

Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen
Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

Facetten der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung von
Geflüchteten in Deutschland –
Versorgungshürden, Bilder über Geflüchtete, Theorie-Praxis-
Implikationen, Wirksamkeit von VBC

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor rerum medicinalium (Dr. rer. medic.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Anna-Maria Thöle

Datum der Promotion: 25.06.2023

Inhaltsverzeichnis

1. ZUSAMMENFASSUNG.....	1
2. ABSTRACT	1
3. EINFÜHRUNG.....	2
3.1 FORSCHUNGSSTAND.....	3
3.1.1 STAND DER PSYCHOTHERAPEUTISCHEN VERSORGUNG VON GEFLÜCHTETEN IN DEUTSCHLAND	5
3.1.2 (ZUGANGS-) BARRIEREN IN DER PSYCHOTHERAPEUTISCHEN VERSORGUNG VON GEFLÜCHTETEN	6
3.1.3 GESELLSCHAFTLICHES 'KLIMA' UND (MEDIALE) DISKURSE ÜBER GEFLÜCHTETE	7
4. ZIELSTELLUNG.....	7
5. METHODEN.....	10
5.1 PUBLIKATIONEN I-III.....	10
5.1.1 KENNZEICHEN QUALITATIVER METHODEN UND BEGRÜNDUNG DER WAHL EINES QUALITATIVEN DESIGNS	10
5.1.2 TEILNEHMER*INNENREKRUTIERUNG UND CHARAKTERISTIKA DER STUDIENTEILNEHMER*INNEN	11
5.1.3 DATENERHEBUNG UND -AUSWERTUNG.....	12
5.2 PUBLIKATION IV.....	13
6. ERGEBNISSE.....	14
6.1 PUBLIKATION I: SCHWIERIGKEITEN IN DER PSYCHOTHERAPEUTISCHEN VERSORGUNG UND BEHANDLUNG VON GEFLÜCHTETEN	15
6.2 PUBLIKATION II: 'BILDER' VON GEFLÜCHTETEN.....	16
6.3 PUBLIKATION III: RELEVANTE THEMEN IN DER PSYCHOTHERAPEUTISCHEN ARBEIT MIT GEFLÜCHTETEN	18
6.4 PUBLIKATION IV: WIRKSAMKEIT VON VBC FÜR AN PSYCHISCHEN SYMPTOMEN LEIDENDEN MIGRANT*INNEN UND GEFLÜCHTETEN IN DEUTSCHLAND	19
7. DISKUSSION	20
7.1 BEZUG ZUM FORSCHUNGSSTAND.....	20
7.2 LIMITATIONEN UND AUSBLICK	23
8. LITERATURVERZEICHNIS.....	25
ANHANG.....	30
EIDESSTATTLICHE VERSICHERUNG.....	31
ANTEILSERKLÄRUNG.....	32
DRUCKEXEMPLARE DER AUSGEWÄHLTEN PUBLIKATIONEN	33
LEBENS LAUF.....	93
PUBLIKATIONS LISTE.....	96
DANKSAGUNG.....	97

1. Zusammenfassung

Die Anzahl an geflohenen Menschen, die in Deutschland einen Antrag auf Asyl gestellt haben, ist bis zum Jahr 2016 deutlich gestiegen. Geflüchtete sind verschiedenen Belastungen (z.B. Krieg, unsicherer Aufenthalt) ausgesetzt. Dies kann zur Ausbildung psychischer Symptome führen. Erhöhte Prävalenzraten für verschiedene psychische Störungen wurden in einigen Studien festgehalten. Zwar wird spätestens seit dem erhöhten Flüchtlingsaufkommen 2015 die Relevanz der psychotherapeutischen Versorgung von Geflüchteten hervorgehoben. Bisher ist jedoch wenig bekannt darüber, wie sich die psychotherapeutische Versorgung von Geflüchteten in der Praxis gestaltet und mit welchen Schwierigkeiten sich Praktiker*innen konfrontiert sehen. Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, dieses Thema zu beleuchten sowie Möglichkeiten zur Verbesserung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung von Geflüchteten zu eruieren. Die präsentierte Arbeit basiert sowohl auf qualitativ als auch auf quantitativ ermittelten Daten. Die Ergebnisse geben Aufschluss über Schwierigkeiten, mit denen sich niedergelassene Psychotherapeut*innen, die mit Geflüchteten arbeiten, konfrontiert sehen. Darüber hinaus zeigen sie auf, wie diese Schwierigkeiten zu 'Bildern' über Geflüchtete beitragen, die denen von (medialen) Diskursen ähneln. Thesen über Gründe für die Verwendung solcher 'Bilder' werden erörtert. Ein praxisbezogener Überblick stellt die herausgearbeiteten Forschungsergebnisse für Psychotherapeut*innen zur Verfügung. Damit soll ein Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität geleistet werden. Nachgewiesen wird zudem die Wirksamkeit von Value-based Counselling (VBC) hinsichtlich der Reduktion psychischer Symptomatik bei in Deutschland lebenden Migrant*innen und Geflüchteten. Bestehende Versorgungsstrukturen könnten perspektivisch durch diese niedrighschwellige Kurzintervention flankiert werden und darüber Versorgungsengpässe abmildern.

2. Abstract

The number of refugees who applied for asylum in Germany rose significantly up to 2016. Refugees are exposed to various pressures (e.g. war, insecure residence status). Increased prevalence rates for various mental disorders have been recorded in some studies. The relevance of psychotherapeutic care for refugees has been emphasized at the latest since 2015. However, little is known about how the psychotherapeutic care of refugees is structured in practice and what difficulties practitioners are confronted with. Aim of the present work is to shed light on this topic and to identify possibilities for improving outpatient psychotherapeutic care of refugees. The presented work is based on both qualitative and quantitative data. The results reveal difficulties that psychotherapists who work with refugees are confronted with. Moreover, they show how these difficulties contribute to 'images' of refugees that are similar to those of (media) discourses. Theses about reasons for using the 'images' are discussed. A practice-oriented overview provides the research results for psychotherapists. This is intended to contribute to improving the quality of care. The results also show the effectiveness of value-based counselling (VBC) in reducing psychological symptoms in migrants and refugees living in Germany. Existing care structures could be flanked by this low-threshold short-term intervention in the future and thus mitigate existing deficits in psychotherapeutic care.

3. Einführung

Thema der vorliegenden Forschungsarbeit ist die ambulante psychotherapeutische Versorgung und Behandlung von Geflüchteten in Deutschland. Es werden vier Publikationen vorgestellt, die sowohl auf qualitativ als auch auf quantitativ ermittelten Daten beruhen. Datengrundlage der Publikationen I-III sind Interviews mit niedergelassenen Psychotherapeut*innen, aus denen jeweils verschiedene Teilergebnisse präsentiert werden. Die erste Publikation I befasste sich mit Schwierigkeiten in der psychotherapeutischen Versorgung und Behandlung von Geflüchteten (1). In der zweiten Publikation II wurden 'Bilder' von Geflüchteten herausgearbeitet, die sich in den Interviews der befragten Psychotherapeut*innen fanden. Thesen zu potenziellen Gründen für die Verwendung der 'Bilder' seitens der Psychotherapeut*innen wurden in der Diskussion dieses Beitrags vorgestellt (2). Die dritte Publikation III beschäftigte sich mit relevanten Themen für die psychotherapeutische Behandlung und Versorgung von Geflüchteten und wurde als praxisbezogener Überblick konzipiert (3). Der deutliche Praxisbezug der dritten Publikation soll der in der Psychologie und Psychotherapie bekannten Kluft zwischen Theorie und Praxis entgegenwirken (6,7) und richtet sich somit insbesondere an Praktiker*innen. Die vierte Publikation IV untersuchte die Wirksamkeit von Value-based Counselling (VBC) hinsichtlich der Reduktion psychischer Symptomatik bei in Deutschland lebenden Migrant*innen und Geflüchteten (4).¹

Im Folgenden wird der aktuelle Forschungsstand dargestellt. Dabei wird einerseits allgemein in das Thema eingeleitet. Andererseits werden die jeweiligen Untersuchungen dargestellt, die für die vier Publikationen relevant sind. Insbesondere Studien zu (Zugangs-) Barrieren in der psychotherapeutischen Versorgung von Geflüchteten sind zentral für die erste Publikation. Forschungsarbeiten, die sich mit (medialen) Diskursen über Geflüchtete beschäftigen, sind die Literaturgrundlage für die zweite Publikation. Da die dritte Publikation ein Überblick ist, sind hier Studien verschiedener Themenfelder bedeutsam, z.B. die Untersuchungen zu Traumatisierungen oder die für Publikation I ebenfalls relevanten Forschungsarbeiten zu (Zugangs-) Barrieren in der psychotherapeutischen Versorgung. Den Hintergrund für die vierte Publikation bilden insbesondere Untersuchungen zur psychotherapeutischen Versorgungslage in Bezug auf

¹ Darüber hinaus wurden in einer fünften Publikation V zwei der vier 'Bilder' aus Publikation II exemplarisch aufgegriffen und die in der zweiten Publikation erarbeiteten Thesen zu potenziellen Gründen weiter ausgearbeitet sowie mögliche problematische Konsequenzen dieser 'Bilder' erörtert (5). Diese Publikation ist v.a. als Diskussionspapier für psychotherapeutische Fortbildungen und Supervisionen konzipiert und richtet sich wie die dritte Publikation insbesondere an Praktiker*innen. Da sich Publikation V v.a. durch eine Vertiefung der Ergebnisse aus Publikation II auszeichnet, wurde Publikation V für die hier vorliegende Promotionsarbeit nicht als ein weiterer promotionsrelevanter Beitrag aufgenommen. Ergänzungen und weitere Details können ihm jedoch entnommen werden.

Geflüchtete in Deutschland sowie bisherige Wirksamkeitsstudien zu VBC. Zur besseren Orientierung wurden die Abschnitte zu den für die Publikationen relevanten Untersuchungen mit Unterüberschriften gekennzeichnet.

3.1 Forschungsstand

Der United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) gibt für das Jahr 2016 insgesamt 65,5 Millionen Menschen an, die sich gezwungen sahen ihre Herkunftsregion zu verlassen (8). Im Vergleich dazu waren es im Jahr 1997 'lediglich' 33,9 Millionen Menschen (8). Geflüchtete² wurden mehrheitlich von der Türkei, Pakistan und dem Libanon aufgenommen (8). Deutschland rangiert für das Jahr 2016 an 8. Stelle (8). Die Anzahl an geflohenen Menschen, die in Deutschland einen Antrag auf Asyl gestellt haben, stieg seit dem Jahr 2010 von 48.589 bis zu ihrem vorläufigen Höhepunkt auf 745.545 im Jahr 2016 (9). Insbesondere in den Jahren 2015 und 2016 kam es zu einem Anstieg der Antragszahlen (9). Diese Zeit wurde unter dem Begriff 'Flüchtlingskrise'³ bekannt (11). Seit 2017 sind die Zahlen tendenziell wieder rückläufig. Im Jahr 2020 gab es 122.170 Anträge, im Jahr 2021 sind es 190.816 Anträge (9). Geflüchtete in Deutschland kommen mehrheitlich aus Syrien, Irak und Afghanistan (9).

Diverse Belastungen in den Herkunftsländern (z.B. Kriegsgewalt, Armut), auf der Flucht (z.B. Bootsüberfahrten; Abschied von Familie und Freunden) und in den Aufnahmeländern (z.B. ein unsicherer Aufenthaltsstatus) lassen vermuten, dass Geflüchtete ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung psychischer Symptome aufweisen könnten. Gleichzeitig sind die Lebenswege von Geflüchteten unterschiedlich, d.h. nicht alle potenziellen Belastungen treffen auf jeden Geflüchteten zu. Menschen reagieren auf ähnliche Erfahrungen zudem unterschiedlich. So entwickeln z.B. nicht alle Menschen, die ein traumatisches Ereignis erlebt haben, Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) oder anderer Traumafolgestörungen (12). Faktoren wie z.B. stabile Beziehungen können eine wesentliche Rolle als Schutz vor psychischen Symptomen spielen (13).

Insgesamt weisen verschiedene Studien, Reviews und Metaanalysen jedoch darauf hin, dass Geflüchtete im Durchschnitt ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung psychischer Störungen aufweisen (14-21). Gleichzeitig werden allerdings starke Schwankungen der Prävalenzraten (14) berichtet sowie eine große Heterogenität der jeweiligen Studien problematisiert (15). Diese

² Zur Definition der Begriffe Geflüchtete, Asylsuchende und Migrant*in s. Publ. II.

³ Problematisiert wurde an diesem Begriff, dass das Wort 'Flüchtlingskrise' suggeriere, dass Geflüchtete ursächlich für die Krise verantwortlich seien. Lange vor 2015 bestehende Schwierigkeiten in der Migrationspolitik würden so nicht sichtbar (10).

Heterogenität bezieht sich u.a. auf die Populationen (Alter, Geschlecht, Herkunftsländer), aber z.B. auch darauf, dass verschiedene Instrumente zur PTBS-Diagnostik eingesetzt wurden (15).

