

Masterarbeit

**Prämigrationstraumata und Postmigrationsstressoren:
Lebensbedingungen und psychische Gesundheit von AfghanInnen im eigenen Land
und im Exil**

Institut für Psychologie

Forschungsmethodik, Diagnostik und Evaluation

vorgelegt von

Sarah Steden, B.Sc. Psychologin

Abgabedatum: 17.08.2017

Erstgutachter: apl. Prof. Dr. Josef Rogner

Zweitgutachter: Dr. Peter Wolff

Inhaltsverzeichnis

I.	Abbildungs- und Tabellenverzeichnis.....	III
II.	Abkürzungsverzeichnis.....	IV
	Zusammenfassung und Abstract.....	1
1	Einleitung.....	3
2	Der Fall Afghanistan	5
2.1	Historischer Hintergrund.....	6
2.2	Derzeitige Sicherheits- und Menschenrechtslage.....	8
2.3	Derzeitige humanitäre und sozioökonomische Lage	10
2.4	Medizinische und psychologische Versorgungslage.....	11
3	Fluchtgründe und Prämigrationstraumata	14
3.1	Potentiell traumatische Ereignisse.....	15
3.1.1	Nach ICD-10 und DSM-5.....	16
3.1.2	Differenzierung traumatischer Ereignisse.....	17
3.2	Psychische Erkrankungen bei Afghanistans Bevölkerung	18
4	Deutschland – Das Ende der Strapazen?.....	20
4.1	Flüchtlinge und Asylsuchende in Deutschland.....	20
4.2	Besondere Situation von afghanischen Flüchtlingen und Asylsuchenden.....	21
4.3	Ablauf des Asylverfahrens.....	23
4.4	Psychosoziale Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in Deutschland	27
5	Psychische Gesundheit von Flüchtlingen und Asylsuchenden.....	30
5.1	Posttraumatische Belastungsstörung	31
5.1.1	Klassifikation nach DSM-5 und ICD-10	32
5.1.2	Prävalenz	34
5.2	Andere Traumafolgestörungen	35

5.3	Komorbide Störungen	37
5.4	Der Transkulturelle Ansatz: Kulturspezifische Besonderheiten bezüglich PTBS und anderen Traumafolgestörungen bei Klienten aus dem afghanischen Kulturkreis	38
6	Postmigrationsstressoren und die Behandlung von Traumafolgestörungen	41
6.1	Die Zeit des Asylverfahrens – Unterschiede im Leben von anerkannten Flüchtlingen und Asylsuchenden	42
6.2	Voraussetzungen für eine gelungene Traumatherapie und Auswirkungen des Asylverfahrens auf die Behandlung von Traumafolgestörungen.....	44
6.3	Therapie und Beratung unter Hinzuziehung von Sprach- und Kulturmittlern	46
6.4	Besondere Schwierigkeiten traumatisierter Geflüchteter im Asylverfahren.....	48
7	Zusammenfassung und Fazit	50
8	Literaturverzeichnis.....	56
9	Anhang	69

I. Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

<i>Abbildung 1.</i>	Anteile verschiedener Ethnien in Afghanistan (PRO ASYL, 2016)	5
<i>Abbildung 2.</i>	Anzahl der Abschiebungen nach Afghanistan 2011 bis 2016 (Deutscher Bundestag, 2015, Deutscher Bundestag, 2016d, Deutscher Bundestag, 2017b)	9
<i>Abbildung 3.</i>	Arbeitskräfte im Bereich psychische Gesundheit pro 100.000 Einwohner (World Health Organization, 2015)	12
<i>Abbildung 4.</i>	Einteilung traumatischer Erlebnisse (Maercker, 2013)	18
<i>Abbildung 5.</i>	Überblick über gestellte Asylanträge (Erst- & Folgeanträge & Gesamtzahl) (BAMF, 2016)	20
<i>Tabelle 1</i>	Anhängige Verfahren (Deutscher Bundestag, 2016)	23

II. Abkürzungsverzeichnis

AGE	Anti Government Elements – Regierungsfeindliche Truppen
APA	American Psychiatric Association
ASCL	Afghan Symptom Checklist
AsylbLG	Asylbewerberleistungsgesetz
AsylG	Asylgesetz
AZR	Ausländerzentralregister
BaFf	Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e.V.
BAMF	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen
GG	Grundgesetz
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
IDP	Internally Displaced People – Binnenflüchtlinge
HDI	Human Development Index
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
UN	United Nations – Vereinte Nationen
UNHCR	United Nations High Commissioner of Refugees – Flüchtlingshilfswerk der Vereinten Nationen
WHO	World Health Organization – Weltgesundheitsorganisation

Zusammenfassung und Abstract

Zusammenfassung

Unter Berücksichtigung von erlebten Prämigrationstraumata und vorliegenden Postmigrationsstressoren werden in der vorliegenden Arbeit die psychische Gesundheit sowie die Auswirkungen des Asylverfahrens darauf bei Schutzsuchenden aus Afghanistan analysiert. Ein besonderes Augenmerk liegt dabei auf der Posttraumatischen Belastungsstörung (*PTBS*) und anderen Traumafolgestörungen. Es werden ausführliche Hintergrundinformationen zu den derzeitigen Lebensbedingungen in Afghanistan gegeben und die Sicherheits- und Menschenrechtslage sowie die humanitäre und sozioökonomische Lage diskutiert. Weiterhin wird, unter besonderer Berücksichtigung afghanischer Schutzsuchender, ein Überblick über das Leben von Flüchtlingen und Asylsuchenden in Deutschland gegeben, wobei das Asylverfahren erläutert und auf die psychosoziale Versorgungslage eingegangen wird. Die vorliegende Arbeit stützt sich auf Ergebnisse und Informationen aus einer systematischen Literaturrecherche in psychologischen Datenbanken, unter anderem Psycndex, PsycInfo und PsycArticles, sowie auf Literatur verschiedener Flüchtlings- und Menschenrechtsorganisationen und Publikationen und Berichte verschiedener staatlicher Behörden. Die gesichtete Literatur deutet darauf hin, dass eine schlechte psychische Gesundheit, bedingt durch Postmigrationsstressoren und Prämigrationstraumata, einen negativen Einfluss auf das Asylverfahren haben kann. Außerdem zeichnet sich ab, dass die Zeit des Asylverfahrens eine besondere Belastung bedeutet, die wiederum einen negativen Einfluss auf die psychische Gesundheit der Betroffenen nehmen kann. Bei all diesen Erkenntnissen spielen kulturelle Besonderheiten eine zentrale Rolle und Diskrepanzen zwischen westlichen und spezifischen kulturgebundenen Krankheitskonzepten bedürfen besonderer Berücksichtigung.

Schlagwörter: Afghanistan, Deutschland, Flüchtlinge, Asylsuchende, Prämigrationstraumata, Postmigrationsstressoren, PTBS, Asylverfahren

Abstract

Considering previous pre-migration traumas and current post-migration stressors the paper at hand examines the mental health of afghan refugees and asylum seekers and the various effects the asylum process has on this group. Therefore, a special focus is set on posttraumatic stress disorder (*PTSD*) and other trauma related mental conditions. The paper provides detailed information on the present living conditions and safety situation, as well as the state of human rights and the humanitarian and socio-economic conditions in Afghanistan. Furthermore, the thesis outlines the life of displaced people in Germany with a special focus on afghan refugees and asylum seekers. It illustrates the different steps an individual has to take in order to apply for asylum and analyses the availability of psycho-social treatment possibilities. The presented study is based on a systematic literature research in psychological databases, such as Psyn dex, PsycInfo and PsycArticles, literature provided by refugee- and human rights organizations and articles published by different government authorities. This research indicates that a poor mental health status caused by pre-migration traumas and post-migration stressors can negatively impact the asylum process. Additionally, the asylum procedure as a whole seems to be a high burden for the persons concerned and can also have negative effects on their mental health. Altogether, distinctive cultural features and differences between western and specific culture bound concepts of mental disorders must always be considered.

Keywords: Afghanistan, Germany, refugees, asylumseekers, pre-migration trauma, post-migration stressor, PTSD, asylum procedure

1 Einleitung

Weltweit führen in vielen Ländern kriegerische Auseinandersetzungen, Terrorismus, Gewalt und Verfolgung sowie damit verbundene Menschenrechtsverletzungen dazu, dass Menschen sich gezwungen sehen ihr bisheriges Leben aufzugeben und ihre Heimat zu verlassen. Viele Schutzsuchende verharren als Binnenvertriebene in anderen Teilen ihres Herkunftslandes, andere begeben sich auf eine lange Flucht in eine ungewisse Zukunft, weit ab von allem Bekannten (Bundespsychotherapeutenkammer, 2016). Gemäß Angaben des Flüchtlingshilfswerks der Vereinten Nationen (*UNHCR*) waren im Jahr 2016 insgesamt 65,6 Millionen Menschen auf der Flucht. Dies stellt die höchste Zahl dar, die von der Organisation jemals verzeichnet wurde. In anderen Zahlen bedeutet dies, dass im Schnitt alle drei Sekunden ein Mensch dazu gezwungen wird aus seiner Heimat zu fliehen. Einer von 113 Menschen weltweit hat in seinem Leben mit Flucht und Verfolgung zu kämpfen (*UNHCR*, 2017). Viele Schutzsuchende zieht es auf diesem Wege auch nach Europa. Im Jahr 2016 wurden in der Europäischen Union mehr als 1,2 Millionen Asylersanträge gestellt, davon über 720.000 in der Bundesrepublik Deutschland (*statista*, 2017b). Die drei Hauptherkunftsländer von Asylsuchenden in Deutschland waren dabei Syrien (36,9%), Afghanistan (17,6%) und Irak (13,3%) (*BAMF*, 2017a). Die komplexen Stressoren und teilweise traumatischen Erfahrungen, die vor, während und auch nach der Flucht auf Schutzsuchende einwirken, haben in vielerlei Hinsicht Einfluss auf die psychische und physische Gesundheit der Betroffenen. Viele Menschen entwickeln als Konsequenz Traumafolgestörungen und sind auf professionelle Unterstützung angewiesen (*DGPPN*, 2016; *Maercker*, 2013b).

Trotz grundlegender Ähnlichkeiten ist es wichtig, Geflüchtete als äußerst heterogene Gruppen zu betrachten. Annahmen über und die Bewertung von verschiedenen Krankheitsbildern und deren Ursachen sind stark abhängig von kulturellen, religiösen und traditionellen Verhältnissen. Dies zeigt sich besonders bei Aspekten der psychischen Gesundheit, wie zum Beispiel dem Umgang mit traumatischen Erlebnissen. Die gesellschaftliche Akzeptanz von und der gewöhnliche Umgang mit psychischen Erkrankungen weisen große Diskrepanzen zwischen verschiedenen Ethnien und Subgruppen auf (*Kizilhan, Utz & Bengel*, 2013). Aus diesem Grund konzentriert sich der vorliegende Beitrag nicht auf Flüchtlinge und Asylsuchende allgemein, sondern legt den Fokus auf ein bestimmtes Herkunftsland und zwar Afghanistan. In Afghanistan herrschen seit mehr als drei Jahrzehnten andauernd Unruhen und kriegerische Auseinandersetzungen. Afghanistans Bevölkerung ist davon substantiell betroffen und enormen Gefahren ausgesetzt. In den vergangenen Jahrzehnten brachten mehrere Massenfluchtbewegungen viele AfghanInnen nach Deutschland (*Congressional Research Service*, 2016). Seit den 1980er Jahren gehört Afghanistan fast

durchgängig zu den Hauptherkunftsländern von Flüchtlingen in Deutschland (PRO ASYL, 2016e). Des Weiteren ist die Situation afghanischer Geflüchteter ein Thema, das in den deutschen Medien sehr öffentlichkeitswirksam diskutiert wird. Trotz massiver Kritik und Gegenwehr verschiedener Flüchtlings- und Menschenrechtsorganisationen setzt die Bundesregierung seit Ende 2016 vermehrt auf Abschiebungen in die als sicher bezeichneten Teile Afghanistans (Amnesty International, 2016; Deutscher Bundestag, 2017b; PRO ASYL, 2016e; Tagesschau, 2017i).

2 Der Fall Afghanistan

In diesem Abschnitt wird zunächst ein kurzer Überblick über die politische, gesellschaftliche und humanitäre Entwicklung Afghanistans in den vergangenen Jahrzehnten gegeben und die aktuelle Situation im Land dargestellt. Dabei liegt der Fokus auf der derzeitigen Sicherheitslage in Afghanistan. Zudem wird die psychische Gesundheit von AfghanInnen, die sich gegen eine Flucht entscheiden, beleuchtet und ein Überblick über die Versorgungslage im psychologischen und psychiatrischen Bereich im Inland gegeben. Des Weiteren werden verschiedene potentiell traumatische Ereignisse dargestellt, mit denen Menschen in Afghanistan tagtäglich konfrontiert sind und weitere Fluchtgründe diskutiert.

Afghanistan liegt im äußersten Süden Zentralasiens und umfasst ca. 652000 Quadratkilometer (Auswärtiges Amt, 2016). Das Land, das nach Schätzungen der US-Regierung Mitte 2015 ca. 32,6 Millionen Einwohner beherbergte (USDOS, 2016), umfasst 34 Provinzen, die sich wiederum in 329 Distrikte gliedern (PRO ASYL, 2016e). In Afghanistan leben Menschen mit vielen verschiedenen ethnischen Hintergründen zusammen. Die weitaus meisten Menschen gehören der Gruppe der Paschtunen an, gefolgt von Tadschiken und Hazara und Usbeken (PRO ASYL, 2016e). Ein Überblick über die Anteile der verschiedenen Ethnien in Afghanistan kann Abbildung 1 entnommen werden.

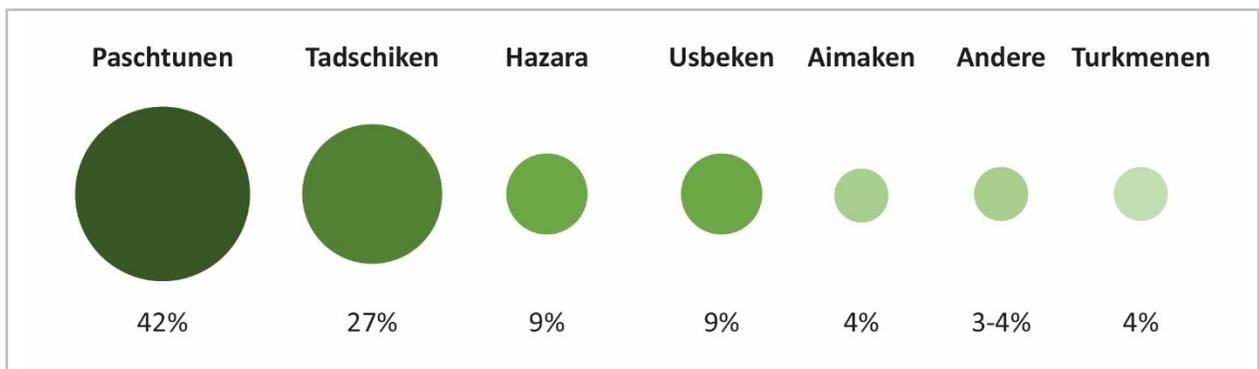


Abbildung 1. Anteile verschiedener Ethnien in Afghanistan (PRO ASYL, 2016e)

Beruhend auf dem Human Development Report 2015 (UNDP, 2015) gehört Afghanistan, bezogen auf verschiedene soziale Indikatoren, heute zu den am wenigsten entwickelten und strukturschwächsten Ländern weltweit. Die durchschnittliche Lebenserwartung beträgt 60,4 Jahre und liegt damit noch knapp unter dem Durchschnitt der Gruppe der am geringsten entwickelten Regionen weltweit (60,6 Jahre). Zudem gehört Afghanistan global gesehen zu den Ländern mit der höchsten Ungleichheit zwischen den

Geschlechtern. 2015 belegte das Land im Ranking des *United Nations Development Programme* Platz 152 von 154. Das bedeutet, dass es kaum ein Land gibt, in dem Frauen im Vergleich zu Männern schlechtere Chancen am Arbeitsmarkt haben, sich mit größeren Risiken bezüglich Reproduktionsgesundheit konfrontiert sehen und weniger Macht haben als in Afghanistan. Dies zeigt sich unter anderem auch an einer Müttersterblichkeit, die weit über dem globalen Durchschnitt liegt. Des Weiteren erreichen in Afghanistan knapp 10% der lebend geborenen Kinder nicht das fünfte Lebensjahr, im Vergleich zu 0,4% in Deutschland. Auch die Alphabetisierungsrate der Jugendlichen und Erwachsenen ab dem 15ten Lebensjahr gehört zu den geringsten weltweit (UNDP, 2015).

Mit mangelndem Erfolg versuchen die afghanische Regierung und staatliche Sicherheitskräfte sich seit Jahren gegen verschiedene nicht-staatliche Akteure wie die Taliban, Hezb-i-Islami und das Haqqani Network durchzusetzen. Aufgrund des anhaltenden Konfliktes hat Afghanistan inzwischen kaum noch Kapazitäten und Ressourcen, für die wirtschaftlichen, sozialen oder gesundheitlichen Bedürfnisse seiner Bürger zu sorgen (Naber, 2016).

2.1 Historischer Hintergrund

Seit mehr als drei Jahrzehnten ist Afghanistan geprägt durch kriegerische Auseinandersetzungen und bewaffnete Konflikte. Kontinuierliche Spannungen und Auseinandersetzungen zwischen verschiedenen staatlichen und nicht-staatlichen Akteuren aus dem In- und Ausland führten dazu, dass dreiviertel der Bevölkerung Afghanistans mindestens einmal im Leben zur Flucht gezwungen wurde (PRO ASYL, 2016e). Einige der Geflüchteten leben als Binnenflüchtlinge (*IDP*) in anderen Teilen Afghanistans, andere wiederum müssen das Land für kurze Zeit oder auch auf Dauer verlassen.

In der jüngeren Vergangenheit gab es in Afghanistan mehrere Anlässe, die zu massenhaften Fluchtwellen der Bevölkerung führten. Am 27. Dezember 1979 entsandte die Sowjetunion Truppen nach Afghanistan um eine Machtübernahme durch islamische Kämpfer, Mudschaheddin genannt, zu verhindern (Congressional Research Service, 2016). Die Invasion der sowjetischen Truppen und der sich anschließende zehnjährige Krieg zwangen viele AfghanInnen zur Flucht. Die kontinuierlichen Auseinandersetzungen führten zudem zu sozialer Unruhe, Nahrungsmittelknappheit und desolaten wirtschaftlichen Aussichten (Hofmann & Reichel, 2014). Auch nachdem die sowjetischen Truppen nach Verhandlungen mit den Vereinten Nationen (*UN*) das Land im Februar 1989 verlassen hatten, unterstützten sie das Land weiter finanziell, bis auch diese Hilfen Anfang 1992 eingestellt wurden. Im Folgenden ergab sich zwischen 1992

und 1996 die nächste Massenfluchtbewegung. Der bisherige Staatspräsident Afghanistans, Mohammad Najibullah, scheiterte und die Mudschaheddin kamen an die Macht (Congressional Research Service, 2016). Die Gefechte zwischen verschiedenen Mudschaheddin-Fraktionen, die zuvor im Krieg gegen die Sowjetunion gekämpft hatten und diversen anderen Parteien, führten zur Aufteilung des Landes in Machtzonen und zur Zerstörung Kabuls. Während dieser Auseinandersetzungen herrschten in Afghanistan Angst, Gesetzlosigkeit, Straflosigkeit, Korruption und Unrecht. In diesem Klima formierten sich die Taliban aus islamischen Geistlichen und ihren Schülern mit paschtunischen Wurzeln (Congressional Research Service, 2016). Die Bewegung wuchs von einer zunächst kleinen örtlichen Miliz zu einer landesweiten Gruppierung an und im September 1996 kam es zur Einnahme Kabuls durch die Taliban (PRO ASYL, 2016e). Die Taliban versprachen der Bevölkerung zunächst, die zerstörerische Gewalt und die Gesetzlosigkeit der vergangenen Jahre zu beenden und somit hatten zu Beginn der Herrschaftsperiode die meisten AfghanInnen kein rein negatives Bild von der Gruppierung. Dies änderte sich jedoch schnell und es kam zu einer dritten Massenfluchtbewegung innerhalb weniger Jahre (Miller et al., 2006). Die Taliban beriefen sich im Folgenden strikt auf das islamische Gesetz, die Scharia, und setzten es durch. Alle Verstöße gegen die Scharia wurden erbarmungslos bestraft. Frauen und Mädchen wurden systematisch unterdrückt und hatten besonders strenge Regeln zu befolgen. So gab es unter dem Taliban-Regime eine Burka-Pflicht und Frauen durften das Haus nur in Begleitung direkter männlicher Verwandtschaft verlassen. Bildung für Mädchen wurde auf ein Minimum beschränkt (Miller et al., 2006; PRO ASYL, 2016e). Nach mehreren gescheiterten Gesprächen und abgelehnten Auslieferungssuchen für Osama bin Laden, starteten die USA nach den Anschlägen am 11. September 2001 als Konsequenz die Militäroperation *Enduring Freedom*. Diese Operation begann am 07. Oktober desselben Jahres und endete im darauffolgenden Dezember mit dem Sturz der Taliban und wurde von der Operation *Anaconda* abgelöst (Congressional Research Service, 2016). Der Sturz des Taliban-Regimes führte zunächst zu einem kurzen Moment der Erleichterung für die Bevölkerung und die internationale Gemeinschaft, die humanitäre Lage im ganzen Land blieb jedoch weiterhin kritisch. Einige Aspekte des täglichen Lebens veränderten sich drastisch. Mädchen durften wieder zur Schule gehen und Frauen arbeiten (European Asylum Support Office, 2016; PRO ASYL, 2016e). In den folgenden Jahren gewannen die Taliban jedoch Teile ihrer Macht zurück und zur Zeit der ersten Präsidentschaftswahlen im Jahr 2004 organisierten sie einen Aufstand gegen die neu gewählte Regierung unter Präsident Hamid Karzai. Verschiedene aufständische Gruppen schlossen sich in den darauffolgenden Jahren der Ideologie und Politik der Taliban an und kämpften an ihrer Seite. So zum Beispiel die Hezb-e-Islami-Gulbuddin (*HIG*), die sich bisher hauptsächlich auf so genannte *High Profile Attacks*, also öffentlichkeitswirksame Angriffe, fokussiert haben (Osman, 2016). Als weitere aufständische Gruppe ist

das Haqqani Network zu nennen, das nicht nur eng mit den afghanischen Taliban, sondern auch mit al-Qaida kooperiert (European Country of Origin Information Network, 2016). Die Bedrohung und das Risiko, das von diesen regierungsfeindlichen Gruppen und auch von Kommandeuren regionaler Milizen und Warlords, meist selbsternannten regionalen Kommandeuren, ausgeht, hat dazu geführt, dass die Sicherheitslage in Afghanistan im Jahr 2010 von den Vereinten Nationen als die instabilste seit dem Sturz des Taliban-Regimes bezeichnet wurde (Yoshimura, 2011). Im gleichen Jahr beschlossen die NATO-Mächte einen Rückzug internationaler Truppen und die schrittweise Übertragung der Sicherheitsverantwortung an die afghanische Regierung (Yoshimura, 2011). Seit Mitte 2014 ist in Afghanistan zudem verstärkte Aktivität eines Ablegers des Islamischen Staat zu beobachten. Die Gruppierung Islamic-State-Khorasan-Province ist hauptsächlich im Norden des Landes aktiv (Congressional Research Service, 2016). Die 2014 gebildete aktuelle Regierung, bestehend aus Präsident Ashraf Ghani und CEO Dr. Abdullah Abdullah, wurde 2016 als enorm instabil und kurz vor dem Zusammenbruch stehend bezeichnet (Congressional Research Service, 2016). Aufgrund der anhaltenden Kämpfe und Konflikte innerhalb des Landes ist seit 2015 erneut eine steigende Fluchtbewegung afghanischer BürgerInnen zu beobachten (UNHCR, 2016d).

2.2 Derzeitige Sicherheits- und Menschenrechtslage

Schaut man sich den derzeitigen Kurs der Bundesregierung bezüglich afghanischer Flüchtlinge an, so scheint es, als sei Afghanistan ein durchaus sicheres Land, in das Flüchtlinge mit gutem Gewissen rückgeführt werden können. Dies zeigt sich auch an einer stark erhöhten Abschiebequote für afghanische Flüchtlinge im Jahr 2016. Informationen über die tatsächlichen Abschiebungen nach Afghanistan in den vergangenen sechs Jahren können Abbildung 2 entnommen werden.

Der im Februar 2016 veröffentlichte jährliche Bericht der Unterstützungsmission der Vereinten Nationen in Afghanistan zeigt auf, dass es im Jahr 2015 die höchste Zahl an zivilen Opfern seit 2009 gab. Dies bedeutet einen Anstieg von 4% im Vergleich zu 2014. Die Lage in Afghanistan ist unvorhersehbar und Zivilisten tragen die Hauptlast des Konfliktes. Im Jahr 2015 waren sogenannte *ground engagements* insgesamt für 38% aller zivilen Opfer verantwortlich. Regierungsfeindliche Truppen (*AGE*) wie die Taliban verübten durch improvisierte explosive Vorrichtungen und Selbstmordattentate gezielt Anschläge auf Zivilisten (UNAMA, 2016). Weitere sicherheitsrelevante Vorfälle und Menschenrechtsverletzungen gehen zudem von lokalen Machthabern, Warlords und korrupten Regierungsvertretern aus (UNHCR, 2016c). Zudem sind seit 2015 abermals vermehrt Kinder gefährdet, von den Taliban rekrutiert zu werden. Nach

Informationen von *Human Rights Watch* rekrutieren die Taliban bereits seit den 1990er Jahren regelmäßig Kinder und Jugendliche und bilden sie in Religionsschulen, so genannten Madrasas, zu Kämpfern aus. Vor allem Kinder aus armen Familien bilden ein leichtes Ziel für die Rekrutierungen. Die Taliban zahlen für Schule, Unterkunft und Verpflegung der Kinder und in einigen Fällen wird den Eltern zusätzlich Geld angeboten, damit sie ihre Kinder den Taliban überlassen. Gemäß internationalen Menschenrechten und anderen Kriegsvölkerechten stellt die Rekrutierung von Kindern unter 15 Jahren ein Kriegsverbrechen dar (HRW, 2016). Des Weiteren sind in Afghanistan seit 2015 erneut vermehrt Menschenrechtsverbrechen durch Folter zu beobachten. Nicht nur AGEs machen sich dieser Verbrechen schuldig, auch staatliche Sicherheitsbehörden erzwingen durch Folter Geständnisse und setzen Gefangene inhumanen und menschenunwürdigen Bedingungen aus. Auch Kinder, die der Zusammenarbeit mit AGEs bezichtigt werden, sind vor illegalen Festnahmen und Folter nicht geschützt (Schweizerische Flüchtlingshilfe, 2016; UNHCR, 2016c).

