilfe am nötigsten gebraucht wird, eingesetzt werden können (Neuner et al., 2008).

Regel et al. (2007) führten weiter eine Fallstudie in England durch, wo die Grundlagen der Cognitive-Behavioural Therapy (CBT) zur Anwendung kam. In Zusammenarbeit mit einem Probanden (Folteropfer aus dem Irak) wurden zum Beginn die Ziele der Behandlung aufgestellt. Bei der eigentlichen Therapie (Umsetzung der Ziele in die Praxis) wurde der Patient mit seinen Ängsten konfrontiert, zum Beginn sanft (künstliche Situationen) und dann immer intensiver (reale Situationen). Dem Patient wurde dadurch aufgezeigt, dass er sein „eigener Herr über die Gefühle“ ist und die Situationen kontrollieren kann. Sein Selbstvertrauen gewann an Grösse. Die Therapie mit CBT zeigte dem Patienten weiter auf, dass sein Verhalten nach einer

Traumatisierung eine normale menschliche Reaktion war, um mit dem Erlebten umzugehen. Der Patient konnte seine Therapie abschliessen, jedoch im Bewusstsein, dass noch Situationen vorhanden sind, welche ihm Schwierigkeiten bereiten können. Jedoch weiss er im Vergleich zu vorher, wie mit ihnen umzugehen.

4.4 Kompetenzen der Pflegenden

Pflegende müssen in der Arbeit mit traumatisierten Migrant/-innen mit einer PTBS gewisse Kompetenzen aufweisen, um der Klientel gerecht zu werden und sich selbst vor einer indirekten Traumatisierung zu schützen (Frey et al., 1997; Clarke, 2008). Dazu werden als nächstes Ansätze der Pflege und Betreuung bei traumatisierten Patient/-innen sowie die Gefahr einer sekundären Traumatisierung bei den Pflegenden selbst aufgezeigt.

4.4.1 Pflege und Betreuung bei traumatisierten Patient/-innen

Oftmals leiden die Opfer von Krieg, Folter und Flucht unter körperlichen, psychischen und sozialen Spätfolgen des Erlebten. Symptome können sein: schwere, oft plötzlich einsetzende Erregungs- und Angstzustände; ein meist unartikulierte Gefühl des „Anders-als-die-andern-Seins“; tiefe Überlebensschuld; ein Zustand des seelischen Überwältigt- und Verringertseins, das sich in Unbehagen, Depression, apathischer Zurückgezogenheit, Kontaktmangel und Genussunfähigkeit wie auch schwere Kommunikationsstörungen, die sich insbesondere auch auf den Umgang mit den eigenen Kindern auswirken kann (Frey et al., 1997). Beim Kontakt mit solchen Menschen müssen die Pflegenden ihre Verhaltensweisen auf die Patient/-innen abstimmen. Die empathische Haltung spielt dabei eine grosse Rolle (Neuner et al., 2008). Pflegende müssen sich das Vertrauen gegenüber den Patient/-innen erarbeiten, da dies oftmals durch die vorhergehenden Erlebnisse stark beschädigt ist (Regel et al., 2007). Weiter kann ein transparentes Auftreten das Misstrauen der Patient/-innen senken und das Vertrauen gegenüber den Pflegenden stärken (Clarke, 2008). Nebst dem Faktor Trauma, müssen die Pflegenden in ihrer Arbeit auch den Faktor Transkulturalität beachten. Das Anerkennen des „anders sein“ (Nationalität, Rasse, Farbe, Religion, usw.) zeugt an Respekt gegenüber den anderen Kulturen (Mladina et al., 2002). Eine Missachtung dessen kann für den Beziehungsaufbau schwerwiegende Folgen haben, wie auch rechtliche Nachfolgen mit sich bringen.

Frey et al. (1997) stellten für ihre Arbeit im Ambulatorium für Folter- und Kriegsoffer in Bern folgende therapeutische Grundhaltungen auf: Gewährleistung der körperlichen und emotionalen Sicherheit; Achtung der Selbstbestimmung; ausdrücken einer klaren politischen Haltung (welche sich auf die Menschenrechte bezieht); einführende Respektierung des religiösen und kulturellen

Hintergrunds; umfassendes Eingehen auf den ganzen Menschen in seiner Lebensumwelt; betonen von Stärken und das Relativieren von Schwächen; kennen, erkennen und anerkennen der eigenen (therapeutischen) Grenzen. Weiter wird mit anderen Disziplinen des Gesundheitswesens (z.B. Hausärzten, Sozialdienst, usw.) eng zusammengearbeitet, um den Bedürfnissen der Klientel gerecht zu werden (Frey et al., 1997).

4.4.2 Sekundäre Traumatisierung bei den Pflegenden

In der Arbeit mit traumatisierten Patient/-innen setzen sich die Pflegenden der Gefahr aus, selbst traumatisiert zu werden. Diese indirekte Traumatisierung kann dadurch ausgelöst werden, dass jemand durch die Teilnahme an Erlebnissen anderer selbst einen starken Schock mit langfristigen Auswirkungen erleidet (Clarke, 2008). Jedoch nicht nur die Erzählung der Traumatisierten kann dazu führen, sondern auch die Haltung der Pflegenden gegenüber ihnen. Oftmals wollen Pflegende die Patient/-innen unterstützen, indem sie sie vor den Erlebnissen „retten“ wollen. Dies kann die Patient/-innen jedoch in eine erneute Opferrolle drängen und eine wiederkehrende Traumatisierung auslösen, wie auch eine Überlastung der Pflegenden bewirken (Clarke, 2008). Oft fühlen sich Pflegende, welche selbst als Migrant/-in in ein Land gekommen sind, für diese Klientel verantwortlich. Dadurch setzten sie sich dem Risiko aus, durch die Erzählungen anderer die eigenen Erlebnisse wieder wachzurufen, was zu einer erneuten Traumatisierung führen kann. Die Untersuchung von Collins et al. (2003) bei Pflegenden (n= 13) in der Arbeit mit traumatisierten Menschen hat ergeben, dass innerhalb eines Jahres die compassion fatigue¹⁴ im Bezug auf die verrichtete Arbeit im Schnitt von 18.85 auf 34.46 Punkten und die Gefahr eines Burnouts von 22.38 auf 29.62 Punkte zunahmen, wogegen die compassion satisfaction¹⁵ von 87.62 auf 80.15 Punkte sank. Vorherige Untersuchungen hatten ergeben, dass 69.3% (n= 9) ein gutes/hohes Potential für compassion satisfaction hatten, 100% (n= 13) ein sehr tiefes Risiko aufwiesen an einem Burnout zu erkranken wie auch 92.4% (n= 12) ein extrem kleines Risiko für compassion fatigue mitbrachten. Als Gründe für die Veränderungen wurden z.B. genannt: der schwierige Umgang mit den Erzählungen der Opfer, Umgang mit Hinterbliebenen, usw. Weiter wollten die Forscher wissen, welche Copingstrategien die Pflegenden in dieser Zeit entwickelt hatten. Genannt wurden: Teambildende Tage (Supervisionen), Humor, Sport (Schwimmen, Relaxation, Walking, Fussball), Lesen, Kino und der Gebrauch von Alternativtherapien (Massagen, Aromatherapie, Reflexology). Die Ergebnisse haben gezeigt, dass die Copingstrategien der Pflegenden ähnlich waren, wie diejenigen der

¹⁴ „emotionale Erschöpfung“

¹⁵ „Arbeitszufriedenheit“

Traumatisierten. Weiter wurde dargelegt, dass die Copingstrategien nicht ausreichend waren, um sich vor einer sekundären Traumatisierung zu schützen. Deshalb müssen weitere Copingstrategien entwickelt werden (Collins et al., 2003).

5. DISKUSSION

Die PTBS stellt eine komplexe Erkrankung dar, deren Behandlung über Jahre hinweg dauern kann. Die Hauptaufgabe für die Pflegenden besteht darin, die Symptome der Erkrankung zu erkennen, weiteren Traumas während der Hospitalisation vorzubeugen, Ressourcen der Patient/-innen zu fördern und in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt und anderen Disziplinen (z.B. Psychologen, Sozialarbeiter, usw.) weiter führende Therapien und Lösungsansätze zu planen. Dabei ist es wichtig, dass die Pflegenden eine transparente Haltung wahren, um die Patient/-innen nicht zu verunsichern.

Die zuvor aufgelisteten Ergebnisse der ausgewählten Studien haben verschiedenste Erkenntnisse dargelegt. Im nun folgenden Diskussionsteil der Arbeit werden diese Erkenntnisse diskutiert, um die zu Beginn gestellte Ausgangsfrage zu beantworten.

5.1 Beurteilung der Validität

Um die Validität der Ergebnisse aus der vorliegenden Literaturübersicht zu belegen, stellte die Autorin für ihre Arbeit gewisse Qualitätskriterien auf. Diese werden nun bei der integrierten Literatur und der systematischen Literaturübersicht einzeln aufgezeigt.

5.1.1 Beurteilung der Validität der integrierten Literatur

Die Qualität der Literatur wurde anhand der Beurteilungsraster nach Behrens & Langer auf ihre Glaubwürdigkeit, Aussagekraft und Anwendbarkeit geprüft. Dabei mussten die Studien/Artikel mindestens einer Note 4 entsprechen, damit sie in die systematische Literaturübersicht miteinbezogen wurden¹⁶. Von den gefundenen Studien/Artikel wurden vier als ausgezeichnet (Note 5,5 – 6,0) bewertet, fünf als sehr gut (Note 5,0 – 5,5), eine als gut (Note 4,5 – 5,0) und fünf als genügend (Note 4,0 – 4,5)¹⁷. Im Schnitt ergaben die Studien eine Note 5,2, die Artikel eine Note 4,0. Die Bewertung „genügend“ ist bei den Artikeln darauf zurückzuführen, dass die Raster nicht zu 100% auf diese Art von „Untersuchungen“ passen (Expertenmeinung, Discussion-Paper, klinischer Report und Fallstudie). Der Allgemeinschnitt (Note 4,8) der gefundenen Literatur wurde daher ungerechtfertigt gesenkt. Da die Artikel jedoch aufgrund der fachlichen Kompetenzen der Artikelautor/-innen an Relevanz für die Beantwortung der Ausgangsfrage dieser Arbeit aufwiesen, wurden sie trotzdem in die Arbeit integriert. Weiter achtete die Autorin darauf, dass die Veröffentlichungen der Literatur nicht länger als 12 Jahre zurücklagen. Die Arbeiten stammen dabei zu je 1/3 aus den Jahren 2007 & 2008, 2003 & 2004 und 1997-2001. Ein weiteres Kriterium

¹⁶ Anhang H: Bewertungsskalen der Beurteilungsbogen

¹⁷ Anhang I: Einteilung der Literatur nach Noten

für den Einbezug der Studien war die Achtung der ethischen Grundsätze bei den Untersuchungen. Diese wurden in 2/3 der Studien erwähnt, wogegen die Autorin beim übrig gebliebenen Drittel davon ausgehen kann, dass diese in der Untersuchung, aufgrund des Fachtitels der Studien-/ Artikelautor/-innen, berücksichtigt wurden.

5.1.2 Beurteilung der Validität der systematischen Literaturübersicht

Die Qualität der Literaturlarbeit wurde von der Autorin wie folgt bewertet: Der Weg der systematischen Literaturlsuche wurde klar aufgezeigt und ist in sich nachvollziehbar. Jedoch kann keine lückenlose Übersicht garantiert werden, da dies sonst den Rahmen der Bachelorarbeit gesprengt hätte. Weiter wurde die Qualität/Validität der integrierten Studien/Artikel anhand von Beurteilungsrastern von Behrens & Langer geprüft. Die Schritte der Vorbereitung für das Erstellen der systematischen Literaturübersicht wurde anhand des Modells „Ablauf und Aufgaben zur Vorbereitung einer Forschungsübersichtsarbeit“ nach Polit, Tatano-Beck & Hungler (2004) gestaltet. Des Weiteren wurde eine klare Gliederung der Inhalte aufgestellt, was einen roten Faden durch die gesamte Arbeit gewährt. Die Inhalte der Problembeschreibung und des theoretischen Rahmens wurden mit den Ergebnissen der Literatur in Verbindung gebracht, wodurch eine Verknüpfung der theoretischen Inhalte und den Forschungsergebnissen erfolgte.

5.2 Allgemeine Bemerkungen

Wie die ausführlichen Ausgangslagen¹⁸ der gefundenen Literatur aufgezeigt haben, sind sie sich darin einig, dass das Erleben von Krieg, Folter und Flucht bei einem Menschen eine PTBS auslösen kann. Weiter wurde aufgezeigt, dass eine hohe Komorbidität bezüglich weiteren Erkrankungen (z.B. Depressionen, Angstzustände, usw.) vorhanden ist. Auch kann eine mangelhafte Integration im Aufnahmeland zur Folge haben, dass die Gefahr von weiteren Traumatisierungen bestehen bleibt. Die Literatur ist sich weiter einig, dass die Therapieansätze in den westlichen Ländern nicht auf die Bedürfnisse von Migrant/-innen zugeschnitten sind. In jüngster Zeit wurden die Therapieverfahren der westlichen Welt des öfteren, kritiklos in das Setting eines Entwicklungslandes (oder bei Patient/-innen aus nicht-westlichen-Ländern) übernommen. Dabei kann diese Übertragung nicht als angemessen angesehen werden. In kollektivistisch ausgerichteten Gesellschaften, die massenhafter Gewalt ausgesetzt sind, ist die Bevorzugung von Interventionen, die am Individuum ansetzen, nicht zu rechtfertigen. Vielmehr sind kulturell adäquate Massnahmen zur Unterstützung eines gesellschaftlichen und politischen Neuaufbaus, insbesondere die Unterstützung lokaler Initiativen, vorzuziehen. Auch hat die

¹⁸ Anhang L: Zusammenfassungen der Literatur

Vergangenheit gezeigt, dass psychologische Interventionen, welche unmittelbar nach traumatischen Ereignissen in nicht-westlichen Kulturen eingesetzt wurden, nutzlos oder sogar schädlich waren (Neuner et al., 2001).

Für die Pflege bedeuten diese Erkenntnisse, dass die Thematik Migration und PTBS bei den Pflegenden präsent sein muss, um das Ausmass der Situation erfassen zu können. Weiter ist sich die Literatur darin einig, dass auf dem Gebiet Umgang und Therapie bei Migrant/-innen mit einer PTBS weitere Untersuchungen erfolgen müssen, um dieser Klientel wie auch den Akteuren des Gesundheitswesens gerecht zu werden.

5.3 Copingstrategien

Die Untersuchungen von Mladina et al. (2002), Priebe et al. (1997) und Schweitzer et al. (2007) haben aufgezeigt, dass trotz Unterschieden im Setting und der Ethnien der Proband/-innen die Copingstrategien in der Verarbeitung des Erlebten sehr ähnlich sind.

In allen drei Studien wurde die *Unterstützung durch die Familie und Freunde* genannt. Der Zusammenhalt unter ihres Gleichen scheint für die Flüchtlinge von grosser Bedeutung zu sein (Mladina et al., 2002; Priebe et al., 1997; Schweitzer et al., 2007). Dieser Faktor lässt sich auf die gesellschaftlichen Normen und Werte dieser Bevölkerungsgruppen zurückführen, wie auch darauf, dass der Zusammenhalt unter Gleichgesinnten eine Ich-Stärkung bewirken kann (Priebe et al., 1997). Jedoch nicht nur die Unterstützung unter ihresgleichen, sondern auch die Hilfe der Bevölkerung aus dem Aufnahmeland selbst, ist für die Flüchtlinge sehr wichtig. Der Austausch ermöglicht ihnen, ihre Vergangenheit mitzuteilen und (politische) Anerkennung für das Erlebte zu erhalten, was im Prozess der Verarbeitung der Traumatisierung einen wichtigen Punkt darstellt (Priebe et al., 1997; Schweitzer et al., 2007).

Ein weiterer wichtiger Punkt stellt der *Glaube* der Migrant/-innen dar. Im Vordergrund steht dabei der religiöse Glauben. Vor allem Frauen haben in der Untersuchung von Mladina et al. (2002) Unterstützung in ihrem Glauben gefunden. Schweitzer et al. (2007) stellten fest, dass nebst dem Halt, welchen die Migrant/-innen durch ihren Glauben an Gott finden, auch Halt in der Glaubensgemeinschaft gefunden werden konnte. Jedoch nicht nur der religiöse Glaube sondern auch der Glaube an frühere Prinzipien (z.B. durch politische Aktivitäten) gibt den Menschen neue Kraft, das Erlebte zu verarbeiten (Priebe et al., 1997).

Die Studien von Priebe et al. (1997) und Schweitzer et al. (2007) haben aufgezeigt, dass eine gute *Integration ins Leben im Exil* eine Verminderung der Symptome einer PTBS bewirken kann. Das Erlernen der Landessprache, Erwerbsfähigkeit, finanzielle Unabhängigkeit, usw. vermitteln den Migrant/-innen das Gefühl von Stabilität, über welches sie vor ihrer Flucht verfügten.

Schweitzer et al. (2007) konnten weiter feststellen, dass die Menschen während den unstablen Zeiten gelernt hatten, *Schwierigkeiten zu überwinden* und mit ihnen umzugehen. Jede bewältigte Herausforderung führte zu einer Ich-Stärkung, die ihnen half zu erkennen, dass es sich rentiert dafür zu kämpfen, woran sie glauben.

Auch der *Vergleich mit anderen Menschen*, denen es schlechter ergeht als ihnen selbst, stellt in der Nach-Migrationsphase eine positive Copingstrategie für die Migrant/-innen dar (Schweitzer et al., 2007).

Die genannten Copingstrategien zeigen auf, dass die betroffenen Menschen mit der Zeit gelernt haben, das Erlebte einzuschätzen und zu akzeptieren. Sie haben die Situationen neu bewertet und in ihr Leben integriert. Diese Neubewertung ist ganz im Sinne des Transaktionalen Stressmodells nach Lazarus. Je nach Bewertung, welche sich auf vorhergehende Erlebnisse abstützt, wird eine Situation als stressig oder eben nicht beurteilt. Hier kommt auch die Salutogenese und der Kohärenzsinn nach Aaron Antonovsky ins Spiel. Um den Kohärenzsinn im Menschen sicherzustellen, werden die Situationen mit den drei Komponenten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit neu beurteilt. Durch eine positive Beurteilung wird der Kohärenzsinn wie auch die gesundheitlichen Ressourcen im Menschen gestärkt, was zu einer Stabilisierung der Gesamtsituation im Menschen führt. Sollte die Beurteilung negativ ausfallen, muss eine Neubewertung der Gesamtsituation durchgeführt werden. Für die Pflegenden bedeuten diese Ergebnisse, dass die aufgezeigten Copingstrategien im Pflegealltag durch punktuelle Förderung (z.B. flexible Besuchszeiten für Angehörige, ressourcenorientierte Pflege zur Stärkung des Selbstvertrauens, usw.) gestärkt werden müssen. Dies hat jeweilig individuell auf die Person und ihre Geschichte abgestimmt zu erfolgen. Des Weiteren können die Modelle helfen, den Pflegenden wie auch den Patient/-innen den Weg des Copings aufzuzeigen, wodurch nach einem gemeinsamen Ziel gestrebt werden kann.

5.4 Evidente Interventionen

Aufgrund des kleinen Fundes an Studien (n=10) und der mangelhaften Durchführung der Untersuchungen konnten bei der systematischen Literaturübersicht von Nicholl et al. (2004) keine relevanten Informationen bezüglich der Ausgangsfrage dieser Arbeit aus der Studie genommen werden. Dennoch ist die Studie für die systematische Literaturübersicht von Relevanz, da sie den Bedarf von weiteren Untersuchungen im Jahr 2004 aufzeigt. Die restlichen gefundenen 8 Studien/Artikel bezogen sich mehrheitlich auf die Testimony-Therapie und die NET. Da beide Therapieansätze sehr ähnlich sind, gewinnen diese Studien/Artikel für diese Arbeit an Gewicht.

Neuner et al. (2001) stützen sich bei ihren Ergebnissen auf vorhergehende Untersuchungen, welche die Effektivität der Testimony-Therapie belegen. Auch Van Dijk et al. (2003) zeigen anhand des erstellten Therapieplans, welchen sie im Centrum '45/ De Vonk in der Niederlande bei traumatisierten Asylsuchenden und Flüchtlingen erfolgreich anwenden, die Umsetzung der Testimony-Therapie auf. Sie stützen sich dabei auf vorhergehende Untersuchungen, welche mit diesem Therapieansatz Erfolge verzeichnen konnten. Van Dijk et al. (2003) waren jedoch die einzigen, welche diesen Therapieansatz in einem Industrieland angewendet haben. Konkrete Ergebnisse der Therapie waren aus der Studie nicht ersichtlich. Daher sind evidente Untersuchungen in diesem Setting (= westliche Ländern) unbedingt nötig, um die Relevanz belegen zu können. Gafner et al. (2001) zeigten in ihrem klinischen Report auf, dass durch Hypnose das Ich im Menschen gestärkt werden kann. Dadurch soll ein Zugang zu den aktiveren Therapieansätzen bzw. für die Verarbeitung von Trauma geschaffen werden. Leider zeigte der klinische Report keine konkreten Ergebnisse auf, wodurch die Autorin die Effektivität dieses Therapieansatzes nicht bewerten konnte. Der Aufbau der Therapieform wurde jedoch klar dargelegt und ist nachvollziehbar. Um die Effektivität der Hypnose belegen zu können, müssen auch auf diesem Gebiet noch weitere Untersuchungen folgen.

Die Untersuchungen, welche nach oder in dem Jahr 2004 durchgeführt wurden, lösten sich von der Testimony-Therapie ab und entwickelten sich zu der NET weiter. NET stellt eine Kombination zwischen Testimony-Therapie und verhaltenstherapeutischer Exposition dar (Neuner et al., 2004). Die Effektivität dieser Therapieform konnte über die Jahre hinweg in verschiedensten Untersuchungen belegt werden (Neuner et al., 2004; Onyut et al., 2004; Bichescu et al., 2007; Neuner et al., 2008). Die Teilnehmerzahlen variierten in den Untersuchungen jedoch stark. Neuner et al. untersuchten im Jahr 2004 bei 43 Proband/-innen die Effektivität von NET, wie auch Bichescu et al. im Jahr 2007 bei 19 Proband/-innen. Die Ergebnisse waren vielversprechend, jedoch mit Vorsicht zu genießen, da die Teilnehmerzahl gering war. Onyut et al. (2004) führten dafür die gleiche Untersuchung bei 1'473 Proband/-innen durch, jedoch war das Ergebnis bzgl. der Reduktion der PTBS bei den Teilnehmer/-innen nicht ersichtlich, dafür wurde die Effektivität der Therapie durch Laien aufgezeigt. Neuner et al. konnten jedoch schlussendlich in ihrer Untersuchung aus dem Jahr 2008 mit 277 Teilnehmer/-innen belegen, dass der Therapieansatz von NET positive Auswirkungen auf die Symptome der PTBS bei Flüchtlingen hat. Auch wurde in dieser Studie aufgezeigt, dass die Therapie durch Lientherapeuten durchgeführt werden kann. Nicht ersichtlich wurde, welchen Effekt NET in westlichen Ländern mit Asylsuchenden und Migrant/-innen aufweisen würde. Aus diesem Grund müssen in diesem Setting noch Untersuchungen erfolgen. Die Fallstudie von Regel et al. (2007) konnte den Einsatz der CBT klar

aufzeigen. Auch waren die verbuchten Erfolge deutlich ersichtlich. Jedoch muss das Ergebnis in Frage gestellt werden, da ein einziger positiver Ausgang nicht aussagekräftig genug ist, um die Wirkung der CBT zu verallgemeinern. Auch ist fraglich, ob aufgrund der hohen Anzahl von Migrant/-innen in westlichen Ländern mit diesem Therapieansatz alle Patient/-innen erreicht werden können (Nutzen-Kosten-Aufwand).

Zusammengefasst zeigt die gefundene Literatur eine gute Basis für die Behandlung von Migrant/-innen mit einer PTBS auf. Die meisten dieser Untersuchungen wurden jedoch in Entwicklungsländern durchgeführt, was eine kontrollierte Implementierung der Therapieformen in Industrieländern bedarf. Leider wurde keine Literatur gefunden, welche sich konkret mit den Interventionen für die Pflege auseinandersetzen. Der Fokus der Untersuchungen lag meistens auf dem psychologischen Ansatz und nicht auf dem der Pflege. Weitere Untersuchungen auf dem Gebiet sind somit gefordert.

5.5 Kompetenzen der Pflegenden

Während einer Hospitalisation wird im Allgemeinen von den Pflegenden erwartet, dass sie den Patient/-innen eine vollumfängliche Pflege bieten (Integration der Lebensgeschichte in den momentanen Gesundheitszustand). Dieser Faktor spielt bei Migrant/-innen eine wichtige Rolle, da eine Migration nicht immer aus freien Stücken erfolgt. Bei einer Konfrontation mit traumatisierten Menschen ist es für die Pflegenden wichtig zu wissen, wie sie auf vulnerable Klientel zugehen und wie sie sich selbst vor einer sekundären Traumatisierung durch die Arbeit mit diesen Menschen schützen können.

5.5.1 Pflege und Betreuung bei traumatisierten Patient/-innen

Die Literaturrecherche hat ergeben, dass vor allem eine empathische Haltung, der Aufbau einer Vertrauensbeziehung, ein pflegerischer transkultureller Ansatz und die Achtung des „andere-seins“ in der Arbeit mit Migrant/-innen eine wichtige Rolle spielen (Frey et al., 1997; Mladina et al., 2002; Regel et al., 2007; Clarke, 2008; Neuner et al., 2008). Frey et al. (1997) haben hierzu in ihrer Arbeit therapeutische Grundhaltungen aufgezählt, welche sie in ihrer Arbeit einnehmen (Gewährleistung der körperlichen und emotionalen Sicherheit; Achtung der Selbstbestimmung; ausdrücken einer klaren politischen Haltung [welche sich auf die Menschenrechte stützt]; einführende Respektierung des religiösen und kulturellen Hintergrunds; umfassendes Eingehen auf den ganzen Menschen in seiner Lebensumwelt; betonen von Stärken und das Relativieren von Schwächen; kennen, erkennen und anerkennen der eigenen [therapeutischen] Grenzen).

Diese Grundhaltungen ähneln sehr den genannten pflegerischen Ansätzen und lassen sich daher gut in die pflegerische Grundhaltung übertragen.

Die Literaturrecherche hat ergeben, dass zum momentanen Zeitpunkt aus pflegerischer Sicht für die Arbeit mit traumatisierten Migrant/-innen nur sehr wenig Literatur vorhanden ist, da sich die Forscher vermehrt auf die therapeutischen Beziehungen fokussierten. Auch der Pflegeansatz der Transkulturalität wurde zu wenig erforscht. Es besteht daher ein grosser Bedarf an weiteren Untersuchungen, welche spezifisch auf die Pflegende-Migrant/-innen-Beziehung ausgerichtet sind.

5.5.2 Sekundäre Traumatisierung bei den Pflegenden

Wie die Expertenmeinung von Clarke (2008) aufgezeigt hat, ist in der Arbeit mit traumatisierten Menschen unweigerlich die Gefahr vorhanden, durch deren Erzählungen selbst traumatisiert zu werden. Oftmals „stürzen“ sich die Pflegenden mit einer Haltung in die Arbeit, welche den traumatisierten Migrant/-innen wie auch den Pflegenden selbst Schaden zuführen kann. Als Prävention nannte Clarke (2008) die Entwicklung von (Coping-) Strategien während der Ausbildung, welche in einer kleinen Gruppe im Klassenzimmer oder vor Ort durch Klinikpersonal erfolgen kann. Welche Copingstrategien als effektiv gelten, wurde von der Autorin nicht genannt. Auch Collins et al. (2003) zeigten auf, dass bereits nach einer kurzen Zeitspanne erste negative Veränderungen bei den Pflegenden in der Arbeit mit traumatisierten Menschen aufgetaucht waren. Die Gefahr eines Burnouts und einer emotionalen Erschöpfung nahm zu, wogegen die Zufriedenheit in der Arbeit stetig abnahm. Die eingesetzten Copingstrategien der Pflegenden waren unzureichend, um diesem Prozess entgegenzuwirken. Die Ansätze versprachen eine grosse Abwechslung, jedoch waren diese Interventionen denjenigen zu ähnlich, welche von den traumatisierten Menschen selbst eingesetzt wurden.

Die Gefahr einer sekundären Traumatisierung bei Pflegenden in der Arbeit mit traumatisierten Migrant/-innen ist ein anerkanntes Problem. Um diese Arbeitsgruppe im Gesundheitswesen vor gesundheitlichen Schäden zu schützen, müssen in naher Zukunft (Coping-) Strategien entwickelt werden, welche Pflegenden ermöglicht, sich vor dieser Gefahr zu schützen.

5.6 Achtung der Transkulturalität

Der Aspekt der Achtung der Transkulturalität, wurde in keiner der Studien/Artikel *klar* genannt. Aus diesem Grund setzt sich die Autorin in diesem Abschnitt mit der Transkulturalität anhand von Fachliteratur auseinander, da dieser Aspekt in der Pflege mit Migrant/-innen eine wichtige Position einnimmt.