In der fachlichen wie politischen Debatte zur psychischen Gesundheit und Versorgung von Geflüchteten stehen insbesondere Traumatisierungen derselben im Vordergrund (22). So befasst sich beispielsweise eine große Anzahl an Studien mit der Psychotherapie und Epidemiologie der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) (15). Erhöhte Prävalenzraten werden allerdings nicht nur für die PTBS, sondern auch für Angststörungen und Depressionen berichtet (14,17). In einer Kritik an dem Traumakonzent der PTBS wie es dem ICD-10 zugrunde liegt, wies Becker (23) darauf hin, dass ein potenziell traumatisches Erlebnis nicht notwendigerweise zu Symptomen einer PTBS führen muss, sondern auch andere Folgesymptome generieren kann.⁴ Neben dem häufigen Fokus auf der PTBS als Folgesymptomatik von potenziell traumatisierenden Erlebnissen wird in Bezug auf Geflüchtete auch ätiologisch nicht selten vorwiegend von Traumatisierungen ausgegangen. Dies zeigt sich in der Vielzahl bereits erwähnter Studien zur PTBS bei Geflüchteten oder aber z.B. in einer Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer (28) zur psychotherapeutischen Unterversorgung von Geflüchteten. Als Ursache für eine schlechtere psychische Gesundheit bei Geflüchteten werden hier v.a. Traumatisierungen angeführt.

Neben potenziell traumatisierenden Erlebnissen als Ursache für eine schlechtere psychische Gesundheit bei Geflüchteten wird von verschiedenen Studien darüber hinaus noch der Einfluss anderer Faktoren hervorgehoben. Viele dieser Studien differenzieren dabei zwischen Prä- und Postmigrationsstressoren. Letzteren werden u.a. ein unsicherer Aufenthaltsstatus, Arbeitslosigkeit, fehlende soziale Unterstützung, schwierige Wohnverhältnisse (z.B. in Sammelunterkünften) und Diskriminierung im Aufnahmeland zugerechnet (14, 20, 29-34). Neben potenziell traumatisierenden Erlebnissen werden unter dem Begriff Prämigrationsstressoren auch Geschlecht, Alter und Bildung auf ihren Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit von Geflüchteten hin untersucht. Ergebnisse eines systematischen Literaturreviews (14) weisen darauf hin, dass diese soziodemographischen Faktoren eher einen geringen Einfluss, potenziell traumatisierende Erlebnisse wie z.B. Kriegsereignisse hingegen einen starken Einfluss auf die Entwicklung psychischer Symptome haben. Neben potenziell traumatisierenden Erlebnissen wird auch hier die Relevanz von Postmigrationsstressoren auf die psychische Gesundheit von Geflüchteten

⁴ Weitere Kritikpunkte Beckers (23) an der PTBS-Diagnose betreffen v.a. den Fokus auf einem traumatischen „Einzelereignis“ (23, S. 173) sowie die fehlende Kontextualisierung von Traumatisierungen. In dem Konzept der „sequentiellen Traumatisierung“ von Keilson (24) sieht er seine Kritikpunkte berücksichtigt. Hier zeigt sich bereits, dass es unterschiedliche Konzepte von Traumata gibt (ausführlich s. Publ. III/V). Dazu, zur Geschichte der Psychotraumatologie und zu Unterteilungen verschiedener Traumata s. Becker (23); Seidler (25); Fischer & Riedesser (26) und Maercker (27).

hervorgehoben (14).

3.1.1 Stand der psychotherapeutischen Versorgung von Geflüchteten in Deutschland

Angesichts der bis 2016 deutlich gestiegenen Geflüchtetenzahlen wurde u.a. von der Bundespsychotherapeutenkammer (28) aufgezeigt, dass eine adäquate psychotherapeutische Versorgung von Geflüchteten mit psychischen Störungen aktuell nur für eine geringe Anzahl an Geflüchteten gewährleistet ist. Zwar kann davon ausgegangen werden, dass der Versorgungsbedarf mit dem Anstieg an Menschen, die in Deutschland einen Antrag auf Asyl stellen, gewachsen ist. Defizite in der psychotherapeutischen Versorgung Geflüchteter bestanden allerdings auch schon vor dem erhöhten Flüchtlingsaufkommen ab 2015, wie sich z.B. einem Bericht zur Tagung der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft Psychosozialer Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAFF) aus dem Jahr 2013 entnehmen lässt (35). Die Versorgungsanfragen an die Psychosozialen Zentren übersteigen bei weitem deren Kapazitäten (36). Auch verschiedene aktuelle Studien bekräftigen den bestehenden Versorgungsbedarf (37,38). Modellprojekte wie z.B. RefuKey in Niedersachsen oder der Aufbau zusätzlicher niedrigschwelliger Anlaufstellen wie die Zentrale Clearingstelle für Geflüchtete an der Berliner Charité weisen auf vielfältige Bestrebungen hin, die Versorgungslage für Geflüchtete zu verbessern (39,40).

Eine Möglichkeit den bestehenden Versorgungsengpässen zu begegnen kann darin bestehen, niedrigschwellige und kurztherapeutische Interventionen anzubieten (4,37-38). Speziell für Geflüchtete, die keine intensive, längerfristige psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung benötigen, könnte dieses Angebot sinnvoll sein (4). Ein Beispiel für eine solche niedrigschwellige Kurzintervention ist Value-based Counselling (VBC), das sich u.a. durch einen salutogenetischen Ansatz (41) und durch eine Vermeidung der Pathologisierung psychischer Symptomatik auszeichnet (42). Stattdessen wird in diesem Beratungsansatz die soziale und kulturelle Umwelt der jeweiligen Klient*innen sowie deren damit verbundenen persönlichen, sozialen und kulturellen Werte explizit einbezogen (4,42). Die jeweiligen Berater*innen werden für ihre Klient*innen dementsprechend so ausgewählt, dass sie bezüglich Muttersprache, kulturellem Hintergrund und Geschlecht möglichst zueinander passen (4,42). Die Intervention ist auf drei bis fünf Gespräche ausgelegt und der Beratungsprozess wird durch sieben Schritte strukturiert (4,42). Die Wirksamkeit von VBC hinsichtlich der Reduktion von psychischen Symptomen wurde in einer Studie mit 61 Frauen im Norden Afghanistans nachgewiesen (43). Studien, die die Wirksamkeit von VBC auch bei an psychischen Symptomen leidenden Migrant*innen und Geflüchteten in Deutschland untersuchen, standen zum Zeitpunkt der vierten Publikation im Jahr 2022 noch aus.

Bei länger andauernder und intensiverer psychischer Symptomatik wäre in den bestehenden Strukturen des Gesundheitssystems eine psychotherapeutische Versorgung von Geflüchteten z.B. durch niedergelassene Psychotherapeut*innen möglich. Dass es perspektivisch einen stärkeren Einbezug von niedergelassenen Psychotherapeut*innen in diesem Bereich geben könnte, ist aus verschiedenen Gründen gut vorstellbar. Hier ist v.a. die erhöhte Zahl an Menschen zu nennen, die in Deutschland in den letzten Jahren Asyl gesucht haben, aber auch geänderte gesetzliche Regelungen, die Geflüchteten u.a. den Zugang zu niedergelassenen Psychotherapeut*innen erleichtern (ausführlich hierzu s. Publ. I). Psychosoziale Einrichtungen mit beschränkten Versorgungskapazitäten für Geflüchtete weisen zudem darauf hin, an niedergelassene Psychotherapeut*innen vermitteln zu wollen, bisher jedoch mit mäßigem Erfolg (36).

3.1.2 (Zugangs-) Barrieren in der psychotherapeutischen Versorgung von Geflüchteten

Darüber, wie sich die psychotherapeutische Versorgung von Geflüchteten in der Praxis in Deutschland gestaltet und mit welchen Schwierigkeiten z.B. niedergelassene Psychotherapeut*innen konfrontiert sind, war bis zum Zeitpunkt der ersten Publikation im Rahmen der vorliegenden Forschungsarbeit im Jahr 2017 wenig bekannt (44,45).⁵ In einigen nationalen, vorwiegend aber in internationalen Untersuchungen erwiesen sich sprachliche und kulturelle Barrieren sowie Schwierigkeiten im Hinblick auf die Kostenübernahme als zentrale Hürden für die psychotherapeutische und gesundheitliche Versorgung von Geflüchteten (45, 47-50). Darüber hinaus wurden stellvertretende Traumatisierungen bei Professionellen, die mit Geflüchteten arbeiten, identifiziert (51). In einer in Deutschland durchgeführten Untersuchung problematisierten Geflüchtete u.a. Barrieren bei der Beantragung von Leistungen durch das Sozialamt sowie die Kontrolle von Mobilität und Autonomie. Kulturelle Barrieren erschienen aus ihrer Perspektive wenig relevant (44).

Untersuchungen, die sich mit der Sichtweise niedergelassener Psychotherapeut*innen in Deutschland befassen, lagen zum Zeitpunkt der ersten im Rahmen der vorliegenden Forschungsarbeit berücksichtigten Publikation kaum vor. Eine Ausnahme bildete die etwa zeitgleich veröffentlichte Studie von Mewes et al. (45). In dieser Untersuchung antworteten 198 von insgesamt 497 befragten niedergelassenen Psychotherapeut*innen in Deutschland auf einen Fragebogen zu erwarteten oder bereits erfahrenen Schwierigkeiten, aber auch zu Vorteilen, in der Psychotherapie mit Asylsuchenden (45). Als zentrale Hürden wurden die

⁵ Im Rahmen dieser Zusammenfassung werden die Studien zum Zeitpunkt der Publikation dargestellt. Es soll an dieser Stelle jedoch darauf verwiesen werden, dass es inzwischen weitere interessante Studien z.B. von Kiselev et al. (46) oder von Trilesnik et al. (40) gibt.

Dolmetscher*innenbeantragung sowie ein erhöhter formaler Aufwand angegeben (45). Kulturelle Barrieren waren in dieser Studie, im Einklang mit einer nationalen Studie (44), im Gegensatz jedoch zu internationalen Studien (47,48), weniger relevant. Das Kennenlernen neuer Kulturen wurde hingegen als Bereicherung genannt (45).

3.1.3 Gesellschaftliches 'Klima' und (mediale) Diskurse über Geflüchtete

Im Zuge der 'Flüchtlingskrise' 2015/2016 entstanden in kurzer Zeit eine Vielzahl an Initiativen, die die neu ankommenden Geflüchteten in unterschiedlichen Belangen unterstützten und damit auch für die überforderten staatlichen Strukturen einsprangen (11). Gleichzeitig nahm die Gewalt gegen Geflüchtete zu und die rechtspopulistische Partei Alternative für Deutschland (AfD) gewann u.a. in der Bundestagswahl im September 2017 deutlich an Stimmen (11). Die Rolle der medialen Berichterstattung sowie ihre „Mitverantwortung für die Eskalation von Gewalttaten gegenüber Flüchtlingen und Einwanderern“ (52) wurde bereits in den neunziger Jahren v.a. in Folge der Ereignisse in Hoyerswerda, Rostock, Mölln und Solingen problematisiert (52,53). Die Anzahl an Nachrichten und Berichten über Geflüchtete stieg in den Jahren 2015/2016 stark an (54).

Dass es unterschiedliche (mediale) Diskurse über Migrant*innen und Geflüchtete gibt, ist in verschiedenen Untersuchungen herausgearbeitet worden (55,56). In diesen werden Migrant*innen v.a. als 'Bedrohung', 'Helden' oder 'Opfer' dargestellt (55,56). Im 'Bedrohungsdiskurs' werden Migrant*innen u.a. als Menschen beschrieben, die den 'Inländern' die Arbeit wegnehmen oder deren kulturelle Werte bedrohen (55,56). Ähnlich ist die Figur des Geflüchteten als 'Betrügers' (57) bzw. des Kriminellen (55). Der Diskurs vom Helden versteht Migrant*innen hingegen z.B. „als kulturelle Bereicherung“ (2, S. 2; 55,58), während im 'Opferdiskurs' Migrant*innen u.a. als Opfer von Diskriminierung oder Opfer von Menschenrechtsverletzungen und Armut dargestellt werden (55,56). Die Figur des „hilfsbedürftigen Opfers“ (57, S. 153) wird dabei häufig mit Frauen oder Kindern besetzt (57).

Ob und –wenn ja– wie (mediale) Diskurse über Geflüchtete sich auf die psychotherapeutische Arbeit mit Geflüchteten auswirken, ist bisher kaum untersucht worden. Studien, die sich mit dem Einfluss (medialer) Diskurse auf die ambulante psychotherapeutische Versorgung und Behandlung von Geflüchteten in Deutschland auseinandersetzen, sind der Autorin zum Zeitpunkt der Publikation nicht bekannt.