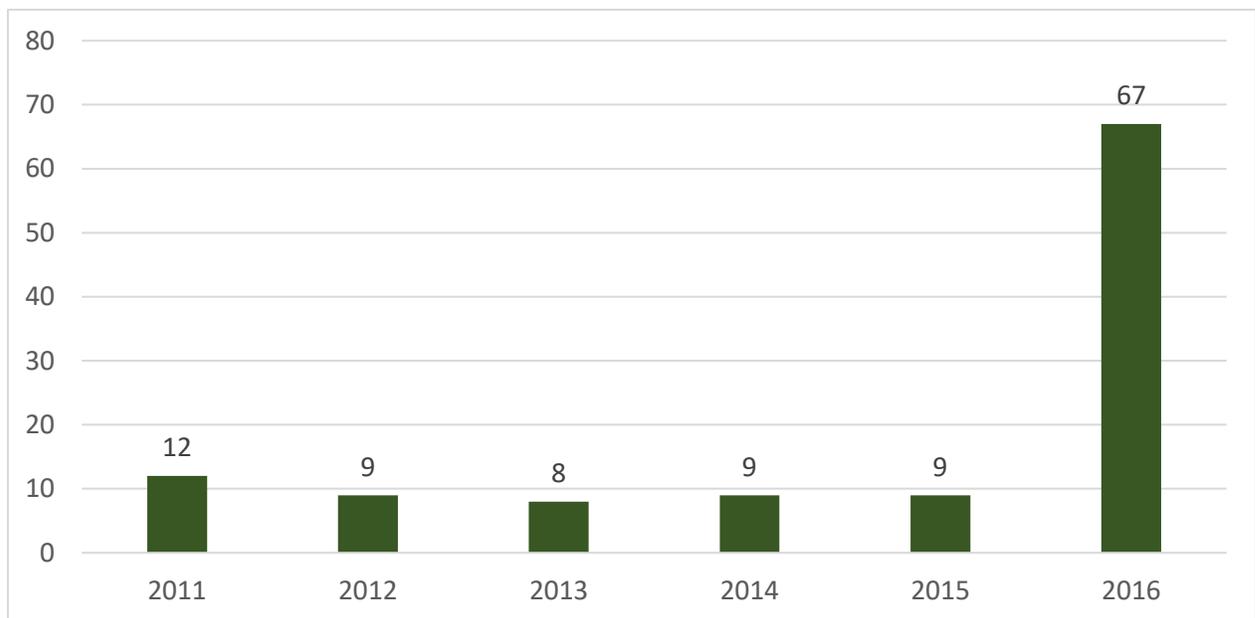


Abbildung 2. Anzahl der Abschiebungen nach Afghanistan 2011 bis 2016 (Deutscher Bundestag, 2015, Deutscher Bundestag, 2016d, Deutscher Bundestag, 2017b)

2.3 Derzeitige humanitäre und sozioökonomische Lage

Aktuell sieht sich Afghanistan mit enormen Problemen bezüglich der humanitären Lage im Land konfrontiert. Jahrzehntlang anhaltende Konflikte und auch wiederholte Naturkatastrophen haben die Bevölkerung verletzlich gemacht und ihre Bewältigungsmöglichkeiten erschöpft (UNHCR, 2016c). Trotz der vielen internationalen Hilfen schneidet das Land im globalen Vergleich weiterhin schlecht ab. Dies zeigt sich auch in dem jährlichen Bericht der UN (UNDP, 2015). Jedes Jahr wird im *Human Development Report* der Human Development Index (*HDI*) berechnet und eine Rangfolge der Länder aufgestellt. Der HDI ist ein Fortschrittsindikator und bildet drei Dimensionen ab. Diese sind die Möglichkeit ein langes gesundes Leben zu führen, gemessen an der Lebenserwartung Neugeborener, die Möglichkeit Wissen zu erwerben, gemessen an der durchschnittlichen und der erwarteten Zahl an Ausbildungsjahren und die Möglichkeit einen angemessenen Lebensstandard zu erreichen, gemessen am Bruttonationaleinkommen pro Kopf. Mit einem HDI von 0.465 belegt Afghanistan zurzeit Platz 171 von 188 und befindet sich somit in der Kategorie der Länder mit geringer menschlicher Entwicklung. Afghanistan bietet jedoch nicht nur in den Bereichen Gesundheit, Bildung und Einkommen schlechte Perspektiven für seine Bürger, auch in vielen anderen Bereichen sind die Kapazitäten des Landes erschöpft und die humanitäre Lage ist geprägt durch Armut, Verlust und menschenunwürdige Bedingungen. So waren zum Ende des Jahres 2015 8,1 Millionen Menschen in Afghanistan auf humanitäre Hilfe angewiesen (UNOCHA, 2016). 35,8% der Bevölkerung leben unter der nationalen Armutsgrenze und 1,7 Millionen Menschen haben mit ernster Lebensmittelknappheit zu kämpfen (UNDP, 2015; UNOCHA, 2016). Dies ist unter anderem auch damit zu erklären, dass seit dem Abzug der internationalen Sicherheitskräfte im Jahr 2014 die Arbeitslosenquote weiter angestiegen ist. Die afghanische Wirtschaft wurde zuvor stark durch Aufträge der internationalen Staatengemeinschaft angekurbelt, die vor allem in den Bereichen Bau, Logistik, Transport und Dienstleistungen auf die lokalen Anbieter zurückgriff (Schweizerische Flüchtlingshilfe, 2016). Im Vergleich zu ländlichen Gebieten ist vor allem im urbanen Raum eine höhere Arbeitslosigkeit zu beobachten. In den Städten herrscht insbesondere unter Frauen, Jugendlichen und älteren Menschen hohe Beschäftigungslosigkeit, da dort, anders als in ländlichen Gebieten, keine Beschäftigung in der Landwirtschaft möglich ist, die sonst den Hauptarbeitsbereich dieser Gruppen darstellt (Yoshimura, 2011). Des Weiteren sind sowohl ländliche als auch urbane Gebiete geprägt durch unzureichende Versorgung mit Trinkwasser und Elektrizität. Im Jahr 2012 hatten lediglich 46% der Bevölkerung Zugang zu Wasser in Trinkwasserqualität (Central Statistics Organization, 2014). Bis 2016 konnte zudem das Ziel der Regierung, 65% der urbanen und 25% der ländlichen Haushalte mit Elektrizität zu versorgen, nicht erreicht werden (Schweizerische Flüchtlingshilfe, 2016). Ein weiteres Problem zeigt sich hauptsächlich in den großen Städten Afghanistans. Durch die

enorme Wohnungsknappheit sind viele Menschen gezwungen, in informellen Siedlungen am Stadtrand zu leben. Laut Angaben von UNHCR und der Weltbank ist dieses Problem in Kabul besonders groß. Dort leben schätzungsweise 70% der Bevölkerung in illegalen Siedlungen (The World Bank & UNHCR, 2011). Kabul wurde ursprünglich für eine Bevölkerung von weniger als einer Million Einwohner angelegt und beheimatet heute nach offiziellen Angaben mindestens 3,8 Millionen Menschen (Cities Alliance, 2011; United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs, 2017). Die Stadt gehörte in den vergangenen Jahren weltweit zu den Städten mit dem stärksten Bevölkerungswachstum (Cities Alliance, 2011). Tausende Menschen zieht es auf der Suche nach Arbeit und besseren Lebensbedingungen in die Stadt und auch Binnenflüchtlinge und Rückkehrer, die für einige Zeit im Ausland lebten, sehen Kabul als die beste oder einzige Perspektive sich nieder zu lassen (The World Bank & UNHCR, 2011).

Trotz der erschöpften Ressourcen und Kapazitäten des Landes ist die aktuelle Regierung Afghanistans bemüht, Rückkehrer willkommen zu heißen und sie in den Wiederaufbau des Landes zu integrieren. Aufgrund der weiter andauernden Kämpfe und der fatalen sozio-ökonomischen Bedingungen wird das Land dabei jedoch weiterhin auf internationale Hilfe angewiesen sein (UNHCR, 2016b).

2.4 Medizinische und psychologische Versorgungslage im Land

Die Bevölkerung Afghanistans leidet schon lange unter unzureichender medizinischer Versorgung und die gegenwärtigen Konflikte schränken den Zugang zum Gesundheitssystem immer weiter ein (UNOCHA, 2016). Krankenhäuser werden geplündert, Mitarbeiter bedroht oder ganze Kliniken dem Militär zur Verfügung gestellt. Bedrohungen und Einschüchterungen durch den IS und andere regierungsfeindliche Truppen haben im Jahr 2015 zur Schließung von mindestens 19 Krankenhäusern geführt (UNAMA, UNOCHA, UNICEF & CTFMR, 2016). Gemäß einer Studie von Ärzten ohne Grenzen führte dieser Missstand bereits im Jahr 2013 dazu, dass 19% aller Afghanen einen Freund oder ein enges Familienmitglied verloren, da im Ernstfall keine medizinische Versorgung möglich war (Médecins Sans Frontières, 2014). Aktuelle Schätzungen zufolge leben ca. 40% der Bevölkerung in Gebieten ohne Zugang zu grundlegender medizinischer Versorgung (UNOCHA, 2016).

Der letzte Anschlag auf eine Gesundheitseinrichtung in Afghanistan, der internationales Aufsehen erregte, ereignete sich am 08. März 2017. Als Ärzte und Pfleger getarnte IS-Kämpfer drangen in das Militärkrankenhaus im streng gesicherten Diplomatenviertel in Kabul ein und erschossen nach Angaben

der Nachrichtenagentur Reuters mindestens 30 Menschen, 100 weitere wurden verletzt (Reuters, 2017; Tagesschau, 2017b).

Noch schlechter als der Bereich der allgemeinen medizinischen Versorgung ist in Afghanistan jedoch der Bereich der psychologischen und psychiatrischen Versorgung aufgestellt. Laut Daten der Weltgesundheitsorganisation gab es im Jahr 2014 in Afghanistan lediglich eine psychiatrische Klinik im ganzen Land. Hinzu kamen fünf allgemeine Krankenhäuser mit einer psychiatrischen Station. Auf 10.000.000 Einwohner kamen zur gleichen Zeit vier ausgebildete Psychologen und ein Psychiater. Auch andere Berufe im Bereich der psychischen Versorgung waren kaum besser aufgestellt. Eine Auflistung der Arbeitskräfte im Bereich der psychischen Gesundheit kann Abbildung 3 entnommen werden (World Health Organization, 2015). Die wenigen vorhandenen Angebote im Bereich psychischer Gesundheit sind zudem von schlechter Qualität. Aufgrund der unzulänglichen Versorgungslage werden psychische Probleme fast ausschließlich mit Medikamenten behandelt. Demzufolge ist die Verwendung von Antidepressiva und Benzodiazepinen konstant auf einem bedenklich hohen Level (Human Development Network, 2011). Zudem sind für den Bereich der psychischen Gesundheit in Afghanistan keine angemessenen Überwachungs- und Evaluationssysteme vorhanden. Die inadäquaten bereitgestellten Mittel der Regierung sowie die anhaltenden Konflikte lassen in absehbarer Zeit keine Aussicht auf eine positive Entwicklung zu (Human Development Network, 2011).

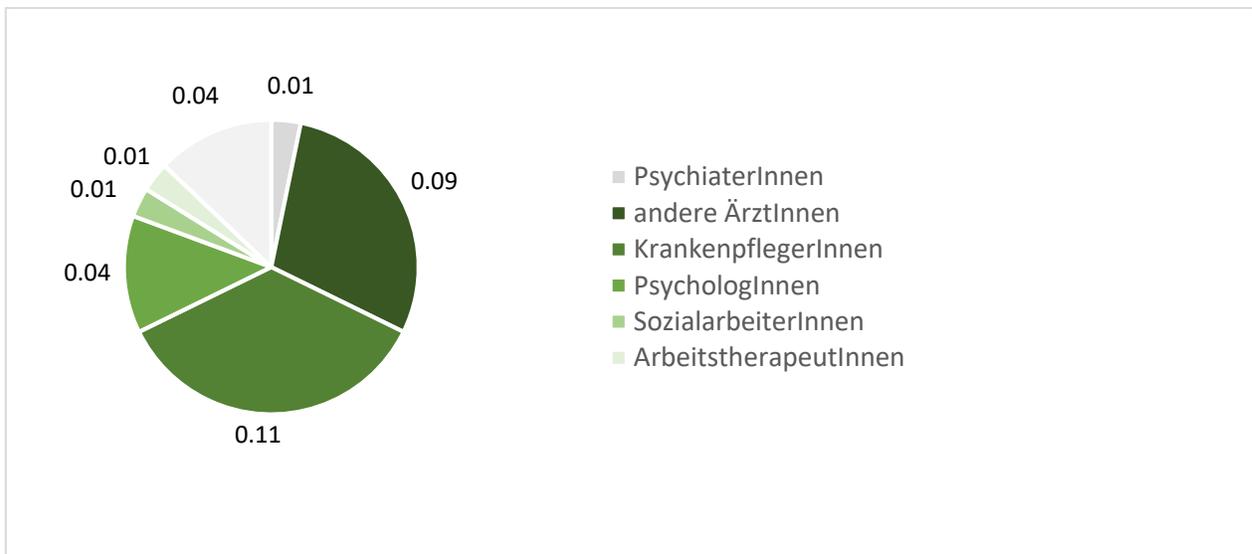


Abbildung 3. Arbeitskräfte im Bereich psychische Gesundheit pro 100.000 Einwohner (World Health Organization, 2015)

Abgesehen von der kaum vorhandenen Möglichkeit, psychologische oder psychiatrische Hilfe in Anspruch zu nehmen, ist der Bedarf bei Afghanistans Bevölkerung jedoch sehr hoch. Die andauernden Konflikte und eine Vergangenheit geprägt durch Unsicherheit und Krieg haben die Bevölkerung verletzlich gemacht und viele AfghanInnen mussten Erfahrungen mit potentiell traumatischen Ereignissen machen.

3 Fluchtgründe und Prämigrationstraumata

Die Gründe, aus denen AfghanInnen ihr Land verlassen und auch die Aspekte, die diese Entscheidung beeinflussen, sind sehr komplex und variabel. Die allgemeine Unsicherheit, die Armut der Bevölkerung und die Perspektivlosigkeit mit der junge AfghanInnen zu kämpfen haben stellen nicht nur denkbare Fluchtgründe dar, sie sind auch als potentielle Stressoren zu betrachten, die sich negativ auf die psychische Gesundheit der Bürger auswirken (Echavez, Bagaporo, Pilongo & Azadmanesh, 2014; Scholte et al., 2004). Die Perspektivlosigkeit im Bereich Bildung und Arbeit führt dazu, dass sich teilweise zehnjährige Kinder alleine auf den Weg ins Ausland machen um Zukunftsaussichten zu haben, die es ihnen erlauben, sich selbst zu versorgen und ihre Eltern im Heimatland zu unterstützen (Echavez et al., 2014). Wenn sie in Afghanistan bleiben, sind ihre Chancen denkbar schlecht. Jedes Jahr kommen ca. 400.000 junge AfghanInnen zu dem bereits gesättigten Arbeitsmarkt hinzu (ACBAR, 2014). Die katastrophale Arbeitsmarktsituation und fehlende Versorgung durch staatliche Mittel führen dazu, dass 70% von Afghanistans Bevölkerung in permanenter Armut leben (UNOCHA, 2016). Unzureichende Versorgung mit Trinkwasser und Mangelernährung zehren an den Kräften der Bürger (Central Statistics Organization, 2014; UNOCHA, 2016).

Zu diesen allgemeinen Faktoren, von denen Menschen in vielen Ländern der Welt betroffen sind, kommen in Afghanistan weitere Umstände, die das Leben der Bevölkerung tagtäglich massiv einschränken und bedrohen. Die angespannte Sicherheitslage in Afghanistan ist einer der Hauptgründe, aus denen AfghanInnen unterschiedlicher Altersklassen ihr Land verlassen. Verschiedene Aspekte wie Herkunftsregion, Ethnie oder Beruf können, zusätzlich zu den alltäglichen Kampfhandlungen, zu einer konkreten Gefahr für einzelne Individuen führen. So wurden Angehörige der Hazara in der Vergangenheit häufig Opfer von Überfällen und Tötungen, und Zwangsrekrutierung durch die Taliban stellt eine beachtliche Gefahr für paschtunische Männer dar (Naber, 2016; UNAMA, 2016). Staatliche Behörden bieten der Bevölkerung kaum Schutz, auch wenn der rechtliche Rahmen dafür gegeben ist. Korruption und Vetternwirtschaft prägen lokale und nationale Sicherheitsbehörden und in vielen Fällen konnten Mitarbeiter dieser Behörden als Täter von Vergewaltigungen oder anderen Straftaten ausgemacht werden (UNHCR, 2016c). Ein Großteil der afghanischen Bevölkerung sieht sich nicht nur mit der Zerstörung von Eigentum und allgemeiner Unsicherheit konfrontiert, sondern auch mit Menschenrechtsverletzungen unterschiedlicher Art. Kriegerische Handlungen, Terroranschläge und sexualisierte Gewalt gehören zu den Erfahrungen, die viele AfghanInnen machen müssen, häufig in Verbindung mit dem Verlust von Familienmitgliedern und Freunden. Wer Forderungen oder Anweisungen von unterschiedlichen Seiten

nicht nachkommt droht zudem gefangen genommen und auch gefoltert zu werden (DGPPN, 2016). Diese Bedingungen, denen AfghanInnen tagtäglich ausgesetzt sind führen nicht nur dazu, dass Millionen AfghanInnen gezwungenermaßen ihr Land verlassen, sondern verursachen auch enormen psychischen Druck und stellen potentiell traumatische Ereignisse dar. In verschiedenen Studien, die in unterschiedlichen kulturellen Kontexten durchgeführt wurden, konnte ein variabler aber dennoch positiver Zusammenhang zwischen sicherheitsrelevanten Bedingungen und Posttraumatischer Belastungsstörung (*PTBS*) gefunden werden. So sind beispielsweise kontinuierliche Gewaltexposition, Zerstörung der Umgebung durch bewaffnete Konflikte, Folter, Entführung und die Tatsache dem Tod nahe gewesen zu sein mit ausgeprägten Symptomen von *PTBS* assoziiert (Miller et al., 2002; Mollica et al., 1998; Scholte et al., 2004). Des Weiteren konnten auch Nahrungsmittelknappheit, Wassermangel und gezwungene spontane Flucht mit *PTBS* Symptomen in Verbindung gebracht werden (Scholte et al., 2004). Zudem wirkt sich die Situation in Afghanistan, die Millionen Menschen zur Flucht antreibt, auch indirekt auf die psychische Gesundheit der Bürger aus. Die Zerstörung der nationalen Infrastruktur und Ökonomie hängt direkt zusammen mit Armut, welche wiederum mit psychosozialen Stressoren verbunden ist (Ayoughi, 2013). Außerdem kommt es durch Flucht oder Tod von Familienmitgliedern oder Freunden zu einer Schwächung der sozialen Netzwerke. Dadurch reduziert sich der soziale Support mit dem Resultat sozialer Isolation (Miller, Omidian, Rasmussen, Yaqubi & Daudzai, 2008). Diese Umstände resultieren somit nicht nur in starkem psychologischen Druck und Disstress, sie strapazieren auch vorhandene Copingmechanismen, die bei der Stressbewältigung helfen (Miller et al., 2008).

3.1 Potentiell traumatische Ereignisse

Prämigratorische bedrohliche Erfahrungen, wie sie viele AfghanInnen vor ihrer Flucht nach Deutschland machen, werden in verschiedenen Quellen unterschiedlich definiert. Ein Aspekt, der jedoch üblicherweise hervorgehoben wird, ist, dass es sich bei diesen Erlebnissen nur um potentiell traumatische Erfahrungen handeln kann. Die Art und Weise, wie Menschen mit solchen potentiell traumatischen Ereignissen umgehen, ist maßgeblich durch vorherige Erfahrungen, verschiedene Kontextfaktoren und Persönlichkeitseigenschaften bedingt. Einige Menschen finden angemessene Copingstrategien und entwickeln in der Folge keine Traumafolgestörung. Bei anderen Personen, die potentiell traumatisierende Erfahrungen gemacht haben, kommen beispielsweise ungünstige Umgebungsfaktoren zusammen und sie entwickeln in der Folge eine Posttraumatische Belastungsstörung oder andere Traumafolgestörungen (Flatten et al., 2011; Lasogga & Gasch, 2008).

In einer Studie von Gäbel, Ruf, Schauer, Odenwald und Neuner (2006) wurden die potentiell traumatischen Erfahrungen von Asylbewerbern aus 13 verschiedenen Ländern mit verschiedenen Instrumenten erfasst. Zu den häufigsten traumatischen Erlebnissen gehören Gewalt gegenüber anderen Personen miterlebt zu haben (70%), Leichen gesehen zu haben (58%), selber Opfer von Gewalt geworden zu sein (55-63%), einen Unfall gehabt zu haben (35-53%), in Gefangenschaft gewesen zu sein (35-50%), gefoltert worden zu sein (30-43%) oder eine Naturkatastrophe (35-38%) bzw. Krieg erlebt zu haben (33-35%).

3.1.1 Nach ICD-10 und DSM-5

Um eine genaue Diagnostik und Abgrenzung einzelner Krankheiten und Störungsbilder zu ermöglichen, arbeiten Ärzte, Psychotherapeuten und Forscher weltweit mit einheitlichen Diagnosekriterien und orientieren sich dabei an der Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (*ICD*) oder dem Diagnostischen und Statistischen Manual psychischer Störungen (*DSM*). Das ICD-System wird von der WHO veröffentlicht und ist derzeit in der zehnten, überarbeiteten Auflage, ICD-10, verfügbar. Das DSM, das von der American Psychiatric Association (*APA*) herausgegeben wird, ist in deutscher Sprache seit 2015 in der fünften Version, DSM-5, verfügbar. Im Gegensatz zur ICD-10, die Diagnosekriterien für sämtliche medizinische Erkrankungen enthält, bezieht sich das DSM-5 lediglich auf psychische Störungen. Die Diagnosekriterien des DSM werden in der Forschung häufig bevorzugt, da die Operationalisierung der einzelnen Störungsbilder weitaus eindeutiger ist. In der ICD-Klassifikation wird jedem einzelnen Störungsbild ein mehrstelliger Code zugeordnet, der auch im deutschen Gesundheitssystem verwendet wird (Hogrefe, 2016). Im DSM ist dies nicht der Fall.

In der ICD-10 wird ein potentiell traumatisches Ereignis beschrieben als „ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes (kurz oder langanhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde.“ (Dilling, Mombour & Schmidt, 2015, S. 207). Als Beispiele für belastende Ereignisse werden unter anderem Kampfhandlungen, Folter, Terrorismus und Vergewaltigungen genannt und auch Zeuge des gewaltsamen Todes anderer zu sein. Eine genaue Auflistung aller belastenden Ereignisse gemäß ICD-10 kann dem Anhang entnommen werden.

Laut der Definition des DSM-5 beinhalten potentiell traumatische Erfahrungen die „Konfrontation mit tatsächlichem oder drohenden Tod, ernsthafter Verletzung oder sexueller Gewalt“ (S. 369). Das DSM-5 unterscheidet weiterhin zwischen *direkt erlebten traumatischen Ereignissen* (z.B. Kriegserfahrungen,

Terroranschläge, Folterung und Kriegsgefangenschaft), *bei einer anderen Person beobachteten Ereignissen* (z.B. drohende oder ernsthafte Verletzung, unnatürliche Todesfälle, gewaltsamer körperlicher oder sexueller Missbrauch und Krieg) und *Ereignissen, die bei anderen Personen auftraten und von denen man erfahren hat* (z.B. gewaltsame persönliche Angriffe, Selbsttötung, schwere Unfälle und Verletzungen). Die letzte Kategorie von potentiell traumatischen Ereignissen bezieht sich jedoch nur auf nahe Verwandte und enge Freunde und kann jedoch „besonders schwer oder langandauernd sein, wenn sie vorsätzlich durch andere Menschen verursacht wurde (z.B. Folter, sexuelle Gewalt)“ (American Psychiatric Association, 2015c, S. 374). Eine genaue Auflistung aller im DSM-5 erwähnten potentiell traumatischen Erfahrungen kann dem Anhang entnommen werden. Im Gegensatz zur vorherigen Version des DSM-5, DSM-IV, wurde in der aktuellen Version das A2 Kriterium entfernt. Dieses beschrieb, dass nicht die lebensbedrohliche Situation per se eine PTBS auslöst, sondern, dass dies nur der Fall ist, wenn die betroffene Person intensive Furcht, Hilflosigkeit oder Entsetzen erlebt (American Psychiatric Association, 2015c).

Gemeinsam haben beide Diagnosemanuale, dass das Erleben eines traumatischen Ereignisses als notwendige Bedingung für die Diagnose einer traumabedingten Störung anzusehen ist. Laut Diagnosekriterien kann eine Traumafolgestörung nur entstehen, wenn in der Vergangenheit ein traumatisches Ereignis stattgefunden hat (American Psychiatric Association, 2015c; Dilling et al., 2015). Das traumatische Ereignis kann also als auslösender Kausalfaktor für die Störung angesehen werden. Bei anderen, nicht traumaassoziierten Störungen, ist die ätiologische Bedeutung eines potentiellen Auslösefaktors nicht immer eindeutig (Dilling et al., 2015).

3.1.2 Differenzierung traumatischer Ereignisse

Bei der Operationalisierung von traumatischen Ereignissen wird in der Literatur häufig zwischen Typ I und Typ II, d.h. kurz- und langfristigen Traumata und zwischen menschlich verursachten, interpersonellen und zufälligen, akzidentellen, Traumata unterschieden (Maercker, 2013b). Im Gegensatz zu Typ II Traumata zeichnen sich Typ I Traumata durch ihre Unvorhersehbarkeit und Plötzlichkeit aus. Typ II Traumata hingegen sind gekennzeichnet durch multiple traumatische Einzelereignisse (Lindert, 2016; Maercker, 2013b). Beispiele für die verschiedenen Arten von potentiell traumatischen Erlebnissen können Abbildung 4 entnommen werden. Vorsätzlich durch Menschen verursachte Traumata sowie mehrfache bzw. langfristige Traumatisierungen führen häufiger zu chronischen Traumafolgen und generell zu schwerwiegenderen Beeinträchtigungen (Maercker, 2013b).

Im Gegensatz zur ICD-10 wird dieser Aspekt in den Diagnosekriterien des DSM-5 aufgegriffen. Dort wird darauf hingewiesen, dass die Traumafolgestörung besonders schwer und langanhaltend sein kann, wenn die auslösenden Ereignisse vorsätzlich durch andere Menschen beigefügt wurden, zum Beispiel durch Folter oder sexuelle Gewalt (American Psychiatric Association, 2015c).

	Typ-I-Traumata (einmalig/kurzfristig)	Typ-II-Traumata (mehrfach/langfristig)
Akzidentelle Traumata	<ul style="list-style-type: none"> - schwere Verkehrsunfälle - berufsbedingte Traumata - kurzandauernde Katastrophen 	<ul style="list-style-type: none"> - langandauernde Naturkatastrophen - technische Katastrophen
Interpersonelle Traumata	<ul style="list-style-type: none"> - sexuelle Übergriffe (z.B. Vergewaltigung) - kriminelle bzw. körperliche Gewalt - ziviles Gewalterleben (z.B. Banküberfall) 	<ul style="list-style-type: none"> - sexuelle und körperliche Gewalt/Missbrauch in der Kindheit bzw. im Erwachsenenalter - Geiselhaft - Kriegserleben - Folter, politische Inhaftierung

Abbildung 4. Einteilung traumatischer Erlebnisse (Maercker, 2013b)

Im Zusammenhang mit potentiell traumatischen Erlebnissen und Traumata bei Geflüchteten spielen eben diese interpersonellen Traumata vom Typ II eine besondere Rolle. Viele Schutzsuchende erleben vor ihrer Flucht über Monate oder sogar Jahre hinweg immer wieder Belästigungen, Missbrauch, Verfolgung oder Gewalt. Tod und Kriegsverbrechen gehören häufig zum Alltag. Die langandauernden und absichtlich von Menschen verursachten Ereignisse hinterlassen bei den Betroffenen eine besonders tiefe Erschütterung und Belastung (Baron & Flory, 2016).

3.2 Psychische Erkrankungen bei Afghanistans Bevölkerung

Als Resultat der konstant hohen Belastung ist die Prävalenzrate von psychischen Erkrankungen in Afghanistan sehr hoch (Human Development Network, 2011). Unter der Prävalenz versteht man die

relative Häufigkeit einer bestimmten Krankheit in der Bevölkerung. Es kann unter anderem zwischen der Punktprävalenz und der Periodenprävalenz unterschieden werden. Unter Ersterem versteht man die Erkrankungsrate in der Bevölkerung zu einem bestimmten Zeitpunkt. Die Periodenprävalenz beschreibt die Erkrankungshäufigkeit in einem bestimmten Zeitraum.

Der psychische Druck, der auf vielen BürgerInnen lastet, führt dazu, dass viele von ihnen von depressiven und posttraumatischen Symptomen betroffen sind. Diese sind in der Folge häufig mit hohen Komorbiditäten verbunden (Alemi, James, Cruz, Zepeda & Racadio, 2014). Studien zufolge kann davon ausgegangen werden, dass ca. die Hälfte der Bevölkerung im Alter von über 15 Jahren von Traumata und assoziiertem psychologischen Distress betroffen sind (UNOCHA, 2016). Auf natürliche Resilienz- und Schutzfaktoren, die sich aus sozialer Unterstützung ergeben, kann in vielen Fällen nicht zurückgegriffen werden, da Vertreibung oder Tod von Familienmitgliedern und engen Freunden zum Auseinanderbrechen von sozialen Netzwerken geführt haben (Miller et al., 2008). Noch höher als bei der Allgemeinbevölkerung liegt die Prävalenzrate von psychischen Erkrankungen bei behinderten Personen und Frauen (Human Development Network, 2011). Personen mit Behinderungen oder psychischen Krankheiten genießen in Afghanistan kein gutes Ansehen und sind häufig von Diskriminierung betroffen. Ihre Krankheiten oder Behinderungen werden als selbst verschuldet angesehen und stellen, aus der Perspektive der Allgemeinbevölkerung, die Strafe für Gotteslästerung dar (U.S. Department of State, 2016). Als Folge dieser Schuldzuweisung und Verständnislosigkeit kann davon ausgegangen werden, dass psychische Probleme bei Afghanistans Bevölkerung weiter verbreitet sind als angenommen. Zudem bezieht sich die negative Wahrnehmung und Bewertung selten ausschließlich auf die betroffene Person. Auch Eltern werden als Sünder bezeichnet, die zur Strafe ein krankes Kind bekommen und Geschwister der Betroffenen finden keine Ehepartner. Psychische Erkrankungen werden in Folge dessen häufig verheimlicht und Behandlungen und Therapie somit unmöglich gemacht (Turmusani, 2005; U.S. Department of State, 2016).