Für die transkulturelle Pflege benötigen Pflegende transkulturelle Kompetenzen. „Die transkulturelle Kompetenz ist die Fähigkeit, individuelle Lebenswelten in der besonderen Situation und in unterschiedlichen Kontexten zu erfassen, zu verstehen und entsprechende, angepasste Handlungsweisen daraus abzuleiten“ (Domenig, 2007, S.174). Dazu beschreibt Domenig das Konzept der transkulturellen Kompetenzen, wobei die Pflegenden folgende drei Grundeigenschaften für die Arbeit mit Migrant/-innen mitbringen müssen: Selbstreflexion, Hintergrundwissen und Empathie¹⁹. Die Selbstreflexion verlangt von den Pflegenden, die ihnen als selbstverständlich geltende Lebenswelt zu hinterfragen, wie auch die der Migrant/-innen. Unbewusstes und Selbstverständliches kann dabei bewusst gemacht und mit den Perspektiven der Migrant/-innen in Verbindung gebracht werden (Domenig, 2007). Das Hintergrundwissen strebt die sogenannten transkulturellen Erfahrungen der Pflegenden an. Sie beinhalten verschiedene Aspekte wie z.B. allgemeines theoretisches Hintergrundwissen über Rassismus, frauenspezifische Lebenswelten, psychische Erkrankungen (bzgl. Migrationkontext), usw. (Domenig, 2007). Durch das Hintergrundwissen wie auch durch eigene Erfahrungen mit Migrant/-innen, kann eine enorme Erleichterung für die Pflege erzielt werden. Bei der Empathie geht es darum, „sich in die Schuhe des anderen“ zu stellen. Anteilnahme an dem, was der Patient/-in erlebt hat, gibt der Pflege Authentizität. Die Patient/-innen fühlen sich somit besser verstanden und in ihrem Handeln akzeptiert.

Die transkulturelle Pflege lässt sich somit auch als „die Kenntnis der je eigenen kulturellen Grundlagen, die Kenntnis über andere kulturelle Phänomene und die Synthese aus beiden im jeweiligen aktuellen Handlungskontext definieren“ (Uzarewicz, 199, zitiert nach Domenig, 2007, S. 176). In der Arbeit mit Migrant/-innen sind diese Kenntnisse von grosser Relevanz, da man nur dadurch den Patient/-innen, ihrem Umfeld und ihrer Lebenswelt gerecht werden kann.

¹⁹ Anhang J: Das Konzept der transkulturellen Kompetenz nach D. Domenig (2007)

6. SCHLUSSFOLGERUNGEN

Zuvor wurden die gefundenen Ergebnisse der systematischen Literaturübersicht gegliedert aufgezeigt. Im nun folgenden Abschnitt wird die Autorin aufgrund dessen die Konsequenzen für die Praxis, die Beantwortung der Fragestellung und die Empfehlungen für Implementierung der Ergebnisse in die Praxis aufzeigen.

6.1 Allgemeine Bemerkungen

Mit der Durchführung dieser systematischen Literaturübersicht wurde das Ziel verfolgt, anhand der gefundenen Literatur aufzuzeigen, auf welches Wissen sich Pflegende in der Begleitung von Migrant/-innen mit einer PTBS, ausgelöst durch Krieg, Folter und Flucht, zur Unterstützung und zur Bewältigung stützen können. Dieses Wissen soll den Pflegenden helfen, Symptome der Betroffenen klar zu erkennen, angemessene Interventionen einzuleiten (z.B. bzgl. weiterführenden Therapien) und die Pflege dem Patienten individuell anzupassen, um eine Förderung der vorhandenen Ressourcen bezüglich ihrer Copingstrategien zu erzielen. Die gefundenen Studien/Artikel tragen zu der Beantwortung der Ausgangsfrage dieser Arbeit bei. Jedoch wurde durch die Literaturrecherche ersichtlich, dass auf dem Gebiet der Pflege bezüglich der Begleitung von traumatisierten Migrant/-innen ein Bedarf an weiteren forschungsgestützten Untersuchungen vorhanden ist.

6.2 Konsequenzen für die Praxis

In der Arbeit mit Migrant/-innen sehen sich Pflegende mit besonderen Herausforderungen konfrontiert. Nebst dem Einweisungsgrund für die Hospitalisation (aktuelle Erkrankung) können weitere, verborgene Erkrankungen (z.B. PTBS) vorhanden sein, welche die Allgemeinsituation der Patient/-innen beeinflussen und Grund für den Spitalaufenthalt sind. Da diese Möglichkeit bei Migrant/-innen erhöht ist, haben die Pflegenden hier den Auftrag, nicht nur die offensichtlichen, sondern auch die möglichen, verborgenen Symptome zu beobachten. Des Weiteren sind die Pflegenden der „Hürde“ der Transkulturalität gegenübergestellt, welche Empathie und Respekt erfordert. Teils ist diese Hürde schwer zu überwinden, da kulturelle Codes²⁰ nicht immer interpretierbar sind und Missverständnisse daher leicht entstehen können. Auch setzten sich die Pflegenden in der Arbeit mit traumatisierten Menschen der Gefahr aus, selbst traumatisiert zu werden. Dieser Gefahr gilt es vorzubeugen.

²⁰ Normen & Werte (Verhalten) in einer Gesellschaft/Kultur

Zusammengefasst unterscheiden sich migrierte von nicht-migrierten Patient/-innen im Wesentlichen dadurch, dass sie in ihrer Vergangenheit meistens Krieg und Gewalt erlebt haben, und dass diese Menschen aus einer anderen Kultur stammen. Diese zwei Besonderheiten müssen von den Pflegenden beachtet wie auch aktiv in die Pflege integriert werden. Des Weiteren stellen Migrant/-innen Menschen dar, wie alle anderen auch. Bezüglich der Eigengefahr an einem Trauma zu erkranken müssen Pflegende sich bewusst sein, wie sie sich davor schützen können. Dazu benötigen Pflegende den Zugang zu spezifischem Fachwissen. Dieses Wissen kann in der Grundausbildung zur diplomierten Pflegefachfrau angeboten werden oder auch im Rahmen einer Fort- und Weiterbildung. Dieser Wissenszugriff stellt nicht nur einen Eigenschutz für Pflegende dar, sondern ist auch eine Form der Prävention für die Patient/-innen, da sie dadurch in der Masse besser erkannt werden können. Diese Form der Prävention hätte somit nicht nur positive Auswirkungen für die Akteure selbst, sondern auch eine positive Wirkung auf die Kostensenkung des Gesundheitswesens, da die Patient/-innen von Beginn an die notwendige Therapie erhalten würden, welche sie benötigen.

6.2.1 Beantwortung der Fragestellung

Welches Wissen kann Pflegenden in der Begleitung von Migrant/-innen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung, ausgelöst durch Krieg, Folter und Flucht, helfen, um sie in der Bewältigung zu unterstützen?

Um Migrant/-innen in der Bewältigung der PTBS unterstützen zu können, brauchen Pflegende spezifisches Wissen auf diesem Gebiet. Dazu gehört das Ausmass der Situation „Migration & PTBS“ erfassen zu können. Die verschiedenen Studien/Artikel haben jeweils in ihrer ausführlichen Ausgangslage aufgezeigt, welche Auslöser die Menschen zur Migration zwingen können und welches die Folgen davon sind. Für die Bewältigungsbegleitung müssen Pflegende daher fähig sein, nebst den Symptomen der Erkrankung auch die Copingstrategien der Klientel zu erfassen, und diese aktiv in die Pflege zu integrieren, sowie zu fördern. Bei mangelhaften oder gar fehlenden Bewältigungsformen, müssen sie in Zusammenarbeit mit den Patient/-innen abschätzen, welche Form des Coping angewendet werden kann. Weiter müssen Pflegende transkulturelle Kompetenzen aufweisen, um dieser Klientel und ihrer Lebenswelt gerecht zu werden. Zusätzlich besteht in der Pflege die Gefahr einer sekundären Traumatisierung. Pflegende müssen sich daher diesem Risiko bewusst sein wie auch das Wissen dazu aufweisen, wie sie sich vor dieser Gefahr schützen können. Zudem müssen Pflegende über evidente Therapieformen informiert sein, da eine Hospitalisation oftmals nur einige Tage dauert, und in

diesem Zeitintervall die Patient/-in nicht „geheilt“ werden kann. Die Zusammenarbeit mit den interdisziplinären Fachpersonen ist daher von grosser Wichtigkeit.

Für die Implementierung der Ergebnisse aus der systematischen Literaturübersicht in die Praxis, müssen wesentliche Schritte beachtet werden. Diese werden im nun folgenden Abschnitt näher aufgezeigt.

6.3 Empfehlungen für die Implementierung der Ergebnisse in die Praxis

Zur Implementierung der Ergebnisse aus der Literaturübersicht in die Praxis muss für die Pflegenden die Möglichkeit geschaffen werden, Zugriff zu diesem Wissen zu erhalten. Dazu empfiehlt die Autorin, die Implementierung des Wissens zu dieser Thematik anhand der sechs Schritte nach Evidence-Based Nursing (EBN)²¹ durchzuführen (Schaffer, Stolle & Grossmann, 2006). Die ersten vier Schritte des Modells, die *Aufgabenklärung*, *Fragestellung*, *Literaturrecherche* und *kritische Beurteilung* der Literatur, wurden durch die Autorin bereits durchgeführt. Im fünften Schritt werden die gefundenen Ergebnisse in Zusammenarbeit mit einer Abteilung eines Spitals implementiert (*Implementierung und Adaptation*). Vorzugsweise wird ein Spital gewählt, welches sich in einem Kanton mit einem Aufnahmezentrum für Flüchtlinge befindet, da diese Kantone oftmals eine höhere Zahl an Migrant/-innen aufweisen als andere. Um die erarbeiteten Erkenntnisse den Pflegenden näher zu bringen, empfiehlt die Autorin eine Fort- oder Weiterbildung zu dieser Thematik durchzuführen. Die vorliegende systematische Literaturübersicht bietet dazu folgende Inhalte.

- Wissen bezüglich Migration und PTBS
- Kompetenzen der Pflegenden
 - o Pflege und Betreuung bei Migrant/-innen mit einer PTBS
 - o Gefahr einer sekundären Traumatisierung bei Pflegenden
- Arten der Copingstrategien bei traumatisierten Migrant/-innen
- Wissen bezüglich weiterführenden Therapien

Für den Ausbau der Fort- oder Weiterbildung müssen folgende Schwerpunkte noch ausgearbeitet werden:

- Transkulturelle Kompetenzen
- Präventive Copingstrategien bzgl. sekundärer Traumatisierung
- Weiterführende Therapien in der Schweiz

Nach der Durchführung der Fort- oder Weiterbildung, müssen die angewandten Interventionen nach einer gewissen Zeit evaluiert (*Evaluation*) werden (z.B. anhand von Fragebögen, Interviews,

²¹ Anhang K: Die 6 Schritte der EBN-Methode

usw.), um die Effektivität der Fort- und Weiterbildung zu messen (Schaffer et al., 2006). Nach der Auswertung kann festgestellt werden, ob die gefundenen Ergebnisse relevant für die Pflegepraxis sind. Wenn ja, empfiehlt die Autorin, diese Fort- oder Weiterbildungen in weiteren Spitälern, welche eine grosse Anzahl von migrierten Patient/-innen aufweisen, durchzuführen (evt. mit Anpassungen aus der ersten Evaluation). Falls die Interventionen keinen positiven Ausgang beschreiben konnten, muss die Autorin eine erneute systematische Literaturrecherche durchführen, um weiteres Wissen bezüglich dieser Thematik aufzuzeigen (Schaffer et al., 2006).

7. LERNPROZESS

Im letzten Teil der Arbeit reflektiert die Autorin den Lernprozess, welchen sie durch die Bearbeitung der Thematik der vorliegenden Arbeit durchlaufen hat. Dazu wird der Lernprozess zur Thematik wie auch zum Forschungsprozess analysiert.

7.1 Lernprozess zu der Thematik

Die Thematik „Migration und PTBS“ war der Autorin bereits vor Beginn der Arbeit bekannt. Durch die Bearbeitung der Inhalte konnte die Autorin ihr Wissen erweitern und spezifische Einsichten in die Bewältigungsbegleitung bei Migrant/-innen erhalten. Der Autorin ist das Ausmass, sowie die Folgen dieser Erkrankung klarer geworden, was eine Sensibilisierung der Thematik bewirkte. Das Bewusstsein wurde durch die Analyse verstärkt und das Interesse, sich auf diesem Bereich der Pflege weiterzubilden, gestärkt.

7.2 Lernprozess zum Forschungsprozess und methodologischen Vorgehen bei der Erstellung der systematischen Literaturübersicht

Das Interesse zum Inhalt dieser Arbeit, entwickelte die Autorin bereits in der Ausbildung zur Pflegefachfrau an der Hochschule für Gesundheit Freiburg (obligatorischer Unterricht Modul 9). Das Modul „Eine berufliche Expertise entwickeln in der transkulturellen Pflege“ regte das Interesse der Autorin für diese Patientengruppe an. Daher entschloss sie sich zur Bearbeitung eines Themas aus diesem Fachgebiet. Die Autorin informierte sich zu Beginn der Arbeit anhand von Fachliteratur und Internetadressen über die Thematik „Migration und PTBS“. In Zusammenarbeit mit ihrer Begleitperson und anhand der recherchierten Literatur, kristallisierte sich nach und nach die definitive Fragestellung heraus. Anschliessend wurde mit der Literaturrecherche auf den elektronischen Datenbanken begonnen. Die Autorin wies zu Beginn ein unsystematisches Vorgehen auf, weshalb die Literaturrecherche noch einmal von neuem, in systematischer Form, wiederholt werden musste. Dabei fand die Autorin eine grosse Anzahl an Literatur, welche sie durch kritisches Lesen und anhand der Beurteilungsraster nach Behrens & Langer begutachtete und anschliessend in die Literaturübersicht integrierte. Darauf folgte das Übersetzen und Zusammenfassen der Literatur, was am Anfang viel Zeit in Anspruch nahm, da die Englischkenntnisse der Autorin nicht sehr ausgeprägt waren. Durch das ständige Wiederholen der englischen Fachbegriffe, vereinfachte sich das Lesen nach und nach. Anschliessend konnten die gefundenen Ergebnisse aufgezeigt und diskutiert werden, wodurch die Fragestellung beantwortet werden konnte.

Die vorliegende systematische Literaturübersicht stellt die erste Arbeit dar, welche die Autorin in dieser Form durchgeführt hat. Das Wissen konnte dabei auf folgenden Ebenen erweitert werden:

- *Migration und PTBS*: Die intensive Auseinandersetzung mit der Thematik über eine längere Zeit bewirkte, dass sich die Autorin auf diesem Gebiet ein fundiertes Wissen aneignen konnte. Aufgrund der Zunahme des Interesses zu dieser Thematik kann sie sich vorstellen, zu einem späteren Zeitpunkt auf diesem Gebiet der Pflege sich weiterzubilden/zu spezialisieren.
- *Wissenschaftliches Arbeiten*: Durch die systematische Literaturübersicht konnte die Autorin ihr Wissen bezüglich wissenschaftlichen Arbeitens erweitern. Aufgrund aufgetretener „Stolpersteine“ weiss sie nun, worauf sie ein nächstes Mal achten muss, um diese zu umgehen. Auch ist sie sich bewusst geworden was es bedeutet, eine forschungsgestützte systematische Literaturübersicht zu erstellen.
- *Elektronische Datenbanken*: Durch die Suche von Literatur auf den elektronischen Datenbanken wurde der Umgang mit dieser Art von Informationsquelle geläufiger. Der Aufbau und Ablauf ist klar geworden.
- *Kritische Beurteilung von Literatur*: Die Beurteilungsraster von Behrens & Langer waren der Autorin bekannt, jedoch der Umgang noch ungefestigt. Durch die Beurteilung der Literatur wurde das „Handling“ diesbezüglich verbessert.
- *Englischkenntnisse*: Das Lesen der englischen Literatur bewirkte bei der Autorin, dass sich ihre englischen Lesekenntnisse und somit ihr Wortschatz kontinuierlich verbesserten. Zu Beginn musste sehr viel Zeit aufgewendet werden, um eine Studie/Artikel zusammenzufassen. Doch nach und nach verlief dieser Prozess bedeutend fließender.

Die Autorin konnte durch diese Arbeit nicht nur fachliche, sondern auch persönliche Kompetenzen fördern. Ein nächstes Mal wird sie ihr Vorgehen ändern, da sie durch den Lernprozess erkannte, wo die Schwerpunkte einer systematischen Literaturübersicht liegen, um einen kontinuierlichen Arbeitsablauf zu erzielen.

8. LITERATURVERZEICHNIS

- Amnesty International. (n.d.). *Die wichtigsten Fakten*. [Website]. Verfügbar unter: <http://www.amnesty.ch/de/themen/folter/diskriminierung> [Zugriff am 13. März 2008].
- Anderes, B. (2003). *Belastungsstörungen: Welches Wissen brauchen Pflegende um bei Patienten nach einem durchlebten Trauma akute Belastungsreaktionen und posttraumatische Belastungsstörungen einschätzen zu können und welche Risikofaktoren sind in diesem Zusammenhang bedeutsam?* Diplomarbeit, Weiterbildungszentrum für Gesundheit SRK. Aarau.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese – Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: DGVT.
- Bachl, M. (2008). Hilfe für schwer traumatisierte Menschen. *Krankenpflege*, (2), 14-15.
- Baldegger, E. (2004). Bewältigung/Coping. In S. Käppeli (Hrsg.), *Pflegekonzepte Band 3 – Phänomene im Erleben von Krankheit und Umfeld*. (2. Nachdruck). (S. 125-143) Bern: Hans Huber.
- Bichescu, D., Neuner, F., Schauer, M. & Elbert, T. (2007). Narrative exposure therapy of political imprisonment-related chronic posttraumatic stress disorder and depression. *Behaviour Research and Therapy*, 45 (9), 2212-2220.
- Bundesamt für Statistik. (2007). *Personen im Asylprozess nach detaillierter Staatsangehörigkeit, 1995-2006*. [Website]. Verfügbar unter: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/07/blank/data/01.Document.88363.xls> [Zugriff am 14. März 2008].
- Bundesamt für Statistik. (2008). *2.3.1 Ausländische Wohnbevölkerung*. [Website]. Verfügbar unter: http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/00/02/sectoriel/04_04/04_04_01.print.html [Zugriff am 09. Juni 2008].
- Caritas. (2008). *Dolmetschervermittlung – Se Comprendre*. [Website]. Verfügbar unter: http://web.caritas.ch/media_features/gf/Dolmetschervermittlung_SeComprendre.pdf [Zugriff am 28. Dezember 2008].
- Clarke, V. (2008). Working with survivors of trauma. *Mental Health Practice*, 11 (7), 14-17.
- Collins, S. & Long, A. (2003). Too tired to care? The psychological effects of working with trauma. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 10 (1), 17-27.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information [DIMDI]. (Hrsg.). (1994). ICD-10 - Internationale statistische Klassifikation der Krankheit und verwandter Gesundheitsprobleme, Amtliche deutschsprachige Ausgabe Band 1. (10. Revision). Bern: Hans Huber.
- Domenig, D. (2007). Das Konzept der transkulturellen Kompetenz. In D. Domenig (Hrsg.). *Transkulturelle Kompetenzen*. (2. Auflage). (S. 165-189). Bern: Hans Huber.
- DUDEN. (1990). *Band 5 - Das Fremdwörterbuch*. Zürich: Dudenverlag.

- Flatten, G., Hofmann, A., Liebermann, P., Wöller, W., Siol, T. & Petzold, E. (2001). *Posttraumatische Belastungsstörung*. Stuttgart: Schattauer.
- Frey, C. & Valach, J. (1997). Die Behandlung von Folter- und Kriegsopfern in der Schweiz. [The treatment of torture and war victims]. *Praxis*, 86 (21), 899-905.
- Frey, C. (2004). Überlebende von Folter und Krieg: Eine Herausforderung an unser Sozial- und Gesundheitswesen. In Departement Migration Schweizerisches Rotes Kreuz (Hrsg.), *Migration – Eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen*. (S. 159-180) Zürich: Seismo.
- Frey, C. (2007). Traumatisierte Flüchtlinge brauchen umfassende Behandlung und Betreuung, *Pro Mente Sana Aktuell*, (3), 9-10.
- Gafner, G. & Benson, S. (2001). Indirect ego-strengthening in treating PTSD in immigrants from Central America. *Contemporary Hypnosis*, 18 (3), 135-144.
- Kälin, W., Müller, L. & Wytenbach, J. (Hrsg.). (2008). *Das Bild der Menschenrechte*. Baden: Lars Müller Publishers.
- Käppeli, S. (2004). Fremde Gefühle in der Pflege. *TANGRAM – Bulletin der Eidgenössischen Kommission gegen Rassismus*, 16 (10), 68-73.
- Lazarus, R.S. & Launier, R. (1981). Stressbezogene Transaktionen zwischen Personen und Umwelt. In J.R. Nitsch (Hrsg.) *Stress - Theorien, Untersuchungen, Massnahmen*. (S. 213-259). Bern: Hans Huber.
- Maier, T. (2007). Asylverfahren, Arztberichte und Gutachten. In T. Maier & U. Schnyder (Hrsg.). *Psychotherapie mit Folter- und Kriegsopfern – Ein praktisches Handbuch*. (1. Auflage). (S. 221-231). Bern: Hans Huber.
- Maier, T. & Schnyder, U. (2007). Psychopathologie bei Folter- und Kriegsopfern. In T. Maier & U. Schnyder (Hrsg.). *Psychotherapie mit Folter- und Kriegsopfern – Ein praktisches Handbuch*. (1. Auflage). (S. 39-73). Bern: Hans Huber.
- Mayer, H. (2001). *Pflegeforschung – Elemente und Basiswissen*. (2. überarbeitete Auflage). Wien: Facultas Universitätsverlag.
- Microsoft (Hrsg.). (1997). *Encarta 98 – Enzyklopädie*. [CD-ROM]. Berlin: Microsoft Corporation.
- Mladina, V. & Huber, H.P. (2002). Life after War: Coping with War Trauma. *Psychologische Beiträge*, 44 (4), 616-626.
- Moser, C. (2004). Zwischen Normalität und Über-Leben: Bosnische Kriegsflüchtlinge in der Schweiz. In Departement Migration Schweizerisches Rotes Kreuz (Hrsg.), *Migration – Eine Herausforderung für Gesundheit und Gesundheitswesen*. (S. 198-217). Zürich: Seismo.
- Moser, C. (2007). Traumatisierung bei MigrantInnen mit Folter- und Kriegserfahrung. In D. Domenig (Hrsg.), *Transkulturelle Kompetenz*. (2. Auflage). (S. 517-540). Bern: Hans Huber.

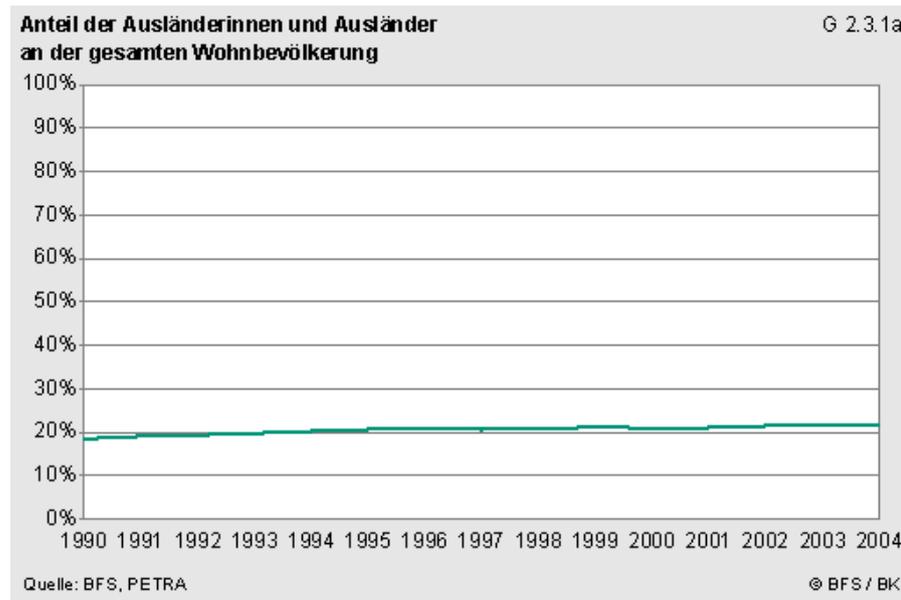
- National Institute for Clinical Excellence [NICE]. (2005). *Post-traumatic stress disorder (PTSD): the treatment of PTSD in adults and children*. [Webiste]. Verfügbar unter: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG026publicinfo.pdf> [Zugriff am 3. Januar 2009].
- Neuner, F., Schauer, M. & Elbert, T. (2001). Testimony-Therapie als Psychotherapie für Überlebende politischer Gewalt. *Zeitschrift für Politische Psychologie*, 9(1), 585-600.
- Neuner, F., Schauer, M., Klaschik, C., Karunakara, U. & Elbert, T. (2004). A Comparison of Narrative Exposure Therapy, Supportive Counseling, and Psychoeducation for Treating Posttraumatic Stress Disorder in an African Refugee Settlement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(4), 579-587.
- Neuner, F., Onyut, P.L., Ertl, V., Odenwald, M., Schauer, E. & Elbert, T. (2008). Treatment of Posttraumatic Stress Disorder by Trained Lay Counselors in an African Refugee Settlement: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(4), 686-694.
- Nicholl, C. & Thompson, A. (2004). The psychological treatment of Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) in adult refugees: A review of the current state of psychological therapies. *Journal of Mental Health*, 13(4), 351-362.
- Onyut, L.P., Neuner, F., Schauer, E., Ertl, V., Odenwald, M., Schauer, M. & Elbert, T. (2004). The Nakivale Camp Mental Health Project: Building local competency for psychological assistance to traumatised refugees. *Intervention: International Journal of Mental Health, Psychosocial Work & Counselling in Areas of Armed Conflict*, 2(2), 90-107.
- Polit, D.F., Tatano-Beck, C. & Hungler B.P. (2004). *Lehrbuch Pflegeforschung*. Bern: Hans Huber.
- Priebe, S. & Esmaili, S. (1997). Long-term mental sequelae of torture in Iran – who seeks treatment? *Journal of Nervous & Mental Disease*, 185(2), 74-77.
- Regel, S. & Berliner, P. (2007). Current perspectives on assessment and therapy with survivors of torture: the use of a cognitive behavioural approach. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 9(3), 289-299.
- Schaffer, S., Stolle, C. & Grossmann, K. (2006). Evidence-based Nursing (EBN) im Überblick: Forschung und Praxis verbinden. *Pflege*, 59, 702-705.
- Schweitzer, R., Greenslade, J. & Kagee, A. (2007). Coping and resilience in refugees from the Sudan: a narrative account. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(3), 282-288.
- Schweizer Berufsverband für Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner [SBK]. (1998). *Pflegende und Forschung: Ethische Grundsätze*. Bern.
- Schweizerisches Rotes Kreuz [SRK]. (Hrsg.). (2008). *Folter und Trauma: Folgen und therapeutische Möglichkeiten*. Münsingen: Fischer.

- Universitätsklinikum Halle - Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft. (n.d. a). *Beurteilungshilfen*. [Website]. Verfügbar unter: <http://www.medizin.unihalle.de/pflegewissenschaft/index.php?id=351b> [Zugriff am 21. März 2009].
- Universitätsklinikum Halle - Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft. (n.d. b). *Evidence-based Nursing*. [Website]. Verfügbar unter: <http://www.medizin.uni-halle.de/pflegewissenschaft/index.php?id=347> [Zugriff am 22. Juni 2009].
- Van Dijk, J.A., Schoutrop, M.J.A. & Spinhoven, P. (2003). Testimony Therapy: Treatment Method for Traumatized Victims of Organized Violence. *American Journal of Psychotherapy*, 57 (3), 361-373.
- Wicker, H.R. (2007). Von der Assimilation zur Integration: Konzepte, Diskurse und gesellschaftlicher Wandel. In D. Domenig (Hrsg.), *Transkulturelle Kompetenzen*. (2. Auflage). (S. 49-66). Bern: Hans Huber.
- Wikipedia. (2008). *Liste von Kriege*. [Website]. Verfügbar unter: http://de.wikipedia.org/wiki/Liste_von_Kriege [Zugriff am 15. März 2008].
- Woxikon. (2008). *Wissen*. [Website]. Verfügbar unter: <http://www.woxikon.de/wort/wissen.php> [Zugriff am 28. März 2008].

9. ANHANG

9.1 Anhang A

Anteil der Ausländer/-innen an der gesamten Wohnbevölkerung in der Schweiz
(Bundesamt für Statistik, 2008)



Definition:

Personen ausländischer Nationalität je 100 Personen der gesamten Wohnbevölkerung insgesamt am Jahresende (Personen ausländischer Nationalität: Aufenthaltler, Niedergelassene, internationale Funktionäre, Kurzaufenthalter, Asylsuchende, vorläufige Aufgenommene).

Entwicklung seit 1990:

Seit dem Beginn der 1990er Jahre ist der Ausländeranteil in der Schweiz kontinuierlich angestiegen von 18,4% im Jahr 1990 auf 21,8% 2004. Ein Grund dafür waren neben dem Zustrom von Ausländer/-innen die lange Einbürgerungsfrist und die generell tiefe Einbürgerungsquote.

Aus der Statistik ist leider nicht ersichtlich, wie viel Prozent der Anteil der migrierten Menschen ausmacht, welche wegen Krieg, Folter und Flucht in die Schweiz gekommen sind. Jedoch gibt die Statistik einen Gesamtüberblick über den Anteil der Migrant/-innen von 1990 - 2004 in der Schweiz, welche durch ihre Migrationen potentielle Opfer sein könnten, an einer Posttraumatischen Belastungsstörung zu leiden/erkranken.