4. Zielstellung

Während meines Studiums bin ich in einer psychosozialen Beratungsstelle für Geflüchtete tätig gewesen und habe schließlich während und nach meinem Studium von 2012 bis 2015 im Zentrum

Überleben gGmbH in Berlin gearbeitet. Die vielen Anfragen von Geflüchteten und die häufig wenig erfolgreichen Vermittlungsversuche von den psychosozialen Zentren/Beratungsstellen an das Regelsystem waren mir aus meiner praktischen Arbeit gut bekannt und haben mich letztlich dazu bewogen, diese Problematik im Rahmen einer Dissertation an der Charité nachvollziehen zu wollen. Dabei erschien es mir sinnvoll, mich mit den Schwierigkeiten in der psychotherapeutischen Versorgung von Geflüchteten aus Sicht der niedergelassenen Psychotherapeut*innen zu befassen, um Erkenntnisse darüber zu gewinnen, warum die Vermittlungsversuche an das Versorgungssystem häufig nicht funktionierten. Übergeordnetes Ziel der vorliegenden Arbeit war es u.a. auch darüber, einen Beitrag zur Verbesserung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung und Behandlung von Geflüchteten in Deutschland zu leisten. Die bis dato existierenden Studien zu Barrieren in der psychotherapeutischen Versorgung von Geflüchteten waren überwiegend internationale Untersuchungen, aus der Perspektive von Geflüchteten und/oder nannten v.a. Zugangsbarrieren (s. Einführung). Die Sicht niedergelassener Psychotherapeut*innen wurde bisher wenig berücksichtigt. Vor dem bereits in der Einführung erläuterten Hintergrund, dass niedergelassene Psychotherapeut*innen in Zukunft eventuell mehr mit Geflüchteten arbeiten werden, ist die Frage nach ihren Schwierigkeiten in diesem Bereich jedoch von hoher Relevanz. Ziel der vorliegenden Arbeit war es dementsprechend, einen möglichst differenzierten Überblick über die Schwierigkeiten von niedergelassenen Psychotherapeut*innen in der psychotherapeutischen Arbeit mit Geflüchteten zu erhalten. Insbesondere ging es darum, das diesbezügliche Wissen der Praktiker*innen zu erfassen, zu sortieren und zu verbinden. Dabei sollten auch Phänomene 'zwischen den Zeilen' einbezogen werden, d.h. auf Phänomene geachtet werden, die den Psychotherapeut*innen ggf. nicht explizit zugänglich sind. Der Untersuchungsgegenstand sollte u.a. auch dadurch in möglichst vielen Facetten abgebildet werden. Die Ausgangsfragestellung lautete dementsprechend: Welche Schwierigkeiten bestehen in der psychotherapeutischen Versorgung und Behandlung von Geflüchteten aus Sicht niedergelassener Psychotherapeut*innen? Mit dieser Fragestellung befasst sich insbesondere Publikation I.

Im Verlauf der Datenerhebung und -auswertung fielen Darstellungen von Geflüchteten auf, die sich in den Interviews mehrfach wiederholten, und auf den ersten Blick Ähnlichkeiten mit (medialen) Diskursen über Geflüchtete aufwiesen. Diese 'Bilder'⁶ im Rahmen der vorliegenden Arbeit aufzugreifen und herauszuarbeiten wurde aus zwei Gründen für relevant befunden. Einerseits können diese 'Bilder' z.T. durchaus problematische Konsequenzen haben (s. Publ. V). Andererseits schienen die 'Bilder' bei genauerer Betrachtung mit den in Publikation I präsentierten

⁶ Zur Definition des Begriffes 'Bild' s. Publ. II.

Schwierigkeiten zusammenzuhängen. Thesen hierzu werden im Ergebnisteil vorgestellt. Das Auftauchen der 'Bilder' von Geflüchteten in den Interviews mit niedergelassenen Psychotherapeut*innen warf neue Fragen auf, insbesondere die folgenden: Beeinflussen (mediale) Diskurse die psychotherapeutische Arbeit mit Geflüchteten? Entsprechen die wiederkehrenden Darstellungen von Geflüchteten den (medialen) Diskursen? Warum finden sich in den Interviews mit niedergelassenen Psychotherapeut*innen diese wiederholenden Darstellungen von Geflüchteten? Mit diesen Fragen befasst sich Publikation II. Untersuchungen, die sich mit dem Einfluss (medialer) Diskurse auf die ambulante psychotherapeutische Versorgung und Behandlung von Geflüchteten in Deutschland befassen, sind der Autorin zum Zeitpunkt der Publikation nicht bekannt.

Ziel der Publikation III war es, einen Überblick über relevante Themen in der psychotherapeutischen Arbeit mit Geflüchteten zu entwerfen. Ein wesentliches Anliegen dieser Publikation ist zudem, Erkenntnisse, Einsichten und Wissen, das in der vorliegenden Forschungsarbeit hauptsächlich durch die befragten niedergelassenen Psychotherapeut*innen gewonnen werden konnte, wieder an die Praxis zurückzugeben. So wurde aus den bis dato herausgearbeiteten Ergebnissen der Publikationen I-II auch der Bedarf offenbar, Möglichkeiten zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung und Behandlung von Geflüchteten weiter auszuloten. Aus den dargestellten Schwierigkeiten und herausgearbeiteten 'Bildern' lassen sich bereits diesbezügliche Verbesserungsvorschläge ableiten (s. auch Empfehlungen in Publ. I). Das in der Forschung bestehende Wissen jedoch auch Praktiker*innen zur Verfügung zu stellen und damit u.a. einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungsqualität zu leisten war explizites Ziel der dritten Publikation. Adressat*innen dieser Publikation sind dementsprechend insbesondere niedergelassene Psychotherapeut*innen. Ihnen soll dieser Überblick als „eine Navigationshilfe für die Praxis“ (3, Überschrift) dienen.

Ziel der Publikation IV war es, die Wirksamkeit von VBC bezüglich der Reduktion psychischer Symptomatik bei in Deutschland lebenden Migrant*innen und Geflüchteten zu untersuchen. Vor dem Hintergrund bestehender Versorgungsengpässe im Gesundheitssystem kann VBC eine Möglichkeit sein, Geflüchteten mit 'milderen' psychischen Symptomen ohne langfristigen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsbedarf kurzfristig eine niedrigschwellige Versorgung anzubieten. Bestehende Versorgungsstrukturen könnten so flankiert und die ambulante psychotherapeutische Versorgung von Geflüchteten – dem übergeordneten Ziel der vorliegenden Arbeit entsprechend – ggf. verbessert werden.

5. Methoden

In den der vorliegenden Forschungsarbeit zugrundeliegenden Publikationen sind Ergebnisse eingeflossen, die sowohl auf qualitativ als auch auf quantitativ ermittelten Daten beruhen. Zunächst werden die in den Publikationen I-III verwendeten qualitativen Methoden und anschließend die in Publikation IV eingesetzten quantitativen Methoden vorgestellt.

5.1 Publikationen I-III

Als Datengrundlage in den Publikationen I-III dienten jeweils Teilergebnisse aus qualitativen Interviews mit zwanzig niedergelassenen Psychotherapeut*innen. Während im angelsächsischen Raum seit den neunziger Jahren verstärkt Versuche unternommen werden, qualitative Methoden in der psychologischen Forschung zu nutzen (59), spiegelt dies bisher allerdings nicht die Entwicklung in Deutschland wider. Aus diesem Grund soll zunächst dargestellt werden, was qualitative Methoden kennzeichnet und warum die Anwendung qualitativer Methoden für einen Teil der vorliegenden Forschungsfragen als sinnvoll erachtet wurde.

5.1.1 Kennzeichen qualitativer Methoden und Begründung der Wahl eines qualitativen Designs

Der Begriff 'qualitative Methoden' umfasst „eine Vielzahl methodologischer Denkformen, Forschungsstile und Instrumentarien“ (60, S. 31). Dennoch lassen sich laut Breuer (60) einige gemeinsame Kernelemente ausmachen. Dazu gehören die Verwendung 'typischer' Erhebungsmethoden wie z.B. das Interview oder die Feldbeobachtung, aber auch ein Forschungsinteresse, das „*alltags- bzw. lebensweltliche Probleme*“ (60, S. 31) in den Blick nimmt. Kennzeichnend für qualitative Forschung ist zudem die Absicht theoretisch neue Erkenntnisse herauszuarbeiten (60). Qualitative Verfahren versuchen dementsprechend eine möglichst große Offenheit für diese zu gewährleisten (60). Eigene Konzepte über den jeweiligen Forschungsgegenstand gilt es dabei im Auswertungsprozess zu reflektieren (60). Ein weiteres Charakteristikum qualitativer Methoden ist die Sichtweise auf die Beziehung zwischen Forscher*in und Forschungspartner*in. Diese wird nicht als ein störender Einflussfaktor betrachtet, der beseitigt werden sollte (60). Vielmehr wird das Potenzial hervorgehoben, daraus Erkenntnisse zu gewinnen (60).

Die Anwendung einer qualitativen Forschungsmethodik erschien bezogen auf die Ausgangsfragestellung der vorliegenden Arbeit besonders geeignet. So sollten auf Grundlage einer bis dato geringen Literaturlage Schwierigkeiten in der psychotherapeutischen Versorgung und Behandlung von Geflüchteten – insbesondere bezogen auf das Setting niedergelassener

Psychotherapeut*innen – erfasst werden. Dabei war es ein wesentliches Anliegen, die Schwierigkeiten differenziert zu erfassen, d.h. herauszuarbeiten, was die jeweiligen Psychotherapeut*innen konkret unter den verschiedenen Schwierigkeiten verstehen. Darüber hinaus sollten Zusammenhänge und Verbindungen zwischen z.B. einzelnen Schwierigkeiten sowie Phänomene `zwischen den Zeilen` einbezogen werden. So sollten auch Aspekte erfasst werden können, die ggf. nicht unmittelbar einsichtig und/oder den Psychotherapeut*innen eventuell nicht zugänglich sind, die aber u.U. ebenfalls auf bedeutsame Problemstellungen in der psychotherapeutischen Arbeit mit Geflüchteten hinweisen. Diese differenzierte Herausarbeitung von Schwierigkeiten in der psychotherapeutischen Arbeit mit Geflüchteten vor dem Hintergrund einer geringen Literaturlbasis und mit dem Anliegen auch Zusammenhänge sowie nicht unmittelbar zugängliche Aspekte zu erfassen, erschien z.B. mit dem Entwurf eines Fragebogens nicht vereinbar. Die für die erläuterten Zielstellungen benötigte Offenheit (bei gleichzeitiger Reflexion des bestehenden Vorwissens) erschien hingegen durch ein „induktiv-deduktives Wechselverhältnis“ (61, Abs. 3) im Erhebungs- und Auswertungsprozess, das qualitativen Methoden wie dem Problemzentrierten Interview (61) und der Grounded Theory (62) zugrunde liegt, gewährleistet.

5.1.2 Teilnehmer*innenrekrutierung und Charakteristika der Studienteilnehmer*innen

Zu den niedergelassenen Psychotherapeut*innen wurde über verschiedene Kanäle Kontakt aufgenommen. 300 niedergelassene Psychotherapeut*innen wurden telefonisch oder per E-Mail direkt kontaktiert. Darüber hinaus wurden Psychotherapievereinigungen, Unterkünfte und Vereine für Geflüchtete sowie psychotherapeutische Ausbildungsinstitute und Jugendämter angefragt.

Mit dem Prinzip der theoretischen Sättigung (62) wurde das Ende der Datenerhebung nach zwanzig Interviews bestimmt. „Theoretische Sättigung“ (62, S. 76) liegt vor, wenn die Erhebung weiterer Daten nicht mehr zu wesentlichen neuen Erkenntnissen über den Forschungsgegenstand beiträgt (62). Das Prinzip der theoretischen Sättigung gehört zum Instrumentarium der Grounded Theory (62). Eine ausführliche Darstellung der Grounded Theory findet sich im folgenden Abschnitt. Zentrale Charakteristika der Teilnehmer*innen sind in Tabelle 1 dargestellt. Detailliertere Ausführungen, auch zur Teilnehmer*innenrekrutierung, sind den Publikationen I-III zu entnehmen.

Tabelle I. Charakteristika der Teilnehmer*innen (N=20). [eigene Darstellung]

	n	%
Geschlecht		
Frauen	15	75
Männer	5	25
Alter		
40-55	12	60
56-70	8	40
Ausbildung		
Verhaltenstherapie	8	40
Tiefenpsychologische Psychotherapie	8	40
Psychoanalyse	3	15
keine Angaben	1	5
Traumatherapeutische Qualifikation		
Ja	12	60
Nein	8	40
Psychotherapeutische Erfahrung		
mit > 10 Geflüchteten	16	80
mit < 10 Geflüchteten	4	20
Vernetzung und/ oder Erfahrungen in der Arbeit mit Geflüchteten aus anderen Kontexten		
Ja	13	65
Nein	7	35
Eigene Flucht-/ Migrationserfahrungen		
Ja	4	20
Nein	16	80

5.1.3 Datenerhebung und -auswertung

Zur Erhebung der Daten wurde das Problemzentrierte Interview nach Witzel (61) herangezogen. Im Kontrast zum narrativen Interview, in dem Fragen eher „als Ablenkung der Interviewten“ (63, S. 319) verstanden werden, zeichnet sich das Problemzentrierte Interview u.a. dadurch aus, dass die Interviewsituation mit Hilfe verschiedener (Nach-) Fragen zur spezifischen Problemstellung durch die Forschenden deutlicher (mit-) strukturiert werden kann (63). Diese Vorgehensweise wurde bezogen auf die Ausgangsfragestellung der vorliegenden Arbeit – die Herausarbeitung von Schwierigkeiten in der psychotherapeutischen Versorgung und Behandlung von Geflüchteten – für sinnvoll erachtet.