4 Deutschland – Das Ende der Strapazen?

4.1 Flüchtlinge und Asylsuchende in Deutschland

Im Jahr 2016 wurden in Deutschland so viele Asylanträge gestellt wie nie zuvor. Insgesamt waren es 745.545 Anträge, davon 722.370 Erstanträge und 23.175 Folgeanträge. Dies waren mehr Anträge als in den Jahren 2015 und 2014 zusammen und bedeutete einen Anstieg um 63,5% im Vergleich zum Vorjahr (BAMF, 2016c). Ein Überblick über die Zahl der gestellten Asylanträge seit dem Jahr 2000 kann Abbildung 5 entnommen werden.

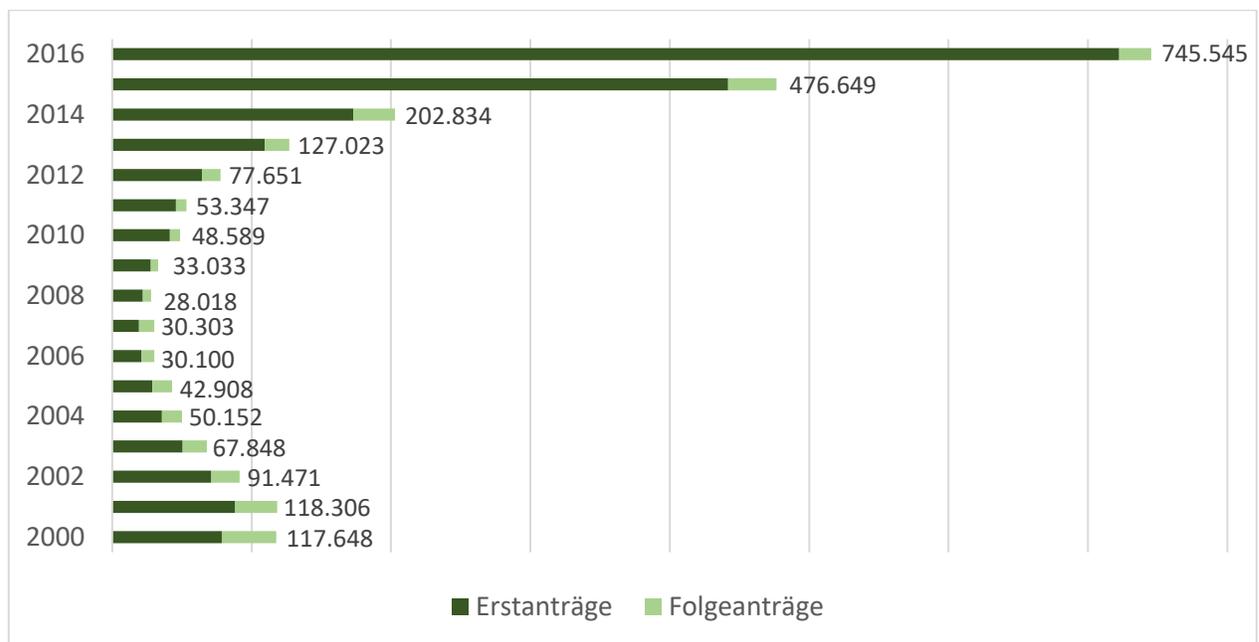


Abbildung 5. Überblick über gestellte Asylanträge (Erst- & Folgeanträge & Gesamtzahl) (BAMF, 2016c)

Die drei Hauptherkunftsländer im Jahr 2016 waren Syrien, Afghanistan und Irak. Auf diese drei Länder entfielen zusammen mehr als zwei Drittel aller Erstanträge. 36,9% aller Erstanträge wurde 2016 von SyrerInnen gestellt, 17,6% von AfghanInnen und 13,3% von IrakerInnen (BAMF, 2016c). Die Anzahl der gestellten Asylanträge bildet jedoch nicht die tatsächlichen Flüchtlingszahlen in Deutschland ab. Hunderttausende Schutzsuchende, die in den vergangenen Jahren nach Deutschland kamen, konnten aufgrund der Verzögerungen beim Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) zunächst keinen

Asylantrag stellen. Für einen genaueren Überblick über die tatsächlichen Flüchtlingszahlen sind daher die Daten des EASY-Systems zu betrachten, auch wenn diese durch Doppel- und Fehlregistrierungen ebenfalls verzerrt sind (PRO ASYL, 2016a). Im EASY-System wurden im Jahr 2015 1.091.894 Asylbegehrende registriert, im Jahr 2016 waren es mehr als zwei Drittel weniger, nämlich nur noch 321.371. Ab 2017 wird das EASY-System ersetzt durch die Asylgesuchstatistik, die auf Personendaten basiert und in Zukunft Doppel- und Fehlregistrierungen vermeiden soll (BAMF, 2017a). Neuen Berechnungen zufolge geht das BAMF von 280.000 Asylsuchenden im Jahr 2016 und 890.000 Asylsuchenden im Jahr 2015 aus (BAMF, 2017a). Anders als die Anzahl der gestellten Asylanträge vermuten lässt, ist die Zahl der eingereisten Schutzsuchenden im Jahr 2016 im Vergleich zum Vorjahr demnach massiv zurückgegangen.

Wie seit den 1980er Jahren fast durchgängig, gehörte Afghanistan auch im vergangenen Jahr zu den Hauptherkunftsländern von Flüchtlingen in Deutschland (PRO ASYL, 2016e). Mit 127.012 Erstanträgen wurden von AfghanInnen im Jahr 2016 vier Mal so viele Asylanträge gestellt wie im Jahr zuvor – 2015 waren es 31.382 Anträge (BAMF, 2016a, BAMF, 2017a). Gemäß Angaben des Ausländerzentralregisters (AZR) lebten Ende 2015 131.454 Menschen mit afghanischer Staatsangehörigkeit in Deutschland. Es ist jedoch davon auszugehen, dass zum Zeitpunkt der Erhebung noch nicht alle Asylsuchenden im AZR erfasst waren (PRO ASYL, 2016e; statista, 2016). Insgesamt wurde im Jahr 2016 über 68.246 Anträge von afghanischen Asylbewerbern entschieden. Die Gesamtschutzquote lag dabei bei 55,8% und somit deutlich höher als im Vorjahreszeitraum. 2015 wurde über 5.966 Asylanträge afghanischer Flüchtlinge entschieden. Die Schutzquote betrug 47,6% (BAMF, 2016d, BAMF, 2017b).

4.2 Besondere Situation von afghanischen Flüchtlingen und Asylsuchenden

Unabhängig von der durchgehend hohen Zahl afghanischer Flüchtlinge in den vergangenen Jahren, haben diese es im deutschen Asylsystem besonders schwer. Sie gehören nicht nur zu den Schutzsuchenden mit den längsten Wartezeiten im Asylverfahren, sondern müssen auch weitere Unsicherheiten bewältigen (PRO ASYL, 2016e). Zum Beispiel sieht das BAMF Integrationskurse keineswegs für alle Asylbewerber vor. So werden nur diejenigen Flüchtlinge, die im Asylverfahren eine *gute Bleibeperspektive* haben, vor Abschluss des Asylverfahrens zu Integrationskursen zugelassen. Eine gute Bleibeperspektive haben Schutzsuchende aus Ländern mit einer Gesamtschutzquote von über 50% (BAMF, 2017c). Trotz der gestiegenen Bleibeperspektive von afghanischen Asylbewerbern auf 55,8% im Jahr 2016, sieht das BAMF gegenwärtig frühzeitige Integrationskurse weiterhin nur für Flüchtlinge aus Eritrea, Irak, Iran, Syrien und

Somalia vor (BAMF, 2017b, BAMF, 2017c). Laut Angaben des Deutschen Bundestages müsse die Zulassung von afghanischen Flüchtlingen zu frühzeitigen Integrationskursen trotz geltender Gesetzesgrundlage nun jedoch erst noch geprüft werden (Deutscher Bundestag, 2017a). Weitere Widersprüche, die das Leben afghanischer AsylbewerberInnen in Deutschland besonders schwierig machen, ergeben sich aus der inzwischen eigentlich guten Bleibeperspektive und den gleichzeitig stark angestiegenen Abschiebungen. Allein im Jahr 2016 wurden insgesamt 67 Abschiebungen nach Afghanistan durchgeführt. Das sind zwanzig mehr als in den Jahren 2011, 2012, 2013, 2014 und 2015 zusammen (Deutscher Bundestag, 2015, Deutscher Bundestag, 2016d, Deutscher Bundestag, 2017b). Vor allem seit Dezember 2016 fährt die Bundesregierung einen besonders harten Kurs gegen abgelehnte afghanische Asylbewerber. Nachdem am 14. Dezember 2016 und am 24. Januar 2017 bereits 34 bzw. 26 Afghanen nach Kabul abgeschoben wurden, starteten im Rahmen von Sammelabschiebungen am 22. Februar, am 28. März und am 25. April 2017 erneut Maschinen mit abgelehnten Asylbewerbern nach Kabul. Im Jahr 2017 wurden somit bislang 73 abgelehnte Asylbewerber abgeschoben (Tagesschau, 2016a, Tagesschau, 2017d, Tagesschau, 2017e, Tagesschau, 2017i). Des Weiteren wurde bei der Afghanistan-Konferenz im Oktober 2016 in Brüssel ein Abkommen zwischen der EU und Afghanistan unterzeichnet, das unter anderem die Abschiebung von zehntausenden afghanischen Staatsbürgern, die in europäischen Staaten Schutz suchen, vorsieht. Zur Umsetzung dieses Vorhabens verpflichtet sich Afghanistan zur schnelleren Ausstellung von für die Abschiebung benötigten Reisedokumenten. In dem unterzeichneten Abkommen *Joint Way Forward* wird unter anderem auch ein spezieller Terminal für Maschinen mit abgelehnten Asylbewerbern und freiwilligen Rückkehrern am Flughafen von Kabul diskutiert. Als Gegenleistung sichern die Staaten der EU Afghanistan Finanzmittel zur Reintegration von Flüchtlingen sowie Gelder für Informationskampagnen und den Kampf gegen Schlepper zu (EU, 2016; Tagesschau, 2017h). Im Gegensatz zu Innenminister Thomas de Maizière, der allgemein einige Gebiete im Norden Afghanistans und auch Teile Kabuls als sicher bewertet (Tagesschau, 2017c), schätzen sowohl das Auswärtige Amt als auch Nicht-Regierungsorganisationen wie Pro Asyl und auch UNHCR Afghanistan weiterhin als unsicher ein (Auswärtiges Amt, 2016; PRO ASYL, 2016f; UNHCR, 2016a). In den aktuellen Anmerkungen der UNHCR zur Situation in Afghanistan, die auf Anfrage des Deutschen Bundesministeriums des Innern erstellt wurden, distanziert sich UNHCR ausdrücklich von der pauschalen Benennung von sicheren Herkunftsregionen in Afghanistan und bezeichnet eine individuelle Einzelfallprüfung als unabdingbar (UNHCR, 2016a).

4.3 Ablauf des Asylverfahrens

Von der Ankunft in Deutschland bis zur Entscheidung über den Asylantrag haben Flüchtlinge einen langen Weg vor sich. Nach offiziellen Angaben des BAMF dauert ein Asylverfahren derzeit lediglich sieben Monate (Die Bundesregierung, 2017). Diese Zeitspanne beinhaltet jedoch nicht die Zeit, die vergeht, bis Asylsuchende nach ihrer Ankunft in Deutschland überhaupt einen Termin bekommen, um ihren Asylantrag bei einer Außenstelle des BAMF stellen zu können (Tagesschau, 2016b). Realistisch betrachtet dauert das Asylverfahren demnach deutlich länger als angegeben. Dies zeigt sich auch an den offiziellen Statistiken über anhängige Asylverfahren, also Verfahren, über die das BAMF noch nicht entschieden hat. Mitte 2016 waren afghanische AntragstellerInnen so wie keine andere Nation von anhängigen Verfahren mit einer Dauer von mehr als drei Monaten bis mehr als 24 Monaten betroffen (Deutscher Bundestag, 2016e). Genaue Zahlen verschiedener Länder können zum Vergleich Tabelle 1 entnommen werden.

Tabelle 1

Anhängige Verfahren (Deutscher Bundestag, 2016e)

Anhängige Verf. Stand: 30.06.16	Unter 3 Monate	Über 3 Monate	Über 6 Monate	Über 12 Monate	Über 15 Monate	Über 18 Monate	Über 24 Monate	Über 36 Monate	Insgesamt
Gesamt	171.622	324.170	209.601	102.617	76.883	60.291	31.600	5.351	495.792
Davon									
Syrien	58.524	59.559	22.131	2.101	1.130	680	260	23	1.118.083
Afghanistan	33.923	61.985	37.619	13.464	9.509	7.293	4.013	619	2.95.908
Irak	27.198	38.162	16.638	3.446	2.080	1.449	474	103	3.65.360
Iran	7.204	11.479	7.060	3.728	2.820	2.294	1.380	318	4.18.683

Der Weg, den Schutzsuchende im deutschen Asylverfahren zu durchlaufen haben, ist häufig geprägt durch Unvorhersehbarkeit und Ungewissheit, wahrgenommener Ungerechtigkeit und kontroversen Entscheidungen, die im Ermessensspielraum bestimmter Behörden liegen. Vereinfacht lässt sich der Weg von der Ankunft in der Bundesrepublik bis zur Entscheidung über den Aufenthaltstitel bzw. die Abschiebung in das Heimatland wie folgt beschreiben.

Schutzsuchende die nach Deutschland kommen um Asyl zu beantragen sind verpflichtet, sich entweder direkt bei Grenzübertritt oder später im Inland bei einer zuständigen Behörde zu registrieren. Zu diesen Behörden, auch PIK-Stationen (Personalisierungsinfrastrukturkomponenten) genannt, gehören Bundes- und Länderpolizei, Außenstellen des BAMF, Ausländerbehörden oder Ankunftszentren und Aufnahmeeinrichtungen (BAMF, 2016b). Als erstes offizielles Dokument, welches temporär den Aufenthalt in Deutschland gestattet, erhalten Asylsuchende nach der Registrierung einen sogenannten Ankunftsnachweis. Der Ankunftsnachweis berechtigt dazu, staatliche Leistungen zu beziehen und sich bis zur Stellung des Asylantrages legal in Deutschland aufzuhalten. Die Gültigkeit des Ankunftsnachweises beträgt zunächst sechs Monate und kann danach um weitere drei Monate verlängert werden. Sobald Schutzsuchende beim BAMF einen Asylantrag stellen, wird dieser Ankunftsnachweis durch eine Aufenthaltsgestattung ersetzt. Da der Ankunftsnachweis kein Ausweisdokument ist, können damit weder Bankkonten eröffnet werden noch andere offizielle Geschäfte abgewickelt werden. Auch darf mit diesem Aufenthaltstitel weder gearbeitet noch eine eigene Unterkunft gesucht werden (BAMF, 2016b, BAMF, 2016e, BAMF, 2016g). Nach Stellung des Asylantrages, die in der Regel persönlich geschehen muss, erhalten die Schutzsuchenden eine Aufenthaltsgestattung. Diese gestattet den Aufenthalt nur in dem Bezirk, in dem sich die zuständige Aufnahmeeinrichtung befindet und verpflichtet die Asylsuchenden somit zur *Residenzpflicht*. Im Gegensatz zu Personen mit geringer Bleibeperspektive entfällt die Residenzpflicht bei Personen mit guter Bleibeperspektive nach drei Monaten und der Aufenthaltsbereich wird auf das Bundesgebiet ausgeweitet. Ob Asylantragsteller während des laufenden Verfahrens in einer Gemeinschaftsunterkunft leben müssen oder eine eigene Wohnung beziehen dürfen, ist eine Ermessensentscheidung der zuständigen Ausländerbehörde (BAMF, 2016b). Die Dauer zwischen der Stellung des Asylantrages und der tatsächlichen Einladung zur Anhörung bei einer Außenstelle des BAMF variiert zwischen wenigen Wochen und mehreren Monaten. Dabei werden bestimmte Gruppen entweder positiv oder negativ priorisiert und andere müssen sich auf besonders lange Wartezeiten einstellen. Seit einigen Jahren gibt es die Praxis, dass Asylanträge von Schutzsuchenden aus Ländern mit guter Bleibeperspektive schneller bearbeitet werden. Die gute Bleibeperspektive ist jedoch ein variables Konstrukt, das in der Vergangenheit immer wieder verschiedene Länder einschloss. Eine negative Priorisierung gibt es inzwischen auch für Schutzsuchende aus den sogenannten sicheren Herkunftsstaaten, zu denen unter anderem die Balkanstaaten gehören. Auch hier werden Asylanträge besonders schnell bearbeitet um Schutzsuchende aus diesen Ländern möglichst schnell abschieben zu können. Diese Taktik soll auch zur Abschreckung dienen, damit sich weniger Menschen aus sicheren Herkunftsstaaten auf den Weg nach Deutschland machen (BAMF, 2016b, BAMF, 2016f; PRO ASYL, 2016d). Die persönliche Anhörung

ist dann der wichtigste Termin während des Asylverfahrens. Hier werden die Asylsuchenden in Außenstellen des BAMF von speziellen EntscheiderInnen angehört und über ihre individuellen Fluchtgründe befragt. Es müssen nicht nur Aussagen getroffen werden, die die Furcht vor Verfolgung oder ernsthaftem Schaden im Heimatland begründen, sondern auch Angaben über Wohnsitze, Reisewege und Aufenthalte in anderen Ländern gemacht werden. Neben einem Rechtsbeistand dürfen bei diesen Anhörungen außerdem VertreterInnen der UNHCR und bei Minderjährigen der Vormund anwesend sein (BAMF, 2016b). Zudem haben Flüchtlinge das Recht, sich von einer weiteren Person begleiten zu lassen, die ihnen Beistand leisten und emotionale Unterstützung bieten kann. Diese Person muss im Voraus beim BAMF angemeldet werden und darf nicht aktiv in die Anhörung eingreifen (PRO ASYL, 2016e). Nach der Anhörung wird das Protokoll auf Wunsch der Interviewten in deren Muttersprache rückübersetzt. Wenn Fehler oder Missverständnisse bei der Übersetzung entdeckt werden, müssen diese sofort gemeldet werden. Eine spätere Änderung der Angaben ist nicht mehr möglich. Nach der Anhörung werden die Angaben der Asylantragstellenden sowie etwaige Beweismittel und Dokumente geprüft und es wird über den Asylantrag entschieden. Fällt die Entscheidung positiv aus, können insgesamt vier verschiedene Arten der Schutzberechtigung unterschieden werden. Dabei handelt es sich um die Anerkennung der Asylberechtigung (Art. 16a Abs. 1 GG), die Zuerkennung des Flüchtlingsschutzes (§3 Abs. 1 AsylG), die Zuerkennung des subsidiären Schutzes (§4 Abs. 1 AsylG) und die Feststellung eines Abschiebungsverbotes (§60 Abs. 5 und 7 AufenthG). Personen, denen ein Abschiebeverbot zugesprochen wird, erhalten für den weiteren Aufenthalt in Deutschland eine Duldung. Dies bedeutet, dass sie ausreisepflichtig sind, vorübergehend aber keine Abschiebung erfolgen kann (BAMF, 2016b). Genauere Informationen zur Entscheidungsgrundlage für die verschiedenen Arten der Schutzberechtigung können Punkt III im Anhang entnommen werden. Einhergehend mit den unterschiedlichen Arten der Schutzberechtigung sind nicht nur verschieden lange Aufenthaltsgenehmigungen, sondern auch Abweichungen beim Zugang zum Arbeitsmarkt und beim Nachzug von Familienangehörigen. Personen, die asylberechtigt sind oder denen die Flüchtlingseigenschaft zugesprochen wurde, haben im deutschen Asylsystem einige Vorteile gegenüber subsidiär Schutzberechtigten oder Personen mit einem Abschiebeverbot. Die Erstgenannten erhalten zunächst eine Aufenthaltserlaubnis für drei Jahre, die unter Erfüllung einiger Voraussetzungen bereits nach dieser Zeit, spätestens aber nach fünf Jahren in eine dauerhafte Niederlassungserlaubnis umgewandelt werden kann. Personen mit subsidiärem Schutz bzw. einem Abschiebeverbot erhalten zunächst eine Aufenthaltserlaubnis für ein Jahr, die in der Folge mehrfach verlängert werden kann. Eine Niederlassungserlaubnis wird frühestens nach fünf Jahren erteilt. Die Gruppe der Personen, denen lediglich ein Abschiebeverbot zugesprochen wurde, ist die einzige, der kein unbeschränkter

Arbeitsmarktzugang gewährt wird. Für eine Beschäftigung ist die besondere Erlaubnis der Ausländerbehörde erforderlich. Anspruch auf privilegierten Familiennachzug haben prinzipiell Asylberechtigte, Personen, denen die Flüchtlingseigenschaft zugesprochen wurde und Personen mit subsidiärem Schutz. Für die letzte Gruppe ist der Familiennachzug jedoch zurzeit ausgesetzt und frühestens ab dem 16. März 2018 wieder möglich. Personen, die in Deutschland lediglich geduldet sind, haben keinen Anspruch auf Familiennachzug (BAMF, 2016b; Bundesrepublik Deutschland, 2016). Insgesamt zeigt sich also, dass eine Duldung für die Schutzsuchenden sowohl subjektiv emotional als auch objektiv faktisch den unsichersten und am wenigsten privilegierten Aufenthalt in Deutschland bedeutet. Ein besonderer Faktor, der sich seit Inkrafttreten des neuen Integrationsgesetzes am 31. Juli 2016 verändert hat, ist die Wohnsitzauflage. Nach dieser Auflage müssen anerkannte Flüchtlinge mit jedem Aufenthaltsstatus drei Jahre nach Abschluss des Asylverfahrens in dem Bundesland leben, dem sie während des Asylverfahrens zugewiesen wurden. Die einzelnen Bundesländer können dann individuell entscheiden, ob sie zudem einen bestimmten Ort für die Wohnsitznahme festlegen, oder zum Beispiel nur die Wohnsitznahme in einzelnen Städte untersagen. Diese Regelung gilt rückwirkend für alle Flüchtlinge, die nach dem 01. Januar 2016 anerkannt wurden, auch wenn diese bereits umgezogen sind und als Folge der Wohnsitzauflage den Umzug rückgängig machen müssen (PRO ASYL, 2016c).

Ist Deutschland für die Durchführung des Asylverfahrens zuständig und betreibt der/die Antragstellende das Verfahren aktiv, das heißt der Aufforderung zur Vorlage von Informationen wird nachgekommen, der/die Antragstellende taucht nicht unter und hält sich an die vorgegebenen räumlichen Beschränkungen, gibt es zwei Gründe, aus denen der Asylantrag abgelehnt werden kann. Zunächst kann der Antrag als *unbegründet* abgelehnt werden, wenn nach den vier oben genannten Punkten keine Schutzberechtigung anerkannt werden kann (BAMF, 2016b). Des Weiteren kann der Antrag als *offensichtlich unbegründet* abgelehnt werden (§§29a, 30 AsylG). Dies ist zum einen der Fall, wenn AntragstellerInnen aus sicheren Herkunftsstaaten kommen und nicht belegen können, dass es individuelle Gründe gibt, aus denen sie im Herkunftsland verfolgt werden oder ihnen ernsthafter Schaden droht. Zum anderen kann der Antrag auch dann als offensichtlich unbegründet abgelehnt werden, wenn es offensichtlich ist, dass sich der/die Asylsuchende nur aus wirtschaftlichen Gründen in Deutschland aufhält, Widersprüche in der Aussage festzumachen sind oder im Verlauf des Verfahrens falsche Angaben gemacht wurden (§30 AsylG). Genauere Informationen über die Gesetzesgrundlagen bei negativen Entscheidungen im Asylverfahren können Punkt IV im Anhang entnommen werden.

Von den 695.733 Asylanträgen, über die im Jahr 2016 entschieden wurde, wurden insgesamt 62,35% positiv entschieden, 24,99% der Anträge wurden als offensichtlich unbegründet oder unbegründet abgelehnt und bei 12,64% handelte es sich um sonstige Verfahrenserledigungen. Bezogen auf die positiven Entscheidungen wurden 58,53% mit der Rechtsstellung als Flüchtling entschieden, lediglich 0,49% wurden als Asylberechtigte anerkannt, 35,42% erhielten subsidiären Schutz und 5,55% eine Duldung. Vergleicht man diese allgemeinen Zahlen mit den spezifischen Zahlen für afghanische AsylantragstellerInnen, so zeigt sich ein deutlich schlechteres Bild. Die 55,81% der Anträge, über die positiv entschieden wurde, gliedern sich auf in 36,05% Rechtsstellung als Flüchtling, 0,21% Anerkennung als Asylberechtigte, 15,32% subsidiärer Schutz und 48,41% Abschiebungsverbot (BAMF, 2016d). Vergleicht man die afghanischen Asylsuchenden gewährte Schutzberechtigung mit der Herkunftsland-übergreifenden Schutzberechtigung in Deutschland, zeigt sich demnach, dass afghanische Flüchtlinge eine deutlich schlechtere Perspektive auf ein selbstbestimmtes Leben und einen dauerhaften Aufenthalt in Deutschland haben.

4.4 Psychosoziale Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in Deutschland

Aufgrund der strukturellen und bürokratischen Probleme in der Gesundheitsfürsorge von Flüchtlingen und Asylsuchenden findet die psychosoziale Versorgung dieser Bevölkerungsgruppe in Deutschland fast ausschließlich durch spezielle Versorgungszentren für Opfer schwerer Menschenrechtsverletzungen, sogenannten Psychosozialen Zentren statt. Diese formierten sich in den letzten 40 Jahren schrittweise aufgrund des restriktiven und eingeschränkten Zugangs, den die herkömmlichen Gesundheits- und Versorgungssysteme Flüchtlingen und Asylbewerbern bieten. Die Psychosozialen Zentren haben es sich seit jeher zur Aufgabe gemacht, die staatlichen Versorgungsdefizite außerhalb des Gesundheitssystems aufzufangen. Dabei verfolgen sie einen interdisziplinären Ansatz, der nicht nur psychotherapeutische und psychosoziale Angebote beinhaltet, sondern auch Angebote im Bereich der Asyl- und Verfahrensberatung und all diese miteinander verbindet (Baron & Flory, 2016).

Für die medizinische und psychotherapeutische Versorgung von Geflüchteten in Deutschland sieht die Bundesregierung ein mehrstufiges Modell vor. Während der ersten 15 Monate, die Asylsuchende in Deutschland verbringen, steht ihnen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (*AsylbLG*) lediglich eine Behandlung im Rahmen der Akut- und Schmerzbehandlung zu. Die Behandlung von chronischen Krankheiten, die in der Regel einen längeren Zeitraum in Anspruch nimmt und zu denen auch psychische Erkrankungen gezählt werden, löst „nach der gesetzlichen Begründung zu § 4 Absatz 1 AsylbLG hingegen

regelmäßig keine Leistungspflicht nach dieser Norm aus“ (Deutscher Bundestag, 2016b, S. 3). Das bedeutet, dass es für Asylsuchende während der ersten 15 Monate ihres Aufenthaltes in Deutschland nahezu unmöglich ist, psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Nach dieser Zeit stehen ihnen über sogenannte Analog-Leistungen in der Regel Leistungen auf Sozialhilfeniveau zu. Diese beinhalten dann prinzipiell auch die Bewilligung einer Psychotherapie. Die Kosten für Dolmetscher, die nach einem 15monatigen Aufenthalt in Deutschland unerlässlich sind, werden von den Krankenkassen jedoch nicht getragen. Auch die zuständigen Behörden genehmigen die Übernahme der Dolmetscherkosten zur Durchführung einer Therapie nur in den seltensten Fällen. Demnach ist, auch nach einem längeren Aufenthalt in Deutschland, eine Psychotherapie für Flüchtlinge über das normale Gesundheitssystem eher die Ausnahme als die Regel (Baron & Flory, 2016; Deutscher Bundestag, 2016b).