9.2 Anhang B

Diagnostische Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung - stichwortartige Aufführung (DSM-IV)

(DSM-IV, Sass, Wittchen et al., 1998, zitiert nach Moser, 2007, S. 522-523)

A. Stressor

- Lebensbedrohende Situation (persönliches Erleben, Miterleben bei einer nahe stehenden Person oder Beobachtung bei einer anderen Person)
- Reaktion in Form von intensiver Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen

B. Wiedererleben des Traumas

- Intrusive Erinnerungen
- Wiederkehrende Träume
- Handeln und Fühlen, als ob Trauma wiederkehrt (Flashbacks, Illusionen, Halluzinationen)
- Psychische Belastung durch Erinnerungsreize
- Körperliche Reaktion durch Erinnerungsreize

C. Vermeidung und abflachende Reagibilität

- Vermeiden von Gedanken, Gefühlen, Gesprächen, Aktivitäten, Orten, Menschen, die mit Trauma in Verbindung stehen
- Unfähigkeit, wichtige Aspekte des Traumas zu erinnern
- Vermindertes Interesse
- Losgelöstheit und Entfremdung
- Eingeschränkte Affektbreite
- Gefühle einer eingeschränkten Zukunft

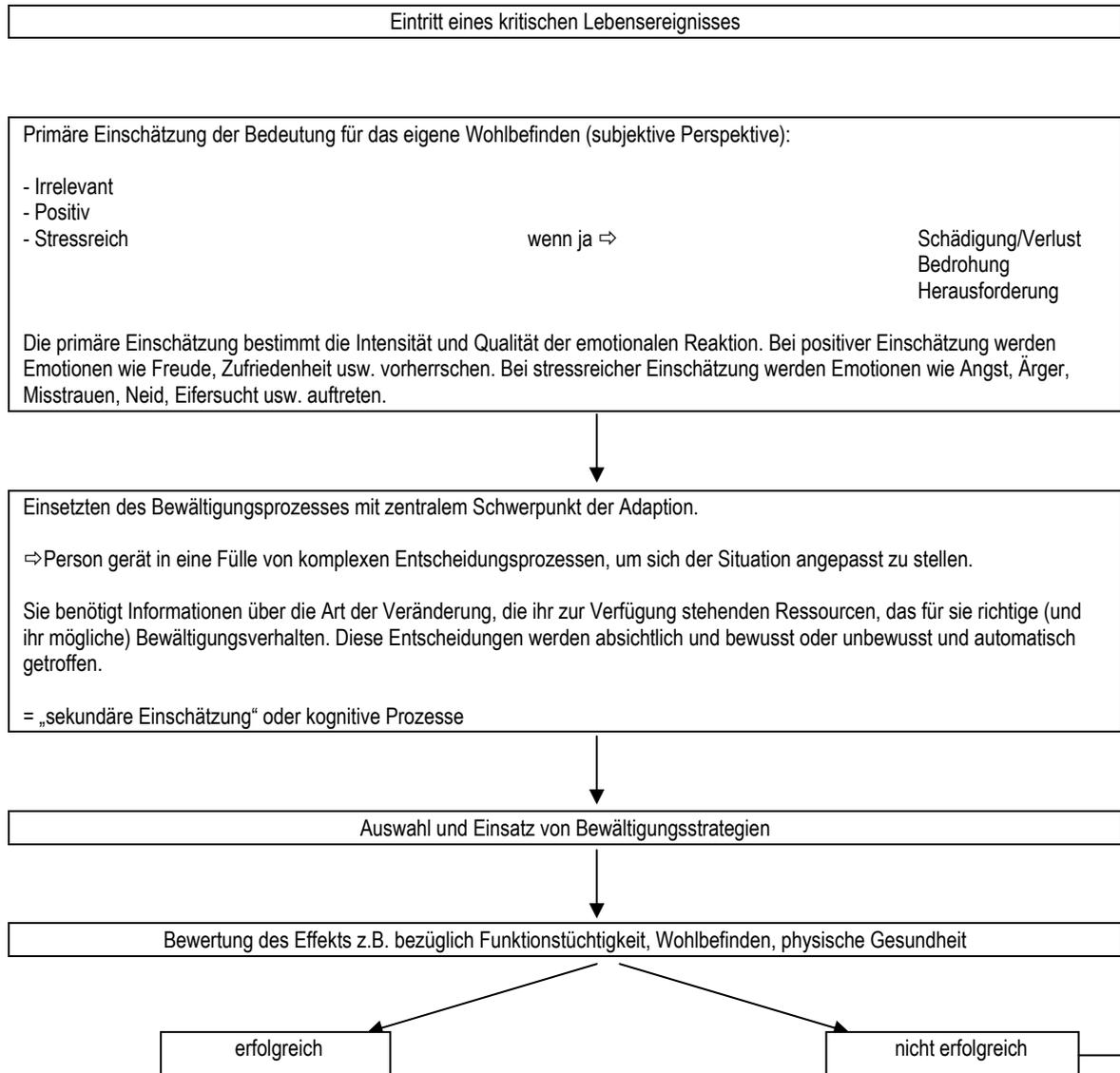
D. Erregung

- Schlafstörungen
- Reizbarkeit oder Wutausbrüche
- Konzentrationsschwierigkeiten
- Hypervigilanz
- Übermäßige Schreckreaktion

9.3 Anhang C

Bewältigungsprozess nach Richard S. Lazarus

(Baldegger, 2004, S. 137)



9.4 Anhang D

Beurteilungsraster nach Behrens & Langer

(Universitätsklinikum Halle - Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, n.d. a)

Beurteilung einer Interventionsstudie

Quelle:

Forschungsfrage:

Glaubwürdigkeit

1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?	<i>Rekrutierung? Randomisierung? Zuteilung?</i>
2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?	<i>Wurden die Ausfallraten begründet, z. B. Umzug, Tod, Verletzung des Protokolls? Followup > 80%?</i>
3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet?	<i>Wenn nein: wäre eine Verblindung möglich und ethisch vertretbar gewesen?</i>
4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?	<i>Geschlecht, Alter, Krankheitsstadium, Bildung, Beruf? Keine signifikanten Unterschiede?</i>
5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt?	<i>Unwahrscheinlich, dass andere Faktoren die Ergebnisse beeinflusst haben?</i>
6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?	<i>Wechselt kein Teilnehmer die Gruppe?</i>
7. War die Größe der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?	<i>Power?</i>
8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?	

Aussagekraft

9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?	<i>z.B. RR, RRR, ARR, NNT? Median, Mittelwert?</i>
10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?	<i>p-Wert?</i>
11. Wie präzise sind die Ergebnisse?	<i>Konfidenzintervalle?</i>

Anwendbarkeit

12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?	<i>Ähnliche Patienten, ähnliche Umgebung?</i>
13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?	<i>Nebenwirkungen? Compliance?</i>
14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?	<i>Kostenanalyse?</i>

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias Vermeidung): 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6

Beurteilung einer qualitativen Studie

Quelle:

Forschungsfrage:

Glaubwürdigkeit

1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert? *Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?*

2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt? *z. B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie*

3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt? *Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?*

4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet? *Wie erfolgte die Auswahl?*

5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben? *Auch die Perspektive des Forschers?*

6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben? *Methode der Datensammlung?*

7. Wie erfolgte die Analyse der Daten? *Codes, Muster, Themen? Verstehende Hermeneutik*

8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung? *Wenn nein: warum nicht?*

Aussagekraft

9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar? *Prozess von der Datensammlung hin zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?*

10. Wurden die Ergebnisse bestätigt? *Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?*

Anwendbarkeit

11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?

12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?

Benotung der Glaubwürdigkeit (BiasVermeidung): 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

Beurteilung von Standards und Leitlinien

Quelle:

Forschungsfrage:

Glaubwürdigkeit

1. Ist das Thema der Leitlinie klar formuliert? *genug eingegrenzt?*

2. Wie wurde die Leitlinie erstellt? *Schritte?*

3. Wurden alle wichtigen Möglichkeiten und Ergebnisse klar beschrieben und nachvollziehbar beurteilt? *Alternativen beleuchtet? wer beurteilt?*

4. Bezieht die Leitlinie wichtige aktuelle Entwicklungen mit ein?

5. Wurde die Leitlinie von Experten begutachtet und getestet?

6. Wurden konkrete, für die Praxis wichtige Empfehlungen ausgesprochen?

Aussagekraft

7. Wie gut war die Recherche? *welche Datenbanken? Experten? Quellen analysiert? Handsuche?*

8. Wie gut waren die einzelnen Studien? *Stärke der Evidence? Stichprobengröße? Bias?*

9. Stimmen die Ergebnisse verschiedener Studien überein?

Anwendbarkeit

10. Ist das Hauptziel der Leitlinie mit meinem Ziel identisch?

11. Sind die Empfehlungen bei meinen Patienten anwendbar? *ähnliche Patienten? ähnliche Umgebung?*

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias Vermeidung)

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6

9.5 Anhang E

Beurteilung der Literatur

Bichescu et al., 2007 Narrative exposure therapy of political imprisonment-related chronic PTSD and depression.	
Glaubwürdigkeit (8)	7,5
Aussagekraft (3)	2
Anwendbarkeit (3)	3
Total Punkte (14)	<u>13,5</u>
Note	5.8

Frey et al., 1997 Die Behandlung von Folter- und Kriegsopfern in der Schweiz.	
Glaubwürdigkeit (7)	4
Aussagekraft (2)	1
Anwendbarkeit (3)	3
Total Punkte (12)	<u>8</u>
Note	4,0

Clarke, 2008 Working with survivors of trauma.	
Glaubwürdigkeit (7)	4
Aussagekraft (2)	1
Anwendbarkeit (3)	3
Total Punkte (12)	<u>8</u>
Note	4,0

Gafner et al., 2001 Indirect ego-strengthening in treating PTSD in immigrants from Central America.	
Glaubwürdigkeit (7)	4
Aussagekraft (2)	1
Anwendbarkeit (3)	3
Total Punkte (12)	<u>8</u>
Note	4,0

Collins et al., 2003 Too tired to care? The psychological effects of working with trauma.	
Glaubwürdigkeit (8)	7
Aussagekraft (2)	2
Anwendbarkeit (2)	1
Total Punkte (12)	<u>10</u>
Note	5,0

Mladina et al., 2002 Life after War: Coping with War Trauma.	
Glaubwürdigkeit (8)	6
Aussagekraft (2)	2
Anwendbarkeit (2)	2
Total Punkte (12)	<u>10</u>
Note	5,0

Neuner et al., 2001 Testimony-Therapie als Psychotherapie für Überlebende politischer Gewalt.	
Glaubwürdigkeit (7)	4
Aussagekraft (2)	1
Anwendbarkeit (3)	3
Total Punkte (12)	<u>8</u>
Note	4,0

Nicholl et al., 2004 The psychological treatment of PTSD in adult refugees: A review of the current state of psychological therapies.	
Glaubwürdigkeit (7)	5
Aussagekraft (2)	1
Anwendbarkeit (3)	3
Total Punkte (12)	<u>9</u>
Note	4,5

Neuner et al., 2004 A Comparison of NET, Supportive Counseling, and Psychoeducation for Treating PTSD in an African Refugee Settlement.	
Glaubwürdigkeit (8)	7
Aussagekraft (3)	2
Anwendbarkeit (3)	3
Total Punkte (14)	<u>12</u>
Note	5,1

Onyut et al., 2004 The Nakivale Camp Mental Health Project: Building local competency for psychological assistance to traumatised refugees.	
Glaubwürdigkeit (8)	8
Aussagekraft (3)	2
Anwendbarkeit (3)	3
Total Punkte (14)	<u>13</u>
Note	5,6

Neuner et al., 2008 Treatment of PTSD by Trained Lay Counselors in an African Refugee Settlement: A Randomized Controlled Trial.	
Glaubwürdigkeit (8)	8
Aussagekraft (3)	2
Anwendbarkeit (3)	3
Total Punkte (14)	<u>13</u>
Note	5,6

Priebe et al., 1997 Long-term mental sequelae of torture in Iran – who seeks treatment?	
Glaubwürdigkeit (8)	7
Aussagekraft (2)	1
Anwendbarkeit (2)	2
Total Punkte (12)	<u>10</u>
Note	5,0

Regel et al., 2007 Current perspectives on assessment and therapy with survivors of torture: the use of a cognitive behavioural approach.	
Glaubwürdigkeit (7)	4
Aussagekraft (2)	1
Anwendbarkeit (3)	3
Total Punkte (12)	<u>8</u>
Note	4,0

Schweitzer et al., 2007 Coping and resilience in refugees from the Sudan: a narrative account.	
Glaubwürdigkeit (8)	7
Aussagekraft (2)	2
Anwendbarkeit (2)	1
Total Punkte (12)	<u>10</u>
Note	5,0

Van Dijk et al., 2003 Testimony Therapy: Treatment Method for Traumatized Victims of Organized Violence	
Glaubwürdigkeit (6)	6
Aussagekraft (3)	2
Anwendbarkeit (2)	2
Total Punkte (11)	10
Note	5,5

9.6 Anhang F

Überblick der ausgewählten Literatur

Autor & Jahr	Titel	Design	Datenquelle
Bichescu, D., Neuner, F., Schauer, M. & Elbert, T. (2007).	Narrative exposure therapy of political imprisonment-related chronic PTSD and depression.	Randomisierte kontrollierte Studie	Rumänische Folteropfer (n= 18)
Clarke, V. (2008).	Working with survivors of trauma.	Expertenmeinung / unsystematische Literaturübersicht	Fachbericht aus der Sicht der Pflege => Indirekttraumatisierung von PP
Collins, S. & Long, A. (2003).	Too tired to care? The psychological effects of working with trauma.	Qualitative Studie	Helfende Pflegenden (n= 13)
Frey, C. & Valach, L. (1997).	Die Behandlung von Folter- und Kriegsoptionen in der Schweiz.	Discussion-Paper	Therapiemöglichkeiten für Folter- und Kriegsoptionen in Europa und der Schweiz
Gafner, G. & Benson, S. (2001).	Indirect ego-strengthening in treating PTSD in immigrants from Central America.	Klinischer Report	Untersuchung der Hypnosemethoden
Mladina, V. & Huber, H.P. (2002).	Life after War: Coping with War Trauma.	Quantitative Studie	Bosnische Kriegsüberlebende (n= 80)
Neuner, F., Schauer, M. & Elbert, T. (2001).	Testimony-Therapie als Psychotherapie für Überlebende politischer Gewalt.	Expertenmeinung	Expertenmeinung mit integriertem Fallbeispiel
Neuner, F., Schauer, M., Klaschik, C., Karunakara, U. & Elbert, T. (2004)	A Comparison of Narrative Exposure Therapy, Supportive Counseling, and Psychoeducation for Treating Posttraumatic Stress Disorder in an African Refugee Settlement.	Randomisierte kontrollierte Studie	Flüchtlinge in Uganda mit Kriegs- und Foltertraumatisierung (n= 43)
Neuner, F., Onyut, P.L., Ertl, V., Odenwald, M., Schauer, E. & Elbert, T. (2008).	Treatment of Posttraumatic Stress Disorder by Trained Lay Counselors in an African Refugee Settlement: A Randomized Controlled Trial.	Randomisierte kontrollierte Studie	Flüchtlinge in Uganda mit Kriegs- und Foltertraumatisierung (n= 277)
Nicholl, C. & Thompson, A. (2004).	The psychological treatment of Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) in adult refugees: A review of the current state of psychological therapies.	Systematische Literaturübersicht	Einbezug von 10 Studien
Onyut, L.P., Neuner, F., Schauer, E., Ertl, V., Odenwald, M., Schauer, M. & Elbert, T. (2004).	The Nakivale Camp Mental Health Project: Building local competency for psychological assistance to traumatised refugees.	Quantitative Studie	Somalische und ruandische Flüchtlinge (n= 1'473) in Uganda
Priebe, S. & Esmaili, S. (1997).	Long-term mental sequelae of torture in Iran - who seeks treatment?	Quantitative Studie	Iranische Folteropfer (n= 34)
Regel, S. & Berliner, P. (2007).	Current perspectives on assessment and therapy with survivors of torture: the use of a cognitive behavioural approach.	Fallstudie / unsystematische Literaturübersicht	Expertenmeinung mit integriertem Fallbeispiel Einbezug von 17 Studien
Schweitzer, R., Greenslade, J. & Kagee, A. (2007).	Coping and resilience in refugees from the Sudan: a narrative account.	Qualitative Studie	Sudanesische Flüchtlinge (n=13)
Van Dijk, J.A., Schoutrop, M.J.A. & Spinhoven, P. (2003).	Testimony Therapy: Treatment Method for Traumatized Victims of Organized Violence.	Standart / Leitlinie	Umsetzung und Effektivität der Testimony-Therapie

9.7 Anhang G

Diagnostische Kriterien der Posttraumatischen Belastungsstörung nach ICD-10 & DSM-IV

(Flatten, G., Hofmann, A., Liebermann, P., Wöller, W., Siol, T. & Petzold E., 2001, S. 18-24)

ICD-10 F43.1 (1991)	DSM-IV 309.81 (1996)
<p>A: Stressor Diese entsteht als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypigen Ausmasses (kurz- oder langanhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Verstörung hervorrufen würde. Hierzu gehören eine durch Naturereignisse oder von Menschen verursachte Katastrophe, eine Kampfhandlung, ein schwerer Unfall oder die Tatsache, Zeuge des gewaltsamen Todes anderer oder selbst Opfer von Folterung, Terrorismus, Vergewaltigung oder anderer Verbrechen zu sein.</p>	<p>A: Stressor Die Person wurde mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert, bei dem die beiden Folgenden Kriterien vorhanden waren:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Person erlebte, beobachtete oder war mit einem oder mehreren Ereignissen konfrontiert, die tatsächlichen oder drohenden Tod oder ernsthafte Verletzungen oder eine Gefahr der körperlichen Unversehrtheit der eigenen Person oder anderen Personen beinhalteten; - Die Reaktion der Person umfasst intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen.
<p>B: Wiedererleben des Traumas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wiederholtes Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallen, Flashbacks), ... • ... Träume oder Alpträume. • Selten kommt es zu dramatischen akuten Ausbrüchen von Angst, Panik oder Aggression, ausgelöst durch plötzliche Erinnerung und/oder Wiederholung des Traumas oder ursprünglichen Reaktion darauf 	<p>B: Wiedererleben des Traumas Das traumatische Ereignis wird beharrlich auf mindestens eine der folgenden Weisen wiedererlebt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wiederkehrende und eindringliche belastende Erinnerungen an das Ereignis, die Bilder, Gedanken oder Wahrnehmungen umfassen können; • Wiederkehrende, belastende Träume von dem Ereignis; • Handeln oder Fühlen, als ob das traumatische Ereignis wiederkehrt (beinhaltet das Gefühl, das Ereignis wiederzuerleben).
<p>C: Vermeidung und abflachende Reagibilität Furcht vor und Vermeidung von Stichworten, die den Leidenden an das ursprüngliche Trauma erinnern können:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vermeiden von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen können; • Gleichgültigkeit gegenüber anderer Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber; • Andauerndes Gefühl von Betäubt-sein und emotionaler Stumpfheit, Anhedonie. 	<p>C: Vermeidung und abflachende Reagibilität Anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem Trauma verbunden sind, oder eine Abflachung der allgemeinen Reagibilität (von dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens drei der folgenden Symptome liegen vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bewusstes Vermeiden von Gedanken, Gefühlen oder Gesprächen, die mit dem Trauma in Verbindung stehen; • Bewusstes Vermeiden von Aktivitäten, Orten oder Menschen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen; • Unfähigkeit, einen wichtigen Aspekt des Trauma zu erinnern; • Deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten; • Gefühl der Losgelöstheit oder Entfremdung von anderen; • Eingeschränkte Bandbreite des Affektes (z.B. Unfähigkeit, zärtliche Gefühle zu empfinden); Gefühl einer eingeschränkten Zukunft (z.B. erwartet nicht, Karriere, Ehe, Kinder oder normal langes Leben zu haben).

<p>D: Erregung Zustand vegetativer Übererregbarkeit:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schlaflosigkeit; • Vigilanzsteigerung; Übermäßige Schreckhaftigkeit. 	<p>D: Erregung Anhaltende Symptome erhöhen Arousals (vor dem Trauma nicht vorhanden). Mindestens zwei der folgenden Symptome liegen vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen; • Reizbarkeit oder Wutausbrüche; • Konzentrationsschwierigkeiten; • Übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz); Übertriebene Schreckreaktion.
	<p>E: Dauer Das Störungsbild (Symptome unter Kriterium B., C. und D.) dauert länger als einen Monat.</p>
<p>F: Folgen Latenz, die Wochen bis Monate dauern kann (doch selten mehr als sechs Monate nach dem Trauma) bei wenigen Betroffenen chronischer Verlauf und Übergang in eine andauernde Persönlichkeitsänderung F62.0.</p> <p>Assoziiert Angst und Depression, Suizidgedanken nicht selten, Drogeneinnahme und übermäßiger Alkoholkonsum können hinzukommen.</p>	<p>F: Folgen Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.</p> <p><i>Bestimme, ob:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Akut: wenn die Symptome weniger als 3 Monate andauern. • Chronisch: wenn die Symptome mehr als 3 Monate andauern. <p><i>Bestimme, ob:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mit verzögerten Beginn: wenn der Beginn der Symptome mindestens 6 Monate nach dem Belastungsfaktor liegt.

9.8 Anhang H

Bewertungsskalen der Beurteilungsbogen

Beurteilung einer Interventionsstudie <i>Mögliche Punktezahl: 14</i>	
Ausgezeichnet (5,5 – 6,0)	12.8 – 14.0 P.
Sehr gut (5,0 – 5,5)	11.6 – 12.8 P.
Gut (4,5 – 5,0)	10.5 – 11.6 P.
Genügend (4,0 – 4,5)	9.3 – 10.5 P.
Ungenügend ($< 4,0$)	< 9.3 P.

Beurteilung von Standards und Leitlinien <i>Mögliche Punktezahl: 11</i>	
Ausgezeichnet (5,5 – 6,0)	10.0 – 11.0 P.
Sehr gut (5,0 – 5,5)	9.2 – 10.0 P.
Gut (4,5 – 5,0)	8.3 – 9.2 P.
Genügend (4,0 – 4,5)	7.3 – 8.3 P.
Ungenügend ($< 4,0$)	< 7.3 P.

Beurteilung einer qualitativen Studie <i>Mögliche Punktezahl: 12</i>	
Ausgezeichnet (5,5 – 6,0)	11.0 – 12.0 P.
Sehr gut (5,0 – 5,5)	10.0 – 11.0 P.
Gut (4,5 – 5,0)	9.0 – 10.0 P.
Genügend (4,0 – 4,5)	8.0 – 9.0 P.
Ungenügend ($< 4,0$)	< 8.0 P.

Beurteilung einer Systematischen Übersicht oder Meta-Analyse <i>Mögliche Punktezahl: 12</i>	
Ausgezeichnet (5,5 – 6,0)	11.0 – 12.0 P.
Sehr gut (5,0 – 5,5)	10.0 – 11.0 P.
Gut (4,5 – 5,0)	9.0 – 10.0 P.
Genügend (4,0 – 4,5)	8.0 – 9.0 P.
Ungenügend ($< 4,0$)	< 8.0 P.

9.9 Anhang I

Einteilung der gefundenen Literatur nach Noten

<p>Ausgezeichnet (5,5 – 6,0)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bichescu, D., Neuner, F., Schauer, M. & Elbert, T. (2007). Narrative exposure therapy of political imprisonment-related chronic posttraumatic stress disorder and depression. <i>Behaviour Research and Therapy</i>, 45 (9), 2212-2220. • Neuner, F., Onyut, P.L., Ertl, V., Odenwald, M., Schauer, E. & Elbert, T. (2008). Treatment of Posttraumatic Stress Disorder by Trained Lay Counselors in an African Refugee Settlement: A Randomized Controlled Trial. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i>, 76 (4), 686-694. • Onyut, L.P., Neuner, F., Schauer, E., Ertl, V., Odenwald, M., Schauer, M. & Elbert, T. (2004). The Nakivale Camp Mental Health Project: Building local competency for psychological assistance to traumatised refugees. <i>Intervention: International Journal of Mental Health, Psychosocial Work & Counselling in Areas of Armed Conflict</i>, 2 (2), 90-107. • Van Dijk, J.A., Schoutrop, M.J.A. & Spinhoven, P. (2003). Testimony Therapy: Treatment Method for Traumatized Victims of Organized Violence. <i>American Journal of Psychotherapy</i>, 57 (3), 361-373.
<p>Sehr gut (5,0 – 5,5)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Collins, S. & Long, A. (2003). Too tired to care? The psychological effects of working with trauma. <i>Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing</i>, 10 (1), 17-27. • Mladina, V. & Huber, H.P. (2002). Life after War: Coping with War Trauma. <i>Psychologische Beiträge</i>, 44 (4), 616-626. • Neuner, F., Schauer, M., Klaschik, C., Karunakara, U. & Elbert, T. (2004). A Comparison of Narrative Exposure Therapy, Supportive Counseling, and Psychoeducation for Treating Posttraumatic Stress Disorder in an African Refugee Settlement. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i>, 72 (4), 579-587. • Priebe, S. & Esmaili, S. (1997). Long-term mental sequelae of torture in Iran – who seeks treatment? <i>Journal of Nervous & Mental Disease</i>, 185 (2), 74-77. • Schweitzer, R., Greenslade, J. & Kagee, A. (2007). Coping and resilience in refugees from the Sudan: a narrative account. <i>Australian & New Zealand Journal of Psychiatry</i>, 41 (3), 282-288.
<p>Gut (4,5 – 5,0)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nicholl, C. & Thompson, A. (2004). The psychological treatment of Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) in adult refugees: A review of the current state of psychological therapies. <i>Journal of Mental Health</i>, 13 (4), 351-362.
<p>Genügend (4,0 – 4,5)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Clarke, V. (2008). Working with survivors of trauma. <i>Mental Health Practice</i>, 11 (7), 14-17. • Frey, C. & Valach, L. (1997). Die Behandlung von Folter- und Kriegsoptionen in der Schweiz. <i>Praxis</i>, 86 (21), 899-905. • Gafner, G. & Benson, S. (2001). Indirect ego-strengthening in treating PTSD in immigrants from Central America. <i>Contemporary Hypnosis</i>, 18 (3), 135-144. • Neuner, F., Schauer, M. & Elbert, T. (2001). Testimony-Therapie als Psychotherapie für Überlebende politischer Gewalt. <i>Zeitschrift für Politische Psychologie</i>, 9 (1), 585-600. • Regel, S. & Berliner, P. (2007). Current perspectives on assessment and therapy with survivors of torture: the use of a cognitive behavioural approach. <i>European Journal of Psychotherapy and Counselling</i>, 9 (3), 289-299.
<p>Ungenügend (< 4,0)</p>	

9.10 Anhang J

Das Konzept der transkulturellen Kompetenz nach D. Domenig (2007)

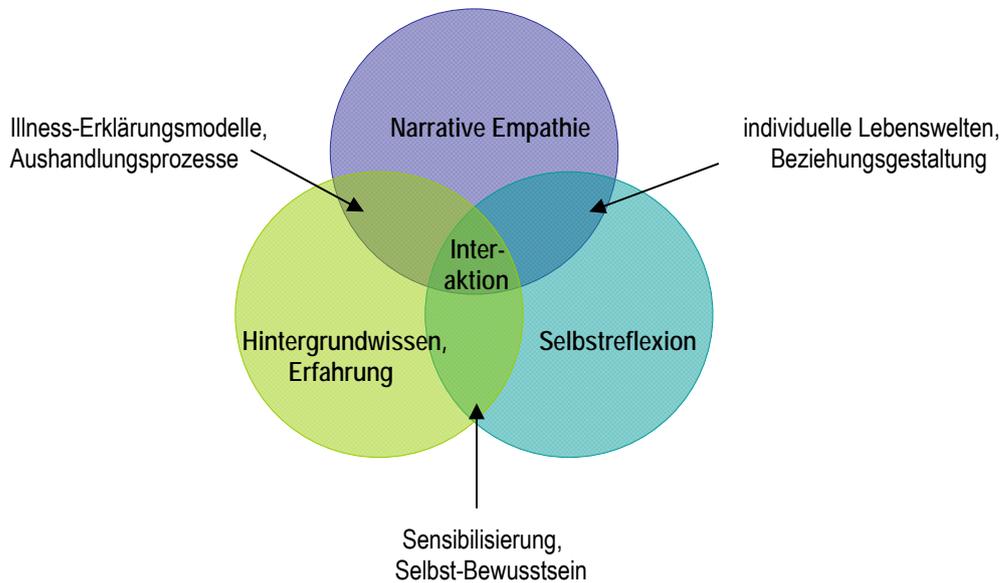


Abb. 2: Transkulturelle Kompetenzen (Domenig, 2007, S. 175)

Die **Selbstreflexion**: Die Lebenswelt, in welcher wir tagtäglich leben, erscheint uns als unser Wirklichkeitsbereich. Wir wurden in sie hineingeboren und nehmen sie als gegeben an (Domenig, 2007). Die Erfahrungen, welche wir in unserer Lebenswelt machen, bilden einen Wissensvorrat, welchen wir in ähnlichen Situationen als Bezugsschema wieder verwenden können.

Dasselbe Vorgehen gilt auch für die Lebenswelt von Migrant/-innen. Sie unterscheidet sich jedoch von unserer. In Momenten, wo wir auf ihre Lebenswelt treffen, begeben wir uns in eine neuartige Erfahrung. Sie wird nicht in unser fraglos geltendes Bezugsschema hineinpassen. Um nun transkulturell pflegen zu können, müssen Pflegende ihre eigene Lebenswelt hinterfragen, wie auch jene der Migrant/-innen. Unbewusstes und Selbstverständliches wird dabei bewusst gemacht und mit den Perspektiven der Migrant/-innen in Verbindung gebracht (Domenig, 2007).