Zu den Instrumenten des Problemzentrierten Interviews gehören die Tonträgeraufzeichnung, die Entwicklung eines Interviewleitfadens und eines Kurzfragebogens sowie das Verfassen von Postskripten (61). Es wurden alle vier Instrumente eingesetzt. Die Interviews wurden mit einem Diktiergerät aufgenommen und anschließend in anonymisierter Form transkribiert. Die

Transkriptionsregeln sind dem Primärdatensatz beigelegt. Darüber hinaus wurde ein Kurzfragebogen mit „Faktenfragen“ (63, S. 320) hauptsächlich zu den Charakteristika der Teilnehmenden (s. Tab. 1) sowie ein Interviewleitfaden mit vier Leitfragen angelehnt an die Anregungen von Witzel (61) und Helfferich (64) konzipiert (s. für die Leitfragen Publ. I). Den Leitfaden versteht Witzel (61) „als Gedächtnisstütze und Orientierungsrahmen“ (S. 4, Abs. 8) für die interviewenden Personen. Insbesondere soll der Leitfaden an die zentralen Aspekte der Forschung erinnern und damit absichern, dass die Interviews vergleichbar sind (61). Im Anschluss an die jeweiligen Interviews wurden Postskripte verfasst, in denen Notizen zum Gespräch, z.B. Besonderheiten in der Wahl der Themen, aber auch erste Ideen zur Interpretation festgehalten werden konnten (61). Alle Psychotherapeut*innen erklärten sich schriftlich mit der Teilnahme am Interview einverstanden. Das Vorgehen ist mit der Ethikkommission und der Datenschutzbeauftragten der Charité abgestimmt worden.

Zur Datenauswertung wurde auf das Verfahren der von Glaser und Strauss (62) entwickelten Grounded Theory zurückgegriffen. Ziel dieses Ansatzes „ist die Entdeckung von Theorie auf der Grundlage von in der Sozialforschung systematisch gewonnenen Daten“ (62, S. 20). Glaser und Strauss ging es um „Theorien mittlerer Reichweite“ (65, S. 514). Sie betonten die Relevanz von „in den Daten verankerten, nicht spekulativen“ (62, S. 121) Erkenntnissen. Verbunden war damit einerseits die Ablehnung von ‚praxisfernen‘ „Universaltheorien“ (66, S. 614), andererseits aber auch die Ablehnung von qualitativen Verfahren, die Phänomene lediglich deskriptiv erfassten (66). Die im Rahmen der vorliegenden Arbeit erhobenen qualitativen Daten wurden gemäß den Kodierprozeduren nach Corbin und Strauss (67) offen, axial und selektiv kodiert. Ein Abgleich der Codes mit neuen Daten fand dabei laufend statt. Eine Darstellung der Auswertungsschritte und eine Beispielauswertung, in der dieses Vorgehen nachvollzogen werden kann, ist Publikation II angehängt. Begleitend zur Erhebung und Auswertung der Daten wurden „Memos“ (67, S. 10; 54) verfasst. In diesen werden Gedanken zur Auswertung und zum Vorgehen systematisch dokumentiert (65). Erhebungs- und Auswertungsschritte wurden regelmäßig in einem Doktorandenkolloquium zur Diskussion gestellt. Die vorliegende Forschungsarbeit orientierte sich an den Gütekriterien qualitativer Forschung nach Steinke (68).

5.2 Publikation IV

In der vierten Publikation erfolgte die Untersuchung der Wirksamkeit von VBC als eine mögliche kurztherapeutische Interventionsform an einer Stichprobe von N=103 in Deutschland lebenden erwachsenen Migrant*innen und Geflüchteten, die unter psychischen Symptomen litten.

Teilnehmer*innen wurden zwischen März 2018 und Mai 2019 über das Ipso Care Center in Berlin

rekrutiert und zufällig entweder der VBC-Gruppe oder der Warteliste-Gruppe zugewiesen. Die VBC-Gruppe erhielt direkt im Anschluss an die Voruntersuchung die Behandlung mit VBC. Die Warteliste-Gruppe erhielt die VBC-Behandlung nach dem Nachuntersuchungszeitpunkt. Die psychische Symptomatik aller Teilnehmer*innen wurde zum Voruntersuchungszeitpunkt (T0), Nachuntersuchungszeitpunkt (T1) und für die VBC-Gruppe zusätzlich noch nach drei Monaten (T2) untersucht. Zu den Ausschlusskriterien für eine Studienteilnahme gehörten akute Suizidalität, eine akute Psychose, eine akute Drogenabhängigkeit sowie eine bereits bestehende aktuelle psychotherapeutische Behandlung.

Zur Erfassung psychischer Symptome (PTBS, depressive Symptome, Symptome einer generalisierten Angststörung, somatische Beschwerden, wahrgenommener Stress) wurden die PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) (69), der Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) (70), die Perceived Stress Scale-10 (PSS-10) (71), der Patient Health Questionnaire-15 (PHQ-15) (72) und die Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) (73) eingesetzt. Darüber hinaus wurden die Beeinträchtigung alltäglicher Funktionen sowie das Auftreten und die Häufigkeit der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen mittels einer zusätzlichen Frage im Rahmen der Erhebung soziodemographischer Daten sowie mittels eines von Kaltenbach et al. (74) entwickelten Fragebogens erfasst. Soziodemographische Daten können der Tabelle 1 in Publikation IV entnommen werden [4].

Angewendet wurde ein 2x2 gemischtes Design, in dem der Einfluss des Zwischensubjektfaktor (VBC-Gruppe vs. Wartelistengruppe) und des Innersubjektfaktor (Voruntersuchung vs. Nachuntersuchung) für jedes Ergebnismaß berechnet wurde. Die Effekte des Designs wurde mit einer gemischten ANOVA getestet. Darüber hinaus wurde eine Varianzanalyse mit Messwiederholung angewendet, um weitere Effekte von VBC auch zum Zeitpunkt des 3-Monats-follow-ups zu untersuchen. Die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens wurde mittels des exakten Chi-Quadrats-Tests und dem Wilcoxon-Test untersucht.

6. Ergebnisse

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der vier Publikationen getrennt präsentiert. Kursiv gesetzt sind im Folgenden die Ergebnisüberschriften, wie sie auch in den jeweiligen Publikationen zu finden sind. Detaillierte Ausführungen zu den Ergebnissen sowie Zitate aus den Interviews können den Publikationen entnommen werden.

6.1 Publikation I: Schwierigkeiten in der psychotherapeutischen Versorgung und Behandlung von Geflüchteten

Ziel der Publikation I war es, Schwierigkeiten in der psychotherapeutischen Versorgung von Geflüchteten aus der Sicht niedergelassener Psychotherapeut*innen herauszuarbeiten. Es konnten acht Schwierigkeiten identifiziert werden:

Als ein bedeutsames Problem erwiesen sich *Die Lebensbedingungen von Asylsuchenden in Deutschland (1)*, insbesondere der unsichere Aufenthalt, die eingeschränkte Arbeitserlaubnis oder die Unterbringung von Asylsuchenden in Gemeinschaftsunterkünften. Einige Psychotherapeut*innen berichteten, dass der psychotherapeutische Behandlungsauftrag nur schwer durchzuführen sei, da die psychotherapeutische Arbeit speziell durch die Lebensbedingungen von Asylsuchenden in Deutschland mit anderen Themen konfrontiert werde. Hinsichtlich *der Finanzierung der psychotherapeutischen Versorgung von Geflüchteten (2)* wurden die fehlende Vergütung zusätzlicher Stunden und Tätigkeiten, die fehlende Vergütung bei Terminausfällen sowie die Antragsstellung der Kostenübernahme der Psychotherapie beim Sozialamt als „sehr mühsam“ (PT19; zitiert nach Publ. I, S. 149) beschrieben. Als eine weitere Hürde wurden *Kulturelle Unterschiede (3)* angeführt. Die Definition der kulturellen Unterschiede variierte stark zwischen den einzelnen Psychotherapeut*innen. So wurde beispielsweise der Wunsch von Geflüchteten sich „an der Waffe“ (PT12; zitiert nach Publ. I, S. 150) ausbilden zu lassen (z.B. als Polizist) als kultureller Unterschied eingeordnet. Mit dem Stichwort *Fehlende Vernetzung (4)* verdeutlichten die Psychotherapeut*innen, dass es zur psychotherapeutischen Versorgung von Geflüchteten eines Austausches von Erfahrungen und Informationen bedürfte. Hier beklagten sie insbesondere das Fehlen geeigneter Anlaufstellen, an die sie bestimmte Aufgaben wie z.B. die Begleitung bei Behördengängen delegieren könnten. *Die Arbeit mit Dolmetschern (5)* erfuhren sie bezüglich der Kostenübernahme sowie bezüglich 'unprofessioneller' Übersetzungen heikler Themen als problematisch, betonten hier aber auch positive Aspekte. *Das Hören von Berichten über traumatische Erlebnisse (6)* wurde von den Psychotherapeut*innen als belastend erlebt, ebenso *die aktuelle Situation im Heimatland (7)* (z.B. Kriege). Am *Gesundheitssystem und am Jobcenter (8)* problematisierten die Psychotherapeut*innen allgemeine Schwierigkeiten (z.B. personelle Unterbesetzungen) sowie das in diesen Strukturen häufig fehlende Wissen über spezifische Besonderheiten, die für die medizinische Behandlung oder in Gesprächen mit Geflüchteten relevant sein können (Folter, geringe Sprachkenntnisse).

6.2 Publikation II: 'Bilder' von Geflüchteten

Aus den zwanzig Interviews mit niedergelassenen Psychotherapeut*innen konnten über die Ergebnisse in Publikation I hinaus, noch vier 'Bilder' von Geflüchteten identifiziert werden, die von den befragten Psychotherapeut*innen verwendet wurden: *Der problematische Andere (1)*, *Kein Anderer (2)*, *Der gewinnbringende Andere (3)* und *Das ausgeschlossene Subjekt (4)*.

Im 'Bild' des *problematischen Anderen (1)* werden Geflüchtete mit negativen Eigenschaften und Verhaltensweisen wie z.B. Aggressivität oder Unselbstständigkeit in Verbindung gebracht. Als Ursachen dieser Eigenschaften/Verhaltensweisen werden von den Psychotherapeut*innen insbesondere kulturelle Andersartigkeit, traumatische Erlebnisse im Heimatland bzw. auf der Flucht oder unzureichende Versorgungsstrukturen im Heimatland angegeben. Psychotherapeut*innen, die hauptsächlich das 'Bild' des *problematischen Anderen* benutzen, verfügen mehrheitlich über einen geringeren Zugang zu Wissen über die Lebensbedingungen von Geflüchteten.

Im 'Bild' *Kein Anderer (2)* wird von den befragten Psychotherapeut*innen betont, dass Geflüchtete und ihre Themen und Schwierigkeiten von denen anderer Patient*innen nicht zu unterscheiden sind. Psychotherapeut*innen, die v.a. das 'Bild' *Kein Anderer* verwenden, lehnen kulturalistische Argumentationen weitestgehend ab oder lehnen es ab Geflüchtete als handlungsunfähige 'Opfer' anzusehen. Psychotherapie verstehen sie hauptsächlich als Diagnostik und Behandlung psychischer Störungen.

Im 'Bild' des *gewinnbringenden Anderen (3)* werden Geflüchtete als Menschen mit positiven Eigenschaften und Verhaltensweisen wie z.B. intelligent, klug, motiviert oder dankbar beschrieben. Darüber hinaus finden sich in diesen Interviews eine Reihe von Aussagen, in denen sich die Psychotherapeut*innen über einzelne Aspekte der Lebensbedingungen von Asylsuchenden in Deutschland (Unterbringung, eingeschränkte Arbeitserlaubnis) empören. Über Diagnostik und Behandlung psychischer Störungen hinaus gehören für diese Psychotherapeut*innen insbesondere auch sozialarbeiterische Tätigkeiten zur Psychotherapie mit Geflüchteten.

Im *ausgeschlossenen Subjekt (4)* wird die Ausgrenzung von Geflüchteten insbesondere aus der deutschen Gesellschaft thematisiert. Daran anschließend wird von den Psychotherapeut*innen gefragt, was in der Psychotherapie unter diesen Rahmenbedingungen überhaupt möglich ist. Einige Vorschläge zur Beantwortung dieser aufgeworfenen Frage kommen in den Interviews zur Sprache.

Anhand verschiedener, u.a. in den vorangegangenen Zeilen dargestellter Zusammenhänge in den Interviewdaten und unter Berücksichtigung der in Publikation I erörterten Schwierigkeiten wurden folgende Thesen über die potenziellen Gründe für die Nutzung der 'Bilder' durch die

Psychotherapeut*innen formuliert (für weitere Thesen und Details s. Publ. II/V).

1. Im 'Bild' *Der problematische Andere* spiegelt sich die Überforderung von Psychotherapeut*innen wider, die den verschiedenen Schwierigkeiten in der psychotherapeutischen Versorgung mit Geflüchteten (s. hierzu Publ. I) nur wenig Ressourcen (Erfahrung, Wissen) entgegenzusetzen haben. So fehlt gerade diesen Psychotherapeut*innen mehrheitlich ein direkter Zugang zu Wissen über die Lebensbedingungen von Geflüchteten. Die 'eigentlich' strukturellen Probleme in der psychotherapeutischen Versorgung von Geflüchteten werden auf die Geflüchteten selbst projiziert.

2. Das 'Bild' *Kein Anderer* kann einerseits als Ausdruck der Ablehnung verschiedener (medialer) Diskurse über Geflüchtete (s. Einführung und Diskussion) verstanden werden. Es spiegelt andererseits auch ein geläufiges Verständnis von Psychotherapie als Diagnostik und Behandlung psychischer Störungen wider. So werden Menschen hier nach ihren jeweiligen Störungen klassifiziert, nicht aber nach ihren unterschiedlichen Lebensbedingungen. *Kein Anderer* verbindet somit therapeutisch-professionelle Anforderungen mit der Bemühung kulturalistischen Argumentationen auszuweichen.