Die verschiedenen Psychosozialen Zentren organisieren sich bundesweit unter dem Dachverband der *Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e.V.* (Baff). Die 34 Zentren, die inzwischen in der Baff vernetzt sind, verstehen sich als unabhängige nicht-staatliche und nicht-gewinnorientierte Organisationen. Da sowohl Psychotherapien als auch Beratungsgespräche in den Psychosozialen Zentren nur in den seltensten Fällen durch die zuständigen Behörden und Ämter bewilligt und somit bezahlt werden, sind die Zentren auf Mittel aus anderen Quellen angewiesen. So finanzieren sie sich durch Gelder aus Landesmitteln und Geldern aus dem Europäischen Flüchtlingsfonds und dem Asyl-, Migrations- und Integrationsfond sowie durch Spendengelder und kommunale Mittel (Baron & Flory, 2016). Das Spektrum der Arbeitsweisen und der Tätigkeitsfelder in den Psychosozialen Zentren ist sehr vielfältig und auf die besonderen Bedürfnisse von Überlebenden von Krieg, Folter und anderen Menschenrechtsverletzungen angepasst. Neben psychotherapeutischer und psychosozialer Beratung spielen zudem asyl- und aufenthaltsrechtliche Beratung, Öffentlichkeitsarbeit, die Entwicklung von Fort- und Weiterbildungsangeboten für externe Fachkräfte und Ehrenamtler sowie der Austausch mit Anwälten, Jugendämtern, ÄrztInnen und SozialarbeiterInnen eine große Rolle. Die psychologischen und psychotherapeutischen Angebote in den Psychosozialen Zentren umfassen Diagnostik, psychosoziale Beratung und Einzelpsychotherapie sowie Krisenintervention und Stabilisierungsarbeit. Des Weiteren werden Gutachten und Stellungnahmen für aufenthaltsrechtliche Verfahren verfasst (Baron & Flory, 2016). Eine ausschließliche psychologische bzw. therapeutische Anbindung ist jedoch bei nur ca. 6% der KlientInnen indiziert. Viele benötigen zusätzlich asyl- oder aufenthaltsrechtliche Beratung. Eine Besonderheit der Psychosozialen Zentren ist, dass bei ca. 76% der Kontakte mit KlientInnen professionelle Sprach- und KulturmittlerInnen hinzugezogen werden, um eine einwandfreie Kommunikation ohne sprachliche Barrieren zu gewährleisten (Baron & Flory, 2016). Erhebungen der Baff zur Folge können so in

einem durchschnittlichen Psychosozialen Zentrum jährlich ca. 441 Geflüchtete behandelt und beraten werden. Bei 321.371 Asylsuchenden, die allein 2016 in Deutschland im Easy-System registriert wurden und einer Prävalenzrate von psychischen Krankheiten zwischen 30% und 40% zeigt sich demnach, dass auch die Psychosozialen Zentren nur einen kleinen Teil des tatsächlichen Bedarfs an psychologischer und therapeutischer Hilfe bei Geflüchteten decken können (BAMF, 2017a; Baron & Flory, 2016; Gäbel, Ruf, Schauer, Odenwald & Neuner, 2006; Steel et al., 2009). Häufig ist die Nachfrage in den Psychosozialen Zentren so hoch, dass Wartelisten mit Wartezeiten von zum Teil über zwölf Monaten für eine Therapie entstehen.

Trotz der offensichtlichen strukturellen Probleme und Hindernisse sieht die Bundesregierung derzeit keine Indikation, den Zugang zum Gesundheitssystem für Flüchtlinge und Asylbewerber zu verändern. Die derzeitigen gesetzlichen Regelungen ermöglichen laut Angaben des Deutschen Bundestages eine angemessene medizinische und psychotherapeutische Versorgung (Deutscher Bundestag, 2016b).

5 Psychische Gesundheit von Flüchtlingen und Asylsuchenden

Metaanalysen zeigen, dass die psychische Gesundheit von Flüchtlingen und Asylsuchenden insgesamt schlechter ist als die von Arbeitsmigranten und der allgemeinen Population in den jeweiligen Aufnahmeländern (Fazel, Wheeler & Danesh, 2005; Lindert, Ehrenstein, Priebe, Mielck & Brahler, 2009). Die schlechte psychische Gesundheit von Geflüchteten hängt unter anderem zusammen mit verschiedenen Prämigrationsstraumata, wie Kriegserlebnissen und der Trennung von Familienmitgliedern und auch mit Postmigrationsstressoren, wie kultureller Anpassung, Verständigungsproblemen und Zukunftssorgen (Alemi, James & Montgomery, 2016). Die psychische Gesundheit von unbegleiteten geflüchteten Frauen und Kindern stellt sich im Vergleich jedoch noch fataler dar. Die Tatsache, dass sie als Mitglieder von eher männlich dominierten Kulturkreisen auf sich alleine gestellt sind, macht sie nicht nur vor und während der Flucht, sondern auch nach der Ankunft in Deutschland besonders vulnerabel und angreifbar (Schneider, Bajbouj & Heinz, 2017). In der Allgemeinbevölkerung haben Frauen zudem ein größeres Risiko, bestimmte potentiell traumatische Erfahrungen zu machen. So sind Frauen zum Beispiel häufiger Vergewaltigungen oder anderen Formen zwischenmenschlicher Gewalt ausgesetzt (American Psychiatric Association, 2015b). Auch die Dauer des Asylverfahrens steht in Zusammenhang mit der psychischen und körperlichen Gesundheit von Asylsuchenden. Je länger Asylsuchende auf die endgültige Entscheidung ihres Verfahrens warten, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie psychische oder körperliche Probleme entwickeln (DGPPN, 2016). Niederländische Forscher fanden in einer Untersuchung mit Flüchtlingen und Asylsuchenden aus Somalia, Irak und Afghanistan heraus, dass Asylsuchende ihre Gesundheit schlechter einschätzen als Flüchtlinge, die bereits anerkannt sind. Auch konnten bei Asylsuchenden im Vergleich zu Flüchtlingen mehr Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung gefunden werden (Gerritsen et al., 2006). Insgesamt zeigt sich, dass bei Geflüchteten aus verschiedenen Ländern besonders die Posttraumatische Belastungsstörung sowie andere Traumafolgestörungen häufig auftreten und einen gravierenden Leidensdruck verursachen (Bundespsychotherapeutenkammer, 2016; Drozdek, Kamperman, Tol, Knipscheer & Kleber, 2013). Diese traumaassoziierten psychischen Erkrankungen stehen in direktem Zusammenhang mit dem Ausgang des Asylverfahrens. Nach §15 Absatz 1 AsylG unterliegen Asylbewerber im Asylverfahren einer Mitwirkungspflicht und müssen jegliche Umstände ihrer Flucht und ihres Lebens vor der Flucht offenlegen und in zeitlich korrekter Abfolge berichten. Diese Forderung steht jedoch in Konflikt zu der typischen Symptomatik von Traumafolgestörungen, auf deren Diagnostik, Symptomatik und kulturspezifische Besonderheiten im Folgenden eingegangen wird (Gäbel et al., 2006).

5.1 Posttraumatische Belastungsstörung

Eine Posttraumatische Belastungsstörung (engl.: Posttraumatic Stress Disorder, PTSD), ist eine gravierende und ernstzunehmende psychische Erkrankung und weiter verbreitet als häufig angenommen. Als eigenständige Diagnose wurde die PTBS zuerst im DSM-III vorgestellt (American Psychiatric Association, 1980). Durch die fortschreitende Globalisierung und der damit verbundenen medialen Vernetzung geraten in den letzten Jahren immer mehr potentiell traumatische Ereignisse in den Fokus der Öffentlichkeit. Die Kriege in Irak und Afghanistan oder der Anschlag auf das World Trade Center sind Ereignisse, die die Öffentlichkeit für PTBS und ihre Folgen sensibilisiert haben (Sareen, 2014).

Eine PTBS ist gekennzeichnet durch psychische Stresssymptome, die sich in Folge der Konfrontation mit einem potentiell traumatischen Ereignis entwickeln. Die Symptome einer manifesten PTBS können sehr verschieden sein; insbesondere kulturelle Aspekte müssen bei der Diagnostik berücksichtigt werden. Personen, die traumatische Erfahrungen gemacht haben, entwickeln in der Folge teilweise Symptome, die Merkmale von Angst und Furcht beinhalten. Häufig entwickeln sich jedoch auch Störungsbilder, bei denen vor allem anhedonische oder dysphorische, externalisierende Ärger- oder aggressive bzw. dissoziative Symptome im Vordergrund stehen (American Psychiatric Association, 2015b). Die Symptome einer PTBS können in der Regel in verschiedene Symptomcluster aufgeteilt werden, zu denen Wiedererleben, Vermeidungsverhalten und Übererregung gehören. Wiedererleben bezieht sich dabei auf das ständige Erinnern an das traumatische Ereignis, auch in Alpträumen oder Flashbacks. Betroffene vermeiden häufig alle Aspekte im täglichen Leben, die sie an das traumatische Ereignis erinnern könnten. Es wird zum Beispiel auch vermieden über die Erlebnisse zu sprechen. Zuletzt erleben die Betroffenen häufig Übererregung, die sich in Schlafschwierigkeiten, Konzentrationsproblemen und Schreckhaftigkeit ausdrückt (Baron & Flory, 2016; Dilling et al., 2015; Eysenck, 2000).

Zur Aufarbeitung eines Traumas findet im Rahmen einer Traumatherapie unter Begleitung eines erfahrenen Psychotherapeuten eine achtsame Konfrontation mit dem auslösenden Erlebnis statt. Im geschützten therapeutischen Rahmen wird so das traumatische Erlebnis durchgearbeitet und in die Biografie integriert. Eine Kontraindikation für die Durchführung einer Traumatherapie stellt unter anderem eine starke psychosoziale Belastung dar (Flatten et al., 2011). Die Mitwirkungspflicht, die Asylbewerber im Rahmen ihres Asylverfahrens auch bei der Anhörung beim Bundesamt haben, verlangt, dass die Betroffenen detailliert und ausführlich über ihre Vergangenheit und ihre Traumata berichten. Die oben beschriebene Symptomatik hindert Asylsuchende, die an einer PTBS leiden, jedoch daran dieser

Mitwirkungspflicht nachzukommen und chronologisch und fehlerfrei über ihre Vergangenheit und ihre erlebten Traumata zu berichten (Flatten et al., 2011; Gäbel et al., 2006).

Im Folgenden werden zunächst die Diagnosekriterien einer PTBS nach DSM-5 und ICD-10 vorgestellt sowie die Verbreitungshäufigkeit in verschiedenen Bevölkerungsgruppen dargestellt. Auf die Therapie von Traumafolgestörungen und den Einfluss des Asylverfahrens darauf wird in einem späteren Abschnitt genauer eingegangen.

5.1.1 Klassifikation nach DSM-5 und ICD-10

Die Diagnosekriterien für eine Posttraumatische Belastungsstörung nach DSM-5 und ICD-10 stimmen in den grundlegenden Punkten überein. In beiden Systemen werden verschiedene Symptomcluster aufgeführt, von denen jeweils verschiedene Unterpunkte erfüllt sein müssen um die Diagnose einer PTBS zu rechtfertigen. Dennoch gibt es einige Unterschiede zwischen den beiden Klassifikationsmanualen.

Sowohl nach ICD-10 als auch nach DSM-5 entwickelt sich eine PTBS in Form von spezifischen Symptomen als Reaktion auf die Konfrontation mit einem oder mehreren potentiell traumatischen Ereignissen. Diese Ereignisse sind von außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß (Dilling et al., 2015) beziehungsweise umfassen die Konfrontation mit tatsächlichem oder drohenden Tod, ernsthafter Verletzung oder sexueller Gewalt (American Psychiatric Association, 2015b). Potentiell traumatische Ereignisse können laut DSM-5 direkt erlebt werden, bei einer anderen Person beobachtet werden oder auch Ereignisse sein, die bei anderen Menschen auftraten und von denen man erfahren hat (American Psychiatric Association, 2015b). Im ICD-10 werden letztere Ereignisse nicht konkret als potentiell traumatische Ereignisse genannt. Zu den Merkmalen einer PTBS gehören Symptome des Wiedererlebens bzw. Intrusionen, die auf das traumatische Ereignis bezogen sind, wie zum Beispiel wiederkehrende, sich aufdrängende Erinnerungen oder belastende Träume (American Psychiatric Association, 2015b; Dilling et al., 2015). Des Weiteren werden Reize vermieden, die mit dem traumatischen Ereignis assoziiert sind. So werden Stichworte und zum Beispiel Personen, Orte, Gespräche oder Aktivitäten vermieden, die belastende Erinnerungen hervorrufen, da sie mit dem traumatischen Ereignis verbunden sind oder sich darauf beziehen. Gemäß ICD-10 ist dieser Symptomkomplex zwar häufig zu beobachten, jedoch nicht wesentlich für die Stellung einer Diagnose (American Psychiatric Association, 2015b; Dilling et al., 2015). Zu den weiteren Symptomkomplexen der PTBS gehört außerdem die negative Veränderung von Kognitionen und der Stimmung in Zusammenhang mit dem traumatischen Ereignis. Damit verbunden sind

nicht nur ein anhaltender negativ emotionaler, depressiver Zustand und der Gedanke, dass man selbst für das traumatische Ereignis verantwortlich ist, sondern auch Angst und das Unvermögen, sich an verschiedene Aspekte des traumatischen Ereignisses zu erinnern. Gemäß ICD-10 ist die Beeinträchtigung der Stimmung ebenfalls nicht von erstrangiger Bedeutung für die Diagnose (American Psychiatric Association, 2015b; Dilling et al., 2015). Zuletzt findet sich bei Betroffenen eine Veränderung des Erregungsniveaus in Richtung vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung. Es kann unter anderem zu Reizbarkeit und Wutausbrüchen, zu riskantem oder selbstverletzenden Verhalten und zu Konzentrationsschwierigkeiten oder Schlafstörungen kommen. Ebenso wie bei dem vorherigen Symptomcluster trägt auch dieses nach ICD-10 zwar zur Diagnose bei, ist jedoch nicht von erstrangiger Bedeutung (American Psychiatric Association, 2015b; Dilling et al., 2015). Laut DSM-5 entwickeln sich die Symptome im Verlauf der ersten drei Monate nach dem traumatischen Ereignis. Bis alle für eine Diagnose notwendigen Kriterien erfüllt sind, kann es jedoch auch mehrere Monate oder sogar Jahre dauern. Man spricht dann von einer *verzögerten Erscheinungsform* (American Psychiatric Association, 2015b). Gemäß den Kriterien der ICD-10 soll eine PTBS nur dann diagnostiziert werden, wenn die Symptome innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten nach dem traumatischen Ereignis entstehen. Bei späterem Beginn der Symptome kann nur eine *wahrscheinliche* Diagnose gestellt werden (Dilling et al., 2015).

In 50% der Fälle ergibt sich innerhalb der ersten drei Monaten eine vollständige Remission der Symptome. Allerdings können in anderen Fällen die Symptome auch nach einem Jahr noch bestehen oder teilweise sogar länger als 50 Jahre. Bestimmte Vorkommnisse, wie unter anderem Erinnerungen an das ursprüngliche Trauma, können zu einem erneuten Anstieg der Symptomatik führen. Solche Erinnerungen können zum Beispiel auch durch die Asylanhörung beim Bundesamt ausgelöst werden (American Psychiatric Association, 2015b).

Wichtig zu beachten ist zudem, dass sowohl das Risiko des Auftretens einer PTBS als auch die Ausprägung der verschiedenen Symptome in unterschiedlichen kulturellen Kontexten variieren kann. Abhängig von der Kultur wird potentiell traumatischen Ereignissen eine andere Bedeutung zugeschrieben, was, abhängig vom soziokulturellen Kontext und bestimmten kulturellen Faktoren, die Auftretenswahrscheinlichkeit einer PTBS nach einem extrem belastenden Ereignis beeinflusst. Ebenso kann auch das klinische Bild der Symptome von der Definition der gängigen Diagnosesysteme abweichen, zum Beispiel bezogen auf Vermeidungsverhalten, Taubheitsgefühle, Albträume oder somatische Symptome wie Schwindel oder Atemnot. Die klinische Ausprägung der Symptome kann zudem durch kulturbezogene Syndrome und kulturtypische Ausdrucksweisen für Krankheiten beeinflusst werden. Diese kulturspezifischen Faktoren

können Verhaltensschemata und kognitive Modelle darstellen, die zu einer kulturabhängigen Reaktion auf ein traumatisches Ereignis führen (American Psychiatric Association, 2015b).

5.1.2 Prävalenz

Die Auftretenshäufigkeit von PTBS in der Gesellschaft ist abhängig von verschiedenen Umgebungsfaktoren und hängt zusammen mit der Häufigkeit traumatischer Ereignisse, die Personen in ihrem Umfeld potentiell erleben können. Für spezifische Arten von Traumata ist es offensichtlich, dass diese in bestimmten geografischen Regionen bzw. unter bestimmten politischen Umständen häufiger auftreten können als in anderen. So sind die Philippinen zum Beispiel weitaus häufiger von Naturkatastrophen betroffen als andere Regionen, was eine Konfrontation mit akzidentellen Typ-II Traumata für die Einheimischen wahrscheinlich macht (Bündnis Entwicklung Hilft & United Nations University, 2016; Maercker, 2013b). Menschen in Ländern wie Afghanistan, in denen Folter weiterhin verbreitet ist, sind hingegen häufiger interpersonellen Typ-II Traumata ausgesetzt (Congressional Research Service, 2016; Maercker, 2013b). Epidemiologische Angaben bezüglich der Verbreitung und Häufigkeit von PTBS sind somit Daten, bei denen die Herkunft der Probanden eine entscheidende Rolle spielt.

Eine repräsentative gesamtdeutsche epidemiologische Untersuchung ergab eine Einmonatsprävalenz für PTBS von 2,31%, gemittelt über alle Altersklassen (14 bis 95jährige). Die Diagnosestellung erfolgte hierbei nach DSM-IV Kriterien (Maercker, Forstmeier, Wagner, Glaesmer & Brahler, 2008). Andere Quellen gehen von einer Lebenszeitprävalenz von 1,5 bis 2% für die deutsche Allgemeinbevölkerung aus. Epidemiologische Untersuchungen ergeben ebenfalls unterschiedliche Prävalenzraten für PTBS in Abhängigkeit von der Art des Traumas. Die höchste Prävalenz ergibt sich nach einer Vergewaltigung und bei Kriegs-, Vertreibungs- und Folteropfern (ca. 50%), gefolgt von anderen Gewaltverbrechen (ca. 25%). Verkehrsunfälle und schwere Organerkrankungen führen zu Prävalenzraten von ca. 10% für PTBS (Flatten et al., 2011).

Bezüglich der Prävalenzrate von PTBS bei Flüchtlingen und Asylsuchenden finden sich in unterschiedlichen Quellen diskrepante Angaben. Insgesamt zeigt sich jedoch eine stark erhöhte Prävalenz im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung, die teilweise um als ein zehnfaches erhöht angegeben wird (Crumlish & O'Rourke, 2010; Fazel et al., 2005). Eine Metaanalyse aus dem Jahr 2009, die insgesamt 161 Studien umfasste, ergab eine unangepasste gewichtete Prävalenz von 30,6% für PTBS bei Flüchtlingen und anderen, von Konflikten betroffenen Personen (Steel et al., 2009). Gäbel und Kollegen fanden in ihrer Untersuchung eine PTBS-

Punktprävalenz von 40% bei Geflüchteten aus verschiedenen Ländern, die in Deutschland Asyl suchten. Da jedoch Vermeidung ein wichtiges Symptomcluster der PTBS darstellt, gehen die Forscher sogar von einer PTBS-Rate von über 40% in der Population der Geflüchteten aus (Gäbel et al., 2006). Für afghanische Geflüchtete ergab sich bei einer Befragung in den Niederlanden eine PTBS Punktprävalenz von 35%, erfasst mit dem „Composite International Diagnostic Interview“, DSM-IV Version (Gernaat, Malwand, Laban, Komproe & Jong, 2002). Eine weitere Befragung auf Grundlage des Havard Trauma Questionnaire ergab, dass bei insgesamt 20,6% der Flüchtlinge aus Afghanistan, die in den Niederlanden leben, Symptome einer PTBS vorliegen. Die Rate für Asylsuchende lag dabei bei 28,1% und für Flüchtlinge für 10,6% (Gerritsen et al., 2006).

Zu beachten ist jedoch, dass sich diese Prävalenzraten auf westliche Diagnosekriterien von PTBS beziehen, die in nicht-westlichen Kulturkreisen teilweise in ihrer Validität eingeschränkt sind. So konnte bei einer Studie mit 320 Versuchspersonen in Afghanistan zwar die Konstruktvalidität bestätigt werden, der klinische Nutzen des PTBS Konzeptes unterlag jedoch einigen Einschränkungen. PTBS Symptome korrelierten weniger stark mit kriegsbezogenem traumatischem Stress als unter anderem Depressionen und kulturspezifische Maße für generellen Distress (Miller et al., 2009).

5.2 Andere Traumafolgestörungen

Traumatische Erlebnisse können in der Folge jedoch auch andere psychische Störungen bedingen als eine PTBS. Einige dieser Störungen entstehen, wie auch die PTBS, als direkte Folge eines extrem belastenden Ereignisses, welches als auslösender Kausalfaktor angesehen werden kann. Andere entwickeln sich ebenfalls in der Folge eines traumatischen Ereignisses, ohne direkt darauf zurück geführt werden zu können. Im Folgenden werden einige dieser Traumafolgestörungen ausgeführt und gemäß ICD-10 näher beschrieben. Die ICD-10 stellt im deutschen Bereich das gängige Klassifikationssystem dar, nach dem Ärzte und Therapeuten Diagnosen stellen.

Im ICD-10 sind in dem Kapitel F43 verschiedene Störungen aufgeführt, die *Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen* darstellen. Dazu gehören neben der PTBS, klassifiziert mit dem Code F43.1, noch die Akute Belastungsreaktion, Anpassungsstörungen sowie weitere Unspezifische Reaktionen auf schwere Belastung. Eine Traumafolgestörung, die sich sehr kurze Zeit nach einer außergewöhnlichen Belastung entwickelt, ist die Akute Belastungsreaktion. Die Symptome beginnen

innerhalb von Minuten nach dem belastenden Ereignis und klingen in der Regel innerhalb weniger Stunden oder Tage ab. Gewöhnlich sind sie nach drei Tagen nur noch minimal vorhanden. Zu den Symptomen gehört ein Zustand der Betäubung, Depressionen, Angst, Ärger, Verzweiflung, Überaktivität und Rückzug. Im ICD-10 ist dieses Krankheitsbild mit dem Code F43.0 versehen (Dilling et al., 2015). Bei Anpassungsstörungen, Code F43.2, „handelt es sich um Zustände von subjektivem Leiden und emotionaler Beeinträchtigung, die soziale Funktionen und Leistungen behindern und während des Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung, nach einem belastenden Lebensereignis oder bei Vorhandensein oder der drohenden Möglichkeit von schwerer körperlicher Krankheit auftreten“ (Dilling et al., 2015, S. 209). Auch bei diesem Störungsbild wird davon ausgegangen, dass es ohne die Belastung nicht entstanden wäre. Das Krankheitsbild manifestiert sich in unterschiedlichen Symptomen, die unter anderem depressive Stimmung, Angst, Besorgnis und das Gefühl, keinesfalls zurechtzukommen, vorausplanen oder unter den aktuellen Umständen weiter machen zu können beinhalten. Die Symptome beginnen in der Regel innerhalb von einem Monat nach dem belastenden Ereignis beziehungsweise der Lebensveränderung und halten nicht länger als 6 Monate an. Anpassungsstörungen können auch das weite Umfeld oder soziale Werte betreffen und zum Beispiel bei Emigration oder nach einer Flucht auftreten (Dilling et al., 2015). Ein weiteres Störungsbild, bei dem ebenfalls ein extrem belastendes Erlebnis als Kausalfaktor angenommen wird, ist die Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung, Code F62.0. Diese Persönlichkeitsänderung muss mindestens über zwei Jahre bestehen. Im Vorfeld bekommen die Betroffenen häufig die Diagnose einer PTBS. Die andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung äußert sich in einer feindlichen beziehungsweise misstrauischen Haltung der Welt gegenüber. Häufig kann sozialer Rückzug und Entfremdung beobachtet werden und die Betroffenen erleben neben Gefühlen der Leere und Hoffnungslosigkeit zudem ein chronisches Gefühl von Nervosität, wie bei dem Erleben von ständiger Bedrohung. Beispiele für extreme Belastungen, die diese Störung bedingen können sind, unter anderem Erfahrungen in einem Konzentrationslager, Folter oder kontinuierliche lebensbedrohliche Situationen, wie Geiselnahme oder lang andauernde Gefangenschaft (Dilling et al., 2015). In der kommenden Version des ICD, ICD-11, soll dieses Störungsbild in die Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung umgewandelt werden. Die Diagnosekriterien einer Komplexen PTBS beinhalten nicht nur das Vorliegen eines lang andauernden Traumas und die Kernsymptome einer PTBS sondern weitere Beeinträchtigungen in den Bereichen der Emotionsregulation, des Selbstkonzeptes und der Beziehungsfähigkeit sowie eine Dissoziationsneigung (Maercker, 2013b). Auch verschiedene Dissoziative Störungsbilder, Code F44, sind psychogen verursacht und können unter anderem in Verbindung zu traumatischen Ereignissen stehen.

Dissoziative Krankheitsbilder äußern sich allgemein durch vollständigen oder teilweisen „Verlust der normalen Integration von Erinnerungen an die Vergangenheit, des Identitätsbewusstseins, der unmittelbaren Empfindungen, sowie der Kontrolle der Körperbewegungen“ (Dilling et al., 2015, S. 212). Die Dissoziativen Störungen werden unterteilt in die Dissoziative Amnesie, F.44.0, die Dissoziative Fugue, F44.1, den Dissoziativen Stupor, F44.2, Trance- und Besseneheitszustände, F44.3 sowie Dissoziative Störungen der Bewegungen und der Sinnesempfindung, F44.4 bis F.44.7.

5.3 Komorbide Störungen

Von Komorbidität spricht man bei dem gleichzeitigen Auftreten verschiedener psychischer Erkrankungen. Wenn man einen Zeitraum von einem Jahr betrachtet, dann treten Zwei- und Mehrfachdiagnosen insgesamt in ca. 40 bis 50% der Fälle auf, wobei es starke Unterschiede zwischen verschiedenen Störungsbildern geben kann (Wirtz, 2017). Bei Vorliegen einer PTBS liegt die Komorbiditätsrate beispielsweise besonders hoch. Die Wahrscheinlichkeit, dass mindestens eine weitere Diagnose gestellt werden kann, ist um 80% erhöht. Die häufigsten komorbiden Störungen, die bei der Diagnose einer PTBS auftreten, sind Angststörungen, Depressionen und Suizidalität gefolgt von Substanzmissbrauch beziehungsweise Sucht. Auch die Kriterien für Somatisierungsstörungen, Borderline- oder antisoziale Persönlichkeitsstörungen sind neben der PTBS häufig erfüllt (American Psychiatric Association, 2015b; Maercker, 2013b). Dieses Bild zeigt sich auch für die Population der geflüchteten Menschen. Traumatisierte Flüchtlinge und Asylbewerber leiden häufig unter komorbiden Störungen, die ebenfalls mit traumatischen Erlebnissen in der Vergangenheit in Verbindung stehen oder auch unabhängig davon auftreten können (Baron & Flory, 2016; Bundespsychotherapeutenkammer, 2016). Die Komorbiditätsraten verschiedener Störungsbilder schwanken jedoch stark zwischen den Ergebnissen unterschiedlicher Studien, abhängig von Erhebungsmethoden und Studiendesign.

Eine norwegische Studie fand beispielsweise bei Geflüchteten aus verschiedenen Kulturkreisen eine hohe Komorbidität zwischen PTBS und Depressionen. Bei 64% der StudienteilnehmerInnen konnte sowohl eine PTBS als auch eine depressive Störung diagnostiziert werden (Teodorescu, Heir, Hauff, Wentzel-Larsen & Lien, 2012). In einer anderen, ebenfalls norwegischen Studie, konnte hingegen nur eine Komorbidität von ca. 20% zwischen PTBS und Depressionen aufgezeigt werden. Die gleiche Studie fand eine Komorbidität von knapp 16% für PTBS und Angststörungen (Jakobsen, Thoresen & Johansen, 2011). Allgemein zeigt sich in der deutschen Bevölkerung eine Komorbidität von ca. 20% bei PTBS und bipolaren Störungen, die, wie

Depressionen, zu den affektiven Störungen gezählt werden (Assion et al., 2009). Des Weiteren zeigen Studien, dass bei traumatisierten Menschen das Risiko für allgemeine somatoforme Symptome erhöht ist (Sack, Lahmann, Jaeger & Henningsen, 2007).