Die transkulturelle Pflege lässt sich somit auch als „die Kenntnis der je eigenen kulturellen Grundlagen, die Kenntnis über andere kulturelle Phänomene und die Synthese aus beiden im jeweiligen aktuellen Handlungskontext“ definieren (Uzarewicz, 1999, zitiert nach Domenig, 2007, S. 176). Je grösser die Bereitschaft einer Fachperson ist, sich gegenüber den zwei Lebenswelten zu öffnen, eigene Vorstellungen zu überdenken und Neue zu integrieren, desto kompetenter wird die Pflege mit Migrant/-innen sein.

Das **Hintergrundwissen**: Ein weiterer wichtiger Punkt beim Konzept der transkulturellen Kompetenz ist das Hintergrundwissen, oder die so genannte transkulturelle Erfahrung. Sie beinhaltet dabei verschiedenste Aspekte wie z.B. allgemeines theoretisches Hintergrundwissen über Kulturen, migrationsspezifische Lebenswelten, Hintergrundwissen über Rassismus, frauenspezifische Lebenswelten, psychische Erkrankungen (bezüglich Migrationskontext), usw. (Domenig 2007). Das Hintergrundwissen, wie auch eigene Erfahrungen mit Migrant/-innen, erleichtert die Pflege enorm. Die Gefahr von kulturbedingten Konflikten wird somit vermindert und das gegenseitige Vertrauen, wie auch die Empathie der Fachpersonen, gefördert.

Empathie: Unter Empathie versteht man, sich in „die Schuhe des anderen zu stellen.“ Anteilnahme an dem, was die Patient/-innen erlebt haben, gibt der Pflege Echtheit. Die Patient/-innen fühlen sich somit besser verstanden und in ihrem Handeln akzeptiert. Je offener die Pflegenden gegenüber den Patient/-innen sind, desto mehr Empathie strahlen sie gegenüber ihnen aus. Schwierig wird es, wenn die Pflegenden ihre professionelle Distanz zwischen sich und den Patient/-innen nicht gewähren können. Durch zu viel Anteilnahme fällt es schwer, eine professionell, sachliche und distanzierte Haltung zu bewahren, was wiederum negative Auswirkungen auf die Pflege haben kann (z.B. eigene Überlastung) (Domenig, 2007).

9.11 Anhang K

Die 6 Schritten der EBN-Methode

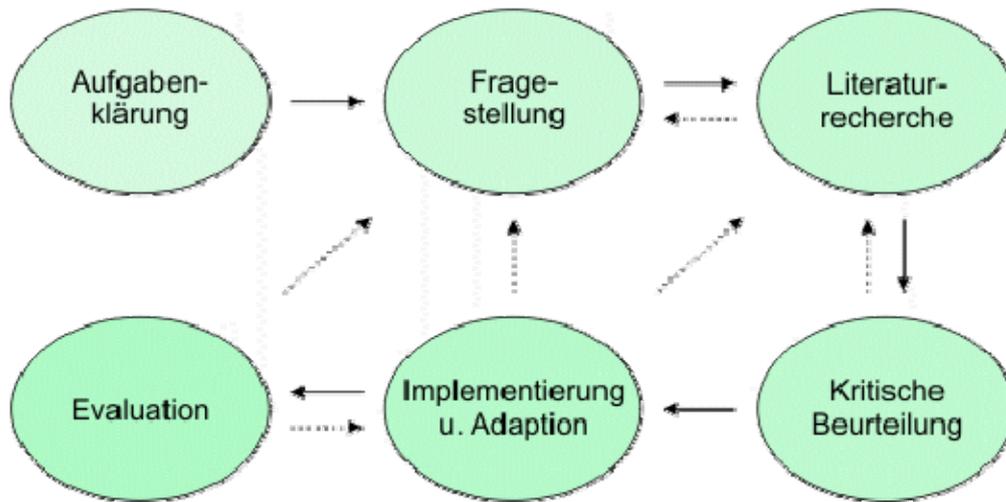


Abb. 3: Die 6 Schritte der EBN-Methode
(Universitätsklinikum Halle - Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, n.d. b)

9.12 Anhang L

Zusammenfassungen der Literatur

Bichescu, D., Neuner, F., Schauer, M. & Elbert, T. (2007). Narrative exposure therapy of political imprisonment-related chronic posttraumatic stress disorder and depression. *Behaviour Research and Therapy*, 45 (9), 2212-2220.

Ziel: Die folgende Studie verfolgt die Hypothese, dass die Narrative Exposure Therapy (NET) die Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) und der Depression vermindert, nicht aber im gleichen Masse die Psychoeducation (PED). Zusätzlich gründet die Hypothese auf der Idee, dass in einem Land, wo Krieg und politische Unterdrückung der gesamten Bevölkerung herrscht, das Erzählen der eigenen Geschichte das Leid und die Sorgen mildern könnte, indem die Selbstkenntnis und das Bewusstsein der politischen Ungerechtigkeit gestärkt werden.

Design: Randomisierte kontrollierte Studie

Setting: Association of Former Political Detainees in Iasi und Brasic (Rumänien)

Stichprobe: Insgesamt wurden von den 59 Probanden (ausgewählt durch das Zufallsprinzip) 18 Teilnehmer/-innen (17 Männer und 1 Frau) in die Studie mit einbezogen, welche alle zu diesem Zeitpunkt die Diagnose der Posttraumatischen Belastungsstörung aufwiesen. Dabei wurden n= 9 in die NET-Gruppe und n= 9 in die PED eingeteilt. Die Teilnehmer/-innen durften dabei keine geistige Behinderung aufweisen. Die Zuteilung in die jeweilige Therapiegruppe wurde anhand des Zufallsprinzips durchgeführt. Die durchschnittliche Zeitspanne, die zwischen der vergangenen Traumatisierung und dem Studienzeitpunkt lag, war im Schnitt 42 Jahre.

Ausgangslage: Überlebende von politischer Gewalt, Folter und Terror leiden oft Jahre nach den traumatischen Erlebnissen an komplexen Mustern von traumatischen Erkrankungen, wie z.B. an der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) mit den Symptomen der möglichen Folgerkrankungen der Depression und des Drogenmissbrauchs (Bichescu et al., 2005; Brodaty et al., 2004; Joffe et al., 2003). Die chronische PTBS ist mit verschiedenen Funktionen und emotionalen Beeinträchtigungen verbunden, was zur dramatischen Reduktion der Lebensqualität und zu ökonomischen Konsequenzen für das Individuum und die Gesellschaft führen kann. Die Narrative Exposure Therapy, auf welche im Folgenden noch näher eingegangen wird, ist eine standardisierte Technik, welche einen Kurzansatz zur Behandlung der PTBS bei traumatisierten Überlebenden von organisierter Gewalt darstellt (Schauer et al., 2005). Das Cognitive Processing Model hingegen ist darauf ausgerichtet, dass eine Gewöhnung an die Emotionen, welche mit der Traumatisierung in Verbindung stehen, angestrebt wird (Foa, 1993; Foa et al., 1998; Foa et al., 1989). In Bezug auf NET wird dieser Ansatz auch durchgeführt, da das Wiederaufarbeiten der Vergangenheit unweigerlich diesen Emotionen Platz gewähren muss.

Methode: Vor- und Nachuntersuchungen des psychologischen Status wurden anhand des „international diagnostic interview“ (CID-I) für PTBS und dem „Beck depression inventory“ (BDI) vorgenommen. Die Nachuntersuchung (follow-up) erfolgte 6 Monate nach der Behandlung. Die Behandlung, welche kurz nach der Voruntersuchung begann, bestand aus einer PED- beziehungsweise fünf NET-Sitzungen. Diese wurden von einer Ph.D. Psychologiestudentin der Universität Konstanz durchgeführt, welche auf NET ausgebildet war und Rumänisch sprach. In der NET-Gruppe wurden die ersten vier Sitzungen (à ca. 120 Minuten) in den kommenden 3 Wochen durchgeführt. Insgesamt dauerte die Durchführung der Behandlung 10 Wochen. In der ersten Sitzung wurde in beiden Interventionsgruppen die Teilnehmer/-innen zum Beginn über das Krankheitsbild der PTBS aufgeklärt. Das dabei verfolgte Ziel war, den Menschen aufzuzeigen, dass die Symptome der PTBS eine normale Reaktion des Körpers auf ein traumatisches Ereignis ist. Für die Teilnehmer der PED-Gruppe war die Behandlung nach der ersten Sitzung bereits zu Ende. Die NET-Gruppe hingegen hatte noch 4 Sitzungen vor sich. Dabei erstellten die Probanden unter Beihilfe der Therapeutin einen detaillierten chronologischen Bericht der eigenen Biographie mit spezieller Fokussierung auf traumatische Erlebnisse. Die Therapeutin schreibt die Ergebnisse auf und in der Folge werden diese verbessert, vervollständigt und angepasst. In der letzten Sitzung erhält der Patient/-in einen schriftlichen Bericht seiner Biographie. Mit Zustimmung des Patient/-in kann dieser Bericht anonym für soziale und politische Zwecke genutzt werden. Die ethischen Grundrechte wurden durch das „Ethical Review Board“ der Universität Konstanz gewährleistet.

Ergebnis: Die Auswertung der Daten erfolgte anhand der analysis of variance (ANOVA). Die Untersuchung hat ergeben, dass in der NET-Gruppe 56% (5 von 9 Patient/-in) nach der Behandlung die DMS-IV-Kriterien für die Posttraumatische Belastungsstörung nicht mehr erfüllten. Bei der PED-Gruppe war dies nur für 11% (1 von 9 Patient/-in) der Fall. Deutliche Verbesserungen mit NET wurden nur in Bezug auf Gefühle wachrufen und verdrängen festgestellt, nicht aber in Bezug auf das Wiedererleben. Jedoch waren die Depression-Scores nach der Behandlung mit NET in dieser Gruppe, im Verhältnis zu der PED-Gruppe, deutlich vermindert.

Diskussion: Die Untersuchung konnte aufzeigen, dass NET zu einer Verminderung der posttraumatischen und der depressiven Symptome führen kann, selbst wenn diese während einer langen Zeit vorgeherrscht haben. Da es während der Untersuchung keine Dropouts (Ausfall von Probanden) gab, spricht dies für die Validität der Ergebnisse. Aufgrund der kleinen Teilnehmerzahl müssen die Resultate jedoch auch mit Vorsicht genossen werden. Ob sich diese Art von Psychotherapie auch auf andere Kulturen mit Überlebenden von politischer Gewalt übertragen lässt, steht zu diesem Zeitpunkt noch nicht fest, dazu müssten noch weitere Untersuchungen gemacht werden. Was jedoch fest steht ist, dass es für diese Menschen sehr wichtig ist, dass bei der Arbeit mit ihnen eine familiäre Atmosphäre herrscht, was ihnen ein Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit vermittelt.

Zusammengefasst hat die Untersuchung zum Vorschein gebracht, dass NET eine effektive Therapieform für die oben genannten Umstände ist. Die Aussagekraft der Ergebnisse lässt darauf schliessen, dass ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung bezüglich der Therapie für Folter- und Kriegsoffer gemacht wurde. Mehr noch stellt NET eine Möglichkeit dar, Menschen, welche die Traumatisierungen schon vor Jahren erlebt hatten, mit dieser Form der Psychotherapie geholfen werden kann.

Clarke, V. (2008). Working with survivors of trauma. *Mental Health Practice*, 11 (7), 14-17.

Ziel: Der folgende Artikel soll aufzeigen, was es für die Pflegenden bedeutet, mit traumatisierten Menschen zu arbeiten. Weiter soll die mögliche Gefahr einer indirekten Traumatisierung auf die Pflegenden aufgezeigt werden. Es wird die Frage aufgeworfen, ob die Pflegenden dadurch einem Risiko ausgesetzt sind, und was die Auswirkungen für Ausbildung und Pflegealltag in diesem Beruf sind.

Design: Expertenmeinung / unsystematische Literaturübersicht

Stichprobe: Als Grundlage werden Studien und eigene Erfahrungen der Autorin verwendet.

Ausgangslage: Erst in den 80er & 90er Jahren des 20. Jahrhunderts wurden deutliche Anstrengungen gemacht, um psychologischen Traumas vorzubeugen und diese zu verarbeiten (Saari, 2005). Heute ist sich die Öffentlichkeit besser bewusst, welche Folgen Missbrauch im Kindesalter, Gewalt (z.B. Folter) oder Krieg haben können. Weniger bekannt ist, dass ein indirektes Trauma durch das Erfahren von Erlebnissen anderer entstehen kann. Dies kann dadurch entstehen, dass einer nahen Person ein schlimmes Ereignis wie z.B. ein Unfall oder eine unheilbare Krankheit widerfährt. Deshalb müssen sich die Pflegenden bewusst sein, dass immer mehr Patient/-innen möglicherweise an einem Trauma leiden. Dies, weil es mehr Flüchtlinge und mehr Gewalt gibt, was in der Studie von Kareem et al. (1992) aufgezeigt wurde. Vor allem die Zahl der traumatisierten Personen bei den Patient/-innen in psychologischen Diensten wird zunehmen.

Indirektes Trauma: Ein indirektes Trauma ist, wenn jemand durch die Teilnahme an Erlebnissen anderer, selbst einen starken Schock mit langfristigen Auswirkungen erleidet. Helfer können durch die Arbeit mit traumatisierten Patient/-innen selbst traumatisiert werden. Pflegende in der Psychiatrie können dadurch Schäden davontragen, da sie nicht wissen, wie sie Menschen mit bleibenden geistigen Krankheiten helfen können. Zeichen eines indirekten Traumas können emotionale Ausgelaugtheit und Depersonalisation sein, die dazu führen, dass die Pflegenden den Patient/-innen weniger Empathie entgegenbringen, gleichgültig sind und ihnen ausweichen.

Ergebnis: Im folgenden Absatz wird die Problematik aus zwei Sichten betrachtet, erstens, aus der Sicht der Ausbildung und zweitens, aus der Sicht des Pflegeberufs:

Ausbildung von Pflegenden: Bei der Zahl der Studierenden, welche Pflegende für Psychiatrie werden wollen, steigt der Anteil der Personen, welche selbst traumatische Erlebnisse erlebt haben. Grund dafür ist, dass die Universitäten solche Leute dazu anspornen, aber auch dadurch, dass dies ein angesehener Beruf für Migrant/-innen aus instabilen und kriegsgerüttelten Ländern ist. Diese Student/-innen riskieren dadurch jedoch, wieder oder indirekt eine Traumatisierung zu erfahren, wenn sie dort eingesetzt werden, wo die Patient/-innen schwerstes Leiden aufweisen. Die Studierenden müssen daher genügend ausgebildet werden, so dass sie mit Traumapatient/-innen umgehen und die richtigen Strategien anwenden können. Diese Ausbildung kann in einer kleinen Gruppe im Klassenzimmer oder vor Ort durch Klinikpersonal erfolgen.

Pflegeberuf: Oftmals wollen die Pflegenden den Patient/-innen helfen, indem sie sie vor den Erlebnissen „retten“ wollen. Dies kann die Patient/-innen erneut in eine Opferrolle drängen und traumatisieren, anstatt sie neue Copingstrategien entwickeln zu lassen. Andererseits können sie sich durch die Angst, zu sehr belastet zu werden, sich zurückziehen und eine helfende Beziehung ganz vermeiden. Die Pflegenden müssen deshalb den Prozess der traumatischen Übertragung und der Zurückübertragung mehr erforschen. Antworten zu diesem Prozess müssen in der helfenden und in der klinischen (überwachenden) Beziehung formuliert werden. Pflegende in der Psychiatrie müssen die sich veränderten Umständen ihrer Arbeit in Beziehung mit der Gesellschaft und den Patient/-innen erkennen. Sie müssen sich mit traumatisierten Patient/-innen konfrontieren. Studierende der Psychologie sollten auf interessante und angepasste Art, mit allen relevanten Berufsgruppen und Patient/-innen zusammenarbeiten, um den Menschen zu helfen, ihr Leben wieder in den Griff zu bekommen um belastbarer zu werden. Für Pflegende in der Psychiatrie ist es ein Muss, auf die individuellen Ansichten und Fragen zu hören. Pflegende in der Psychiatrie sind einem steigenden Risiko ausgesetzt, ein indirektes Trauma zu erleiden. Es ist notwendig, diese Anliegen in Ausbildung, Beruf und in direkter Antwort zu den gesundheitlichen Bedürfnissen der Patient/-innen und der Studierenden anzubringen.

Collins, S. & Long, A. (2003). Too tired to care? The psychological effects of working with trauma. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 10(1), 17-27.

Ziel: Bei der folgenden Studie werden 3 wesentliche Punkte untersucht:

- Effekt/Auswirkungen auf das Pflegepersonal während der Behandlung von Opfern des Omagh-Anschlages
- Entwicklung von Copingstrategien des Pflegepersonals bezüglich der Reduktion von compassion fatigue („Mitgeföhls-Fatigue“) und Burnout
- Faktoren, welche die compassion satisfaction („Mitgeföhlszufriedenheit“) verbessern

Design: Quantitative und qualitative Longitudinalstudie

Setting: Multidisziplinäres Ambulatorium für Opfer des Omagh-Anschlages

Stichprobe: In die Untersuchung wurden insgesamt 13 Mitglieder des multidisziplinären Trauma- und Wiederherstellungsteams des Omagh-Anschlages integriert.

- Alter von 30-49 Jahren
- Frauen (n= 7) & Männer (n= 6)
- 10 Probanden waren verheiratet
- 9 Probanden hatten einen psychologischen Hintergrund
- 10 Probanden hatten vorhergehende Erfahrungen in der Arbeit mit Trauma
- 10 Probanden arbeiten 100% (Rest Teilzeitarbeit)
- 3 Probanden arbeiten mit der kognitiven Verhaltenstherapie
- 2 Probanden arbeiten mit der psychoanalytischen Methode
- 7 Probanden arbeiten als Beratung/Seelsorge

Ausgangslage: Am 15. August 1998 detonierte um 15.10 Uhr in der Kleinstadt Omagh in Nordirland eine Bombe, welche insgesamt 31 Todesopfer forderte. Um die 370 Menschen wurden dabei verletzt, 60 davon schwer. Nebst den Verletzten hatte es viele Menschen, welche körperlich nicht verletzt wurden, jedoch das gesamte grausame Geschehen nahe miterlebten. Das lokale Gesundheitswesen und der soziale Service stellten daraufhin eine multidisziplinäre Gemeinschaft zusammen, welche den Opfern ein breites Angebot von Psychotherapie zukommen liess. In den ersten drei Jahren ihres Bestehens wurden in dieser Institution mehr als 650 Menschen behandelt.

In Nordirland herrschte ab 1969 zwischen den Iren und den Briten ein Identitäts- und Machtkampf. Das hervorstechendste Merkmal Nordirland ist die Segregation der Bevölkerung in zwei grossen Gruppen, je nach Konfession (Katholiken und Protestanten). Diese Segregation führte zu heftigen Konflikten zwischen diesen zwei Gruppierungen. Seither wurden bei Auseinandersetzungen um die 3'500 Personen getötet und um die 40'000 Menschen teils schwer verletzt. Die Omagh-Bombe stellte das Attentat dar, welches am meisten Menschenleben forderte. Dieses Erlebnis hatte daher nicht nur für die Betroffenen selbst psychologische Folgen, sondern auch für die Menschen, welche ihnen in der Verarbeitung des Erlebten halfen. Studien aus Nordirland haben gezeigt, dass zwischen 20% und 40% der Betroffenen solcher Konflikte, Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) aufwiesen (Bell et al., 1988; Curran et al., 1990). Weitere Studien haben gezeigt, dass die Arbeit mit einer traumatisierten Klientel auch Auswirkungen auf das helfende Personal (Psychologen, Pflegende, usw.) hat (Veer, 1998). Verschiedenste Autoren haben dazu verschiedenste Bezeichnungen entwickelt: Opfertraumatisierung (McCann et al., 1990), compassion fatigue (Figley, 1995), sekundäre PTBS (Munroe et al., 1995), Übertragungstraumatisierung (Herman, 1992) oder ganz einfach Burnout (Pines, 1993).

Methode: In die Untersuchung wurden 13 Mitglieder des multidisziplinären Omagh-Teams integriert. Die Anzahl wurde von 22 auf 13 Teilnehmer/-innen reduziert, da die Probanden eine bestimmte Zeitspanne aufweisen mussten (Einstieg in das Team in den ersten 6 Monaten ab Beginn des Projektes und mindestens ½ Jahr in diesem Team arbeiten). Die ethischen Grundlagen wurden anhand des Ethikkomitees „Sperrin Lakeland Trust“ und der Universität von Ulster gewährleistet. Die Möglichkeit aus dem Projekt auszutreten, war zu jedem Zeitpunkt möglich. Für die Untersuchung wurden quantitative und qualitative Daten erhoben. Bei den quantitativen Untersuchungen wurde anhand des „compassion satisfaction/fatigue self-test for helpers“ nach Stamm (1998) die Items compassion satisfaction, Burnout und compassion fatigue gemessen. Anhand des „life status review“ (Stamm et al., 1998) wurde zusätzlich die Allgemeinzufriedenheit im Privatleben erhoben (die Fragebögen waren anhand der 5-Punkte Likert-Skala auszufüllen). Bei der qualitativen Untersuchung wurde den Probanden drei offene Fragen gestellt: 1. Nennen Sie 5 positive Sachen in Ihrer Arbeit; 2. Nennen Sie 5 negative Sachen in ihrer Arbeit; 3. Welches

waren ihre Erfahrungen beim Verlassen des Teams.

Die Analyse der quantitativen Daten wurde anhand des „Statistical Package for Social Sciences“ durchgeführt (Norusis, 1993). Für die qualitativen Daten hingegen wurden Kategorien aufgestellt (positive/negative Aspekte und Erfahrung beim Verlassen des Teams), wonach die erhobenen Daten in die passende Kategorie eingeteilt wurden.

Ergebnis: Die Erhebungen der Daten für die Untersuchung wurden im August 1998, Dezember 1998, August 1999 und Februar 2001 durchgeführt. Die quantitative Datenerhebung hat ergeben, dass im ersten Jahr im Durchschnitt die compassion fatigue (von 18.85 auf 34.46) und die Gefahr eines Burnouts (von 22.38 auf 29.62) gestiegen sind, wogegen im Durchschnitt die compassion satisfaction von 87.62 auf 80.15 gesunken ist. Vorherige Untersuchungen (vor August 1998) haben ergeben, dass 69.3% (n= 9) ein gutes/hohes Potential für compassion satisfaction hatten, 100% (n= 13) ein sehr tiefes Risiko aufwiesen an einem Burnout zu erkranken wie auch 92.4% (n= 12) ein extrem kleines Risiko für compassion fatigue mitbrachten. Bezüglich der Allgemeinzufriedenheit waren bereits erste Verschlechterungen in der zweiten Messung (Dezember 1998) zu sehen, wo ein bis zwei der Probanden erhebliche Beeinträchtigungen in ihrem Privatleben äusserten. Im August 1999 erreichte die Messung die Spitze, wobei sich die Unzufriedenheit bis im Februar 2001 nur noch wenig senkte. Bei den qualitativen Daten konnten folgende positive Aspekte in der Arbeit mit traumatisierten Menschen festgestellt werden: Teamgeist, stets vorhandene Kameradschaft, sehen wie der Klient/-in Fortschritte in der Behandlung macht, das Gefühl ein Teil einer Gemeinschaft zu sein, usw. Negative Aspekte wurden im folgenden Zusammenhang aufgezeigt: zu grosse Aufmerksamkeit/Druck der Medien, Umgang mit den Erzählungen/Erlebnissen der Opfer, die Arbeit mit Klienten welche man privat kannte, der Umgang mit Hinterbliebenen, usw. Bezüglich dem Austritt aus dem Team empfanden es 61.1% (n= 8) der Probanden als sehr angenehm, in ihr altes Arbeitsumfeld wieder einzutreten.

Diskussion: Die quantitative Datenerhebung hat im ersten Jahr gezeigt, dass ein Anstieg der compassion fatigue und des Burnouts verzeichnet wurde, jedoch war nicht ersichtlich, ob diese einen gegenseitigen Einfluss aufeinander hatten. Im Bezug zu der compassion satisfaction und der allgemeinen Zufriedenheit im Privatleben stehen diese beide Faktoren jedoch in einer Negativ-Verbindung, denn je tiefer diese sind, desto höher ist die compassion- und Allgemeinzufriedenheit (und umgekehrt). Signifikante Differenzen zwischen den Probanden (z.B. vorhandener vs. nicht vorhandener ausgebildeter psychologischer Hintergrund, usw.) konnte nicht festgestellt werden. Einzig auffällig war, dass weibliche Probandinnen eine tiefere Allgemeinzufriedenheit aufwiesen als ihre Kollegen. Bezüglich der qualitativen Datenerhebung wurden die meist genannten Resultate schon im Ergebnisteil aufgezeigt. Interessant war, dass die Probanden auf die Frage, ob sie erneut in einem solchen Traumateam arbeiten würden, 38.5% (n= 5) mit ja, 7.7% (n= 1) mit nein und 53.8% (n= 7) unentschlossen antworteten. Weiter wollte man in dieser Untersuchung feststellen, welche Copingstrategien die Probanden entwickelt haben. Dazu wurde genannt: teambildende Tage (Supervisionen), Humor, Sport (Schwimmen, Relaxation, Walking, Fussball), Lesen, Kino und der Gebrauch von Alternativtherapien (Massagen, Aromatherapie, Reflexology). Die vorherigen Ergebnisse der qualitativen und quantitativen Untersuchungen haben jedoch gezeigt, dass die Copingstrategien nicht ausreichend waren. Auffallend ist, dass die Interventionen sehr ähnlich waren wie diese der Traumapatienten/-innen.

Die oben genannten Resultate sind mit Vorsicht zu geniessen, da die Teilnehmer zeitbegrenzt in diesem Team arbeiteten und die Untersuchung auf eine spezielle Klientel ausgerichtet war. Weiter ist die Teilnehmerzahl sehr klein, was weitere Untersuchungen auf diesem Gebiet bedarf. Fakt ist, dass die Gefahr einer Zweittraumatisierung bei den Pflegenden in der Arbeit mit Traumaüberlebenden besteht. Diese Personen müssen daher im Voraus auf die Gefahren dieser Arbeit aufmerksam gemacht werden. Weiter müssen evaluierte Copingstrategien aufgezeigt werden, welche diese Gefahren so gut wie möglich minimieren.

Frey, C. & Valach, L. (1997). Die Behandlung von Folter- und Kriegsoffern in der Schweiz. *Praxis*, 86 (21), 899-905.

Ziel: Der Zeitschriftenartikel soll einen Überblick über die Therapieangebote von Folter- und Kriegsoffern in der Schweiz und in europäischen Staaten geben. Er zeigt die vorhandenen Möglichkeiten im Jahr 1997 auf, wie auch die nötigen Verbesserungen um dieser Patientengruppe in der Zukunft gerecht zu werden.

Design: Discussion-Paper

Ausgangslage: Folter stellt eine Art von Gewalt dar, welche die Grundrechte eines Menschen massiv verletzen. Amnesty International (1991) geht davon aus, dass in mindestens 90 Ländern menschenrechtswidrige Taten verübt werden. Laut UNICEF (1993) haben sich seit dem Zweiten Weltkrieg weltweit 150 grosse Kriege und insgesamt 400 kriegerische Konflikte ereignet. Das Umfeld von Krieg und Folter hat sich in Europa im 20. Jahrhundert stark verändert. Durch die angestiegene Mobilität der Menschen sieht sich die Schweiz mit einer neuen, zuvor noch nicht so stark vertretenen Patientengruppe konfrontiert: die Folter- und Kriegsoffern. Wicker et al. (1993) fand bei einer Zufallsstichprobe von verschiedenen Flüchtlingsgruppen in der Schweiz heraus, dass 34% der anerkannten Flüchtlinge aus der Türkei gefoltert wurden, 29% aus dem ehemaligen Jugoslawien, 14% aus dem Iran und 36% aus Sri Lanka. Werden nur die Asylgesuchsteller ohne deren Familienangehörigen gerechnet, ist der Anteil der Extremtraumatisierung in der Realität doppelt so hoch. Ziel der Folter ist, einen Menschen zur Preisgabe von Informationen und zum Verrat oder der Beschuldigung von anderen zu zwingen, ihn zu beeinflussen (Brainwashing), einzuschüchtern und ihn zu isolieren. Dazu werden verschiedenste Formen von Folter angewendet, welche für den Betroffenen fatale Folgen haben können. Nebst den psychischen Folgen hat die Folter auch Auswirkungen auf den Körper. Häufig betroffene Organsysteme sind dabei die Haut (Narben, Verbrennungen), der Bewegungsapparat (chronische Lumbalgie, Gangstörungen nach Falakka, Läsionen des Schultergürtels nach Aufhängen), das zentrale und periphere Nervensystem (ZNS-Schädigungen nach schweren Kopfverletzungen [Whiplash-Syndrom], Plexusparese), der Urogenitaltrakt sowie die Sinnesorgane (Trommelfellperforationen). Auch nach Jahrzehnte leiden viele Folteropfer an den körperlichen, psychischen und sozialen Spätfolgen des Grauens. Symptome können sein: schwere, oft plötzlich einsetzende Erregungs- und Angstzustände; ein meist unartikulierte Gefühl des „Anders-als-die-andern-Seins“; tiefe Überlebensschuld; ein Zustand des seelischen Überwältigt- und Verringertseins, das sich in Unbehagen, Depression, apathischer Zurückgezogenheit, Kontaktmangel und Genussunfähigkeit wie auch schwere Kommunikationsstörungen, die sich insbesondere auch auf den Umgang mit den eigenen Kindern, auswirken kann.