3. Psychotherapeut*innen, die das 'Bild' *Der gewinnbringende Andere* verwenden, fügen dem Verständnis von Psychotherapie als Diagnostik und Behandlung psychischer Störungen noch die „Sozialtherapie“ (PT7; zitiert nach Publ. II, S. 5) hinzu. Mit letzterer adressieren sie v.a. die Lebensbedingungen von Asylsuchenden in Deutschland, d.h. sie helfen Geflüchteten bei Behördengängen, organisieren ihnen Praktika, Wohnungen etc. In diesem Zusammenhang kann das 'Bild' *Der gewinnbringende Andere* als Versuch gesehen werden, Geflüchteten mit einem positiven 'Bild' gegen benachteiligende Lebensbedingungen, aber auch gegen diskriminierende (mediale) Diskurse zu unterstützen. So könnte z.B. die Betonung der Motivation von Geflüchteten darauf abzielen, die eingeschränkte Arbeitserlaubnis aufzuweichen oder aber (medialen) Diskursen von Geflüchteten als Bedrohung, die die Sozialsysteme im Aufnahmeland ausnutzen (55), etwas entgegenzuhalten.

4. Weniger als um das 'Bild' *Das ausgeschlossene Subjekt* geht es in den hier vorliegenden Interviews um die Frage was in der Psychotherapie angesichts ausgrenzender Bedingungen für Geflüchtete möglich ist und wie Psychotherapie vor diesem Hintergrund gestaltet werden kann. *Das ausgeschlossene Subjekt* lässt sich dementsprechend als „eine gemeinsam erfahrene Realität“ (zitiert nach Publ. II, S. 8) der Psychotherapeut*innen verstehen, auf dem die Reflexion des eigenen Therapieverständnisses basiert.

Insgesamt könnten die 'Bilder' von Geflüchteten vor dem Hintergrund der hier formulierten Thesen als Strategien des Umgangs mit den vielfältigen Schwierigkeiten, die in der

psychotherapeutischen Arbeit mit Geflüchteten auftauchen, verstanden werden.

6.3 Publikation III: Relevante Themen in der psychotherapeutischen Arbeit mit Geflüchteten

Die dritte Publikation befasst sich überblicksartig mit Themen, die in der psychotherapeutischen Arbeit mit Geflüchteten relevant werden können und zielt insbesondere auch darauf ab, Praktiker*innen eine erste Orientierung für die psychotherapeutische Arbeit mit Geflüchteten zur Verfügung zu stellen. Grundlage sind die empirischen Daten aus der vorliegenden Forschungsarbeit, Ergebnisse anderer Forschungsarbeiten sowie mehrjährige klinische Erfahrungen.

Der erste Abschnitt der Publikation befasst sich mit dem Thema Traumatisierungen. Hier werden zunächst verschiedene Konzepte von Trauma sowie Kritikpunkte an der PTBS-Konzeption (s. Einführung; 3) vorgestellt. Darüber hinaus werden Bezüge der Traumakonzeption von Keilson (24) zur Situation von Geflüchteten hergestellt. Problematisiert wird im weiteren Verlauf die auch in der Forschung häufig anzutreffende Assoziation von Geflüchteten mit Traumatisierungen (s. Einführung; 3). Eine Kontroverse zur traumatherapeutischen Arbeit mit Geflüchteten, die v.a. die traumatherapeutischen Behandlungskonzeptionen von Neuner (75) und Reddemann (76) betrifft, wird aufgegriffen und u.a. mit den Aussagen und Daten der hier befragten niedergelassenen Psychotherapeut*innen diskutiert.

Ein zweiter Abschnitt thematisiert die Lebenssituation von Geflüchteten in Deutschland. Relevante Aspekte der Lebenssituation wie z.B. eine Unterbringung in einer Sammelunterkunft oder ein unsicherer Aufenthalt werden dargestellt. Anschließend werden sie in ihrer Bedeutung für Geflüchtete (z.B. Fremdbestimmtheit; Verbindung zu Ohnmachtserfahrungen durch traumatische Erlebnisse) und für Professionelle (Unsicherheiten, Zweifel, u.U. Verstrickung mit (medialen) Diskursen, Notwendigkeit der Reflexion und Vernetzung) diskutiert.

Der dritte Abschnitt handelt insbesondere von der (Un-) Möglichkeit der Dolmetscher*innenfinanzierung sowie der psychotherapeutischen Arbeit mit Dolmetscher*innen. Dabei wird die auch in Fachdiskursen lange Zeit vorherrschende Vorstellung von 'neutralen' Dolmetscher*innen in Frage gestellt und die psychotherapeutische Arbeit in einer *Dreierkonstellation* beleuchtet (77).

Der vierte und letzte Abschnitt befasst sich schließlich mit dem Themenkomplex *Migration und Flucht*. Thematisiert werden u.a. Kulturelle Unterschiede vs. 'Kulturalisierungen', Abschiede und Trennungen von der Familie/von Freunden sowie Überlebensschuldgefühle.

6.4 Publikation IV: Wirksamkeit von VBC für an psychischen Symptomen leidenden Migrant*innen und Geflüchteten in Deutschland

Primäres Ziel der vierten Publikation war die Untersuchung der Wirksamkeit des Value-Based Counselling (VBC) mit Blick auf die psychische Symptomatik einer Gruppe von in Deutschland lebenden Migrant*innen und Geflüchteten. Ausgangshypothese war, dass VBC hier zu einer Reduktion psychischer Symptome beiträgt. Darüber hinaus wurde angenommen, dass die durch VBC vermuteten Verbesserungen in der psychischen Symptomatik auch noch nach drei Monaten nachgewiesen werden können. Drittens wurde vermutet, dass Migrant*innen und Geflüchtete der VBC-Gruppe zum follow-up-Zeitpunkt nach drei Monaten eine geringere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen – sowohl bezogen auf die psychische als auch auf die physische Gesundheit – zeigen. Die beiden ersten Hypothesen konnten bestätigt werden. Die dritte Hypothese konnte teilweise bestätigt werden. 18 Teilnehmer*innen (11 von 53 Teilnehmer*innen der VBC-Gruppe, 7 von 50 Teilnehmer*innen der Wartelistengruppe) brachen die Studie ab.

Wesentliches Ergebnis von Publikation IV war, dass Migrant*innen und Geflüchtete, die der VBC-Gruppe zugeordnet worden waren, im Vergleich zu Migrant*innen und Geflüchteten, die der Gruppe der Warteliste zugewiesen worden waren, eine klinisch signifikante Reduktion von psychischen Symptomen aufwiesen. Im Einzelnen zeigte sich eine verringerte psychische Symptomatik im Hinblick auf PTBS-Symptome (17.15, 95% KI [10.49, 23.81], $p < .001$, Bonferroni korrigiert), somatische Symptome (5.52, 95% KI [3.30, 7.74], $p < .001$, Bonferroni korrigiert), depressive Symptome (7.06, 95% KI [4.86, 9.26], $p < .001$, Bonferroni korrigiert), Symptome einer generalisierten Angststörung (5.34, 95% KI [3.47, 7.20], $p < .001$, Bonferroni korrigiert), aber auch auf den wahrgenommenen Stress (9.25, 95% KI [6.23, 12.27], $p < .001$, Bonferroni korrigiert) sowie bezüglich der Beeinträchtigung wesentlicher Alltagsfunktionen (8.84, 95% KI [6.10, 11.59], $p < .001$, Bonferroni korrigiert). Ermittelt wurden mittlere bis große Effektstärken, die der Tabelle 2 in Publikation IV entnommen werden können (4).

Teilnehmer*innen der VBC-Gruppe wiesen auch noch zum Follow-up-Zeitpunkt nach drei Monaten im Vergleich zum Voruntersuchungszeitpunkt eine statistische signifikante Symptomreduktion auf (s. Tab. 4 in Publ. IV).

Eine geringere Inanspruchnahme des Gesundheitssystems zwischen Voruntersuchung und Follow-up-Zeitpunkt nach drei Monaten konnte zunächst nicht nachgewiesen werden (Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen für die psychische Gesundheit: Exakter Fisher-Test; $X^2(1, n = 39) = .22, p = 1.000$); Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen für die physische Gesundheit: ($X^2(1, n = 39) = 1.36, p = .242$). Im Wilcoxon-Test konnte allerdings eine signifikante Reduktion der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Bereich der psychischen Gesundheit

nachgewiesen werden (Zeitpunkt der Voruntersuchung: $Mdn = 0$, $n = 39$; Follow-up nach drei Monaten: $Mdn = 0$, $n = 39$, $z = -2.46$, $p = .014$).

7. Diskussion

In der vorliegenden Arbeit wurden verschiedene Facetten der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung und Behandlung von Geflüchteten in Deutschland mittels qualitativ und quantitativ gewonnener Daten beleuchtet. Erarbeitet wurden Schwierigkeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung und Behandlung von Geflüchteten (Publ. I), 'Bilder' von Geflüchteten (Publ. II), mögliche Gründe für die Nutzung dieser 'Bilder' durch die Psychotherapeut*innen (Publ. II), ein praxisbezogener Überblick über relevante Themen in der psychotherapeutischen Arbeit mit Geflüchteten (Publ. III) sowie der Nachweis der Wirksamkeit von Value-based Counselling hinsichtlich der Reduktion psychischer Symptomatik bei in Deutschland lebenden Migrant*innen und Geflüchteten (Publ. IV). Im Folgenden werden zunächst die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit mit denen anderer Forschungsarbeiten verglichen. Anschließend werden Limitationen sowie weiterführende wissenschaftliche Fragestellungen diskutiert.

7.1 Bezug zum Forschungsstand

Der in verschiedenen Forschungsarbeiten identifizierte Einfluss finanzieller, kultureller und sprachlicher Barrieren auf die psychotherapeutische und gesundheitliche Versorgung von Geflüchteten (45, 47-50) konnte auch in der hier vorliegenden ersten Publikation bestätigt werden. Das Hören von Berichten über traumatische Erlebnisse als eine weitere Schwierigkeit knüpft an Studien an, die sich mit stellvertretenden Traumatisierungen bei Professionellen befassen (51). Die in den vorliegenden Befunden thematisierte fehlende Vernetzung passt zu den Ergebnissen einer Untersuchung (50), in der eine unzureichende Koordination verschiedener Akteure als Zugangsbarriere herausgearbeitet worden war. Den hier befragten Psychotherapeut*innen fehlte dabei weniger der Wille zur Vernetzung als vielmehr geeignete Anlaufstellen zur Vernetzung sowie Abrechnungsmöglichkeiten für Vernetzungsaktivitäten. Die Ergebnisse der vorliegenden Publikation I erweitern den bisherigen Forschungsstand zudem um folgende Erkenntnisse.

Während Studien zu Barrieren in der gesundheitlichen und psychotherapeutischen Versorgung von Geflüchteten insbesondere finanzielle, sprachliche und kulturelle Hürden hervorhoben (45, 47-50), wurde in der vorliegenden Publikation v.a. auch die Relevanz der Lebensbedingungen von Asylsuchenden als zentrale Schwierigkeit in deren Versorgung sichtbar. Dabei wurden diese nicht 'nur' als eine Schwierigkeit für Geflüchtete, sondern in ihrer Bedeutung und ihren Konsequenzen

auch für Psychotherapeut*innen und die psychotherapeutische Behandlung erörtert. Die bedeutende Rolle der Lebensbedingungen von Asylsuchenden in Deutschland, aber auch Schwierigkeiten, die durch die aktuelle Situation im Heimatland von Geflüchteten entstehen sowie die Thematisierung problematischer Situationen im Jobcenter und im Gesundheitssystem schließen eher an Untersuchungen an, die die Wirkung von Postmigrationsstressoren auf den psychischen Gesundheitszustand von Geflüchteten herausarbeiteten (14, 20, 29-34). Dem in der Literatur häufig benannten Problem der Kostenübernahme von Dolmetscher*innenleistungen (45,48) fügten die Psychotherapeut*innen Schwierigkeiten mit unprofessionellen Übersetzungen hinzu und erwähnten zudem positive Aspekte in der Arbeit mit Dolmetscher*innen. Der Befund, dass v.a. Psychotherapeut*innen mit wenig Erfahrungen, die Arbeit mit Dolmetscher*innen ausschließlich als Schwierigkeit einstufen, weist auf Vorbehalte hin, die in Aus- und Fortbildungen ggf. aufgenommen werden könnten. Dass die aktuelle Situation im Heimatland als eine Schwierigkeit von den niedergelassenen Psychotherapeut*innen beschrieben wird, ergänzt bisherige Studien, die v.a. die Relevanz vergänger traumatischer Erlebnisse hervorhoben (51). Die Rolle kultureller Barrieren ist in den bisherigen Studien unterschiedlich bewertet worden (44-45, 47-48). Aufschluss über diese Uneindeutigkeit geben möglicherweise die in den qualitativen Interviews auftauchenden sehr unterschiedlichen Vorstellungen von kulturellen Unterschieden. So ordnen einige niedergelassene Psychotherapeut*innen z.B. den Wunsch sich „an der Waffe“ (PT12) ausbilden zu lassen als kulturellen Unterschied ein. Da dieser Wunsch auch für Inländer*innen gelten kann, wäre zu überlegen, ob der hier als kultureller Unterschied ausgegebene Wunsch nicht eher eine ‚stereotype‘ Beschreibung von Geflüchteten darstellt. In zukünftigen Studien könnten Differenzierungen zwischen kulturellen Unterschieden und Kulturalisierungen bzw. ‚stereotypen‘ Beschreibungen vorgenommen werden, um präziser einschätzen zu können, ob und inwieweit kulturelle Unterschiede eine Barriere in der psychotherapeutischen Arbeit mit Geflüchteten darstellen oder nicht.