Zudem kann ein Zusammenhang zwischen PTBS und Suiziden beziehungsweise Suizidversuchen postuliert werden. So können beispielsweise psychosoziale Stressoren, die in traumatischen Erfahrungen, wie zum Beispiel Foltererfahrungen bei Asylsuchenden und Flüchtlingen, begründet liegen mit Suiziden in Verbindung gebracht werden (Foster, 2011). Genaue Daten zum Zusammenhang von Suiziden und PTBS werden in Deutschland nicht offiziell erhoben (Deutscher Bundestag, 2016c). Die Weltgesundheitsorganisation geht jedoch davon aus, dass in Ländern mit hohem Einkommen, zu denen auch Deutschland gehört, ca. 90% der Suizidtoten unter einer psychischen Störung gelitten haben (Weltgesundheitsorganisation, 2014). In den Jahren 2014 bis 2016 begingen laut offiziellen Statistiken insgesamt 433 Flüchtlinge Suizidversuche, von denen 19 tödlich endeten. Die Dunkelziffer wird allerdings als weitaus höher eingeschätzt, da nur wenige Bundesländer überhaupt Suizide und Suizidversuche erfassen. Bezüglich möglicher psychischer Vorerkrankungen gibt diese Statistik jedoch keine Auskunft (statista, 2017a). Eine niederländische populationsbezogene Studie berichtete höhere Suizidraten von männlichen Asylbewerbern im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. Suizidversuche waren insgesamt sowohl bei männlichen als auch bei weiblichen Asylbewerbern höher als in der Allgemeinbevölkerung. Davon ausgeschlossen waren jedoch Asylsuchende aus afrikanischen Herkunftsländern (Goosen et al., 2011).

5.4 Der Transkulturelle Ansatz: Kulturspezifische Besonderheiten bezüglich PTBS und anderen Traumafolgestörungen bei Klienten aus dem afghanischen Kulturkreis

In der heutigen psychologischen und psychiatrischen Praxis werden gesellschaftliche Veränderungen und kulturgebundene Entstehungs- und Ausdrucksformen immer noch nicht ausreichend berücksichtigt, obwohl gesellschaftliche Veränderungen und Multikulturalismus dies eigentlich notwendig machen. Die Transkulturelle Psychiatrie und Psychologie beschäftigt sich damit, kulturgebundene Referenzsysteme und Bedeutungszusammenhänge verschiedener Störungs- und Krankheitskonzepte aufzudecken und zu beschreiben. Es geht darum, kulturspezifische Besonderheiten zu akzeptieren und in die Behandlungspraxis mit einzubeziehen. Dabei sollen nicht unbedingt westliche Krankheitsbilder in anderen

Kulturen validiert werden, sondern der Fokus auf die Bedürfnisse von PatientInnen mit verschiedenen kulturellen Hintergründen gerichtet werden (Hegemann & Salman, 2016; Wohlfart & Zaumseil, 2006).

In einer Studie mit 320 erwachsenen Teilnehmern in Afghanistan konnten Miller und KollegInnen, 2009, die Validität der PTBS im afghanischen Kulturkreis zwar belegen, der klinische Nutzen dieser Diagnose stellte sich jedoch als extrem eingeschränkt heraus. Es zeigte sich, dass in dieser Stichprobe andere psychiatrische Symptome höher mit posttraumatischem Stress korrelierten als PTBS, wie die Symptome von Depressionen und kulturspezifische Attribute für allgemeinen Distress. Obwohl also die typischen Symptome einer PTBS im afghanischen Kulturkreis gefunden werden können, bedeutet dies jedoch nicht, dass diese auch die primäre Ausdrucksweise von psychischen Traumata darstellen, beziehungsweise, dass die Symptome als besonders belastend erlebt werden im Vergleich zu anderen Formen von kriegsbezogenem Leiden (Miller et al., 2009). Vielmehr ist es wichtig auch hier den Ansatz der transkulturellen Psychologie zu betrachten. So gehört der Begriff PTBS im afghanischen Kulturkreis nicht zu den häufig verwendeten und gesellschaftlich akzeptierten Ausdrucksweisen für die Symptome von traumabezogenem Distress. Stattdessen sind in Afghanistan verschiedene andere Konstrukte, wie zum Beispiel *Jigar Khun*, *Asabi* oder *Fishar*, geläufig und eher anerkannt. Diese Konstrukte hängen alle mit allgemeinem psychologischen Distress zusammen und können mit traumatischen Erlebnissen in Verbindung gebracht werden. Erfasst werden sie beispielsweise mit der Afghan Symptom Checklist (ASCL), einem Fragebogen bestehend aus 22 Items, mit dem die teilweise kulturspezifische allgemeine psychische Belastung erhoben werden kann. Die ASCL korreliert positiv ($r = .70$) mit der Exposition mit kriegsbezogenen Stressoren. Eine Version der ASCL in englischer Sprache findet sich im Anhang (Miller et al., 2006). Zu den indigenen Konstrukten, die mit der ASCL erfasst werden, gehört unter anderem das Konstrukt *Jigar Khun*. Darunter versteht man in der lokalen Bevölkerung eine Form der Traurigkeit infolge des Verlustes einer nahen stehenden Person oder auch die Reaktion auf verschiedene enttäuschende oder verletzende Erlebnisse. *Asabi* hingegen beschreibt ein Gefühl der Nervosität oder Anspannung, welches mit Überforderung in wichtigen Lebensbereichen in Verbindung gebracht wird. Als weitere, eng miteinander verbundene, indigene Konstrukte können *Fishar-e-bala* und *Fishar-e-payin* genannt werden. *Fishar-e-bala* beschreibt den internalen Zustand emotionalen Drucks und Agitation, wohingegen mit *Fishar-e-payin* ein geringes Energielevel und wenig Motivation beschrieben wird (Miller et al., 2006). Eine weitere Analyse der Daten ergab, dass Erfahrungen mit kriegsbezogenem traumatischem Stress geringfügig höher mit Depressionen und signifikant höher mit diesen kulturspezifischen Maßen für allgemeinen Distress korrelieren als Symptome einer PTBS. Infolgedessen postulieren die AutorInnen, dass

die PTBS nicht die primäre Ausdrucksform traumabezogenen Leidens in Afghanistan darstellt (Miller et al., 2009).

Bezogen auf den Ansatz der transkulturellen Psychiatrie und Psychologie, bieten diese Studien und ihre Ergebnisse einen ersten Anhaltspunkt zu kulturgebundenen Leidens- und Krankheitskonzepten in Afghanistan. Sie zeigen, dass die westliche Einschätzung und Diagnostik in anderen Kulturen teilweise ungenügend sein oder zu Fehleinschätzungen der tatsächlichen Belastung führen kann. Umso wichtiger ist es demzufolge diese kulturspezifischen Konstrukte zu beachten und den richtigen Zusammenhang mit dem lokalen Verständnis von posttraumatischem Stress und dem westlichen Konstrukt der PTBS herzustellen.

6 Postmigrationsstressoren und die Behandlung von Traumafolgestörungen

Auswirkungen auf die psychische Gesundheit von Geflüchteten haben jedoch nicht nur verschiedene Prämigrationstraumata, die prekären Lebensbedingungen im Heimatland sowie die belastenden Fluchterfahrungen, sondern auch Stressoren, die erst im Exil auftreten und eine gravierende psychische Belastung darstellen. Auf Ressourcen und Copingstrategien zur Bewältigung dieser Postmigrationsstressoren können die Geflüchteten in der Regel kaum zurück greifen, da ihnen, gerade zu Beginn ihres Aufenthaltes im Zielland, unter anderem soziale Unterstützung und Sprachkenntnisse fehlen (DGPPN, 2016; Li, Liddell & Nickerson, 2016). Bisher lag der Fokus der Forschung bezüglich der psychischen Gesundheit von Geflüchteten zu einem großen Teil auf der Analyse verschiedener Prämigrationstraumata und belastenden Fluchterfahrungen. Neuere Untersuchungen zeigen jedoch, dass auch verschiedene Postmigrationsstressoren einen negativen Einfluss auf die psychische Gesundheit von Flüchtlingen und Asylbewerbern haben und besonderer Beachtung bedürfen (Li et al., 2016). Postmigrationsstressoren umfassen verschiedene Bereiche des Lebens von Geflüchteten und können in mehrere Kategorien eingeteilt werden. So nehmen Li, Liddell und Nickerson (2016) eine Einteilung in sozioökonomische Stressoren, soziale und interpersonelle Stressoren sowie Stressoren in Verbindung mit dem Asylverfahren und der Einwanderungspolitik vor. Zu den sozioökonomischen Stressoren zählen Li und Kolleginnen unter anderem finanzielle Schwierigkeiten und Wohnverhältnisse sowie Arbeitslosigkeit. Soziale und interpersonelle Faktoren umfassen Trennung vom sozialen Umfeld, soziale Isolation sowie Diskriminierungserlebnisse im Gastland. Als Stressoren in Verbindung mit dem Asylverfahren und Einwanderungspolitik geben die Autorinnen unter anderem die Dauer des Asylverfahrens und immer restriktivere Asylgesetze an. Böttche, Heeke und Knaevelsrut (2016) hingegen beschränken sich bei der Kategorisierung von Postmigrationsstressoren auf institutionelle aufenthaltsrechtliche und individuelle Aspekte. Zu den institutionellen aufenthaltsrechtlichen Faktoren gehören gemäß dieser Einteilung unter anderem das Asylverfahren und der Asylklageprozess, die Unterbringung in Wohnheimen und der eingeschränkte Zugang zum Gesundheitssystem. Die individuellen Aspekte umfassen unter anderem das Erleben von Diskriminierung, den Verlust sozialer Kontakte und Sprachprobleme.

Einige dieser Postmigrationsstressoren betreffen Asylbewerber weitaus durchdringender als Flüchtlinge, die bereits einen Aufenthaltsstatus haben (Carswell, Blackburn & Barker, 2011; Laban, Gernaat, Komproe, Schreuders & Jong, 2004). Auf diese Unterschiede im Leben von anerkannten Flüchtlingen und Asylsuchenden wird im Folgenden genauer eingegangen. Dabei liegt der Fokus auf verschiedenen Postmigrationsstressoren und deren Auswirkungen auf Lebensbedingungen und psychische Gesundheit.

6.1 Die Zeit des Asylverfahrens – Unterschiede im Leben von anerkannten Flüchtlingen und Asylsuchenden

Obwohl sowohl Flüchtlinge als auch Asylsuchende im Exilland Postmigrationsstressoren ausgesetzt sind, gibt es dennoch bedeutende Unterschiede im Leben von anerkannten Flüchtlingen und Asylsuchenden. Diese Diskrepanzen sind unter anderem durch verschiedene Gesetzesgrundlagen aber auch durch soziale und gesellschaftliche Voraussetzungen bedingt und haben einen zentralen Einfluss auf die psychische Gesundheit Geflüchteter und auch auf die Genesung psychischer Krankheiten. Viele dieser Aspekte stellen Risikofaktoren bei der Entwicklung und Chronifizierung von Traumafolgestörungen dar (Baron & Flory, 2016).

Einen besonders bedeutungsvollen Unterschied im Leben von anerkannten Flüchtlingen und Asylsuchenden stellt unbestritten der Aufenthaltsstatus dar. Während Asylsuchende weiterhin auf ihre persönliche Anhörung zu ihren Fluchtgründen beziehungsweise auf die Entscheidung über ihren Schutzstatus in Deutschland warten, haben Flüchtlinge, je nach Aufenthaltsstatus, bereits die Sicherheit sich über einen längeren Zeitraum in Deutschland aufhalten zu können. Eine Studie mit afghanischen und iranischen Geflüchteten in den Niederlanden konnte zeigen, dass Klienten, die während der Dauer einer Gruppentherapie für PTBS einen längerfristigen Aufenthaltsstatus zugesprochen bekamen, signifikant stärkere Symptomreduktion erfuhren als solche, deren Aufenthaltsstatus sich nicht änderte. Die Autoren erklären dies unter anderem mit einer optimistischen Haltung hinsichtlich der Zukunft in Verbindung mit der Möglichkeit zur Neustrukturierung ihres Lebens (Drozdek et al., 2013). In einer weiteren Studie mit afghanischen, iranischen und somalischen Geflüchteten in den Niederlanden ging die Zuerkennung eines Aufenthaltstitels ebenfalls mit einer Verbesserung der psychischen Gesundheit einher. Weitere Analysen zeigten jedoch, dass dieser Zusammenhang durch die damit einhergehende Verbesserung der Lebensumstände mediiert wurde (Lamkaddem, Essink-Bot, Devillé, Gerritsen & Stronks, 2015). Der positive Ausgang des Asylverfahrens kann somit nur indirekt mit einer geringeren psychischen Belastung in Verbindung gebracht werden (Böttche, Heeke & Knaevelsrud, 2016). Allerdings zeigen Forschungsergebnisse, dass ein langes Asylverfahren einen Risikofaktor für die Entwicklung von psychischen Erkrankungen darstellt und die Lebensqualität und die Zufriedenheit der Betroffenen sinkt (Laban et al., 2004).

Ein weiterer Faktor, der zur Isolation und Ausgrenzung aus der Gesellschaft führt und Asylsuchende in vielen Fällen noch stärker betrifft als anerkannte Flüchtlinge, ist die Sprache. Da nur Asylsuchende mit

guter Bleibeperspektive bereits vor Abschluss des Asylverfahrens Zugang zu Integrations- und Sprachkursen erhalten, sind die Sprachkenntnisse dieser Personengruppe in der Regel bedeutend schlechter als die von anerkannten Flüchtlingen (BAMF, 2017c; Flory & Teigler, 2017). Dies führt einerseits zur sozialen Isolation und erschwert andererseits zusätzlich den Zugang zu medizinischer und psychotherapeutischer Unterstützung.

Da Asylsuchende während der ersten drei Monate ihres Aufenthalts in Deutschland in speziellen zugewiesenen Aufnahmeeinrichtungen leben müssen und auch danach in der Regel die Unterbringungsform und ihren Wohnort nicht einfach wechseln können (BAMF, 2016b), ist kaum sozialer Support durch bereits in Deutschland lebende Verwandte und Freunde vorhanden, die eventuell in anderen Landesteilen untergebracht sind. Seit Inkrafttreten des neuen Integrationsgesetzes Mitte 2016 sind jedoch auch anerkannte Flüchtlinge zur Wohnsitznahme verpflichtet. Aus diesem Grund ergeben sich hier für beide Personengruppen ähnliche Rahmenbedingungen (PRO ASYL, 2016b). Dennoch ist davon auszugehen, dass anerkannte Flüchtlinge durch ihren häufig längeren Aufenthalt in Deutschland bereits ein stärkeres soziales Netzwerk aufbauen konnten und mehr Unterstützung durch Freunde und kulturelle Gemeinschaften bekommen. Es wird davon ausgegangen, dass soziale Unterstützung und die Symptomschwere von PTBS miteinander in Zusammenhang stehen. Sechs bis zwölf Monate nach der traumatischen Erfahrung stellt geringe soziale Unterstützung einen Risikofaktor für eine höhere Symptomschwere der PTBS dar. Während späterer Phasen der Traumabewältigung führen stärkere PTBS Symptome zu geringerem sozialen Support (Kaniasty & Norris, 2008).

Weitere Unterschiede im Leben von anerkannten Flüchtlingen und Asylsuchenden ergeben sich hinsichtlich der finanziellen Absicherung in Verbindung mit der Erlaubnis einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Unabhängig von der Chance überhaupt eine Arbeitsstelle finden zu können, berechtigen Passersatzdokumente, die Asylsuchende während der Dauer ihres Asylverfahrens erhalten, per se nicht zur Aufnahme einer Erwerbstätigkeit. Stattdessen muss die spezielle Genehmigung der Ausländerbehörde und der Arbeitsagentur eingeholt werden, wobei die Entscheidung über den Antrag im Ermessensspielraum der Behörden liegt (BAMF, 2016g). Studien zeigen, dass sich Arbeitslosigkeit negativ auf die psychische Gesundheit der Betroffenen auswirkt. In der Folge kann es zu Resignation und Rückzug, verringertem Selbstwertgefühl, sozialer Isolation und verschiedenen psychischen Erkrankungen, zu depressiven Störungen, Angsterkrankungen, Substanzkonsum und auch zu suizidalen Handlungen kommen (Weber, Hörmann & Heipertz, 2007).

Äußere Faktoren, wie oben beschrieben, wirken sich substantiell auf das Leben Geflüchteter aus. Sie bestimmen über die Teilhabe der Menschen in der Aufnahmegesellschaft. Gelungene Integration und Teilhabe unterstützen die Betroffenen bei der Bewältigung ihrer Traumata und ermöglichen außerdem die Entwicklung von Lebens- und Zukunftsperspektiven. Kommen mehrere Postmigrationsstressoren zusammen, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass die Betroffenen eine Traumafolgestörung entwickeln (Baron & Flory, 2016; Nickerson, Bryant, Silove & Steel, 2011).

6.2 Voraussetzungen für eine gelungene Traumatherapie und Auswirkungen des Asylverfahrens auf die Behandlung von Traumafolgestörungen

Die Behandlung einer PTBS ist ein langwieriger und Ressourcen strapazierender Prozess, der einige Voraussetzungen aber auch Kontraindikationen mit sich bringt. Einige dieser Voraussetzungen stellen TherapeutInnen bei der Behandlung von Geflüchteten immer wieder vor Schwierigkeiten und Kontraindikationen sind allzu häufig gegeben. Im Folgenden werden die verschiedenen Schritte einer Traumatherapie mit ihren jeweiligen Voraussetzungen und Bedingungen beschrieben. Dabei wird vor allem auf die besondere Problematik bei Geflüchteten eingegangen.

Die Therapie einer PTBS erfolgt in mehreren Phasen, die aufeinander aufbauen. Bevor mit der Bearbeitung des Traumas begonnen werden kann, muss zunächst der individuelle Stabilisierungsbedarf des Klienten abgeklärt werden. Es sollte eine sichere Umgebung geschaffen werden, die Schutz vor weiterer Traumaeinwirkung und soziale Unterstützung bietet. Während des Aufbaus der therapeutischen Beziehung sind nicht nur Selbst- und Fremdgefährdungstendenzen abzuklären, auch eine Einschätzung der sozialen Kompetenzen und der Affektregulation ist von Nöten. Der Aufbau von intra- und interpersonellen Ressourcen spielt eine zentrale Rolle. Zudem kann gegebenenfalls eine prozessunterstützende Pharmakotherapie eingeleitet werden, wobei jedoch ein besonderes Augenmerk auf der Suizid- und Suchtgefährdung liegen muss (Flatten et al., 2011). Bei Geflüchteten, vor allem bei Asylbewerbern, die noch keinen längerfristigen Aufenthaltsstatus in der Bundesrepublik haben, stellen einige dieser Voraussetzungen TherapeutInnen vor große Herausforderungen. Asylbewerber stellen eine besonders vulnerable Gruppe dar, die spezieller Unterstützung bedarf. Durch die oftmals erst kurze Aufenthaltsdauer in Deutschland haben viele der Betroffenen kaum Zugriff auf soziale Netze. Das Leben in Gemeinschaftsunterkünften bietet für kaum jemanden eine affektiv sichere und verlässliche Umgebung.

Mangelnde Sprachkenntnisse, soziale Isolation und oftmals Diskriminierungserfahrungen erschweren den Aufbau von intra- und interpersonellen Ressourcen (Baron & Flory, 2016).

Im zweiten Schritt erfolgt im Rahmen einer Traumatherapie die Traumabearbeitung. Ziel dabei ist die Durcharbeitung und anschließende Integration des Traumas in die Biografie im geschützten therapeutischen Setting. Erreicht wird dies durch eine dosierte Konfrontation mit dem auslösenden Ereignis. Voraussetzungen dafür sind, dass im ersten Schritt eine ausreichende Stabilität erreicht werden konnte und dass kein Täterkontakt besteht (Flatten et al., 2011). Zu den Kontraindikationen, die eine Bearbeitung des Traumas ausschließen, gehören unter anderem eine hohe akute psychosoziale und körperliche Belastung. Dieser Aspekt stellt besonders bei Asylsuchenden häufig ein Ausschlusskriterium dar, das die Bearbeitung verschiedener Prämigrationstraumata und belastender Fluchtereignisse unmöglich macht. Das Asylverfahren und die damit verbundene Unsicherheit stellt für die Geflüchteten eine äußerst hohe psychosoziale Belastung dar und kann häufig direkt als Kontraindikation einer Traumabearbeitung ausgemacht werden. Oft stellen aufenthaltsrechtliche Themen bei Asylsuchenden eine so hohe Belastung dar, dass eine Traumatherapie in herkömmlichen Sinne unmöglich ist. Vielmehr findet zunächst lediglich eine ausgedehnte Stabilisierungsphase statt (Baron & Flory, 2016; Laban et al., 2004).

In den Prozess der Therapie werden phasenbegleitend Aspekte der psychosozialen Reintegration und der Neuorientierung eingegliedert. Bei der psychosozialen Reintegration geht es darum, soziale Unterstützung zu schaffen, gegebenenfalls Angehörige mit einzubeziehen und unter Umständen eine berufliche Rehabilitation zu beginnen. Im Rahmen der Neuorientierung findet eine Auseinandersetzung mit traumaspezifischen Verlusten und Beeinträchtigungen statt. Für zukünftige Situationen erneuter schwerer Belastung werden Techniken und Methoden verinnerlicht, die der Rückfallprophylaxe dienen. Des Weiteren spielt die Entwicklung von Zukunftsperspektiven eine entscheidende Rolle (Flatten et al., 2011).

Aufgrund der migrationsspezifischen Belastungen müssen diese Leitlinien bei Flüchtlingen und Asylsuchenden jedoch flexibel angepasst und adaptiert werden. Sich verändernde Umgebungsbedingungen, wie zum Beispiel eine Änderung des Aufenthaltsstatus, drohende Abschiebungen oder die Wohnsituation müssen als wichtige Faktoren von Außerhalb in das Therapiesetting integriert werden. Da diese Aspekte durch die PsychotherapeutInnen in der Regel nicht direkt beeinflusst werden können, ist die Vernetzung mit anderen Experten absolut notwendig. RechtsanwältInnen, SozialarbeiterInnen und Ehrenamtliche können den Verlauf einer Therapie somit indirekt mit gestalten (Baron & Flory, 2016). Des Weiteren spielt die erlebte Eigenverantwortung in einer

Traumatherapie eine entscheidende Rolle. Traumatische Erlebnisse sind häufig verbunden mit übermäßiger Fremdbestimmung und Gefühlen der Ohnmacht. Um diese Empfindungen im Therapiesetting zu vermeiden wird besonderer Wert auf die Selbstbestimmung der Klienten gelegt. Vor allem Asylsuchende erleben im Gastland Fremdbestimmung in besonders vielen Bereichen. So können sie häufig weder über Wohnort und Wohnform noch über ihre Beschäftigungsmöglichkeiten entscheiden und sind auch in vielen anderen Bereichen fremdbestimmt und abhängig von anderen Personen und Behörden. Aufgrund dessen ist es besonders wichtig, diesen Personen im Rahmen der Therapie ein Gefühl der Selbstbestimmtheit und Eigenverantwortung zu vermitteln (Baron & Flory, 2016; Flory & Teigler, 2017).

6.3 Therapie und Beratung unter Hinzuziehung von Sprach- und Kulturmittlern

Eine Besonderheit, die die Behandlung und Beratung von Geflüchteten für TherapeutInnen und anderes Fachpersonal zu einer Herausforderung macht, ist die Sprache. Aufgrund der zumeist erst kurzen Aufenthaltsdauer in Deutschland ist es in der Regel notwendig, Therapie oder Beratung in der Muttersprache der Klienten durchzuführen. Dazu werden Sprach- und KulturmittlerInnen herangezogen, die nicht nur Gesprochenes übersetzen, sondern auch über kulturelle Besonderheiten aufklären und so Missverständnisse und Fehlinterpretationen vermeiden.

Die Sprache stellt ein wichtiges Instrument dar, das Menschen die Möglichkeit bietet ihre psychische Realität und ihre Kultur auszudrücken. Durch die Sprache werden kulturelle Symbole und Bedeutungszusammenhänge vermittelt, die von einer kulturfremden Person häufig nicht bemerkt werden (Kluge & Kassim, 2006). Bei einer gelungenen Sprachmittlung im Rahmen einer Psychotherapie mit Geflüchteten stellen Dolmetschende kein absolut neutrales Element dar. Vielmehr handelt es sich um eine Triangulierungssituation, in der sie eine Mittlerfunktion übernehmen, die über die rein sprachliche Übersetzung hinausgeht. Ebenso wie die Sprache, bedarf auch die Kultur einer angemessenen Übersetzung. Die Aufgabe der Dolmetschenden ist es, kulturelle Barrieren abzubauen und Wissen über kulturelle Bedeutungszusammenhänge weiterzugeben (Machleidt, 2013). Das bedeutet jedoch nicht, dass die Sprach- und KulturmittlerInnen aktiv in den Therapieprozess und das Gespräch einbezogen werden. Zum Austausch zwischen TherapeutIn und DolmetscherIn findet vor jedem Klientenkontakt ein kurzes Vorgespräch statt. Dabei erhalten Dolmetschende Informationen über die Gesprächsziele und gegebenenfalls notwendige Informationen über die Vorgeschichte der Klienten und TherapeutInnen werden über kulturelle Besonderheiten aufgeklärt. Während des Gesprächs liegt die Gesprächsführung

bei den TherapeutInnen. Um den Sprach- und KulturmittlerInnen eine möglichst genaue konsekutive Übersetzung zu ermöglichen, sollte beiderseits in möglichst kurzen Abschnitten gesprochen werden und Fachwörter und Redewendungen sollten vermieden werden. Nach Abschluss der Sitzung sollte ein kurzes Nachgespräch zwischen TherapeutIn und DolmetscherIn stattfinden, um bei Bedarf kulturelle Hintergründe zu klären und um bei schwierigen Gesprächen Entlastung für die Dolmetschenden zu bieten (Salman, 2016).

Bei den DolmetscherInnen, die in der psychosozialen Flüchtlingshilfe herangezogen werden, handelt es sich in der Regel nicht um professionell ausgebildete DolmetscherInnen, sondern um sogenannte GemeindedolmetscherInnen. Häufig sind dies Personen, die ebenfalls über Migrationserfahrungen verfügen und speziell geschult werden (Salman, 2016). Diese Sprach- und KulturmittlerInnen werden nicht nur zu den Themen Therapiesetting, Gesprächsdynamik und psychotherapeutische Fachsprache speziell ausgebildet, auch individuelle Entlastungsmethoden und der Umgang mit Kulturgebundenheit und Rollenerwartungen werden speziell trainiert (Baron & Flory, 2016). Sprach- und KulturmittlerInnen aus diesem Personenkreis bieten den Vorteil, dass sie, wie die Bezeichnung bereits impliziert, nicht nur Gesprochenes übersetzen, sondern auch kulturelle Kenntnisse haben, die professionelle DolmetscherInnen aus anderen Kulturkreisen nicht haben können (Kluge & Kassim, 2006). Durch diese Art der Sprachmittlung werden auch kulturelle Tabus vorsichtig behandelt, die bei muttersprachlichen TherapeutInnen eventuell nicht thematisiert würden. Besonders wichtig ist es dementsprechend, dass eine sensible Auswahl der SprachmittlerInnen stattfindet. Das Geschlecht und Alter der Dolmetschenden und auch die genaue kulturelle Herkunft sind von großer Bedeutung für die Entwicklung eines geschützten therapeutischen Settings (Machleidt, 2013).

Auf Laiendolmetscher, wie Verwandte oder Freunde der KlientInnen, sollte wenn möglich verzichtet werden. Sie verfügen weder über das notwendige Fachvokabular und Hintergrundwissen noch kann die Verschwiegenheit über Gesprächsinhalte sichergestellt werden. Von Seiten der KlientInnen ist häufig Befangenheit zu erwarten, besonders wenn sensible Themen wie Sexualität, Tod und Gewalterfahrungen besprochen werden. LaiendolmetscherInnen sollten nur im Notfall und auch dann nur für die Klärung allgemeiner Absprachen eingesetzt werden (Salman, 2016).

Dass Therapie unter Hinzuziehung von DolmetscherInnen ebenso wirksam ist wie ein duales Setting zwischen TherapeutIn und KlientIn, konnte in verschiedenen Studien gezeigt werden (Brune, Eiroá-Orosa, Fischer-Ortman, Delijaj & Haasen, 2011; Dhawan, 2004).

6.4 Besondere Schwierigkeiten traumatisierter Geflüchteter im Asylverfahren

Traumatisierte Geflüchtete erleben während des Asylverfahrens verschiedene Hürden, die es zu bewältigen gilt und die sie im besonderen Maße betreffen. Dazu gehört einerseits die Anhörung im Rahmen des Asylverfahrens und andererseits die Voreingenommenheit verschiedener Behörden bezüglich der Anerkennung einer PTBS als Abschiebehindernis.