Diese Symptome können nach ICD-10 am häufigsten mit den syndromalen Diagnosen der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) (F 43.1), sowie der andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extremtraumatisierung (F 62.0), erfasst werden. Oftmals kommen komplexe Mischformen wie auch Somatisierungsstörungen dazu. In der Fachwelt wird jedoch diese Diagnosestellung stark kritisiert. Bemängelt werden die zusätzliche Stigmatisierung der Folteropfer, die fehlende Ethnospezifität, die einheitliche Erfassung der Folgen von unterschiedlichen Traumataformen, sowie die Nichtberücksichtigung der anhaltenden Traumatisierung, welche die Bezeichnung „post“-traumatisch nicht rechtfertigt. Die Häufigkeit der PTBS ist aufgrund organisatorischer (Untersuchungspopulation, Zeitpunkt, Untersuchungsinstrumente, Institution, usw.) wie auch persönlicher Faktoren (Art und Dauer der Traumatisierung, allgemeine soziale Situation, usw.) sehr schwer zu erheben. Verschiedenste Untersuchungen von Folter- und Kriegsoffern haben jedoch gezeigt, dass je nach Populationsgruppe und Kriegshintergrund, die Betroffenen eine Prävalenz von 25% - 50% aufweisen, um an einer PTBS zu erkranken.

„Wer der Folter erlag, kann nicht mehr heimisch werden in der Welt“ (Améry, 1977). Die extreme Gewalt der Folter macht es vielen Migrant/-innen fast unmöglich, einen neuen Lebensabschnitt positiv und wirksam zu gestalten. In der Fachwelt lösten die verheerenden Folgen des Vietnamkrieges eine erhöhte Sensibilität für die PTBS aus. Es entwickelte sich folglich eine grosse Anzahl von Therapiemethoden und Behandlungsprogrammen, welche das ambulante und stationäre psychotherapeutische Handeln abdecken sollten. Dazu gehören: Verhaltenstherapie, psychodynamische Psychotherapie, kognitive Psychotherapie, Hypnotherapie, Familientherapie, Körper- und Bewegungstherapie, Kunsttherapie, usw. (Meichenbaum, 1994).

Ergebnis: Die Unterstützung, um dem erlebten einen Sinn zu geben, ist daher im Exil sehr wichtig. Diese Notwendigkeit wurde in den letzten 20 Jahren erkannt. Seither gibt es weltweit rund 100 spezialisierte Behandlungszentren in etwa 50 Ländern. Dazu gehört das RCT/IRCT (Center for Torture Victims /

International Rehabilitation Council for Torture Victims) in Kopenhagen (seit 1982), das Behandlungszentrum für Folteropfer in Berlin (seit 1992) und das Medical Foundation in London (seit 1986). Ihre Arbeit verfolgt das Ziel, den Menschen Hilfe in der Verarbeitung der Vergangenheit zu bieten (Rehabilitation, ambulante medizinische und psychotherapeutische Behandlung), wie auch den Schwierigkeiten in der Exilsituation (Asylverfahren) erfolgreich zu begegnen. In der Schweiz besteht diese Möglichkeit seit dem Herbst 1995, als das Therapiezentrum SRK für Folteropfer (TZFO) in Bern eröffnet wurde. Nebst der interdisziplinären ambulanten Therapie für anerkannte Flüchtlinge, erfüllt es weiter die vier folgenden Aufgaben: Aus-, Weiter- und Fortbildungen von Fachpersonen, Öffentlichkeitsarbeit zum besseren Verständnis für Flüchtlinge mit schweren Gewalterfahrungen, praxisorientierte Forschung und Dokumentation, sowie der Betrieb einer Koordinations- und Vermittlungsstelle zur besseren Nutzung fachlicher Ressourcen in der Betreuung und Behandlung von gefolterten Flüchtlingen. Verfolgt wird dabei ein multimodaler Therapieansatz. Auf dem Hintergrund einer systematischen Sichtweise kommen dabei neben medizinischen Massnahmen, Physiotherapie, Körper- und Bewegungspsychotherapie sowie Sozialberatung und verschiedene einzel- und familienorientierte Psychotherapieformen zur Anwendung. Auf eine enge Zusammenarbeit mit den Hausärzten, dem betreuenden Hilfswerk und anderen therapeutischen Bezugspersonen wird, grossen Wert gelegt. Im Mittelpunkt der therapeutischen Arbeit steht die Beziehung zum Betroffenen: das heisst, solidarisch mit ihm sein, ihn verstehen und annehmen. Dadurch wird ihm ein Teil der Würde und des Respekts zurückgegeben, welche durch die Folter gezielt zerstört wurden. In der therapeutischen Grundhaltung sind die folgenden sieben Punkte wichtig:

- Gewährleistung der körperlichen und emotionalen Sicherheit
- Achtung der Selbstbestimmung
- Ausdrücken einer klaren politischen Haltung (welche sich auf die Menschenrechte stützt)
- Einfühlende Respektierung des religiösen und kulturellen Hintergrunds
- Umfassendes Eingehen auf den ganzen Menschen in seiner Lebensumwelt
- Betonen von Stärken und das Relativieren von Schwächen
- Kennen, erkennen und anerkennen der eigenen (therapeutischen) Grenzen

Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wie auch die Leitung des Zentrums, sind an einer engen Zusammenarbeit mit den Praktikern und mit den bereits bestehenden Einrichtungen der Gesundheitsversorgung sehr interessiert. Die übergeordnete Aufgabe des TZFO ist es, weitere lokale, dezentralisierte Therapieeinrichtungen für Kriegs- und Folteropfer etablieren zu helfen. Denn nur so kann man dieser speziellen Gruppe von Klientel im schweizerischen Gesundheitswesen gerecht werden.

Gafner, G. & Benson, S. (2001). Indirect ego-strengthening in treating PTSD in immigrants from Central America. *Contemporary Hypnosis, 18* (3), 135-144.

Ziel: Die folgende Studie hat zum Ziel, den Gebrauch der indirekten hypnotischen Ich-Stärkung (ego-strengthening) bei Posttraumatischen Belastungsstörungen im Vergleich zu den konventionellen Hypnosetechniken und Verhaltenstherapien aufzuzeigen.

Design: Klinischer Report

Setting: Flüchtlingsklinik in Tucson, Arizona (USA)

Ausgangslage: Folter stellt die entsetzlichste Form von Gewalt dar, welche heute am häufigsten die Menschenrechte verletzt. Sie wird von den Internationalen Gerichten und der UN-Konvention gegen Folter strikt verurteilt. Laut Amnesty International (n.d.) wird Folter in rund 79 Ländern praktiziert, welche diese Konventionen unterschrieben haben. Nach Schätzungen wurden ca. 40% der Migrant/-innen in den westeuropäischen Ländern Opfer von Folter, welche auch physische Gewalt wie z.B. Fusstritte, Faustschläge, heisse Eisen und Elektroschläge, Verstümmelungen mit Messern und Aufhängen an Armen und Beinen beinhaltet. Folterüberlebende benötigen daher besonders schnell medizinische, physiotherapeutische und psychologische Hilfe.

In den 80er Jahren des 20. Jahrhunderts flüchteten mehrere Millionen Menschen aus El Salvador und Guatemala aufgrund von Bürgerkriegen in die USA. Beide Populationsgruppen wiesen danach hohe psychische Schwierigkeiten auf. Die Rate der Erkrankung an Posttraumatischer (PTBS) Belastungsstörung bewegte sich bei ihnen zwischen 50% und 100% (Cervantes et al., 1989; Bowen et al., 1992). Nebst den psychischen Schwierigkeiten, spielten auch die kulturellen Faktoren in dieser Bevölkerungsgruppe eine grosse Rolle. Viele von ihnen hatten, wenn überhaupt, eine geringe Schulausbildung. Sie fühlten sich in der modernen Welt sehr fremd, teils wie von ihrer eigenen Kultur „abgeschnitten“, und konnten sich daher nur schlecht in ihre neue Umgebung integrieren. Typisch für diese Kulturen war auch, dass sie an übersinnliche Kräfte glaubten. Zum Beispiel glaubten die Menschen, wenn sie einen Traum hatten, dass dieser wahr werde. Manche glaubten auch, dass Hypnose Magie ist. Wie auch immer, für sie bewegten sich die Psychotherapie und die konventionellen medizinischen Therapien in einem ähnlichen Licht. Auch spielten für sie religiöse Mythen eine grosse Rolle. Weiter war auffallend, dass viele von diesen Menschen Mühe hatten, zwischen der Vergangenheit und der Gegenwart zu unterscheiden, was ein Zeichen von Traumatisierung sein kann. Sie hatten oft das Gefühl, „verrückt“ zu werden. Eine Reduktion dieses Gefühls kann erbracht werden, wenn ihnen aufgezeigt wird, dass ihr Verhalten eine normale Reaktion auf das Erlebte darstellt.

Für die Behandlung der PTBS gibt es verschiedenste Ansätze, welche heute zur Anwendung kommen. Eine davon ist die Testimonio-Therapie (= Testimony-Therapie). Sie hilft dem Patient/-in sich zu bemächtigen, über seine horriblen Erlebnisse zu sprechen. Dies kann in Form von erzählen oder aufschreiben der eigenen Geschichte erfolgen. Aus therapeutischer Sicht wird dadurch der Verarbeitungsprozess des Traumas angeregt. Weitere Formen von Therapien stellen die Expositionstherapien dar, wie z.B.: systematische Desensitisation, Flooding, prolongierende Exposition und implosive Therapie (Levis, 1980; Rachman, 1980; Barlow, 1988). Mehrere Studien konnten aufzeigen, dass die Anwendung von Expositionstherapien einen grossen Erfolg mit sich brachten (Black et al., 1981; Fairbank et al., 1982). Bei gewissen Klient/-innen, besonders Flüchtlingen mit einer PTBS, stösst diese Art von Therapie jedoch auf Abneigung. Sie wollen „alte Wunden“ ruhen lassen und sie nicht wieder öffnen. Dies verlangt, dass nach weiteren Optionen gesucht wird, um auch ihnen gerecht zu werden. Ein weiterer Therapieansatz stellt die (direkte) Hypnose dar. Ihre Wirksamkeit wurde bereits von Pierre Janet im Jahr 1880 erkannt. Kingsbury (1988) fand heraus, dass pathologische Symptome wie Dissoziation, welche bei der PTBS vorkommen, auch beim Phänomen der Hypnose auftreten. Aufgrund dieses natürlichen „Passens“, nannte Kingsbury Hypnose als eine isomorphe (in gleicher Form) Intervention für die PTBS. Nebst der Symptombehandlung hilft die Hypnose auch bei der Rekonstruktion der Traumaerlebnisse. Zum Beginn der Therapie wird den Klient/-innen aufgezeigt, dass die Hypnose ihnen dabei helfen kann, Erinnerungslücken zu füllen und in ihre Vergangenheit zu gehen (was aus therapeutischer Sicht die Aufarbeitung der Vergangenheit stimuliert). Eine weitere Ausführung der Hypnose stellt die indirekte (metaphorische) Hypnose dar. Sie unterscheidet sich im Wesentlichen von der direkten Hypnose darin, dass dem Patienten keine direkte psychische Fremdbestimmung durch den Therapeuten wiederfährt, sondern seine eigenen Entscheide, aufgrund seiner Ressourcen, in der Behandlung (Trance) trifft. Die Symptome der PTBS werden dabei umgedeutet, was zu einer kognitiven Rekonstruktion und emotionalen Befreiung führen kann (Dolan, 1991; Philips, 1993).

Ergebnis: Die Flüchtlingsklinik in Tucson, Arizona, erlebte in den 80er Jahren einen grossen Andrang durch die „Task Force on Central America“, welcher Flüchtlinge von El Salvador und Guatemala angehörten. Die Klinik bot ein Angebot von Pränatalenuntersuchungen bis hin zu geriatrischen Dienstleistungen an. Für die Flüchtlinge stellte diese Klinik ein Ort von Geborgenheit, Sicherheit und Vertrauen dar. Die Traumatherapien, welche ihnen angeboten wurden, beinhalteten nebst der Individuellen-, Gruppen- und Familien- auch Hypnosetherapie und Zusammenarbeit mit Physiotherapie („bodywork challed zero balancing“). Bei der Hypnose arbeiteten die Therapeuten mit Metaphern. Sie fanden dabei schnell heraus, dass sie Metaphern benutzen mussten, welche auf die Populationsgruppe (einfache Bauern) passte (z.B. Vögel, Blumen, Flüsse, anstelle von „Eisberg“ für unbewusste Gedanken). Wie die Menschen aus anderen Kulturen, mochten die Flüchtlinge aus El Salvador und Guatemala Geschichten aus ihrem Volk. Die Therapeuten sahen in diesen Geschichten (in Kombination mit der Hypnose) die Möglichkeit, die „ego-strengthening“ (Ich-Stärkung) zu erhöhen.

Als erster erkannte Hartland (1971) die Möglichkeit, mit Hilfe der Hypnose, das Ich im Menschen zu stärken. Untersuchungen haben gezeigt, dass Symptome einer Erkrankung erst dann nachliessen, wenn sich der Mensch stark genug fühlte, um gegen diese Erkrankung zu „kämpfen“. Aus diesem Grund wollte man versuchen, den Menschen mit einer PTBS das Ich zu stärken, bevor man tiefgründigere Arbeit bezüglich ihrem Trauma durchführte. In diesem Zusammenhang konnte Bandura (1997) feststellen, dass der Glaube an sich selbst, ein sehr zentraler Punkt in einem Menschen ist, welcher einen grossen Einfluss auf den Verlauf einer Therapie hat. Um das Ich im Menschen zu stärken wurden, zwei Hypnosetechniken entwickelt: „metaphorical ego-strengthening“ und „short-burst ego-strengthening“. Bei der metaphorical ego-strengthening-Technik wird dem Patient/-in eine Geschichte erzählt, welche ein Teil der Hypnose ausmacht oder auch nicht. Zusätzlich können Vorschläge gemacht werden, welche der Patient/-in mit Fingersignalen annimmt, ablehnt oder „es nicht weiss“. Dabei werden die erzählten Geschichten nie interpretiert, auch nicht auf Wunsch des Patient/-in. Denn nur so können die Patient/-innen erkennen dass sie die Fähigkeit/Ressource haben, um die Bedeutung ihrer Geschichte selbst zu erkennen. Im Gegensatz dazu steht der Ansatz des short-burst ego-strengthening. Ist die erste Variante in ihrer Art sehr klar, erzielt der zweite Ansatz bewusst eine Verwirrung. Während der Hypnose werden kurze verwirrende Aussagen gestellt, worauf eine Frage folgt, welche eine unlogische Schlussfolgerung zulässt. Dadurch entsteht im Patient/-in eine unbewusste Suche nach einem Ausweg aus dem entstandenen Durcheinander. Der Therapeut gibt dann dem Patient/-in einen Vorschlag, welcher dem Patient/-in helfen kann, aus der Verwirrung herauszuführen. Durch das eigene Suchen wird auch hier erzielt, dass die eigenen Ressourcen im Unterbewusstsein wachgerufen und gestärkt werden. Bei beiden Techniken wird den Patient/-innen zum Beginn erklärt, dass gewisse Aussagen während der Therapie keinen Sinn machen werden, sie jedoch dazu helfen sollen, ihnen zu helfen. Somit wird ihnen aufgezeigt, dass man darum bemüht ist, ihnen zu helfen und sie zu stärken. Würde diese Erklärung nicht abgegeben, würde dies möglicherweise als respektlos interpretiert werden. Dieser Respekt gegenüber Flüchtlingen ist jedoch so wichtig, wie auch die Anerkennung ihrer Werte und Weltsicht. Nebst der Hypnose werden selbstverständlich auch andere Mittel eingesetzt, um das Ich im Menschen zu stärken (z.B. Erweiterung der Sozialkontakt, Erwerbfähigkeit, usw.). Um die gewünschten Änderungen zu messen, wurden die „PENN PTSD scale“ und die „Beck depression and anxiety inventories“ eingesetzt. Aufgrund dessen, dass einer der Forscher Spanisch sprach, liessen sich die Hypnososen problemlos durchführen. Beide Arten der Hypnose wurden auch zur Behandlung der PTBS in Afrika und im Balkan eingesetzt. Die Therapie dort stellte sich jedoch als schwieriger heraus, da mit Dolmetschern gearbeitet werden musste und der Effekt nicht mehr derselbe war.

Zusammengefasst hat sich die ego-strengthening anhand von Hypnose in der Therapie mit Flüchtlingen, welche an einer PTBS leiden, gut bewährt. Mit dieser Art von Therapie konnte das Ich im Menschen gestärkt werden, worauf sie für direktere Therapieansätze bezüglich der Behandlung der PTBS viel offener waren. In vielen Fällen hat die Ich-Stärkung ein Umdenken und eine Entlastung der Psyche hervorgerufen.

Mladina, V. & Huber, H.P. (2002). Life after War: Coping with War Trauma. <i>Psychologische Beiträge</i>, 44 (4), 616-626.
Ziel: Die Studie hat das Ziel, verschiedene Gruppen von Überlebenden des Bürgerkriegs in Bosnien (1992-1995) in Bezug auf die posttraumatischen Belastungsstörungssymptome und ihre Bewältigungsstrategien zu vergleichen.
Design: Quantitative Studie
Setting: Bosnien
<p>Stichprobe: Teilnehmer/-innen der Studie waren 80 Überlebende des Bürgerkriegs in Bosnien im Alter von 21 bis 59 Jahren. Es wurden vier Gruppen (je 20 Personen) mit unterschiedlichen Arten traumatischer Erlebnisse untersucht. Die vier Gruppen waren Soldaten, Flüchtlinge, Opfer von Landminen und eine Vergleichsgruppe.</p> <p>Die erste Gruppe bestand aus zehn Frauen und zehn Männern, welche als Soldaten an der Frontlinie gekämpft haben. Sie wurden über persönliche Kontakte rekrutiert. Die zweite Gruppe waren Flüchtlinge, welche von zu Hause vertrieben wurden und wovon der grösste Teil in Flüchtlingscamps wohnte. Auch diese Gruppe bestand aus zehn Frauen und zehn Männern. Sie wurden mit Hilfe humanitärer Organisationen rekrutiert. Landminenopfer bildeten die dritte Gruppe, bestehend aus 16 Männern und vier Frauen. Rekrutiert wurden sie durch das Netzwerk der Landminenopfer in Tuzla. Die Vergleichsgruppe bestand aus zehn Männern und zehn Frauen, die den Krieg in ihrem Zuhause überlebt haben.</p>
<p>Ausgangslage: Es hat sich gezeigt, dass die Belastung von kriegsbedingtem Stress regelmässig negative psychologische Auswirkungen hat. Die traumatische Belastung alleine scheint jedoch nicht immer genügend, um die Entstehung einer anschliessenden Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) zu erklären. Es gibt mehrere Risikofaktoren, welche durchwegs das Ausmass einer PTBS voraussagen können (Brewin et al., 2000). Für die Bewältigung dieser Erkrankung gibt es zwei Ansätze: Problem- und emotionalorientierte Bewältigung (Lazarus, 1987). Es wird spekuliert, dass emotional ausgerichtete Strategien vor allem angewendet werden, wenn man an dem Stressfaktor nichts oder nur wenig ändern kann. Die verschiedenen Gruppen wurden bezüglich der Symptome der PTBS und der Bewältigungsstrategien verglichen. Zuletzt wurde versucht, geschlechtsspezifische Unterschiede in Bezug auf PTBS-Symptome und Bewältigungsstrategien festzustellen (Shakansky et al., 2000; Solomon et al., 1990; Sutker et al., 1995). Verschiedene Versuche zeigten, dass Männer eher problemorientiert und Frauen eher emotionsorientiert mit Stress umgehen. Eine Hypothese wurde zudem aufgestellt, dass Frauen zur Bewältigung mehr auf die Religion zurückgreifen als Männer.</p>
<p>Methode: TICQ (Trier Illness Coping Questionnaire) wurde benutzt, um fünf Bewältigungsstrategien zu beurteilen (6-Punkte-Skala). Diese Strategien sind das Nachsinnen, das Suchen sozialer Integration, die Neubeurteilung, das Suchen von Informationen und das Suchen religiöser Unterstützung. Die IES (Impact of Event Scale) wurde benutzt, um den Grad der zwei Hauptsymptome der PTBS, Ereignis-Intrusion und ereignisbezogene Vermeidung zu messen (16-Items-Selbsteinschätzung mit 4-Punkte-Skala). Mit der BHS (Beck's Hopelessness Scale) wurde die Hoffnungslosigkeit der Teilnehmer untersucht (20-Items, welche als richtig oder falsch beurteilt werden konnten).</p> <p>Alle Fragebogen wurden durch den ersten Autor aus dem Deutschen ins Bosnische übersetzt. Die Antworten wurden anschliessend durch einen professionellen Übersetzer vom Bosnischen ins Deutsche übersetzt. Die Teilnehmer/-innen wurden in ihrer natürlichen Umgebung befragt. Sie wurden informiert, dass mit der Studie Daten über psychologische Stressreaktionen gesammelt werden sollen. Die Teilnahme war freiwillig. Da TICQ mit seinen fünf Unterskalen als mehrfacher Bewältigungsbestand bezeichnet wird, wurden diskriminante Analysen ausgetragen, um aufzuzeigen, wie viel eine spezifische Bewältigungsstrategie zur Diskrimination einer Gruppe beigetragen hat. ANOVAs (Analysis of Variance) wurden aufgrund der IES und BHS Daten integriert. Für einen anschliessenden Vergleich wurde der HSD-Test (Honestly Significant Differences) angewendet.</p>
<p>Ergebnis: Vergleiche zwischen den Gruppen zeigten bei den PTBS-Symptomen, dass Soldaten und Flüchtlinge höhere Punktzahlen bei der IES Intrusion und der IES Vermeidung erreichten als die Opfer von Landminen und die Vergleichsgruppe. Signifikante Unterschiede der Gruppen wurden im BHS festgestellt. HSD zeigte die grösste Hoffnungslosigkeit bei den Soldaten, gefolgt von den Flüchtlingen, anschliessend von den Landminenopfern und der Vergleichsgruppe.</p> <p>Mit der Diskriminanzanalyse wurden zwei Diskriminanzfunktionen aufgestellt. Der grösste Unterschied</p>

zwischen den Gruppen bei den Symptomen von PTBS wurde bezüglich Funktion 1 zwischen den Soldaten und den Landminenopfern festgestellt, bezüglich Funktion 2 zwischen den Flüchtlingen und der Vergleichsgruppe.

Im Vergleich der PTBS-Symptome zwischen den Geschlechtern zeigten Frauen einen tieferen Grad an Hoffnungslosigkeit. Frauen hatten zudem eine höhere Punktzahl bei der IES Vermeidung. Bei der IES Intrusion konnten keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden.

Bei den Bewältigungsstrategien konnten Männer und Frauen signifikant unterschieden werden. Frauen hatten zum Beispiel eine höhere Punktzahl bei SRS (Religious Support).

Diskussion: Eines der Hauptresultate war, dass Soldaten und Flüchtlinge die ausgeprägtesten Symptome von PTBS aufzeigten. Auch hatten diese Gruppen beide höhere Punktzahlen bei IES Intrusion, IES Vermeidung und bei der BHS. Das Leben in einem Flüchtlingscamp verursacht somit einen vergleichbaren Grad an posttraumatischem psychologischem Stress wie bei Soldaten. Dies ist auch dadurch zu erklären, dass Soldaten und Flüchtlinge in Bosnien, die die meisten isolierten Gruppen darstellen, wogegen Landminenopfer ein gut verbundenes Netzwerk haben. Personen der Vergleichsgruppe konnten dagegen von ihrem familiären Umfeld profitieren.

Die Diskriminanzanalyse zeigte, dass Gruppenunterschiede in den Bewältigungsstrategien in zwei Diskriminanzfunktionen beschrieben werden können.

Entgegen früheren Studien gab es keine deutlichen Unterschiede zwischen den Geschlechtern bei der IES Intrusion. Bei der IES Vermeidung wurde dagegen entsprechend den vorherigen Studien eine höhere Intrusion der Frauen festgestellt. Dies kann darauf zurückzuführen sein, dass Frauen eine grössere Wahrscheinlichkeit haben, früher bereits eine Opferrolle erlebt zu haben.

Religion als Bewältigungsstrategie wurde vermehrt von Frauen angewendet. Dies kann auch ein Grund sein, wieso Frauen gemäss BHS weniger hoffnungslos waren. Diese Resultate unterstützen die Hypothese, dass religiöser Glaube eine stressmindernde Wirkung haben kann.

Probleme der Studie waren unter anderem, dass es bei der Gruppe der Landminenopfer mehr Männer als Frauen gab, was den Vergleich erschwerte. Zudem konnte die Wirkung des Zeitraums zwischen der Stressaussetzung und der PTBS-Bewertung nicht untersucht werden.

Trotz einiger Schwächen konnte die Studie aufzeigen, dass das Leben in einem Flüchtlingscamp ähnlich starken psychologischen Stress verursacht, wie der Nachkriegsstress von Soldaten. Andererseits scheint das Leben in einem familiären Umfeld die Entwicklung der PTBS-Symptomen zu vermindern. Auch zeigte die Studie, dass nebst den geschlechtsspezifischen Unterschieden in den PTBS-Symptomen, das Vertrauen in die Religion, eine vor allem von Frauen angewandte Bewältigungsstrategie ist.

Neuner, F., Schauer, M. & Elbert, T. (2001). Testimony-Therapie als Psychotherapie für Überlebende politischer Gewalt. *Zeitschrift für Politische Psychologie*, 9(1), 585-600.

Ziel: Ziel dieser Studie ist, die Grundlagen und die möglichen Effekte der Testimony-Therapie aufzuzeigen.

Design: Expertenmeinung

Ausgangslage: Politisch motivierte Gewalt tritt in unterschiedlichen Formen in allen Teilen der Welt auf. Staatlich organisierte Folterungen, Morde und Kriege, die in zunehmendem Ausmass direkt gegen Teile der Zivilbevölkerung geführt werden, kosten unzählige Menschenleben. Die Überlebenden einer derartigen Verfolgung leiden häufig noch Jahre später unter den sozialen, physischen und psychischen Folgen der Gewalt. Wie andere Gewalterfahrungen, kann auch politisch motivierte Gewalt bei den Überlebenden zu intensiven seelischen Schmerzen führen. Viele der Personen, die schreckliche Erlebnisse wie Folter oder Greueltaten erfahren mussten, sind schwer traumatisiert. So findet sich als wesentliches Merkmal politischer Gewalt, dass die Überlebenden in der Regel eine Vielzahl von traumatischen Lebensereignissen über einen längeren Zeitraum erleben mussten (Basoglu et al., 1994; Gorst-Unsworth et al., 1998; Mollica et al., 1999). Bei Flüchtlingen kommen zusätzlich zu den traumatischen Erlebnissen in der Zeit der Verfolgung noch Belastungen hinzu, die durch die Entwurzelung vom Heimatland und durch die oft unwürdigen Lebensbedingungen im Exil entstehen können (Baker, 1992; Silove et al., 1997; Silove et al., 1998).

Wie bei anderen Traumatisierungen, steht auch bei den Untersuchungen von psychischen Folgen staatlicher Gewalt, die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) im Zentrum der Aufmerksamkeit. Auch wenn dieses Syndrom längst nicht alle möglichen Symptome traumatisierter Personen umfasst und das Leid der Überlebenden nicht umfassend verstehbar macht, so wird es derzeit doch als charakteristischer Kern der posttraumatischen Symptomatik über verschiedene Traumatisierungen und Kulturen hinweg verstanden. Die gesteigerte Wahrnehmung der psychischen Folgen von extremer Gewalt, hat zu einer Zunahme von Institutionen geführt, die sich auf die Behandlung traumatisierter Opfer von Folter und Kriegen spezialisiert haben. Zu unterscheiden ist zwischen Organisationen, welche in den betroffenen oder angrenzenden Ländern Hilfe leisten, sowie Einrichtungen, welche in europäischen und nordamerikanischen Ländern Therapien anbieten. Neben psychodynamischen, verhaltenstherapeutischen und sogenannten einsichtsorientierten Verfahren, finden vor allem eklektische Ansätze und unspezifische Methoden im Sinne einer unterstützenden Beratung Anwendung (Jaranson et al. 1998; Van der Veer, 1992). In jüngster Zeit wurden die Therapieverfahren der westlichen Welt des öfteren kritiklos in das Setting eines Entwicklungslandes übernommen. Dabei kann diese Übertragung nicht als angemessen angesehen werden. In kollektivistisch ausgerichteten Gesellschaften, die massenhafter Gewalt ausgesetzt sind, ist die Bevorzugung von Interventionen, die am Individuum ansetzen, nicht zu rechtfertigen. Vielmehr sind kulturell adäquate Massnahmen zur Unterstützung eines gesellschaftlichen und politischen Neuaufbaus, insbesondere die Unterstützung lokaler Initiativen, vorzuziehen. Auch hat die Vergangenheit gezeigt, dass psychologische Interventionen, welche unmittelbar nach traumatischen Ereignissen in westlichen Kulturen eingesetzt wurden, nutzlos oder sogar schädlich waren (Rose et al., 1998). Daher ist es von grosser Wichtigkeit, dass trotz dringlichem Gebrauch, die Wirksamkeit eines Hilfsprogramms konkret überprüft wird.