Ziel der Publikation II war es, die in den qualitativen Daten beobachteten sich wiederholenden ‚Bilder‘ von Geflüchteten einerseits zu beschreiben, andererseits zu verstehen, warum sich diese ‚Bilder‘ in den Interviews fanden. Da die ‚Bilder‘ (medialen) Diskursen über Geflüchtete ähnelten, wurde zunächst der Einfluss (medialer) Diskurse auf die ‚Bilder‘ untersucht. Studien, die sich mit dem Einfluss (medialer) Diskurse auf die ambulante psychotherapeutische Versorgung und Behandlung von Geflüchteten in Deutschland befassen, sind der Autorin bisher nicht bekannt.

Die in Publikation II identifizierten ‚Bilder‘ von Geflüchteten lassen Ähnlichkeiten mit den eingangs beschriebenen (medialen) Diskursen über Geflüchtete erkennen. Im ‚Bild‘ *Der problematische Andere* werden Diskurse von Geflüchteten als Opfer oder Bedrohung aktiviert

(55,56). *Der gewinnbringende Andere* kann mit dem (medialen) Diskurs des Helden verglichen werden (55). *Kein Anderer* kann als Ablehnung verschiedener (medialer) Diskurse über Geflüchtete als Opfer von Diskriminierungen oder über Geflüchtete als Bedrohung der kulturellen Werte des Aufnahmelandes (55,56) verstanden werden. *Das ausgeschlossene Subjekt* nähert sich (medialen) Diskursen über Geflüchtete als Opfer von Diskriminierungen im Aufnahmeland (55). Insgesamt zeigt sich in Publikation II allerdings, dass die 'Bilder' von Geflüchteten seitens der Psychotherapeut*innen den (medialen) Diskursen zwar ähneln, ihnen jedoch nicht entsprechen. Dies könnte damit erklärt werden, dass es sich hier um individuelle Erfahrungen der Psychotherapeut*innen handelt, die zwar vor dem Hintergrund (medialer) Diskurse stattfinden, aber nicht in ihnen aufgehen. Mit Hilfe der aufgezeigten Zusammenhänge in den Interviewdaten und den in Publikation I dargestellten Schwierigkeiten wurden verschiedene Thesen zu Gründen über die Nutzung der 'Bilder' seitens der Psychotherapeut*innen in der Publikation II formuliert. Diese Thesen sind im Ergebnisteil dargestellt. Ein interessantes Ergebnis ist hier, dass nur wenige befragte Psychotherapeut*innen das problematische 'Bild' von Geflüchteten und die Mehrheit der Psychotherapeut*innen vielmehr ein positives 'Bild' (*Der gewinnbringende Andere*) von Geflüchteten verwendeten. Eine ähnliche Tendenz zeigt sich in den Ergebnissen der Studie von Mewes et al. (45), in der kulturelle Bereicherung als Vorteil von Psychotherapien mit Geflüchteten häufig erwähnt wird. Warum die Psychotherapeut*innen in der vorliegenden Arbeit, aber auch in der Studie von Mewes et al. (45) eher ein positives 'Bild' von Geflüchteten zeichnen, kann mit Hilfe der vorliegenden Daten nicht beantwortet werden. Dies könnte in zukünftigen Untersuchungen weiter erforscht werden.

Da Publikation III ein praxisbezogener Überblick ist, wurden hier verschiedene Forschungsfelder aufgegriffen, die im Ergebnisteil angeführt und in Publikation III ausführlich nachgelesen werden können. Neben den bereits in den Publikationen I-II einbezogenen Studien zu z.B. (Zugangs-) Barrieren in der psychotherapeutischen Versorgung von Geflüchteten, wurden hier von den Psychotherapeut*innen u.a. die eingeschränkten Möglichkeiten zum Trauern und Abschiednehmen von z.B. verstorbenen Angehörigen im Herkunftsland sowie die Bedeutung von Überlebensschuldgefühlen hervorgehoben. Dies knüpft an Studien an, die diese Aspekte bei Überlebenden des Holocausts herausgearbeitet haben (24,78). Darüber hinaus wurden Aussagen der Psychotherapeut*innen u.a. auf Studien zur Arbeit mit Dolmetscher*innen (77) oder auf die Kontroversen in der Behandlung von Traumata (75,76) bezogen.

Die Ergebnisse der Publikation IV bestätigen Befunde einer vorangegangenen Studie, die die Wirksamkeit von VBC bezüglich der Reduktion psychischer Symptome bei 61 Frauen in Afghanistan nachgewiesen hatte (43). Die auch für Migrant*innen und Geflüchtete in Deutschland

durch die vorliegenden Ergebnisse nun bestätigte Wirksamkeit von VBC könnte mit verschiedenen Aspekten der Intervention zusammenhängen, die in zukünftigen Forschungsarbeiten herauszuarbeiten wären. Denkbar wäre beispielsweise, dass der in anderen auf Geflüchtete ausgerichteten Interventionen oftmals nicht hinreichend konzeptualisierte salutogenetische bzw. ressourcenstärkende Ansatz zur Wirksamkeit von VBC beiträgt (4, 79). Zur Wirksamkeit von VBC könnte außerdem beitragen, dass hier nicht ausschließlich vergangene traumatische Erlebnisse in den Mittelpunkt der Beratungsgespräche gestellt werden. Auf die Bedeutung auch anderer Faktoren für die psychische Gesundheit von Geflüchteten (z.B. psychosozialer oder Postmigrationsstressoren) wurde bereits in verschiedenen Studien sowie auch durch die in der vorliegenden Arbeit befragten niedergelassenen Psychotherapeut*innen hingewiesen (1, 14, 20, 29-34).

Die positiven Befunde zur Wirksamkeit von VBC legen zudem nahe, dass VBC mit Blick auf die bestehenden Versorgungsengpässe eine sinnvolle Intervention v.a. für diejenigen Geflüchteten sein kann, die keine längerfristige und intensive psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung benötigen. Darüber hinaus kann mit dem VBC-Ansatz insbesondere sprachlichen und kulturellen Versorgungshürden begegnet werden, die etwa in den bestehenden Strukturen des Gesundheitssystems eine bedeutsame Rolle spielen (s. hierzu Publ. I der vorliegenden Arbeit).

7.2 Limitationen und Ausblick

Als wesentlichste Limitationen sind für die Publikationen I-III v.a. die Bereichsspezifität und der fehlende Einbezug von Geflüchteten zu nennen. So wurden hier lediglich niedergelassene Psychotherapeut*innen befragt. Dies ist insofern wichtig, als dass diese Gruppe in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland eine bedeutende Rolle einnimmt. Geflüchtete erhalten aber auch in Beratungsstellen, Kliniken und insbesondere in den psychosozialen Zentren für Geflüchtete eine psychotherapeutische Versorgung. Da die Arbeitsbedingungen bzw. das Setting hier jedoch anders gestaltet sind, ist davon auszugehen, dass sich die in der vorliegenden Arbeit herausgearbeiteten Schwierigkeiten oder aber auch die herausgearbeiteten 'Bilder' von Geflüchteten nicht eins zu eins übertragen lassen. So ließe sich z.B. vermuten, dass fehlende Vernetzung in den psychosozialen Zentren und ggf. auch in den Kliniken eine geringere Rolle spielt, da es hier interdisziplinäre Teams gibt.

Eine weitere Begrenzung der Publikationen I-III stellt der fehlende Einbezug der Sichtweise von Geflüchteten dar. Aussagen von Geflüchteten könnten die hier von niedergelassenen Psychotherapeut*innen genannten Schwierigkeiten ggf. erweitern bzw. weiter ausdifferenzieren. Diskussionswürdig wäre auch, ob ein (methodisch) partizipativerer Ansatz zu weiteren relevanten

Erkenntnissen beigetragen hätte⁷.

Eine Begrenzung von Publikation IV stellt die bisher unbeantwortete Frage dar, welche Aspekte des VBC's zu dessen Wirksamkeit beitragen. Als eine weitere Begrenzung mit Blick auf die Verallgemeinerung der Ergebnisse könnte die Heterogenität der Stichprobe (z.B. bezogen auf die diversen kulturellen Hintergründe) angeführt werden. Allerdings zeichnet sich die psychosoziale Arbeit mit Migrant*innen und Geflüchteten durch eine eben solche Heterogenität auch aus (4).

Aus den erörterten Limitationen lassen sich bereits neue Forschungsbedarfe erarbeiten. Wünschenswert wären mehr Studien, die die Perspektive von Geflüchteten aufgreifen. Interessant wäre hier z.B. wie sich die (ambulante) psychotherapeutische Behandlung in Deutschland aus Sicht von Geflüchteten gestaltet und welche Schwierigkeiten sie diesbezüglich wahrnehmen. Ebenso könnten Geflüchtete für sie unterstützende und symptomlindernde Aspekte des VBC's aufzeigen. Forschungsarbeiten, die die Wirksamkeit von VBC in anderen Kontexten untersuchen, könnten die diesbezüglichen bisherigen Ergebnisse stützen. Hilfreich wäre sicherlich auch die Perspektive von psychotherapeutisch Tätigen in den Kliniken, in den Beratungsstellen und in den psychosozialen Zentren für Geflüchtete in Bezug auf die Schwierigkeiten in der psychotherapeutischen Versorgung und Behandlung von Geflüchteten herauszuarbeiten. Zukünftige Forschungsarbeiten könnten zudem abwägen, inwiefern ein partizipativerer Ansatz sinnvoll wäre. Diskutiert und weiter erforscht werden könnte überdies, ob die 'Bilder' von Geflüchteten sich auch als 'allgemeinere' 'Bilder' in psychotherapeutischen Prozessen nicht nur mit Geflüchteten wiederfinden lassen.

Insgesamt bestätigen, erweitern und ergänzen die Befunde der vorliegenden Arbeit bisherige Untersuchungen zu Barrieren in der psychotherapeutischen Versorgung und Behandlung von Geflüchteten. Ein neues Ergebnis in diesem Forschungsbereich sind die herausgearbeiteten 'Bilder' von Geflüchteten, die als potenzielle Strategien zur Bewältigung der verschiedenen Schwierigkeiten in der psychotherapeutischen Arbeit mit Geflüchteten beleuchtet wurden. Die Befunde der vorliegenden Arbeit geben zudem Aufschluss darüber, wie die psychotherapeutische Versorgung und Behandlung von Geflüchteten verbessert werden könnte. So lassen sich aus den dargestellten Schwierigkeiten und herausgearbeiteten 'Bildern' einerseits bereits diesbezügliche Verbesserungsvorschläge ableiten (s. auch Empfehlungen in Publ. I). Andererseits wurde mit der niedrigschwelligen Kurzintervention VBC eine alternative Versorgungsmöglichkeit vorgestellt, dessen Wirksamkeit zur Reduzierung von psychischen Symptomen von in Deutschland lebenden Migrant*innen und Geflüchteten in Publikation IV nachgewiesen werden konnte. Eine

⁷ Reflexionen ob und wie ein partizipativerer Ansatz möglich gewesen wäre, wurden im Juni 2021 in einem Vortrag einer Konferenz für qualitative Methoden vorgestellt (s. Publikationsliste).

Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgungs- und Behandlungsqualität von Geflüchteten wurde zudem mit Publikation III durch die Bereitstellung eines praxisbezogenen Überblicks angestrebt, in dem eine Übersetzung von Forschungsergebnissen an die Praxis, d.h. eine Rückmittlung der wissenschaftlichen Erkenntnisse an die praktisch tätigen Psychotherapeut*innen ermöglicht wird.