In der Anhörung unterliegen die Asylsuchenden gemäß §15 Absatz 1, AsylG, einer grundsätzlichen Mitwirkungspflicht. Dies bedeutet, dass sie dazu verpflichtet sind, sämtliche Tatsachen und Umstände offen zu legen, die in Verbindung mit ihrem Asylantrag stehen (Bundesrepublik Deutschland, 2016). Nach einigen einleitenden Fragen zu Lebensumständen und persönlichen Verhältnissen im Heimatland, werden Asylbewerber im zweiten Teil der Anhörung zu ihren persönlichen Fluchtgründen befragt. Hierbei wird erwartet, dass sie diese Beweggründe möglichst genau und mit vielen Einzelheiten schildern. Des Weiteren wird viel Wert auf eine nicht widersprüchliche zeitliche Einordnung der Geschehnisse gelegt (Informationsverbund Asyl & Migration e.V., 2016). Wie weiter oben bereits beschrieben, gehört zu den typischen Symptomen einer PTBS jedoch unter anderem das Unvermögen, sich an verschiedene Aspekte des traumatischen Ereignisses erinnern zu können. Auch das Berichten von Umständen in einer chronologisch stimmigen Abfolge stellt für Personen mit einer PTBS eine große Herausforderung dar oder ist gänzlich unmöglich (American Psychiatric Association, 2015b; Dilling et al., 2015). Diese Unfähigkeit wird von den zuständigen AnhörerInnen und EntscheiderInnen teilweise als Beleg für eine Falschaussage oder Übertreibung angesehen. Empirisch gibt es jedoch Belege dafür, dass beispielsweise diskrepante Aussagen zu zwei verschiedenen Zeitpunkten bei Flüchtlingen mit PTBS krankheitsbedingt erklärbar sind und nicht unbedingt beabsichtigte Täuschungsversuche darstellen. Weiterhin gehen die AutorInnen der Studie davon aus, dass bei Geflüchteten die Länge des Asylprozesses einen negativen Einfluss auf mögliche diskrepante Aussagen bei der Asylananhörung hat (Herlihy, Scragg & Turner, 2002).

Weiterhin haben Asylbewerber häufig Probleme, psychische Erkrankungen wie beispielsweise eine PTBS als Abschiebehindernis geltend zu machen. Gemäß §60 Absatz 7 Aufenthaltsgesetz gilt:

Von der Abschiebung eines Ausländers in einen anderen Staat soll abgesehen werden, wenn dort für diesen Ausländer eine erhebliche konkrete Gefahr für Leib, Leben oder Freiheit besteht. Eine erhebliche konkrete Gefahr aus gesundheitlichen Gründen liegt nur vor bei lebensbedrohlichen oder schwerwiegenden Erkrankungen, die sich durch die Abschiebung wesentlich verschlechtern würden. Es ist nicht erforderlich, dass die medizinische

Versorgung im Zielstaat mit der Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland gleichwertig ist. Eine ausreichende medizinische Versorgung liegt in der Regel auch vor, wenn diese nur in einem Teil des Zielstaats gewährleistet ist (Bundesrepublik Deutschland, 2017).

In ihrer Gesetzesbegründung geht die Bundesregierung davon aus, dass eine PTBS nicht regelmäßig als eine solche schwerwiegende Erkrankung, die zum Verbot einer Abschiebung führt, gewertet werden kann. Stattdessen wird davon ausgegangen, dass Geflüchtete mit der Diagnose einer PTBS regelmäßig abgeschoben werden können, außer die Abschiebung führt zu einer bedeutsamen Gesundheitsgefährdung bis hin zu einer Selbstgefährdung (Deutscher Bundestag, 2016a). Die Bundespsychotherapeutenkammer (2016) legt in ihrer Stellungnahme zu diesem Gesetz dar, dass eine PTBS fachlich grundsätzlich als schwerwiegende Erkrankung einzuschätzen ist, die die Betroffenen in ihrer Lebensführung massiv einschränkt und weiterhin erhebliche und konkrete Gefahr für Leib und Leben darstellt. Wollen AsylbewerberInnen ihre PTBS beim Bundesamt für Migration und Flüchtlinge als Abschiebehindernis geltend machen, müssen sie demnach nachweisen, dass die PTBS in ihrem Fall eine schwerwiegende Erkrankung darstellt. Dazu benötigen sie eine qualifizierte ärztliche Bescheinigung, die dies bestätigt. Diese Bescheinigung muss beim Bundesamt binnen weniger Wochen eingereicht werden. Innerhalb dieser Frist ist es für die Betroffenen in vielen Fällen nicht möglich eine qualifizierte ärztliche Bescheinigung zu beschaffen. In einigen Fällen kommt es infolgedessen zur Abschiebung traumatisierter Geflüchteter.

7 Zusammenfassung und Fazit

Die vorliegende Arbeit verdeutlicht, dass es sich bei dem gewählten Thema um ein sehr umfangreiches handelt, das, besonders in Deutschland, von hoher Relevanz ist. Im Folgenden werden die einzelnen Abschnitte kurz zusammengefasst und diskutiert sowie die Limitationen der vorliegenden Arbeit und einige Perspektiven für die weitere Forschung aufgezeigt.

Zunächst wurde zu Beginn der Arbeit die Entwicklung Afghanistans in den vergangenen Jahrzehnten beschrieben sowie die derzeitige Situation beschrieben. Dabei lag der Fokus auf der Sicherheits- und Menschenrechtslage und der humanitären und sozioökonomischen Situation sowie der medizinischen und psychologischen Versorgungslage im Land. Dieses Kapitel verdeutlicht, dass es sich bei Afghanistan keineswegs um ein sicheres Land handelt, in das Menschen bedenkenlos abgeschoben werden können. Anders als die Deutsche Bundesregierung, schätzt UNHCR Afghanistan als äußerst instabil und risikoreich ein. Das gesamte Staatsgebiet Afghanistans sei „von einem innerstaatlichen bewaffneten Konflikt [...] betroffen“ (UNHCR, 2016a, S. 2). Eine Einteilung in sichere und unsichere Gebiete sei auf Grund der sich ständig ändernden Sicherheitslage nicht möglich. Eine Rückführung nach Afghanistan mit anschließender Neuansiedlung sei, nach Prüfung verschiedener sicherheitsrelevanter Umstände, wenn überhaupt nur dann möglich, wenn an dem vorgeschlagenen Ort bereits ein starkes soziales Netzwerk bestehe, das den Rückkehrenden Unterstützung bieten könne (UNHCR, 2016a). Der Einschätzung des deutschen Innenministers, Thomas De Maizière, zufolge, sei die Sicherheitslage in Afghanistan zwar kompliziert, es könnten jedoch sichere Orte ausgemacht werden. Zudem richteten sich, anders als bei Terrorattentaten in Europa, die Anschläge auf Repräsentanten des Staates und nicht auf Zivilisten. Diese seien lediglich Opfer der Anschläge der Taliban, jedoch grundsätzlich nicht das Ziel (Tagesschau, 2017c). Dass auch innerhalb Deutschlands verschiedene Ansichten zum Thema Sicherheitslage in Afghanistan herrschen, zeigt sich auch daran, dass insgesamt fünf Bundesländer einen Abschiebestopp in das Land verhängt haben. Dazu gehören Schleswig-Holstein, Bremen, Niedersachsen, Thüringen und Rheinland-Pfalz (Tagesschau, 2017f). Nachdem bei einem Anschlag im Regierungsviertel in Kabul am 31. Mai 2017 auch die Deutsche Botschaft schwer getroffen wurde, setzte die Deutsche Bundesregierung Abschiebungen nach Afghanistan vorerst aus. Derzeit stehe eine erneute Bewertung der Sicherheitslage in Afghanistan aus, sodass das BAMF derzeit nicht über Asylanträge von AfghanInnen entscheide (Tagesschau, 2017a, Tagesschau, 2017g). Die unterschiedlichen Einschätzungen, die von verschiedenen Stellen zum Thema Afghanistan gegeben werden, verdeutlichen, dass es sich hierbei um ein hoch politisches Thema handelt, dass weitreichende Konsequenzen hat und einer äußerst differenzierten und kritischen

Auseinandersetzung bedarf. Auch die aktuellen politischen Entwicklungen zeigen, dass die Zukunft afghanischer Geflüchteter in Deutschland weiterhin ungewiss und die Thematik von besonderer Relevanz sein wird.

Kapitel 3 der vorliegenden Arbeit beschäftigte sich mit Fluchtgründen und Prämigrationstraumata, die Menschen in Afghanistan erleben. Dabei wurde vor allem auf die Beschreibung von potentiell traumatischen Erfahrungen und deren Definition nach DSM-5 und ICD-10 eingegangen. Außerdem wurde ein Überblick über die psychische Gesundheit von Afghanistans Bevölkerung gegeben. Auch dieses Kapitel verdeutlicht durch die Vielzahl an möglichen Prämigrationstraumata, dass Afghanistan ein Land ist, in dem der Bevölkerung viele Gefahren drohen. Auch konnte aufgezeigt werden, dass psychische Erkrankungen in Afghanistan zwar von Bedeutung, aber dennoch kaum akzeptiert sind. Darauf aufbauend wurden in Kapitel 5 die Posttraumatische Belastungsstörung und weitere Traumafolgestörungen beschrieben und die Diagnosekriterien erläutert. Außerdem wurden die Prävalenzraten verschiedener Krankheitsbilder genannt und hierbei zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen differenziert. Der Exkurs zum Thema Transkulturelle Psychiatrie und Psychologie verdeutlicht, wie wichtig die Berücksichtigung der Kultur bei therapeutischen Ansätzen und auch bei der allgemeinen Betrachtung von psychischen Erkrankungen ist. Sowohl ICD-10, als auch DSM-5 müssen als Diagnoseinstrumente betrachtet werden, die nicht unabhängig von kulturellen Gegebenheiten weltweit auf gleiche Weise eingesetzt werden können. So zeigte, wie bereits erwähnt, eine Studie für den afghanischen Kulturkreis, dass die Konstruktvalidität der PTBS dort zwar bestätigt werden konnte, der klinische Nutzen der Diagnose jedoch einigen Einschränkungen unterlag. So korrelierten die PTBS Symptome weniger stark mit kriegsbezogenem traumatischem Stress als unter anderem Depressionen und kulturspezifische Maße für generellen Distress (Miller et al., 2009). Allerdings zeichnen sich in diesem Gebiet in den letzten Jahren immer mehr Neuerungen ab. So ist das DSM-5 im Gegensatz zu seinen Vorgängerversionen im gesamten Manual kultursensitiver aufgebaut. Außerdem wurde das Kapitel der *Kulturell gebundenen Leidenskonzepte* überarbeitet und einige Diagnosen hinzugefügt. In der aktuellen Version werden in diesem Kapitel auf mehreren Seiten neun Störungsbilder beschrieben, die ausschließlich in bestimmten Teilen der Erde auftreten (American Psychiatric Association, 2015a). Zu diesen kulturspezifischen Syndromen gehört beispielsweise *Kufungisisa*. Dabei handelt es sich um ein Leidenskonstrukt, das bei den Shona in Zimbabwe zu beobachten ist. Zu den Symptomen gehören unter anderem Angstsymptome, exzessive Sorgen, Panikattacken, depressive Symptome und Reizbarkeit. Kufungisia drückt psychosozialen Stress aus und steht in Verbindung mit zwischenmenschlichen und sozialen Schwierigkeiten (American Psychiatric Association, 2015a, S. 1141). Des Weiteren gibt es in Deutschland seit 2008 einen Dachverband, in dem einzelne

Fachkräfte und Institutionen, die im Bereich der transkulturellen Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik arbeiten, vernetzt sind. Der Dachverband der transkulturellen Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im deutschsprachigen Raum e.V. (*DTPPP e.V.*) hat es sich zur Aufgabe gemacht, durch Fort- und Weiterbildungen sowie Transfer von Forschungsergebnissen in die Praxis die Versorgung von PatientInnen mit anderem kulturellen Hintergrund zu verbessern (DTPPP e.V., 2017). Auch wenn sich in den letzten Jahren einige Neuerungen im Bereich der Interkulturellen und Transkulturellen Psychologie ergeben haben, ist in diesem Feld immer noch viel Handlungsbedarf von Nöten. So sollten beispielsweise angehende psychologische PsychotherapeutInnen in diesem Bereich ausführlicher geschult werden, da diese in ihrer Arbeit auf besondere Herausforderungen im transkulturellen Setting stoßen werden.

Das vierte Kapitel beschäftigte sich mit der Situation Geflüchteter in Deutschland. Dazu wurde zunächst ein Überblick darüber gegeben, wie viele Geflüchtete in den vergangenen Jahren nach Deutschland kamen und welches die Hauptherkunftsländer waren. Danach wurde auf die besondere Situation afghanischer Asylsuchender eingegangen und welche besonderen Hindernisse sie zu bewältigen haben. Anschließend wurde erläutert, wie das Asylverfahren abläuft und wie die einzelnen Schritte zum Beantragen von Asyl in Deutschland aussehen. Des Weiteren wurden einige Gesetzesgrundlagen und Neuerungen in der Asylpolitik beschrieben, von denen einige besonders negative Auswirkungen auf die Betroffenen haben. Es wurde deutlich, dass es, trotz aller Veränderungen in den letzten Jahren, immer noch viele strukturelle Probleme in der Asylpolitik gibt. Es konnte zudem aufgezeigt werden, dass die Deutsche Bundesregierung derzeit besonders konsequent vorgeht und beispielsweise viele abgelehnte Asylbewerber aus Afghanistan abgeschoben werden. Der anschließende Teil beschäftigte sich mit der psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden. Hierbei wurde deutlich, dass die Versorgungslage in diesem Bereich einige Mängel aufweist und eindeutig Handlungsbedarf durch die Bundesregierung besteht. Der Zugang zu psychotherapeutischer Hilfe findet derzeit zu einem sehr großen Teil über Psychosoziale Zentren statt, in denen Geflüchtete anonym und häufig kostenfrei beraten und behandelt werden. Den 34 psychosozialen Zentren, die im Durchschnitt pro Jahr 441 Geflüchtete beraten und behandeln können, stehen ca. 100000 bis 130000 Asylsuchende gegenüber, die auf Hilfe angewiesen sind (BAMF, 2017a; Baron & Flory, 2016; Gäbel et al., 2006). Dies verdeutlicht noch einmal, dass der Zugang zu Psychotherapie durch die Krankenversicherung auch für Geflüchtete vereinfacht werden muss. Eine Wartezeit von mehr als 15 Monaten bis zur Behandlung von psychischen Erkrankungen kann eine Chronifizierung zur Folge haben und für die Betroffenen einen enormen Leidensdruck bedeuten (Baron & Flory, 2016).

Die schon erwähnten Belastungen und Traumata, die Menschen aus Afghanistan und anderen Krisengebieten vor ihrer Flucht erleben, sind jedoch nicht die einzigen Belastungsfaktoren, mit denen sie konfrontiert werden. So stellt auch die Flucht in vielen Fällen ein extrem belastendes oder sogar traumatisches Erlebnis dar. Häufig erleben die Betroffenen neben Hunger und Durst auch extreme Wetterbedingungen, Übergriffe, Diskriminierung und verschiedene lebensbedrohliche Situationen (DGPPN, 2016). Des Weiteren gibt es auch nach der Flucht sogenannte Postmigrationsstressoren, die sich negativ auf die psychische Gesundheit von Geflüchteten auswirken. Während Prämigrationstraumata in der Forschung schon lange mit negativen Folgen für die psychische Gesundheit in Verbindung gebracht werden, richtet sich der Fokus der Forschung erst seit kurzem auf die Auswirkungen von Stressoren, die nach der Flucht im Exil auftreten (Li et al., 2016). Dieses Thema wurde im letzten Abschnitt der vorliegenden Arbeit thematisiert. Das Kapitel verdeutlichte, dass es Unterschiede im Leben von Flüchtlingen und Asylsuchenden gibt und Postmigrationsstressoren in besonderem Maße auf Asylsuchende wirken. Es scheint zudem relevant diese Stressoren nicht als einzelne Faktoren, sondern als zusammenhängend zu betrachten. So kann ein temporärer Aufenthaltsstatus beispielsweise die Arbeitsmöglichkeiten einschränken, woraus zum einen finanzielle Abhängigkeit vom Staat und zum anderen auch finanzielle Schwierigkeiten entstehen können, was wiederum Auswirkungen auf den sozialen Stand einer Person hat. Auch Einschränkungen bei Unterkunft und Wohnstätte gehen mit einem temporären Aufenthaltsstatus einher. Soziale Isolation und instabile Verhältnisse können die Folge sein (Li et al., 2016). All diese Faktoren können einzeln als Postmigrationsstressoren betrachtet werden, das Ausmaß der Folgen für Geflüchtete wird jedoch erst in der Summe deutlich. Das Kapitel verdeutlichte, dass spezielle Schulungen für psychologisches Fachpersonal besonders bedeutsam sind. Wissen über die verschiedenen Postmigrationsstressoren, deren Zusammenhänge sowie Auswirkungen auf Therapieprozesse müssen ebenso vermittelt werden wie der Umgang mit Dolmetschenden in der Psychotherapie. Über kulturspezifische Besonderheiten bezüglich Krankheitsverständnis, Diagnostik und Therapie müssen PsychologInnen und PsychotherapeutInnen informiert sein, um den Betroffenen professionell und effektiv helfen zu können.

Die vorliegende Arbeit beruht auf empirischen Fachartikeln aus psychologischen Datenbanken sowie auf Publikationen verschiedener Flüchtlings- und Menschenrechtsorganisationen und Veröffentlichungen und Berichten verschiedener staatlicher Behörden. Trotz ausführlicher Recherche und eingehender Prüfung können unter der verwendeten Literatur einzelne Artikel sein, die in ihrer Qualität nicht den hohen Ansprüchen an wissenschaftliche Arbeiten entsprechen. Weiterhin muss beachtet werden, dass in der vorliegenden Arbeit in einigen Teilen allgemein über Geflüchtete berichtet wird und verschiedene

Herkunftsländer und Kulturen auf Grund mangelnder Literatur nicht differenziert betrachtet werden können. Dies stellt eine Limitation dieser Arbeit dar, da es zum Beispiel bezüglich Krankheitsverständnis, Symptomdeutung und Resilienzfaktoren erhebliche Unterschiede zwischen verschiedenen Herkunftsländern und auch kulturellen Gruppen geben kann (Baron & Flory, 2016; Maercker, 2013a). Des Weiteren muss bei Forschungsergebnissen zum Thema Postmigrationsstressoren beachtet werden, dass es teilweise große Unterschiede zwischen den Aufnahmeländern gibt. Länder in den unterschiedlichsten Regionen weltweit nehmen Flüchtlinge auf und all diese Länder bieten den Schutzsuchenden verschiedene Rahmenbedingungen und Aufnahmekulturen. Diese Variabilität spiegelt sich auch in den erlebten Postmigrationsstressoren wieder (Li et al., 2016). Bei den verwendeten Studien zum Thema Postmigrationsstressoren wurden in der vorliegenden Arbeit hauptsächlich Studien aus westeuropäischen Ländern berücksichtigt. Auch hier können sich jedoch die Stressoren, die Geflüchtete nach ihrer Ankunft im Exil erleben, von denen in Deutschland unterscheiden.

Generell ist davon auszugehen, dass sich die Aufmerksamkeit von Forschern in Zukunft weiter auf die psychischen Auswirkungen von Postmigrationsstressoren im Gastland richten wird. Während Prämigrationstraumata schon länger als signifikante Prädiktoren für die psychische Gesundheit Geflüchteter bekannt sind, sind Stressoren, die nach der Flucht einwirken, bisher weniger erforscht. Studien, die die Auswirkungen von Prämigrationstraumata und Postmigrationsstressoren auf die psychische Gesundheit Geflüchteter direkt verglichen, fanden, dass beide Faktoren einen signifikanten Einfluss auf die psychische Gesundheit Geflüchteter haben, die Erklärungsanteile von Postmigrationsstressoren jedoch teilweise über die von Prämigrationstraumata hinausgehen. Die Ergebnisse verschiedener Studien zeigen allerdings kontroverse Ergebnisse (Chu, Keller & Rasmussen, 2013; Li et al., 2016; Schweitzer, Brough, Vromans & Asic-Kobe, 2011). Dieser Themenkomplex bietet dementsprechend in der Zukunft ein hohes Forschungspotential. Neben Querschnittsstudien sollten in diesem Bereich vor allem longitudinale Studien durchgeführt werden, um Erkenntnisse über die genauen Zusammenhänge von psychischen Problemen und Postmigrationsstressoren zu gewinnen. Fraglich ist, ob das Erleben von Postmigrationsstressoren psychische Probleme verstärkt oder, ob eine hohe psychische Belastung dazu führt, dass Postmigrationsstressoren schlechter bewältigt werden können. Längsschnittstudien stellen Forscher jedoch besonders bei der Arbeit mit Geflüchteten vor eine große Herausforderung, da es eine hohe Fluktuation bezüglich Wohnort und auch generell dem Aufenthalt in Deutschland gibt. Wie in Kapitel 6.2 beschrieben, muss bei Flüchtlingen und Asylbewerbern der Ansatz einer Traumatherapie häufig angepasst und verändert werden. Auf Grund der äußeren Umstände ist in vielen Fällen zunächst nur eine ausgedehnte Stabilisierungsphase möglich und eine Traumabearbeitung

kann nicht stattfinden. Es könnte jedoch sein, dass es beispielsweise bestimmte Persönlichkeitseigenschaften oder Umgebungsbedingungen gibt, die sich, speziell bei Geflüchteten, unabhängig von einer herkömmlichen Traumatherapie positiv auf die psychische Gesundheit auswirken und die in einer Therapie aufgebaut oder gestärkt werden könnten. So fanden Forscher in Australien in ihrer Studie mit afghanischen und kurdischen Flüchtlingen einen signifikanten Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeit, geringerem psychischen Stress und höherem subjektiven Wohlbefinden (Sulaiman-Hill & Thompson, 2013). Generell müssen im Bereich der Arbeit und Forschung mit Geflüchteten kulturelle Besonderheiten bezüglich Krankheitskonzepten und spezifischen Symptomen berücksichtigt werden. Westliche Diagnosen müssen in verschiedenen kulturellen Kontexten validiert und kulturspezifische Krankheitskonzepte erforscht werden.

8 Literaturverzeichnis

- ACBAR. (2014). *Afghan Refugees/Returnees. Challenges & Opportunities*. Kabul. Abgerufen von <http://samuelhall.org/REPORTS/ACBAR%20Refugees%20Workshop.pdf>
- Alemi, Q., James, S., Cruz, R., Zepeda, V. & Racadio, M. (2014). Psychological distress in afghan refugees: a mixed-method systematic review. *Journal of immigrant and minority health*, 16 (6), 1247–1261. doi: 10.1007/s10903-013-9861-1
- Alemi, Q., James, S. & Montgomery, S. (2016). Contextualizing Afghan refugee views of depression through narratives of trauma, resettlement stress, and coping. *Transcultural psychiatry*, 53 (5), 630–653. doi: 10.1177/1363461516660937
- American Psychiatric Association (Hrsg.). (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3. Aufl.). Washington DC: Author.
- American Psychiatric Association (2015a). Glossar kulturell gebundener Leidenskonzepte. In American Psychiatric Association (Hrsg.), *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen* (5. Aufl., S. 1139–1145). Göttingen: Hogrefe.
- American Psychiatric Association (2015b). Trauma- und belastungsbezogene Störungen. In American Psychiatric Association (Hrsg.), *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen* (5. Aufl., S. 361–396). Göttingen: Hogrefe.
- American Psychiatric Association (2015c). Wichtige Änderungen von DSM-IV zu DSM-5. In American Psychiatric Association (Hrsg.), *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen* (5. Aufl., Bd. 5, S. 1107–1118). Göttingen: Hogrefe.
- Amnesty International. (2016). *'My children will die this winter' AFGHANISTAN'S BROKEN PROMISE TO THE DISPLACED*. Abgerufen von <https://www.amnesty.org/en/documents/asa11/4017/2016/en/>
- Assion, H.-J., Brune, N., Schmidt, N., Aubel, T., Edel, M.-A., Basilowski, M. et al. (2009). Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in bipolar disorder. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 44 (12), 1041–1049. doi: 10.1007/s00127-009-0029-1
- Auswärtiges Amt. (2016). *Afghanistan*. Abgerufen von http://www.auswaertiges-amt.de/DE/Aussenpolitik/Laender/Laenderinfos/01-Nodes_Uebersichtsseiten/Afghanistan_node.html
- Ayoughi, S. (2013). *Mental Health Consequences of War, Internal Conflict and Disrupting Living Conditions : The Case of Afghanistan*. Dissertation, Universität Konstanz. Konstanz. Abgerufen von https://kops.uni-konstanz.de/bitstream/handle/123456789/24399/Dissertation_S.Ayoughi.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- BAMF. (2016a). *476.649 Asylanträge im Jahr 2015*. Abgerufen von <https://www.bamf.de/SharedDocs/Meldungen/DE/2016/201610106-asylgeschaeftsstatistik-dezember.html>
- BAMF. (2016b). *Ablauf des Asylverfahrens*. Abgerufen von <http://www.bamf.de/DE/Fluechtlingsschutz/AblaufAsylv/PersoenlicheAntragstellung/persoenliche-antragstellung-node.html>
- BAMF. (2016c). *Aktuelle Zahlen zu Asyl*. Abgerufen von http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Statistik/Asyl/aktuelle-zahlen-zu-asyl-dezember-2016.pdf?__blob=publicationFile
- BAMF. (2016d). *Asylgeschäftsstatistik für den Monat Dezember 2015*. Abgerufen von http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Statistik/Asyl/201512-statistik-anlage-asyl-geschaeftsbericht.pdf?__blob=publicationFile
- BAMF. (2016e). *FAQ: Ankunftsachweis für Asylsuchende*. Abgerufen von <http://www.bamf.de/DE/Infothek/FragenAntworten/AnkunftsachweisAsylsuchende/ankunftsachweis-asylsuchende-node.html>
- BAMF. (2016f). *Sonderverfahren*. Abgerufen von <http://www.bamf.de/DE/Fluechtlingsschutz/Sonderverfahren/SichereHerkunftsstaaten/sichere-herkunftsstaaten-node.html>
- BAMF. (2016g). *Zugang zum Arbeitsmarkt für geflüchtete Menschen*. Abgerufen von https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Asyl/faq-arbeitsmarktzugang-gefluechtete-menschen.pdf?__blob=publicationFile
- BAMF. (2017a). *280.000 Asylsuchende im Jahr 2016*. Abgerufen von <http://www.bmi.bund.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2017/01/asylantraege-2016.html>
- BAMF. (2017b). *Asylgeschäftsstatistik für den Monat Dezember 2016*. Abgerufen von http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Statistik/Asyl/201612-statistik-anlage-asyl-geschaeftsbericht.pdf?__blob=publicationFile
- BAMF. (2017c). *FAQ: Integrationskurse für Asylbewerber*. Abgerufen von <http://www.bamf.de/DE/Infothek/FragenAntworten/IntegrationskurseAsylbewerber/integrationskurse-asylbewerber-node.html>
- Baron, J. & Flory, L. (2016). *Versorgungsbericht. Zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland* (3. Aufl.) (BaFF e.V., Hrsg.). Berlin. Abgerufen von http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2017/02/Versorgungsbericht_3-Auflage_BaFF.pdf
- Böttche, M., Heeke, C. & Knaevelsrud, C. (2016). *Sequenzielle Traumatisierungen, Traumafolgestörungen und psychotherapeutische Behandlungsansätze bei kriegstraumatisierten erwachsenen Flüchtlingen*