Ergebnis: Eine typische gesellschaftliche Reaktion auf massive politische Repression, ist das Verleugnen und Verharmlosen der Gewalt und deren Folgen. In Zeiten politischer Unterdrückung ist dieses Schweigen verstehbar, angesichts der realen Bedrohung durch das herrschende Regime und das allgemeine Klima der Einschüchterung in den betroffenen Gesellschaften. Dieses Verschweigen der persönlichen Erlebnisse hat jedoch zur Folge, dass die Verarbeitung der traumatischen Erlebnisse erschwert wird. Viele traumatisierte Überlebende sind daher nicht in der Lage, von sich aus ihre Erlebnisse aufzuschreiben und anderen zugänglich zu machen. Ziel der Testimony-Therapie ist es daher, diesen Personen bei der eingehenden Dokumentation ihrer Lebensgeschichte, einschliesslich der traumatischen Erlebnisse während der Verfolgung, in einem therapeutischen Rahmen zu unterstützen. Dieser Therapieansatz ist einer der wenigen psychotherapeutischen Verfahren, welcher speziell für Überlebende staatlicher Gewalt entwickelt wurde und einer der ersten Kurzzeit-Therapieansätze für traumatisierte Personen überhaupt. Die Testimony-Therapie wird heute von Therapeuten auf der ganzen Welt eingesetzt. Es hat sich gezeigt, dass eine generelle Erleichterung der Klientel durch die Bezeugung der Erlebnisse festgestellt, jedoch nicht in jedem Fall eine vollständige Genesung erreicht werden konnte. Die Testimony-Therapie wird daher als Baustein im Rahmen einer umfassenden Therapie angesehen.

Die Vorgehensweise bei diesem Therapieansatz ist wie folgt: Zur Dokumentation der Lebensgeschichte des Überlebenden wird ein ausführliches biographisches Interview durchgeführt. Die Erzählungen des Überlebenden werden, wenn nötig mit der Hilfe eines Dolmetschers, aufgezeichnet oder direkt schriftlich festgehalten. Der entstehende Bericht wird dem Überlebenden in mehreren Sitzungen wiederholt vorgelesen und kann so von ihm korrigiert und vervollständigt werden. Die endgültige Fassung wird vom Therapeuten und vom Überlebenden unterzeichnet und kann für die dokumentarische Arbeit von Menschenrechtsorganisationen verwendet werden. Das psychologische Ziel, welches dabei verfolgt wird, ist die Verringerung des seelischen Leidens des Betroffenen. Dabei spielen zwei Faktoren eine grosse Rolle. Der erste Faktor beinhaltet die Exposition, welche die emotionale Verarbeitung der traumatischen Erinnerungen beschreibt. Es wird versucht, eine Gewöhnung an die unangenehmen Gefühle, welche mit dem Trauma in Verbindung stehen, zu erzielen. Dadurch kann eine Abschwächung der extremen Emotionen erreicht werden. Der zweite Faktor basiert auf kognitiven Theorien des autobiographischen Gedächtnisses und dessen Beeinträchtigung durch traumatische Erlebnisse. Im autobiographischen Gedächtnis werden persönliche Erfahrungen in einem räumlichen, zeitlichen und thematischen Zusammenhang in einer erzählbaren Form abgespeichert. Doch traumatische Erfahrungen sind in Gedächtnisstrukturen, die bewusst abrufbares Wissen beinhalten, nur sehr mangelhaft repräsentiert. Es wurde häufig beobachtet, dass Überlebende extremer Gewalt nur sehr mühsam, oft nur bruchstückhaft und manchmal sogar widersprüchlich, über Erlebnisse berichten konnten. Mit der Testimony-Therapie versucht man zusammen mit dem Betroffenen, die traumatischen Erlebnisse in Worte zu fassen und in Form eines möglichst lückenlosen und widerspruchsfreien Berichts in die eigene Lebensgeschichte zu integrieren. Durch das schriftliche Festhalten jedes dieser Erlebnisse, kann ein weiterer politischer Effekt erzielt werden. Die entstanden Dokumente können Menschenrechtsorganisationen bei der Aufdeckung menschenrechtswidrigen Verbrechen helfen. Diese Dokumente machen nicht nur in noch aktuellen Kriegsgebieten Sinn, sondern auch in Gesellschaften, in denen die Zeit des Krieges oder der Diktatur bereits überwunden ist. Hier können die Dokumente einen Beitrag zur sozialen und juristischen Aufarbeitung der Vergangenheit leisten. Die politische Verwendung dieser Dokumente beinhalten jedoch auch gewisse Gefahren. Um sie juristisch verwenden zu können, müssen detaillierte Angaben zur Person festgehalten werden, was wiederum eine Gefahr für die Person selbst darstellt, je nach Inhalt (z.B. eigenes politische Engagement) des Dokumentes.

Zusammengefasst stellt die Testimony-Therapie einen Ansatz dar, welcher in einem akuten Setting zu guten Erfolgen in der Therapie der PTBS geführt hat. Es ist ein Instrument, welches schon mehrere Jahre im Einsatz ist und sich dabei konkret bewähren konnte (Weine et al., 1998). Des Weiteren ist es ein Instrument, welches nicht nur dem Individuum Linderung bringen, sondern auch auf politischer Ebene zu Gerechtigkeit führen kann.

Neuner, F., Schauer, M., Klaschik, C., Karunakara, U. & Elbert, T. (2004). A Comparison of Narrative Exposure Therapy, Supportive Counseling, and Psychoeducation for Treating Posttraumatic Stress Disorder in an African Refugee Settlement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72 (4), 579-587.

Ziel: Die Untersuchung in dieser Studie hat zum Ziel, die Effektivität von Narrative Exposure Therapy (NET) im Vergleich zu Supportive Counseling (SC) und Psychoeducation (PE) aufzuzeigen.

Design: Randomisierte kontrollierte Studie

Setting: Flüchtlingslager in Uganda (Imvepi)

Stichprobe: Für die Untersuchung wurden, anhand des Zufallsprinzips, 77 Probanden (Männer und Frauen) ausgewählt. Bei 56% (n= 43) von ihnen, konnte anhand des DSM-IV die Diagnose der Posttraumatischen Belastungsstörung gestellt werden. Diese 43 Personen wurden schlussendlich in die Untersuchung integriert. Für die Untersuchung wurden sie anhand eines erneuten Zufallsprinzips in eine der drei folgenden Gruppen eingeteilt: Narrative Exposure Therapy (NET) (n= 17), Supportive Counseling (SC) (n= 14) und Psychoeducation (PE) (n= 12). Die zwei ersten Gruppen erhielten je 4 Therapiesitzungen, die letzte nur 1. Alle Probanden gaben ein schriftlich Einverständnis ab, um an dieser Studie teilzunehmen. Die ethischen Grundlagen wurden anhand des „Ethical Review Board“ der Universität Konstanz und der Uganda National Council for Science and Technology in Kampala gewährleistet.

Einschlusskriterien: Flüchtlinge (Sudanesen), Frauen und Männer, Diagnose der PTBS

Ausschlusskriterien: geistige Behinderung, Psychosen

Ausgangslage: Die Erfahrungen von Traumas in Populationen, welche aus einem Kriegsgebiet stammen, sind in den vergangenen Jahren stark angestiegen. Flüchtlinge, welche vom Krieg geflohen sind, erzählen oftmals extrem stressvolle Erlebnisse (physische und psychische Folter, Beschiessungen, sexuelle Gewalt, usw.), welche sie auf der Flucht durchlebten. Als Konsequenz, konnte in diesen Populationen eine sehr hohe Rate der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) erkannt werden (de Jong et al., 2001; Mollica et al., 1993; Hollifield et al., 2002). Aufgrund dessen wurde die Notwendigkeit erkannt, dass in Flüchtlingslagern Richtlinien erstellt werden müssen, welche diesen Menschen in diesem Setting Hilfe bieten kann. Literatur zur Behandlung der PTBS findet man besonders für Therapien in Industrieländern (USA, Europa und Australien) „en masse“ (Traumatisierung aufgrund von z.B. sexuellen Übergriffen, Autounfällen, usw.). Im Gegensatz dazu gibt es kaum Literatur, welche die Behandlung der PTBS in einem Flüchtlingscamp erforscht hat (Traumatisierung aufgrund von z.B. physischer und psychischer Folter, usw.). Hinzu kommt, dass diese Menschen nebst der hohen Gewalttrate im Alltag, auch noch in sehr ärmlichen Verhältnissen leben, dazu abhängig von humanitärer Hilfe sind und unter Mangelernährung leiden. Die Anwendbarkeit von westlichen Therapieansätzen für die Psychotherapie ist daher in Frage gestellt (verschiedene Settings verlangen verschiedene Therapien). Um Psychotherapie im Setting eines Flüchtlingslager anzuwenden, müssten gewisse Bedingungen erfüllt werden. Dazu gehören: geringer finanzieller Aufwand; die Theorie muss leicht verständlich sein, damit lokales Personal darauf geschult werden kann (ohne besondere Schulkenntnisse); einfach in seiner Umsetzung (kurz und prägnant); und in jede Kultur einsetzbar sein. Neuner et al. (2002) entwickelten daher die Narrative Expositionstherapie (narrative exposure therapy / NET). Sie verfolgen das Ziel, anhand von Gesprächen über die Vergangenheit den Patient/-in mit den traumatischen Erlebnissen zu konfrontieren und dadurch eine Linderung der Symptome der PTBS zu erzielen.

Methode: Für die Untersuchung wurden 9 Flüchtlinge (zwischen 20-51 Jahren) in einem zweimonatigem Kurs zu Forschungsassistenten ausgebildet. Voraussetzung war, dass sie englisch Schreiben und Lesen konnten und eine primäre oder sekundäre Schulausbildung abgeschlossen hatten. In der zweimonatigen Ausbildung wurden sie über quantitative Datensammlung sowie über die Interviewtechnik mit dem „Demography of Forced Migration Questionnaire“ (DFMQ) und der „Posttraumatic Stress Diagnostic Scale“ (PDS) geschult. Zwei der Forschungsassistenten lernten dazu noch den Umgang mit dem „Self Reporting Questionnaire 20“ (SRQ-20) und der „Medical Outcome Study Self Report Form“ (SF-12). Weitere sechs Forschungsassistenten wurden darauf geschult, die Interviews und Behandlungsinstrumente zu übersetzen.

Die Untersuchungsinterviews wurden durch Experteninterviewer mit einem Doktoratlevel in Psychologie und akademische Student/-innen der Universität Konstanz durchgeführt. Zusätzlich wurden ausgebildete Dolmetscher hinzugezogen. Das Interview wurde mit dem Kapitel über PTBS des „Composite International

Diagnostic Interview“ (CIDI) durchgeführt. Zur Erhebung der weiteren Daten wurden die obengenannten Messinstrumente eingesetzt: DFMQ für Informationen über die Demographie, Gesundheit und traumatische Erfahrungen; das PDS zur Diagnostizierung der PTBS; SRQ-20 um komorbide Symptome wie Angst und Depression einzuschätzen; und das SF-12, um die Gesundheitsqualität in verschiedenen Kulturen zu erkennen. Alle Instrumente wurden auf Arabisch übersetzt (wie auch wieder zurück), damit die Validität der Instrumente gewährleistet werden konnte.

Alle Probanden wurden bei Untersuchungsphasen jeweils von den Lokalinterviewer (DFMQ, PDS, SRQ-20, SF-12) und den Experteninterviewer (CIDI) befragt. Bei jenen, wo beim CIDI-Interview eine PTBS erkannt werden konnte, kamen in die Interventionsgruppen. Die Teilnehmer wurden anhand des Zufallsprinzips in die drei Gruppen eingeteilt: 1. Narrative Exposure Therapy (NET), 2. Supportive Counseling (SC) und 3. Psychoeducation (PE). Die ersten zwei Gruppen erhielten vier Therapiesitzungen, die PE-Gruppe nur eine. Die Behandlung begann direkt nach dem ersten Interview. Die NET- und die SC-Probanden erhielten über zwei Wochen drei Behandlungen, welche 90-120 Minuten dauerten. Drei bis vier Wochen nach dem ersten Interview, wurden die Probanden von den Lokalinterviewer erneut befragt. Diese Befragung fand 4 und 12 Monate nach der ersten Behandlung erneut statt. Alle Interviewer (Lokale und Experten) waren über die Einteilung der Probanden in die Gruppen verblindet. Daher wussten sie weder, welche Art von Therapie sie erhielten, noch wie weit sie in der Therapie sind.

Die Therapie selbst wurde durch drei weibliche und zwei männliche Therapeuten der Universität Konstanz und der Hilfsorganisation Vivo mit Hilfe von Dolmetschern durchgeführt. Die Therapeuten waren doktoratlevel Psychologen oder akademische Student/-innen mit Ausbildung und Erfahrungen auf dem Therapie-konsultationen. Die Therapeuten wurden auf NET und SC geschult. Um die Qualität der Behandlungen zu garantieren, wurden wöchentliche Meetings durchgeführt. In der ersten Therapiesitzung wurde den Probanden jeweils das Krankheitsbild der PTBS erklärt.

NET: In den Sitzungen versucht der Therapeut zusammen mit dem Patient/-in, die Geschehnisse chronologisch zusammen zu stellen (von Geburt bis heute, mit dem Fokus auf die detaillierte Exploration traumatischer Erlebnisse). Therapeutische Absicht dabei ist, auf die Traumaerlebnisse und deren Emotionen, welche durch die Erzählungen wieder an Präsenz erlangen, einzugehen und dem Patient/-in zu helfen, diese durch Gespräche zu verarbeiten und im Leben zu integrieren (Sinnggebung). Am Ende der Behandlung erhält der Patient/-in ein Dokument, in welchem seine Lebensgeschichte schriftlich festgehalten wurde.

SC: Das Ziel bei dieser Methode war, die individuellen, sozialen und kulturellen Ressourcen zu erforschen und zu stärken. Der Fokus dieser Therapie lag daher auf den aktuellen interpersonellen Problemen, personelle Entscheidungen wie auch Pläne & Hoffnungen für die Zukunft. Um sich von der NET abzugrenzen, wurden keine Fragen gestellt, welche in Verbindung zu den Geschehnissen aus der Vergangenheit standen.

Ergebnis: Aufgrund der Randomisierung wurden 17 Probanden der NET, 14 der SC und 12 der PE zugeteilt. In der NET-Gruppe gab es einen Abgang, in der SC-Gruppe zwei. Um die Interventionen in den Gruppen zu analysieren, wurden 4 Messungen durchgeführt: (1) Vor der ersten Behandlung, (2) Nach der ersten Behandlung, (3) 4 Monate nach der ersten Behandlung und (4) 12 Monate nach der ersten Behandlung.

Die Ergebnisse nach 12 Monaten im Vergleich zu der ersten Datenerhebung waren wie folgt: die Untersuchung durch CIDI hat ergeben, dass lediglich noch 29% (n= 4) der Probanden der NET-Gruppe an PTBS litten, wogegen in der SC-Gruppe es noch 79% (n= 11) und in der PE-Gruppe noch 80% (n= 8) waren. Im Vergleich dazu, hat der SRQ-20 ergeben, dass die psychischen Probleme (Angst und Depression) in der NET-Gruppe von 100% auf 50%, in der SC-Gruppe von 100% auf 77% und in der PE-Gruppe von 100% auf 91% fielen.

Diskussion: Die oben genannten Ergebnisse haben aufgezeigt, dass der Einsatz von NET positive Auswirkungen auf die Reduzierung der PTBS bei Flüchtlingen mit Kriegeserlebnissen hat. Interessant für die Forscher war, dass sich die Probanden gegenüber „Weissen“ so gut öffnen konnten. Auch war auffallend, dass bereits eine kleine Sequenz (4 Sitzungen) einen Einfluss auf die PTBS hat (Senkung der Punkte in der PDS). Viele der Probanden erhofften sich durch die Teilnahme an der Untersuchung, die Biographie, welche sie am Ende von NET erhielten, ihren Kindern zu geben, in der Hoffnung, dass diese in Zukunft ein besseres Leben haben werden als sie selbst. Sie wollten, dass die kommenden Generationen wussten, welche Opfer sie für die Freiheit geleistet hatten. Zusätzlich wurden die Forscher von den Flüchtlingen aufgefordert, die Biographien zu veröffentlichen, damit die Menschen in den

Industrieländern sie nicht vergassen.

Laut dem Wissen der Forscher, war dies die erste randomisierte kontrollierte Studie über die Behandlung von traumatisierten Kriegsüberlebenden in einem Entwicklungsland. Um die Rolle der Komorbidität noch genauer erkennen zu können, müssen auf dieser Ebene noch weitere Forschungen durchgeführt werden.

Eine Anforderung, welche die Forscher nicht erfüllen konnten, war, dass die Finanzen tief gehalten wurden und das eigene Volk die Interventionen durchgeführt hat. Daher müssen in Zukunft weitere Untersuchungen gemacht werden, welche diesen zwei Punkten noch gerecht werden. Sollte dies möglich sein, könnte bei Kriegsüberlebenden in Entwicklungsländern grosse Fortschritte bezüglich der Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung erreicht werden.

Neuner, F., Onyut, P.L., Ertl, V., Odenwald, M., Schauer, E. & Elbert, T. (2008). Treatment of Posttraumatic Stress Disorder by Trained Lay Counselors in an African Refugee Settlement: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76* (4), 686-694.

Ziel: Die Untersuchung hat zum Ziel, die Effektivität von Psychotherapien (Narrative exposure therapy [NET] und trauma counseling [TC]) bei Flüchtlingen mit einer PTSD durch Laientherapeuten (Flüchtlinge, welche auf eine Therapieform geschult wurden) zu erforschen.

Design: Randomisierte kontrollierte Studie

Setting: Flüchtlingslager in Uganda (Nakivale)

Stichprobe: Für die Untersuchung wurden 277 Teilnehmer mit einbezogen, welche an einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) erkrankt waren. Im Weiteren wurden 9 Personen zu Laienberater/-therapeuten ausgebildet, welche die Behandlung bei den 277 Teilnehmern vornahmen.

Einschlusskriterien: Flüchtlinge (Ruanda und Somalia), Frauen und Männer, Durchschnittsalter ca. 35 Jahre

Ausschlusskriterien: Drogenkonsum, objektive mentale Behinderungen, Psychosen

Ausgangslage: Im Jahr 2004 wurden mehr als 42 Kriege und politische Konflikte auf der Welt gezählt, die meisten davon in Entwicklungsländern (Schreiber, 2005). Nebst den körperlichen Erkrankungen, welche der Krieg als Folgen hat, werden auch immer mehr psychische Leiden registriert. Eine der häufigsten Diagnosen, welche bei den Betroffenen gestellt wird, ist die der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Für die Behandlung dieser Erkrankung sind heute verschiedenste therapeutische Ansätze (z.B. Kognitive-Behavioristische Methode [cognitive-behavioral method / CBM]) vorhanden, welche in der westlichen Welt bei traumatisierten Menschen (aufgrund von sexueller Gewalt, Autounfälle, kriminelle Übergriffe, usw.) positive Resultate aufweisen. Im Allgemeinen wurden die Patient/-innen dabei aufgefordert, über die Erlebnisse des Traumas ausführlich zu berichten und so das Trauma zu verarbeiten. Diese Therapien in Kombination mit Psychopharmaka erzielten gute Erfolge.

Die Traumaopfer der dritten Welt (Flüchtlinge) unterscheiden sich von den Traumaopfern der westlichen Welt insbesondere dadurch, dass das Traumaerlebnis durch andere Ereignisse ausgelöst wird (z.B. Bürgerkrieg) und sie oftmals nach der Traumatisierung weiter in instabilen Lebensverhältnissen leben (z.B. instabile Lebensumstände, Mangelernährung, Armut, usw.). Weiter finden die Traumatisierungen im Kollektiv statt, was wiederum Auswirkungen auf die gesamte Gesellschaft hat. Dies führt dazu, dass nicht nur eine einzige Traumatisierung stattfindet, sondern mehrere. Die Behandlung der Betroffenen erfordert daher, dass jede Traumatisierung einzeln behandelt wird und nicht die Traumatisierungen als Ganzes. Die Behandlung der PTBS steckt in den Entwicklungsländern noch in den „Kinderschuhen“, da es in diesem Setting nur wenige Untersuchungen gibt, im Vergleich zu den Forschungs-/Interventionsergebnisse in der westliche Welt.

Methode: Die oben genannten Punkte zeigen den Bedarf auf, dass eine Behandlungsmethode entwickelt werden muss, welche im Setting (z.B. Flüchtlingslager) dieser Menschen angewendet werden kann. Dabei müssen folgende drei Kritikpunkte beachtet werden: Integration der verschiedenen Kulturen, kurz und prägnante Methode, wie auch dass Menschen, welche keine psychologische Ausbildung haben, auf die Methode geschult werden können um sie dann anzuwenden. Dazu würde sich die „Narrative Expositionstherapie“ (narrative exposure therapy / NET; Neuner, Schauer, Elbert & Roth, 2002; Schauer; Neuner & Elbert, 2005), welche auf dem Prinzip der CBM basiert, eignen. In den Sitzungen versucht der Therapeut zusammen mit dem Patient/-in, die Geschehnisse chronologische zusammen zu stellen (von Geburt bis heute, mit dem Fokus auf die detaillierte Exploration traumatischer Erlebnisse). Therapeutische Absicht dabei ist, auf die Traumaerlebnisse und deren Emotionen, welche durch die Erzählungen wieder an Präsenz erlangen, einzugehen und dem Patient/-in zu helfen, diese durch Gespräche zu verarbeiten und im Leben zu integrieren (Sinngebung). Ein weiterer Therapieansatz ist die Form der „Traumaberatung“ (trauma counseling / TC). Der Therapeut ist dabei auf die Methode von NET geschult wie auch auf Bewältigungsstrategien. Die Methode beschäftigt sich weniger mit den vergangenen Geschehnissen, sondern ist mehr auf den momentanen Zustand (psychologische und soziale Bedürfnisse) des Menschen fokussiert. Zusammen mit dem Patient/-in werden die vorhandenen Schwierigkeiten analysiert und Lösungsansätze gesucht. Aussergewöhnlich bei dieser Methode ist, dass der Therapeut aufgefordert wird, intuitive Ratschläge zu geben, welche auf die Situation des Patient/-in passen.

Für die Durchführung des Projektes wurden 12 somalische und ruandische Flüchtlinge in die

Untersuchung integriert, welche während sechs Wochen zu Forschungsassistenten ausgebildet wurden. Ihre Aufgabe in diesem Projekt bestand darin, dass sie für die formellen Angelegenheiten (z.B. Übersetzung in standardisierten Interviewbogen in die Muttersprache, usw.) eingesetzt wurden. Dazu wurden sie auf das Prinzip der quantitativen Datenerhebung und Interviewtechniken geschult. Die Instrumente, welche sie in die Muttersprache übersetzten, wurden jeweils wieder ins Englische zurück übersetzt. Durch diese Rückübersetzung konnte die Validität der Instrumente gewährleistet werden. Weiter erhoben sie soziodemographische Daten, wie auch momentan vorhandene Auslöser von weiteren Traumen. Die soziodemographischen Daten bezogen sich dabei auf die Ernährung, Erziehung, sozioökonomische Dimension (Mahlzeiten im Tag, vorhandener Hausrat, usw.) und Schulausbildung (wie viele Schuljahre sind absolviert). Auch führten sie die Messungen der PTBS in der Bevölkerung durch. Dazu wurde das Instrument Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS; Foa, 1995) eingesetzt, welches ein weit verbreitetes Instrument zur Messung dieser Erkrankung darstellt. Dabei wurden sie von Psychologen der Universität Konstanz, welche auf dem Gebiet der PTBS spezialisiert waren, begleitet. Die schlussendliche Diagnose erhielten die Probanden anhand des DSM-IV. Durch all die genannten Vorherkehrungen erhält das Projekt an grosser Validität, da sämtliche Interventionen (Fachpersonen und Fragebögen) dem Setting (Flüchtlingslager, verschiedene Kulturen) angepasst wurden. In der folgenden Untersuchung (Dauer von 2003-2004) wollte man erforschen, welcher dieser zwei Therapieansätze sich im Setting eines Flüchtlingslagers am besten umsetzen lässt. Dazu wurde anhand eines Auswahlverfahrens in einem ugandischen Flüchtlingslager (Nakivale) aus 14'400 somalischen und ruandische Flüchtlingen n=277 Probanden ausgesucht, welche zum Beginn der Behandlung die Diagnose PTBS aufwiesen. Das Verhältnis von somalischen und ruandischen Probanden (Männer und Frauen) lag dabei bei je ca. 50%. Die systematische Zuteilung in die jeweilige Therapiegruppe wurde anhand des Zufallsprinzips durchgeführt. Die Teilnehmer wussten dabei nicht, in welcher Gruppe sie sich befanden (blind). Nebst der NET-(n=111) und der TC-Gruppe (n=111) gab es die Vergleichsgruppe (monitoring group / MG) (n=55), welche zur Belegung der Effizienz der Therapiegruppen teilnahm. Bei der Vergleichsgruppe wurden keine Behandlungen durchgeführt, jedoch wurde den Probanden zugesichert, bei Erfolg eines Ansatzes, diese Therapie nach der Durchführung des Projekts zu erhalten. Weiter wurden 9 Personen (5 Frauen und 4 Männer, Durchschnittsalter 27) zu Laientherapeuten ausgebildet. Die Anforderungen dazu waren: Sprechen und Schreiben von Englisch und der eigenen Muttersprache, Fähigkeit Empathie gegenüber den Probanden aufzuzeigen und hohe Motivation, um bei diesem Projekt teilzunehmen. Interessant dabei ist, dass das Bildungsniveau dabei stark variiert (1x Primärebene, 7 x Sekundärebene und 1 x Universitätsebene). Drei der Insgesamt neun Laientherapeuten wiesen dabei eine PTBS auf, welche sie schon über längere Zeit hatten, und zwei eine momentane Belastungsstörung. Diese fünf Laientherapeuten erhielten von Ihren Ausbildern eine NET-Therapie, welche schon einen Teil ihrer Ausbildung ausmachte. Die Ausbildung selbst dauerte sechs Wochen, in welcher den Laientherapeuten allgemeine Beratungsfähigkeiten (aktives Zuhören, Verbalisation, usw.) beigebracht wurden. Die Laientherapeuten wurden dabei auf beide Ansätze (NET & TC) ausgebildet. Ausgebildet wurden sie von fünf Personen mit einem Postdoctoral- oder Doctorallevel der Universität Konstanz, der Hilfsorganisation Vivo und der Mbarara University of Science and Technology in Uganda. Diese fünf Personen führten nebst der Ausbildung wöchentliche Supervisionen durch, wo die einzelnen Fälle besprochen wurden. Die Behandlungen (NET & TC) beinhalteten sechs Sitzungen (gewöhnlich zwei Sitzung in einer Wochen à 1-2 Stunden). Sie wurden über drei Monate verteilt. Am Ende der Behandlung erhielten die NET-Teilnehmer/-innen ein Dokument, welches in chronologischer Form ihre Autobiographie aufzeigte. Die TC-Teilnehmer/-innen erhielten dagegen eine schriftliche Zusammenfassung über ihre momentanen oder vergangenen Probleme wie auch die dazu möglichen Lösungen, welche in den Sitzungen besprochen wurden (alles immer in der Muttersprache).

Ergebnis: Während der dreimonatigen Behandlung hatte es Dropouts, jedoch ohne Einfluss auf die Signifikanz, da die Ausfälle sehr gering waren. Nach drei und sechs Monaten ab der letzten Behandlung wurde bei den Probanden (NET & TC) durch die Forschungsassistenten die PTBS anhand der PDS erneut erfasst (bei der Vergleichsgruppe [MG] sechs und neun Monate nach Beendigung der letzten Sitzung). Dabei kam man sechs Monate nach der letzten Sitzung auf folgende Ergebnisse: 69,8% der NET-Teilnehmer/-innen und 65,2% der TC-Teilnehmer/-innen wiesen die Kriterien für die PTBS nicht mehr auf, im Vergleich zu den MG-Teilnehmer/-innen, wo es nur 36,8% waren. Nach neun Monaten wurde in allen Gruppen der psychopathologische Status erneut eingeschätzt. Anhand von externen Experten, welche bis zu diesem Zeitpunkt keinen Kontakt zum Projekt oder zu den Probanden hatten. Die

Untersuchung zeigte auf, dass sich auch die physische Verfassung der NET- und TC-Teilnehmer/-innen durch die Behandlung verbessert hatte.

Diskussion: Die Untersuchung hat ergeben, dass diese Art von Therapie in einem solchen Setting (Ressourcenarmes Land) nur wenig zum Einsatz kommt. Auch haben epidemiologische Studien aufgezeigt, dass der Bedarf an solchen Therapien vorhanden ist (Patel, 2007). In der Zeitperiode von 6-9 Monaten, konnte bei den therapierten Probanden im Vergleich zu den Nichttherapierten, ein enormer Fortschritt erzielt werden. Auch hat sich gezeigt, dass sich im Vergleich zu der Imvepistudie (Neuner, Schauer, Klaschik, et al., 2004) mit NET und TC bessere Ergebnisse erzielen liessen, wenn die Therapeuten der gleichen Ethnie angehörten wie die Probanden selbst (nicht westliche Experten). Des Weiteren wurde aufgezeigt dass es möglich ist, PTBS aufgrund von Krieg, in einem Setting von Flüchtlingen zu therapieren und dass die Psychotherapie von Lientherapeuten (mit einer Ausbildung von 6 Wochen) durchgeführt werden kann. Signifikante Unterschiede zwischen der Behandlung durch NET und TC konnten nicht aufgezeigt, wie auch die Gründe dazu nicht belegt werden. Jedoch hat die MG-Gruppe verdeutlicht, dass der Effekt der Therapie besser ist, wenn das Trauma konkret angesprochen wird. Ein Grund dafür kann sein, dass das Engagement für die Therapie viel höher ist, wenn man über die Traumatisierung konkret spricht, als wenn man sich über die momentane Lebenssituation unterhält. Das hohe Engagement, durch das man das traumatische Erlebnis direkt adressiert, macht eventuell die Essenz der effektiven Traumenbehandlung aus, egal in welchem Setting man sich befindet. Auch hat die Untersuchung gezeigt, dass die Behandlung durch NET und TC geeignet ist, um Kurzzeitbehandlungen durchzuführen. Bezüglich der hohen Bedürftigkeit in hohen kriegsgeschädigten Bevölkerungen, könnten die gefundenen Ergebnisse eine Verbesserung bei dieser Klientel hervorrufen. Trotz der Beachtung des Faktors Migration, kann der Ausgang einer solchen Studie stark beeinflusst werden. Daher sollten weitere Untersuchungen durchgeführt werden, um in einem stabileren Setting (nicht Flüchtlingslager, jedoch auch in einem Entwicklungsland) Ergebnisse zu gewinnen.