8. Literaturverzeichnis

1. Thöle AM, Penka S, Brähler E, Heinz A, Kluge U. Psychotherapeutische Versorgung von Geflüchteten aus der Sicht niedergelassener Psychotherapeuten in Deutschland. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 2017;65(3):145–154.
2. Thöle AM, Penka S, Aichberger M, Heinz A, Kluge U. Die (Flüchtlings-)Krise im psychotherapeutischen Behandlungszimmer. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 2018;68(01):30–37.
3. Thöle AM, Kluge U. Psychotherapeutisches Arbeiten mit Geflüchteten? – Eine Navigationshilfe für die Praxis. *Zeitschrift für Flucht- und Flüchtlingsforschung Z'Flucht* 2021;Sonderband1:143–165.
4. Orang TM, Missmahl I, Thöle AM, Valensise L, Brenner A, Gardisi M, Peter H, Kluge U. New directions in the mental health care of migrants, including refugees – A randomized controlled trial investigating the efficacy of value-based counselling. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 2022:1–14. DOI: 10.1002/cpp.2728
5. Thöle AM. Perspektiven niedergelassener Psychotherapeuten auf ihre Klienten mit Fluchterfahrungen. *Forum für Kritische Psychologie* 2018;1:119–135.
6. Brakemeier EL, Herpertz SC. Innovative Psychotherapieforschung: auf dem Weg zu einer evidenz- und prozessbasierten individualisierten und modularen Psychotherapie. *Der Nervenarzt* 2019;90:1125–1134.
7. Dobson K, Beshai, S. The Theory-Practice Gap in Cognitive Behavioral Therapy: Reflections and a Modest Proposal to Bridge the Gap. *Behavior Therapy* 2013;44:559–567.
8. United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). Global trends – Forced Displacement in 2016. 2017. Accessed January 28, 2021 at <https://www.unhcr.org/5943e8a34.pdf>
9. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF). Aktuelle Zahlen. Dezember 2021. Abgerufen am 08.05.2022 unter https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Statistik/AsylinZahlen/aktuelle-zahlen-dezember-2021.pdf?__blob=publicationFile&v=5
10. Gerwing S. Petition. Warum „Flüchtlingskrise“ ein Unwort ist. Hrsg. von MiGAZIN. 18.12.2015. Abgerufen am 03.01.2021 unter <https://www.migazin.de/2015/12/18/petition-warum-fluechtlingskrise-ein-unwort-ist/>
11. Hanewinkel V, Oltmer J. Migration nach Deutschland: Aktuelle Herausforderungen und zukünftige Entwicklungen. Hrsg. von Bundeszentrale für politische Bildung. 20.09.2017. Abgerufen am 21.12.2020 unter <https://www.bpb.de/gesellschaft/migration/laenderprofile/256375/herausforderungen-und-entwicklungen>
12. Maercker A. Psychologische Modelle. In: Maercker A, Hrsg. Posttraumatische Belastungsstörungen. 4. Aufl. Heidelberg: Springer; 2013. S. 35-55.
13. Khan MM. The concept of cumulative trauma (1963). In: Khan MM, editor. The privacy of the self. Papers on psychoanalytic theory and technique. New York: International Universities Press; 1974. p. 42-58.
14. Bogic M, Njoku A, Priebe S. Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC International Health and Human Rights* 2015;15:29. DOI: 10.1186/s12914-015-

15. Bozorgmehr K, Mohsenpour A, Saure A, Stock C, Loerbroks A, Joos S, Schneider C. Systematische Übersicht und »Mapping« empirischer Studien des Gesundheitszustands und der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in Deutschland (1990–2014). *Bundesgesundheitsblatt* 2016;59:599–620. DOI: 10.1007/s00103-016-2336-5
16. Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in Western countries: A systematic review. *Lancet* 2005;365:1309–14.
17. Lindert J, Ehrenstein O, Priebe S, Mielck A, Elmar B. Depression and anxiety in labor migrants and refugees: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine* 2009;69:246–57.
18. Nesterko Y, Jäckle D, Friedrich M, Holzapfel L, Glaesmer H. Prevalence of post-traumatic stress disorder, depression and somatisation in recently arrived refugees in Germany: An epidemiological study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 2020;29:E40. DOI: 10.1017/S2045796019000325
19. Steel Z, Chey T, Silove D, Marnane C, Bryant R, van Ommeren M. Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: A systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2009;302:537–49.
20. Walther L, Kröger H, Tibubos AN, Ta TMT, von Scheve C, Schupp J, Hahn E, Bajbouj M. Psychological distress among refugees in Germany: a cross-sectional analysis of individual and contextual risk factors and potential consequences for integration using a nationally representative survey. *BMJ open* 2020;10:e033658. DOI:10.1136/bmjopen-2019-033658
21. De Silva U, Glover N, Katona C. Prevalence of complex post-traumatic stress disorder in refugees and asylum seekers: systematic review. *BJPsych Open* 2021;7:e194,1–11. DOI: 10.1192/bjo.2021.1013
22. Varvin S. Unser Verhältnis zu Flüchtlingen: Zwischen Mitleid und Entmenschlichung. *Psyche* 2018;72(03):194–215.
23. Becker D. Die Erfindung des Traumas. *Verflochtene Geschichten*. Neuaufl. der 2. Aufl. von 2006. Gießen: Psychosozial-Verlag; 2014.
24. Keilson H. *Sequentielle Traumatisierung bei Kindern. Untersuchung zum Schicksal jüdischer Kriegswaisen*. Unveränd. Neudruck der Ausgabe von 1979. Gießen: Psychosozial-Verlag; 2005.
25. Seidler GH. Einleitung: Geschichte der Psychotraumatologie. In: Maercker A, Hrsg. *Posttraumatische Belastungsstörungen*. 4. Aufl. Heidelberg: Springer; 2013. S. 3-13.
26. Fischer G, Riedesser P. *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. München: Ernst Reinhardt Verlag; 1998.
27. Maercker A. Symptomatik, Klassifikation und Epidemiologie. In: Maercker A, Hrsg. *Posttraumatische Belastungsstörungen*. 4. Aufl. Heidelberg: Springer; 2013. S. 13-35.
28. Bundespsychotherapeutenkammer. *BPtK-Standpunkt: Psychische Erkrankungen bei Flüchtlingen*. September 2015. Abgerufen am 06.12.2020 unter https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20150916_BPtK-Standpunkt_psychische_Erkrankungen_bei_Fluechtlingen.pdf
29. Chu T, Keller AS, Rasmussen A. Effects of Post-migration Factors on PTSD Outcomes Among Immigrant Survivors of Political Violence. *Journal of Immigrant and Minority Health* 2013;15:90–897.
30. Kim I. Beyond Trauma: Post-resettlement Factors and Mental Health Outcomes Among Latino and Asian Refugees in the United States. *Journal of Immigrant and Minority Health* 2016;18:740–748.

31. Laban CJ, Gernaat HB, Komproue IH, van der Tweel I, De Jong JT. Postmigration living problems and common psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *Journal of Nervous and Mental Diseases* 2005;193:825–832.
32. Song SJ, Kaplan C, Tol WA, Subica A, De Jong J. Psychological distress in torture survivors: pre- and postmigration risk factors in a US sample. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2014;50:549–560.
33. Silove D, Sinnerbrink I, Field A, Manicavasagar V, Steel Z. Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: Associations with pre-migration trauma and post-migration stressors. *British Journal of Psychiatry* 1997;170:351–357.
34. Porter M, Haslam N. Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: A meta-analysis. *JAMA* 2005;294:602–12.
35. PARITÄTISCHER Wohlfahrtsverband Schleswig-Holstein e.V., Bundesweite Arbeitsgemeinschaft Psychosozialer Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF). Dokumentation der BAfF Jahrestagung: Defizite in der Versorgung traumatisierter Flüchtlinge Versäumnisse in den staatlichen Verpflichtungen? Juli 2014. Abgerufen am 27.11.2020 unter <http://news.eformation.de/client/media/193/data/35478.pdf>
36. Baron J, Flory L. Versorgungsbericht. Zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland. 6. aktualisierte Aufl. Hrsg. von Bundesweite Arbeitsgemeinschaft Psychosozialer Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF). 2020. Abgerufen am 03.01.2021 unter <https://www.baff-zentren.org/veroeffentlichungen-der-baff/versorgungsberichte-der-baff/>
37. Böttcher VS, Nowak AC, Neuner F. Mental health service utilization and perceived barriers to treatment among adult refugees in Germany. *European Journal of Psychotraumatology* 2021;12(1):1–11. DOI: 10.1080/20008198.2021.1910407
38. Nikendei C, Kindermann D, Brandenburg-Ceynowa H, Derreza-Greeven C, Zeyher V, Junne F, Friederich HC, Bozorgmehr K. Asylum seekers' mental health and treatment utilization in a three months follow-up study after transfer from a state registration-and reception-center in Germany. *Health Policy* 2019;123(9):864–872.
39. Bajbouj M, Panneck P, Winter SM, Ajami C, Alabdullah J, Burger MB, Haberlandner A, Hahn E, Heinz A, Heuser I, Hoyer A, Kluge U, Aichberger M, Repantis D, Schreiter S, Seybold J, Sutej I. A Central Clearing Clinic to Provide Mental Health Services for Refugees in Germany. *Frontiers in Public Health* 2021;9:635474. DOI: 10.3389/fpubh.2021.635474
40. Trilesnik B, Altunoz U, Wesolowski J, Eckhoff L, Ozkan I, Loos K, Penteker G, Graef-Calliess IT. Implementing a Need-Adapted Stepped-Care Model for Mental Health of Refugees: Preliminary Data of the State-Funded Project “RefuKey”. *Frontiers in Psychiatry* 2019;10: 688. DOI: 10.3389/fpsy.2019.00688
41. Antonovsky, A. Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt-Verlag; 1997.
42. Missmahl I, Brugmann B. Value-based Counseling. Kultur und Religion als sinnstiftendes Element einer psychodynamischen Kurzzeitintervention. *Psychotherapie-Wissenschaft* 2019;9(1):39–49.
43. Ayoughi S, Missmahl I, Weierstall R, Elbert T. Provision of mental health services in resource-poor settings: a randomised trial comparing counselling with routine medical treatment in North Afghanistan (Mazar-e-Sharif). *BMC Psychiatry* 2012;12:14. DOI: 10.1186/1471-244X-12-14.
44. Baron J, Steinhäuser T, Berth H, Auckenthaler A. Überall 'Nein'. Ein Alptraum. Erfahrungen von Flüchtlingen und Asylsuchenden mit der psychosozialen Versorgung in Deutschland. *Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis* 2014;46:701–718.
45. Mewes R, Kowarsch L, Reinacher H, Nater UM. Barrieren und Chancen zur

- psychotherapeutischen Versorgung von Asylsuchenden – Eine Befragung niedergelassener Psychotherapeuten in Mittel- und Nordhessen. *Psychotherapie Psychosomatik medizinische Psychologie* 2016;66:361–368.
46. Kiselev N, Morina N, Schick M, Watzke B, Schnyder U, Pfaltz MC. Barriers to access to outpatient mentalhealth care for refugees and asylumseekers in Switzerland: the therapist’s view. *BMC Psychiatry* 2020;20:378. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02783-x>
 47. Lawrence J, Kearns R. Exploring the “fit” between people and providers: refugee health needs and health care services in Mt Roskill, Auckland, New Zealand. *Health and Social Care in the Community* 2005;13:451–461.
 48. McKeary M, Newbold B. Barriers to care: The challenges for Canadian refugees and their health care providers. *Journal of Refugee Studies* 2010;23:523–545.
 49. Priebe S, Matanov A, Schor R, Straßmayr C, Barros H, Barry MM, Díaz-Olalla JM, Gabor E, Greacen T, Holcnerová P, Kluge U, Lorant V, Moskalewicz J, Schene AH, Macassa G, Gardini A. Good practice in mental health care for socially marginalised groups in Europe: a qualitative study of expert views in 14 countries. *BMC Public Health* 2012;12:248. DOI: 10.1186/1471-2458-12-248
 50. Shannon PJ, Vinson GA, Cook TL, Lennon E. Characteristics of successful and unsuccessful mental health referrals of refugees. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research* 2015;43:555–568.
 51. Puvimanasinghe T, Denson LA, Augoustinos M, Somasundaram D. Vicarious resilience and vicarious traumatisation: Experiences of working with refugees and asylum seekers in South Australia. *Transcultural Psychiatry* 2015;52:743–765.
 52. Jäger S. Von deutschen Einzeltätern und ausländischen Banden. *Medien und Straftaten*. In: Schatz H, Holtz-Bacha C, Nieland JU, Hrsg. *Migranten und Medien. Neue Herausforderungen an die Integrationsfunktion von Presse und Rundfunk*. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2000. S. 207-219.
 53. Brosius HB, Esser F. *Eskalation durch Berichterstattung? Massenmedien und fremdenfeindliche Gewalt*. Opladen: Westdeutscher Verlag; 1995.
 54. Haller M. Die „Flüchtlingskrise“ in den Medien. *Tagesaktueller Journalismus zwischen Meinung und Information*. Frankfurt am Main: Otto-Brenner-Stiftung; 09.06.2017. Abgerufen am 29.01.2021 unter <https://www.otto-brenner-stiftung.de/wissenschaftsportal/informationsseiten-zu-studien/studien-2017/die-fluechtlingskrise-in-den-medien/>
 55. Benson R. *Shaping Immigration News: A French-American Comparison*. New York: Cambridge University Press; 2013.
 56. Crawley H, McMahon S, Jones K. *Victims and Villains: Migrant Voices in the British Media*. Coventry: Centre for Trust, Peace and Social Relations; 2016.
 57. Inhetveen K. *Der Flüchtling*. In: Moebius S, Schroer M, Hrsg. *Diven, Hacker, Spekulanten*. Berlin: Suhrkamp; 2010.
 58. Hestermann T. *Berichterstattung über Eingewanderte und Geflüchtete. Die Unsichtbaren. Eine Expertise für den Mediendienst Integration*. Juli 2020. Abgerufen am 29.01.2021 unter https://mediendienst-integration.de/fileadmin/Dateien/Expertise_Hestermann_Die_Unsichtbaren.pdf
 59. Mey G, Mruck K. *Qualitative Methoden in der Psychologie: Eine Kartierung*. In: Mey G, Mruck K, Hrsg. *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. Band 1: Ansätze und Anwendungsfelder. 2. Aufl. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2020. S. 1-25.
 60. Breuer F. *Wissenschaftstheoretische Grundlagen qualitativer Methodik in der Psychologie*. In: Mey G, Mruck K, Hrsg. *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. Band 1: Ansätze und Anwendungsfelder. 2. Auflage. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2020. S. 27-49.
 61. Witzel, A. *Das problemzentrierte Interview*. *Forum Qualitative Sozialforschung* 2000;1(1):Art. 22. Abgerufen am 09.09.2020 unter <https://www.qualitative-research.net/>