- in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 59 (5), 621–626.
doi: 10.1007/s00103-016-2337-4
- Brune, M., Eiroá-Orosa, F. J., Fischer-Ortman, J., Delijaj, B. & Haasen, C. (2011). Intermediated communication by interpreters in psychotherapy with traumatized refugees. *International Journal of Culture and Mental Health*, 4 (2), 144–151. doi: 10.1080/17542863.2010.537821
- Bundespsychotherapeutenkammer. (2016, 1. Februar). *Entwurf eines Gesetzes zur Einführung beschleunigter Asylverfahren. Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom 1. Februar 2016*.
- Bundesrepublik Deutschland. (2016). Asylgesetz. AsylG. Abgerufen von http://www.gesetze-im-internet.de/asylvfg_1992/BJNR111260992.html
- Bundesrepublik Deutschland. (2017). Aufenthaltsgesetz. AufenthG. Abgerufen von https://www.gesetze-im-internet.de/aufenthg_2004/AufenthG.pdf
- Bündnis Entwicklung Hilft & United Nations University. (2016). *Weltrisikobericht 2016*. Abgerufen von <http://weltrisikobericht.de/wp-content/uploads/2016/08/WeltRisikoBericht2016.pdf>
- Carswell, K., Blackburn, P. & Barker, C. (2011). The relationship between trauma, post-migration problems and the psychological well-being of refugees and asylum seekers. *The International journal of social psychiatry*, 57 (2), 107–119. doi: 10.1177/0020764008105699
- Central Statistics Organization. (2014). *National Risk and Vulnerability Assessment 2011-2012. Afghanistan Living Condition Survey* (CSO, Hrsg.). Kabul. Abgerufen von <http://www.af.undp.org/content/dam/afghanistan/docs/MDGs/NRVA%20REPORT-rev-5%202013.pdf>
- Chu, T., Keller, A. S. & Rasmussen, A. (2013). Effects of post-migration factors on PTSD outcomes among immigrant survivors of political violence. *Journal of immigrant and minority health*, 15 (5), 890–897. doi: 10.1007/s10903-012-9696-1
- Cities Alliance, Crisp, J. & Refstie, H. (Mitarbeiter). (2011). *The urbanisation of displaced people*. 5. Abgerufen von <https://www.citiesalliance.org/sites/citiesalliance.org/files/CIVIS-DisplacedPeople-July2011.pdf>
- Congressional Research Service. (2016). *Afghanistan: Post-Taliban Governance, Security, and U.S. Policy* (Congressional Research Service, Hrsg.). Abgerufen von <https://fas.org/sgp/crs/row/RL30588.pdf>
- Crumlish, N. & O'Rourke, K. (2010). A systematic review of treatments for post-traumatic stress disorder among refugees and asylum-seekers. *The Journal of nervous and mental disease*, 198 (4), 237–251. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181d61258

- Deutscher Bundestag. (2015). *Drucksache 18/7169. Geplante Verstärkung von Abschiebungen nach Afghanistan*. Abgerufen von <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/071/1807169.pdf>
- Deutscher Bundestag. (2016a). *Drucksache 18/7538*. Abgerufen von http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/1807538_AsympaketII.pdf
- Deutscher Bundestag. (2016b). *Drucksache 18/9009*. Abgerufen von <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/18/090/1809009.pdf>
- Deutscher Bundestag. (2016c). *Posttraumatische Belastungsstörung. Zahlen sowie Aspekte geschlechtsspezifischer Behandlungsangebote*. Abgerufen von <https://www.bundestag.de/blob/490504/8acad12ffbf45476eecdfeff7d6bd3f4/wd-9-069-16-pdf-data.pdf>
- Deutscher Bundestag. (2016d). *Drucksache 18/7588. Abschiebungen im Jahr 2015*. Abgerufen von <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/18/075/1807588.pdf>
- Deutscher Bundestag. (2016e). *Drucksache 18/9415*. Abgerufen von <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/094/1809415.pdf>
- Deutscher Bundestag. (2017a). *18. Wahlperiode – 214. Sitzung. Antwort des Parl. Staatssekretärs Dr. Ole Schröder auf die Frage der Abgeordneten Ulla Jelpke (DIE LINKE) (Drucksache 18/10922, Frage 13)*: Berlin. Abgerufen von http://www.ulla-jelpke.de/wp-content/uploads/2017/01/18214_AFG-Integration_rechtmAufenth_Jelpke.pdf
- Deutscher Bundestag. (2017b). *Drucksache 18/11112. Abschiebungen im Jahr 2016*. Abgerufen von <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/18/111/1811112.pdf>
- DGPPN. (2016). *Psychosoziale Versorgung von Flüchtlingen verbessern*. Berlin. Abgerufen von https://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/stellungnahmen/2016/2016_03_22_DGPPN-Positionspapier_psychosoziale_Versorgung_Fluechtlinge.pdf
- Dhawan, S. (2004). Einsatz von Dolmetschern. In F. Haenel & M. Wenk-Ansohn (Hrsg.), *Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren* (1. Aufl., 144.159). Weinheim: Beltz PVU.
- Die Bundesregierung. (2017). *Wie lange dauert ein Asylverfahren?*. Abgerufen von <https://www.bundesregierung.de/Content/DE/Lexikon/FAQ-Fluechtlings-Asylpolitik/1-was-muss-ich-ueber-fluechtlinge-wissen/430-Dauer-Asylverfahren.html>
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.). (2015). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien* (10. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

- Drozdek, B., Kamperman, A. M., Tol, W. A., Knipscheer, J. W. & Kleber, R. J. (2013). Is legal status impacting outcomes of group therapy for posttraumatic stress disorder with male asylum seekers and refugees from Iran and Afghanistan? *BMC psychiatry*, 13, 148. doi: 10.1186/1471-244X-13-148
- DTPPP e.V. (2017). *Fragen & Antworten*. Abgerufen von <http://www.transkulturellepsychiatrie.de/>
- Echavez, C. R., Bagaporo, J. L. L., Pilongo, L. W. & Azadmanesh, S. (2014). *Why do children undertake the unaccompanied journey? Motivations for departure to Europe and other industrialised countries from the perspective of children, families and residents of sending communities in Afghanistan* (AREU & UNHCR, Hrsg.). Abgerufen von <http://www.unhcr.org/548ea0f09.pdf>
- EU (Hrsg.). (2016, 2. Oktober). *Joint Way Forward on migration issues between Afghanistan and the EU*. Kabul.
- Publications Office of the European Union. (11/2016). *EASO Country of Origin Report. Afghanistan Security Situation* (European Asylum Support Office, Hrsg.). Luxemburg. Abgerufen von http://www.ecoi.net/file_upload/90_1479191564_2016-11-09-easo-afghanistan-security-situation.pdf
- European Country of Origin Information Network. (2016). *Themendossier zu Afghanistan. Allgemeine Sicherheitslage in Afghanistan & Chronologie für Kabul*. Abgerufen von <http://www.ecoi.net/news/188769::afghanistan/101.allgemeine-sicherheitslage-in-afghanistan-chronologie-fuer-kabul.htm>
- Eysenck, M. W. (2000). *Psychology. A Student's Handbook*. Hove: Psychology Press Ltd.
- Fazel, M., Wheeler, J. & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries. a systematic review. *Lancet*, 365 (9467), 1309–1314.
- Flatten, G., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, C., Lampe, A., Liebermann, P. et al. (2011). S3 - Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung ICD-10: F43.1. *Trauma & Gewalt*, 5 (3), 202–210. Abgerufen von <http://www.emdr-institut.de/files/dtp002/medien/documents/Literatur-S3-Leitlinie.pdf>
- Flory, L. & Teigler, L. (2017). *Was Hilft? Wege aus der Isolation. Geflüchtete sprechen über ihre Erfahrungen mit Psychotherapie* (BafF, Hrsg.). Berlin. Abgerufen von http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2008/05/BAfF_Was-hilft.pdf
- Foster, T. (2011). Adverse life events proximal to adult suicide: a synthesis of findings from psychological autopsy studies. *Archives of suicide research : official journal of the International Academy for Suicide Research*, 15 (1), 1–15. doi: 10.1080/13811118.2011.540213
- Gäbel, U., Ruf, M., Schauer, M., Odenwald, M. & Neuner, F. (2006). Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und Möglichkeiten der Ermittlung in der Asylverfahrenspraxis. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35 (1), 12–20. doi: 10.1026/1616-3443.35.1.12

- Gernaat, H. B., Malwand, A. D., Laban, C. J., Komproe, I. & Jong, J. T. de. (2002). Many psychiatric disorders in Afghan refugees with residential status in Drenthe, especially depressive disorder and post-traumatic stress disorder. *Ned Tijdschr Geneeskde*, 146 (24), 1127–1131. Abgerufen von <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12092304>
- Gerritsen, A. A. M., Bramsen, I., Deville, W., van Willigen, L. H. M., Hovens, J. E. & van der Ploeg, H. M. (2006). Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 41 (1), 18–26. doi: 10.1007/s00127-005-0003-5
- Goosen, S., Kunst, A. E., Stronks, K., van Oostrum, I. E. A., Uitenbroek, D. G. & Kerkhof, A. J. F. M. (2011). Suicide death and hospital-treated suicidal behaviour in asylum seekers in the Netherlands: a national registry-based study. *BMC public health*, 11, 484. doi: 10.1186/1471-2458-11-484
- Hegemann, T. & Salman, R. (2016). Transkulturelle Psychiatrie - eine Reise. Vorwort. In T. Hegemann & R. Salman (Hrsg.), *Handbuch Transkulturelle Psychiatrie* (S. 11–19). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Herlihy, J., Scragg, P. & Turner, S. (2002). Discrepancies in autobiographical memories--implications for the assessment of asylum seekers: repeated interviews study. *BMJ*, 324 (7333), 324–327. Abgerufen von <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC65293/pdf/324.pdf>
- Hinton, D. E. & Lewis-Fernández, R. (2011). The cross-cultural validity of posttraumatic stress disorder: implications for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28 (9), 783–801.
- Hofmann, M. & Reichel, D. (2014). Migration from Afghanistan to Europe: A Statistical Overview. In Austrian Federal Ministry of the Interior (Hrsg.), *Afghanistan 2014 and beyond*. Wien: Austrian Federal Ministry of the Interior.
- Hogrefe. (2016). *DSM und ICD*. Abgerufen von <https://www.hogrefe.de/themen/klinik/klassifikationssysteme>
- HRW. (2016). *Afghanistan: Taliban Child Soldier Recruitment Surges. Children Trained in Madrasas to Fight, Plant IDEs*. Abgerufen von <https://www.hrw.org/news/2016/02/17/afghanistan-taliban-child-soldier-recruitment-surges>
- Human Development Network. (2011). *Mental Health in Afghanistan. Burden, Challenges and the Way Forward*. Abgerufen von <http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/MHinAfghanistan.pdf>
- Informationsverbund Asyl & Migration e.V. (2016). *Die Anhörung im Asylverfahren. Hinweise für Asylsuchende in Deutschland* (4. Aufl.). Abgerufen von http://www.asyl.net/fileadmin/user_upload/infoblatt_anhoerung/Infoblatt_Asyl_dt_2016_fin.pdf

- Jakobsen, M., Thoresen, S. & Johansen, L. E. E. (2011). The Validity of Screening for Post-traumatic Stress Disorder and Other Mental Health Problems among Asylum Seekers from Different Countries. *Journal of Refugee Studies*, 24 (1), 171–186. doi: 10.1093/jrs/feq053
- Kaniasty, K. & Norris, F. H. (2008). Longitudinal linkages between perceived social support and posttraumatic stress symptoms: sequential roles of social causation and social selection. *Journal of traumatic stress*, 21 (3), 274–281. doi: 10.1002/jts.20334
- Kizilhan, J. I., Utz, K. S. & Bengel, J. (2013). Transkulturelle Aspekte bei der Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung. In R. E. Feldmann & G. H. Seidler (Hrsg.), *Traum(a) Migration. Aktuelle Konzepte zur Therapie traumatisierter Flüchtlinge und Folteropfer* (Orig.-ausg, S. 261–279). Gießen: Psychosozial-Verl.
- Kluge, U. & Kassim, N. (2006). Der Dritte im Raum. Chancen und Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit Sprach- und Kulturmittlern in einem interkulturellen psychotherapeutischen Setting. In E. Wohlfart & M. Zaumseil (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie - Interkulturelle Psychotherapie. Interdisziplinäre Theorie und Praxis* (S. 177–198). Heidelberg: Springer.
- Laban, C. J., Gernaat, H. B. P. E., Komproe, I. H., Schreuders, B. A. & Jong, J. T. V. M. de. (2004). Impact of a Long Asylum Procedure on the Prevalence of Psychiatric Disorders in Iraqi Asylum Seekers in The Netherlands. *The Journal of nervous and mental disease*, 192 (12), 843–851. doi: 10.1097/01.nmd.0000146739.26187.15
- Lamkaddem, M., Essink-Bot, M.-L., Devillé, W., Gerritsen, A. & Stronks, K. (2015). Health changes of refugees from Afghanistan, Iran and Somalia: the role of residence status and experienced living difficulties in the resettlement process. *European journal of public health*, 25 (6), 917–922. doi: 10.1093/eurpub/ckv061
- Lasogga, F. & Gasch, B. (2008). Definitionen. In B. Gasch, F. Lasogga & Lasogga-Gasch (Hrsg.), *Notfallpsychologie. Lehrbuch für die Praxis* (S. 19–28). Heidelberg: Springer Medizin.
- Li, S. S. Y., Liddell, B. J. & Nickerson, A. (2016). The Relationship Between Post-Migration Stress and Psychological Disorders in Refugees and Asylum Seekers. *Current psychiatry reports*, 18 (9), 82. doi: 10.1007/s11920-016-0723-0
- Lindert, J. (2016). Traumatische Ereignisse bei Migranten und ihre Auswirkungen. In T. Hegemann & R. Salman (Hrsg.), *Handbuch Transkulturelle Psychiatrie* (S. 383–397). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Lindert, J., Ehrenstein, O. S. v., Priebe, S., Mielck, A. & Brahler, E. (2009). Depression and anxiety in labor migrants and refugees--a systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 69 (2), 246–257. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.04.032

- Machleidt, W. (2013). *Kultur, Migration und psychische Gesundheit. Dem Fremden begegnen* (Lindauer Beiträge zur Psychotherapie und Psychosomatik, 1. Aufl.). Stuttgart: Kohlhammer.
- Maercker, A., Forstmeier, S., Wagner, B., Glaesmer, H. & Brahler, E. (2008). Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland. Ergebnisse einer gesamtdeutschen epidemiologischen Untersuchung. *Der Nervenarzt*, 79 (5), 577–586. doi: 10.1007/s00115-008-2467-5
- Maercker, A. (Hrsg.). (2013a). *Posttraumatische Belastungsstörungen*. Berlin: Springer.
- Maercker, A. (2013b). Symptomatik, Klassifikation und Epidemiologie. In A. Maercker (Hrsg.), *Posttraumatische Belastungsstörungen* (S. 13–34). Berlin: Springer.
- Médecins Sans Frontières. (2014). *Between Rhetoric and Reality. The Ongoing Struggle to Access Healthcare in Afghanistan*. Abgerufen von http://www.doctorswithoutborders.org/sites/usa/files/attachments/afghanistan_between_rhetoric_and_reality.pdf
- Miller, K. E., Omidian, P., Kulkarni, M., Yaqubi, A., Daudzai, H. & Rasmussen, A. (2009). The validity and clinical utility of post-traumatic stress disorder in Afghanistan. *Transcultural psychiatry*, 46 (2), 219–237. doi: 10.1177/1363461509105813
- Miller, K. E., Omidian, P., Quraishy, A. S., Quraishy, N., Nasiry, M. N., Nasiry, S. et al. (2006). The Afghan symptom checklist: a culturally grounded approach to mental health assessment in a conflict zone. *The American journal of orthopsychiatry*, 76 (4), 423–433. doi: 10.1037/0002-9432.76.4.423
- Miller, K. E., Omidian, P., Rasmussen, A., Yaqubi, A. & Daudzai, H. (2008). Daily stressors, war experiences, and mental health in Afghanistan. *Transcultural psychiatry*, 45 (4), 611–638. doi: 10.1177/1363461508100785
- Miller, K. E., Weine, S. M., Ramic, A., Brkic, N., Bjedic, Z. D., Smajkic, A. et al. (2002). The relative contribution of war experiences and exile-related stressors to levels of psychological distress among Bosnian refugees. *Journal of traumatic stress*, 15 (5), 377–387. doi: 10.1023/A:1020181124118
- Mollica, R. F., McInnes, K., Pham, T., Smith Fawzi, M. C., Murphy, E. & Lin, L. (1998). The Dose-Effect Relationships between Torture and Psychiatric Symptoms in Vietnamese Ex-Political Detainees and a Comparison Group, 186 (9), 543–553. doi: 10.1097/00005053-199809000-00005
- Naber, A. (2016). Afghanistan: Gründe der Flucht und Sorgen jugendlicher Rückkehrer. Eine Auswertung aktueller Studien zur Lage von Kindern und Jugendlichen in Afghanistan. *Asylmagazin* (1), 4–9.
- Nickerson, A., Bryant, R. A., Silove, D. & Steel, Z. (2011). A critical review of psychological treatments of posttraumatic stress disorder in refugees. *Clinical psychology review*, 31 (3), 399–417. doi: 10.1016/j.cpr.2010.10.004

- Osman, B. (Afghanistan Analysts Network, Hrsg.). (2016). *Peace With Hekmatyar. What does it mean for battlefield and politics?* Abgerufen von <https://www.afghanistan-analysts.org/peace-with-hekmatyar-what-does-it-mean-for-battlefield-and-politics/>
- PRO ASYL. (2016a). *Fakten, Zahlen und Argumente*. Abgerufen von <https://www.proasyl.de/thema/fakten-zahlen-argumente/>
- PRO ASYL. (2016b). *Geplantes "Integrationsgesetz" ist in Wahrheit ein Desintegrationsgesetz*. Abgerufen von <https://www.proasyl.de/news/geplantes-integrationsgesetz-ist-in-wahrheit-desintegrationsgesetz/>
- PRO ASYL. (2016c). *Integrationsgesetz in Kraft. Die Neuerungen im Überblick*. Abgerufen von <https://www.proasyl.de/news/integrationsgesetz-in-kraft-die-neuerungen-im-ueberblick/>
- PRO ASYL. (2016d). *Was im Asylverfahren passiert - und was dabei alles falsch läuft*. Abgerufen von <https://www.proasyl.de/hintergrund/was-im-asylverfahren-passiert-und-was-dabei-alles-falsch-laeuft/>
- PRO ASYL. (2016e). *Afghanistan: Kein sicheres Land für Flüchtlinge. Eine Recherche zur politischen und ökonomischen Situation im Land, zur Sicherheitslage und zur Situation der Flüchtlinge*. Abgerufen von https://www.proasyl.de/wp-content/uploads/2016/08/PROASYL_Afghanistan_Broschuere_Jul16.pdf
- PRO ASYL. (2016f). *Tausende Tote und Verletzte: Afghanistan ist nicht sicher!*
- Reuters. (2017). *Dutzende Tote bei IS-Anschlag auf Militärkrankenhaus in Kabul*. Abgerufen von <http://de.reuters.com/article/afghanistan-anschlag-krankenhaus-idDEKBN16F1EH>
- Sack, M., Lahmann, C., Jaeger, B. & Henningsen, P. (2007). Trauma prevalence and somatoform symptoms: are there specific somatoform symptoms related to traumatic experiences? *The Journal of nervous and mental disease*, 195 (11), 928–933. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181594846
- Salman, R. (2016). Vermittler zwischen Sprachen und Kulturen. Methoden des Gemeindedolmetschens und des Überbrückens von Kommunikationshindernissen. In T. Hegemann & R. Salman (Hrsg.), *Handbuch Transkulturelle Psychiatrie* (S. 199–215). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Sareen, J. (2014). Posttraumatic Stress Disorder in Adults: Impact, Comorbidity, Risk Factors, and Treatment. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59 (9), 460–467. Abgerufen von <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4168808/>
- Schneider, F., Bajbouj, M. & Heinz, A. (2017). Psychische Versorgung von Flüchtlingen in Deutschland. Modell für ein gestuftes Vorgehen. *Der Nervenarzt*, 88 (1), 10–17. doi: 10.1007/s00115-016-0243-5

- Scholte, W. F., Olf, M., Ventevogel, P., Vries, G.-J. de, Jansveld, E., Cardozo, B. L. et al. (2004). Mental health symptoms following war and repression in eastern Afghanistan. *Journal of the American Medical Association*, 292 (5), 585–593. doi: 10.1001/jama.292.5.585
- Schweitzer, R. D., Brough, M., Vromans, L. & Asic-Kobe, M. (2011). Mental health of newly arrived Burmese refugees in Australia. Contributions of pre-migration and post-migration experience. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 45 (4), 299–307. doi: 10.3109/00048674.2010.543412
- Schweizerische Flüchtlingshilfe. (2016). *Afghanistan: Update. Die aktuelle Sicherheitslage*. Bern. Abgerufen von http://www.ecoi.net/file_upload/1788_1481110249_afgh.pdf
- Statista. (2016). *Anzahl der Ausländer in Deutschland nach Herkunftsland in den Jahren 2014 und 2015*. Abgerufen von <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1221/umfrage/anzahl-der-auslaender-in-deutschland-nach-herkunftsland/>
- Statista. (2017a). *Anzahl der registrierten Suizidversuche und Suizide von Flüchtlingen in Deutschland in den Jahren von 2014 bis 2016*. Abgerufen von <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/687012/umfrage/suizidversuche-von-fluechtlingen-in-deutschland/>
- Statista. (2017b). *Europäische Union. Anzahl der erstmaligen Asylbewerber* in den Mitgliedsstaaten im 2016*. Abgerufen von <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/459422/umfrage/asylbewerber-in-den-laendern-der-eu/>
- Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R. A. & van Ommeren, M. (2009). 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. *Journal of the American Medical Association*, 302 (5), 537–549. doi: 10.1001/jama.2009.1132
- Sulaiman-Hill, C. M. R. & Thompson, S. C. (2013). Learning to fit in. An exploratory study of general perceived self efficacy in selected refugee groups. *Journal of immigrant and minority health*, 15 (1), 125–131. doi: 10.1007/s10903-011-9547-5
- Tagesschau. (2016a). *Afghanen abgeschoben. Rückkehr in eine unsichere Zukunft*. Abgerufen von <http://www.tagesschau.de/inland/abschiebungen-afghanistan-105.html>
- Tagesschau. (2016b). *Verfahrensdauer für Asylbewerber. Warten - fast ein Jahr lang*. Abgerufen von <https://www.tagesschau.de/inland/asyl-213.html>
- Tagesschau. (2017a). *Afghanen in Deutschland. BAMF setzt Asylentscheidungen aus*. Abgerufen von <https://www.tagesschau.de/inland/bamf-asyl-101.html>

- Tagesschau. (2017b). *Anschlag auf Krankenhaus in Kabul. Angreifer tarnten sich mit Arztkitteln*. Abgerufen von <https://www.tagesschau.de/ausland/afghanistan-kabul-angriff-103.html>
- Tagesschau. (2017c). *De Maizière in den tagesthemen. "Es gibt sichere Gebiete in Afghanistan"*. Abgerufen von <https://www.tagesschau.de/inland/tagesthemen-interview-de-maiziere-101.html>
- Tagesschau. (2017d). *Dritte Sammelabschiebung. Abgeschobene Afghanen landen in Kabul*. Abgerufen von <https://www.tagesschau.de/inland/abschiebung-afghanistan-113.html>
- Tagesschau. (2017e). *Flüchtlinge aus Afghanistan. 26 Männer abgeschoben*. Abgerufen von <https://www.tagesschau.de/ausland/afghanistan-abschiebungen-101.html>
- Tagesschau. (2017f). *Flüchtlinge aus Afghanistan. Immer weniger Bundesländer schieben ab*. Abgerufen von <https://www.tagesschau.de/inland/abschiebungen-afghanistan-111.html>
- Tagesschau. (2017g). *Nach Anschlag in Kabul. Abschiebungen nach Afghanistan ausgesetzt*. Abgerufen von <https://www.tagesschau.de/inland/bundesregierung-abschiebungen-afghanistan-101.html>
- Tagesschau. (2017h). *Vereinbarung mit Afghanistan. EU veröffentlicht Abschiebeabkommen*. Abgerufen von <http://www.tagesschau.de/ausland/afghanistan-fluechtlinge-abschiebung-101.html>
- Tagesschau. (2017i). *Vierte Sammelabschiebung. Erneut Afghanen abgeschoben*. Abgerufen von <https://www.tagesschau.de/inland/sammelabschiebung-afghanistan-101.html>
- Teodorescu, D.-S., Heir, T., Hauff, E., Wentzel-Larsen, T. & Lien, L. (2012). Mental health problems and post-migration stress among multi-traumatized refugees attending outpatient clinics upon resettlement to Norway. *Scandinavian journal of psychology*, 53 (4), 316–332. doi: 10.1111/j.1467-9450.2012.00954.x
- The World Bank & UNHCR. (2011). *Research Study on IDPs in urban settings - Afghanistan*. Abgerufen von http://siteresources.worldbank.org/EXTSOCIALDEVELOPMENT/Resources/244362-1265299949041/6766328-1265299960363/WB-UNHCR-IDP_Full-Report.pdf
- Turmusani, M. (2005). Applying the Minority Perspective to Disability in Afghanistan. *Journal for Disability and International Development*, 16 (2), 63–68. Abgerufen von http://www.zbdw.de/projekt01/media/pdf/2005_2.pdf
- U.S. Department of State. (2016). *2015 Country Reports on Human Rights Practices - Afghanistan*. Abgerufen von <https://www.state.gov/documents/organization/253169.pdf>
- UNAMA. (2016). *Afghanistan Annual Report 2015. Protection of Civilians in Armed Conflict*. Kabul. Abgerufen von https://unama.unmissions.org/sites/default/files/poc_annual_report_2015_final_14_feb_2016.pdf

- UNAMA, UNOCHA, UNICEF & CTFMR. (2016). *Education and Healthcare at Risk. Key Trends and Incidents Affecting Children's Access to Helthcare and Education in Afghanistan*. Abgerufen von https://unama.unmissions.org/sites/default/files/education_and_healthcare_at_risk.pdf
- UNDP. 2015, 1. January. *Human Development Report 2015. Work for Human Development* (UNDP, ed.). New York: UNDP.
- UNHCR. (2016a). *Anmerkungen von UNHCR zur Situation in Afghanistan auf Anfrage des deutschen Bundesministerium des Innern*. Abgerufen von <https://www.proasyl.de/wp-content/uploads/2015/12/2017-Bericht-UNHCR-Afghanistan.pdf>
- UNHCR. (2016b). *Global Appeal. 2017 Update* (UNHCR, Hrsg.). Schweiz. Abgerufen von http://reporting.unhcr.org/sites/default/files/ga2017/pdf/GA_2017%20Update%20Eng_Book_low-res.pdf
- UNHCR. (2016c). *UNHCR Eligibility Guidelines for Assessing the International Protection Need of Asylum-Seekers from Afghanistan*. The UN Refugee Agency. Abgerufen von http://www.ecoi.net/file_upload/1930_1461054450_570f96564.pdf
- UNHCR. (2016d, 20. Juni). *Global Trends. Forced Displacement in 2015*. Abgerufen von http://www.unhcr.de/no_cache/service/zahlen-und-statistiken.html?cid=11687&did=10824&sechash=c1e47294
- UNHCR. (2017). *Flüchtlinge weltweit. Zahlen & Fakten*. Abgerufen von <https://www.uno-fluechtlingshilfe.de/fluechtlinge/zahlen-fakten.html>
- United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs, Central Statistics Organization (Mitarbeiter). (2017). *Afghanistan - Estimated Population 2016/2017*. Abgerufen von <https://data.humdata.org/dataset/estimated-population-of-afghanistan-2016-2017>
- UNOCHA. (2016). *2016 Humanitarian Needs Overview*. Abgerufen von https://www.humanitarianresponse.info/en/system/files/documents/files/afg_2016_hno_final_20151209.pdf
- USDOS (U.S. Department of State, Hrsg.). (2016). *Afghanistan 2015 International Religious Freedom Report*.
- Weber, A., Hörmann, G. & Heipertz, W. (2007). Arbeitslosigkeit und Gesundheit aus sozialmedizinischer Sicht. *Deutsches Ärzteblatt*, 104 (43), 2957-2962.
- 2014, 1. January. *Preventing suicide. A global imperative* (Weltgesundheitsorganisation, ed.). Genf. Abgerufen von http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf
- Wirtz, M. A. (Hrsg.). (2017). *Dorsch Lexikon der Psychologie* (18. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Wohlfart, E. & Zaumseil, M. (2006). Einführung. In E. Wohlfart & M. Zaumseil (Hrsg.), *Transkulturelle Psychiatrie - Interkulturelle Psychotherapie. Interdisziplinäre Theorie und Praxis* (S. XV–XVII). Heidelberg: Springer.

World Health Organization. (2015). *Mental Health Atlas 2014. Country Profile Afghanistan*. Abgerufen von http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2014/afg.pdf

Yoshimura, D. (2011). Sicherheitslage in Afghanistan und humanitäre Lage in Kabul. Eine Übersicht ausgewählter internationaler Quellen. *Asylmagazin* (12). Abgerufen von http://www.ecoi.net/file_upload/6_1326472056_am2011-12-406-afghanistan.pdf

9 Anhang

- I Beispiele für traumatische Ereignisse nach ICD-10
- II Unterschiedliche Arten traumatischer Ereignisse nach DSM-5
- III Verschiedene Arten positiver Entscheidungen im deutschen Asylverfahren
- IV Negative Entscheidungen über Asylanträge
- V Afghan Symptom Checklist
- VI Kriterien der PTBS nach ICD-10 und DSM-5

I Beispiele für traumatische Ereignisse nach ICD-10

Belastende Ereignisse oder Situationen, die eine PTBS bedingen können:

„Hierzu gehören eine durch Naturereignisse oder von Menschen verursachte Katastrophe, eine Kampfhandlung, ein schwerer Unfall oder Zeuge des gewaltsamen Todes anderer oder selbst Opfer von Folterung, Terrorismus, Vergewaltigung oder anderen Verbrechen zu sein“ (Dilling et al., 2015, S. 207).