Nicholl, C. & Thompson, A. (2004). The psychological treatment of Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) in adult refugees: A review of the current state of psychological therapies. *Journal of Mental Health, 13* (4), 351-362.

Ziel: Ziel dieser Studie ist, anhand einer systematischen Literaturübersicht, den momentanen Stand der psychologischen Therapien bei erwachsenen Flüchtlingen und Asylsuchenden mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) aufzuzeigen.

Design: Systematische Literaturübersicht

Stichprobe:

- Elektronische Datenbanken: Web of Science, Medline, PsycInfo
- Sprache: Englisch
- Suchbegriffe: *refugee, asylum seeker, treatment, post traumatic stress disorder*

Ausgangslage: Jedes Jahr ist eine erhebliche Zahl der Weltbevölkerung dazu gezwungen, ihr Heimatland unter lebensbedrohenden Massnahmen, oftmals als Resultat von Krieg oder politischen Tumulten, zu verlassen. Die United Nations Commission for Refugees (UNHCR, 2002) geht davon aus, dass gegenwärtig 12 Millionen Menschen als Flüchtlinge unterwegs sind und 940'800 Menschen als Asylsuchende gelten. Obgleich die Mehrheit der Flüchtlinge fixe oder temporäre Zufluchten ausserhalb von Europa und Nordamerika finden, stiegen die Asylgesuche in den westlichen Ländern im Jahr 2001 auf total 614'000. Entsprechend der United Nations convention (UNHCR, 1951) wird jemand als Flüchtling bezeichnet, wenn er aufgrund seiner Rasse, Religion, Nationalität, Beziehungen zu sozialen Gruppierungen oder seiner politischen Meinung verfolgt wird und daher aus seinem Heimatland flüchten muss. Als Asylsuchende gelten dagegen Menschen, welche ihr Heimatland verlassen haben und in einem anderen Land um Anerkennung als Flüchtling bitten. Während dem Aufnahmeverfahren sind die Lebensbedingungen (Finanzen, häusliche Situation und die Ungewissheit, jeden Moment abgeschoben zu werden) für die Betroffenen oftmals sehr schwierig.

Laut Carey-Wood et al. (1995), haben zwei Drittel der Flüchtlinge in Grossbritannien Erfahrungen mit Angststörungen und Depressionen gemacht. Auch hat sich gezeigt, dass ein allgemeines Gesundheitsproblem in dieser Population vorhanden ist, was sich unter anderem auf ihre erlebten Traumaerfahrungen zurückführen lässt (Bardsley et al., 2000). Viele der Flüchtlinge haben Erfahrungen oder waren Zeugen von Vergewaltigungen, Folter, Krieg, Inhaftierung, Morden, physischen Verletzungen wie auch Genoziden welche sie dazu zwangen, aus ihrer gewohnten Umgebung zu flüchten. Die soeben genannten Taten können einen Menschen stark traumatisieren. Die Prävalenz der Symptome eines Traumas liegt in der Population der Flüchtlinge zwischen 30% bis 86% (Thulesius et al., 1999).

Das amerikanische (DSM-IV) und das europäische (ICD-10) diagnostische Klassifikationssystem anerkennen die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) als eine Diagnose, welche typische Symptome aufweist, die aufgrund von Erfahrungen oder Zeugung von Situationen, welche ihre Sicherheit oder ihr Leben bedrohten, entstanden sind. Die drei Hauptsymptome sind Intrusivität, Meidungsverhalten und Erregbarkeit. Das Konzept der PTBS kommt in der Diagnose und Behandlung von individuellen Erlebnissen vor, wie z.B. Krieg, Folter, Vergewaltigung, Naturkatastrophen und Industrieunfällen. Es hat sich herausgestellt, dass die meisten Untersuchungen auf diesem Gebiet in westlichen Ländern durchgeführt wurden (Roth et al., 1996). Daher kritisieren viele Autoren, dass sich diese Konzepte nicht auf nicht-westliche Länder übertragen lassen (Bracken, 2001). Untersuchungen haben weiter ergeben, dass verschiedene Symptome und Verhaltensweisen (z.B. Traum über den Tod) je nach Kultur, eine ganz andere Bedeutung für die Menschen haben (Zur, 1996). Dieser und noch weitere Gründe sprechen dafür, dass das Konzept der PTBS sich nicht nach Belieben auf alle Kulturen übertragen lässt. Nach Friedman & Jaranson (1994) stellt das Konzept der PTBS ein hilfreiches Mittel dar, jedoch müssen die „ethno-kulturellen Differenzen“ beachtet werden.

Gefundene Papers: Bei der systematischen Literatursuche wurden gerade mal 10 Studien gefunden, welche speziell die Therapie bei erwachsenen Flüchtlingen mit einer PTBS beschreiben und evaluieren. Diese wurden von den Forschern in zwei Gruppen eingeteilt, in Individuelle- und Gruppentherapie.

Individueller Behandlungsansatz: Die meist gefundenen Studien bezüglich individueller Therapie waren qualitative Fallstudien, eine einzige war eine randomisierte kontrollierte Studie (Pauvonic et al., 2001). Mehrere Studien wurden in Kombination von Psychopharmaka und unterstützender Psychotherapie durchgeführt (Kinzi et al., 1987; Kinzie, 2001b). Eine Reduktion der Symptome der PTBS konnte erkannt werden, jedoch waren die Outcomes oftmals nicht klar definiert. Weiter wurde die Wichtigkeit der Kultur

und des damit verbundenen Glaubens aufgezeigt. Schreiber (1995) konnte in seiner Untersuchung belegen, dass die Integration von religiösen Ritualen, im Trauerprozess positive Auswirkungen auf die Senkung der Symptome der PTBS mit sich bringt. Weine et al. (1998) zeigten anhand der Testimony-Therapie bei bosnischen Flüchtlingen in Amerika auf, dass eine Reduktion der PTBS-Symptome erreicht werden kann, wenn die betroffenen Personen ihr Leben chronologisch, wiedergeben. Zum Beginn der Untersuchung wiesen 75% der Probanden (nach DSM-IV) Symptome einer PTBS auf, nach zwei Monaten waren es noch 70% und nach sechs Monaten 53%. Weiter wurde aufgezeigt, dass der Ansatz der Therapie sehr ähnlich ist, wie derjenige der Kognitiv-Behavioristische Therapie (CBT). Jedoch basiert die Testimony-Therapie auf dem Konzept, dass Kollektivtraumatisierung mindestens so bedeutsam ist wie die der einzelnen Traumatisierung. Die Autoren haben am Ende der Untersuchung bemängelt, dass sich dieser Ansatz nicht auf alle Flüchtlingsgruppen übertragen lässt. Weiter wurde von Paunovic et al. im Jahr 2001 eine Untersuchung gemacht, bei welcher die Probanden mit einer Expositionstherapie (n= 9) und der Kognitiv-Behavioristische Therapie (n= 7) behandelt wurden. Es konnten jedoch bei den Therapieansätzen keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden, wahrscheinlich aufgrund von zu wenig Aussagekraft der Untersuchung.

Gruppendynamischer Behandlungsansatz: Insgesamt wurden drei Studien gefunden, welche die Therapie der PTBS in Gruppen beschrieben. Drozdek (1997) führte eine Untersuchung bei 55 Männer aus Bosnien-Herzegowina mit einer PTBS durch, wobei die Probanden in drei Gruppen eingeteilt wurden (1. Psychotherapie, 2. Psychotherapie und Psychopharmaka, 3. Psychopharmaka). Die Art der Psychotherapie war jedoch nur mangelhaft beschrieben und konnte nicht nachvollzogen werden. Es konnte am Ende der Untersuchung eine Reduktion der PTBS-Symptome festgestellt werden, jedoch kein Unterschied zwischen den drei Gruppen. Weiter wurde eine Untersuchung gefunden, welche in Vietnam durchgeführt wurde. Von den anfangs 50 Probanden führten nur 8 Personen die Untersuchung durch. Die Interventionen enthielten Atemübungen, Kognitivrekonstruktion und „abschalten der Gedanken“ (thought stopping). Auch diese Untersuchung konnte nicht evaluiert werden, da es keine Kontrollgruppe gab (Snodgrass et al., 1993). Die letzte Untersuchung wurde mit 31 Frauen aus El-Salvador durchgeführt, bei welchen 41% an einer PTBS (nach DSM-III-R) litten. Die Therapie beinhaltet die Kommunikation untereinander, wobei man sich gegenseitig dazu ermunterte, über das Erlebte zu sprechen wie auch Kunst-, Spiel-, Musik- und Massagetherapien durchführte. Leider konnten auch aus dieser Studie keine Erkenntnisse gewonnen werden, da die Evaluation unvollständig war (Bowen et al., 1992).

Diskussion: In der systematischen Literatursuche fiel auf, dass in den erwähnten Studien eine zu kleine Anzahl an Probanden gewählt wurde und die Forscher sich auf eine bestimmte Populationsgruppe begrenzt hatten. Die Mehrheit der Untersuchungen wies auf positive Ergebnisse bezüglich der Reduktion der PTBS-Symptome hin, jedoch konnte nicht festgestellt werden, welche Intervention die „Beste“ ist, um Flüchtlinge und Asylsuchende zu behandeln. Weiter ist die Therapie mit dieser Populationsgruppe sehr schwierig, aufgrund sprachlicher Differenzen, Mangel an Vertrauen (gegenüber dem Therapeuten), Schamgefühle, Stigmatisierung der psychischen Erkrankungen, Kommunikationsschwierigkeiten aufgrund verschiedener Kulturen, usw. (Kinzie et al., 1987; Kinzie et al. 1990; Schreiber, 1995; Ton-That, 1998; Marsella et al., 1994). Watters (2001) fand auch heraus, dass Flüchtlinge oftmals die soziale und ökonomische Hilfe vor der psychologischen Hilfe vorziehen. Dies erschwerte erneut die Zusammenarbeit zwischen Flüchtling und Therapeut.

Zusammengefasst konnte diese systematische Literaturübersicht keine Studie finden, welche die Ausgangsfrage beantwortete. Daher ist es für die Zukunft wichtig, dass auf diesem Gebiet weitere Untersuchungen durchgeführt werden.

Onyut, L.P., Neuner, F., Schauer, E., Ertl, V., Odenwald, M., Schauer, M. & Elbert, T. (2004). The Nakivale Camp Mental Health Project: Building local competency for psychological assistance to traumatised refugees. *Intervention: International Journal of Mental Health, Psychosocial Work & Counselling in Areas of Armed Conflict*, 2 (2), 90-107.

Ziel: Die Studie hat das Ziel, Lösungswege für die Brauchbarkeit von kurzzeitigen Behandlungen durch lokales, paramedizinisches Personal in Katastrophengebieten aufzuzeigen. Die Untersuchungsinterventionen werden anhand der Narrative Exposure Therapy (NET) und des Supportive Counselling (SC) durchgeführt.

Design: Quantitative Studie

Setting: Flüchtlingslager in Uganda (Nakivale)

Stichprobe: *Epidemiological Survey*: Es wurden bei 1'473 der 12'800 Campbewohner Interviews durchgeführt, also bei 10.23%. Dies geschah bei allen 561 dauerhaft anwesenden somalischen sowie bei 912 der 12'000 ruandischen Flüchtlingen. Die ruandischen Flüchtlinge wurden nach Zufallsprinzip prozentual nach der Anzahl der Einwohner jeder Ortschaft im Verhältnis zur Anzahl im Camp durchgeführt.

Treatment Study: Diejenigen Teilnehmer, bei denen im Interview eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) diagnostiziert wurde, wurden dazu eingeladen, in der Behandlungsstudie teilzunehmen. Über 100 der von ihnen zu ende durchgeführten Behandlungen wurden von Experten nach mindestens 4 Wochen nachgeprüft. Die Resultate der Nachprüfung nach 6 Monaten sowie nach einem Jahr, standen bei Verfassen der Studie noch nicht zur Verfügung.

Ausgangslage: Die Zunahme von Migrationen stellt für das 21ste Jahrhundert eine der grössten Herausforderungen dar. Laut dem U.S. Committee for Refugees (USCR) World Refugee Survey, gibt es aktuell weltweit mehr als 13 Millionen Flüchtlinge und Asylsuchende. Dazu kommt, dass mehr als 21.8 Millionen Menschen auf der Flucht in ihrem eigenen Land sind. Total sind somit 34.8 Millionen Menschen von ihrer Heimat entwurzelt, jährlich kommen nach Schätzungen 4.28 Millionen Menschen dazu (USCR, 2003). Afrika ist der höchstbetroffene Kontinent.

Uganda, das kleinste der drei Länder in Ostafrika, hat selbst eine lange Geschichte bezüglich Militärkonflikten, lebt aber seit 17 Jahren in Frieden. Trotz eigenen ugandische Flüchtlingen, welche auf der ganzen Welt verteilt sind, nahm Uganda in den letzten Jahren mehr als 220'000 Flüchtlinge aus dem Sudan, Kongo, Ruanda, Burundi, Eritrea, Äthiopien und seit dem September 2003 auch Flüchtlinge aus Kenia auf. Die Konsequenzen von Gewalt und erzwungener Migration haben physische, erzieherische, soziale, familiäre und psychologische Auswirkungen. Hinzu kommen Nahrungsbeschaffungsschwierigkeiten, physische Gesundheitsschäden und ökonomische Benachteiligungen. Oftmals erfahren dadurch die Flüchtlinge sich wiederholende Traumatisierungen. Die Folge dessen ist häufig eine Erkrankung auf Stressreaktionen, am besten bekannt unter dem Namen Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) (Elbert et al., 2002; Mc Nally, 2003).

Das Flüchtlingscamp „Nakivale“ ist eines der acht offiziellen Flüchtlingslager und eines der ältesten (seit 1952) in Uganda. Es beherbergte bereits Tutsi-Flüchtlinge aus Ruanda, welche aufgrund des Ethnie-Konflikts im Jahr 1962 flüchten mussten. Ursprünglich war das Lager 80 Quadratkilometer gross, jedoch wurde es auf 42 Quadratkilometer reduziert. Momentan (2003) ist das Nakivale-Camp Zufluchtsort für 14'400 Flüchtlinge. 12'000 Personen sind Hutu, welche aufgrund des ethnischen Konflikts im Jahr 1990 aus Ruanda flüchten mussten. Dazu kommen 800 Somalier (Flucht über Kenia), welche aufgrund des Bürgerkrieges flüchten mussten. Weiter kommen 49 Burundis, 53 Sudanese, 40 Äthiopier, 1 Eritreer und neu 83 Kenianer hinzu.

Methode: In dieser Studie wurde PDS (Posttraumatic Diagnostic Survey) zur Erfassung von PTBS verwendet. Die Nachprüfung durch Experten erfolgte ebenfalls durch PDS, zusätzlich wurde auch CIDI (Composite International Diagnostic Interview) Sektion E und das HSCL-25 (Hopkins Symptom Checklist) verwendet.

Die Studie ist in zwei Teile aufgeteilt: Eine epidemiologische Studie, bei der Interviews durchgeführt wurden, um Daten zu erheben, und eine Behandlungsstudie, bei der die Teilnehmer/-innen zwischen Narrative Exposition Therapy (NET) und Supportive Counseling (SC) auswählen konnten.

Zuerst wurden 24 Flüchtlinge aus dem Camp nach ihren Fähigkeiten ausgewählt, wovon 12 als Interviewer und 12 als Therapeuten ausgebildet wurden. Die Ausbildung dauerte 6-8 Wochen und beinhaltete neben dem Erlernen des für die jeweilige Arbeit notwendigen Wissens auch Gruppenübungen

und Trainings im Übersetzen.

Die Teilnehmer/-innen der Behandlungstherapie konnten zwischen NET und SC auswählen. Bei beiden Behandlungen wurden je 4-6 Sitzungen pro Patient/-in durchgeführt. Diese dauerten je etwa eine bis zwei Stunden. Vor den Behandlungen wurden Voruntersuchungen mit relevanten klinischen Methoden (insbesondere PDS) durchgeführt, um das Vorhandensein von PTBS, insbesondere Anzahl und Stärke der Symptome, festzustellen. Vier Wochen nach der letzten Sitzung wurden Nachprüfungen durchgeführt, um die Wirkung der Behandlung sowie Veränderungen der Symptome, wie Anzahl und Stärke, zu überprüfen. Ebenfalls wurden nach 3-6 Monaten sowie nach einem Jahr Nachprüfungen durchgeführt. Dabei wurden die Teilnehmer/-innen mit denselben Fragebogen befragt.

Die ethischen Grundlagen wurden anhand des „Ethical Review Boards“ der Mbarara University of Science and Technology (Uganda) und der Universität Konstanz (Deutschland) gewährleistet.

Ergebnis: Epidemiological Survey: Diese Studie zeigte, dass Traumatisierung mit 47% PTBS in der somalischen und mit 31,1% in der ruandischen Gemeinschaft weit verbreitet ist. Auch hat die Studie nachgewiesen, dass örtliche Interviewer mit nur Grundfähigkeiten durch eine gute Ausbildung höchst genaue Daten erheben und sogar korrekte Diagnosen von starken psychischen Krankheitsstörungen stellen können. In 80% der Fälle erhielten die lokalen Interviewer mittels PDS dieselben Diagnosen für PTBS, wie die Psychologieexperten mittels CIDI. Dies ist eine respektable Anzahl, welche bestätigt, dass für genaue Diagnosen auf lokalsprachige Übersetzungen der klinischen Instrumente abgestützt werden kann.

Treatment Study: Diese Studie zeigte, dass NET in kurzer Zeit Flüchtlingen, Grundkenntnissen vermittelt werden können, und dass sich „trainees“ selbst ohne eine Spezialausbildung Grundkenntnisse in der Beratung erarbeiten können. Angesichts der weltweit steigenden Zahl traumatisierender Ereignisse und der damit zunehmenden Fälle von PTBS kann die Studie praktische und wissenschaftliche Empfehlungen geben, wie zukünftige Behandlungen konzeptualisiert und angewendet werden können. Die Studie zeigt die Durchführbarkeit von Psychologie-Modellen, welche darauf setzen, dass lokale Leute (hier im Camp dauerhaft lebende Flüchtlinge) traumatisierten Patienten in Ländern mit tiefen Einkommen assistieren können. Dabei können die Kosten tiefer gehalten werden, als wenn spezialisierte Leute diese Behandlungen durchführen. Zudem sprechen die lokalen Therapeuten die Sprache der Campbewohner, kennen deren Probleme und erhalten selbst eine Beschäftigung sowie ein besseres Ansehen im Camp.

Priebe, S. & Esmaili, S. (1997). Long-term mental sequelae of torture in Iran – who seeks treatment? *Journal of Nervous & Mental Disease*, 185 (2), 74-77.

Ziel: Die folgende Studie verfolgt zwei Absichten:

1. Abschätzung der psychischen Folgerkrankungen der Folter im Iran
2. Aufzeigen von Differenzen zwischen Hilfesuchenden und Nichthilfesuchenden

Die Forscher gehen davon aus, dass die Patient/-innen, welche eine Behandlung erhalten, eine stärkere Psychopathologie aufweisen, bessere Kenntnisse der deutschen Sprache haben und mehr Copingstrategien entwickeln als die, die keine Behandlung hatten.

Design: Quantitative Studie

Setting: Die Untersuchung wurde vom Departement für soziale Psychiatrie an der Freien Universität Berlin in Deutschland durchgeführt.

Stichprobe: In die Untersuchung wurden 34 Personen integriert, welche aus politischen Gründen im Iran inhaftiert und gefoltert wurden und dadurch eine andauernde psychiatrische Erkrankung entwickelten. Die Probanden befinden sich zum Zeitpunkt der Untersuchung in Deutschland als politische Asylsuchende. 12 der Probanden erhielten eine *spezifische psychiatrische Therapie*, die anderen 22 erhielten dagegen *keine medizinische oder psychologische Behandlung*.

Einschlusskriterien: Patient/-innen, welche während 2 Monaten im Iran inhaftiert waren, in dieser Zeit Folter erlitten und dadurch an psychischen Folgeerkrankungen litten.

Ausschlusskriterien: Patient/-innen mit organischen Erkrankungen, funktionalen Psychosen oder Drogenkonsum.

Ausgangslage: Menschen im Iran, welche nicht dieselbe politische Meinung wie das Land selbst vertreten, werden oftmals ohne formelles Gerichtsverfahren inhaftiert oder exekutiert (hingerichtet). Folter, Prügel wie auch Einschüchterungen sind bei den politisch Inhaftierten im Iran weit verbreitet. Psychische und physische Massnahmen der Folter werden oftmals zum Erzwingen von Informationen und Geständnissen eingesetzt (Amnesty International, 1988, 1990, 1994). Bei einer Entlassung aus dem Gefängnis wird meistens versucht, den Iran zu verlassen und politisches Asyl in westlichen Ländern zu erhalten.

Empirische Untersuchungen haben gezeigt, dass Folter dauerhaft psychische Erkrankungen auslösen kann, klassifiziert als Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). Depressive-, Somatoforme- und Angststörungen wurden bezüglich Folgeerkrankungen der PTBS festgestellt. Trotz ihrer Erkrankungen suchen Betroffene oftmals keine Hilfe auf (Eaton et al., 1982; Priebe et al., 1993). Gründe, weshalb Folteropfer, welche in ein Aufnahmeland flüchten konnten, keine Hilfe suchen, können wie folgt sein: Mangel an sozialen Fähigkeiten, mangelhaftes Wissen bezüglich der Landessprache im Exil, ein generelles Misstrauen gegenüber Ärzten und Institutionen und kulturellbedingte Einstellungsunterschiede bezüglich medizinischen und psychotherapeutischen Behandlungen (Lee et al., 1988; Mollica et al., 1990; Motta, 1993).

Methode: Die Interviews zur Erhebung der Daten wurden auf persisch durchgeführt. Der Interviewer war mit den historischen und politischen Hintergründen vertraut. Er war jedoch in keiner der Therapien involviert. Die Beteiligung an der Studie war mit keinem dringenden Nutzen für die Patient/-innen verbunden. Die Datenerhebung (Vergangenheit des Patient/-in und die momentane Lebenssituation) erfolgte durch strukturierte Interviews. Die Erhebung der Beschwerden wurde anhand einer Selbsteinschätzung mit der „von Zerssen Complaints Check List“ (Zerssen, 1986) durchgeführt. Die Einschätzung der Psychopathologie wurde anhand der „Hamilton Rating Scale for Depression“ (Hamilton 1960) und der „Hamilton Rating Scale for Anxiety“ (Hamilton, 1959) erhoben. Die PTBS-Symptome wurden nach DSM-III-R definiert anhand der „PTSD-interview by Waston et al.“ (1991).

Ergebnis: *Momentane Lebenssituation*: In der Interventionsgruppe (A) waren 5 Frauen und 7 Männer, in der nichtbehandelten Gruppe (B) befanden sich 11 Frauen und 11 Männer. Das Alter reichte von 28 bis 47 Jahren (Durchschnitt 35 Jahre). Alle Probanden hatten Grundschulkenntnisse, 10 besuchten die Universität. 19 Probanden lebten alleine, 14 mit einem Partner und eine Person hatte Familie. Zum Zeitpunkt des Interviews hatten 13 Probanden eine Arbeit, 4 waren nicht beschäftigt, 8 in Ausbildung und 3 hatten andere Einkommensressourcen. Zwischen den beiden Untersuchungsgruppen gab es keine signifikanten Unterschiede. Im Durchschnitt lebten die Probanden bereits zwischen 5 und 6 Jahren in Deutschland. Die Gruppen unterschieden sich jedoch in den Kenntnissen der deutschen Sprache. In der Interventionsgruppe hatte es 5 Teilnehmer/-innen mit schlechten, 3 mit angemessenen und 4 mit guten

Kenntnissen in der deutschen Sprache. In der nicht behandelten Gruppe hingegen hatte es niemand mit schlechten, 3 mit angemessenen und 19 mit guten Deutschkenntnissen.

Gefangenschaft und Folter: 26 der Patient/-innen (A: 12; B: 14) wurden ohne Rechtsanspruch inhaftiert und 8 (A: 0; B: 8) mit einem Gerichtsverfahren. Die Dauer der Gefangenschaft variierte zwischen 2 und 10 Monaten. 17 Inhaftierte wurden in einer Zelle festgehalten, wo es pro Person einen Quadratmeter Platz gab, 16 Personen kamen in eine Zelle, wo es kein Licht gab. Alle Patient/-innen erlebten während ihrer Inhaftierung physische und psychische Folter. Pro Person wurden zwei bis fünf verschiedene Foltertechniken genannt: 27 wurden mit Kabel geschlagen, 21 wurden aufgehängt, 11 erhielten elektrische Schocks, 13 wurden an verschiedenen Körperstellen verbrannt und 7 wurden sexuell missbraucht. Während der Folter verloren 12 Patient/-innen das Bewusstsein, 33 waren verwundet, 11 verloren Zähne und 9 erlitten Knochenbrüche. Psychologische Folter beinhaltete Drohung mit einer Verlängerung der Gefangenschaft (alle), Drohung mit Exekution (29) oder fälschlicher Exekution (11), sexuelle Gewalt an Familienmitgliedern (3), Inhaftierung von Familienmitgliedern (24) oder Freunden (7) und Entzug der Kinder (18). Am Ende der Folterungen hatten die Patient/-innen ihre persönlichen und politischen Ideale aufgegeben. Abgesehen von der formellen Beurteilung gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen (A&B) bezüglich Inhaftierung und Folter.

Symptomatische und diagnostische Klassifikation: Bei der „von Zerssen Complaints Check List“ wurden folgende Symptome am meisten genannt: innere Ruhelosigkeit (82%), Rückenschmerzen (77%), Kopfschmerzen (74%), innere Anspannung (68%), ruhelose Beine (62%), Schmerzen in Verbindungsstellen und Muskeln (62%), Reizbarkeit (59%), schwere Beine (59%) und Schlaflosigkeit (53%). Bei diesen Symptomen wurden nur Angst (83% vs. 42%) und innere Anspannung (92% vs. 55%) in der Interventionsgruppe mehr genannt als in der nichtbehandelten Gruppe. Die anderen Symptome wiesen keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen auf. Die Einschätzung der Psychopathologie und die Summe des PTSD-Interviews war signifikant höher in der Interventionsgruppe. Komorbidität wurde bei insgesamt 26 Patient/-innen festgestellt. Die Diagnose der PTBS wurde in der Interventionsgruppe mehr diagnostiziert als in der Gruppe B.

Copingstrategien: Auf die Frage, wie die Patient/-innen mit ihren Erinnerungen und Symptomen umgehen, wurden folgende Antworten am meisten genannt: mit Freunden sprechen (56%), Lernen und Sport (56%), politische Aktivitäten (50%), Sprechen mit Familienmitgliedern und Kindern (47%) und Kontakt mit anderen ehemaligen Häftlingen aus dem Iran (29%). Beide Gruppen wiesen in ihren Antworten keine signifikanten Unterschiede auf.

Diskussion: Die Untersuchung hat gezeigt, dass ein hohes Auftreten an Komorbidität in dieser Patientengruppe vorhanden ist. Die Diagnosen fallen dabei in die Kategorien der Depression, Angst und somatoforme Erkrankungen. Die PTBS war die meist diagnostizierte Erkrankung, welche einzeln auftrat. Die Resultate zwischen den beiden Gruppen müssen jedoch mit Vorsicht genossen werden, da die Anzahl der Probanden sehr klein war und nur eine ethnische Gruppe untersucht wurde. Die Hypothese, welche zum Beginn gestellt wurde, konnte nicht erfüllt werden. Das Level der Psychopathologie war in der Interventionsgruppe erhöht, wogegen die Sprachkenntnisse tiefer lagen als in der Gruppe B. Dies ist darauf zurückzuführen, dass Probanden mit guten Deutschkenntnissen Hilfe in ihrem deutschen Umfeld finden, und daher weniger schnell professionelle Hilfe aufsuchen. Auch konnte nicht aufgezeigt werden, dass die Interventionsgruppe mehr Copingstrategien anwendet, jedoch andere als in der Gruppe B. Für sie waren die politischen Aktivitäten hilfreicher, als Lernen und Sport. Die politischen Aktivitäten ermöglichten ihnen, sich mit der Vergangenheit weiter auseinander zusetzen und sich unter ihres Gleichen zu bewegen.

Zusammengefasst zeigt die Studie, dass die Ergebnisse andeuten, dass Hilfesuchende und Nichthilfesuchende unter Folteropfer signifikante Abweichungen in diversen Empfehlungen aufweisen. Diese Erkenntnis ist nicht nur wichtig, um die Motivationsfaktoren der Hilfesuchenden zu verstehen, sondern auch die Sensibilisierung der PTBS zu erhöhen, welche bei den Hilfesuchenden am meisten auftritt.

Regel, S. & Berliner, P. (2007). Current perspectives on assessment and therapy with survivors of torture: the use of a cognitive behavioural approach. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, 9(3), 289-299.