index.php/fqs/article/view/1132/2519

62. Glaser BG, Strauss AL. *Grounded Theory: Strategien qualitativer Forschung*. 3. Aufl. Bern: Huber; 2010.
63. Mey G, Mruck K. Qualitative Interviews. In: Mey G, Mruck K, Hrsg. *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. Band 2: Designs und Verfahren. 2. Aufl. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2020. S. 315-337.
64. Helfferich C. *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. 4. Aufl. Wiesbaden: Springer; 2011.
65. Mey G, Mruck K. Grounded-Theory-Methodologie. In: Mey G, Mruck K, Hrsg. *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. Band 2: Designs und Verfahren. 2. Aufl. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2020. S. 513-537.
66. Mey G, Mruck K. Grounded-Theory-Methodologie. In: Mey G, Mruck K, Hrsg. *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. Wiesbaden: Springer; 2010. S. 614-627.
67. Corbin J, Strauss AL. Grounded theory research: Procedures, canons, and evaluative criteria. *Qualitative Sociology* 1990;13:3–21.
68. Steinke, I. Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick U, von Kardorff E, Steinke I, Hrsg. *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbek b. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch; 2000. S. 319-331.
69. Weathers FW, Litz BT, Keane TM, Palmieri PA, Marx BP, Schnurr PP. The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) – Standard, 5. 2013. Abgerufen am 10.05.2022 unter <http://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp>
70. Spitzer RL, Williams JBW, Kroenke K. Test review: Patient Health Questionnaire–9 (PHQ-9). *Rehabilitation Counseling Bulletin* 2014;57(4):246–248.
71. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior* 1983;24(4):385–396.
72. Kroenke K, Pitzer RL, Williams JBW. The PHQ-15: Validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine* 2002;64: 258–266.
73. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Lowe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder. *Archives of Internal Medicine* 2006;166:1092–1097.
74. Kaltenbach E, Härdtner E, Hermenau K, Schauer M. Efficient identification of mental health problems in refugees in Germany: The efficient identification of mental health problems in refugees in Germany: The refugee health screener. *European Journal of Psychotraumatology* 2017;8(0):1389205. DOI: 10.1080/20008198.2017.1389205
75. Neuner F. Stabilisierung vor Konfrontation in der Traumatherapie – Grundregel oder Mythos? *Verhaltenstherapie* 2008;18(2):109–118.
76. Reddemann L. *Imagination als heilsame Kraft. Zur Behandlung von Traumafolgen mit ressourcenorientierten Verfahren*. 18. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta; 2014.
77. Kluge U, Kassim N. »Der Dritte im Raum« – Chancen und Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit Sprach- und Kulturmittlern in einem interkulturellen psychotherapeutischen Setting. In: Wohlfart E, Zaumseil M, Hrsg. *Transkulturelle Psychiatrie und Interkulturelle Psychotherapie – Interdisziplinäre Theorie und Praxis*. Heidelberg: Springer; 2006. S. 178-180.
78. Niederland WG. Clinical observations on the »survivor syndrome.«. *The International Journal of Psychoanalysis* 1968;49(2-3):313–315.
79. Ciaramella M, Monacelli N, Cocimano LCE. Promotion of resilience in migrants: A systematic review of study and psychosocial intervention. *Journal of Immigrant and Minority Health* 2021. DOI: 10.1007/s10903-021-01247-y

Anhang

Eidesstattliche Versicherung

„Ich, Anna-Maria Thöle, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: Facetten der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung von Geflüchteten in Deutschland – Versorgungshürden, Bilder über Geflüchtete, Theorie-Praxis-Implikationen, Wirksamkeit von VBC / Facets of outpatient psychotherapeutic care for refugees in Germany – Barriers to care, images about refugees, theory-practice implications, effectiveness of VBC selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren/innen beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) werden von mir verantwortet.

Ich versichere ferner, dass ich die in Zusammenarbeit mit anderen Personen generierten Daten, Datenauswertungen und Schlussfolgerungen korrekt gekennzeichnet und meinen eigenen Beitrag sowie die Beiträge anderer Personen korrekt kenntlich gemacht habe (siehe Anteilserklärung). Texte oder Textteile, die gemeinsam mit anderen erstellt oder verwendet wurden, habe ich korrekt kenntlich gemacht.

Meine Anteile an etwaigen Publikationen zu dieser Dissertation entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem/der Erstbetreuer/in, angegeben sind. Für sämtliche im Rahmen der Dissertation entstandenen Publikationen wurden die Richtlinien des ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors; www.icmje.org) zur Autorenschaft eingehalten. Ich erkläre ferner, dass ich mich zur Einhaltung der Satzung der Charité – Universitätsmedizin Berlin zur Sicherung Guter Wissenschaftlicher Praxis verpflichte.

Weiterhin versichere ich, dass ich diese Dissertation weder in gleicher noch in ähnlicher Form bereits an einer anderen Fakultät eingereicht habe.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§§156, 161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

Datum

Unterschrift

Anteilerklärung an den erfolgten Publikationen

Anna-Maria Thöle hat folgenden Anteil an den folgenden Publikationen:

Publikation 1: Thöle, A.-M., Penka, S., Brähler, E., Heinz, A. & Kluge, U. Psychotherapeutische Versorgung von Geflüchteten aus der Sicht niedergelassener Psychotherapeuten in Deutschland, in: *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 2017; 65 (3): 145–154 (Impact-Punkte: 0.661)

Anteil: 80 Prozent

Beitrag im Einzelnen: Entwurf der Studie, Datenerhebung (Konstruktion Leitfaden/Kurzfragebogen, Teilnehmer*innenrekrutierung, Durchführung der Interviews), Datenauswertung (Transkription; Kodierung und Bildung von Kategorien); Schreiben des Manuskriptes (alle Ergebnisse der Publikation, z.B. alle Interviewzitate, aber auch alle Tabellen oder Abbildungen sind aus meiner Datenauswertung entstanden)

Publikation 2: Thöle, A.-M., Penka, S., Aichberger, M., Heinz, A. & Kluge, U. Die (Flüchtlings-)Krise im psychotherapeutischen Behandlungszimmer, in: *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 2018; 68 (01): 30–37 (Impact-Punkte: 1.128)

Anteil: 80 Prozent

Beitrag im Einzelnen: Entwurf der Studie, Datenerhebung (Konstruktion Leitfaden/Kurzfragebogen, Teilnehmer*innenrekrutierung, Durchführung der Interviews), Datenauswertung (Transkription; Kodierung und Bildung von Kategorien); Schreiben des Manuskriptes (alle Ergebnisse der Publikation, z.B. alle Interviewzitate, aber auch alle Tabellen oder Abbildungen sind aus meiner Datenauswertung entstanden)

Publikation 3: Thöle, A.-M. & Kluge, U. Psychotherapeutisches Arbeiten mit Geflüchteten? – Eine Navigationshilfe für die Praxis, in: *Zeitschrift für Flucht- und Flüchtlingsforschung Z'Flucht*, 2021; *Sonderband 1*: 143–165

Anteil: 70 Prozent

Beitrag im Einzelnen: Konzeption und Strukturierung als einen Übersichtsbeitrag zur Verbindung von Forschung und Praxis; Entwurf der Studie, Datenerhebung (Konstruktion Leitfaden/Kurzfragebogen, Teilnehmer*innenrekrutierung, Durchführung der Interviews), Datenauswertung (Transkription; Kodierung und Bildung von Kategorien); Verfassen des Manuskriptes (alle Ergebnisse der Publikation, z.B. alle Interviewzitate, aber auch alle Tabellen oder Abbildungen sind aus meiner Datenauswertung entstanden)

Publikation 4: Orang, T.M., Missmahl, I., Thöle, A.-M., Valensise, L., Brenner, A., Gardisi, M., Peter, H. & Kluge, U. New directions in the mental health care of migrants, including refugees—A randomized controlled trial investigating the efficacy of value-based counselling, in: *Clinical Psychology & Psychotherapy* 2022: 1–14. DOI: 10.1002/cpp.2728 (Impact-Punkte: 2.938)

Anteil: 10 Prozent

Beitrag im Einzelnen: Beteiligung an Studienkonzeption und Literaturrecherche, kritisches Lesen des Manuskriptes

Unterschrift, Datum und Stempel des erstbetreuenden Hochschullehrers

Unterschrift der Doktorandin

Druckexemplare der ausgewählten Publikationen

Thöle, A.-M., Penka, S., Brähler, E., Heinz, A. & Kluge, U. Psychotherapeutische Versorgung von Geflüchteten aus der Sicht niedergelassener Psychotherapeuten in Deutschland, in: Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie, 2017; 65 (3): 145–154

<https://doi.org/10.1024/1661-4747/a000315>

Thöle, A.-M., Penka, S., Aichberger, M., Heinz, A. & Kluge, U. Die (Flüchtlings-)Krise im psychotherapeutischen Behandlungszimmer, in: Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 2018; 68 (01): 30–37

<https://doi.org/10.1055/s-0043-106294>

Thöle, A.-M., Penka, S., Aichberger, M., Heinz, A. & Kluge, U. Die (Flüchtlings-)Krise im psychotherapeutischen Behandlungszimmer, in: Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 2018; 68 (01): 30–37

Anhang:

<http://dx.doi.org/10.1055/s-0043-106294>

Thöle, A.-M. & Kluge, U. Psychotherapeutisches Arbeiten mit Geflüchteten? – Eine Navigationshilfe für die Praxis, in: Zeitschrift für Flucht- und Flüchtlingsforschung Z'Flucht, 2021; Sonderband 1: 143–165

<https://doi.org/10.5771/9783748906452>

Orang, T.M., Missmahl, I., Thöle, A.-M., Valensise, L., Brenner, A., Gardisi, M., Peter, H. & Kluge, U. New directions in the mental health care of migrants, including refugees—A randomized controlled trial investigating the efficacy of value-based counselling, in: *Clinical Psychology & Psychotherapy* 2022: 1–14. DOI: 10.1002/cpp.2728

<https://doi.org/10.1002/cpp.2728>

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Publikationsliste

Orang TM, Missmahl I, Thöle AM, Valensise L, Brenner A, Gardisi M, Peter H, Kluge U. New directions in the mental health care of migrants, including refugees—A randomized controlled trial investigating the efficacy of value-based counselling. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 2022;1–14. DOI: 10.1002/cpp.2728

Thöle AM, Kluge U. Psychotherapeutisches Arbeiten mit Geflüchteten? – Eine Navigationshilfe für die Praxis. *Zeitschrift für Flucht- und Flüchtlingsforschung Z'Flucht* 2021;Sonderband 1:143–165.

Thöle AM. Perspektiven niedergelassener Psychotherapeuten auf ihre Klienten mit Fluchterfahrungen. *Forum für Kritische Psychologie* 2018;1:119–135.

Thöle AM, Penka S, Aichberger M, Heinz A, Kluge U. Die (Flüchtlings-)Krise im psychotherapeutischen Behandlungszimmer. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 2018;68(01):30–37.

Thöle AM, Penka S, Brähler E, Heinz A, Kluge U. Psychotherapeutische Versorgung von Geflüchteten aus der Sicht niedergelassener Psychotherapeuten in Deutschland. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 2017;65(3):145–154.

Vorträge

16.-19.06.2021 Vortrag im Rahmen der Konferenz '1st Conference of the Association of European Qualitative Researchers in Psychology (EQuiP): Creating Bridges' zum Thema: Psychotherapeutic care of refugees – a perspective of practical psychotherapists.

15.-20.09.2018 Vortrag im Rahmen des 51. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGP) in Frankfurt am Main zum Thema: Der Einfluss gesellschaftlicher, politischer und medialer Diskurse auf die psychotherapeutische Behandlung von Flüchtlingen.

12.04.2018 Vortrag im Rahmen einer klinikinternen Weiterbildungsreihe in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Frankfurt (Oder) zum Thema: Traumakonzepte und ihre Bedeutung bei der Behandlung von Menschen mit Gewalterfahrungen mit besonderem Fokus auf der psychotherapeutischen Versorgung von Geflüchteten.

23.-25.03.2018 Vortrag im Rahmen der Konferenz 'Praxis der Kritischen Psychologie in Deutschland und der Türkei' zum Thema: Was haben psychologische Traumakonzepte mit rassistischen Diskursen / Denkweisen über Flüchtlinge zu tun?

Danksagung

Ich danke Andreas Heinz und Ulrike Kluge dafür, dass sie mir diese Arbeit ermöglicht haben. Ulrike Kluge gilt ein besonderer Dank für konstruktive inhaltlich-methodische Anregungen und Unterstützung sowie für die regelmäßige Begleitung.

Allen Teilnehmenden des Doktorandenkolloquiums danke ich für Vorschläge, Ratschläge, Kommentare, Korrekturen, Ideen und weitere inhaltliche Unterstützung, ebenso allen Koautor*innen der eingereichten Publikationen. Ein Dank geht außerdem an all jene Menschen, die mir in anderen Kontexten, in denen ich erste Forschungsergebnisse etc. vorgestellt habe, mit ihren Ideen und Kommentaren geholfen haben, die Arbeit weiterzuentwickeln.

Ein besonderer Dank gebührt meinen Interviewpartner*innen, ohne die diese Arbeit nicht möglich gewesen wäre.

Esteban danke ich für Ermutigung und Unterstützung in allen Phasen der Arbeit und die vielen hilfreichen Momente des Austausches. Weiterhin danke ich Julia, Leonie und Alejandro für Korrekturen und Kommentare, Gerlinde danke ich für die Ermutigung, eine Promotion zu beginnen. Familie und Freunden danke ich für jegliche anderweitige Unterstützung, die zum Gelingen der Arbeit beigetragen hat.