II Unterschiedliche Arten traumatischer Ereignisse nach DSM-5

Direkt erlebte traumatische Ereignisse (in Kriterium A aufgeführt) umfassen folgende Erlebnisse, sind aber nicht auf diese begrenzt: Kriegserfahrungen als Soldat oder Zivilist, drohender oder tatsächlicher körperlicher Übergriff (z. B. körperlicher Angriff, Raubüberfall, Überfall auf der Straße, körperliche Misshandlung in der Kindheit), drohende oder tatsächliche sexuelle Gewalt (z. B. erzwungener Geschlechtsverkehr, durch Alkohol-/Drogenkonsum geförderter Geschlechtsverkehr, missbräuchliche Sexualkontakte, sexueller Missbrauch ohne Körperkontakt, Zwangsprostitution), Entführung, Geiselnahme, Terroranschlag, Folterung, Kriegsgefangenschaft, Natur- oder durch Menschen verursachte Katastrophen und schwere Verkehrsunfälle. Bei Kindern gehören zu den sexuellen Gewalterfahrungen auch Erfahrungen ohne direkte körperliche Gewalt oder Verletzungen, die aber dem Entwicklungsstand unangemessen sind. Eine lebensbedrohliche Erkrankung oder stark einschränkende medizinische Beschwerden stellen nicht notwendigerweise traumatische Ereignisse dar. Medizinische Vorfälle, die die Kriterien eines traumatischen Ereignisses erfüllen, beinhalten plötzlich auftretende katastrophale Ereignisse (z. B. Aufwachen während einer Operation, anaphylaktischer Schock). **Bei einer anderen Person beobachtete Ereignisse** umfassen, ohne auf diese begrenzt zu sein: drohende oder ernsthafte Verletzung, unnatürliche Todesfälle, gewaltsamer körperlicher oder sexueller Missbrauch, häusliche Gewalt, Unfall, Krieg oder Naturkatastrophe oder ein schwerwiegender medizinischer Notfall bei einem eigenen Kind (z. B. eine lebensbedrohliche Blutung). **Ereignisse, die bei anderen Menschen auftraten und von denen man erfahren hat**, sind auf Ereignisse beschränkt, die nahe Verwandte und enge Freunde sowie gewaltsame Erfahrungen und Unfälle betreffen (z. B. stellt ein natürlicher Tod kein traumatisches Ereignis dar). Derartige Ereignisse umfassen: gewaltsame persönliche Angriffe, Selbsttötung, schwere Unfälle und Verletzungen. Die Störung kann besonders schwer oder langandauernd sein, wenn sie vorsätzlich durch andere Menschen verursacht wurde (z. B. Folter, sexuelle Gewalt (American Psychiatric Association, 2015c, S. 373-374).

III Verschiedene Arten positiver Entscheidungen im deutschen Asylverfahren

Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland Art 16a

(1) Politisch Verfolgte genießen Asylrecht.

Asylgesetz (AsylG) § 3 Zuerkennung der Flüchtlingseigenschaft

(1) Ein Ausländer ist Flüchtling im Sinne des Abkommens vom 28. Juli 1951 über die Rechtsstellung der Flüchtlinge (BGBl. 1953 II S. 559, 560), wenn er sich

1. aus begründeter Furcht vor Verfolgung wegen seiner Rasse, Religion, Nationalität, politischen Überzeugung oder Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe
2. außerhalb des Landes (Herkunftsland) befindet,
 - a) dessen Staatsangehörigkeit er besitzt und dessen Schutz er nicht in Anspruch nehmen kann oder wegen dieser Furcht nicht in Anspruch nehmen will oder
 - b) in dem er als Staatenloser seinen vorherigen gewöhnlichen Aufenthalt hatte und in das er nicht zurückkehren kann oder wegen dieser Furcht nicht zurückkehren will.

Asylgesetz (AsylG) § 4 Subsidiärer Schutz

(1) Ein Ausländer ist subsidiär Schutzberechtigter, wenn er stichhaltige Gründe für die Annahme vorgebracht hat, dass ihm in seinem Herkunftsland ein ernsthafter Schaden droht. Als ernsthafter Schaden gilt:

1. die Verhängung oder Vollstreckung der Todesstrafe,
2. Folter oder unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Bestrafung oder
3. eine ernsthafte individuelle Bedrohung des Lebens oder der Unversehrtheit einer Zivilperson infolge willkürlicher Gewalt im Rahmen eines internationalen oder innerstaatlichen bewaffneten Konflikts.

**Gesetz über den Aufenthalt, die Erwerbstätigkeit und die Integration von Ausländern im Bundesgebiet
(Aufenthaltsgesetz - AufenthG) § 60 Verbot der Abschiebung**

- (5) Ein Ausländer darf nicht abgeschoben werden, soweit sich aus der Anwendung der Konvention vom 4. November 1950 zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (BGBl. 1952 II S. 685) ergibt, dass die Abschiebung unzulässig ist.
- (7) Von der Abschiebung eines Ausländers in einen anderen Staat soll abgesehen werden, wenn dort für diesen Ausländer eine erhebliche konkrete Gefahr für Leib, Leben oder Freiheit besteht. Eine erhebliche konkrete Gefahr aus gesundheitlichen Gründen liegt nur vor bei lebensbedrohlichen oder schwerwiegenden Erkrankungen, die sich durch die Abschiebung wesentlich verschlechtern würden. Es ist nicht erforderlich, dass die medizinische Versorgung im Zielstaat mit der Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland gleichwertig ist. Eine ausreichende medizinische Versorgung liegt in der Regel auch vor, wenn diese nur in einem Teil des Zielstaats gewährleistet ist. Gefahren nach Satz 1, denen die Bevölkerung oder die Bevölkerungsgruppe, der der Ausländer angehört, allgemein ausgesetzt ist, sind bei Anordnungen nach § 60a Abs. 1 Satz 1 zu berücksichtigen.

(BAMF, 2016b)

IV Negative Entscheidungen über Asylanträge

Asylgesetz (AsylG) § 29a Sicherer Herkunftsstaat; Bericht; Verordnungsermächtigung

- (1) Der Asylantrag eines Ausländers aus einem Staat im Sinne des Artikels 16a Abs. 3 Satz 1 des Grundgesetzes (sicherer Herkunftsstaat) ist als offensichtlich unbegründet abzulehnen, es sei denn, die von dem Ausländer angegebenen Tatsachen oder Beweismittel begründen die Annahme, dass ihm abweichend von der allgemeinen Lage im Herkunftsstaat Verfolgung im Sinne des § 3 Absatz 1 oder ein ernsthafter Schaden im Sinne des § 4 Absatz 1 droht.
- (2) Sichere Herkunftsstaaten sind die Mitgliedstaaten der Europäischen Union und die in Anlage II bezeichneten Staaten.
 - a) Die Bundesregierung legt dem Deutschen Bundestag alle zwei Jahre, erstmals zum 23. Oktober 2017 einen Bericht darüber vor, ob die Voraussetzungen für die Einstufung der in Anlage II bezeichneten Staaten als sichere Herkunftsstaaten weiterhin vorliegen.
- (3) Die Bundesregierung bestimmt durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates, dass ein in Anlage II bezeichneter Staat nicht mehr als sicherer Herkunftsstaat gilt, wenn Veränderungen in den rechtlichen oder politischen Verhältnissen dieses Staates die Annahme begründen, dass die in Artikel 16a Abs. 3 Satz 1 des Grundgesetzes bezeichneten Voraussetzungen entfallen sind. Die Verordnung tritt spätestens sechs Monate nach ihrem Inkrafttreten außer Kraft.

Anlage II (zu § 29a)

Albanien, Bosnien und Herzegowina, Ghana, Kosovo, Mazedonien, ehemalige jugoslawische Republik, Montenegro, Senegal, Serbien

Asylgesetz (AsylG) § 30 Offensichtlich unbegründete Asylanträge

- (1) Ein Asylantrag ist offensichtlich unbegründet, wenn die Voraussetzungen für eine Anerkennung als Asylberechtigter und die Voraussetzungen für die Zuerkennung des internationalen Schutzes offensichtlich nicht vorliegen.
- (2) Ein Asylantrag ist insbesondere offensichtlich unbegründet, wenn nach den Umständen des Einzelfalles offensichtlich ist, dass sich der Ausländer nur aus wirtschaftlichen Gründen oder um einer allgemeinen Notsituation zu entgehen, im Bundesgebiet aufhält.

- (3) Ein unbegründeter Asylantrag ist als offensichtlich unbegründet abzulehnen, wenn
1. in wesentlichen Punkten das Vorbringen des Ausländers nicht substantiiert oder in sich widersprüchlich ist, offenkundig den Tatsachen nicht entspricht oder auf gefälschte oder verfälschte Beweismittel gestützt wird,
 2. der Ausländer im Asylverfahren über seine Identität oder Staatsangehörigkeit täuscht oder diese Angaben verweigert,
 3. er unter Angabe anderer Personalien einen weiteren Asylantrag oder ein weiteres Asylbegehren anhängig gemacht hat,
 4. er den Asylantrag gestellt hat, um eine drohende Aufenthaltsbeendigung abzuwenden, obwohl er zuvor ausreichend Gelegenheit hatte, einen Asylantrag zu stellen,
 5. er seine Mitwirkungspflichten nach § 13 Abs. 3 Satz 2, § 15 Abs. 2 Nr. 3 bis 5 oder § 25 Abs. 1 gröblich verletzt hat, es sei denn, er hat die Verletzung der Mitwirkungspflichten nicht zu vertreten oder ihm war die Einhaltung der Mitwirkungspflichten aus wichtigen Gründen nicht möglich,
 6. er nach §§ 53, 54 des Aufenthaltsgesetzes vollziehbar ausgewiesen ist oder
 7. er für einen nach diesem Gesetz handlungsunfähigen Ausländer gestellt wird oder nach § 14a als gestellt gilt, nachdem zuvor Asylanträge der Eltern oder des allein personensorgeberechtigten Elternteils unanfechtbar abgelehnt worden sind.
- (4) Ein Asylantrag ist ferner als offensichtlich unbegründet abzulehnen, wenn die Voraussetzungen des § 60 Abs. 8 Satz 1 des Aufenthaltsgesetzes oder des § 3 Abs. 2 vorliegen oder wenn das Bundesamt nach § 60 Absatz 8 Satz 3 des Aufenthaltsgesetzes von der Anwendung des § 60 Absatz 1 des Aufenthaltsgesetzes abgesehen hat.
- (5) Ein beim Bundesamt gestellter Antrag ist auch dann als offensichtlich unbegründet abzulehnen, wenn es sich nach seinem Inhalt nicht um einen Asylantrag im Sinne des § 13 Abs. 1 handelt.

(BAMF, 2016b)

V Afghan Symptom Checklist

Afghan Symptom Checklist

English Version

Sex _____

Age (best guess) _____

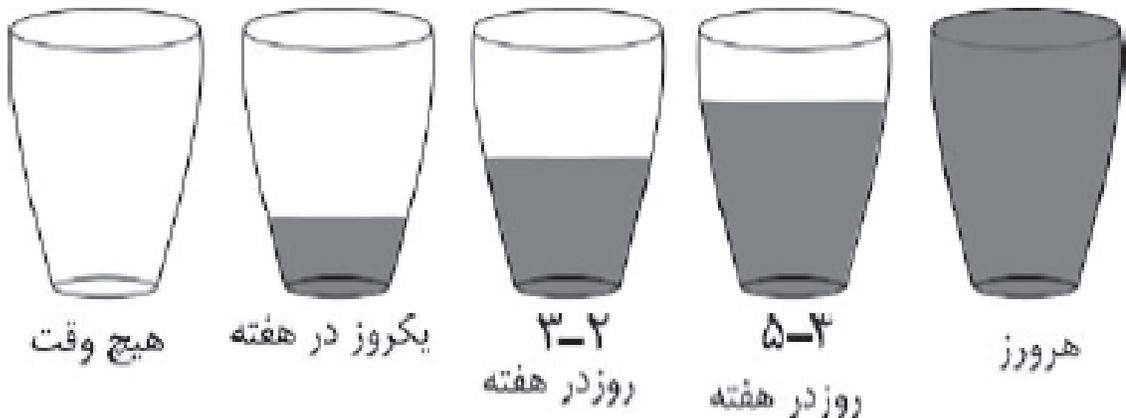
District _____

Marital status: Married _____ Single _____ Widowed _____

Number of children _____

Did you leave the country during the war? _____ Yes _____ No

Please think about the last 2 weeks for each of the following questions. For each question, please select the best answer. You can point to the cup that best describes your answer. The empty cup means "never," the next cup means 1 day each week, the middle cup means 2-3 days each week, the next cup means 4-5 days each week, and the full cup means "everyday."



1. During the last 2 weeks, how many times have you cried?

1	2	3	4	5
never	1 day/week	2-3 days/week	4-5 days/week	everyday

2. During the last 2 weeks, how many times have you had a lack of appetite?

1	2	3	4	5
never	1 day/week	2-3 days/week	4-5 days/week	everyday

3. During the last 2 weeks, how many times have you had difficulty falling asleep?

1	2	3	4	5
never	1 day/week	2-3 days/week	4-5 days/week	everyday

4. During the last 2 weeks, how many times have you had a quarrel with a family member?

1	2	3	4	5
never	1 day/week	2-3 days/week	4-5 days/week	everyday

5. During the last 2 weeks, how many times have you had a quarrel with a neighbor or friend?

1	2	3	4	5
never	1 day/week	2-3 days/week	4-5 days/week	everyday

6. During the last 2 weeks, how many times have you felt hopeless?

1	2	3	4	5
never	1 day/week	2-3 days/week	4-5 days/week	everyday

7. During the last 2 weeks, how many times have you beat someone in your family?

1	2	3	4	5
never	1 day/week	2-3 days/week	4-5 days/week	everyday

8. During the last 2 weeks, how many times have you isolated yourself socially?	1	2	3	4	5
never	1 day/week	2-3 days/week	4-5 days/week	everyday	
9. During the last 2 weeks, how many times have you felt sad?	1	2	3	4	5
never	1 day/week	2-3 days/week	4-5 days/week	everyday	
10. During the last 2 weeks, how many times have you become <i>jigar khun</i> ?	1	2	3	4	5
never	1 day/week	2-3 days/week	4-5 days/week	everyday	
11. During the last 2 weeks, how many times have you had a headache?	1	2	3	4	5
never	1 day/week	2-3 days/week	4-5 days/week	everyday	
12. During the last 2 weeks, how many times have you had a nightmare?	1	2	3	4	5
never	1 day/week	2-3 days/week	4-5 days/week	everyday	
13. During the last 2 weeks, how many times have you felt irritable?	1	2	3	4	5
never	1 day/week	2-3 days/week	4-5 days/week	everyday	
14. During the last 2 weeks, how many times have you felt easily startled? For example, how many times have you become afraid when you've heard a sudden noise?	1	2	3	4	5
never	1 day/week	2-3 days/week	4-5 days/week	everyday	
15. During the last 2 weeks, how many times have you experienced bad memories you can't get rid of?	1	2	3	4	5
never	1 day/week	2-3 days/week	4-5 days/week	everyday	
16. During the last 2 weeks, how many times have you been thinking too much?	1	2	3	4	5
never	1 day/week	2-3 days/week	4-5 days/week	everyday	
17. During the last 2 weeks, how many times have you experienced <i>asabi</i> ?	1	2	3	4	5
never	1 day/week	2-3 days/week	4-5 days/week	everyday	
18. During the last 2 weeks, how many times have you had trouble remembering things?	1	2	3	4	5
never	1 day/week	2-3 days/week	4-5 days/week	everyday	
19. During the last 2 weeks, how many times have you beaten or hurt yourself?	1	2	3	4	5
never	1 day/week	2-3 days/week	4-5 days/week	everyday	
20. During the last 2 weeks, how many times have you felt <i>fishar Bala</i> or <i>fishar payin</i> ?	1	2	3	4	5
never	1 day/week	2-3 days/week	4-5 days/week	everyday	
21. During the last 2 weeks, how many times have you had trouble concentrating?	1	2	3	4	5
never	1 day/week	2-3 days/week	4-5 days/week	everyday	
22. During the last 2 weeks, how many times have you had difficult meeting your responsibilities at home or at work because of <i>jigar khun</i> ?	1	2	3	4	5
never	1 day/week	2-3 days/week	4-5 days/week	everyday	

(Miller et al., 2006)

VI Kriterien der PTBS nach ICD-10 und DSM-5

F43.1 posttraumatische Belastungsstörung ICD-10

Diese entsteht als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes (kurz oder langanhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Hierzu gehören eine durch Naturereignisse oder von Menschen verursachte Katastrophe, eine Kampfhandlung, ein schwerer Unfall oder Zeuge des gewaltsamen Todes anderer oder selbst Opfer von Folterung, Terrorismus, Vergewaltigung oder anderen Verbrechen zu sein. Prämorbid Persönlichkeitsfaktoren wie bestimmte Persönlichkeitszüge, (z.B. zwanghafte oder asthenische) oder neurotische Erkrankungen in der Vorgeschichte können die Schwelle für die Entwicklung dieses Syndroms senken und seinen Verlauf verstärken, aber die letztgenannten Faktoren sind weder nötig noch ausreichend, um das Auftreten der Störung zu erklären.

Typische Merkmale sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, flashbacks), oder in Träumen, vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit, Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Anhedonie sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten. Üblicherweise findet sich Furcht vor und Vermeidung von Stichworten, die den Leidenden an das ursprüngliche Trauma erinnern könnten. Selten kommt es zu dramatischen akuten Ausbrüchen von Angst, Panik oder Aggression, ausgelöst durch ein plötzliches Erinnern und intensives Wiedererleben des Traumas oder der ursprünglichen Reaktion darauf.

Gewöhnlich tritt ein Zustand vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, einer übermäßigen Schreckhaftigkeit und Schlaflosigkeit auf. Angst und Depression sind häufig mit den genannten Symptomen und Merkmalen assoziiert und Suizidgedanken nicht selten. Drogeneinnahme oder übermäßiger Alkoholkonsum können als komplizierende Faktoren hinzukommen.

Die Störung folgt dem Trauma mit einer Latenz, die Wochen bis Monate dauern kann (doch selten mehr als 6 Monate nach dem Trauma). Der Verlauf ist wechselhaft, in der Mehrzahl der Fälle kann jedoch eine Heilung erwartet werden. Bei wenigen Patienten nimmt die Störung über viele Jahre einen chronischen Verlauf und geht dann in eine dauernde Persönlichkeitsänderung über (siehe F62.0).

Diagnostische Leitlinien

Diese Störung soll nur dann diagnostiziert werden, wenn sie innerhalb von 6 Monaten nach einem traumatisierenden Ereignis von außergewöhnlicher Schwere aufgetreten ist. Eine «wahrscheinliche» Diagnose kann auch dann gestellt werden, wenn der Abstand zwischen dem Ereignis und dem Beginn der Störung mehr als 6 Monate beträgt, vorausgesetzt, die klinischen Merkmale sind typisch, und es kann keine andere Diagnose (wie Angst- oder Zwangsstörung oder depressive Episode) gestellt werden. Zusätzlich zu dem Trauma muss eine wiederholte unausweichliche Erinnerung oder Wiederinszenierung des Ereignisses in Gedächtnis, Tragträumen oder Träumen auftreten. Ein deutlicher emotionaler Rückzug, Gefühlsabstumpfung, Vermeidung von Reizen, die eine Wiedererinnerung an das Trauma hervorrufen könnten, sind häufig zu beobachten, aber für die Diagnose nicht wesentlich. Die vegetativen Störungen, die Beeinträchtigung der Stimmung und das abnormale Verhalten tragen sämtlich zur Diagnose bei, sind aber nicht von erstrangiger Bedeutung.

Späte, chronifizierte Folgen von extremer Belastung, d.h. solche, die noch Jahrzehnte nach der belastenden Erfahrung bestehen, sind unter F62.0 (andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung) zu klassifizieren.

(Dilling et al., 2015, S. 207-208)

Posttraumatische Belastungsstörung DSM-5

Beachte: Die folgenden Kriterien gelten für Erwachsene, Jugendliche und Kinder, die älter als 6 Jahre sind. Für 6-jährige oder jüngere Kinder gelten die entsprechenden weiter unten aufgeführten Kriterien.

- A. Konfrontation mit tatsächlichem oder drohenden Tod, ernsthafter Verletzung oder sexueller Gewalt auf eine (oder mehrere) der folgenden Arten:
1. Direktes Erleben eines oder mehrerer traumatischer Ereignisse.
 2. Persönliches Erleben eines oder mehrerer solcher traumatischer Ereignisse bei anderen Personen.
 3. Erfahren, dass einem nahen Familienmitglied oder einem engen Freund ein oder mehrere traumatische Ereignisse zugestoßen sind. Im Falle von tatsächlichem oder drohendem Tod des Familienmitgliedes oder Freundes muss das Ereignis bzw. müssen die Ereignisse durch Gewalt oder einen Unfall bedingt sein.

4. Die Erfahrung wiederholter oder extremer Konfrontation mit aversiven Details von einem oder mehreren derartigen traumatischen Ereignissen (z. B. Ersthelfer, die menschliche Leichenteile aufsammeln oder Polizisten, die wiederholt mit schockierenden Details von Kindesmissbrauch konfrontiert werden).

Beachte: Eine Konfrontation durch elektronische Medien, Fernsehen, Spielfilme oder Bilder erfüllt das Kriterium A4 nicht, es sei denn, diese Konfrontation ist berufsbedingt.

- B. Vorhandensein eines (oder mehrerer) der folgenden Symptome des Wiedererlebens (Intrusionen), die auf das oder die traumatischen Ereignisse bezogen sind und die nach dem oder den traumatischen Ereignissen aufgetreten sind:

1. Wiederkehrende, unwillkürlich sich aufdrängende belastende Erinnerungen (Intrusionen) an das oder die traumatischen Ereignisse.

Beachte: Bei Kindern, die älter als 6 Jahre sind, können traumabezogene Themen oder Aspekte des oder der traumatischen Ereignisse wiederholt im Spielverhalten zum Ausdruck kommen.

2. Wiederkehrende, belastende Träume, deren Inhalte und/oder Affekte sich auf das oder die traumatischen Ereignisse beziehen.

Beachte: Bei Kindern können stark beängstigende Träume ohne wiedererkennbaren Inhalt auftreten.

3. Dissoziative Reaktionen (z. B. Flashbacks), bei denen die Person fühlt oder handelt, als ob sich das oder die traumatischen Ereignisse wieder ereignen würden.

(Diese Reaktionen können in einem Kontinuum auftreten, bei dem der völlige Wahrnehmungsverlust der Umgebung die extremste Ausdrucksform darstellt.)

Beachte: Bei Kindern können Aspekte des Traumas im Spiel nachgestellt werden.

4. Intensive oder anhaltende psychische Belastung bei der Konfrontation mit inneren oder äußeren Hinweisreizen, die einen Aspekt des oder der traumatischen Ereignisse symbolisieren oder an Aspekte desselben bzw. derselben erinnern.

5. Deutliche körperliche Reaktionen bei der Konfrontation mit inneren oder äußeren Hinweisreizen, die einen Aspekt des oder der traumatischen Ereignisse symbolisieren oder an Aspekte desselben bzw. derselben erinnern.

- C. Anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem oder den traumatischen Ereignissen verbunden sind, und die nach dem oder den traumatischen Ereignissen begannen. Dies ist durch eines (oder beide) der folgenden Symptome gekennzeichnet:

1. Vermeidung oder Bemühungen, belastende Erinnerungen, Gedanken oder Gefühle zu vermeiden, die sich auf das oder die Ereignisse beziehen oder eng mit diesem/diesen verbunden sind.
 2. Vermeidung oder Bemühungen, Dinge in der Umwelt (Personen, Orte, Gespräche, Aktivitäten, Gegenstände, Situationen) zu vermeiden, die belastende Erinnerungen, Gedanken oder Gefühle hervorrufen, die sich auf das oder die Ereignisse beziehen oder eng mit diesem bzw. diesen verbunden sind.
- D. Negative Veränderungen von Kognitionen und der Stimmung im Zusammenhang mit dem oder den traumatischen Ereignissen. Die Veränderungen haben nach dem oder den traumatischen Ereignissen begonnen oder sich verschlimmert und sind durch zwei (oder mehr) der folgenden Symptome gekennzeichnet:
1. Unfähigkeit, sich an einen wichtigen Aspekt des oder der traumatischen Ereignisse zu erinnern (typischerweise durch Dissoziative Amnesie und nicht durch andere Faktoren wie Kopfverletzungen, Alkohol oder Drogen bedingt).
 2. Anhaltende und übertriebene negative Überzeugungen oder Erwartungen, die sich auf die eigene Person, andere Personen oder die Welt beziehen (z. B. „Ich bin schlecht“, „Man kann niemandem trauen“, „Die ganze Welt ist gefährlich“, „Mein Nervensystem ist dauerhaft ruiniert“).
 3. Anhaltende verzerrte Kognitionen hinsichtlich der Ursache und Folgen des oder der traumatischen Ereignisse, die dazu führen, dass die Person sich oder anderen die Schuld zuschreibt.
 4. Andauernder negativer emotionaler Zustand (z. B. Furcht, Entsetzen, Wut, Schuld oder Scham).
 5. Deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten.
 6. Gefühle der Abgetrenntheit oder Entfremdung von anderen.
 7. Anhaltende Unfähigkeit, positive Gefühle zu empfinden (z. B. Glück, Zufriedenheit, Gefühle der Zuneigung).
- E. Deutliche Veränderungen des Erregungsniveaus und der Reaktivität im Zusammenhang mit dem oder den traumatischen Ereignissen. Die Veränderungen haben nach dem oder den traumatischen Ereignissen begonnen oder sich verschlimmert und sind durch zwei (oder mehr) der folgenden Symptome gekennzeichnet:
1. Reizbarkeit und Wutausbrüche (ohne oder aus geringfügigem Anlass), welche typischerweise durch verbale oder körperliche Aggression gegenüber Personen oder Gegenständen ausgedrückt werden.
 2. Riskantes oder selbstzerstörerisches Verhalten.
 3. Übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz).

4. Übertriebene Schreckreaktionen.
 5. Konzentrationsschwierigkeiten.
 6. Schlafstörungen (z. B. Ein- oder Durchschlafschwierigkeiten oder unruhiger Schlaf).
- F. Das Störungsbild (Kriterien B, C, D und E) dauert länger als 1 Monat.
- G. Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
- H. Das Störungsbild ist nicht Folge der physiologischen Wirkung einer Substanz (z. B. Medikament, Alkohol) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors.

Bestimme, ob:

Mit Dissoziativen Symptomen: Die beim Betroffenen auftretenden Symptome erfüllen die Kriterien für eine Posttraumatische Belastungsstörung. Zusätzlich erlebt der Betroffene als Reaktion auf das auslösende Ereignis dauerhaft oder wiederkehrend eines der beiden folgenden Symptome:

1. Depersonalisation: Anhaltende oder wiederkehrende Erfahrung des Losgelöstseins und das Gefühl, die eigenen Gedanken und Körperempfindungen von außen zu beobachten (z. B. Gefühl, als sei man in einem Traum; Gefühl der Unwirklichkeit des Selbst oder des Körpers oder alles wie in Zeitlupe zu erleben).
2. Derealisation: Anhaltende oder wiederkehrende Erfahrungen der Unwirklichkeit der Umgebung (z. B. die Umgebung wird als unwirklich, wie im Traum, entfernt oder verzerrt wahrgenommen).

Beachte: Um diesen Subtyp zu vergeben, dürfen die dissoziativen Symptome nicht auf die physiologische Wirkung einer Substanz (z. B. Erinnerungsverlust, Verhalten während einer Alkoholintoxikation) oder einen medizinischen Krankheitsfaktor (z. B. komplex fokale Anfälle) zurückgehen.

Bestimme, ob:

Mit Verzögertem Beginn: Wenn das Auftreten und das Beschreiben einzelner Symptome zwar initial erfolgt, aber erst mindestens 6 Monate nach dem Ereignis alle diagnostischen Kriterien erfüllt sind.

(American Psychiatric Association, 2015b, S. 369-371)