Ziel: Die Studie will anhand eines Fallbeispiels, den Gebrauch und die Effektivität der Kognitiv-Behavioristische Therapie (cognitive-behavioural therapy / CBT) als Therapieansatzes bei Patient/-innen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) aufzeigen. Weiter wird der Gebrauch in verschiedenen kulturellen Kontexten aufgezeigt, trotz anerkannten kulturellen Limitationen.

Design: Fallstudie

Fallbeispiel: Salim (männlich), 30 Jahre alt, stammte aus dem kurdischen Teil des Iraks. Er wurde während drei Monaten unter dem Regime von Saddam Hussein inhaftiert (aufgrund von oppositionistischen Bewegungen, Verbreitung von Antiregierungsliteratur, usw.), wo ihm physische und psychische Folter wiederfuhr. Nach einem Kollaps wurde er hospitalisiert und danach freigelassen, worauf er nach Grossbritannien flüchtete. Salim wies danach Symptome von Suizidalgedanken, vermindertes Selbstvertrauen, niedriger Selbstachtung, Schlafstörungen (mit gelegentlichen Alpträumen) und eine Soziophobie auf.

Ausgangslage: Quer durch Europa und Skandinavien, sehen sich medizinische und psychologische Praktiker länger wie mehr mit Menschen aus verschiedenen Kulturen konfrontiert. Viele von ihnen sind Überlebende von Folter und organisierter Gewalt. Die Klientel stellt für die Akteure eine neue Herausforderung dar. Verschiedene Studien mit Überlebenden von Folter und politischer Gewalt haben aufgezeigt, dass sie oftmals Symptome von Depression, Angststörungen und der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) aufweisen (Allodi, 1994; Carlson et al., 1994; Goenjian et al., 2000). Jede Kultur reagiert etwas anders auf die vergangenen Erlebnisse, jedoch laufen die Diagnosen meistens auf dasselbe hinaus. Standardmethoden in der Behandlung von PTBS, welche in Europa gebräuchlich sind, stehen aufgrund des transkulturellen Kontextes, gewissen Schwierigkeiten gegenüber. Weiter kommt hinzu, dass diese Standardmethoden den Betroffenen oftmals sehr fremd vorkommen. Literatur über die therapeutische Arbeit mit Folterüberlebenden, mit dem Fokus auf dem Psychodynamischen-Ansatz haben aufgezeigt, dass diese sehr effektiv waren (Papadopoulos, 2002).

Anhand einer Fallstudie wird nun im Folgenden die Behandlung durch die Kognitiv-Behavioristische Therapie (CBT) bei Folterüberlebenden aufgezeigt. Man will dabei ersichtlich machen, dass das Modell einen guten problemorientierten Ansatz hat, was in der Arbeit mit Überlebenden von Folter und politischer Gewalt sehr wichtig ist.

Kognitiv-Behavioristische Therapie: Folterüberlebende zeigen oft schwache Copingstrategien sowie vermindertes Selbstbewusstsein auf und verdrängen oftmals die Vergangenheit und die Realität (Silove et al., 1997). Dazu kommt, dass sie Gefühle wie Selbstverschulden, Selbsterniedrigung, Kontrollverlust, Schuldgefühle und Schande in sich verspüren (Drozdek, 1997). Diverse Studien haben aufgezeigt, dass dieser Zustand zu chronischen Schmerzen führen kann (Amris, 2005). Aufgrund dieser Symptome könnte man argumentieren, dass die westlichen Modelle der Psychotherapie nicht diesem Kontext entsprechen (Summerfield, 1999, 2001). Im folgenden Abschnitt soll daher nicht die Idee dieser therapeutischen Methode angefochten werden, sondern mehr die Möglichkeit betrachtet werden, dass die CBT eine mögliche Strategie sein kann, welche sozio-politische und kulturelle Einflüssen miteinander verbinden könnte.

Folgende Prinzipien fassen die Essenz dieses Ansatzes zusammen: der Fokus der Kognitiv-Behavioristischen Therapie liegt auf dem „hier und jetzt“; der Gebrauch von expliziten, abgesprochenen und definierten Behandlungsstrategien; die Ziele der Behandlung müssen zusammen mit dem Patient/-in besprochen werden (sie müssen daher realistisch, messbar und erreichbar sein); und die Zusammenarbeit von Patient/-in und Therapeut muss gewährleistet werden (Hackman, 1993). Der CBT-Ansatz soll den Folteropfern weiter aufzeigen, dass ihr Verhalten nach den Geschehnissen eine normale menschliche Reaktion ist, um überhaupt überleben zu können. Weiter wird aufgezeigt, dass Folter ein Gefühl von totaler Hilflosigkeit und Kontrollverlust auslöst, und dass aufgrund dessen das Verhalten in dieser Situation erklärt/gerechtfertigt werden kann. Folterüberlebende müssen neue Werte über sich selbst, über die anderen und die Welt entwickeln (neues Menschenbild/Lebensansicht), damit sie erneutes Vertrauen gewinnen und sich in der Gesellschaft integrieren können. Dies beinhaltet die Entwicklung von sozialen Netzwerken, Partizipation und Involvierung in wichtigen psychosozialen Aktivitäten wie Bildung, Erwerbsarbeit, Freiwilligenarbeit und kulturelle & politische Aktivitäten.

Methode: Assessment: Das Assessment stellt den Grundstein der CBT dar. Obwohl es zu Beginn aufgestellt wird, durchzieht es sich durch die gesamte Therapie. Das Assessment betont die Möglichkeit einer Veränderung, wobei dem Patient/-in geholfen wird, das bisher Erreichte zu sehen, beziehungsweise das, was noch erreicht werden kann. In Zusammenarbeit mit dem Patient/-in kann somit einstimmig die Formulierung der Ziele des Behandlungsplans aufgestellt werden. *Das Assessment bei Salim beinhaltete folgende Ziele: (a) fähig sein, mehr Engagement in soziale Aktivitäten einbringen, (b) steigern seines Selbstvertrauen und seiner Selbstachtung und (c) sich befreien, von allen Alpträumen und Angstsymptomen. Während der ersten zwei Sitzungen, versuchte Salim seine Probleme zu formulieren inklusive auf was die Problemstellung zurückzuführen war. Der Therapeut stellte dabei viele Nachfragen, um Salim die Möglichkeit zu geben, die Validität seiner Aussagen zu bekräftigen. Nach und nach war er fähig, die Beziehungen zu sehen, und machte andere Verknüpfungen zwischen seinen Symptomen und seinen Emotionen. Zusätzlich wurden über die Reaktionen der Folter gesprochen, wobei Salim erkannte, dass sein Verhalten darauf nicht „abnormal“ war.*

Therapie: Bei der Umsetzung der Theorie in die Praxis ist es wichtig, dass das Modell dem Patient/-in anhand seiner individuellen Symptome in Beziehung zu den Stressoren erklärt wird, wie auch mögliche Reaktionen (Outcomes), welche daraus entstehen können (z.B. Angstgefühle und Panik, wenn der Patient/-in mit gewissen Auslösern konfrontiert wird) aufgezeigt werden. Die Therapie der CBT beinhaltet folgende (in Kombination) Interventionen: Formulierung der Probleme in Zusammenhang mit den prädisponierten Faktoren; Entwicklung und Aufrechterhaltung der Schwierigkeiten (Beziehung zwischen den Erfahrungen und aktuellen Symptomen sehen); Erlernen von einfachen Strategien (z.B. Atemübungen) um mit der Angststörung umgehen zu können; Rollenspiele; Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) für die Behandlung von traumatischen Erinnerungen, Bilder und Alpträume; Kognitivrekonstruktion, Tagebuchführung und selbstüberwachende Strategien. *Salim erhielt total 12 Sitzungen (à 1h) über 5 Monate. Nach den ersten zwei Sitzungen waren Salim die Prinzipien der Therapie bekannt, daher begann er sich mit seinen realen Ängsten auseinander zusetzen (z.B. Soziophobie). Es wurden Situationen künstlich provoziert, welche zum Beginn leichte und dann immer wie stärkere Ängste hervorriefen. Salim erkannte dadurch, dass er sein „eigener Herr über die Gefühle“ war. Mit anderen Worten, er sah, dass er die Kontrolle über sein Verhalten hat. In den Rollenspielen konnte er konkret an seiner Soziophobie arbeiten, indem soziale Interaktionen dargestellt wurden. Aufgrund der hohen Motivation von Salim war es nicht nötig, andere Wege der CBT zu suchen. Eine weitere Angst von Salim war, Menschen in Uniformen (z.B. Polizisten) zu sehen. Um diese Angst zu bekämpfen wurde Salim die Möglichkeit geboten, mit Polizisten über seine Erfahrungen im Irak zu sprechen. Die Sympathie und das Verständnis, welches von den Polizisten kam, brachte eine Reduktion seiner Ängste bezüglich Uniformen und förderte sein Selbstvertrauen. Des Weiteren wurde die EMDR-Therapie angewendet, um die traumatischen Erinnerungen von der Folter zu behandeln.*

Outcome: Das Beispiel von Salim hat gezeigt, dass das Modell der CBT ein möglicher psychologischer Ansatz ist, um Folteropfer zu behandeln. Weiter wurde die Möglichkeit des Einsatzes in einem transkulturellen Kontext aufgezeigt. Verschiedene Untersuchungen weisen darauf hin, dass die Kognitiv-Behavioristische Therapie ein effektiver Ansatz in der Behandlung von Angststörungen ist (Wells, 1997; Salkovskis et al., 1999), inklusive der PTBS (Blake et al., 1998; Richards et al., 1994). *Im Fall von Salim konnte er seine Therapie abschliessen, jedoch im Bewusstsein, dass es noch Situationen gibt, welche ihm Schwierigkeiten bereiten. Er hat gelernt diese zu akzeptieren und weiss, wie mit ihnen umzugehen. Heute hilft Salim anderen Flüchtlingen aus dem Irak, welche das gleiche Schicksal wie er teilen. Seine Gefühlswelt hat sich stabilisiert, Alpträume kommen nur noch sehr selten vor. Er hat seine Arbeit als Künstler wieder aufgenommen, was eine weitere Integration ins soziale Leben für ihn bedeutet.*

Diskussion: Das CBT-Modell könnte einen sehr hilfreichen Ansatz bei der Behandlung von Folterüberlebenden mit psychischen Problemen und chronischen Schmerzen darstellen. Der Fokus der psychologischen Behandlung liegt dabei auf zwei Ansätzen: Erstens, Linderung und Hilfe, um die Traumasymptome zu managen, Wiedererfahrungen und aufdringende Erinnerungen zu reduzieren. Der zweite Ansatz ist mehr auf die täglichen Funktionen von Körper, Geist und sozialen Beziehungen gelegt. Demgemäss, den Fokus auf den Wiederaufbau und der Stärkung des sozialen Netzes gelegt, hilft die Kognitiv-Behavioristische Therapie dem Individuum, ein nachhaltiges Unterstützungssystem aufzubauen welches zudem seine persönlichen Fähigkeiten fördert.

Schweitzer, R., Greenslade, J. & Kagee, A. (2007). Coping and resilience in refugees from the Sudan: a narrative account. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 41 (3), 282-288.

Ziel: Ziel dieser Studie war die Dokumentation und Erklärung der verwendeten Ressourcen neu angekommener sudanesischer Flüchtlinge in Australien aufzuzeigen. Dabei wurden die charakteristischen Themen untersucht, welche die Flüchtlinge in 3 Phasen der Migration (Vor-Migration, Übergang und Nach-Migration) erlebten. Mit der Studie sollen die von 13 sudanesischen Flüchtlinge angewandten Bewältigungsstrategien und Belastbarkeits-Themen identifiziert und erklärt werden.

Design: Qualitative Studie

Setting: Queensland University of Technology (Australien)

Stichprobe: 13 Teilnehmer, sudanesische Flüchtlinge, wurden in die Studie mit einbezogen. Sie befanden sich zu diesem Zeitpunkt des Interviews durchschnittlich 4.15 Jahre in Australien und sind zwischen 17-44 Jahre alt. Sie haben unterschiedliche Ausbildungen und Arbeitsstellen. Alle Teilnehmer sind Christen und sprechen zu Hause viele unterschiedliche Sprachen, wobei der grösste Teil Schwierigkeiten mit der englischen Sprache äussert.

Ausgangslage: Seit 1983 herrscht im Sudan ein Bürgerkrieg, welcher durch die Muslime und Christen des Landes entstanden ist. Man geht davon aus, dass dabei mehr als zwei Millionen Sudanesen ihr Leben verloren haben (United States Committee for Refugees, 2004). Die Kombination von Krieg und Dürre hat zusätzlich zu einem chronischen Mangel an Nahrung geführt, was zu Hungersnöten in den Jahren 1988, 1992 und 1998 führte. All dies forderte, dass mehr als 5.5 Millionen Menschen dazu gezwungen wurden, ihr zu Hause zu verlassen und an die Grenzen des Sudans zu flüchten oder in den Nachbarländern um Asyl zu bitten (United States Committee for Refugees, 2004). Dies führte dazu, dass der Sudan Tabellenreiter bezüglich der Menge von entwurzelten Menschen (mehr als 80%) wurde, was er seit den 80er Jahre ist (United States Committee for Refugees, 2004). In 2002-2003 stellte Australien insgesamt 12'525 Visas zu humanitären Zwecken aus. Die Priorität für diese Visas erhielten Menschen aus Afrika. Folglich gingen 47% der 12'525 Visas an sudanesische Flüchtlinge (Department of Immigration, Multicultural and Indigenous Affairs [DIMIA], 2004). Eine nationale Longitudinalstudie fand heraus, dass die sudanesischen Migrant/-innen höhere Levels an psychischen Leiden und mehr soziale Schwierigkeiten aufwiesen als andere migrierte Populationen (DIMIA, 2004). Viele der sudanesischen Flüchtlinge sind unter extremer Gewalt geflohen, hatten signifikante traumatisierende Erfahrungen gemacht und Familienangehörige verloren (Kline et al., 2003). Die psychischen Schädigungen, welche dadurch entstanden, wurden bereits in mehreren Studien aufgezeigt (Steel et al., 1999, 2002). Die Aufmerksamkeit der Traumatisierung von Flüchtlingen hat daher in den letzten Jahren immer mehr an Bedeutung gewonnen (Steel et al., 2002; Schweitzer, 2006). Weitere Untersuchungen haben ergeben, dass die traumatischen Erlebnisse der Flüchtlinge zu psychischen und psychopathologischen Erkrankungen führen können (McLennan, 1997; Milker et al., 2002; Kline et al., 2003; Steel et al., 2002). Die Erkrankungen sind dann meistens die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), Angststörungen und Depression (Steel et al., 1999, 2002). Weitere Erkrankungen sind psychosomatische Krankheiten, trauerähnliche Erkrankungen und existentielle Krisen. Schweitzer et al. (2006) fanden zudem heraus, dass auch die Zeit nach der Migration (Nach-Migration) die Gefahr von weiteren Traumatisierungen beinhaltet. Gründe dazu können wie folgt sein: Arbeitslosigkeit, Familienseparationen, finanzielle Schwierigkeiten, usw.

Methode: Für die Studie wurde ein semistrukturiertes Frageprotokoll entwickelt, welches die Teilnehmer aufforderte, ihre Erfahrungen in den 3 Phasen der Migration zu beschreiben. Die ethischen Grundlagen wurden durch das Ethikkomitee der Queensland University of Technology gewährleistet. Zwei bilinguale Mitarbeiter mit einem multikulturellen Hintergrund halfen dabei, die Teilnehmer zu rekrutieren und sie halfen auch bei der Auswertung der Daten. Die Untersuchung wurde durch das Verwenden der von Smith et al. (1999) entwickelten Richtlinien für Interpretive Phenomenological Analytic principles (IPA) durchgeführt und durch die Verwendung von Atlas.ti (Computerprogramm zur qualitativen Datensammlung) verbessert. In einer ersten Etappe wurden die Interviews gelesen und die wichtigsten Erlebnisse & Anliegen (oder Sorgen) identifiziert. Dabei wurden die Interviews zuerst auf Schlüsselthemen gelesen und dann die Aussagen nach Themen kategorisiert. In einer zweiten Etappe wurden die auftauchenden/wichtigsten Themen identifiziert. Dabei wurden die Daten als Ganzes betrachtet sowie die Beziehung zwischen verschiedenen Themen der ersten Etappe aufgezeigt. Weiter wurden die wichtigsten Themen und Gemeinsamkeiten aufgelistet, sowie sich entsprechende Themen

herausgearbeitet. Diese zweite Etappe bildete die Grundlage für die Auswertung. Hierbei wurden die wichtigsten Themen in einen erzählenden Bericht der Erlebnisse der Teilnehmer übertragen. Eine zweite Prüfung wurde durch einen unabhängigen Forscher zusätzlich durchgeführt, um sicher zu gehen, dass jede Etappe der Erklärung auf die wichtigsten Themen zu den Originaldaten zurück verfolgbar war.

Ergebnis: Die Ergebnisse der Untersuchung haben gezeigt, dass die Teilnehmer verschiedene Stärken und Ressourcen erkannt haben, um mit den drei Phasen der Migration umzugehen. Die Bewältigungsstrategien umfassten unter anderem soziale Unterstützung, Religion und persönliche Qualitäten in allen drei Phasen der Migration .

Soziale Unterstützung: Vor der Migration konnten die Flüchtlinge vor allem auf die Unterstützung der Familie und Freunde zählen. In Australien angekommen erhielten sie Unterstützung durch eine grössere Anzahl einzelner Kontakte, besonders aus der sudanesischen Gesellschaft, also von Leuten die ihre Problematik kannten. Manche fanden auch Hilfe bei der heimischen Bevölkerung Australiens.

Religion: Durch den Glauben an Gott, konnten sie die über die Jahre verlorene Bedeutung und Kontrolle über ihr Leben zurückgewinnen. Der Glaube an Gott half auch als emotionale Unterstützung und das Beten verhalf ihnen, mit der Unglücklichkeit und Einsamkeit fertig zu werden. Zudem konnten über die Religion neue Kontakte geknüpft und Unterstützungen in vielen Bereichen erhalten werden (Soziale Kontakte, wichtige Informationen, materielle Mittel, usw.).

Persönliche Qualität: Weiter half den Menschen zu sehen, wie sie auf höchst ungünstige Umstände reagierten. Einige fühlten dabei, wie ihr Selbstbewusstsein an Grösse gewann, wenn sie stellende Herausforderungen lösen konnten und dafür kämpften, woran sie glaubten. Andere sagten aus, dass sie mit der Situation so umgingen, dass sie sich mit ihr arrangierten und die Dinge einfach geschehen liessen.

Der Vergleich mit anderen: Diese Bewältigungsstrategie tauchte nur in der Nach-Migrationsphase auf. Dabei verglichen sich die Migrant/-innen mit anderen, denen es noch schlechter ging als ihnen selbst, so dass sie für sich selbst neue Perspektiven schafften und so ihre Schwierigkeiten bewältigen konnten.

Diskussion: In der Untersuchung konnten einige mit Belastbarkeit und Bewältigung in Zusammenhang stehende Themen als Reaktion auf Trauma identifiziert werden. Die Themen konnten in Strategien (Ressourcen) umgesetzt werden, welche halfen, konstruktiv mit einem Trauma umzugehen (oder ein Trauma zu bewältigen). Die Annäherung konnten genutzt werden, um so das Wohlbefinden der umgesiedelten Flüchtlinge in Australien zu verbessern. Zusammengefasst hat die Untersuchung ergeben, dass die Unterstützung durch die Familie und das nahe Umfeld, wie auch die eigene Spiritualität eine grosse Rolle spielt, und wie ein Mensch mit seinen traumatischen Erlebnissen umgehen kann. Können diese Gegebenheiten gewährleistet werden, ist ein grosser Schritt in eine „bessere Zukunft“ getan.

Van Dijk, J.A., Schoutrop, M.J.A. & Spinhoven, P. (2003). Testimony Therapy: Treatment Method for Traumatized Victims of Organized Violence. *American Journal of Psychotherapy*, 57(3), 361-373.

Ziel: Die folgende Studie will die theoretischen Ideen der Testimony-Therapie und dessen Effizienz aufzeigen.

Design: Standard/Leitlinie

Setting: Centrum '45/ De Vonk in Noordwijkerhout (Niederlande) (Nationales Institut für die Behandlung psychischer Erkrankungen aufgrund organisierter Gewalt)

Ausgangslage: Traumatisierte Opfer von Krieg und politischer Gewalt sind gezeugt von ihren Erfahrungen. Oftmals sprechen sie in den Medien, bei Menschenrechtsorganisationen oder in Therapien über das Geschehene. Dies teils freiwillig oder auch unter Druck, um Asyl zu erhalten.

Von der Testimony-Therapie („Zeugnis-Therapie“) wurde erstmals im Jahr 1983 durch Cienfuegos & Monelli berichtet. Während der Diktatur in Chile versuchten die Forscher mit den ehemaligen politischen Inhaftierten Kontakt aufzunehmen. Dies mit dem Ziel, ihre Erlebnisse aufzuschreiben um die Unterdrückung im Land aufzuzeigen. Wie sie jedoch bald entdeckten, hatte das Erzählen aus der Vergangenheit positive Auswirkungen auf die Psyche dieser Menschen. Die Testimony-Therapie war entdeckt. In dieser Art von Therapie sind die Menschen dazu eingeladen, über ihre Erlebnisse (von Geburt bis heute, mit dem Fokus auf die traumatischen Erlebnisse) zu sprechen. In den Sitzungen wird das Erzählte schriftlich festgehalten. Am Ende der Behandlung (12 Sitzungen) wird das Dokument von beiden Parteien (Patient/-in und Therapeut) unterschrieben. Was anschliessend mit dem Dokument geschieht, liegt in den Händen des Patient/-in; er/sie kann es für sich behalten, eine Kopie seiner Familie oder Freunden geben oder es einer Menschenrechtsorganisation zukommen lassen.

In Noordwijkerhout, Niederlande, gibt es das Centrum '45/ De Vonk, welches mit diesem Therapieansatzes die Behandlung von traumatisierten Asylsuchenden und Flüchtlingen durchführt. Die Traumatisierungen wurde bei ihrer Klientel oftmals wie folgt ausgelöst: Erfahrungen von Gewalt oder extremer stressreicher Erlebnisse, Gefangenschaft, Morddrohungen, Zeuge oder Erfahrung von Folter, Hunger, Durst und Tod von Familienangehörigen. Oftmals leiden die Patient/-innen an der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Symptome dafür sind Intrusion, Alpträume, verschiedenste Angststörungen, Beeinträchtigungen in ihrem Gedächtnis oder ihrer Konzentration, Schlafstörungen, meiden von traumaauslösenden Situationen und Übererregung. Oftmals leiden die Patient/-innen an weiteren Angst- und Gemütsstörungen. Da die meisten Patient/-innen kein Holländisch sprechen, werden die Therapien mit Dolmetschern durchgeführt. Im nun folgenden Abschnitt werden die Behandlungsschritte und -inhalte näher erklärt

Testimony-Therapie: Das Centrum '45 /De Vonk hat ein Protokoll entwickelt, welches sich aus frühere Studien (Cienfuegos et al., 1983; Agger et al., 1990; Wiene et al., 1998) wie auch aus den praktischen Erfahrungen der Therapeuten zusammensetzt. Insgesamt werden 12 Sitzungen mit dem Patient/-in gehalten. Der gesamte Behandlungsplan sieht daher wie folgt aus:

# Sitzungen	Inhalt
1	Einführung, Informationsabgabe bezüglich PTBS, Informationen bezüglich Therapieablauf
2	Entwurf der Lebensgeschichte, Diskussion bezüglich des Gebrauchs des Dokumentes
3 & 4	<i>Periode 1</i> Erzählungen über das Leben vor den Traumatisierungen
5 & 6	<i>Periode 2</i> Erzählung der Traumatisierungen
7	Lesen und bearbeiten des ersten Teils des Dokumentes
8 & 9	<i>Periode 3</i> Erzählungen über das Leben nach den Traumatisierungen
10 & 11	<i>Periode 4</i> Erzählungen über die momentane Situation und die Erwartungen Lesen und bearbeiten des zweiten Teils des Dokumentes
12	Unterschreiben des Dokumentes Abschluss der Therapie

Die Aussagen werden während der Sitzung elektronisch aufgenommen und anschliessend vom Therapeuten schriftlich festgehalten. Das Dokument dient folglich dazu, die Erfahrungen des Patient/in zu

reflektieren. Zu Beginn der Therapie erhält der Patient/-in Informationen bezüglich des Therapieablaufes und des Krankheitsbildes der PTBS. Weiter wird ein Gesamtbild der Lebensgeschichte des Patient/-in aufgezeichnet, wo die wichtigsten Lebensereignisse eingezeichnet werden. Anschliessend wird Sinn und Zweck der Therapie besprochen. Danach beginnt die eigentliche Therapie. Der Patient/-in erzählt seine/ihre Geschichte in chronologischer Reihenfolge. Die Geschichte ist dabei in vier Teile aufgeteilt: (1) die Periode vor der Traumatisierung, (2) die Periode der Traumatisierung, (3) die Periode nach der Traumatisierung und (4) die momentane Situation & die Zukunft. Wenn Teile des Dokumentes abgeschlossen sind, wird der Patient/-in dazu aufgefordert, es zu lesen (oder es wird ihm vorgelesen) und Ergänzungen zu machen. Am Ende wird es vom Patient/-in und vom Therapeuten unterschrieben um eine Art der Anerkennung der Wichtigkeit des Dokumentes zu geben.

Die Rolle des Therapeuten bei dieser Art von Therapie besteht darin, den Patient/-in in der Strukturierung des Dokumentes (Erzählungen), falls nötig zu unterstützen. Er steuert den Patient/-in, wenn es danach aussieht dass wichtige Details vergessen gehen und bremst den Patient/-in, wenn er sich von seinen Gefühlen zu sehr überwältigen lässt. Weiter versucht der Therapeut, politische und geschichtliche Kontexte der traumatischen Erlebnisse zu definieren, stellt sie jedoch nie in Frage. Dies dient dazu, um die Klarheit zu gewährleisten und Unklarheiten zu vermeiden.

Damit die Therapie erfolgreich sein kann, müssen gewisse Indikatoren vorhanden sein. Dazu gehören: vorhanden sein eines Traumas; der Patient/-in muss dazu bereits sein, darüber zu sprechen; Risikoabschätzung der Gefahr von Gefühlsüberwältigungen bei Flashbacks und Alpträumen; usw.

Ergebnis: Zwei unkontrollierte Studien haben die Effektivität der Testimony-Therapie bereits aufgezeigt. Cenfuegos & Monelli (1983) führten die Testimony-Methode bei traumatisierten Opfern (n=39) des Pinochetsregimes durch. Alle Probanden wiesen Symptome der PTBS auf. Durch die Durchführung der Behandlung nahmen diese Symptome stark ab. Die Untersuchung zeigt jedoch nicht auf, wie diese Symptome erfasst wurden. Weiter führte Weine et al. (1998) diese Form der Therapie bei bosnischen Überlebenden (n=20) in den USA durch. Die Symptome der PTBS wurden dabei mit der „Beck Depression Inventory“ und dem „Global Assessment of Functioning Scale“ gemessen. Diese Messungen wurden auch am Ende der Therapie (nach 2 und 6 Monate) durchgeführt. Dabei wurde ein starker Rückgang der PTBS- und Depressionssymptome gemessen. Zusammengefasst haben diese zwei Studien aufgezeigt, dass die Testimony-Therapie positive Effekte auf die Reduzierung der PTBS-Symptome hat. Um diese ersten Resultate weiter unterstreichen zu können, müssen jedoch weitere kontrollierte Studien durchgeführt werden.

Diskussion: Die Testimony-Therapie stellt eine Form von Psychotherapie dar, welche vor allem auf die Klientel aus ehemaligen Kriegsgebieten, welche politische Gewalt und Folter erlitten, zugeschnitten ist. Sie ermöglicht den Betroffenen, in einem geschützten Rahmen über das Erlebte zu sprechen. Dabei werden sie kontinuierlich unterstützt. Ihnen wird geholfen, dem Erlebten einen Sinn zu geben, es zu verstehen. Dadurch sehen die Menschen oftmals, dass sie mit ihren Erfahrungen nicht alleine sind, sondern dass es noch andere aus ihrem Volk gibt, welche dieselben Erfahrungen gemacht haben wie sie selbst. Dieser Ansatz ist daher nicht nur für das Individuum von Wichtigkeit, sondern auch für die gesamte Bevölkerung eines Landes. Durch die Erzählungen kann den Patient/-innen geholfen werden, ihre Gedanken zu ordnen und ihnen eine Bedeutung zu geben. Verständnis für das Erlebte wird geschaffen. Hat sich der/die Patient/-in am Ende der Behandlung dazu entschlossen, ihre Geschichte weiter zu erzählen, kann dies Klarheit in der Familie und im Freundeskreis schaffen. Weiter können die Dokumente hilfreich sein, um Menschenrechtsorganisationen in ihrer Arbeit zu unterstützen.

Gestützt auf die klinischen Erfahrungen stellt die Testimony-Therapie eine Form von Psychotherapie dar, welche weltweit noch weiter erforscht werden muss. Kontrollierte Studien werden gebraucht, um die Fragen bezüglich der Effektivität und der Effizienz beantworten zu können. Zusätzlich werden Erklärungen für die möglichen Arbeitsmechanismen gebraucht, um zu verstehen, was nützt und was hilft, um die Methode noch zu verbessern.

9.13 Anhang M

Selbstständigkeitserklärung

“Ich erkläre hiermit, dass ich diese Arbeit selbständig verfasst habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäss aus Quellen übernommen wurden, habe ich als solche kenntlich gemacht.“

Freiburg, 06. Juli 2009

Fabiola Fischer